

<b>Konsortialführung:</b>	CSG Clinische Studiengesellschaft GmbH
<b>Förderkennzeichen:</b>	01NVF17020
<b>Akronym:</b>	CCSchool
<b>Projekttitel:</b>	Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen
<b>Autoren:</b>	Julia K. Wolff, Sandra Rieckhoff, Hans-Dieter Nolting
<b>Förderzeitraum:</b>	18. September 2017 – 30. April 2021

## Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
II.	Abbildungsverzeichnis .....	4
III.	Tabellenverzeichnis .....	4
1.	Ausgangslage und Ziele der Evaluation.....	7
1.1	Darstellung der neuen Versorgungsform.....	8
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns .....	10
2.1	Datenquellen und Operationalisierung der Endpunkte .....	15
2.1.1	Dokumentationsbögen .....	16
2.1.2	Patientenbefragung .....	17
2.1.3	Interviews mit Leistungserbringern.....	19
2.1.4	Online-Befragung Projektpartner.....	20
2.2	Datenanalysen .....	20
2.2.1	Übergreifende Datenanalysen.....	21
2.2.2	Effektevaluation.....	21
2.2.3	Prozessevaluation .....	21
3.	Ergebnisse der Evaluation .....	23
3.1	Stichprobenbeschreibung.....	23
3.1.1	Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken der Teilnehmenden .....	25
3.1.2	Deskription der Einschlussdiagnostik .....	29
3.1.3	Randomisierungskcheck.....	32
3.2	Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform.....	33
3.3	Effektevaluation .....	35
3.3.1	Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen.....	36
3.3.2	Verbesserung der Teilhabe .....	38
3.3.3	Verbesserung der Lebensqualität.....	40
3.4	Prozessevaluation .....	43
3.4.1	Prozessbewertung aus Sicht der Leistungserbringer.....	43
3.4.2	Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner.....	50
3.4.3	Prozessbewertung aus Sicht der Betroffenen .....	57
4.	Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators .....	63
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse der Effektevaluation .....	63
4.2	Zusammenfassung der Ergebnisse der Prozessevaluation .....	64
4.3	Limitationen .....	68
4.4	Fazit .....	69
5.	Literaturverzeichnis.....	71

Akronym: CCSchool

Förderkennzeichen: 01NVF17020

6. Anhang .....	74
7. Anlagen .....	74

## I. **Abkürzungsverzeichnis**

BHV	Behandlungsverantwortliche
CBCL	Child Behavior Checklist
CCS-THP	Therapeutinnen und Therapeuten
C-GAF	Child Global Assessment of Functioning
CIS	Columbia Impairment Scale
Eva-1	Evaluation 1 (cluster-randomisierte Studie, Analyse der Primärdaten)
Eva-2	Evaluation 2 (Vergleich mit in Routinedaten gematchter externer Vergleichsgruppe aus anderen Regionen als CCSchool-Regionen)
Eva-3	Evaluation 3 (Vergleich mit in Routinedaten gematchter historischer Vergleichsgruppe aus Vorzeitraum von CCSchool)
ICF	International Classification of Functioning
ZfP	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
IG	Interventionsgruppe
IG+KG-I	Interventionsgruppe plus Wartekontrollgruppe
IV-Vertrag	Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V
KG	Kontrollgruppe
KG-I	Wartekontrollgruppe
KiJ	Kinder und Jugendliche
LE	Leistungserbringende
M	Mittelwert
n	Stichprobengröße
SD	Standardabweichung
TRF	Teacher Report Forms

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Geplante (A) und umgesetzte (B) Erhebungszeitpunkte in CCSchool	12
Abbildung 2:	Flussdiagramm CCSchool	14
Abbildung 3:	Bewertung der Vergütung des E-Learnings und einzelner CCSchool-Leistungen durch die Leistungsbringer, die diese durchgeführt haben	46
Abbildung 4:	Aus den Interviews abgeleitete Herausforderungen und Stärken des Behandlungskonzeptes aus Sicht der interviewten Leistungserbringer	50
Abbildung 5:	Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern durch die Projektpartner selbst	51
Abbildung 6:	Herausforderungen bei der Organisation und Umsetzung des Behandlungskonzeptes aus Sicht der Projektpartner	52
Abbildung 7:	Prozentuale Verteilung, inwieweit die Projektpartner das Behandlungskonzept für die Regelversorgung empfehlen würden	55
Abbildung 8:	Meinungen der Projektpartner im Hinblick auf die Stärken des Behandlungskonzeptes	57
Abbildung 9:	Patientenzufriedenheit mit der Standardisierten Diagnostik (Prozess A)	58
Abbildung 10:	Weiterempfehlung der standardisierten Diagnostik (Prozess A)	59
Abbildung 11:	Patientenzufriedenheit mit dem schulbasiertem Therapeutic Assessment (Prozess B)	59
Abbildung 12:	Patientenzufriedenheit mit dem Lösungsansatz aus dem schulbasiertem Therapeutic Assessment (Prozess B)	60
Abbildung 13:	Weiterempfehlung des schulbasierten Therapeutic Assessment (Prozess B)	61
Abbildung 14:	Patientenzufriedenheit mit schulbasierter Therapie (Prozess C)	62
Abbildung 15:	Patientenempfehlung für Teilnahme an schulbasierter Behandlung	63

## III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Interventions- und Kontrollregionen in CCSchool	11
Tabelle 2:	Voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte bzw. Behandlungen	18
Tabelle 3:	Endpunkte der Prozessevaluation in der Befragung der Sorgeberechtigten und Kinder/Jugendlichen	19
Tabelle 4:	Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews mit den Leistungserbringern	22
Tabelle 5:	Kategoriensystem für die Auswertung der Kurzbefragung der Konsortial- und Projektpartner	23
Tabelle 6:	Anzahl und prozentuale Verteilung der rekrutierten Kinder und Jugendlichen pro CCSchool-Region	24

Tabelle 7:	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Gruppenzugehörigkeit	26
Tabelle 8:	Gesundheitliche und soziale Charakteristiken der Stichprobe nach Gruppenzugehörigkeit	28
Tabelle 9:	Einschlussdiagnosen nach Gruppenzugehörigkeit	29
Tabelle 10:	Funktionsniveaus zum Studieneinschluss durch den BHV mithilfe des C-GAF-Scores nach Gruppenzugehörigkeit	30
Tabelle 11:	Funktionelle Beeinträchtigung bei sozialen Beziehungen (CIS-Werte) aus Sicht der Sorgeberechtigten und Kinder bzw. Jugendlichen	32
Tabelle 12:	Inanspruchnahme der CCSchool-Leistungen innerhalb der Interventionsgruppe	33
Tabelle 13:	Inanspruchnahme der CCSchool-Leistungen innerhalb der Wartekontrollgruppe (KG-I)	35
Tabelle 14:	Deskriptive Statistik zur Verweildauer in voll- und teilstationären Behandlungen in IG, IG+KG-I und KG	36
Tabelle 15:	Ergebnisse der Modellschätzung zur Vorhersage der Verweildauer in vollstationären Behandlungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit	37
Tabelle 16:	Ergebnisse der Modellschätzung zur Verweildauer in teilstationären Behandlungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit	38
Tabelle 17:	Deskriptive Statistik Fehlzeiten in der Schule	39
Tabelle 18:	Gründe für Fehltage in Schule / Ausbildung zum Prä-Zeitpunkt nach Gruppenzugehörigkeit	39
Tabelle 19:	Ergebnisse der Modellschätzung der Fehlzeiten in Schule und Ausbildung in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit	40
Tabelle 20:	Deskriptive Statistik der KINDL-Werte aus Sicht der Sorgeberechtigten und Kindern/Jugendlichen	41
Tabelle 21:	Ergebnisse der Modellschätzung der KINDL-Werte aus Sicht der Sorgeberechtigten in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit	42
Tabelle 22:	Ergebnisse der Modellschätzung der KINDL-Werte aus Sicht der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit	43
Tabelle 23:	Anzahl der interviewten aktiven und passiven Leistungserbringer	44
Tabelle 24:	Anzahl der interviewten aktiven und passiven Leistungserbringer, die die Prozesse B und C durchgeführt haben	46
Tabelle 25:	Anzahl Leistungserbringer, die CCSchool-Prozessschritte durchgeführt haben und Gründe für Nicht-Durchführung	48

Akronym: CCSchool

Förderkennzeichen: 01NVF17020

Tabelle 26:	Bewertung der CCSchool-Prozessschritte aus Sicht der aktiven Leistungserbringer, die die jeweiligen Prozesse durchgeführt haben	49
Tabelle 27:	Gründe für bzw. gegen das Übernehmen bestimmter Prozessschritte in die Regelversorgung aus Sicht der Projektpartner, die nur teilweise eine Empfehlungen aussprechen würden	56

## 1. Ausgangslage und Ziele der Evaluation

Kinder und Jugendliche (KIJ) mit (drohender) seelischer Behinderung benötigen häufig ein Leben lang gute und kontinuierliche medizinische Versorgung. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die die seelische Behinderung begründen, sind zudem mit langfristigen Nachteilen für die weitere Entwicklung verbunden. So weisen ungefähr die Hälfte der betroffenen KIJ auch im Erwachsenenalter noch eine psychische Störung und körperliche Beeinträchtigungen auf (Kim-Cohen et al., 2003; Fergusson et al., 2005; Chen et al., 2009). Mittelfristig sind häufig schulische Leistungseinbußen und gesundheitliches Risikoverhalten zu beobachten (Patel et al., 2007). Laut den Ergebnissen der KIGGS-Studie des RKI waren im Zeitraum von 2014 bis 2017 17 % der KIJ psychisch auffällig und 22 % davon haben psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen (Klasen et al., 2017). Um eine Chronifizierung und die angesprochenen mittel- und langfristigen Folgen zu vermeiden, ist eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik und bedarfsgerechte Therapie essentiell.

Im deutschen Gesundheitssystem nahm die Zahl der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte mit einer Diagnose aus dem Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) für KIJ unter 15 Jahren in Deutschland von 2000 bis 2010 um 49 % zu (von 296 auf 441 Krankenhaufälle) und verblieb bis 2019 ungefähr auf demselben Niveau von 447 bis 476 Krankenhaufällen pro Jahr (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)<sup>1</sup>. Der Anstieg an psychiatrischen Hospitalisierungen kann auch in defizitären sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen, die keine kontinuierliche Behandlung gewährleisten, begründet sein. Wiederkehrende Krankenhausaufenthalte (sogenannter Drehtüreffekt) führen zu einer Diskontinuität sowohl in der Behandlung, wegen eines stetigen Wechsels zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und dem damit verbundenen Transferverlust von stationär erzielten Behandlungserfolgen, als auch in der schulischen Ausbildung, wegen wiederholter (längerer) Fehlzeiten. Dadurch besteht auch die Gefahr einer chronischen sozialen Desintegration. An diesem Punkt setzt CCSchool an: Das Behandlungskonzept zielt darauf ab, mit der Umsetzung des internationalen Standards eines sektorübergreifenden *Continuum of Care* eine kontinuierliche Behandlung unter Einbezug des Schulkontexts zu ermöglichen.

Da der Schulkontext einer der wichtigsten Sozialkontexte von KIJ ist und aus diesem auch häufig Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten kommen (Burns et al., 1995), ist es naheliegend diesen Kontext in die Therapie von KIJ mit (drohender) seelischer Behinderung einzubeziehen, bzw. falls erforderlich, im Schulkontext Interventionen durchzuführen. So konnte in einem systematischen Review von randomisiert-kontrollierten Studien, in denen schulbasierte Behandlungsansätze untersucht wurden, gezeigt werden, dass dadurch positive Effekte auf Wohlbefinden, Verhalten und psychische Gesundheit erreicht werden können (Cossu et al., 2015). In Deutschland arbeiten die Schulsysteme, Gesundheitssysteme und die Kinder- und Jugendhilfe noch wenig verschränkt. Dabei würde ein vernetztes Vorgehen eine Therapie in der bzw. unter Einbezug der natürlichen Umgebung, d. h. dem ökologisch validen Alltagssetting Schule und Familie, ermöglichen und somit Probleme in dem Kontext behandeln, in dem sie auch zu Tage treten bzw. entstehen (vgl. Barbot et al., 2016; Böge et al., 2015; Corpus et al., 2014; Schmidt et al., 2006; Matthejat et al., 2001).

Als Ziel der kontinuierlichen Behandlung von KIJ mit (drohender) seelischer Behinderung im CCSchool-Konzept gilt es vor allem den Drehtüreffekt zu vermeiden. *Weniger (teil-)stationäre Aufenthalte oder eine geringere Verweildauer im Krankenhaus* ermöglichen eine kontinuierliche Teilhabe in den normalen sozialen Settings und somit auch kontinuierliche Therapie der Problemlagen unter Einbezug der natürlichen Umgebung. Durch den Therapieansatz *Continuum of Care* wird den erkrankten KIJ eine *bessere soziale Teilhabe* ermöglicht. Teilhabe bedeutet u. a. weniger Fehlzeiten im Sozialkontext Schule, so dass auch eine kontinuierliche

<sup>1</sup> [https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg\\_olap\\_tables.prc\\_set\\_page?p\\_uid=gast&p\\_aid=48817730&p\\_sprache=D&p\\_help=2&p\\_in-dnr=550&p\\_ansnr=68006817&p\\_version=2&D.001=1000001&D.946=14493&D.011=44302](https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=48817730&p_sprache=D&p_help=2&p_in-dnr=550&p_ansnr=68006817&p_version=2&D.001=1000001&D.946=14493&D.011=44302) (abgerufen am 26.07.2021)

Schulbildung gegeben ist. Weiterhin soll durch CCSchool und den Verbleib der KiJ in der natürlichen Umgebung die *Lebensqualität der Betroffenen gefördert* werden.

Zur Umsetzung des *Continuum of Care* Ansatzes in CCSchool wird eine Kooperation von Ärztinnen bzw. Ärzten oder Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten unter Einbezug der Schule des betroffenen KiJ angestrebt. Eine kontinuierliche Behandlung wird durch eine Behandlungsverantwortliche oder einen Behandlungsverantwortlichen (BHV) in Zusammenarbeit mit einer Therapeutin oder einem Therapeuten (CCS-THP) ermöglicht (vgl. Böge et al., 2018). Dabei wird flexibel interdisziplinär und sektorübergreifend gearbeitet, so dass BHVs und CCS-THPs sowohl ambulant als auch in der Versorgung im Krankenhaus tätig sein können. Konkret wird eine frühe Diagnostik durch die BHV angestrebt, woraufhin, je nach festgestelltem Bedarf, in Kooperation mit CCS-THP und der Schule weitere schulbasierte Behandlungsansätze verfolgt werden (vgl. Abschnitt 1.1).

### **Zielgruppe von CCSchool**

Der Therapieansatz in CCSchool richtet sich an KiJ mit (drohender) seelischer Behinderung im Schulkontext, d. h. im Alter zwischen ca. 6 und 18 Jahren. Zur Zielgruppe des Projekts gehören neben den KiJ mit (drohender) seelischer Behinderungen auch solche mit einem diesbezüglichen diagnostischen Abklärungsbedarf durch Leistungserbringer des Gesundheitssystems (siehe Einschlusskriterien Abschnitt 2).

### **Evaluation des Projekts**

CCSchool wird in einem cluster-randomisierten Design mit einer Wartekontrollgruppe als Basis für die Ergebnisevaluation (Effektevaluation) evaluiert. Die Randomisierung erfolgt auf Landkreisebene, wobei der Standort der Schule der teilnehmenden KiJ ausschlaggebend für die Gruppenzugehörigkeit ist. Vorgesehen war zunächst eine Analyse von Primärdaten der cluster-randomisierten Studie (Eva-1) und Routinedaten von beteiligten Krankenkassen. In den Routinedaten sollten zwei (nach Propensity Scores) gematchte Vergleichsgruppen aus anderen Regionen als den CCSchool Regionen (Eva-2) und aus dem Vorzeitraum in den CCSchool-Regionen (Eva-3) gebildet werden. Aufgrund des geringen Anteils an Teilnehmenden unter den Versicherten der beteiligten Krankenkassen, konnten die Analysen der Routinedaten der Krankenkassen jedoch nicht umgesetzt werden. Für die Ergebnisevaluation werden daher ausschließlich Primärdaten im Längsschnitt analysiert, wobei Veränderungen über die Zeit zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe (inklusive der KiJ der Wartekontrollgruppe, die die Intervention erhalten haben) verglichen werden. Das Design wurde im Projektverlauf zudem um eine ausführliche Prozessevaluation mit Interviews und Befragung der Leistungserbringer und Projektpartner erweitert, die die bereits vorgesehene Prozessevaluation unter den Teilnehmenden ergänzt.

#### **1.1 Darstellung der neuen Versorgungsform**

Der *Continuum of Care* Ansatz von CCSchool unterteilt sich in drei Prozesse, die vom BHV ggf. mit Unterstützung von CCS-THP umgesetzt werden. Die beteiligten BHV und CCS-THP werden für die Durchführung der drei Prozesse in einem E-Learning mit fünf Modulen trainiert, welches im Projekt entwickelt wurde. Nach erfolgreichem Abschluss der ersten drei Module können die BHV und CCS-THP dem für CCSchool vereinbarten Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V (IV-Vertrag) beitreten und CCSchool-Leistungen erbringen. Die nur für die BHV vorgesehenen zusätzlichen Module 4 und 5 können innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn des E-Learnings absolviert werden.

Für die BHV bestehen folgende Qualifikationsvoraussetzungen: Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin; approbierte/r Kinder- und Jugendli-

chenpsychotherapeut/in oder Psychologische Psychotherapeut/in; Arzt/Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -pädiatrie; in Institutionen tätige/r Psychologe/in; Pädagoge/in, Sozialarbeiter/in oder Sozialpädagoge/in in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen- bzw. Psychologische/n Psychotherapeut/in.

Die Qualifikationsvoraussetzungen für die CCS-THP sind: Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in ohne Approbation, Pädagoge/in, Pflegekraft, Erziehungsfachkraft oder andere Berufsgruppen mit systemischer oder psychotherapeutischer Weiterbildung (in Nicht-Richtlinienpsychotherapieverfahren, ohne Approbation als Abschluss), Ergotherapeut/in, Arbeits-therapeut/in, Musiktherapeut/in, Kreativtherapeut/in, Physiotherapeut/in.

### **Prozess A: Standardisierte Diagnostik**

Die standardisierte Diagnostik besteht aus drei Teilen und wird vollständig von den BHV durchgeführt. Im ersten Teil, der Teil der Regelversorgung ist, erfolgt eine körperliche bzw. neurologische Diagnostik, die, falls erforderlich und nicht in der Kompetenz der BHV, nach Überweisung durch eine entsprechende Fachärztin bzw. einen entsprechenden Facharzt durchgeführt wird, einer Funktionsdiagnostik mittels des Child Global Assessment of Functioning (C-GAF, Shaffer et al., 1983) und der Untersuchung des psychosozialen Funktionsniveaus anhand von psychometrischen Verfahren (Columbia Impairment Scale (CIS, Bird et al., 1993), Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991; Döpfner et al., 2014).

Im zweiten Teil wird ein an der International Classification of Functioning (ICF; World Health Organization, 2001) orientiertes halbstandardisiertes Interview mit den Sorgeberechtigten geführt, um hinderliche und förderliche Faktoren der Teilhabe sowie Teilhabewünsche zu erheben (siehe Anlage 1).

Im dritten Teil werden alle Befunde in einem strukturierten Bericht zusammengefasst und bewertet, der Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe durch medizinische Therapiemaßnahmen (Behandlungsplan) und adjuvante soziale Hilfsmaßnahmen (Input für einen Gesamthilfepplan) enthält. Zudem treffen die BHV aufgrund der ermittelten Befunde die Entscheidung, ob Prozess B ausgelöst wird.

### **Prozess B: Schulbasiertes Therapeutic Assessment**

Im schulbasierten Therapeutic Assessment arbeiten BHV und CCS-THP in drei Schritten zusammen. Schritt 1 wird vollständig von den CCS-THP durchgeführt und ist eine teilnehmende Beobachtung der KiJ im Schulkontext (siehe Anlage 2 für das Beobachtungsprotokoll). Es umfasst eine Verhaltens- und Teilhablediagnostik zur Feststellung, in welchen Bereichen die Teilhabe beeinträchtigt ist. Zudem wird die Lehrereinschätzung mithilfe des Teacher Report Forms (TRF) der CBCL erhoben.

Schritt 2 ist ein Termin der Sorgeberechtigten, der betroffenen KiJ und ggf. der Lehrkraft mit BHV und CCS-THP in der Praxis der BHV zur weiteren Behandlungsplanung. Bei vorliegender Behandlungsindikation wird gemeinsam eine Zielsystematik anhand eines Goal Attainment Scaling (Kleinrahm et al., 2013) erstellt und eine lösungsorientierte Erstintervention nach der Methode des Therapeutic Assessments (Ougrin et al., 2013) durchgeführt. Dabei wird die Problematik der KiJ anhand eines auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden Diagramms erarbeitet und es werden lösungsorientierte Handlungsansätze ergänzt. Die so erarbeiteten Problemlösestrategien werden den Sorgeberechtigten und KiJ mitgegeben, um sie in den nächsten vier Wochen anzuwenden.

Schritt 3 wird allein von den BHV durchgeführt und umfasst einen nach einer Woche zugeschickten verstärkenden Kurzbericht zu den Inhalten des in Schritt 2 erarbeiteten Diagramms und einen Telefonkontakt nach Ablauf der vier Wochen zur Bewertung der Effektivität der Erstintervention. Basierend auf der Bedarfslage nach Abschluss von Prozess B, d. h. ob weiterhin

eine Behandlungsbedürftigkeit im Schulkontext besteht, wird durch die BHV Prozess C in einer Basis- oder Intensiv-Variante angestoßen.

### **Prozess C: Schulbasierte Therapie**

Die schulbasierte Therapie wird gemeinsam von CCS-THP und BHV durchgeführt und umfasst drei Teile. In Teil 1 setzen die CCS-THP etablierte und individualisiert mit Sorgeberechtigten, KiJ und Schule abgestimmte psychotherapeutische Methoden entsprechend der jeweiligen Indikation in der Schule um. Die Sozialarbeit in der Schule wird dadurch sinnvoll um kurative Aspekte ergänzt. In der Basis-Variante besteht die schulbasierte Therapie aus vier bis sechs Terminen, in der Intensiv-Variante aus sechs bis zwölf Terminen, die sich über drei Monate erstrecken.

Teil 2 findet nur im Rahmen der Intensiv-Variante statt und beinhaltet dem Bedarf entsprechende Telefonkontakte mit den BHV, während der dreimonatigen schulbasierten Therapie (ca. ein Termin pro Monat).

Teil 3 ist eine monatliche Abstimmung und Supervision zwischen BHV und CCS-THP zum Behandlungsverlauf, wobei ggf. die Methodik und das Vorgehen angepasst werden. Zudem werden die Effekte anhand des Goal Attainment Scaling (Lutz et al., 2008) gemessen.

### **Studienzentren und Leistungserbringer**

Die Versorgung in CCSchool wurde in der Umgebung von vier Studienzentren in drei Bundesländern umgesetzt. Die beteiligten Studienzentren sind die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm, die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik Lüneburg und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ruppiner Kliniken. Die Studienzentren setzen eigene BHV und CCS-THP ein und unterstützen zudem niedergelassene Leistungserbringer, die sich über das E-Learning für eine Beteiligung an CCSchool qualifiziert haben.

## **2. Darstellung des Evaluationsdesigns**

Der Evaluation von CCSchool liegt ein cluster-randomisiertes Design mit einer Wartekontrollgruppe zu Grunde, bei dem Regionen auf Kreisebene, in denen die neue Versorgungsform umgesetzt wird, zufällig in Kontroll- oder Interventionsregionen aufgeteilt werden. Maßgeblich für die Zugehörigkeit der Patientinnen und Patienten zur Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) ist der Standort ihrer Schule, womit verhindert wird, dass in einer Schule sowohl KiJ der KG als auch der IG unterrichtet werden. Die Patientinnen und Patienten und deren Sorgeberechtigten wussten bei Einschluss, in welche Gruppe sie eingeschlossen wurden. Die teilnehmenden Regionen können Tabelle 1 entnommen werden. Das Design umfasst eine Ergebnis- und eine Prozessevaluation.

Tabelle 1: Interventions- und Kontrollregionen in CCSchool

Interventionsregionen	Kontrollregionen
<i>Baden-Württemberg</i>	
Böblingen	Alb-Donau
Bodensee	Biberach-Nord*
Calw	Biberach-Süd*
Sigmaringen	Ravensburg
	Ulm
<i>Brandenburg</i>	
Barnim	Elbe-Elster
Dahme-Spreewald	Oberhavel
Frankfurt Oder	Oder-Spree
Märkisch-Oderland	Prignitz
Ostprignitz-Ruppin	Teltow-Fläming
<i>Niedersachsen</i>	
Harburg	Heidekreis
Lüchow-Dannenberg	Stade
Lüneburg	
Uelzen	

Quelle: IGES Institut

Anmerkungen: Der Kreis Biberach wurde aufgrund der Zuständigkeit zweier Studienzentren in zwei Teilkreise aufgeteilt

In den Interventionsregionen werden die Patientinnen und Patienten gemäß dem Protokoll der neuen Versorgungsform versorgt. Die Intervention kann in CCSchool drei verschiedene Formen annehmen: (a) ausschließlich Prozess A; (b) ausschließlich Prozesse A und B und (c) Prozesse A, B und C. Die Form der Intervention wird bedarfsgerecht von den BHV für jedes eingeschlossene Kij bestimmt. In der Evaluation werden alle Formen gleichberechtigt als bedarfsgerechte – auf das Individuum zugeschnittene – Interventionen behandelt und entsprechend nicht gegeneinander verglichen. In der Kontrollregion werden die Patientinnen und Patienten gemäß GKV-Regelversorgung versorgt und können nach Abschluss des Beobachtungszeitraums bei Bedarf die neue Versorgungsform in Anspruch nehmen (= Wartekontrollgruppe).

In der Evaluation sollen folgende Endpunkte untersucht werden:

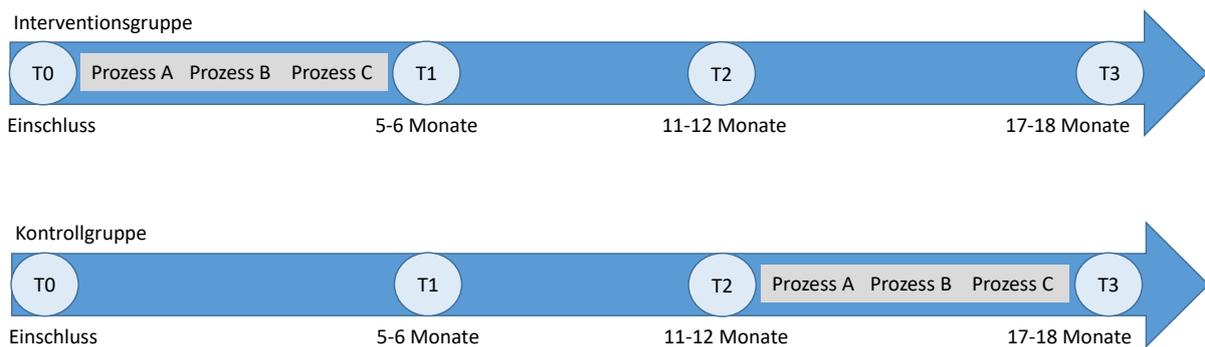
- Primärer Endpunkt: Reduktion von (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten
- Sekundärer Endpunkt 1: Verbesserung der Teilhabe der Kij
- Sekundärer Endpunkt 2: Verbesserung der Lebensqualität der Kij

## Ergebnisevaluation

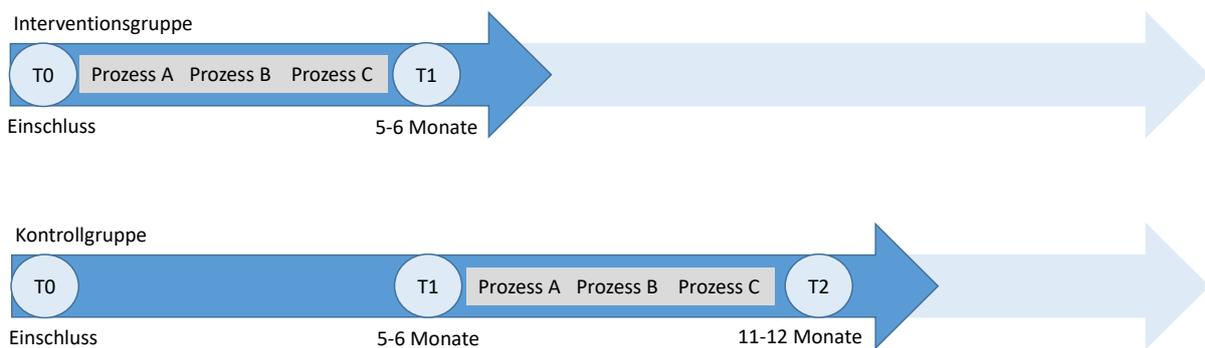
Für die Ergebnisevaluation war ursprünglich ein Beobachtungszeitraum von bis zu 18 Monaten mit vier Erhebungszeitpunkten sowohl für die IG als auch für die KG geplant (Abbildung 1, Panel A). Während der Erhebungsphase zeigte sich allerdings eine zu geringe Rekrutierungsquote, weshalb der Beobachtungszeitraum auf sechs Monate verkürzt wurde, d. h. die Teilnehmenden der IG waren für sechs Monate (bzw. bis nach Abschluss der Intervention) und die Teilnehmenden der KG für sechs bis zwölf Monate Teil des Projekts (Abbildung 1, Panel B).

Abbildung 1: Geplante (A) und umgesetzte (B) Erhebungszeitpunkte in CCSchool

### A Geplante Erhebungszeitpunkte



### B Umgesetzte Erhebungszeitpunkte



Quelle: IGES Institut

Für die Datenanalyse werden die Teilnehmenden der KG, die nach T1 noch die Intervention erhalten haben (KG-I), der IG zugeordnet. Die Veränderung über die Zeit der Intervention wird für die KG-I demnach als Veränderung von T1 zu T2 gemessen. Diese um die Personen der KG-I erweiterte IG wird im Folgenden als IG+KG-I bezeichnet. Gleichzeitig wird die KG unverändert von T0 zu T1 betrachtet, das heißt, die Personen der KG-I gehen sowohl in die KG als auch in die IG+KG-I ein. Die damit möglicherweise einhergehende Verzerrung wird in Kauf genommen, da auf diese Weise die durch die geringe Fallzahl fehlende Power zumindest etwas erhöht werden kann. Im Folgenden wird die Veränderung in KG bzw. IG+KG-I über den jeweiligen Interventionszeitraum mit Prä und Post beschrieben. Für die KG und die IG entspricht der Prä-Zeitpunkt T0 und der Post-Zeitpunkt T1; für die KG-I ist der Prä-Zeitpunkt T1 und der Post-Zeitpunkt T2.

In CCSchool wurde eine rollende Rekrutierung umgesetzt, so dass die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ihren jeweiligen Studienablauf sukzessive durchlaufen haben. Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Mai 2018 bis März 2020. Die letzten Therapiemaßnahmen und Datenerhebungen erfolgten im März 2021.

Für die Ergebnisevaluation waren zu Projektbeginn sowohl die Analyse von Primärdaten (Eva-1) als auch die Analyse von Routinedaten der beteiligten Krankenkassen vorgesehen. Dabei sollten auch zwei gematchte Vergleichsgruppen von Versicherten aus anderen als den an CCSchool beteiligten Regionen (Eva-2, externe Vergleichsgruppe) und aus dem Vorzeitraum in CCSchool-Regionen (Eva-3, historische Vergleichsgruppe) gebildet werden. Aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen wurde die Ergebnisevaluation jedoch auf die Auswertung der Primärdaten (Eva-1) beschränkt (nur von n = 56 KiJ hätten Routinedaten vorgelegen).

### **Prozessevaluation**

Im ursprünglichen Design ist eine Prozessevaluation seitens der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten nach jedem Prozess der Intervention und im Abschlussfragebogen als schriftliche Befragung vorgesehen. Ergänzt wurde die Prozessevaluation im Projektverlauf um telefonische Interviews mit aktiven und passiven BHV und CCS-THP. Das heißt es wurden BHV und CCS-THP, die das E-Learning absolviert haben und entweder Patientinnen und Patienten im Rahmen von CCSchool behandeln (aktiv) oder nicht (passiv), zwischen Oktober und Dezember 2020 interviewt. Auch die Projektpartner wurden gegen Ende der Projektlaufzeit im Februar 2021 im Rahmen der Prozessevaluation mit einer anonymen Online-Befragung befragt.

### **Einschlusskriterien**

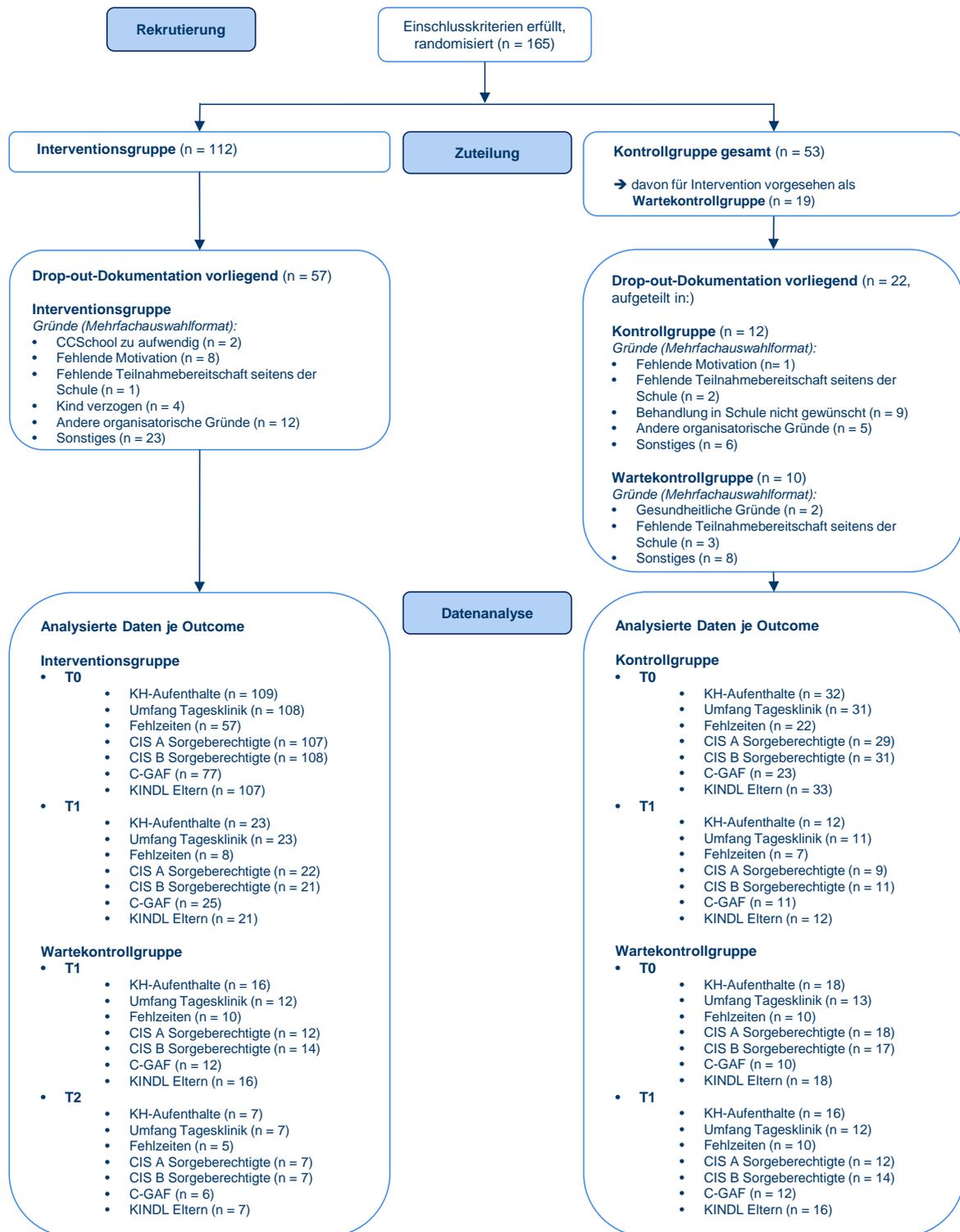
Für den Studieneinschluss kommen KiJ mit psychischen Problemlagen und gleichzeitig vorliegenden Schulproblemen in Frage. Gescreent wurden die KiJ von den BHV, wenn eine Diagnose des F-Kapitels des ICD-10 vorliegt und/oder wenn die KiJ auf Initiative der Sorgeberechtigten oder der Schule oder durch Überweisung eines anderen Arztes bzw. einer anderen Ärztin vorgestellt werden. Einschlusskriterien sind eine ICD-10 F-Diagnose mit Ausnahme der Suchterkrankungen (F10-F19), eine vorliegende Schulproblematik (CIS-Wert der entsprechenden Items  $\geq 3$  oder berichtet von Schule bzw. Sorgeberechtigten) und ein C-GAF-Wert kleiner oder gleich 70. Zusätzlich muss die Schule des KiJ in einem an CCSchool teilnehmenden Kreis liegen und CCSchool unterstützen. Die Teilnehmenden müssen zudem gesetzlich krankenversichert sein. Zu Beginn des Projekts musste zudem die Krankenkasse des KiJ das Projekt unterstützen. Dieses Einschlusskriterium wurde im September 2019 verändert, so dass alle gesetzlich versicherten KiJ teilnehmen konnten.

### **Fallzahlen**

Insgesamt haben 165 KiJ an CCSchool teilgenommen, wobei n = 112 Teil der IG und n = 53 Teil der KG sind. Aus der KG haben n = 19 nach dem Beobachtungszeitraum die Intervention in Anspruch genommen (KG+I). Die Fallzahl der IG+KG-I ist entsprechend n = 131.

Abbildung 2 zeigt ein Flussdiagramm in Anlehnung an die Vorgaben des CONSORT Statements (Campbell et al., 2012). Es liegen ausschließlich Informationen ab Studieneinschluss vor, d. h. die Anzahl der KiJ, die für den Studieneinschluss gescreent wurden, ist nicht bekannt.

Abbildung 2: Flussdiagramm CCSchool



Quelle: IGES Institut in Anlehnung an Campbell et al. (2012)

Anmerkung: Drop-out-Dokumentation vorliegend: Dargestellte Gründe stammen aus Drop-out-Dokumentation; CIS A = Item Schulanforderungen, CIS B = Item Schulverhalten (vgl. Abschnitt 2.1.1)

## Fallzahlkalkulation

Die benötigte Fallzahl hängt bei cluster-randomisierten Studien entscheidend von der Anzahl der Cluster ab. Im Projektantrag waren 20 Cluster (Kreise) vorgesehen, wovon zehn in die IG und zehn in die KG randomisiert werden sollten. Die ursprüngliche Fallzahlkalkulation für den primären Endpunkt Reduktion von (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten beläuft sich auf 1.800 Kij in diesen 20 Kreisen.

Aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen wurde im Projektverlauf die Operationalisierung des primären Endpunkts verändert, um eine ausreichende Power auch bei geringerer Fallzahl zu erreichen. Statt der Anzahl der Krankenhausaufenthalte wird die Verweildauer im Krankenhaus untersucht. Zudem wurden fünf weitere Kreise als CCSchool-Regionen aufgenommen, so dass in 25 Kreisen (Clustern) rekrutiert werden konnte. Davon sind 12 in Kontrollregionen und 13 in Interventionsregionen randomisiert. Die Fallzahlkalkulation bei einer angenommenen Rekrutierung in 24 der 25 Kreise und einer erwarteten kleinen bis mittleren Effektstärke kommt zu folgenden Ergebnis: Unter Annahme einer kleinen Intra-Class-Correlation (ICC) von 0,05, die die Varianzzerlegung in Varianz innerhalb und zwischen Clustern beschreibt (vgl. Hox, 2010), wird bei einem zweiseitigen Test mit einem Alpha-Niveau von 5 % bei einer Power von 80 % eine Stichprobe von mindestens 192 Patienten in zwölf Clustern pro Gruppe benötigt (n = 384 Patienten in 24 Clustern). Diese Fallzahl wurde im Projekt CCSchool nicht erreicht (Einschluss von n = 165 Kij mit n = 112 in der IG (n = 131 in der IG+KG-I) und n = 53 in der KG, so dass die durchgeführten Datenanalysen deutlich unterpower sind. Da aufgrund der geringen Fallzahl die Analysestrategie angepasst werden musste (vgl. Abschnitt 2.2.2), wurden für die Berechnung der posteriori Power die Ergebnisse der mit der vorhandenen Datengrundlage realisierten Mehrebenenmodelle mit dem Outcome vollstationäre Krankenhausverweildauer zu Grunde gelegt (siehe Tabelle 15). Unter Annahme einer Normalverteilung der Effekte, für deren Mittelwert der Schätzer b und Standardabweichung die zufälligen Effekte aus Tabelle 15 entnommen wurden, wurde eine Simulation von 10.000 Modellen berechnet. Dabei war in 4.561 Fällen der Interventionseffekt auf einem Signifikanzniveau von 5 % signifikant wurde. Es ergibt sich daher eine posteriori Power von 46 %.

Die berichteten Ergebnisse der Effektevaluation müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden und sind nicht belastbar, sondern haben den Charakter von Ergebnissen einer Pilotstudie für zukünftige Forschung. Der Schwerpunkt der Evaluation liegt daher auf der Prozessevaluation, in der insbesondere die Gründe für die geringen Rekrutierungsraten sowie förderliche und hinderliche Bedingungen in der Projektdurchführung und eine Einschätzung des Behandlungspotenzials von CCSchool erfragt werden. Auf Basis dieser Ergebnisse wird bewertet, ob CCSchool – wenn die Probleme in der Rekrutierung nicht bestanden hätten – ein Erfolgspotenzial für die Versorgung der betroffenen Kij aufweist.

### 2.1 Datenquellen und Operationalisierung der Endpunkte

Die Erhebung von Primärdaten erfolgte für die Ergebnisevaluation durch die beteiligten Leistungserbringer und für die Prozessevaluation vorwiegend durch den Evaluator. Die Datenerhebungs- und Dokumentationsroutinen des Projekts wurden durch ein Studienmanual gesteuert. Die BHV erhielten von der Konsortialführung für die Umsetzung einen Studienordner, der alle relevanten Unterlagen und Informationsblätter beinhaltet. Die erforderlichen pseudonymisierten Daten der Patientenbefragung (Abschnitt 2.1.2) und der Dokumentationsbögen (Abschnitt 2.1.1) wurden von der Konsortialführung in Form von Excel- und SAV-Dateien zur Verfügung gestellt. Die Daten der Interviews mit den Leistungserbringern (Abschnitt 2.1.3) und der Online-Befragung der Projektpartner (Abschnitt 2.1.4) wurden direkt durch den Evaluator erhoben.

### 2.1.1 Dokumentationsbögen

Die BHV haben sowohl den Patienteneinschluss (Einschlussdokumentation), als auch den Patienten-Drop-out (Drop-out-Dokumentation), den ggf. stattfindenden Übergang der KG in die Intervention (Dokumentation KG-I) und alle durchgeführten Schritte der Prozesse A bis C (Dokumentation Prozess A, B oder C) anhand von Dokumentationsbögen festgehalten (siehe Anlagen 3 bis 6). Die über die Dokumentationsbögen erhobenen Daten werden v. a. zur Darstellung der Inanspruchnahme der Leistungen und zur Beschreibung der Stichprobe genutzt (Abschnitt 3.1).

#### Einschlussdokumentation bzw. Dokumentation KG-I

Zum Patienteneinschluss bzw. zum ggf. erfolgten Einschluss der Teilnehmenden der KG in die Intervention werden die formalen Einschlussvoraussetzungen (Region der Schule) und die Einschlusskriterien (ICD-Code, Funktionsniveau und Schulproblematik) dokumentiert (vgl. Abschnitt 2). Es liegen von allen 165 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten Einschlussdokumentationen vor.

Dokumentiert wird, dass die Schule in einer CCSchool-Region liegt und in welcher (vgl. Tabelle 1). Weiterhin werden bis zu zehn ICD-Codes als Einschlussdiagnosen dokumentiert, wobei die Dokumentation mindestens einer ICD-Diagnose (F10 bis F19) erforderlich war. Für 164 der 165 eingeschlossenen KIJ (99,39 %) wurde mindestens ein ICD-Code dokumentiert, für  $n = 44$  (26,67 %) liegen mehr als eine Diagnose vor. Für die Auswertungen wird die erstgenannte Diagnose herangezogen.

Das Funktionsniveau der KIJ wird anhand des C-GAF gemessen. Dabei kann sowohl ein 10-stufiger Wertebereich (von 0 bis 100) angekreuzt, als auch ein konkreter Wert erfasst werden. Der höchste Wertebereich von 100 bis 91 entspricht einer „hervorragende(n) Funktion auf allen Gebieten (zu Hause, in der Schule und mit Gleichaltrigen) (...)“ und der niedrigste Bereich von 10 bis 1 bedeutet, das/der KIJ „benötigt ständige Beaufsichtigung (24 Stunden-Pflege) aufgrund schwersten aggressiven oder selbstschädigenden Verhaltens oder massive Beeinträchtigung des Realitätsbezugs, der Kommunikationsfähigkeit, der Wahrnehmung, des Affekts oder der Körperhygiene“ (Auszug aus dem C-GAF; Shaffer et al., 1983). Auf dem Einschlussdokumentationsbogen wird der ermittelte C-GAF-Wert des KIJ eingetragen.

Die Dokumentation der Schulproblematik erfolgt, indem angegeben wird, ob die Schulproblematik von Sorgeberechtigten oder der Schule berichtet wird oder ob die Ergebnisse des CIS-Fragebogens herangezogen werden. Der CIS-Fragebogen ist ein etabliertes Instrument zur Einschätzung von Problemen in verschiedenen sozialen Kontexten (Bird et al., 1993). Dabei nehmen sowohl die Sorgeberechtigten als auch die KIJ selbst eine Bewertung anhand von 13 Items vor, die von 0 = kein Problem bis 4 = große Probleme beantwortet werden können (Beispielitem Nr. 4: „Wie sehr bereitet es ihr/ihm Probleme, mit anderen Kindern/Jugendlichen ihres/seines Alters auszukommen?“). Der Gesamtwert (Summenscore aus allen 13 Itemwerten) kann demnach zwischen 0 und 52 liegen. Das Einschlusskriterium ist mit einem Wert  $\geq 3$  auf den die Schule betreffenden Items definiert. Für die Darstellung der Einschlusskriterien wird der Gesamtscore sowie die Auswertung der beiden schulbezogenen Einzelitems<sup>2</sup> genutzt.

#### Dokumentation Prozess A, B oder C

Zu jedem der Prozesse A, B und C wurde auf je einem Dokumentationsbogen die Inanspruchnahme von Leistungen (Teilschritte der CCSchool-Intervention vgl. Abschnitt 1.1) festgehalten. Von den 131 KIJ, die die CCSchool-Intervention erhalten haben, liegt von 96 Personen

<sup>2</sup> „Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihren/seinen Schulanforderungen bzw. ihre/seine Arbeit zu machen?“ (= CIS A, Item Schulanforderungen); Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihrem/seinem Verhalten in der Schule (oder in ihrem/seinem Job)?“ (= CIS B, Item Schulverhalten)

(73,28 %) mindestens der Dokumentationsbogen von Prozess A vor. Zudem wurde angegeben, ob für den Patienten bzw. die Patientin der jeweilige nächste Prozessschritt indiziert ist.

### **Drop-out-Dokumentation**

In der Drop-out-Dokumentation wurde der Zeitpunkt und die Gründe des Drop-outs dokumentiert. Es liegen von 79 Drop-outs Drop-out-Dokumentationen vor, wobei es aber sein kann, dass nicht alle Drop-outs auf diese Weise dokumentiert wurden.

### **2.1.2 Patientenbefragung**

Die BHV händigten nach erfolgtem Studieneinschluss (T0) und zum Follow-Up (T1, T2) sowie direkt nach den einzelnen Prozessschritten der Intervention Fragebögen an die Sorgeberechtigten und die KiJ aus. Über diese Patientenbefragung werden die Daten zur Überprüfung der primären und sekundären Endpunkte und für die Prozessevaluation unter den Teilnehmenden erhoben.

#### **2.1.2.1 Stichprobencharakteristika und Effektevaluation**

Neben einer standardisierten Abfrage soziodemografischer Daten sowie weiterer Charakteristika der KiJ werden Informationen zu den Endpunkten Krankenhausaufenthalte, Teilhabe und Lebensqualität erfasst (siehe Anlagen 7 und 8). Zu T0 liegen Daten von allen der 165 eingeschlossenen KiJ vor, zu T1 von 53 Teilnehmenden (32,12 %) und zu T2 von 7 Personen der KG-I (36,84 %). Die Daten werden für die Stichprobenbeschreibung (Abschnitt 3.1) und die Auswertungen zur Effektevaluation (Abschnitt 3.3) genutzt.

#### **Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken des KiJ**

Als soziodemografische Angaben wurden Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Sprache Zuhause und Wohnsituation (mit Eltern, einzelnen Elternteilen, Geschwistern) erfragt. Zudem liegen Angaben zur Schulform und Klassenstufe vor. Weiterhin wurden das Vorliegen einer Behinderung sowie die Medikamenteneinnahme erfasst.

Die familiäre Belastung wird mittels der Bewertung von neun Problemlagen auf einer 5-stufigen Likertskala (0 = gar nicht belastet bis 4 = stark belastet) erhoben. Das Erhebungsinstrument wurde bereits vor der Durchführung von CCSchool im IfP zur Abbildung der familiären Belastung in der klinischen Versorgung entwickelt. Für die Auswertung wird für jedes Item der Mittelwert der Skala berichtet. Zudem wurde das Vorliegen von sechs möglichen Problemlagen in der Schule mit einem Instrument, das ebenfalls auf einer Eigenentwicklung des IfP beruht, erfasst.

#### **Verweildauer in (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten (primärer Endpunkt)**

Die befragten Personen wurden gebeten, Angaben zu voll- und teilstationären Behandlungen in (KiJ-)psychiatrischen Fachabteilungen oder Kliniken im letzten Jahr (bei Studieneinschluss) bzw. im letzten halben Jahr (beim Follow-Up) zu machen.

Insgesamt haben nur sehr wenige Teilnehmende angegeben, überhaupt in voll- und/oder teilstationärer Behandlung gewesen zu sein (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Voll- und teilstationäre Krankenhausaufenthalte bzw. Behandlungen

	vollstationäre Aufenthalte			teilstationäre Behandlungen		
	ja	nein	n	ja	nein	n
T0	16	146	162	12	146	158
T1	3	48	51	4	44	48
T2	2	19	21	0	21	21

Quelle: Patientenbefragung T0, T1, T2

Anmerkung: Gesamtstichprobenumfang n = 165, fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zum jeweils angegebenen n in der Tabelle

Für die Datenanalysen wird die Verweildauer zugrunde gelegt, d. h. die Gesamtzahl der Nächte der vollstationären Aufenthalte bzw. die Gesamtzahl der Tage in teilstationärer Behandlung in den letzten sechs Monaten (vgl. Tabelle 14 in Abschnitt 3.3.1.1). Der T0 Wert wird für die Analysen halbiert, so dass alle Zeitpunkte sich auf sechs Monate beziehen. Bei denjenigen, die angeben, keinen voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt erlebt zu haben, wurde die Verweildauer auf Null gesetzt, um die Datengrundlage für die Analyse zu verdichten.

### Teilhabe (sekundärer Endpunkt 1)

Die Teilhabe wird anhand der selbstberichteten Fehltage in der Schule/Ausbildung in den letzten sechs Monaten im Rahmen der Patientenbefragung (ausgefüllt durch Sorgeberechtigte oder KiJ) operationalisiert. Konkret wurden die Sorgeberechtigten bzw. KiJ gefragt, ob das KiJ in den letzten sechs Monaten in der Schule oder der Ausbildung gefehlt hat und wenn ja, wie viele Fehltage es waren. Zusätzlich wurden folgende Gründe für die Fehltage erfragt: körperliche Beschwerden ohne ärztliche Behandlung, mit ambulanter ärztlicher Behandlung oder mit Behandlung im Krankenhaus; psychische Beschwerden ohne ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, mit ambulanter ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder mit Behandlung im Krankenhaus; Schulschwänzen; sonstige Gründe.

### Lebensqualität (sekundärer Endpunkt 2)

Die Lebensqualität wird als Fremd- und einmal als Selbstbericht gemessen. Dazu wurde der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei KiJ (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000), sowohl in der Eltern- als auch in der Kinderversion, erhoben. Entsprechend des Manuals kann ein Gesamtwert (Mittelwert aller Items) über die sechs Dimensionen Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule hinweg (mit jeweils vier Items) gebildet werden. Die Items können auf einer Skala von 0 = nie bis 5 = immer beantwortet werden. Negativ gepolte Items wurden für die Datenauswertung rekodiert. Nach der Berechnung der Werte werden diese auf den Wertebereich 0 bis 100 transformiert. Der Gesamtwert kann demnach zwischen 0 und 100 liegen. Je höher der Wert ausfällt, desto höher ist die Lebensqualität. Der Gesamtwert wird berechnet, sofern 17 der 24 Items ausgefüllt wurden, fehlende Werte werden dabei durch den Gesamtmittelwert ersetzt. Für die Auswertung wurden frei verfügbare Syntaxen verwendet<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> <https://www.kindl.org/deutsch/auswertung> (abgerufen am 09.07.2021)

### 2.1.2.2 Prozessevaluation

Tabelle 3 fasst die Inhalte der Datenerhebungen zur Prozessevaluation unter den Patientinnen und Patienten zusammen, die Befragungsinstrumente finden sich in den Anlagen 9 und 10. Jeweils am Ende eines durchlaufenen Prozesses (A, B oder C) wurden die KiJ und Sorgeberechtigten der IG und KG-I gebeten, Fragen zur Zufriedenheit mit dem Ablauf zu beantworten. Es liegen Daten von n = 36 Sorgeberechtigten und n = 31 KiJ zu Prozess A, von n = 22 Sorgeberechtigten und n = 17 KiJ zu Prozess B und von jeweils n = 14 Personen zu Prozess C vor. Wenn man die Inanspruchnahme der Prozesse zu Grunde legt (Abschnitt 3.2) liegt der Rücklauf zwischen 32,08 % und 45,16 % bezogen auf alle Personen für die eine Dokumentation des jeweiligen Prozessschritts vorliegt. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 3.4.3 berichtet.

Nach Abschluss der Teilnahme wurden die KiJ und deren Sorgeberechtigten zudem nach einer Gesamteinschätzung der Versorgungsqualität gefragt. Hierbei wurden den Sorgeberechtigten 15 Fragen gestellt (vier zur Diagnostik, fünf zur Behandlung durch den BHV, fünf zur Behandlung durch den CCS-THP, eine zur Zusammenarbeit zwischen BHV und CCS-THP) und den KiJ zehn Fragen (vier zur Diagnostik, drei zur Behandlung durch den BHV, drei zur Behandlung durch den CCS-THP). Die Antwortskala zu jedem Item ging von 0 = stimme gar nicht zu bis 4 = stimme voll und ganz zu. Für die Datenauswertung liegen aus der IG und KG-I für die Sorgeberechtigten von n = 6 und für die KiJ von n = 7 Antworten – zum Teil mit fehlenden Werten – vor. Das heißt nur 6-7 % der Teilnehmenden, die mindestens an Prozess A teilgenommen haben, haben diese Fragen beantwortet. Aufgrund der Gefahr einer starken Verzerrung wegen des geringen Rücklaufs werden die Ergebnisse der Gesamteinschätzung der Versorgung nicht berichtet.

Tabelle 3: Endpunkte der Prozessevaluation in der Befragung der Sorgeberechtigten und Kinder/Jugendlichen

Endpunkt	Zeitpunkt	Zugehörige Aspekte
Zufriedenheit mit Diagnostik (Prozess A)	Nach Inanspruchnahme	Zufriedenheit mit Ablauf, Empfehlung für Teilnahme anderer Betroffenen, Verbesserungspotenzial
Zufriedenheit mit schulbasiertem Assessment (Prozess B)	Nach Inanspruchnahme	Zufriedenheit mit Ablauf und Lösungsansatz, Empfehlung für Teilnahme anderer Betroffenen, Verbesserungspotenzial
Zufriedenheit mit schulbasierter Behandlung (Prozess C)	Nach Inanspruchnahme	Zufriedenheit mit Ablauf, Empfehlung für Teilnahme anderer Betroffenen, Verbesserungspotenzial
Bewertung der Versorgungsqualität (wird aufgrund geringer Fallzahl nicht ausgewertet)	Zum Ende der Projektteilnahme (wird aufgrund geringer Fallzahl nicht ausgewertet)	Transparenz von Prozessabläufen, Informationen zum Vorgehen, Beantwortung von Fragen (wird aufgrund geringer Fallzahl nicht ausgewertet)

Quelle: IGES Institut

### 2.1.3 Interviews mit Leistungserbringern

Für die Prozessevaluation unter den Leistungserbringern wurden Interviews mit vier verschiedenen Personengruppen geführt:

- Interviews mit aktiven BHV: Um zu erfahren, warum die BHV zwar am Projekt teilnehmen, aber nur wenige Patientinnen bzw. Patienten einschließen konnten, wurden In-

Interviews mit aktiven BHV geführt, die bereits mindestens eine Patientin bzw. einen Patienten eingeschlossen haben. Dabei wurden sie gefragt, welche Faktoren einer hohen Rekrutierungsrate im Wege standen und welche ggf. förderlich waren. Zudem sollte die in CCSchool vorgesehene Zusammenarbeit mit den CCS-THP und der Schule in diesen Interviews beleuchtet werden.

- Interviews mit passiven BHV: Es gibt viele BHV, die zwar das E-Learning gemacht haben und dem IV-Vertrag beigetreten sind, aber dennoch keine Patientinnen oder Patienten eingeschlossen haben. Ziel war es zu erfahren, warum die BHV sich so entschieden haben – insbesondere, ob vor allem mit den spezifischen Prozessen der neuen Versorgungsform zusammenhängende Gründe vorlagen, ob das Behandlungskonzept nicht überzeugt hat oder ob die Zahl der für die Versorgungsform in Frage kommende Patientinnen und Patienten ggf. geringer ist als ursprünglich angenommen.
- Interviews mit aktiven CCS-THP: Die Behandlung in der Schule ist ein Kernelement der Therapie in CCSchool, die insbesondere von den CCS-THP durchgeführt und begleitet wird. Daher wurden die CCS-THP, die diese Prozesse durchgeführt haben, nach ihren Erfahrungen befragt. Ziel war es, Informationen zur Umsetzbarkeit der Intervention zu erhalten und mögliche Probleme und förderliche Faktoren in der direkten Zusammenarbeit mit der Schule aufzudecken. Weiterhin stellen die CCS-THP eine Art Schnittstelle zwischen BHV, Schule und Patient bzw. Patientin dar, so dass auch die Vor- und Nachteile der in CCSchool konzipierten Zusammenarbeit mit den BHV und der Schule herausgearbeitet werden können. Auch wurden Vorschläge zur Verbesserung des Projekts von den CCS-THP eingeholt.
- Interviews mit passiven CCS-THP: Es gibt auch CCS-THP, die zwar das E-Learning abgeschlossen haben und dem IV-Vertrag beigetreten sind, aber keine Patientinnen oder Patienten im Rahmen von CCSchool versorgten. Auch hier wurde nach den Gründen gefragt, warum keine Zusammenarbeit mit einem BHV zustande kam. Neben prozessbezogenen Gründen, könnte auch hier das Behandlungskonzept nicht überzeugt oder andere Gründe einer Teilnahme im Wege gestanden haben.

Um die unterschiedliche Projekteinbindung berücksichtigen zu können, wurden für die Durchführung der Interviews mit den BHV und CCS-THP separate Interviewleitfäden erstellt (siehe Anlagen 11 und 12). Insgesamt wurden 20 Leistungserbringer (13 BHV und sieben CCS-THP; 16 aktive und vier passive Leistungserbringer) interviewt. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 3.4.1 berichtet.

#### **2.1.4 Online-Befragung Projektpartner**

Für alle Konsortialpartner (bzw. dort über Projektmittel angestellte Personen) wurde ein anonymer Online-Fragebogen eingesetzt, um die projektspezifischen Gründe für zeitliche Verzögerungen, die größten Hürden im Projektverlauf, die Gründe für die geringe Rekrutierung und Vorschläge, wie das Projekt verbessert werden kann bzw. wie die Probleme und Barrieren zukünftig vermieden werden könnten, zu erfassen. Der Fragebogen enthält Multiple-Choice-Antwortformate und Freitextfelder zur Zusammenarbeit, Organisation und Umsetzung des Projekts und zum Potenzial von CCSchool für die Regelversorgung (siehe Anlage 13). Von 15 angeschriebenen Personen haben 13 den Fragebogen vollständig ausgefüllt (86,67 %). Die Daten werden in Abschnitt 3.4.2 berichtet.

## **2.2 Datenanalysen**

Die Ergebnisse der Datenanalysen zu den primären und sekundären Endpunkten bieten aufgrund der geringen realisierten Fallzahl und dadurch fehlenden statistischen Power keine belastbare Grundlage für eine aussagekräftige Ergebnisevaluation. Dennoch wurden die Datenanalysen wie geplant durchgeführt, um zumindest Hinweise auf die Effektivität zu erhalten und

die Ergebnisse für zukünftige Forschungsvorhaben nutzen zu können. Alle Datenanalysen wurden mit SPSS oder Excel® durchgeführt.

### 2.2.1 Übergreifende Datenanalysen

Für deskriptive Analysen wurden statistische Lagemaße und Häufigkeitstabellen berechnet. Weiterhin wurde der Erfolg der Randomisierung anhand eines Vergleichs von IG und KG mittels t-Tests und Chi-Quadrat-Tests auf relevanten soziodemografischen Variablen und den Einschlusskriterien überprüft (siehe Abschnitt 3.1.3).

### 2.2.2 Effektevaluation

Für die Effektevaluation werden zunächst deskriptive Auswertungen der Outcome-Variablen zum Prä- und Post- Zeitpunkt inklusive 95%iger Konfidenzintervalle berichtet.

Für die Überprüfung der Endpunkte der Effektevaluation wurden längsschnittliche Mehrebenenmodelle mit drei Ebenen konzipiert, die die hierarchische Datenstruktur des cluster-randomisierten längsschnittlichen Designs berücksichtigen, wobei Zeitpunkte innerhalb von Personen und Personen innerhalb von CCSchool-Regionen geclustert sind. Aufgrund der geringen Fallzahlen konnte eine Clusterung auf Regionsebene nicht modelliert werden. Entsprechend wird lediglich ein Zwei-Ebenen-Modell mit Zeitpunkten auf Level 1 und Personen auf Level 2 umgesetzt. Als Prädiktoren sind Intercept, Zeitpunkt (Prä = 0 und Post = 1), Gruppe (KG = 0 und IG+KG-I = 1) und die Interaktion aus Zeitpunkt und Gruppe (= Interventionseffekt von CCSchool) vorgesehen. Weitere Kovariaten wurden nicht aufgenommen, um einerseits die unterpowerten Datenanalysen zu vereinfachen und andererseits, da der Randomisierungsscheck kaum signifikante Unterschiede auf den relevanten Konfoundern zwischen IG bzw. IG+KG-I und KG zeigt (vgl. Abschnitt 3.1.3). Aufgrund der geringen Fallzahl im Längsschnitt wird lediglich der Intercept und nicht der Zeiteffekt als zufälliger Effekt in die Modelle aufgenommen, d. h. es wird keine Varianz der zeitlichen Veränderung zwischen Personen modelliert. Es werden  $R^2$  und Effektstärken mittels  $f^2$  berichtet, wobei ein Wert von 0,02 einem kleinen, ein Wert von 0,15 einem mittleren und ein Wert von 0,35 einem großen Effekt entspricht (Cohen, 1992; Lorah, 2018).

Abweichend von diesem Vorgehen wird für die Outcomes *Verweildauer in (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten* (Endpunkt Reduktion von (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten) und *Fehlzeiten* (Endpunkt Teilhabe) ein Regressionsmodell ohne zufälligen Effekt berechnet, da aufgrund der geringen Fallzahl im Längsschnitt das Mehrebenenmodell mit zufälligen Effekt für den Intercept nicht schätzbar ist. Das heißt, die Ergebnisse der Regression bilden die Effekte ohne Modellierung der Mehrebenenstruktur ab, so dass sie weniger belastbar und mit Vorsicht zu interpretieren sind.

### 2.2.3 Prozessevaluation

Die Interviewantworten der Leistungserbringer wurden angelehnt an die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die im teilstrukturierten Interview dokumentierten Antworten der Leistungserbringer wurden in eine Excel-Tabelle überführt und anhand eines Code-Systems ausgewertet. Die Haupt- und Subkategorien des Code-Systems sowie die dazugehörigen Regeln für die Kodierung wurden entlang des Interviewleitfadens erstellt (Tabelle 4). Nach der Kodierung und Paraphrasierung der Antworten wurden zentrale Ergebnisse abgeleitet und verschriftlicht. Die Interviewangaben dienen sowohl der Stichprobenbeschreibung der befragten Leistungserbringer und zugrundeliegenden Rahmenbedingungen als auch der inhaltlichen Auswertung der Prozessbewertung (Abschnitt 3.4.1).

Tabelle 4: Kategoriensystem für die Auswertung der Interviews mit den Leistungserbringern

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierung
Rahmenbedingungen	Zugang zu CCSchool	Informationen über das Projekt
	Tätigkeitsbereich	Angestellt/selbstständig tätig, Anbindung Klinik
	Patientenversorgung im Rahmen von CCSchool	Aktiver/passiver Leistungserbringer
Projektdurchführung	IV-Vertrag	Bewertung Beitrittsprozess
	Studienordner	Bewertung Ablauf und Material
	Unterstützung durch Konsortialführung	Kontakt mit Konsortialführung, weiterer Unterstützungsbedarf
	Unterstützung durch Studienzentrum	Kontakt mit Studienzentrum, weiterer Unterstützungsbedarf
	Gesamtbewertung Projektdurchführung	Bewertung der Projektdurchführung, Verbesserungsbedarf
Patienteneinschluss	Rekrutierungsprozess	Gründe für geringe Rekrutierungsquote, Verbesserungsbedarf
	Vergütung (E-Learning, Diagnostik)	Bewertung der Vergütung
Patientenbehandlung	Bewertung Therapieansatz von CCSchool	Bewertung der Therapieprozesse, Potenzial für Regelversorgung
	Zusammenarbeit BHV und CCS-THP	Bewertung der Kooperation, Verbesserungsbedarf
	Zusammenarbeit mit Schulen	Bewertung der Kooperation, Verbesserungsbedarf
	Vergütung (Assessment, Behandlung)	Bewertung der Vergütung
Allgemeine Projektbewertung	Herausforderungen	Herausforderungen im Projektverlauf
	Stärken	Stärken des Therapieansatzes

Quelle: IGES Institut

Die Befragung der Projektpartner fand semistrukturiert in Rahmen eines Online-Fragebogens statt. Geschlossene Abfragen werden mittels deskriptiver Statistiken und Häufigkeitstabellen ausgewertet. Offene Abfragen wurden inhaltsanalytisch (ähnlich wie die Analyse der Interviews mit den Leistungserbringern) aufbereitet. Die Ergebnisse beider Analysen werden entlang der Struktur des Fragebogens dargestellt (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kategoriensystem für die Auswertung der Kurzbefragung der Konsortial- und Projektpartner

Hauptkategorie	Subkategorie	Kodierung
Zusammenarbeit	Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern	Informationen zum Verständnis von Rollen und Aufteilung von Verantwortlichkeiten, Informationsweitergabe
	Verbesserung der Zusammenarbeit	Möglichkeiten Zusammenarbeit zu verbessern
Organisation und Umsetzung	Herausforderungen	Herausforderungen im Projektverlauf
	Rekrutierungsprozess	Gründe für geringe Rekrutierungsquote, Verbesserungsbedarf
Allgemeine Projektbewertung	Stärken	Stärken des Therapieansatzes
	Schwachstellen	Schwachstellen des Therapieansatzes
	Potenzial für Regelversorgung	Potenzial des Therapieansatzes für die Regelversorgung
	Möglichkeiten der Verbesserung	Verbesserungspotenzial

Quelle: IGES Institut

Die Ergebnisse der Patientenbefragung zur Prozess- und Versorgungsqualität wurden anhand von Häufigkeitsverteilungen ausgewertet. Sofern relevant, wurden Angaben, die über Freitextfelder gemacht wurden, entsprechend aufbereitet und in den Ergebnisbericht integriert.

### 3. Ergebnisse der Evaluation

In den folgenden Abschnitten werden zunächst die deskriptiven Ergebnisse der Stichprobenbeschreibung, der Einschlussdiagnostik, des Randomisierungschecks und der Inanspruchnahme der CCSchool-Leistungen beschrieben. Anschließend folgen die Ergebnisse der Effekt- und Prozessevaluation.

Der Datenerhebungs- und Interventionszeitraum fällt zu großen Teilen in die Zeit der COVID-19-Pandemie. Zwar fanden von den Erhebungen zum Prä-Zeitpunkt nur 3,75 % nach Februar 2020 statt (n = 160 gültige Angaben, n = 5 fehlende Datumsangaben), die Datenerhebungen zum Post-Zeitpunkt fanden jedoch zu 60,38 % im Pandemiezeitraum statt (n = 51 gültige Angaben, n = 2 fehlende Datumsangaben). Prozess A fand entsprechend zu 9,38 %, Prozess B zu 37,63 % und Prozess C zu 51,43 % im Pandemiezeitraum statt, wobei die Intervention der KG-I mit einem frühesten Beginn im Mai 2020 komplett in die COVID-19-Pandemie fiel. Aufgrund der geringen Fallzahl ist eine separate Analyse der Datenpunkte vor und nach Beginn der COVID-19-Pandemie nicht möglich, entsprechend können die berichteten Ergebnisse durch die Effekte der Pandemie verzerrt sein.

#### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 165 KiJ in CCSchool eingeschlossen und können entsprechend des Landkreises, in dem sich die jeweilige Schule befindet, der IG und KG (n = 112 bzw. n = 53) zugeordnet werden. Tabelle 6 zeigt, wie viele KiJ pro CCSchool-Region rekrutiert werden konnten. Insgesamt wurde in 19 Studienregionen rekrutiert, wobei die Unterscheidung zwischen Biberach-

Nord und -Süd nicht dargestellt werden kann, da sie auf den Dokumentationsbögen nicht vermerkt wurde. Es liegen also Daten aus 19 von 24 möglichen Studienregionen (79,17 %) vor, wobei der überwiegende Teil in Baden-Württemberg (n = 99, 60,00 %) eingeschlossen wurde.

Tabelle 6: Anzahl und prozentuale Verteilung der rekrutierten Kinder und Jugendlichen pro CCSchool-Region

Bundesland und Landkreise	Rekrutierungsquote je Bundesland		Rekrutierungsquote gesamt
	n	%	%
<b>Baden-Württemberg</b>	99	100 %	60,00 %
<i>Interventionsregionen</i>	66	66,67 %	40,00 %
Böblingen	23	23,23 %	13,94 %
Bodensee	33	33,33 %	20,00 %
Calw	5	5,05 %	3,03 %
Sigmaringen	5	5,05 %	3,03 %
<i>Kontrollregionen</i>	33	33,33 %	20,00 %
Alb-Donau	12	12,12 %	7,27 %
Biberach-Nord / Biberach-Süd*	5	5,05 %	3,03 %
Ravensburg	6	6,06 %	3,64 %
Ulm	10	10,10 %	6,06 %
<b>Brandenburg</b>	22	100 %	13,33 %
<i>Interventionsregionen</i>	17	77,27 %	10,30 %
Barnim	0	0,00 %	0,00 %
Dahme-Spreewald	1	4,55 %	0,61 %
Frankfurt Oder	16	72,73 %	9,70 %
Märkisch-Oderland	0	0,00 %	0,00 %
Ostprignitz-Ruppin	0	0,00 %	0,00 %
<i>Kontrollregionen</i>	5	22,73 %	3,03 %
Elbe-Elster	1	4,55 %	0,61 %
Oberhavel	0	0,00 %	0,00 %
Oder-Spree	2	9,09 %	1,21 %
Prignitz	1	4,55 %	0,61 %
Teltow-Fläming	1	4,55 %	0,61 %
<b>Niedersachsen</b>	44	100 %	26,67 %
<i>Interventionsregionen</i>	29	65,91 %	17,58 %

Bundesland und Landkreise	Rekrutierungsquote je Bundesland		Rekrutierungsquote gesamt
	n	%	%
Harburg	9	20,45 %	5,45 %
Lüchow-Dannenberg	0	0,00 %	0,00 %
Lüneburg	18	40,91 %	10,91 %
Uelzen	2	4,55 %	1,21 %
<i>Kontrollregionen</i>	15	34,09 %	9,09 %
Heidekreis	12	27,27 %	7,27 %
Stade	3	6,82 %	1,82 %

Quelle: Dokumentationsbögen: Einschlussdokumentation

Anmerkung: \*Der Kreis Biberach wurde bei der Randomisierung aufgrund der Zuständigkeit zweier Studienzentren in zwei Teilkreise (Biberach-Nord und Biberach-Süd, beide KG) aufgeteilt. Da dies auf dem Dokumentationsbogen nicht differenziert erfasst wurde, kann nur die Gesamtfallzahl berichtet werden; Rekrutierungsquote je Bundesland: Baden-Württemberg n = 99, Brandenburg n = 22, Niedersachsen n = 44; Rekrutierungsquote gesamt: n = 165 rekrutierte Kinder und Jugendliche

Für 79 KIJ (47,88 %) liegt eine Drop-out-Dokumentation vor, von denen 48 (60,76 %) auf Baden-Württemberg, 19 (24,05 %) auf Brandenburg und 12 Drop-outs (15,19 %) auf Niedersachsen entfallen. Es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass es weitere Drop-outs ohne vorliegende Dokumentation gibt. Wie im Flussdiagramm (Abbildung 2) dargestellt, wurden folgende Drop-out Gründe von den BHV in der Drop-out-Dokumentation kodiert: *organisatorische Gründe* (n = 17), *Behandlung in der Schule nicht gewünscht* (n = 9), *fehlende Motivation* (n = 9), *fehlende Teilnahmebereitschaft seitens der Schule* (n = 6), *Kind verzogen* (n = 4), *zu großer Aufwand* (n = 2) und *gesundheitliche Gründe* (n = 2).

Zu den sonstigen Gründen, die zum Drop-out führten (insgesamt n = 37, 46,83 %), zählen Einschränkungen bedingt durch die COVID-19-Pandemie (n = 16), Problem nicht mehr vorhanden bzw. nicht mehr behandlungsbedürftig (n = 9), Mitarbeit/Unterstützung seitens der Sorgeberechtigten fehlt (n = 5), Problem anderweitig behandelt (n = 3), Problematik kann nicht nach dem CCSchool-Ansatz gelöst werden (n = 2), Schulwechsel in einen anderen (außerhalb von CCSchool liegenden) Landkreis (n = 1) oder kein CCS-THP für die Behandlung in der Schule gefunden (n = 1).

Für die KIJ für die zwei Erhebungszeitpunkte vorliegen, beträgt die mittlere Teilnahmedauer zwischen Prä-Zeitpunkt und Post-Zeitpunkt 9,44 Monate (SD = 3,29). In der IG sind es im Mittel 11,52 Monate (SD = 2,97), in der KG 7,61 Monate (SD = 2,37). Der Erhebungszeitraum über die Intervention in der KG-I (T1 zu T2) beträgt im Durchschnitt 4,95 Monate (SD = 1,88). Damit ergibt sich für die IG+KG-I eine mittlere Interventionsdauer von 8,23 Monaten (SD = 2,42).

### 3.1.1 Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken der Teilnehmenden

Tabelle 7 zeigt die soziodemografischen Daten aus der T0-Befragung der Patientinnen und Patienten, unterschieden nach IG, IG+KG-I und KG. Die Teilnehmenden sind im Mittel 10,52 Jahre alt (SD = 2,64). Mehr als zwei Drittel sind männlich (73,17 %), 82,72 % haben die deutsche Staatsangehörigkeit (n = 134). Etwas mehr als die Hälfte besucht die Grundschule (56,96 %), dementsprechend ist auch die Verteilung der Stichprobe im Hinblick auf die Klassenstufen. Die Mehrheit der KIJ lebt hauptsächlich bei den leiblichen Eltern (47,40 %, n = 73) oder bei der

Akronym: CCSchool

Förderkennzeichen: 01NVF17020

Mutter (42,21 %, n = 65). Über drei Viertel (79,39 %; n = 131) leben mit mindestens einem (älteren oder jüngeren) Geschwisterkind zusammen.

Tabelle 7: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe nach Gruppenzugehörigkeit

Merkmal	IG		IG+KG-I		KG		Gesamt (IG+KG)	
Alter [n]	112		131		53		165	
M, SD	10,50	2,63	10,46	2,66	10,56	2,71	10,52	2,64
Geschlecht [n, %]	111		130		53		164	
m	85	76,58 %	101	77,69 %	35	66,04 %	120	73,17 %
w	26	23,42 %	29	22,31 %	18	33,96 %	44	26,83 %
Nationalität [n, %]	111		129		51		162	
Deutsch	89	80,18 %	106	82,17 %	45	88,24 %	134	82,72 %
Deutsch + eine andere	6	5,41 %	7	5,43 %	5	9,80 %	11	6,79 %
andere als Deutsch	16	14,41 %	16	12,40 %	1	1,96 %	17	10,49 %
Sprache Zuhause [n, %]	112		130		51		163	
Deutsch	84	75,00 %	99	76,15 %	44	86,27 %	128	78,53 %
Deutsch + mind. eine andere	22	19,64 %	25	19,23 %	7	13,73 %	29	17,79 %
andere als Deutsch	6	5,36 %	6	4,62 %	0	0,00 %	6	3,68 %
Wohnsituation [n, %]	103		121		51		154	
Bei den leiblichen Eltern	50	38,46 %	59	48,76 %	23	45,10 %	73	47,40 %
Bei der Mutter (ggf. mit neuem Partner)	42	32,31 %	51	42,15 %	23	45,10 %	65	42,21 %
Bei dem Vater (ggf. mit neuem Partner)	2	1,54 %	2	1,65 %	4	7,84 %	6	3,90 %
Bei Großeltern / anderen Verwandten	1	0,77 %	1	0,83 %	0	0,00 %	1	0,65 %
Bei Pflege-/Adoptiveltern	2	1,54 %	2	1,65 %	0	0,00 %	2	1,30 %
In eigener Wohnung	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
In einer Einrichtung für KIJ	2	1,54 %	2	1,65 %	0	0,00 %	2	1,30 %
Sonstiges	4	3,08 %	4	3,31 %	1	1,96 %	5	3,25 %
Schulform [n, %]	108		126		50		158	
Grundschule	61	56,48 %	72	57,14 %	29	58,00 %	90	56,96 %
Gesamtschule	10	9,26 %	12	9,52 %	2	4,00 %	12	7,59 %
Hauptschule	7	6,48 %	7	5,56 %	1	2,00 %	8	5,06 %
Förderschule	12	11,11 %	12	9,52 %	0	0,00 %	12	7,59 %
Realschule/Mittelschule	7	6,48 %	9	7,14 %	10	20,00 %	17	10,76 %

Merkmal	IG		IG+KG-I		KG		Gesamt (IG+KG)	
Berufsschule	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Gymnasium	3	2,78 %	3	2,38 %	2	4,00 %	5	3,16 %
Keine Schule	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
Andere	8	7,41 %	11	8,73 %	6	12,00 %	14	8,86 %
Klassenstufe <sup>e</sup> [n, %]	107	.	125	.	51	.	158	.
1	10	9,35 %	11	8,80 %	4	7,84 %	14	8,86 %
2	21	19,63 %	25	20,00 %	5	9,80 %	26	16,46 %
3	12	11,21 %	15	12,00 %	12	23,53 %	24	15,19 %
4	11	10,28 %	14	11,20 %	9	17,65 %	20	12,66 %
5	9	8,41 %	10	8,00 %	2	3,92 %	11	6,96 %
6	13	12,15 %	15	12,00 %	5	9,80 %	18	11,39 %
7	14	13,08 %	14	11,20 %	3	5,88 %	17	10,76 %
8	12	11,21 %	13	10,40 %	3	5,88 %	15	9,49 %
9	4	3,74 %	6	4,80 %	6	11,76 %	10	6,33 %
10	1	0,93 %	2	1,60 %	2	3,92 %	3	1,90 %

Quelle: Patientenbefragung T0

Anmerkung: gesamt n = 165, IG n = 112, IG+KG-I n = 131 KG n = 53; fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zwischen dieser Fallzahl und des jeweils berichteten n

Tabelle 8 zeigt weitere Merkmale zur Gesundheit und der Belastungssituation der KIJ in den Teilstichproben IG, IG+KG-I und KG. Etwa ein Viertel (26,54 %) der KIJ (n = 43; n = 3 fehlende Werte) nehmen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses regelmäßig Medikamente ein. Bei sechs KIJ liegt eine amtlich anerkannte Behinderung vor, was einem prozentualen Anteil von 3,63 % entspricht. Bei einem KIJ beträgt der Grad der Behinderung 60 % und bei einem anderen KIJ 100 % – für die weiteren vier KIJ mit amtlich anerkannter Behinderung wurde kein Behinderungsgrad angegeben. Die Art der Behinderungen wurde zu allen sechs KIJ über Freitextfelder angegeben: ADHS & Lese-Rechtschreib-Schwäche, Autismus, Down-Syndrom, Legasthenie, Asperger-Syndrom, sozial-emotionaler Förderbedarf.

Die Sorgeberechtigten berichten insbesondere von Erziehungsschwierigkeiten (M = 1,45, SD = 1,21) und familiären Streitigkeiten (M = 1,16, SD = 1,17)<sup>4</sup>. Am häufigsten liegen laut den Sorgeberechtigten zudem Konzentrations- oder Leistungsprobleme in der Schule und Ausbildung bei den KIJ vor (83,33 % bzw. 70,27 %). Mit 14,18 % und 13,79 % kommt es eher selten vor, dass das Kind selbst mobbt oder Absentismus ein Problem in Schule oder Ausbildung ist.

<sup>4</sup> Höchste Mittelwerte bei einem Wertebereich: 0 = gar nicht belastet, 1 = etwas belastet, 2 = mäßig belastet, 3 = ziemlich belastet, 4 = stark belastet

Tabelle 8: Gesundheitliche und soziale Charakteristiken der Stichprobe nach Gruppenzugehörigkeit

Merkmal	IG		IG+KG-I		KG		gesamt	
Amtlich anerkannte Behinderung [n, %]	110	.	128	.	51	.	161	.
ja	4	3,64 %	0	0,0 %	2	3,92 %	6	3,73 %
Medikamenteneinnahme [n, %]	111	.	129	.	51	.	162	.
ja	20	18,02 %	28	21,70 %	23	45,09 %	43	26,54 %
Familiäre Belastung [M, SD]								
Erziehungsschwierigkeiten	107	1,39 (1,25)	49	1,57 (1,12)	124	1,42 (1,22)	156	1,45 (1,21)
Familiäre Streitigkeiten	105	1,04 (1,14)	49	1,41 (1,21)	122	1,07 (1,16)	154	1,16 (1,17)
Finanzielle Schwierigkeiten	109	0,59 (0,91)	51	0,59 (0,90)	127	0,57 (0,90)	160	0,59 (0,89)
Psychische Erkrankungen von mind. einem Elternteil	104	0,42 (0,77)	51	0,80 (1,22)	122	0,43 (0,81)	155	0,55 (0,96)
Körperliche Erkrankungen von mind. einem Elternteil	109	0,48 (1,02)	51	0,65 (1,00)	127	0,48 (1,00)	160	0,53 (1,02)
Beengte Wohnverhältnisse	108	0,41 (0,88)	51	0,41 (0,92)	126	0,35 (0,82)	159	0,41 (0,89)
Pflegebedürftigkeit von Familienmitgliedern	108	0,25 (0,75)	51	0,31 (0,84)	126	0,28 (0,78)	159	0,27 (0,78)
Alkohol- oder Drogenprobleme von mind. einem Elternteil	109	0,13 (0,55)	51	0,10 (0,57)	127	0,11 (0,51)	160	0,12 (0,55)
Sonstige Gründe	14	1,43 (1,74)	8	1,00 (1,85)	18	1,33 (1,75)	22	1,27 (1,75)
Probleme in Schule und Ausbildung [n, %]								
Konzentrationsprobleme	67	56 (83,58 %)	79	67 (84,81 %)	35	29 (82,86 %)	102	85 (83,33 %)
Leistungsprobleme	73	48 (65,75 %)	84	58 (69,05 %)	38	30 (78,95 %)	111	78 (70,27 %)
Störendes Verhalten	70	41 (58,57 %)	84	51 (60,71 %)	41	18 (43,90 %)	111	59 (53,15 %)
Erlebtes Mobbing	86	34 (39,53 %)	101	39 (38,61 %)	43	15 (34,89 %)	129	49 (37,98 %)
Kind mobbt selbst	95	17 (17,89 %)	112	18 (16,07 %)	49	3 (6,12 %)	141	20 (14,18 %)
Schulabsentismus	96	13	114	15	49	7	145	20

Merkmal	IG	IG+KG-I	KG	gesamt
	(13,54 %)	(13,16 %)	(14,28 %)	(13,79 %)

Quelle: Patientenbefragung T0

Anmerkung: gesamt n = 165, IG n = 112, IG+KG-I n = 131, KG n = 53; fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zwischen diesen Fallzahlen und den jeweils berichteten Fallzahlen

### 3.1.2 Deskription der Einschlussdiagnostik

Als Merkmale der standardisierten Einschlussdiagnostik werden die kodierten erstgenannten ICD-Codes und der C-GAF-Wert ausgewertet. Schulprobleme konnten entweder von Sorgeberechtigten oder der Schule berichtet werden oder anhand des CIS-Werts auf den zwei schulassoziierten Items bewertet werden.

Tabelle 9: Einschlussdiagnosen nach Gruppenzugehörigkeit

Merkmal	IG	IG+KG-I	KG	gesamt
ICD-Code [n, %]	112 .	131 .	52 .	164 .
F30-F39: Affektive Störungen	3 2,68 %	4 3,05 %	4 7,69 %	7 4,27 %
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11 9,82 %	11 8,40 %	7 13,46 %	18 10,98 %
F80-F89: Entwicklungsstörungen	4 3,57 %	5 3,82 %	2 3,85 %	6 3,66 %
F90-F98: Verhaltens- und emotio- nale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	94 83,93 %	111 84,73 %	39 75,00 %	133 81,10 %

Quelle: Dokumentationsbögen: Einschlussdokumentation bzw. Dokumentation KG-I

Anmerkung: gesamt n = 164, n = 1 fehlender Wert; IG n = 112, keine fehlenden Werte; IG + KG-I n = 131, keine fehlenden Werte; KG n = 52, n = 1 fehlender Wert

Tabelle 9 zeigt die Einschlussdiagnosen nach Gruppenzugehörigkeit. Die BHV diagnostizierten bei Patienteneinschluss mit 81,10 % (n = 164; n = 1 fehlender Wert) am häufigsten als Hauptdiagnose eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Die Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus (via C-GAF-Score) durch die BHV beträgt im Mittel in der Gesamtstichprobe 53,53 (SD = 9,10; n = 112, n = 53 fehlende Werte), was laut Einordnung auf der Skala eine „wechselnde Funktionsfähigkeit mit gelegentlichen Schwierigkeiten oder Symptomen auf mehreren, aber nicht allen sozialen Gebieten (...)“ bedeutet (Auszug dem C-GAF; Shaffer et al., 1983). Tabelle 10 schlüsselt auf, welcher Anteil der eingeschlossenen KiJ sich bei Einschluss in welchem C-GAF-Wertebereich befindet, wobei beachtet werden muss, dass das Einschlusskriterium bei einem C-GAF-Wert gleich oder unter 70 liegt. Bei den KiJ, die nach T1 die Intervention erhalten haben (KG-I), wurde der C-GAF vor Aufnahme der Interventionsmaßnahmen dokumentiert (Dokumentation KG-I). Die einzelnen Fälle, bei denen der C-GAF-Wert nicht dem Einschlusskriterium entspricht, stammen größtenteils aus

der KG-I. In der IG und KG liegt lediglich bei einer Person der C-GAF-Wert über der vorgesehenen Schwelle. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese Personen jedoch nicht von den Analysen ausgeschlossen.

Tabelle 10: Funktionsniveaus zum Studieneinschluss durch den BHV mithilfe des C-GAF-Scores nach Gruppenzugehörigkeit

Werte	Beschreibung des Funktionsniveaus	IG		IG+KG-I		KG		Gesamt (IG+KG)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
90 bis 81	„Gute Funktionsfähigkeit in allen Bereichen; bewegt sich sicher in der Familie, Schule und mit Gleichaltrigen; es können leichte, vorübergehende Schwierigkeiten bestehen, Alltagsorgen werden gelegentlich problematisch (z. B. leichte Angst bei einer wichtigen Prüfung, gelegentliches „Explodieren“ bei Geschwistern, Eltern oder Gleichaltrigen)“	0	0,00	2	2,25	0	0,00	0	0,00
80 bis 71	„Leichte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit zu Hause, in der Schule oder mit Gleichaltrigen; geringfügige Verhaltensänderungen oder Aufregung können als Reaktion auf einschneidende Stresssituationen auftreten (z. B. Trennung der Eltern, Todesfälle, Geburt eines Geschwisters), sind aber von kurzer Dauer und beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit nur vorübergehend; solche Kinder sind für andere nur in sehr geringem Maße störend und werden von vertrauten Personen nicht als auffällig angesehen.“	1	1,30	4	4,49	0	0,00	1	0,89
70 bis 61	„Leichte Schwierigkeiten auf einem Gebiet, aber allgemein noch recht gutes Funktionsniveau (z. B. sporadische oder vereinzelte antisoziale Handlungen, wie gelegentliches Schuleschwänzen oder kleinere Diebstähle; ständige kleinere Schwierigkeiten mit den Schularbeiten; kurzzeitig Stimmungsschwankungen; Befürchtungen und Ängste, die zu keinem nachhaltigen Vermeidungsverhalten führen; Selbstzweifel); hat einige wichtige persönliche Beziehungen; von weniger vertrauten Personen wird er/sie nicht für auffällig gehalten, aber vertraute Menschen könnten Besorgnis empfinden.“	16	20,78	19	21,35	8	22,86	24	21,43
60 bis 51	„Wechselnde Funktionsfähigkeit mit gelegentlichen Schwierigkeiten oder Symptomen auf mehreren, aber nicht allen sozialen Gebieten; in einem dysfunktionalen Umfeld ist die Beeinträchtigung für andere wahrnehmbar, kann aber unter günstigen Bedingungen unbemerkt bleiben.“	37	48,05	37	41,57	10	28,57	47	41,96
50 bis 41	„Mäßige Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit auf den meisten sozialen Gebieten o-	19	24,68	23	25,84	13	37,14	32	28,57

Werte	Beschreibung des Funktionsniveaus	IG	IG+KG-I	KG	Gesamt (IG+KG)				
	der schwere Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit auf einem Gebiet, was z. B. bestehen könnte aus suizidalen Ideationen, Schulverweigerung und anderen Formen von Angst, Zwangsritualen, Konversions-symptomen, häufigen Angstanfällen, schlechter oder inadäquater sozialer Anpassung, häufigen Episoden aggressiven oder anderen antisozialen Verhaltens, wobei noch einige wichtige soziale Beziehungen aufrecht erhalten werden.“								
40 bis 31	„Erhebliche Funktionsbeeinträchtigung auf mehreren Gebieten sowie Funktionsunfähigkeit auf einem Gebiet (zu Hause, in der Schule, mit Gleichaltrigen oder im gesellschaftlichen Umgang) insgesamt (z. B. ständige Aggressivität; deutlicher Rückzug und isoliertes Verhalten bedingt durch Störung des Affekts oder des Denkens, Suizidversuche mit eindeutigem Todeswunsch); die Kinder benötigen mitunter spezielle Beschulung und/oder stationäre Behandlung oder ein zeitweises Aussetzen der Beschulung (was aber nicht als einziges Einschlusskriterium für diese Zuordnungsstufe ausreicht)“	4	5,19	4	4,49	4	11,43	8	7,14

Quelle: Dokumentationsbögen: Einschlussdokumentation bzw. Dokumentation KG-I; Shaffer, et al., 1983

Anmerkung: IG: n = 77 (35 fehlende Werte); KG: n = 35 (18 fehlende Werte); IG+KG-I: n = 89 (42 fehlende Werte); Gesamt: 112 (53 fehlende Werte); dargestellt werden nur angegebene Wertebereiche der Skala bei der Bewertung durch den BHV

Auf der Einschlussdokumentation bzw. der Dokumentation KG-I wurde bei 141 KiJ (85,45 %) festgehalten, dass die Schulproblematik anhand des CIS-Werts festgestellt wurde. Bei 160 KiJ (96,97 %) haben Sorgeberechtigte und bei 147 KiJ (89,10 %) die Schule von einer Problematik berichtet. Zur Beschreibung der Problematik in der Teilhabe und spezifisch in der Schule ist in Tabelle 11 der zu T0 erhobene Gesamtwert des CIS-Fragbogens, sowie die Werte der zwei Einzelitems, die die Schulproblematik abfragen, sowohl aus Sicht der Sorgeberechtigten als auch aus Sicht der KiJ dargestellt.

Tabelle 11: Funktionelle Beeinträchtigung bei sozialen Beziehungen (CIS-Werte) aus Sicht der Sorgeberechtigten und Kinder bzw. Jugendlichen

Perspektive	IG		IG + KG-I		KG		Gesamt (IG+KG)	
	M (SD)	n <sup>a</sup>	M (SD)	n <sup>b</sup>	M (SD)	n <sup>c</sup>	M (SD)	n <sup>d</sup>
Gesamtscore								
Sorgeberechtigte	21,65 (8,95)	54	22,17 (9,72)	59	25,58 (10,63)	26	22,93 (9,64)	80
KiJ	16,95 (7,49)	39	16,49 (7,65)	41	16,04 (8,52)	27	16,58 (7,88)	66
Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihren/seinen Schulanforderungen bzw. ihre/seine Arbeit zu machen? (CIS A = Item Schulanforderungen)								
Sorgeberechtigte	2,55 (1,19)	108	2,56 (1,16)	122	2,83 (1,15)	48	2,63 (1,19)	156
KiJ	1,53 (1,23)	17	1,68 (1,17)	22	2,00 (1,17)	17	1,76 (1,21)	34
Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihrem/seinem Verhalten in der Schule (oder in ihrem/seinem Job)? (CIS B = Item Schulverhalten)								
Sorgeberechtigte	2,73 (1,24)	107	2,74 (1,22)	119	2,77 (1,42)	47	2,74 (1,29)	154
KiJ	2,30 (1,11)	64	2,21 (1,14)	73	1,82 (1,32)	39	2,12 (1,21)	103

Quelle: Patientenbefragung T0

Anmerkung: IG: <sup>a</sup>Sorgeberechtigte n = 58 fehlende Werte, <sup>a</sup>KiJ = 73 fehlende Werte; IG+KG-I: <sup>b</sup>Sorgeberechtigte n = 72 fehlende Werte, <sup>b</sup>KiJ n = 90 fehlende Werte; KG: <sup>c</sup>Sorgeberechtigte n = 27 fehlende Werte, <sup>c</sup>KiJ n = 26 fehlende Werte; gesamt: <sup>d</sup>Sorgeberechtigte n = 85 fehlende Werte, <sup>d</sup>KiJ n = 99 fehlende Werte

### 3.1.3 Randomisierungscheck

Um das Gelingen der Randomisierung zu überprüfen, werden die IG und KG auf zentralen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Klassenstufe (kategorisiert), erstgenannter Einschluss ICD-Code, C-GAF-Wert, CIS) mittels Chi<sup>2</sup>-Tests bzw. t-Test verglichen.

Zwischen IG und KG zeigen sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter ( $t = -0,149$ ,  $df = 163$ ,  $p = ,882$ ,  $n = 165$ ), Geschlecht ( $\chi^2 = 2,03$ ,  $df = 1$ ,  $p = ,154$ ,  $n = 164$  [ $n = 1$  fehlender Wert]), Klassenstufe ( $\chi^2 = 16,05$ ,  $df = 9$ ,  $p = ,066$ ,  $n = 158$  [ $n = 7$  fehlende Werte]) Verteilung der Einschlussdiagnosen ( $\chi^2 = 2,88$ ,  $df = 3$ ,  $p = ,411$ ,  $n = 164$  [ $n = 1$  fehlender Wert]) und C-GAF-Wert ( $t = 1,04$ ,  $df = 110$ ,  $p = ,300$ ).

Die CIS-Mittelwerte zu T0 aus der Sicht der Sorgeberechtigten unterscheiden sich signifikant zwischen IG und KG ( $t = -2,01$ ,  $df = 123$ ,  $p = ,046$ ), während kein signifikanter Unterschied für die Werte aus Sicht der KiJ besteht ( $t = 1,61$ ,  $df = 98$ ,  $p = ,110$ ). Die Sorgeberechtigten der KiJ in der IG geben eine geringere Beeinträchtigung an als die Sorgeberechtigten der KiJ der KG (IG: M = 25,37; SD = 10,16,  $n = 84$ ,  $n = 28$  fehlende Werte; KG: M = 29,49; SD = 11,33,  $n = 41$ ,  $n = 12$  fehlende Werte).

Auf Grundlage dieser Ergebnisse ist von einer gelungenen Randomisierung auszugehen. Lediglich bezüglich der CIS-Werte gibt es signifikante Unterschiede. Auch ein Vergleich von IG+KG-I

und KG, welcher Grundlage der Regressionsanalysen ist, zeigt darüber hinaus keine signifikanten Gruppenunterschiede. Eine Aufnahme der T0-CIS-Gesamtwerte (Sorgeberechtigte) als Kovariate in die in Abschnitt 3.3 berichteten Regressionsmodelle würde die Datengrundlage (Fallzahlen) aufgrund des hohen Anteils an fehlenden Werten (24,24 %) jedoch deutlich reduzieren. Deshalb werden in die Regressionsmodelle keine Kovariaten aufgenommen.

### 3.2 Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform

Neben der IG konnten auch KiJ der Kontrollgruppe (KG-I) CCSchool-Leistungen nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt in Anspruch nehmen. Nachfolgend wird aufgezeigt, welche Empfehlungen durch die BHV ausgesprochen und welche Leistungen durch die IG und KG-I in Anspruch genommen wurden.

#### Interventionsgruppe (IG)

Von den 112 KiJ in der IG liegt für n = 25 (22,32 %) keine Dokumentation der Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen vor. Von diesen 25 Teilnehmenden haben alle Personen mindestens für fünf Monate an der Studie teilgenommen und ggf. auch Leistungen in Anspruch genommen. Die Dokumentation dieser Inanspruchnahme liegt allerdings nicht vor und kann in den Analysen nicht berücksichtigt werden.

Prozess A haben n = 87 KiJ dokumentiert in Anspruch genommen. Die Anzahl an Personen, die Leistungen aus den Prozessen B und C in Anspruch genommen haben, ergibt sich aus der Empfehlung der BHV, ob weitere Prozessschritte aufgrund einer vorliegenden Problematik indiziert sind. Prozess B wurde 85 KiJ empfohlen und Prozess C 32 KiJ (Tabelle 12).

Tabelle 12: Inanspruchnahme der CCSchool-Leistungen innerhalb der Interventionsgruppe

Leistung	LE	je Prozess		gesamt
		n	%	%
<i>Prozess A*</i>		87	100 %	100 %
Halbstandardisiertes Interview zur Teilhabe mit Sorgeberechtigten (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	87	100 %	100 %
Strukturierter Bericht mit Empfehlung zur Förderung der Teilhabe (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	49	56,32 %	56,32 %
	Entscheidung für Prozess B	85	97,70 %	97,70 %
<i>Prozess B</i>		85	100 %	97,70 %
	Teilnehmende Beobachtung (Teil 1 <sup>+</sup> )	50	58,82 %	57,47 %
	Verhaltensanalyse und Teilhabediagnostik (Teil 1 <sup>+</sup> )	49	57,65 %	56,32 %
	Halbstandardisierte Lehrergespräche (Teil 1 <sup>+</sup> )	51	60,00 %	58,62 %
	Abstimmung mit BHV im Praxistermin mit Patient (Teil 2 <sup>+</sup> )	47	55,29 %	54,02 %
	Abstimmung mit CCS-THP im Praxistermin mit Patient (Teil 2 <sup>+</sup> )	44	51,76 %	50,57 %
	Entscheidung für Therapeutic Assessment	26	30,59 %	29,89 %
	Erstintervention nach Therapeutic Assessment (Teil 2 <sup>+</sup> )	22	25,88 %	25,29 %
	Kurzbericht zur Verstärkung der Intervention (Teil 3 <sup>+</sup> )	11	12,94 %	12,64 %
	Telefonkontakt zur Bewertung der Effektivität (Teil 3 <sup>+</sup> )	15	17,65 %	17,24 %

			je Prozess		gesamt
	Entscheidung für Prozess C BASIS	BHV	15	17,65 %	17,24 %
	Entscheidung für Prozess C INTENSIV	BHV	17	20,00 %	19,54 %
<b>Prozess C</b>			<b>32</b>	<b>100 %</b>	<b>36,78 %</b>
	Schulbasierte Behandlung BASIS (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	14	43,75 %	16,09 %
	Schulbasierte Behandlung INTENSIV (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	14	43,75 %	16,09 %
	Telefonkontakt mit Patientinnen/Patienten (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	7	21,88 %	8,05 %
	Abstimmung und Supervision mit BHV (Teil 3 <sup>+</sup> )	CCS-THP	24	75,00 %	27,59 %
	Abstimmung und Supervision mit CCS-THP (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	23	71,88 %	26,44 %
	Goal Attainment Scaling (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	23	71,88 %	26,44 %

Quelle: Dokumentationsbögen: Dokumentation Prozess A, Prozess B und Prozess C

Anmerkung: \* Teil 1 von Prozess A ist Regelversorgung und wurde daher nicht dokumentiert; + Teilschritte entsprechend Abschnitt 1.1; BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen, LE = Leistungserbringer

Mit allen Sorgeberechtigten wurde durch die BHV zu Beginn ein halbstandardisiertes Interview zur Teilhabe der KIJ geführt. Für 97,70 % (n = 85) sprachen die BHV am Ende von Prozess A eine Empfehlung für ein schulbasiertes Therapeutic Assessment aus. In ungefähr 60 % der Fälle wurden in diesem Prozessschritt durch CCS-THP teilnehmende Beobachtungen (58,82 %; n = 50), Verhaltensanalysen (57,65 %; n = 49) und/oder Lehrergespräche (60,00 %; n = 51) durchgeführt. Am Ende von Prozess B empfahlen die BHV für 37,65 % der KIJ eine schulbasierte Therapie (Basis-Variante: 17,65 %, n = 15; Intensiv-Variante: 20,00 %, n = 17), die für 87,5 % von CCS-THP auch umgesetzt wurde (Basis-Variante: 43,75 %, n = 14; Intensiv-Variante: 43,75 %, n = 14). Während in Prozess B nur knapp über die Hälfte der BHV und CCS-THP sich (gemeinsam mit Patientinnen und Patienten) abstimmten (55,29 % bzw. 51,76 %), wird die Abstimmung zwischen BHV und CCS-THP im Prozess C zwischen BHV und CCS-THP deutlich häufiger dokumentiert (75,00 % bzw. 71,88 %).

### Wartekontrollgruppe (KG-I)

Von den 19 KIJ in der Wartekontrollgruppe, die die Intervention in CCSchool nach dem Beobachtungszeitraum in Anspruch genommen haben (KG-I), liegt für zehn (52,63 %) keine Dokumentation der konkreten Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen vor. Im Zusammenhang mit den Drop-out-Analysen zeigt sich, dass fünf dieser zehn vermutlich vor Inanspruchnahme von Leistungen des Prozess A die Teilnahme beendet haben bzw. beenden mussten (vgl. Abschnitt 3.1), so dass für fünf Teilnehmende Daten zur Inanspruchnahme fehlen (26,32 %). Von neun KIJ liegen Daten zur Inanspruchnahme des Prozess A vor.

Nach der Empfehlung der BHV, ob weitere Prozessschritte aufgrund einer weiterhin vorliegenden Problematik indiziert sind, ergibt sich die Empfehlung für die Prozesse B (n = 8) und C (n = 3; Tabelle 13). Obwohl für fast alle KIJ der KG-I am Ende des Prozesses A eine Empfehlung für ein schulbasiertes Therapeutic Assessment ausgesprochen wurde (88,89 %, n = 8), wurde dieses in weniger als der Hälfte der Fälle auch umgesetzt (37,50 %, n = 3). Die empfohlene schulbasierte Therapie für drei KIJ konnte für alle umgesetzt werden. Für alle KIJ der KG-I fällt der Interventionszeitraum in die COVID-19 Pandemie, so dass die geringe Inanspruchnahme der Prozesse B und C vermutlich auch in den zeitweisen Schulschließungen während der Pandemie begründet ist. Auch könnten Interventionen nicht mehr stattgefunden haben, da der im Projekt definierte Zeitraum der Leistungserbringung verstrichen war.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der CCSchool-Leistungen innerhalb der Wartekontrollgruppe (KG-I)

Leistung	LE	je Prozess		gesamt
		n	%	%
<i>Prozess A*</i>		9	100 %	100 %
Halbstandardisiertes Interview zur Teilhabe mit Sorgeberechtigten (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	8	88,89 %	88,89 %
Strukturierter Bericht mit Empfehlung zur Förderung der Teilhabe (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	0	0,0 %	0,0
Entscheidung für Prozess B	BHV	8	88,89 %	88,89 %
<i>Prozess B</i>		8	100 %	88,89 %
Teilnehmende Beobachtung (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	37,50 %	33,33 %
Verhaltensanalyse und Teilhabediagnostik (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	37,50 %	33,33 %
Halbstandardisierte Lehrergespräche (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	37,50 %	33,33 %
Abstimmung mit BHV im Praxistermin mit Patient (Teil 2 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	37,50 %	33,33 %
Abstimmung mit CCS-THP im Praxistermin mit Patient (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	3	37,50 %	33,33 %
Entscheidung für Therapeutic Assessment	BHV	2	25,00 %	22,22 %
Erstintervention nach Therapeutic Assessment (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	2	25,00 %	22,22 %
Kurzbericht zur Verstärkung der Intervention (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	0	0,00 %	0,00 %
Telefonkontakt zur Bewertung der Effektivität (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	0	0,00 %	0,00 %
Entscheidung für schulbasierte Behandlung BASIS	BHV	3	37,50 %	33,33 %
Entscheidung für schulbasierte Behandlung INTENSIV	BHV	0	0,00 %	0,00 %
<i>Prozess C</i>		3	100 %	33,33 %
Schulbasierte Behandlung BASIS (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	100 %	33,33 %
Schulbasierte Behandlung INTENSIV (Teil 1 <sup>+</sup> )	CCS-THP	0	0,00 %	0,00 %
Telefonkontakt mit Patientinnen/Patienten (Teil 2 <sup>+</sup> )	BHV	0	0,00 %	0,00 %
Abstimmung und Supervision mit BHV (Teil 3 <sup>+</sup> )	CCS-THP	3	100 %	33,33 %
Abstimmung und Supervision mit CCS-THP (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	3	100 %	33,33 %
Goal Attainment Scaling (Teil 3 <sup>+</sup> )	BHV	0	0,00 %	0,00 %

Quelle: Dokumentationsbögen: Dokumentation Prozess A, Prozess B und Prozess C

Anmerkung: \* Teil 1 von Prozess A ist Regelversorgung und wurde daher nicht dokumentiert; + Teilschritte entsprechend Abschnitt 1.1; BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen, LE = Leistungserbringer

### 3.3 Effektevaluation

Für die Effektevaluation wird der Vergleich von IG+KG-I und KG herangezogen (vgl. Abschnitt 2) Lediglich in den deskriptiven Analysen werden die Ergebnisse aller drei Gruppen (IG, IG+KG-I und KG) berichtet.

### 3.3.1 Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen

Der primäre Endpunkt von CCSchool ist die Reduktion der Verweildauer in voll- und teilstationären Behandlungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen bzw. Kliniken. Die Anzahl der verbrachten Nächte in vollstationärer Behandlung und der Umfang an verbrachten Tagen in teilstationärer Behandlung werden herangezogen, um den Effekt der Intervention durch CCSchool zu überprüfen.

#### 3.3.1.1 Deskriptive Statistik

Deskriptiv zeigt sich nach der Intervention sowohl vollstationär als auch teilstationär eine Verringerung der Verweildauer im Krankenhaus von Prä zu Post in der IG bzw. IG+KG-I, wohingegen die Post-Werte der KG im Vergleich zu deren Prä-Werten höher ausfallen (Tabelle 14). Allerdings sind die Werte der KG auch schon zum Prä-Zeitpunkt vergleichsweise hoch.

Tabelle 14: Deskriptive Statistik zur Verweildauer in voll- und teilstationären Behandlungen in IG, IG+KG-I und KG

Gruppe	Zeitpunkt	Vollstationäre Behandlungen					Teilstationäre Behandlungen				
		M	SD	n	95% KI		M	SD	n	95% KI	
					LO	UP				LO	UP
IG+KG-I	Prä	0,50	3,27	125	-0,08	1,07	1,32	12,03	120	-0,86	3,49
	Post	0,01	0,25	30	-0,03	0,16	0,00	0,00	30	0,00	0,00
IG	Prä	0,42	3,16	109	-0,18	1,02	0,26	2,21	108	-0,16	0,68
	Post	0,04	0,21	23	-0,05	0,13	0,00	0,00	23	0,00	0,00
KG	Prä	0,84	3,32	50	-0,10	1,78	3,30	12,56	44	-0,52	7,11
	Post	2,32	9,63	28	-1,41	6,06	5,74	27,09	23	-5,98	17,45

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 für KG-I

Anmerkung: IG+KG-I: n = 131; IG: n = 112; KG: n = 53, fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zum jeweils angegebenen n in der Tabelle; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze; vollstationäre Behandlungen in Anzahl Nächten in den letzten sechs Monaten; teilstationäre Behandlungen in Anzahl Tagen in den letzten sechs Monaten

### 3.3.1.2 Regressive Mehrebenenmodelle

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse für die vollstationären Behandlungen können der Tabelle 15 entnommen werden. Obwohl sich deskriptiv tendenziell eine Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus in der IG+KG-I im Vergleich zur KG zwischen Prä und Post abzeichnet, zeigen sich in den Mehrebenenanalysen weder signifikante Haupteffekte, noch ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit ( $b = -1,87$ ,  $p = ,165$ ). Das Vorzeichen der Interaktion geht in die erwartete Richtung, sie erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

Tabelle 15: Ergebnisse der Modellschätzung zur Vorhersage der Verweildauer in vollstationären Behandlungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	UP	
<i>Feste Effekte</i>					
Intercept	-0,62	1,46	-3,51	2,27	0,670
Zeitpunkt	1,46	1,01	-0,54	3,47	0,151
Gruppe	1,53	1,83	-2,09	5,14	0,406
Zeitpunkt*Gruppe	-1,87	1,34	-4,52	0,78	0,165
<i>Zufällige Effekte</i>					
	Var	SE			
Intercept	0,88	1,91			
Residuum	18,20	2,52			
ICC	0,93				
R <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,01				
R <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,004				
f <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,01				
f <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,003				

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 für KG-I  
 Anmerkung: n = 175 Personen, n = 233 Messwerte; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; UP = Obere Grenze; Zeitpunktkodierung: Prä = 0, Post = 1; Gruppenkodierung: KG = 0, IG+KG-I = 1; ICC = Intra-Class-Correlation Coefficient (Anteil der Varianz innerhalb von Personen an Gesamtvarianz)

Die Mehrebenenanalyse zur Verweildauer in teilstationärer Behandlungen konnte keine zufälligen Effekte berücksichtigen, da aufgrund von geringer Fallzahl zum zweiten Messzeitpunkt eine Schätzung dieser nicht möglich war. Die Ergebnisse sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (Tabelle 16).

Obwohl sich deskriptiv tendenziell eine Reduzierung der teilstationären Behandlungstage in der IG+KG-I im Vergleich zur KG zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt abzeichnet, zeigen sich in der Mehrebenenanalyse weder signifikante Haupteffekte, noch ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit ( $b = -3,76$   $p = ,405$ ).

Tabelle 16: Ergebnisse der Modellschätzung zur Verweildauer in teilstationären Behandlungen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	UP	
<i>Feste Effekte</i>					
Intercept	0,85	5,03	-9,07	10,77	,866
Zeitpunkt	2,44	3,53	-4,52	9,41	,490
Gruppe	1,78	6,16	-10,35	13,92	,773
Zeitpunkt*Gruppe	-3,76	4,51	-12,65	5,13	,405
R <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,0001				
R <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	-0,001 <sup>x</sup>				
f <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,0001				
f <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	... <sup>xx</sup>				

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 für KG-I

Anmerkung: n = 167 Personen, n = 217 Messwerte; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = Untere Grenze; UP = Obere Grenze; Zeitpunktkodierung: Prä = 0, Post = 1; Gruppenkodierung: KG = 0, IG+KG-I = 1; keine Schätzung zufälliger Effekte aufgrund von geringer Fallzahl und Varianz; <sup>x</sup> eine negative Varianzaufklärung kann bei instabilen Modellschätzungen, beispielsweise bedingt durch kleine Fallzahlen und nicht ausreichender Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur, auftreten; <sup>xx</sup> aufgrund des negativen partiellen R<sup>2</sup> (Zeitpunkt\*Gruppe) nicht berechenbar

### 3.3.2 Verbesserung der Teilhabe

Ein weiterer Endpunkt von CCSchool betrifft die Verbesserung der Teilhabe von KIJ in Schule und Ausbildung. Hierfür werden die Fehlzeiten in der Schule analysiert.

#### 3.3.2.1 Deskriptive Statistik

Deskriptiv zeigt sich sowohl in der IG bzw. IG+KG-I als auch in der KG eine Verringerung der Fehlzeiten von Prä- zu Post-Zeitpunkt (Tabelle 17). Die Fehlzeiten zum Prä-Zeitpunkt liegen zum Teil deutlich über denen des Post-Zeitpunkts, die 95%igen Konfidenzintervalle überlappen im Zeitvergleich für jede der drei Gruppen nicht oder nur knapp.

Gründe für Fehltage zum Prä-Zeitpunkt sind in Tabelle 18 dargestellt. Der häufigste genannte Grund für Fehltage ist mit 65,54 % körperliche Beschwerden, die ohne ärztliche Bescheinigung zuhause behandelt wurden, gefolgt von körperlichen Beschwerden mit ärztlichem Attest (41,96 %). Fast ein Viertel (24,09 %) geben zudem an, dass psychische Probleme ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe ein Grund für die Fehlzeiten sind.

Tabelle 17: Deskriptive Statistik Fehlzeiten in der Schule

Gruppe	Zeitpunkt	M	SD	n	95% KI	
					LO	UP
IG+KG-I	Prä	7,40	7,94	67	5,47	9,34
	Post	3,00	4,28	13	0,41	5,59
IG	Prä	7,77	8,19	57	5,60	9,95
	Post	1,63	1,92	8	0,02	3,23
KG	Prä	18,63	28,84	32	8,23	29,02
	Post	5,12	6,20	17	1,93	8,31

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 für KG-I

Anmerkung: IG+KG-I: n = 131, IG: n = 112; KG: n = 53, fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zum jeweils angegebenen n in der Tabelle; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze; Fehlzeiten in Tagen in den letzten sechs Monaten

Tabelle 18: Gründe für Fehltage in Schule / Ausbildung zum Prä-Zeitpunkt nach Gruppenzugehörigkeit

Gründe für Fehltage	IG		IG+KG-I		KG		gesamt	
	n gültig	n (%)						
Körperliche Beschwerden ohne ärztliches Attest	98	66 (67,35 %)	114	77 (67,54 %)	49	30 (61,22 %)	148	97 (65,54 %)
Körperliche Beschwerden mit ärztlichen Attest, ambulant behandelt	94	35 (37,23 %)	110	41 (37,27 %)	47	24 (51,06 %)	143	60 (41,96 %)
Körperliche Beschwerden stationär behandelt	91	8 (8,79 %)	106	10 (9,43 %)	46	5 (10,87 %)	138	13 (9,42 %)
Psychische Probleme ohne psychiatrische/psychotherapeutische Hilfe	92	19 (20,65 %)	106	22 (20,75 %)	44	13 (29,55 %)	137	33 (24,09 %)
Psychische Probleme mit ambulanter Behandlung	98	6 (6,12 %)	114	8 (7,02 %)	47	7 (14,89 %)	147	13 (8,84 %)
Psychische Probleme mit stationärer Behandlung	95	3 (3,16 %)	112	5 (4,46 %)	48	3 (6,25 %)	145	6 (4,14 %)
Stundenweiser oder ganztätiger Schulabsentismus	97	16 (16,49 %)	113	18 (15,93 %)	47	6 (12,77 %)	146	22 (15,07 %)
Sonstige Gründe	22	8 (36,36 %)	27	11 (40,74 %)	13	6 (46,15 %)	36	14 (38,89 %)

Quelle: Patientenbefragung: T0 für IG und KG, T1 für KG-I

Anmerkung: gesamt n = 165, IG n = 112, IG+KG-I n = 131 KG n = 53; fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zwischen dieser Fallzahl und der jeweils berichteten Fallzahl

### 3.3.2.2 Regressive Mehrebenenmodelle

In den Mehrebenenanalysen zu den Fehlzeiten konnten keine zufälligen Effekte berücksichtigt werden, da die Fallzahl im Längsschnitt für eine Schätzung nicht ausreicht. Die Ergebnisse in Tabelle 19 sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Tabelle 19: Ergebnisse der Modellschätzung der Fehlzeiten in Schule und Ausbildung in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	UP	
<i>Feste Effekte</i>					
Intercept	18,63	2,77	13,14	24,11	< ,001
Zeitpunkt	-13,51	4,71	-22,82	-4,18	,005
Gruppe	-11,22	3,37	-17,90	-4,54	,001
Zeitpunkt*Gruppe	9,10	6,70	-4,14	22,35	,176
R <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,09				
Partielles R <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,01				
f <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,10				
f <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,09				

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 für KG-I  
 Anmerkung: n = 110 Personen, n = 129 Messwerte; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze; Zeitpunktkodierung: Prä = 0, Post = 1; Gruppenkodierung: KG = 0, IG+KG-I = 1; keine Schätzung zufälliger Effekte aufgrund von Konvergenzproblemen

Der Zeitverlauf von Prä zu Post hat einen signifikanten negativen Effekt auf die Fehlzeiten: Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit sind die Fehlzeiten zum Post-Zeitpunkt in CCSchool signifikant geringer als zum Prä-Zeitpunkt (b = -13,51, p = ,005). Auch die Gruppenzugehörigkeit hat einen signifikanten negativen Einfluss auf die Fehlzeiten: KIJ in der IG+KG-I berichten zum Prä-Zeitpunkt signifikant weniger Fehlzeiten als diejenigen in der KG (b = -11,22, p = ,001). Der Interaktionseffekt aus Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit ist nicht signifikant (b = 9,10, p = ,176), so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine Veränderung der Fehlzeiten im Zeitverlauf mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhängt. Die Richtung des Interaktionseffekts geht zudem nicht in die erwartete Richtung.

### 3.3.3 Verbesserung der Lebensqualität

Für die Auswertung zur Verbesserung der Lebensqualität der Kij wird der KINDL-Gesamtscore aus Sicht der Sorgeberechtigten und aus Sicht der Kij genutzt.

#### 3.3.3.1 Deskriptive Statistik

Deskriptiv zeigen die KINDL-Werte zur Lebensqualität sowohl in der IG bzw. IG+KG-I als auch in der KG eine ähnliche Steigerung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt (Tabelle 20). Dies gilt sowohl für die Fremdeinschätzung der Sorgeberechtigten als auch für die Selbsteinschätzung der Kij.

Tabelle 20: Deskriptive Statistik der KINDL-Werte aus Sicht der Sorgeberechtigten und Kindern/Jugendlichen

Gruppe	Zeitpunkt	Sorgeberechtigte					Kinder/Jugendliche				
		M	SD	n	95% KI		M	SD	n	95% KI	
					LO	UP				LO	UP
IG+KG-I	Prä	63,85	12,81	123	61,56	66,14	65,43	12,72	119	63,12	67,74
	Post	69,32	11,40	28	64,90	73,74	72,16	10,96	30	68,07	76,26
IG	Prä	62,71	12,52	107	60,31	65,11	64,89	12,82	103	62,38	67,39
	Post	67,35	10,41	21	62,61	72,09	70,96	10,96	23	66,21	75,69
KG	Prä	61,27	12,19	51	57,84	64,70	63,68	12,37	52	60,24	67,13
	Post	70,23	12,61	28	65,34	75,12	66,55	12,27	28	61,79	71,31

Quelle: Patientenbefragung T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 in KG-I

Anmerkung: IG+KG-I: n = 131, IG: n = 112; KG: n = 53, fehlende Werte ergeben sich aus der Differenz zum jeweils angegebenen n in der Tabelle; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze

### 3.3.3.2 Regressive Mehrebenenmodelle

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum KINDL-Gesamtscore der Sorgeberechtigten können der Tabelle 21 entnommen werden. Der Zeitverlauf zeigt einen positiven signifikanten Effekt auf den KINDL-Wert, d. h. die Werte zum Post-Zeitpunkt sind in der Gesamtstichprobe signifikant höher als zum Prä-Zeitpunkt ( $b = 6,83$ ,  $p < ,001$ ). Darüber hinaus zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit ( $b = 2,58$ ,  $p = ,226$ ) und auch kein signifikanter Interaktionseffekt aus den beiden Faktoren ( $b = -4,00$ ,  $p = ,106$ ). Das Vorzeichen des Interaktionseffekts ist zudem nicht in der erwarteten Richtung.

Tabelle 21: Ergebnisse der Modellschätzung der KINDL-Werte aus Sicht der Sorgeberechtigten in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	UP	
<i>Feste Effekte</i>					
Intercept	61,27	1,79	57,74	64,80	< ,001
Zeitpunkt	6,83	1,74	3,45	10,33	< ,001
Gruppe	2,58	2,13	-1,61	6,78	,226
Zeitpunkt*Gruppe	-4,00	2,44	-8,87	0,87	,106
<i>Zufällige Effekte</i>					
	Var	SE			
Intercept	117,67	18,93			
Residuum	45,37	9,14			
ICC	0,32				
R <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,04				
Partielles R <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,002				
f <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,04				
f <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	0,04				

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 bei KG-I

Anmerkung: n = 174 Personen, n = 230 Messwerte; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze; Zeitpunktkodierung: Prä = 0, Post = 1; Gruppenkodierung: KG = 0, IG+KG-I = 1; ICC = Intra-Class-Correlation Coefficient (Anteil der Varianz innerhalb von Personen an Gesamtvarianz)

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum KINDL-Gesamtscore aus Sicht der KiJ können der Tabelle 22 entnommen werden. Beide Haupteffekte (Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit) zeigen keinen signifikanten Effekt auf den KINDL-Wert. Der Interaktionseffekt ist hingegen statistisch signifikant und fällt in der erwarteten Richtung aus: Die selbsteingeschätzte Lebenszufriedenheit nimmt in der IG+KG-I signifikant stärker zu als in der KG (b = 6,09, p = ,024).

Tabelle 22: Ergebnisse der Modellschätzung der KINDL-Werte aus Sicht der Kinder und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Zeitpunkt und der Gruppenzugehörigkeit

Parameter	b	SE	95%-KI		p
			LO	UP	
<i>Feste Effekte</i>					
Intercept	63,68	1,72	60,30	67,07	< ,001
Zeitpunkt	2,09	1,92	-1,75	5,93	,282
Gruppe	1,65	2,06	-2,41	5,71	,423
Zeitpunkt*Gruppe	6,09	2,65	0,81	11,36	,024
<i>Zufällige Effekte</i>					
	Var	SE			
Intercept	96,55	17,60			
Residuum	56,66	10,68			
<hr/>					
ICC	0,48				
R <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,02				
Partielles R <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	-0,001 <sup>x</sup>				
f <sup>2</sup> (Gesamtmodell)	0,03				
f <sup>2</sup> (Zeitpunkt*Gruppe)	... <sup>xx</sup>				

Quelle: Patientenbefragung: T0 und T1 für IG und KG bzw. T1 und T2 in der KG-I  
 Anmerkung: n = 172 Personen, n = 229 Messwerte; b = Schätzwert des Regressionskoeffizienten; SE = Standardfehler des Schätzwertes; KI = Konfidenzintervall; LO = untere Grenze; UP = obere Grenze; Zeitpunktkodierung: Prä = 0, Post = 1; Gruppenkodierung: KG = 0, IG+KG-I = 1; ICC = Intra-Class-Correlation Coefficient (Anteil der Varianz innerhalb von Personen an Gesamtvarianz); <sup>x</sup> eine negative Varianzaufklärung kann bei instabilen Modellschätzungen, beispielsweise bedingt durch kleine Fallzahlen und nicht ausreichender Berücksichtigung der Mehrebenenstruktur, auftreten; <sup>xx</sup> aufgrund des negativen partiellen R<sup>2</sup> (Zeitpunkt\*Gruppe) nicht berechenbar

### 3.4 Prozessevaluation

Die Prozessevaluation umfasst eine detaillierte Befragung der Leistungserbringer durch Interviews (Abschnitt 3.4.1), eine Befragung der Projektpartner durch einen Online-Fragebogen (Abschnitt 3.4.2) und die Einschätzung der Intervention durch die Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigte (Abschnitt 3.4.3).

#### 3.4.1 Prozessbewertung aus Sicht der Leistungserbringer

Zur Identifikation hinderlicher und förderlicher Faktoren der Umsetzung wurden 20 Leistungserbringer interviewt, wobei Daten von 13 BHV und sieben CCS-THP vorliegen. Ein BHV war im Rahmen von CCSchool sowohl mit den Aufgaben des BHV als auch mit der Rolle des CCS-THP betraut. Tabelle 23 zeigt die Verteilung der befragten Leistungserbringer auf die Zielgruppen aktive und passive BHV bzw. CCS-THP.

Tabelle 23: Anzahl der interviewten aktiven und passiven Leistungserbringer

Leistungserbringung als	aktiv	passiv	gesamt
BHV	10	2	12
CCS-THP	5	2	7
sowohl BHV als auch CCS-THP	1	-	1
gesamt	16	4	20

Quelle: Interviews Leistungserbringer

Anmerkung: BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen; aktiv = Patientinnen und Patienten nach CCSchool-Konzept behandelt, passiv = keine Patientinnen und Patienten nach CCSchool-Konzept behandelt

Der überwiegende Anteil der interviewten Leistungserbringer befindet sich in einem Angestelltenverhältnis (65,00 %; n = 13) und ist in einer Klinik tätig, die im Rahmen von CCSchool auch als Studienzentrum fungiert. Nur zwei Kliniken nahmen diese Funktion nicht ein. Der andere Anteil der Leistungserbringer (n = 7) ist selbstständig tätig, davon 71,43 % mit eigener Praxis (n = 5). Fast alle Leistungserbringer haben von CCSchool im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren, z. B. durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte oder durch Fortbildungen bzw. Tagungen. Bis auf eine Person sind alle Leistungserbringer der Ansicht, es sei einfach gewesen, dem IV-Vertrag für CCSchool beitreten zu können.

Die weiteren Ergebnisse der Interviews werden entlang der Themen Projektdurchführung, Rekrutierungsprozess, Vergütung, Zusammenarbeit und Potenzial für die Regelversorgung dargestellt.

#### 3.4.1.1 Projektdurchführung

Fast die Hälfte der befragten Leistungserbringer beschreibt den bereitgestellten Studienordner mit Fragebögen, Dokumentationsbögen und Ablaufplänen als überwiegend verständlich und nachvollziehbar (45,00 %; n = 9). Die andere Hälfte sieht die hohe Prozesskomplexität und die damit verbundene Einarbeitungszeit kritisch. Es wird sich ein komprimiertes Vorgehen mit klaren Strukturen und Fristen gewünscht, das mit dem Praxisalltag gut vereinbar ist.

Von den 20 befragten Leistungserbringern hatte nur eine Person keinen Austauschbedarf bei der Umsetzung von CCSchool. Bis auf einen hatten alle anderen 18 Leistungserbringer Kontakt zur Konsortialführung und empfanden die bereitgestellte Unterstützung übereinstimmend als sehr hilfreich (94,74 %). Drei Leistungserbringer hätten sich darüber hinaus Hilfe bei der Umsetzung, z. B. durch eine Ansprechperson vor Ort, durch Erinnern an Fristen oder sogar dauerhafte Unterstützung bei der Durchführung gewünscht. Drei Leistungserbringer wurden zusätzlich durch die beteiligten Studienzentren bei der Umsetzung unterstützt. Auch diese bewerten den Austausch als überwiegend hilfreich. Die eine Person, die keinen Kontakt zur Konsortialführung hatte, konnte etwaige Fragen mithilfe des Studienzentrums klären.

#### 3.4.1.2 Rekrutierungsprozess

Der Einschluss von Patientinnen und Patienten anhand der vorgegeben Kriterien wird von den befragten aktiven BHV als überwiegend nachvollziehbar und einfach empfunden (72,73 %; n = 8). Allerdings geben die BHV an, dass sich die Sorgeberechtigten, obwohl häufig Bedarf bestand und auch ein Leidensdruck erkennbar war, nicht so einfach von einer Teilnahme überzeugen ließen. Nur vier von elf aktiven BHV sagen, die Überzeugung der Sorgeberechtigten an CCSchool teilzunehmen, war einfach (36,36 %). Vielmehr wird berichtet, dass eine Überzeugung nur teilweise möglich war bzw. ganz unterschiedlich verlief (45,45 %; n = 5). Einzelne BHV

geben auch an, dass die Länge der Fragebögen zur Nicht-Teilnahme führte (9,09 %; n = 1) oder dass zwar Interesse bestand, aber nicht auf die Behandlung gewartet werden wollte (aufgrund des Wartekontrollgruppendesigns; 9,09 %; n = 1).

Eine weitere Herausforderung zeigt sich bei der Kontaktaufnahme zu den Schulen: Fast alle aktiven BHV berichten, dass es durchwachsen bis schwierig war, die Schulen von einer Teilnahme an CCSchool zu überzeugen (81,82 %; n = 9). Nur eine Person sagt, vor der COVID-19 Pandemie wäre es einfacher gewesen und eine andere Person berichtet, dass die Überzeugungsarbeit mithilfe eines zuständigen Schulsozialarbeiters gut funktionierte.

Mögliche Gründe für die geringe Rekrutierungsquote, die die passiven Leistungserbringer nennen, sind beispielsweise die COVID-19 Pandemie (50,00 %; n = 2) oder die Problematik, dass nur innerhalb einer vorgegebenen Bundeslandgrenze rekrutiert werden konnte oder anfänglich zu wenige Krankenkassen involviert waren (50,00 %; n = 2). Die aktiven Leistungserbringer berichten, dass die Schulen im Laufe des Prozesses nicht erreichbar waren oder kein Interesse hatten (12,50 %; n = 2) oder dass der Projektaufwand schlichtweg zu hoch war bzw. zeitliche Ressourcen zur Umsetzung fehlten (12,50 %; n = 2). Die BHV berichten ferner, dass das Projekt im Praxisalltag unterging bzw. mit diesem nicht vereinbar war (18,18 %; n = 2).

Grundsätzlich könnte aus Sicht der Leistungserbringer ein höherer Patienteneinschluss erzielt werden, wenn beispielsweise Schulen vorher über das Projekt informiert werden, möglichst viele Krankenkassen das Projekt unterstützen und der Projektaufwand in einem durchführbaren Rahmen gehalten wird sowie mit der Bereitstellung entsprechender personeller und zeitlicher Ressourcen. Es wird zudem der Wunsch geäußert, dass die Leistungserbringer mehr in die Planung solcher oder ähnlicher Projekte bezogen werden, so dass wichtige Punkte des Praxisalltags, die bei der Umsetzung eine Rolle spielen können, frühzeitig Berücksichtigung finden.

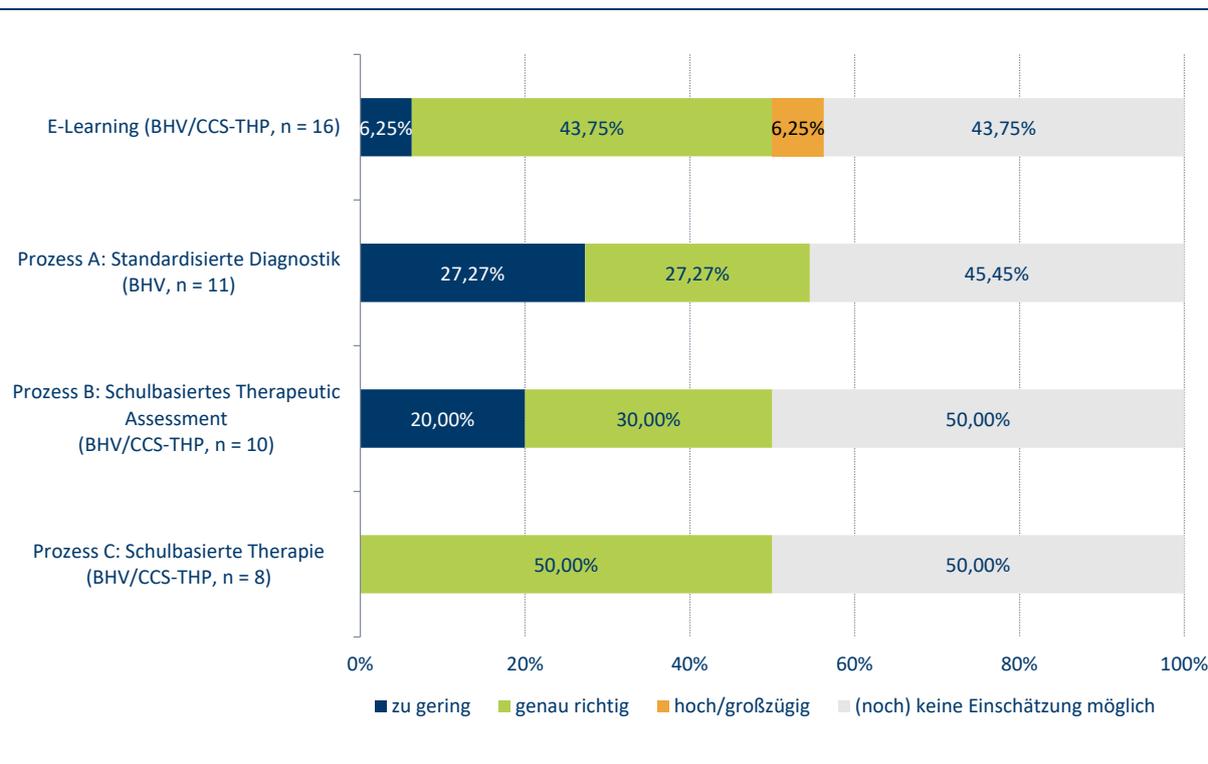
### 3.4.1.3 Vergütung

Die aktiven Leistungsbringer wurden gebeten, eine Bewertung der Vergütung des E-Learnings und einzelner CCSchool-Leistungen abzugeben, sofern sie diese durchgeführt haben.

Für jeden Prozessschritt (vom E-Learning bis hin zur schulbasierten Therapie) geben fast immer die Hälfte der Leistungserbringer an, sie könnten zur Vergütung (noch) keine Einschätzung abgeben, da der Arbeitgeber die Vergütung einbehalten hätte, sie zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt wurde (und nicht mehr genau bekannt ist, wie viel es war), weil sie zum Zeitpunkt des Interviews noch ausstehend war, oder weil sie sich allgemein nicht mehr genau an den Betrag erinnern könnten.

Diejenigen, die eine Vergütung erhalten haben, waren vor allem mit der Bezahlung des E-Learnings und der schulbasierten Therapie zufrieden (Abbildung 3). Sowohl die Vergütung der standardisierten Diagnostik als auch des schulbasierten Therapeutic Assessments hätte aus Sicht einiger Leistungserbringer etwas höher ausfallen können. Zwei Personen begründen dies damit, dass sie eine fehlende Gleichstellung von BHV und CCS-THP wahrgenommen hätten oder dass die Fahrt- und Benzinkostenerstattung zu gering ausgefallen wären.

Abbildung 3: Bewertung der Vergütung des E-Learnings und einzelner CCSchool-Leistungen durch die Leistungsbringer, die diese durchgeführt haben



Quelle: Interviews Leistungserbringer

Anmerkung: BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen

### 3.4.1.4 Zusammenarbeit

Spätestens ab Prozess B ist in CCSchool eine Zusammenarbeit zwischen BHV und CCS-THP sowie mit den Schulen erforderlich. Die aktiven Leistungserbringer, die entsprechende Prozessschritte durchgeführt haben (siehe Tabelle 24), wurden gebeten, die Zusammenarbeit zu bewerten.

Tabelle 24: Anzahl der interviewten aktiven und passiven Leistungserbringer, die die Prozesse B und C durchgeführt haben

Leistungserbringung als	Prozess B	Prozess C	gesamt
aktiver BHV	4	3	4
aktiver CCS-THP	5	4	5
aktiver BHV und CCS-THP	1	1	1
gesamt	10	8	11

Quelle: Interviews Leistungserbringer

Anmerkung: n = 11 aktive BHV und aktive CCS-THP; BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen

### Zusammenarbeit aus Sicht der BHV

Von den fünf BHV, die den Prozess B (schulbasiertes Therapeutic Assessment) durchgeführt haben, war das Finden von CCS-THP für eine Zusammenarbeit im Rahmen von CCSchool für

drei (60,00 %) sehr einfach, weil die entsprechende Person in der gleichen Klinik tätig war oder die Zusammenarbeit von der Klinik organisiert wurde. Ein BHV (20,00 %) musste die Zusammenarbeit eigenständig initiieren und empfand die Organisation als schwierig, weil aus seiner Sicht ein zu geringer Anreiz für eine Leistungserbringung im Rahmen von CCSchool gegeben war. Ein BHV (20,0 %) hat die Rolle des CCS-THP selbst ausgefüllt. Insgesamt wird von den BHV die Zusammenarbeit mit den CCS-THP positiv, von einer Person aber als sehr zeitaufwendig bewertet. Der gemeinsame Arbeitsprozess könnte aus Sicht der BHV verbessert werden, wenn der Arbeitsumfang komprimierter wäre (n = 1; 20,00 %), eine bessere Vergütung gezahlt würde (n = 1; 20,00 %) oder es insgesamt mehr Austausch mit dem CCS-THP gegeben hätte (n = 1; 20,00 %).

Wie bereits in Abschnitt 3.4.1.2 im Zusammenhang mit Rekrutierungsschwierigkeiten dargestellt, erweist sich die Kontaktaufnahme zu den Schulen als Herausforderung für die Leistungserbringer. Die aktiven BHV berichten, dass die Zusammenarbeit mit den Schulen sehr unterschiedlich war – es entstand der Eindruck, dass einige Schulen keine „Externen vor Ort haben wollten“ (sinngemäßes Zitat, Interviewpartner 7). Ein BHV berichtet, die Zusammenarbeit verlief grundsätzlich gut. Förderlich für eine Kooperation mit den Schulen wäre eine Kontaktaufnahme und Vorstellung der beteiligten Personen direkt zu Projektbeginn, um Vertrauen aufbauen zu können. Die „ambitionierten Ziele“ (sinngemäßes Zitat, Interviewpartner 9) von CCSchool seien nachvollziehbar, dennoch wird sich ein komprimierteres Vorgehen für alle beteiligten Akteure gewünscht.

### **Zusammenarbeit aus Sicht der CCS-THP**

Die Einschätzung der befragten aktiven CCS-THP deckt sich weitestgehend mit der Bewertung der BHV. Ein Zusammenschluss mit den BHV wurde vor allem dann als einfach beschrieben, wenn die BHV Kolleginnen bzw. Kollegen oder Vorgesetzte waren. Aus Sicht der CCS-THP gab es bei der Zusammenarbeit keine Probleme, die einen Anpassungs- oder Änderungsbedarf mit sich brachten. Auch die Zusammenarbeit im Prozess C (schulbasierte Therapie) wird sehr positiv bewertet.

Genau wie die BHV bewerteten die CCS-THP die Zusammenarbeit mit den Schulen als sehr durchwachsen. Teilweise konnte problemlos mit einem sehr engagierten Lehrpersonal zusammengearbeitet werden, teilweise entstand der Eindruck, dass die Schulen dem Konzept aufgrund „mangelnder Umsetzbarkeit“ (wörtliches Zitat, Interviewpartner 17) skeptisch gegenüberstehen oder die Raumsuche erschwerte die Arbeit vor Ort (n = 1; 20,0 %). Zwei der fünf aktiven CCS-THP (40,0 %) sehen eine Aufklärung im Vorwege als eine mögliche Option, Schulen von einer langfristigen Zusammenarbeit zu überzeugen.

### **3.4.1.5 Potenzial des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung**

Übereinstimmend sind die befragten Leistungserbringer davon überzeugt, dass hinter CCSchool ein gutes Behandlungskonzept steckt, das nicht nur frühzeitig ansetzt, sondern auch Beobachtung und Hilfe vor Ort (in der Schule) ermöglicht – dort, wo Probleme der betroffenen KIJ auftreten und sichtbar werden. Dieses Vorgehen sei innovativ und würde Behandlungslücken schließen, da eine reine Beobachtung in der Häuslichkeit nicht immer ausreichend sei.

Von den 16 befragten aktiven Leistungserbringern haben acht alle drei Prozesse (selbst oder in Zusammenarbeit mit einem CCS-THP) durchgeführt (50,00 %). Die Gründe, die dazu führten, dass ein Teil der aktiven Leistungserbringer nicht alle Prozessschritte durchführten sind in Tabelle 25 dargestellt.

Tabelle 25: Anzahl Leistungserbringer, die CCSchool-Prozessschritte durchgeführt haben und Gründe für Nicht-Durchführung

Prozessschritt	Anzahl durchgeführt	Gründe für Nicht-Durchführung
A: Standardisierte Diagnostik (durch BHV)	11	<i>n. z., da alle aktiven BHV diesen Schritt durchgeführt haben</i>
B: Schulbasiertes Therapeutic Assessment (durch BHV/CCS-THP)	10	Nicht durchgeführt (n = 6), ... wäre jetzt erst der nächste Schritt gewesen (n = 2) war nicht indiziert (n = 1) aufgrund der COVID-19-Pandemie (n = 1) aufgrund fehlender personeller Ressourcen (n = 1) keine nähere Erläuterung gegeben (n = 1)
C: Schulbasierte Therapie (durch BHV/CCS-THP)	8	Nicht durchgeführt (n = 2), ... aufgrund der COVID-19-Pandemie (n = 2)

Quelle: Interviews Leistungserbringer

Anmerkung: n = 16 aktive Leistungserbringer insgesamt, davon n = 11 aktive Behandlungsverantwortliche (BHV);  
n. z. = nicht zutreffend

Zusammenfassend war demnach auch für diejenigen Leistungserbringer, die aufgrund konzeptioneller Drop-outs (keine Indikation mehr für Weiterbehandlung oder Kontrollgruppe) nicht weiter behandelten, ein Interesse an der Durchführung der weiteren Prozessschritte vorhanden. Insbesondere die COVID-19-Pandemie sorgte aber dafür, dass die Assessments und Behandlungen in der Schule nicht mehr möglich waren.

Die passiven Leistungserbringer, also diejenigen, die keine Patientinnen oder Patienten nach dem CCSchool-Konzept behandelt haben, sehen alle ein hohes Potenzial des Konzeptes für die Regelversorgung. Demnach sei eine reine Beobachtung in der Häuslichkeit, wie es momentan vorgesehen ist, häufig nicht ausreichend. Das neue Konzept würde verschiedene Bereiche verknüpfen, für die ein hoher Bedarf an Zusammenarbeit bestünde.

Die aktiven Leistungserbringer wurden gebeten, die Prozessschritte, die sie selbst oder in Zusammenarbeit durchgeführt haben, differenzierter zu bewerten (Tabelle 26). Aus Sicht der aktiven Leistungsbringer sind die einzelnen Konzeptbestandteile von CCSchool überwiegend eine sinnvolle Ergänzung zu vorhandenen Therapiekonzepten. Nur wenige sagen, dass das Konzept insgesamt nicht praxistauglich sei oder beispielsweise die Diagnostik schon genau so umgesetzt werde. Zwei Leistungserbringer sagen, man müsse noch einmal prüfen, für wen das Konzept tatsächlich sinnvoll wäre, da sie der Ansicht sind, das Behandlungskonzept sei nicht für alle Störungsbilder gleichermaßen gut anwendbar.

Für einige BHV haben das Interview mit den Sorgeberechtigten und die strukturierten Berichte zur Förderung der Teilhabe Potenzial in die Regelversorgung aufgenommen zu werden – wiederum andere sind sich, zum Teil aufgrund des hohen Aufwands, eher unsicher oder halten diese Behandlungsteile in der jetzigen Form für zu komplex. Das Potenzial des schulbasierten Therapeutic Assessments und der schulbasierten Therapie wird von allen aktiven Leistungserbringern, die diese auch durchgeführt haben, als sehr hoch eingeschätzt.

Tabelle 26: Bewertung der CCSchool-Prozessschritte aus Sicht der aktiven Leistungserbringer, die die jeweiligen Prozesse durchgeführt haben

Prozessschritt	Verteilung	Bewertung
A: Standardisierte Diagnostik (durch BHV, n = 11)	81,81 % (n = 9)	Sinnvolle Ergänzung zu vorhandenen Therapiekonzepten
	9,09 % (n = 1)	Wird in der Praxis bereits so durchgeführt
	9,09 % (n = 1)	Nicht sinnvoll, da zu umfangreich für den Praxisalltag
B: Schulbasiertes Therapeutic Assessment (durch BHV/CCS-THP, n = 10)	80,00 % (n = 8)	Sinnvolle Ergänzung zu vorhandenen Therapiekonzepten
	20,00 % (n = 2)	Sinnvolle Ergänzung zur vorhandenen Therapie, aber nicht unbedingt für jedes Störungsbild
C: Schulbasierte Therapie (durch BHV/CCS-THP, n = 8)	75,00 % (n = 6)	Sinnvolle Ergänzung zu vorhandenen Therapiekonzepten
	25,00 % (n = 2)	Sinnvolle Ergänzung zur vorhanden Therapie, aber nicht unbedingt für jedes Störungsbild

Quelle: Interviews Leistungserbringer

Anmerkung: BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen

### Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes

Zum Abschluss der Interviews wurden Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes erfragt. Abbildung 4 fasst die aus den Interviews abstrahierten Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Behandlungsansatzes aus Sicht der Leistungserbringer zusammen.

Eine besondere Stärke des Konzeptes ist laut den interviewten Leistungserbringern der innovative, niedrigschwellige Ansatz direkt vor Ort, der nicht nur eine Beobachtung dort ermöglicht, wo Probleme bei betroffenen KIJ häufig entstehen, sondern wo eine Therapie frühzeitig ansetzen kann. Die Herausforderung in der Umsetzung besteht vor allem darin, die teilweise sehr komplexe Struktur im Praxisalltag überblicken und anwenden zu können.

Als eine besondere Herausforderung bei der Umsetzung nennen die Leistungserbringer die Verzögerung oder letzten Endes das Beenden der Zusammenarbeit aufgrund der pandemiebedingten Schließung der Schulen. Einige Leistungserbringer berichten zudem, dass die Umsetzung anfänglich verzögert wurde, da zu wenig Krankenkassen beteiligt waren, was noch einmal die Notwendigkeit des Einbezugs relevanter Akteure hervorhebt. Ebenfalls herausfordernd sei der hohe Koordinationsbedarf aller beteiligten Akteure gewesen. Hieraus resultiert aber auch eine Förderung der Zusammenarbeit, die es ermöglicht, das eigene Netzwerk aufzubauen und/oder zu erweitern.

Grundsätzlich sind die Leistungserbringer der Ansicht, dass die Zielgruppe von CCSchool erheblich von dem innovativen Behandlungskonzept profitieren kann. Es sei ein sehr gutes Hilfefkonzept für Sorgeberechtigte, die aufgrund der Problematik, die bei KIJ vorliegt, einen zum Teil hohen Leidensdruck verspüren, ohne wirklich zu wissen, wie und wo sie niedrigschwellige, für sie unkomplizierte Unterstützung erhalten können. Eine frühzeitige Beobachtung und Behandlung von Schulproblemen in den Schulen selbst könne den Betroffenen helfen, die aktuell eher mangelhaft versorgt würden.

Abbildung 4: Aus den Interviews abgeleitete Herausforderungen und Stärken des Behandlungskonzeptes aus Sicht der interviewten Leistungserbringer



Quelle: Interviews Leistungserbringer  
Anmerkung: n = 20 befragte Leistungserbringer

### 3.4.2 Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner

Die Daten zur Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner wurden mittels eines Online-Fragebogens erfasst, den 13 von 15 Personen (86,7 %) beantwortet haben. Die Ergebnisse werden gegliedert nach den Teilbereichen Zusammenarbeit, Herausforderungen der Projektdurchführung, Gründe für den geringen Patienteneinschluss und Potenzial für die Regelversorgung dargestellt.

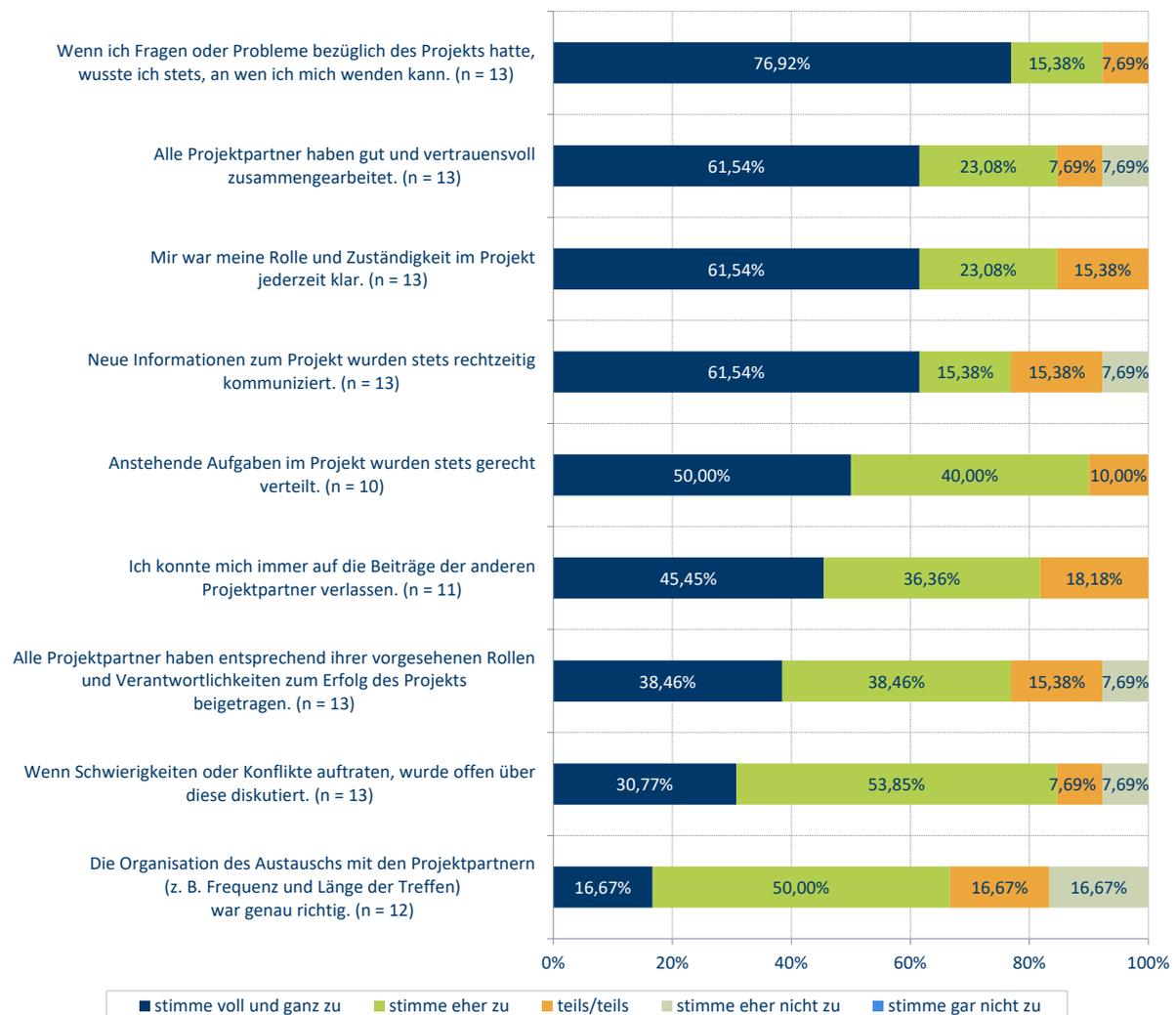
#### 3.4.2.1 Zusammenarbeit

Die Projektpartner wurden gebeten, anhand von neun Fragen ihre Einschätzung zur Zusammenarbeit im Projekt abzugeben (Abbildung 5).

Insgesamt wird eine positive Bilanz gezogen. Insbesondere bei dem Themen Problemlösungen, die Vertrauensbasis, Rollen und Zuständigkeiten sowie die Informationsweitergabe bewertet deutlich mehr als die Hälfte die Zusammenarbeit als gut bis sehr gut.

Das größte Verbesserungspotenzial kann in der Organisation des Austauschs, z. B. bezüglich der Frequenz oder Länge der Treffen, ausgemacht werden. Wenngleich auch hier der überwiegende Anteil der Projektpartner eine gute bis sehr gute Zusammenarbeit angibt, sind ein Drittel (33,34 %, n = 4) der Ansicht, die Organisation des Austauschs lief nur zum Teil oder eher nicht gut.

Abbildung 5: Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern durch die Projektpartner selbst



Quelle: Online-Befragung Projektpartner

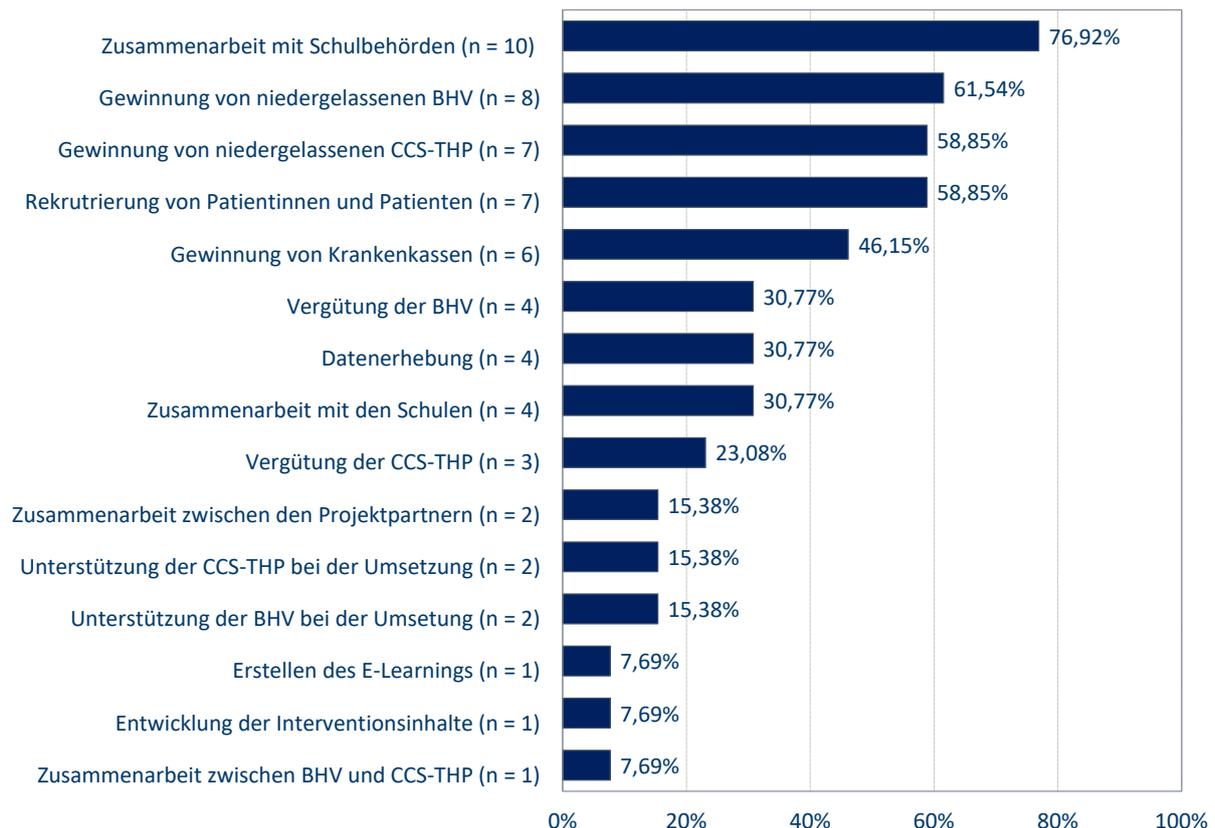
Anmerkung: Insgesamt n = 13, fehlende Angaben ergeben sich aus Differenz zum n pro Item

Fünf Personen haben über die Freitextfunktion Angaben gemacht, an welchen Stellen die Zusammenarbeit optimiert werden könnte: „in der Vorbereitung des Projektes einzelne Schritte abstimmen und insgesamt einheitlicher vorgehen“ (sinngemäßes Zitat, Projektpartner Nr. 2); „die Kommunikation intensivieren mit höherer Taktung des Austauschs“ (sinngemäßes Zitat, Projektpartner Nr. 6); „mehr Koordination und Engagement für den Austausch untereinander durch die Konsortialführung“ (sinngemäßes Zitat, Projektpartner Nr. 3); „regelmäßige Sachstandserhebungen zur Basisarbeit (z. B. für einen besseren Überblick über die Rekrutierungszahlen)“ (sinngemäßes Zitat, Projektpartner Nr.1); „Verträge mit Projektmitarbeitenden schließen um eine kontinuierliche Zusammenarbeit (auch mit anderen Standorten) zu gewährleisten“ (sinngemäßes Zitat, Projektpartner Nr. 4).

### 3.4.2.2 Herausforderungen der Projektdurchführung

Die Projektpartner wurden gebeten, aus einer Liste von möglichen Herausforderungen bis zu fünf Punkte anzukreuzen, die aus ihrer Sicht zu den größten Herausforderungen bei der Projektorganisation und/oder -umsetzung gehören. Abbildung 6 zeigt die Verteilung der Antworten der Projektpartner.

Abbildung 6: Herausforderungen bei der Organisation und Umsetzung des Behandlungskonzeptes aus Sicht der Projektpartner



Quelle: Online-Befragung Projektpartner

Anmerkung: insgesamt n = 13; BHV = Behandlungsverantwortliche, CCS-THP = CCSchool-Therapeut/innen; Antwortformat: mindestens eine bis maximal fünf Angaben pro Person

Um die genannten Herausforderungen besser verstehen zu können, wurden die Projektpartner gebeten, ihre Auswahl über Freitextfelder näher zu erläutern. Nachfolgend werden die Antworten zu den fünf am häufigsten genannten Herausforderungen dargelegt.

#### Zusammenarbeit mit Schulbehörden

Die mit Abstand größte Herausforderung in der Projektumsetzung bestand aus Sicht der Projektpartner mit 76,92 % der Nennungen (n = 10) in der Zusammenarbeit mit den Schulbehörden. Dies sei insbesondere in langwierigen und schwierigen Abstimmungsprozessen mit einigen Schulbehörden begründet, was dazu führte, dass die Projektumsetzung nicht an allen Projektstandorten gleichermaßen gut starten bzw. stattfinden konnte.

Zudem wurden laut den Angaben der Projektpartner nicht alle Schulen im jeweiligen Landkreis im Vorwege durch die Schulbehörden über das Projekt informiert und aufgeklärt, so dass sich

auch auf schulischer Ebene eine Umsetzungsproblematik widerspiegelt. Ferner hätte es auf Leitungsebene der Schulen zum Teil Vorbehalte gegenüber Interventionen im Schulsetting gegeben.

### **Gewinnung von niedergelassenen BHV**

Für 61,54 % (n = 8) der Projektpartner gab es Schwierigkeiten bei der Gewinnung von niedergelassenen BHV. Dabei lag die Herausforderung nicht darin, die BHV vom Konzept zu überzeugen – dies sei vielfach auf großes Interesse gestoßen. Vielmehr hätte es häufig nicht die zeitlichen oder personellen Ressourcen für eine Umsetzung gegeben. Zudem geben die Projektpartner an, dass die hohe Prozesskomplexität als große Hürde empfunden wurde, welche mit den täglichen Aufgaben in der Praxis nicht gut vereinbar gewesen wäre. Drei Projektpartner sind ferner der Ansicht, dass die Vergütung für die BHV zu gering und damit kein guter Anreiz für eine Teilnahme gewesen ist.

### **Gewinnung von niedergelassenen CCS-THP**

Ebenfalls knapp über die Hälfte der Projektpartner sieht eine der Herausforderungen in der Gewinnung von CCS-THP für das Projekt (53,85 %; n = 7). Insbesondere der hohe Arbeits- und Koordinierungsaufwand mit einer aus ihrer Sicht zu geringen Vergütung sei problematisch gewesen. Aspekte wie Fahrzeiten und Terminabsprachen wären nicht gut im Budget abgebildet gewesen.

Ferner geben einige Projektpartner die Rückmeldung, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb externe Therapeutinnen oder Therapeuten das Konzept umsetzen sollen, wenn es bereits gut ausgebildete Schultherapeutinnen und -therapeuten sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter in den Schulen gibt. Eine Einbindung dieser Berufsgruppen hätte fachlich und inhaltlich mehr Sinn ergeben, da selbstständig agierende Leistungserbringer mit dem für CCSchool erforderlichen Qualifikationsprofil ohnehin selten in der Versorgungslandschaft zu finden wären.

### **Rekrutierung von ausreichend Patientinnen und Patienten**

Nur knapp über die Hälfte der Projektpartner sieht die Rekrutierung von ausreichend Patientinnen und Patienten als Herausforderung bei der Projektumsetzung (53,85 %; n = 7). Aus den detaillierten Antworten (auch zu den anderen Aspekten) geht hervor, dass ein geringer Patienteneinschluss darin begründet sein könnte, dass zwar ausreichend KIJ die Einschlusskriterien erfüllen, der tatsächliche Studieneinschluss aber an anderer Stelle scheiterte. Die Projektpartner erwähnen an dieser Stelle auch, dass die zögerliche Zusammenarbeit mit Schulbehörden (und Schulen) sowie die anfänglich geringe Beteiligungsrate von Krankenkassen den Rekrutierungsprozess erheblich erschwert haben. Betroffene Familien, denen von CCSchool erzählt wurde, wären vom Projekt sehr angetan gewesen, allerdings scheiterte eine Teilnahme häufig an den bereits genannten Gründen (Zusammenarbeit mit Schulbehörden und Schulen, Gewinnung von Krankenkassen, Gewinnung von Leistungserbringenden etc.). Zudem hätte es von einigen KIJ und/oder Sorgeberechtigten Vorbehalte gegenüber einer Behandlung in der Schule gegeben. Ferner geben die Projektpartner an, dass manchen Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten die Vorteile von CCSchool aus den Gesprächen mit den BHV und/oder den CCS-THP nicht deutlich erkennbar gewesen wären.

### **Gewinnung von Krankenkassen**

Fast die Hälfte der Projektpartner berichtet, dass es sowohl für die Patientenrekrutierung als auch für die Gewinnung von niedergelassenen BHV ein großer Nachteil war, dass nicht von Projektbeginn an mehr Krankenkassen an der Umsetzung beteiligt waren (46,15 %; n = 6). Dieser Umstand führte beispielsweise dazu, dass motivierte und engagierte (potenzielle) Leistungserbringer im Laufe des Prozesses kaum noch Motivation zur Umsetzung verspürten oder von Beginn an eine Teilnahme ablehnten, mit der Begründung, ein Großteil ihrer Patientinnen

oder Patienten sei bei anderen Krankenkassen versichert. Es hätte von Anfang an viele Kij gegeben, die die Einschlusskriterien erfüllten. Diese waren aber häufig bei Krankenkassen versichert, die CCSchool (anfänglich noch) nicht unterstützten.

### 3.4.2.3 Gründe für den geringen Patienteneinschluss

Die Projektpartner wurden gebeten, Stichpunkte zu nennen, die ihrer Ansicht nach dazu geführt haben könnten, dass weniger Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschlossen werden konnten, als vorgesehen. Alle teilnehmenden 13 Personen haben die Möglichkeit für eine solche persönliche (Mehrfach-)Wortmeldung genutzt.

Es zeigen sich vor allem erneut die Punkte, die sich auch schon in den Herausforderungen wiederfinden, zum Teil werden diese um weitere Aspekte ergänzt: zu hoher Komplexitätsgrad des Projektes (n = 5; 38,46 %), anfänglich mangelnde Unterstützung von einigen Schulbehörden (n = 5; 38,46 %), anfänglich zu geringe Unterstützung seitens der Krankenkassen (n = 5; 38,46 %), Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von BHV und CCS-THP (n = 4; 30,77 %), Schwierigkeiten bei der Kooperation mit den Schulen (n = 2; 15,38 %), Umsetzung und Vorteile für Patientinnen und Patienten nicht eindeutig erkennbar oder verständlich (n = 2; 15,38 %), vorhandene Netzwerk- und Hilfestrukturen wurden nicht ausreichend berücksichtigt (n = 2; 15,4 %), durch verschiedene Faktoren bedingter verzögerter Projektbeginn (n = 2; 15,38 %), teilweise hohe Fluktuation im zuständigen Personal (n = 2; 15,38 %).

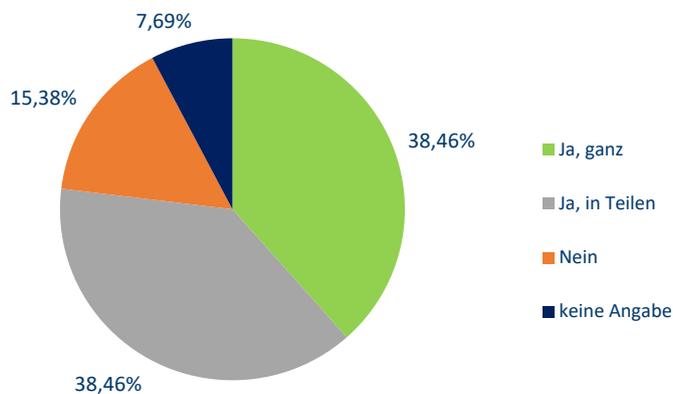
Auf die Nachfrage, über welche Veränderungen man ggf. eine höhere Rekrutierungsrate hätte erreichen können, antworteten zwölf Projektpartner: Verschlankung des administrativen Aufwands bzw. komprimierteres Vorgehen insgesamt für alle Beteiligten (n = 7; 58,33 %), Erweiterung der Einschlussbedingungen von Projektbeginn an, z. B. Einschluss unabhängig von Krankenkassenzugehörigkeit oder von Anfang an mehr Krankenkassenbeteiligung sicherstellen (n = 5; 41,67 %), vor Projektbeginn schulbehördliche Voraussetzungen klären (n = 3; 25,00 %), klare Vorgaben bezüglich der Kooperationsgestaltung zwischen BHV und CCS-THP schaffen (n = 1; 8,33 %), mehr Unterstützung für niedergelassene BHV bei der Umsetzung (n = 2; 16,67 %), höhere Vergütung der Leistungserbringer bzw. einen höheren Anreiz für Leistungserbringer schaffen (n = 2; 16,67 %), transparente Kommunikation mit beteiligten Akteuren und Projektpartnern sowie deren Einbindung in wichtige Prozesse der Entscheidung und Problemlösung (n = 2; 16,67 %), feste Projektmitarbeit sicherstellen, z. B. über Verträge (n = 1; 8,33 %), Zusammenarbeit mit etablierten Strukturen fördern, z. B. mit Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern bzw. Schulpsychologinnen und -psychologen (n = 1; 8,33 %).

### 3.4.2.4 Potenzial des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung

Die Projektpartner wurden gebeten, eine Einschätzung abzugeben, inwiefern sie CCSchool für die Regelversorgung empfehlen würden. Abbildung 7 zeigt die prozentuale Verteilung dieser Bewertung.

Abbildung 7: Prozentuale Verteilung, inwieweit die Projektpartner das Behandlungskonzept für die Regelversorgung empfehlen würden

**Würden Sie das Behandlungskonzept ganz oder in Teilen für die Regelversorgung empfehlen?**



Quelle: Online-Befragung Projektpartner  
Anmerkung: n = 13 Projektpartner

Die Projektpartner sind sich mehrheitlich einig, dass das Behandlungskonzept ganz oder in Teilen Potenzial für die Regelversorgung hat. Diejenigen, die das ganze Konzept für die Regelversorgung empfehlen würden (n = 5), sagen, dass es trotz aller Herausforderungen oder Kritikpunkte ein wichtiger fehlender Baustein in der Versorgungslandschaft ist. Viele Probleme von KIJ entstünden im Schulkontext und sollten auch dort möglichst frühzeitig behandelt werden, damit der Leidensdruck nicht stärker wird und wertvolle Zeit vergeht, bis die Patientinnen und Patienten versorgt werden können. Die Widerstände, die entstanden sind, seien vor allem politischer und/oder struktureller Natur und nicht inhaltlich begründbar. Kompromisse, die man eingehen müsste, z. B. für die Behandlung in der Schule, werden in der Gesamtbetrachtung als machbar und sinnvoll bewertet.

Von denjenigen, die nur bestimmte Teile für die Regelversorgung empfehlen würden (n = 5), haben dies vier Personen näher erläutert: drei von vier würden die standardisierte Diagnostik empfehlen (75,00 %), zwei von vier das schulbasierte Therapeutic Assessment (50,00 %) und wiederum drei der vier die schulbasierte Therapie (75,00 %). Worin diese vier Projektpartner ihre Einschätzung begründen bzw. mit welchen Einschränkungen ihre Empfehlungen einhergehen, kann den Antworten aus den Freitextfeldern (Tabelle 27) entnommen werden.

Die Projektpartner, die nur Potenzial in bestimmten Konzeptteilen sehen, sind sich nicht unbedingt einig, welche davon besser oder schlechter geeignet wären. Grundsätzlich wird von diesen Projektpartnern für alle Prozessschritte zum Teil auch eine Empfehlung ausgesprochen, wenngleich diese häufig mit einem Anpassungsbedarf in Richtung Reduktion von Komplexität verbunden ist.

Zwei Personen (15,38 %) würden von einer Empfehlung des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung mit der Begründung Abstand nehmen, dass das föderale Schulsystem nicht an die Regelversorgung angepasst werden kann. Relevante Schnittstellen seien von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Ferner sei das Zusammenspiel der unterschiedlichen SGB-Hilfesysteme noch nicht ausreichend ausgebaut, um den CCSchool-Ansatz implementieren zu

können. Man müsse Interventionen finden, die vor Ort funktionieren, störungsspezifisch ausgelegt und vorher in einer Therapie eingeübt worden sind und anschließend begleitend in der Schule umgesetzt werden.

Tabelle 27: Gründe für bzw. gegen das Übernehmen bestimmter Prozessschritte in die Regelversorgung aus Sicht der Projektpartner, die nur teilweise eine Empfehlung aussprechen würden

Prozessschritt	Empfehlung für RV	Prozentuale Verteilung	Gründe
Prozess A	<b>Empfehlung</b> ggf. mit Anpassung	75,00 % (n = 3)	Grundsätzliche Empfehlung für standardisiertes Vorgehen – die Diagnostik aus CCSchool müsste für die Regelversorgung aber flexibler gestaltet werden und komprimierter sein
	<b>Keine Empfehlung</b>	25,00 % (n = 1)	<i>Keine Gründe genannt</i>
Prozess B	<b>Empfehlung</b>	50,00 % (n = 2)	<i>Keine Gründe genannt</i>
	<b>Keine Empfehlung</b>	50,00 % (n = 2)	Teilweise schwer umsetzbar (vor allem die Organisation, Bedenken zum Datenschutz seitens der Schulen) – eher als freiwilliges Instrument denkbar
Prozess C	<b>Empfehlung</b> ggf. mit Anpassung	75,00 % (n = 3)	Sollte unbedingt weiter angeboten werden, ggf. aber flexibler, z. B. auch online, in Gruppensettings und Beratungsrunden mit Lehrkräften und Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern in Prozess integrieren
	<b>Keine Empfehlung</b>	25,00 % (n = 1)	Die schulbasierte Behandlung ist inhaltlich zu vage und praktisch wenig umsetzbar; sollte in anderer Form umgesetzt werden, z. B. Psychoedukation der Lehrkörper

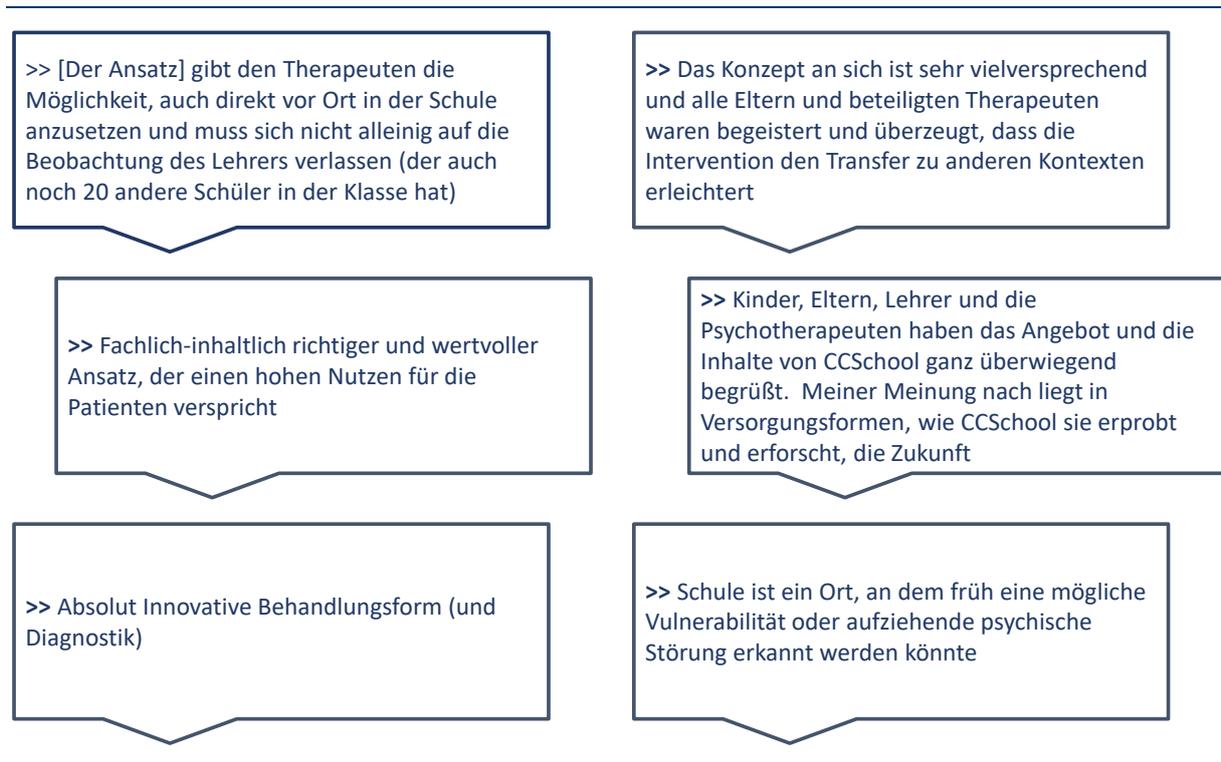
Quelle: Online-Befragung Projektpartner

Anmerkung: n = 4, n = 1 fehlender Wert; RV = Regelversorgung; Prozess A = Standardisierte Diagnostik, Prozess B = Schulbasierte therapeutisches Assessment, Prozess C = Schulbasierte Behandlung

### Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes

Die 13 Projektpartner ziehen in den letzten Fragen der Online-Befragung zu Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes eine positive Bilanz. Alle 13 Projektpartner haben ein positives Feedback zum Behandlungskonzept gegeben. Noch einmal wird betont, dass der innovative Ansatz eine Behandlungslücke schließen würde. Das Konzept sei insgesamt plausibel und sinnvoll. Abbildung 8 zeigt eine Auswahl an Zitaten aus den Freitextfeldern der Online-Befragung.

Abbildung 8: Meinungen der Projektpartner im Hinblick auf die Stärken des Behandlungskonzeptes



Quelle: Online-Befragung Projektpartner

Anmerkung: Auswahl an wörtlichen Zitaten der befragten Projektpartner

Hürden werden von den Projektpartnern insbesondere in der hohen Projektkomplexität gesehen, die mit einem hohen Dokumentationsaufwand einhergeht und nicht ausreichend den Praxis- und Schulalltag berücksichtigen würde. Zudem habe bei der Projektplanung im Vorwege zu wenig Austausch mit Schulen/Schulbehörden stattgefunden, um klären zu können, inwieweit eine Umsetzung überhaupt im deutschen Schulsystem machbar wäre und in dieser Art gewünscht wird (oder von vorhandenen Strukturen aufgenommen werden könnte). Ferner sei es grundsätzlich zwar gut, dass viel Austausch und Koordination vorgesehen ist (Netzwerkarbeit werde dadurch gefördert), aber auch für diesen Aufwand gäbe es häufig nicht genügend Kapazitäten. Damit einhergehend wird die Notwendigkeit einer Anpassung der Vergütung für beteiligte BHV und CCS-THP gesehen.

Zusammenfassend sei der Bedarf für Behandlungskonzepte wie CCSchool aus Sicht der Projektpartner vorhanden. Die Schwierigkeiten bei der Projektorganisation, die zum Teil auch mit der COVID-19-Pandemie einhergingen, hätten zwar die Umsetzung erheblich beeinträchtigt, den Gedanken, das Gesundheitssystem mit dem Schulsystem besser zu verknüpfen und (auch) vorsorglich arbeiten zu können, sei dennoch eine wichtige Grundidee.

### 3.4.3 Prozessbewertung aus Sicht der Betroffenen

Sowohl die Patientinnen und Patienten der IG als auch der KG-I sowie deren Sorgeberechtigten wurden nach Ende der Prozesse A, B und C (sofern diese jeweils indiziert waren und durchgeführt wurden) nach ihrer Zufriedenheit im Hinblick auf den Prozessablauf befragt.

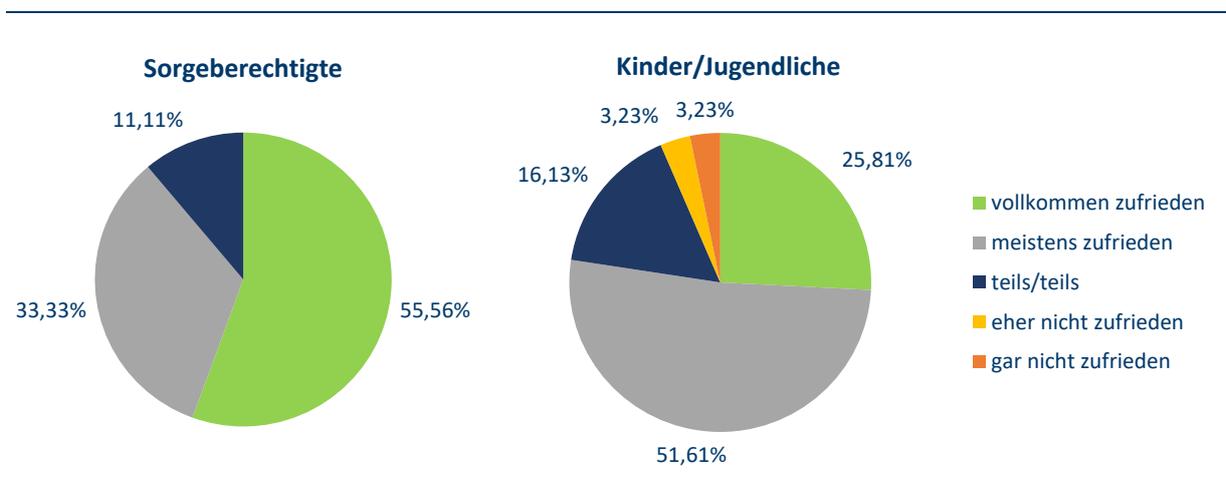
Aus der Dokumentation der Inanspruchnahme (Abschnitt 3.2) geht hervor, dass (mindestens) 96 KiJ den Prozess A durchlaufen haben (IG: n = 87, KG-I: n = 9), dass bei 53 KiJ ein schulbasiertes Therapeutic Assessment (Prozess B) (IG: n = 50, KG-I: n = 3) und für 31 Betroffene eine

schulbasierte (Basis- oder Intensiv-)Therapie im Prozess C stattgefunden hat (IG: n = 28, KG-I: n = 3). Die Anzahl ausgefüllter Fragebögen zur Zufriedenheit mit den Prozessen fällt relativ gering aus (bzw. die Anzahl fehlender Werte sehr hoch). Die Angaben sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

### 3.4.3.1 Zufriedenheit mit Standardisierter Diagnostik (Prozess A)

Aus der Zufriedenheitsbefragung zum Prozess A liegen 36 ausgefüllte Fragebögen der Sorgeberechtigten (37,50 %) und 31 Fragebögen der Kij (32,29 %) vor (96 Personen haben laut Prozessdokumentation Prozess A in Anspruch genommen). Beide Seiten sind mit dem Ablauf der Testungen und Gespräche in Prozess A größtenteils zufrieden (Abbildung 9). Nur zwei Kij (6,46 %) waren mit dem Ablauf (eher) unzufrieden.

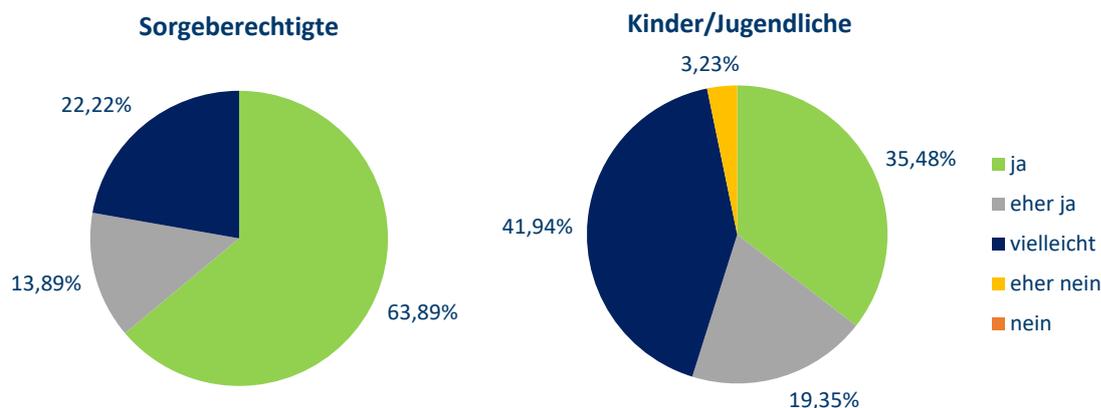
Abbildung 9: Patientenzufriedenheit mit der Standardisierten Diagnostik (Prozess A)



Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess A  
Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 36 (60 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 31 (65 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess A (n = 96: IG n = 87, KG-I: n = 9; vgl. Abschnitt 3.2)

Fast zwei Drittel der Sorgeberechtigten (63,89 %) würden die standardisierte Diagnostik aus CCSchool auch anderen betroffenen Familien klar empfehlen, weitere 13,9 % würden sie eher empfehlen. Bei den Kij sprechen sich mit 35,48 % deutlich weniger für eine klare Empfehlung aus (19,35 % würden sie eher empfehlen) – vielmehr sind die Kij sich vorwiegend nicht sicher, ob sie eine Teilnahme an Prozess A auch anderen Kij empfehlen würden (41,94 %; Abbildung 10).

Abbildung 10: Weiterempfehlung der standardisierten Diagnostik (Prozess A)

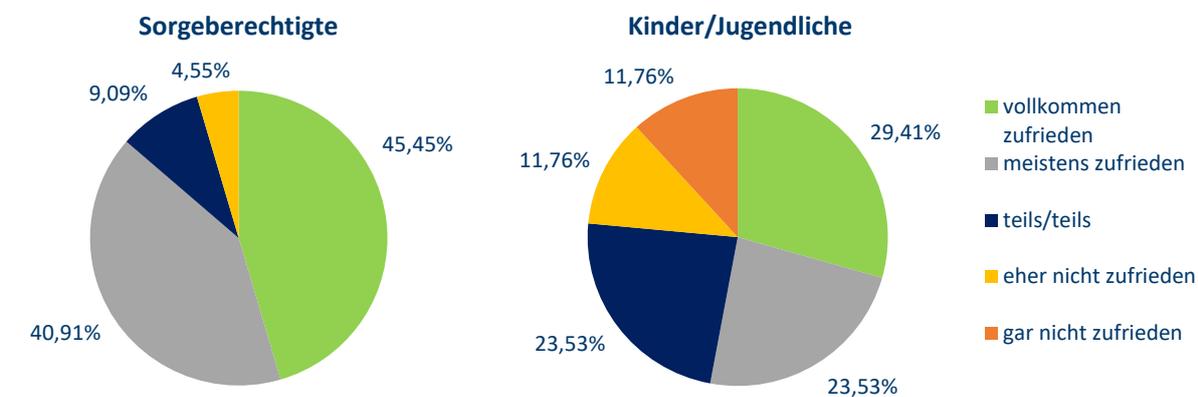


Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess A  
 Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 36 (60 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 31 (65 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess A (n = 96: IG n = 87, KG-I: n = 9; vgl. Abschnitt 3.2)

### 3.4.3.2 Zufriedenheit mit schulbasiertem Therapeutic Assessment (Prozess B)

Prozessschritt B wurde von 22 Sorgeberechtigten (41,51 %) und 17 KiJ (32,08 %) bewertet (53 Personen haben laut Dokumentationsbögen Prozess C in Anspruch genommen).

Abbildung 11: Patientenzufriedenheit mit dem schulbasiertem Therapeutic Assessment (Prozess B)

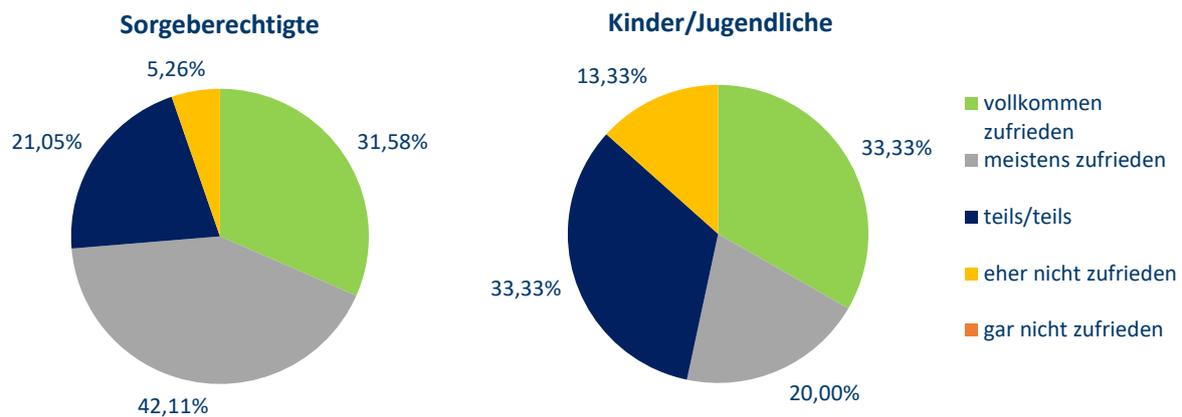


Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess B  
 Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 22 (31 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 17 (36 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess B (n = 53: IG n = 50, KG-I: n = 3; vgl. Abschnitt 3.2)

Das schulbasierte Therapeutic Assessment wird von 86,36 % der Sorgeberechtigten positiv bewertet. Die KIJ selbst sehen dies etwas anders: Nur gut die Hälfte ist mit Prozess B (meistens) zufrieden – 23,53 % waren nur teilweise und 23,53 % sogar (eher) unzufrieden (Abbildung 11).

Obwohl die Sorgeberechtigten überwiegend mit dem schulbasierten Therapeutic Assessment zufrieden sind, ist etwa ein Viertel mit dem aus diesem Prozess hervorgehenden Lösungsansatz eher nicht oder nur teilweise einverstanden (Abbildung 12). Auf der Seite der KIJ sind sogar 46,66 % mit dem erarbeiteten Lösungsansatz nur teilweise oder eher nicht zufrieden.

Abbildung 12: Patientenzufriedenheit mit dem Lösungsansatz aus dem schulbasierten Therapeutic Assessment (Prozess B)

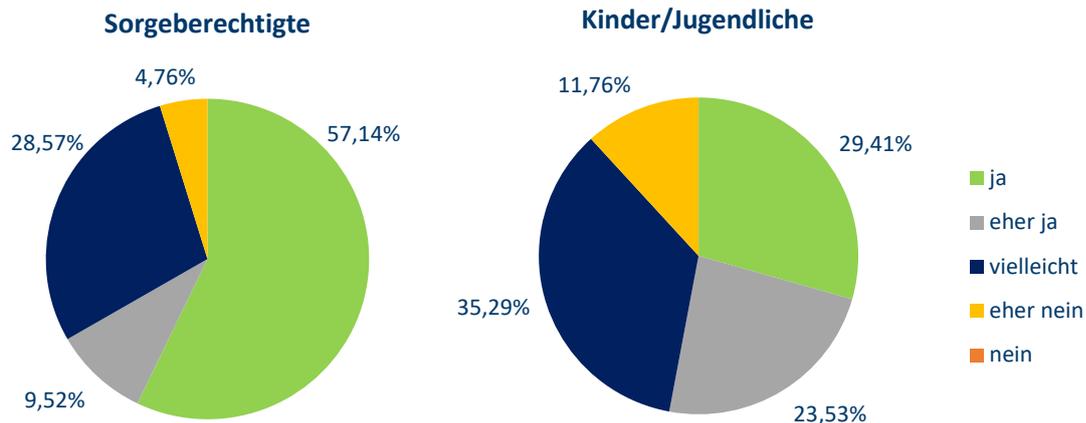


Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess B

Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 19 (9 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 15 (13 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme der Erstintervention im Prozess B (n = 28: IG n = 26, KG-I: n = 2; vgl. Abschnitt 3.2)

Unter den Sorgeberechtigten ist der Anteil an Personen, die das schulbasierte Therapeutic Assessment (eher) weiterempfehlen würden, mit fast 70 % größer als unter den KIJ (etwas über 50 %). In beiden Gruppen gibt niemand an, dass sie das schulbasierte Therapeutic Assessment gar nicht weiterempfehlen würden, 4,76 % der Sorgeberechtigten und 11,76 % der KIJ würden es jedoch eher nicht empfehlen. Von den Befragten sind sich ca. 30 % bzw. 35 % nicht sicher, ob sie das schulbasierte Therapeutic Assessment weiterempfehlen sollen (Abbildung 13).

Abbildung 13: Weiterempfehlung des schulbasierten Therapeutic Assessment (Prozess B)



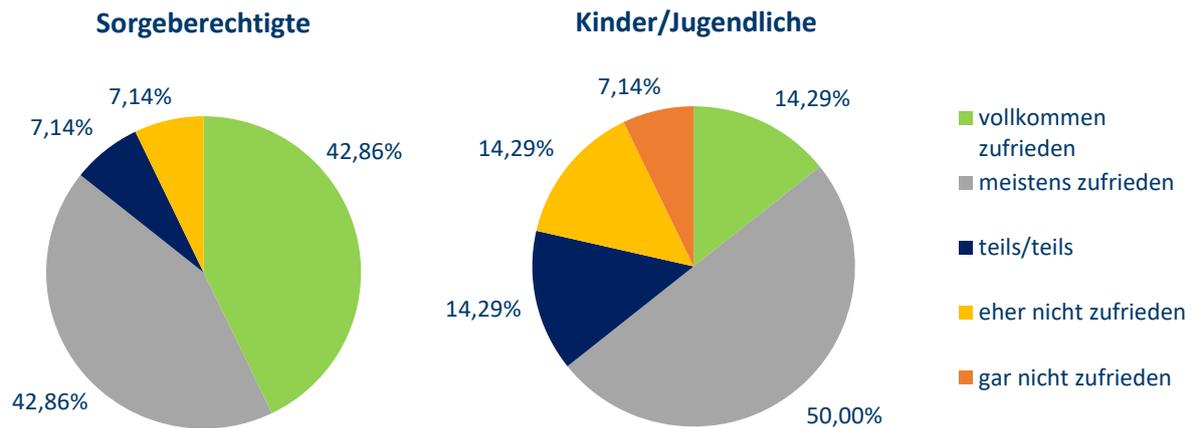
Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess B

Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 21 (32 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 17 (36 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess B (n = 53: IG n = 50, KG-I: n = 3; vgl. Abschnitt 3.2)

### 3.4.3.3 Zufriedenheit mit schulbasierter Therapie (Prozess C)

Anschließend an das schulbasierte Therapeutic Assessment erfolgte laut den Dokumentationsbögen für 31 Betroffene eine schulbasierte Therapie, wobei diese einer Basis- und einer Intensiv-Variante durchgeführt werden konnte. Es liegen Antworten von 14 Sorgeberechtigten und 14 KIJ vor (45,16 %). Die Sorgeberechtigten sind zu 85,8 % (meistens) zufrieden mit Prozess C, die KIJ selbst aber nur zu 64,29 % (Abbildung 14). Ungefähr ein Fünftel (21,43 %) der KIJ sind sogar eher nicht bis gar nicht zufrieden.

Abbildung 14: Patientenzufriedenheit mit schulbasierter Therapie (Prozess C)

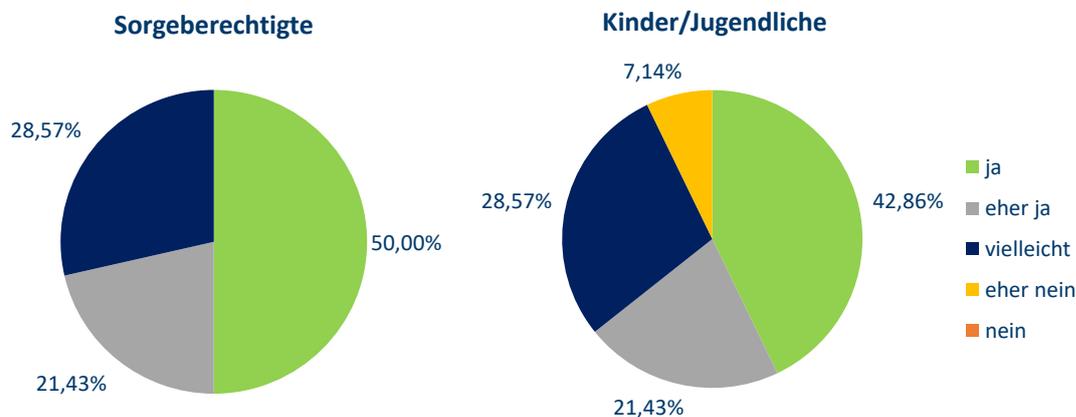


Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess C

Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 14 (17 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 14 (17 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess C (n = 31: IG n = 28, KG-I: n = 3; vgl. Abschnitt 3.2)

Etwa 70 % der Sorgeberechtigten und 64 % der KIJ würden Prozess C anderen Betroffenen weiterempfehlen (Abbildung 15). In beiden Gruppen sind sich fast 30 % nicht sicher, ob sie die schulbasierte Therapie weiterempfehlen sollen und unter den KIJ geben 7,14 % an, dass sie sie eher nicht weiterempfehlen würden.

Abbildung 15: Patientenempfehlung für Teilnahme an schulbasierter Behandlung



Quelle: Patientenbefragung: Prozessevaluation Prozess C  
Anmerkung: Sorgeberechtigte: n = 14 (17 fehlende Werte), Kinder/Jugendliche: n = 14 (17 fehlende Werte); fehlende Werte wurden berechnet aus den Zahlen zur Inanspruchnahme für Prozess C (n = 31: IG n = 28, KG-I: n = 3; vgl. Abschnitt 3.2)

#### 4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Das Projekt CCSchool konnte nicht in der geplanten Form umgesetzt und evaluiert werden. Trotzdem lassen sich aus den Ergebnissen der Effekt- und Prozessevaluation wichtige Erkenntnisse für zukünftige Studien und die Weiterentwicklung der Versorgung generieren.

##### 4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse der Effektevaluation

Die Ergebnisse der Effektevaluation sind aufgrund der geringen Power der vorliegenden Daten und den geringen Fallzahlen mit Daten zu zwei Messzeitpunkten mit Vorsicht zu interpretieren. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenanalysen zusammengefasst, wobei auch deskriptive Trends und Effektstärken einbezogen werden. Untersucht wurden die Endpunkte *Reduktion der Verweildauer in (teil-)stationärer Behandlung*, *Verbesserung der Teilhabe* und *Verbesserung der Lebensqualität*.

Eine *Reduktion der Verweildauer in (teil-)stationärer Behandlung* konnte in CCSchool nicht statistisch belegt werden, auch wenn die deskriptiven Veränderungen über die Zeit in IG(+KG-I) bzw. KG in die erwartete Richtung gehen: In der IG bzw. IG+KG-I ist deskriptiv eine Verringerung der Verweildauer sowohl in teilstationärer als auch in vollstationärer Behandlung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt zu beobachten, während in der KG die Verweildauer in beiden Behandlungskontexten deskriptiv zugenommen hat. Die Ergebnisse der regressiven Analysen zeigen jedoch keine signifikanten Effekte und nur sehr kleine Effektstärken, so dass auch mit einer höheren Fallzahl maximal ein kleiner Effekt von CCSchool auf die Verweildauer in (teil-)stationärer Behandlung zu erwarten ist. Zu Beginn der COVID-19 Pandemie sind die (teil-)stationären Aufnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern aufgrund der Bereitstellung von Bettenkapazitäten und Isolationsmöglichkeiten für COVID-19-Erkrankte, dem Verschieben von elektiven Behandlungen und aufgrund von COVID-19-Erkrankungen oder Quarantänepflichten

reduzierten Personalressourcen zurückgegangen (Adorjan et al., 2021). Laut Psychiatriebarometer ging in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilungen die Auslastung zwischen März und Juni 2020 im Vergleich zum Vorjahr bei vollstationären Behandlungen von 93 % auf 69 % und bei teilstationären Behandlungen von 96 % auf 52 % zurück, erholte sich aber bei abklingendem Infektionsgeschehen wieder (Deutsches Krankenhausinstitut, 2021<sup>5</sup>). Zur Einhaltung der Hygieneauflagen wurden zudem insbesondere teilstationäre Angebote eingeschränkt, da nur ein Teil der Plätze belegt werden sollte, wobei allerdings die Kinder- und Jugendpsychiatrie weniger stark als die Erwachsenenpsychiatrie betroffen war. Aufgrund des zeitlich variierenden Infektionsgeschehens ist entsprechend auch mit variierenden Effekten der Pandemie auf die (teil-)stationäre Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu rechnen. Es ist also nicht auszuschließen, dass der beobachtete Rückgang an (teil-)stationären Behandlungen in der IG+KG-I auch durch die Pandemie beeinflusst ist.

Die *Verbesserung der Teilhabe der KIJ* wurde anhand der Fehltagelänge in der Schule operationalisiert. Bereits zum Prä-Zeitpunkt unterscheiden sich IG+KG-I und die KG signifikant in der Anzahl der Fehltagelänge, d. h. die IG+KG-I weist bereits vor der Intervention weniger Fehltagelänge (d. h. eine bessere Teilhabe) auf. In den regressiven Analysen zeigt sich in beiden Gruppen zusätzlich eine signifikante Reduktion der Fehltagelänge über die Zeit, die sich jedoch zwischen IG+KG-I und KG nicht signifikant unterscheidet. Deskriptiv ist die Verbesserung sogar entgegen der Erwartung in der KG stärker ausgeprägt als in der IG+KG-I, was jedoch mit den unterschiedlichen Ausgangsniveaus zusammenhängen kann, da die Teilnehmenden der KG mit mehr Fehltagelängen bei Einschluss ein höheres Potenzial für eine Verbesserung haben. Eine verringerte Anzahl an Fehltagelängen kann auch ein Effekt der COVID-19 Pandemie sein. Denkbar ist, dass im Homeschooling möglicherweise weniger Krankmeldungen erfolgten, da die KIJ nicht persönlich in der Schule erscheinen mussten und die Aufgaben zu Hause auch an einem anderen Tag erledigt werden konnten. Weiterhin kann das durch die Hygienemaßnahme insbesondere bei Kindern und Jugendlichen reduzierte Vorkommen von Infektionskrankheiten (Schranz et al., 2021) zu weniger Fehltagelängen geführt haben.

Die *Verbesserung der Lebensqualität* der KIJ wurde einerseits durch die KIJ selbst eingeschätzt und andererseits durch die Sorgeberechtigten bewertet. Die unterschiedlichen Perspektiven zeigen beide deskriptiv eine Verbesserung in der Lebensqualität über die Zeit. Für die Selbsteinschätzung der KIJ liegt trotz der geringen Fallzahl ein signifikanter Interventionseffekt vor. Die Verbesserung der selbstberichteten Lebensqualität über die Zeit fällt unter den KIJ der IG+KG-I stärker aus als unter den KIJ in der KG. Der Interventionseffekt weist eine kleine Effektstärke auf. Für die Lebensqualität der KIJ aus Sicht der Sorgeberechtigten ist für die Gesamtstichprobe ohne Gruppenunterscheidung eine statistisch signifikante Verbesserung der Lebensqualität zu beobachten. Der Interventionseffekt ist jedoch nicht signifikant und zeigt einen Trend entgegen der Erwartung. Das heißt, die Verbesserung der fremdeingeschätzten Lebensqualität fällt deskriptiv in der KG stärker aus als in der IG+KG-I (ohne statistische Signifikanz zu erreichen und mit einer kleinen Effektstärke). Die Copsy-Studie, die u. a. die Lebensqualität und psychische Problemlagen von Schulkindern in der COVID-19 Pandemie untersucht hat, kommt zum Schluss, dass sich diese während der Pandemie verschlechtert haben (Ravens-Sieberer et al., 2021). Eine Verbesserung der Lebensqualität, die eventuell durch die Behandlung in CCSchool verstärkt wird, ist daher insbesondere bedeutsam, da die Datenerhebung und Therapie teilweise in den Zeitraum der COVID-19 Pandemie fällt.

## 4.2 Zusammenfassung der Ergebnisse der Prozessevaluation

Die Ergebnisse der Prozessevaluation aus Sicht der Leistungserbringer, Projektpartner sowie Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten werden zu den thematischen Schwerpunkten hinderliche und förderliche Faktoren bei der Umsetzung, Probleme bei der

<sup>5</sup> [https://www.dki.de/sites/default/files/2021-07/202106\\_Final\\_Psych-Barometer\\_komprimiert.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/2021-07/202106_Final_Psych-Barometer_komprimiert.pdf) (abgerufen am 27.07.2021)

Rekrutierung und Potenzial des Behandlungskonzepts zusammengefasst dargestellt und interpretiert.

#### 4.2.1.1 Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Umsetzung

Die Herausforderungen und Hürden bei der Umsetzung von CCSchool in der Praxis können insbesondere in den Interviews mit den Leistungserbringern und den Antworten der Projektpartner in der Online-Befragung identifiziert werden. Es ergeben sich drei zentrale Themen: hohe Komplexität und hoher Arbeitsaufwand, Kooperation und Koordination sowie Zusammenarbeit unter den Projektpartnern.

#### **Hohe Komplexität und hoher Arbeitsaufwand**

Sowohl die Leistungserbringer als auch die Projektpartner sehen in der hohen Komplexität verbunden mit einem hohen Arbeitsaufwand eine Hürde für eine erfolgreiche Umsetzung des Projekts. So berichten Leistungserbringer und Projektpartner übereinstimmend, dass die Umsetzung von CCSchool einen hohen administrativen und koordinativen Aufwand mit sich bringt, der zum Teil nur mit Unterstützung bewerkstelligt werden kann. Die bereitgestellten Materialien (Studienordner) werden ebenfalls als komplex beschrieben, während die Ansprechbarkeit der Studienzentren und der Konsortialführung als Unterstützung empfunden wird. Eine Integration der Anforderungen des CCSchool Projekts in den Arbeitsalltag sowohl der niedergelassenen Praxen als auch der beteiligten Kliniken wird als eine große Herausforderung bezeichnet.

#### **Kooperation und Koordination**

Der Aufbau von professionellen Netzwerkstrukturen zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten, Therapeutinnen bzw. Therapeuten und den Schulen ist laut den Angaben der Leistungserbringer und Projektpartner eine Bereicherung und sinnvolle Ergänzung der Netzwerkstrukturen, aber gleichzeitig mit einem hohen Aufwand verbunden.

Die Gewinnung von BHV und CCS-THP für das Projekt wird durch die Projektpartner als schwierig beschrieben. Obwohl das Konzept bei den meisten Leistungserbringern auf Interesse stößt, gibt es, neben der bereits erwähnten Komplexität und dem Arbeitsaufwand, weitere Barrieren für eine Beteiligung. Einer Teilnahme der BHV stand bspw. im Wege, dass anfänglich nur KiJ, die bei das Projekt unterstützenden Krankenkassen versichert sind, teilnehmen konnten, wodurch nicht der gesamte Patientenstamm einer Praxis von CCSchool profitieren konnte. Vorwiegend von den Projektpartnern wurde zudem erwähnt, dass die Beteiligung von BHV und CCS-THP aufgrund einer nicht ausreichenden Vergütung teils erschwert wird. Insbesondere Fahrtzeiten der CCS-THP wurden demnach nicht ausreichend berücksichtigt.

Die für die Umsetzung der CCSchool-Leistungen notwendige Kooperation zwischen BHV und CCS-THP konnte vor allem problemlos initiiert werden, wenn es geeignete Kandidaten für CCS-THP im unmittelbaren Arbeitsumfeld des BHV, zum Beispiel aus der gleichen Klinik bzw. Praxis, gibt. Die in CCSchool vorgesehene Zusammenarbeit zwischen BHV und CCS-THP wird von den beteiligten Leistungserbringern positiv bewertet.

Entscheidend für das CCSchool-Konzept ist die Beteiligung der Schule des betroffenen KiJ. Das Gewinnen der Schulen für das Projekt wird übereinstimmend von Leistungserbringern und Projektpartnern als große Herausforderung beschrieben. Die Projektpartner berichten vor allem von Schwierigkeiten bei der Einbindung der föderalen Bildungsstrukturen, d. h. Kultusministerien und Schulbehörden, wodurch der Start der Rekrutierung verzögert wurde und nicht alle Studienzentren gleichzeitig mit den Interventionen beginnen konnten. Auch wenn die Schulen zum Mitwirken gewonnen wurden, wird die Zusammenarbeit mit den Schulen nicht immer positiv bewertet, bspw. standen die Schulleitungen dem Konzept manchmal skeptisch

gegenüber. Auch organisatorische Hürden, wie die Raumsuche vor Ort, haben die reibungslose Umsetzung erschwert.

Als Verbesserungsvorschlag wird angestoßen, dass die Schulen und Schulbehörden im Vorfeld ausführlicher informiert werden und sich ggf. die Projektbeteiligten persönlich vorstellen. Zudem sollte nach Angaben der Projektpartner bei der Konzeption von CCSchool an die in den Schulen bereits vorhandene Expertise von Schulpsychologinnen und -psychologen oder Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern stärker angeknüpft werden. Ein Austausch mit den Schulen noch vor Projektumsetzung hätte die Kooperationsbereitschaft erhöhen und die Skepsis gegenüber schulexternen Personen verringern können. Dies hätte die Unterstützungsbereitschaft seitens der Schulen und Schulbehörden erhöhen können.

### **Zusammenarbeit unter den Projektpartnern**

Die Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern wird größtenteils positiv bewertet. So geben 85 % der befragten Projektpartner an, dass die Projektpartner gut und vertrauensvoll zusammengearbeitet haben. Auch war über 80 % der Projektpartner ihre Rolle und Zuständigkeit im Projekt klar und 90 % denken, dass die Aufgaben im Projekt gerecht verteilt wurden. Verbesserungspotenzial sehen die Projektpartner vor allem bei der Organisation des Austauschs. So sagt fast ein Drittel der Projektpartner, dass Anzahl oder Frequenz der Treffen zumindest teilweise optimierbar sind. Als konkreter Verbesserungsvorschlag wird bspw. eine regelmäßige Sachstandabfrage genannt.

#### **4.2.1.2 Probleme bei der Rekrutierung**

Die geringe Rekrutierungsquote wird nach der Einschätzung der Leistungserbringer und Projektpartner durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst, die sich zum Teil auch unter den förderlichen und hinderlichen Faktoren der Umsetzung wiederfinden. Es lassen sich vier zentrale Hürden für die Rekrutierung identifizieren: Gewinnung von betroffenen Familien, Gewinnung der Schulen, Einschränkungen durch Studiencharakteristiken und Integration in den Praxisalltag.

#### **Gewinnung der betroffenen Familien**

Weder Leistungserbringer noch Projektpartner sehen im Behandlungskonzept von CCSchool oder darin, dass zu wenig Patientinnen und Patienten die Einschlusskriterien erfüllen, ein Hindernis für die Rekrutierung. Die Befragten berichten aber, dass es nicht einfach war, die betroffenen Familien von einer Teilnahme zu überzeugen. Sorgeberechtigte und KiJ äußerten demnach Vorbehalte gegenüber der Behandlung in der Schule. Die Befragung zur Zufriedenheit mit den Prozessschritten von CCSchool unter den KiJ spiegelt die teils vorhandene Skepsis gegenüber dem schulbasierten Therapeutic Assessments und der schulbasierten Therapie wieder. Während nur sechs Prozent der KiJ mit Prozess A unzufrieden sind, sind immerhin fast ein Viertel der KiJ mit dem schulbasierten Therapeutic Assessment und ein Fünftel mit der schulbasierten Therapie (eher) nicht zufrieden. Den Projektpartnern zufolge wurden die Vorteile des Therapieansatzes von CCSchool für die Betroffenen nicht ausreichend herausgestellt. Einzelne Leistungserbringer haben zudem angegeben, dass die Erhebungsinstrumente zu lang waren oder die Zugehörigkeit zur KG einer Teilnahme im Wege stand.

#### **Gewinnung der Schulen**

Die Leistungserbringer und Projektpartner berichten übereinstimmend, dass die Schwierigkeiten bei der Gewinnung der Schulen dazu geführt haben, dass nicht alle potenziell in Frage kommenden KiJ in CCSchool eingeschlossen werden konnten (vgl. Abschnitt 4.2.1.1). Die Einschränkungen im Schulbetrieb durch die COVID-19-Pandemie haben zusätzlich dazu beigetragen, dass das Behandlungskonzept häufig nicht wie geplant umgesetzt werden konnte.

### **Einschränkung durch Studiencharakteristiken**

Zum Teil lassen sich die von den Leistungserbringern und Projektpartnern angegebenen Gründe für einen geringen Patienteneinschluss auf die Durchführung der Behandlung im Rahmen einer Studie zurückführen. Dazu zählen die Umsetzung in nur drei Bundesländern und nur in bestimmten Regionen, so dass KiJ aus Schulen, die nicht in Studienregionen liegen, nicht eingeschlossen werden konnten. Auch die anfängliche Einschränkung, dass nur KiJ von Krankenkassen, die das Projekt unterstützen, eingeschlossen werden konnten, stand einer hohen Rekrutierungsquote entgegen. Laut Aussage der Projektpartner hat insbesondere Letzteres dazu geführt, dass bei anfänglich von CCSchool überzeugten und motivierten Leistungserbringern das Projekt wieder in den Hintergrund rückte, da nicht alle ihre Patientinnen und Patienten der Praxis eingeschlossen werden konnten.

### **Integration in den Praxisalltag**

Auch der hohe Aufwand bei der Durchführung von CCSchool wird von den Leistungserbringern als Rekrutierungshindernis genannt. Das Projekt geriet durch fehlende personelle und zeitliche Ressourcen bei den Leistungserbringern im Praxisalltag in den Hintergrund. Als Vorschläge zur Förderung der Rekrutierung wurden vorwiegend eine Verschlankung des Prozesses und eine bessere Berücksichtigung des Praxisalltags genannt, was durch eine Einbindung der Leistungserbringer in die Konzeption erreicht werden könnte.

#### **4.2.1.3 Potenzial des Behandlungskonzepts**

Sowohl die Leistungserbringer als auch die Projektpartner bewerten das CCSchool-Konzept als plausibel und eine sinnvolle Ergänzung der bestehenden Versorgung. Insbesondere die Intention von CCSchool mit Behandlungen frühzeitig und im direkten Alltag der betroffenen KiJ anzusetzen, stößt auf Zustimmung unter Leistungserbringern und Projektpartnern. Die Integration des Schulsettings, d. h. des Kontexts in dem die Probleme der KiJ oft sichtbar werden, ermöglicht, laut den Angaben der Befragten, ein innovatives Vorgehen, das Behandlungslücken schließen kann, die in der aktuellen Versorgungslandschaft nach wie vor für die betroffene Zielgruppe bestehen. Allerdings wird auch angemerkt, dass das Konzept in seiner jetzigen Form nicht für alle Störungsbilder gleichermaßen geeignet ist. Neben einer Verschlankung des Prozesses sollte demnach die Zielgruppe genauer eingegrenzt werden.

Die erforderliche Kooperation zwischen BHV und CCS-THP sowie mit den Schulen wird einerseits als eine Herausforderung beschrieben, die eine hohe Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Akteure sowie eine möglichst transparente und frühzeitige Informationsvermittlung voraussetzt. Andererseits bietet das so entstandene Netzwerk aber auch viele Chancen und stellt einen Zugewinn für die Versorgung der KiJ dar. Damit Mitarbeitende kontinuierlich die CCSchool-Leistungen erbringen und im Blick haben können, müsste der gesamte Ablauf deutlich komprimiert und mehr auf die Besonderheiten des Praxis- und Schulalltags angepasst werden, um dort bestmöglich integrierbar zu sein. Die Hürden der Umsetzung werden vorwiegend in strukturellen Bedingungen gesehen, z. B. die föderale Bildungsstruktur und die nicht vorhandene Verschränkung der verschiedenen SGB-Leistungssysteme. Vor Konzeptumsetzung wird ein Austausch mit Leistungserbringern, Schulen und Schulbehörden empfohlen.

Von den Sorgeberechtigten geben zwischen 67 % und 78 % und von den KiJ zwischen 53 % und 64 % an, dass sie die drei Prozessschritte von CCSchool anderen betroffenen KiJ weiterempfehlen würden. Während unter den Sorgeberechtigten kaum jemand angibt die einzelnen Behandlungsprozesse von CCSchool eher nicht oder gar nicht weiterempfehlen zu wollen, stehen die KiJ dem Behandlungskonzept etwas skeptischer gegenüber. So sind sich 42 % nicht sicher, ob sie die standardisierte Diagnostik empfehlen sollten. Beim schulbasierten Therapeutic As-

essment sind sich 35 % nicht sicher und 12 % geben an, dass sie es eher nicht weiterempfehlen würden. Die schulbasierte Therapie würden 7 % der KIJ eher nicht weiterempfehlen und weitere ca. 30 % sind sich diesbezüglich nicht sicher.

Zusammenfassend wird das Behandlungskonzept von den Leistungserbringern positiv bewertet und auch von den meisten Betroffenen angenommen. Allerdings sollten zukünftige Weiterentwicklungen des Konzepts eine mögliche Eingrenzung der Zielgruppe und eine bessere Integration in den Arbeitsalltag und Schulalltag berücksichtigen. Die von den betroffenen KIJ geäußerte Skepsis gegenüber dem schulbasierten Therapeutic Assessment und der schulbasierten Therapie sollte genauer untersucht werden, um Sorgen und Vorbehalte gegenüber dem Behandlungsansatz besser zu verstehen und ihn auf dieser Grundlage ggf. zu modifizieren oder bessere Überzeugungsarbeit bei den Betroffenen leisten zu können.

### 4.3 Limitationen

Die größte Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse der Evaluation begründet sich darin, dass die avisierte Fallzahl nicht erreicht wurde. Zudem liegen nur von 53 Personen der 165 eingeschlossenen KIJ Daten zum zweiten Erhebungszeitpunkt vor. Auch die Drop-out-Rate beträgt fast 50 %, was, auch wenn diese Fälle in die Datenanalysen eingegangen sind, zu Verzerrungen aufgrund von unvollständigen Daten geführt haben kann.

Die durchgeführten Analysen zur Überprüfung der Endpunkte der Effektevaluation sind nicht nur unterpower, sondern konnten auch nicht in der ursprünglich geplanten Konzeption umgesetzt werden. So konnte die regionale Clusterung der Teilnehmenden nicht berücksichtigt und zum Teil zufällige Effekte nicht geschätzt werden. Das heißt, die aufgrund der Clusterrandomisierung notwendige Varianzzerlegung in Varianz zwischen und innerhalb der beteiligten Regionen konnte nicht berücksichtigt werden. Zudem musste angenommen werden, dass die Interventionseffekte weder zwischen Regionen noch zwischen Personen variieren. Die berichteten Ergebnisse der Regressionsmodelle sind daher nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Zur Einordnung der Befunde werden auch deskriptive Tendenzen und Effektstärken berichtet.

Als weitere Einschränkung der Interpretation der Befunde muss berücksichtigt werden, dass ca. 30 % bis 40 % der schulbasierten Behandlungen (Prozess B und C) und 60 % der Datenerhebungen in den Zeitraum der COVID-19 Pandemie fallen. Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen haben ebenfalls Auswirkungen auf die untersuchten Endpunkte Teilhabe und Lebensqualität. Auch ein Rückgang an (teil-)stationären Krankenhausaufnahmen kann durch pandemiebedingte Veränderungen im Gesundheitssystem beeinflusst worden sein.

Das Evaluationskonzept musste aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Projekts mehrmals angepasst werden. Zunächst wurde die Messung des primären Endpunkts angepasst, da die Rekrutierung nicht auf Versicherte der beteiligten Krankenkassen eingeschränkt bleiben sollte. Geplant wurde eine Erhebung des primären Endpunkts ((teil-)stationäre Krankenhausaufenthalte) in den Primärdaten unter allen eingeschlossenen Patientinnen und Patienten. Die Analyse von Routinedaten sollte nur für eine Subgruppe mit vorhandenen Krankenkassendaten vorgenommen werden. Letztendlich konnte aufgrund der geringen Rekrutierungsquote in den finalen Datenanalysen jedoch auch die Subgruppenanalyse mit den Routinedaten nicht umgesetzt werden.

Zudem wurde die Operationalisierung des primären Endpunkts angepasst, um die in der Poweranalyse ermittelte benötigte Fallzahl zu reduzieren. Statt der Anzahl der Krankenhausaufenthalte wird die Verweildauer untersucht. Hierbei ist zu beachten, dass nur sehr wenige Teilnehmende überhaupt einen voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt hatten, wodurch viele Personen eine Verweildauer von 0 Tagen bzw. Nächten haben und der Durchschnittswert für die Verweildauer, sowohl zum Prä- als auch zum Post-Zeitpunkt, sehr gering ausfällt. Auch der Erhebungszeitraum wurde von 18 auf sechs Monate reduziert, so dass nur

kurzfristige Effekte direkt nach der Intervention und keine langfristigen Effekte untersucht werden konnten. Aufgrund dieser Einschränkungen sind die Ergebnisse eher im Sinne einer Pilotstudie zu interpretieren, die erste Hinweise auf potenzielle Effekte einer Umsetzung des CCSchool-Konzepts liefert.

Abschließend wurde die Prozessevaluation um Interviews mit den Leistungserbringern und eine Online-Befragung der Projektpartner ergänzt, um die Umsetzungsschwierigkeiten und Rekrutierungsprobleme genauer zu beleuchten. Der Auswertungsfokus wurde insgesamt auf die Prozessevaluation verlagert. Ziel sollte es sein zu beantworten, inwiefern das Behandlungskonzept überzeugt hat, weshalb nur wenige Patientinnen und Patienten behandelt wurden und was einer reibungslosen Umsetzung entgegenstand.

Während die Teilnehmerate unter den Leistungserbringern und Projektpartnern an der Prozessevaluation relativ hoch ausfällt, ist bei der Prozessevaluation unter den Patientinnen und Patienten der Rücklauf mit 32 % bis 45 % gering. Das heißt die Bewertung des Interventionsprozesses aus Sicht der KiJ und Sorgeberechtigten sollte vorsichtig interpretiert werden. Unter den interviewten Leistungserbringern sind zudem zwei Drittel an den an CCSchool beteiligten Studienzentren angestellt, so dass davon auszugehen ist, dass einige dieser Personen sowohl an den Interviews als auch an der Projektpartnerbefragung teilgenommen haben. Die relativ große Übereinstimmung der Informationen aus den beiden Datenquellen könnte darauf zurückzuführen sein.

Weiterhin scheint die Dokumentation der Inanspruchnahme anhand der Dokumentationsbögen der BHV und CCS-THP unvollständig. So fehlt die Dokumentation der Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen von 25 KiJ der IG (ca. 22 %) und fünf KiJ der KG-I (ca. 26 %). Die berichtete Inanspruchnahmerate könnte also unterschätzt sein.

#### **4.4 Fazit**

Das Projekt CCSchool konnte aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen nicht in der ursprünglich geplanten Form durchgeführt und evaluiert werden. Dennoch bieten die mit der Ergebnis- und Prozessevaluation gewonnenen Erkenntnisse die Möglichkeit eine Einschätzung hinsichtlich des Potenzials des Therapieansatzes vorzunehmen und Empfehlungen für zukünftige Studien bzw. Hinweise zur Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten.

Der Behandlungsansatz von CCSchool mit der standardisierten Diagnostik, dem schulbasierten Therapeutic Assessment und der schulbasierten Therapie stößt sowohl bei den beteiligten Leistungserbringern und Projektpartnern als auch bei den Sorgeberechtigten und der Mehrheit der KiJ auf Interesse. Dabei äußerten sich die KiJ aber auch skeptisch gegenüber den schulbasierten Beobachtungen und Interventionen. Um Stigmata nicht zu verstärken, sollte der Nutzen und das Vorgehen für die KiJ selbst aber auch für die beteiligten Schulklassen noch einmal verdeutlicht werden. Mögliche Sorgen und Vorbehalte der KiJ bezüglich der schulbasierten Beobachtungen und Interventionen sollten genauer untersucht werden und im Behandlungskonzept Berücksichtigung finden. Die Leistungserbringer und Projektpartner sind sich dagegen einig, dass das Behandlungskonzept durch die Interventionen im sozialen Alltagskontext Schule eine wichtige Behandlungslücke schließt und ein versorgungsrelevantes Netzwerk zwischen BHV und CCS-THP sowie der Schule entsteht. Die Befunde der Effektevaluation geben hinsichtlich der Lebensqualität der KiJ und der Verweildauer in (teil-)stationärer Behandlung tendenzielle Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms. Für die Teilhabe konnten keine solche Hinweise identifiziert werden, wobei es aber in keiner der Gruppen zu einer Verschlechterung der Teilhabe gekommen ist. Die Ergebnisse der Effektevaluation sind jedoch nicht nur aufgrund der geringen Fallzahl und eingeschränkten Modellschätzung, sondern auch wegen des Einflusses der Pandemie auf die Beschulung und sozialen Kontakte der KiJ mit Vorsicht zu interpretieren.

Einer reibungslosen Umsetzung von CCSchool standen v. a. organisatorische Probleme im Wege. Aus den Ergebnissen der Prozessevaluation lässt sich ableiten, dass eine Verschlankung und Komprimierung insbesondere des Dokumentationsprozesses möglicherweise zu einer höheren Beteiligung der Leistungserbringer und einem höheren Patienteneinschluss geführt hätten. Als zentrale Herausforderung kristallisiert sich die Einbindung von Kultusministerien, Schulbehörden und Schulen heraus. Eine längere Vorbereitungszeit, in der die entsprechenden Stellen ausführlich informiert und eingebunden werden sowie eine persönliche Vorstellung in den Schulen könnte die Umsetzung des CCSchool-Konzepts vereinfachen. Eine zusätzliche Hürde des CCSchool-Projekts ist dabei, dass es in drei Bundesländern durchgeführt wurde, so dass aufgrund der föderal organisierten Bildungsstrukturen Ministerien und Schulbehörden in drei Bundesländern für das Projekt gewonnen werden mussten. Eine Versorgung unter Einbezug der Schulpsychologinnen und -psychologen bzw. Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern könnte die Akzeptanz seitens der Schulen und Schulbehörden verbessern. Ähnliche Projekte, die zum Ziel haben SGB-übergreifende Versorgungskonzepte zu erproben, könnten die im Beantragungsprozess des Innovationsfonds zukünftig vorgesehene Konzeptionsphase für die neuen Versorgungsformen für diese Vorbereitungen nutzen.

Eine Verschlankung der Anforderungen an die Durchführung von CCSchool sollte auch den Praxisalltag der Leistungserbringer stärker berücksichtigen. Eine höhere Transparenz gegenüber und eine frühzeitige Einbindung von niedergelassenen Leistungserbringern in die Erarbeitung der Arbeitsprozesse kann die Teilnahmebereitschaft und den Patienteneinschluss fördern. In der im Innovationsfonds inzwischen vorgesehenen Konzeptionsphase bei der Förderung neuer Versorgungsformen sollten bei zukünftigen Projekten die vorgesehenen Leistungserbringer aller Sektoren eingebunden werden, um eine reibungslose Integration der Leistungserbringung und Dokumentationen in den Praxisalltag zu gewährleisten.

## 5. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. *Burlington (Vt)*, 7, 371–392.
- Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H. F., Tüscher, O., Lieb, K., Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Heinz, A. & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland [Impact of the COVID-19 pandemic on the care situation in psychiatric hospitals in Germany]. *Der Nervenarzt*, 92(6), 562–570. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01129-6>
- Barbot, B., Bick, J., Bentley, M. J., Balestracci, K. M. B., Woolston, J. L., Adnopoz, J. A. & Grigorenko, E. L. (2016). Changes in mental health outcomes with the intensive in-home child and adolescent psychiatric service: a multi-informant, latent consensus approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25(1), 33–43. <https://doi.org/10.1002/mpr.1477>
- Bird, H. R., Shaffer, D., Fisher, P. & Gould, M. S. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 167–176.
- Böge, I., Herrmann, J., Wolff, J. K., Hoffmann, U., Koelch, M., Kurepkat, M., Lütte, S., Naumann, A., Nolting, H. D. & Fegert, J. M. (2018). CCSchool: a multicentre, prospective study on improving continuum of care in children and adolescents with mental health problems associated with school problems in Germany. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3713-6>
- Böge, I., Schepker, R., Herpertz-Dahlmann, B. & Vloet, T. D. (2015). Hometreatment -Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? [Hometreatment- an effective alternative to inpatient treatment in child and adolescent psychiatry?]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 411-21. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000377>
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M. & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 147–159. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.3.147>
- Campbell, M. K., Piaggio, G., Elbourne, D. R. & Altman, D. G. (2012). Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ*, 345, 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5661>
- Chen, H., Cohen, P., Crawford, T. N., Kasen, S., Guan, B. & Gorden, K. (2009). Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 39(5), 865–874. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004182>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Corpus, N., Schepker, R., Fegert, J. M. & Boege, I. (2014). Eltern und Patienten als Subjekt der Behandlung. *Psychotherapeut*, 59(5), 378–384. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1076-y>
- Cossu, G., Cantone, E., Pintus, M., Cadoni, M., Pisano, A., Otten, R., Kuijpers, R., Pintus, E., Sancassiani, F., Moro, M. F., Holzinger, A., Mereu, A., Preti, A. & Carta, M. G. (2015). Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: a systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11(Suppl 1 M3), 41–57. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010041>

- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. & für die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2014). *Manual 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)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837–849. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x>
- Hox, J. J. (2010). Sample sizes and power analysis in multilevel regression. In J. J. Hox (Hrsg.), *Quantitative methodology series. Multilevel analysis: Techniques and applications*, 233–256. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709–717. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Kleinrahm, R., Keller, F., Lutz, K., Kölch, M. & Fegert, J. M. (2013). Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-33>
- Lorah, J. (2018). Effect size measures for multilevel models: definition, interpretation, and TIMSS example. *Large-scale Assessments in Education*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40536-018-0061-2>
- Lutz, K., Kleinrahm, R., Kölch, M., Fegert, J. M. & Keller, F. (2008). Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting [Development and psychometric evaluation of goal attainment scales designed to measure quality and change in pedagogical settings]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(4), 282–300. <https://doi.org/10.13109/prkk.2008.57.4.282>
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H. & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 Suppl 1, 171-179. <https://doi.org/10.1007/s007870170008>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Basel: Beltz Verlag. ISBN 978-3-407-29393-0
- Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A. V., Habel, B. & Latif, S. (2013). Teaching therapeutic assessment for self-harm in adolescents: training outcomes. *Psychology and psychotherapy*, 86(1), 70–85. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02047.x>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

Akronym: CCSchool

Förderkennzeichen: 01NVF17020

Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Revidierte Form. Manual. [https://www.kindl.org/app/download/6152202784/KINDL\\_Manual\\_Deutsch.pdf](https://www.kindl.org/app/download/6152202784/KINDL_Manual_Deutsch.pdf)

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>

Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S. & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5), 265–276. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0531-x>

Schranz, M., Ullrich, A., Rexroth, U., Hamouda, O., Schaade, L., Diercke, M. & Boender, S. (2021). Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 – 32/2020), 3–7. <https://doi.org/10.25646/8011>

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. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>

## **6. Anhang**

Keinen

## **7. Anlagen**

Anlage 1: Halbstandardisiertes Interview mit Sorgeberechtigten

Anlage 2: Beobachtungsbogen der Schulbasierten Beobachtung

Anlage 3: BHV: Einschlussdokumentation IG

Anlage 4: BHV: Einschlussdokumentation KG-I

Anlage 5: BHV: Prozessdokumentation

Anlage 6: BHV: Drop-out-Dokumentation

Anlage 7: Eltern: Basisbefragung Einschluss

Anlage 8: Eltern: Basisbefragung T1 und T2

Anlage 9: Eltern: Zufriedenheit mit Prozessablauf und Versorgungsqualität

Anlage 10: Kinder: Zufriedenheit mit Prozessablauf und Versorgungsqualität

Anlage 11: Interviewleitfaden Leistungserbringer (BHV)

Anlage 12: Interviewleitfaden Leistungserbringer (CCS-THP)

Anlage 13: Online-Befragung Projektpartner

# Halbstandardisiertes Interview Eltern

## Bewertungsskala

0	1	2	3	4
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/ Weiß nicht

## 1 Primär Schulassoziierte Fragen

1.1 Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungsprobleme bei ihrem Kind?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

1.2 Hat ihr Kind schon einmal eine Klasse wiederholt?

Ja     Nein    Welche Klasse hat Ihr Kind wiederholt? \_\_\_\_\_

1.3 Kommt es zu Schulschwänzen/Schulabsentismus bei Ihrem Kind?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

1.4 Gab es bei Ihrem Kind Probleme mit Konzentration/Aufmerksamkeit?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

## 2 Integrationsfragen

2.1 Wie ist Ihr Kind in die Klassengemeinschaft integriert?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

2.2 Gibt es langjährige positive Freundschaften bei Ihrem Kind?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

2.3 Ist es schon mal bei Ihrem Kind zu Mobbing gekommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

2.4 Hat Ihr Kind schon einmal gemobbt?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

### 3 Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten

3.1 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (verbal oder körperlich) gegenüber anderen Kindern/Jugendlichen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.2 Gab es bei Ihrem Kind schon einmal Straffälligkeiten (mit/ohne Anzeige)?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.3 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Alkohol/Drogenkonsum?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.4 Gab es bei Ihrem Kind schon mal emotionale Probleme?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.5 Kommt es bei Ihrem Kind zu Ängsten oder Zwängen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.6 Zeigt Ihr Kind eine Tendenz zur Vermeidung, Somatisierung?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

3.7 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Selbstverletzungen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

## 4 Fragen zu bisherigen Hilfen

4.1 Haben Sie wegen Ihrem Kind bereits Erziehungsberatung in Anspruch genommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

4.2 Haben Sie wegen Ihren Kind bereits Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch genommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

4.3 Gab es schon einmal Kontakt zu einem/einer Kinder und Jugendpsychiater\*in, Kinder- und Jugendpsycholog\*in, Kinder- und Jugendlichentherapeut\*in?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

4.4 Hat Ihr Kind/Jugendlicher schon einmal Psychopharmaka erhalten?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

4.5 Gab es schon einmal Kontakt zu einem/einer Schulsozialarbeiter\*in/ Schulpsycholog\*in/ Beratungslehrer\*in?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/  
immer

Nicht  
passend/Weiß  
nicht

## 5 Umfeld

### 5.1 Mit wem lebt Ihr Kind/Jugendlicher zusammen?

- Ein Elternteil
- Beide Eltern
- Patchworkfamilie
- Pflegefamilie/Jugendhilfe
- Andere: \_\_\_\_\_

### 5.2 Wie ist das Sorgerecht geregelt?

- Gemeinsames Sorgerecht
- Alleiniges Sorgerecht
- Vormundschaft

### 5.3 Ist Ihr Kind/Jugendlicher in einen Sportverein integriert?

- Ja – Welchen? \_\_\_\_\_
- Nein

### 5.4 Gibt es andere Vereine in denen Ihr Kind/Jugendlicher tätig ist?

- DLRG
- Freiwillige Feuerwehr
- Musikverein
- Pfadfinder
- Andere \_\_\_\_\_

5.5 Trifft Ihr Kind in seiner Freizeit Freunde außerhalb der Schule?

- Nein, mein Kind hat keine Freunde
- Ja
  - Jeden Tag
  - Mehrmals/Woche
  - 1x/Woche
  - Seltener als 1x/Woche

5.6 Besteht regelmäßiger Medienkonsum (PC, Handy)?

- Nein, kein regelmäßiger Konsum
- Ja
  - < 2 Stunden/Tag
  - 2-3 Stunden/Tag
  - 4-5 Stunden/Tag
  - 5-8 Stunden/Tag
  - > 8 Stunden/Tag

Weitere Anmerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Gesamtauswertungsschema des Schulbasierten Assessments

	Unauffällig	Auffällig	Keine Aussage
<b>Unterrichtsbeobachtung</b>			
Wissenserwerb (Items 1,2,3)			
Verhalten im Unterricht (Items 4, 5, 6, 7)			
Konzentration (Item 8)			
Soziale Integration (Item 9)			
Mobben oder aggressives Verhalten (Items 10, 11, 12)			
Kommunikation mit Erwachsenen (Item 13)			
Kommunikation mit Gleichaltrigen (Item 14)			
Prosoziales Verhalten (Items 15,16)			
<b>Halbstandardisiertes Interview Lehrkraft</b>			
Leistungsprobleme (Frage 1)			
Konzentration/Beteiligung am Unterricht (Fragen 2, 3)			
Verhalten im Unterricht (Fragen 4, 5)			
Integration in die Klasse (Fragen 6, 7)			
Wird gemobbt (Frage 8)			
Mobbt andere (Frage 9)			
Aggressives Verhalten (Frage 10)			
Emotionale Problematik (Frage 11)			

	Unauffällig	Auffällig	Keine Aussage
Angst/Zwang (Frage 12)			
Schulabsentismus (Frage 13)			
Somatisierungsstörung (Frage 14)			
Selbstverletzung (Frage 15)			
Prosoziales Verhalten (Frage 16)			
<b>TRF (ergänzend, wenn Auswertung vorhanden)</b>			
Einzelne Skalen (bitte Ziffer 1-8 eintragen)			
Internalisierende Störung			
Externalisierende Störung			
Gesamtwert			

### Anlage 3: BHV: Einschlussdokumentation IG

#### Patienteneinschluss: Dokumentationsbogen

Nach Abschluss von Patienteneinschluss vom BHV auszufüllen!

<b>Code BHV:</b>	_____
<b>Versichertennummer Patient:</b>	_____
<b>Alter des Kindes:</b>	_____ Jahre
<b>Geschlecht des Kindes:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Name der Schule:</b>	_____
<b>Ort der Schule:</b>	_____
<b>Kreis der Schule:</b>	_____
<i>Dokumentation der <b>drei</b> Einschlusskriterien</i>	
<b>1) ICD-Diagnose(n):</b>	_____
(Kriterium: mindestens <b>eine</b> F-Diagnose, <b>außer</b> F10 bis F19)	
<b>2) C-GAF-Wert:</b>	_____
(Kriterium: $\leq 70$ )	
<b>3) Schulproblematik:</b>	
(Kriterium: mindestens <b>eine</b> Problematik)	
Besteht aus <b>Sicht der Eltern</b> eine besondere Problematik in der Schule?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Besteht aus <b>Sicht der Schule</b> eine besondere Problematik in der Schule?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Besteht nach Auswertung der <b>CIS-Fragebögen</b> eine Schulproblematik?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Einschluss in:</b>	<input type="checkbox"/> Interventionsgruppe <input type="checkbox"/> Kontrollgruppe
<b>Datum des Einschlusses:</b>	___ / ___ / _____
<i>Beizulegende Fragebögen:</i>	
<input type="checkbox"/> CIS Kinder (ab 9 Jahren)	<input type="checkbox"/> CIS Eltern
<input type="checkbox"/> TO Kind (bitte Altersangabe beachten)	<input type="checkbox"/> TO Eltern
<b>Datum, Unterschrift BHV:</b>	_____, _____

Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens, sowie die beizulegenden Fragebögen an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.

## Anlage 4: BHV: Einschlussdokumentation KG-I

### Prüfung Patienteneinschluss Kontrollgruppe in die Intervention: Dokumentationsbogen

Nach Abschluss der Prüfung vom BHV auszufüllen!

<b>Code BHV:</b>	_____
<b>Versichertennummer Patient:</b>	_____
<b>Alter des Kindes:</b>	_____ Jahre
<b>Geschlecht des Kindes:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Name der Schule:</b>	_____
<b>Ort der Schule:</b>	_____
<b>Kreis der Schule:</b>	_____
<i>Dokumentation der <b>drei</b> Einschlusskriterien</i>	
<b>4) ICD-Diagnose(n):</b>	_____
(Kriterium: mindestens <b>eine</b> F-Diagnose, <b>außer</b> F10 bis F19)	
<b>5) C-GAF-Wert:</b>	_____
(Kriterium: $\leq 70$ )	
<b>6) Schulproblematik:</b>	
(Kriterium: mindestens <b>eine</b> Problematik)	
Besteht aus <b>Sicht der Eltern</b> eine besondere Problematik in der Schule?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Besteht aus <b>Sicht der Schule</b> eine besondere Problematik in der Schule?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Besteht nach Auswertung des <b>CIS-Fragebogens</b> eine Schulproblematik?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Sind alle notwendigen Kriterien für einen Einschluss in die Intervention erfüllt?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Datum des Einschlusses in die Intervention:</b>	___ / ___ / _____
<i>Beizulegende Fragebögen:</i>	
	<input type="checkbox"/> CIS Kinder (ab 9 Jahren) <input type="checkbox"/> CIS Eltern
<b>Datum, Unterschrift BHV:</b>	_____, _____

Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens, sowie die beizulegenden Fragebögen an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.

## Anlage 5: BHV: Prozessdokumentation

### Prozess A: Dokumentationsbogen

*Nach Abschluss von Prozess A vom BHV auszufüllen!*

Code BHV:	_____
Versichertennummer Patient:	_____
Zeitraum Prozess A:	_____ bis _____
<i>Dokumentation der Diagnostik</i>	
ICD-Diagnose(n):	_____
Gesamtwert CBCL:	_____ (T-Wert)
Gesamtwert YSR:	_____ (T-Wert)
<b>Folgende projektspezifische Leistungen sind erfolgt:</b>	
<input type="checkbox"/> halbstandardisiertes Interview zur Teilhabe mit Eltern	
<input type="checkbox"/> strukturierter Bericht mit Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe	
<b>Entscheidung:</b>	
<b>Besteht eine Problematik, die ein schulbasiertes Assessment indiziert (Prozess B)?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Datum, Unterschrift BHV:	_____

*Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens, sowie die beizulegenden Fragebögen an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.*

## Prozess B: Dokumentationsbogen

Nach Abschluss von Prozess B vom BHV auszufüllen!

Code BHV: \_\_\_\_\_

Code CCS-THP: \_\_\_\_\_

Versichertennummer Patient: \_\_\_\_\_

Zeitraum Prozess B: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Folgende projektspezifische Leistungen sind durch den CCS-THP erfolgt:**

- teilnehmende Beobachtung
- Verhaltensanalyse und Teilhabediagnostik
- halbstandardisierte Lehrergespräche und TRF

Gesamtwert TRF: \_\_\_\_\_ (T-Wert)

- Abstimmung mit BHV im Praxistermin mit Patient

**Folgende projektspezifische Leistungen sind durch den BHV erfolgt:**

- Abstimmung mit CCS-THP im Praxistermin mit Patient

**Entscheidung: Soll ein Therapeutic Assessment durchgeführt werden?**

- Ja  Nein

**Folgende projektspezifische Leistungen sind durch den BHV erfolgt:**

- Erstintervention nach Therapeutic Assessment
- Versendung Kurzbericht zur Verstärkung der Intervention
- Telefonkontakt zur Bewertung der Effektivität der Intervention

**Entscheidung: Besteht die Problematik weiterhin und ist eine schulbasierte Behandlung indiziert (Prozess C)?**

- Ja, in der Basisvariante (4-6 Termine)
- Ja, in der Intensivvariante (6-12 Termine)
- Nein

Datum, Unterschrift BHV: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.

## Prozess C: Dokumentationsbogen

Nach Abschluss von Prozess C vom BHV auszufüllen!

Code BHV: \_\_\_\_\_

Code CCS-THP: \_\_\_\_\_

Versichertennummer Patient: \_\_\_\_\_

Zeitraum Prozess C: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Folgende projektspezifische Leistungen sind durch den CCS-THP erfolgt:

- schulbasierte Behandlung Variante Basis (4-6 Termine)
- schulbasierte Behandlung Variante Intensiv (6-12 Termine)

*Folgende Interventionsmaßnahmen wurden durchgeführt:*

1. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Mal)

2. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Mal)

3. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Mal)

4. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ Mal)

Abstimmung und Supervision mit BHV

Goal attainment scaling

### Folgende projektspezifische Leistungen sind durch den BHV erfolgt:

Variante Intensiv: Telefonkontakte mit Patienten

Abstimmung und Supervision mit CCS-THP

Goal attainment scaling

*Beizulegende Unterlagen:*

- Goal attainment Scale

Datum, Unterschrift BHV: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.

## Anlage 6: BHV: Drop-out-Dokumentation

### Drop-Out: Dokumentationsbogen

*Ist im Falle eines Drop-Outs vom BHV auszufüllen!*

<b>Code BHV:</b>	_____
<b>Versichertennummer Patient:</b>	_____
<b>Alter des Kindes:</b>	_____ Jahre
<b>Geschlecht des Kindes:</b>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>Datum des Drop-Outs:</b>	___ / ___ / _____
<b>Studienabbruch durch:</b>	<input type="checkbox"/> Erziehungsberechtigte/r <input type="checkbox"/> Kind
<b>Grund des Drop-Outs:</b>	<input type="checkbox"/> CCSchool wird als zu aufwendig empfunden <input type="checkbox"/> Fehlende Motivation <input type="checkbox"/> Behandlung in der Schule ist nicht gewünscht <input type="checkbox"/> Fehlende Teilnahmebereitschaft der Schule <input type="checkbox"/> Kind verzogen <input type="checkbox"/> Andere organisatorische Gründe (z. B. keine Terminvereinbarung möglich) <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Gründe (z. B. akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes) <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ _____
<b>Datum, Unterschrift BHV:</b>	_____, _____

*Bitte senden Sie das Original des Dokumentationsbogens an: CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin. Der Durchschlag verbleibt für Ihre Dokumentation in der Praxis.*

## Anlage 7: Eltern: Basisbefragung Einschluss

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Mit diesem Fragebogen möchten wir gern mehr über die aktuelle Lebenssituation und Schulsituation des Kindes bzw. des/der Jugendlichen erfahren sowie Informationen über die Erziehungsberechtigten erhalten.

Bitte geben Sie zu Beginn an, wer diesen Fragebogen beantwortet.

- Elternteil bzw. Elternteile
- Betreuer/Betreuerin
- andere Person(en), und zwar \_\_\_\_\_

### 1. Allgemeine Angaben und familiäre Situation

Geschlecht des Kindes:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum des Kindes:	Jahr: _____	Monat: _____

<b>Wo lebt das Kind bzw. der/die Jugendliche hauptsächlich?</b>
<input type="checkbox"/> Bei den leiblichen Eltern
<input type="checkbox"/> Bei der Mutter (und ggf. Partner/in)
<input type="checkbox"/> Beim Vater (und ggf. Partner/in)
<input type="checkbox"/> Bei den Großeltern oder anderen Verwandten
<input type="checkbox"/> Bei Pflegeeltern/Adoptiveltern
<input type="checkbox"/> In eigener Wohnung
<input type="checkbox"/> In einem Heim
<input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar _____
<b>Mit wie vielen Geschwistern lebt das Kind bzw. der/die Jugendliche zusammen?</b> <i>Gemeint sind in diesem Fall auch Halbgeschwister und angeheiratete Geschwister.</i>
<input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit keinen Geschwistern zusammen.
<input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit _____ <b>älteren</b> Geschwisterkind(ern) zusammen.
<input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit _____ <b>jüngeren</b> Geschwisterkind(ern) zusammen.
<input type="checkbox"/> Er/Sie lebt mit _____ <b>gleichaltrigen</b> Geschwisterkind(ern) zusammen.
<b>Welche Nationalität besitzt das Kind bzw. der/die Jugendliche?</b>
<input type="checkbox"/> Deutsch
<input type="checkbox"/> Deutsch und eine andere Nationalität
<input type="checkbox"/> Nur eine andere Nationalität
<b>Welche Sprache spricht das Kind bzw. der/die Jugendliche zu Hause?</b>
<input type="checkbox"/> Nur Deutsch
<input type="checkbox"/> Deutsch <b>und</b> eine (oder mehrere) andere Sprache(n)

Nur eine andere Sprache

Wie viele Bücher besitzt der Haushalt, in dem das Kind bzw. der/die Jugendliche lebt?

*(Im Durchschnitt stehen ungefähr 50 Bücher in einem Meter Regalbrett.)*

- keine oder nur sehr wenige Bücher       genug Bücher, um ein Regalbrett zu füllen
- genug Bücher, um ein Regal zu füllen       genug Bücher, um zwei Regale zu füllen
- über 200 Bücher

Wie sehr ist die Familie des Kindes bzw. des/der Jugendlichen durch die folgenden Umstände belastet?

	gar nicht belastet	etwas belastet	mäßig belastet	ziemlich belastet	stark belastet
Körperliche Erkrankungen von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Psychische Erkrankungen von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Alkohol- oder Drogenprobleme von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Pflegebedürftigkeit von Familienmitgliedern (Großeltern, Eltern, Geschwister)	<input type="checkbox"/>				
Familiäre Streitigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>				
Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				

Sonstiges, bitte angeben:

## 2. Gesundheitliche Situation

Als Nächstes haben wir ein paar Fragen zur gesundheitlichen Situation und bisherigen Behandlung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen.

Nimmt das Kind bzw. der/die Jugendliche zurzeit regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Falls ja, welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen? Bitte hier eintragen:

---

---

---

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche eine amtlich anerkannte Behinderung?

nein

ja, und zwar: \_\_\_\_\_

In welchem Jahr wurde die Behinderung anerkannt?

Seit \_\_\_\_\_

Wie viel Prozent beträgt der Grad der Behinderung heute? \_\_\_\_\_ %

Bei den folgenden Fragen geht es um die medizinischen bzw. psychiatrischen Behandlungen des Kindes bzw. des/der Jugendlichen.

Bitte geben Sie zunächst **stationäre** (in einem Krankenhaus) und **teilstationäre** (in einer Tagesklinik) Behandlungen an.

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, welche Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche **in den letzten 12 Monaten** wahrgenommen hat.

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in den letzten 12 Monaten durchlaufen?

Stationärer Aufenthalt in der Kinderklinik aufgrund körperlicher Erkrankung

ja  nein

Anzahl Aufenthalte

\_\_\_\_\_

Anzahl Nächte insgesamt

\_\_\_\_\_

Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

ja  nein

Anzahl Aufenthalte

\_\_\_\_\_

Anzahl Tage insgesamt

\_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

ja  nein

	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Nächte insgesamt
	_____	_____
Stationärer Aufenthalt in einer Rehaklinik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Nächte insgesamt
	_____	_____
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Tage/Nächte insgesamt
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nun möchten wir gerne von Ihnen erfahren, welche stationären/teilstationären Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche **in der Zeit vor den letzten 12 Monaten** wahrgenommen hat.

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in der Zeit davor durchlaufen?

Stationärer Aufenthalt in der Kinderklinik aufgrund körperlicher Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Stationärer Aufenthalt in einer Rehaklinik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
_____	Anzahl Aufenthalte	In welchen Jahren war das?
_____	_____	____ / ____ / ____
_____	_____	____ / ____ / ____

Bitte geben Sie nachfolgend die **ambulant**en Behandlungen (in einer Arzt- oder Therapeutenpraxis) an.

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, welche Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche <b>in den letzten 12 Monaten</b> wahrgenommen hat.		
Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in den letzten 12 Monaten durchlaufen?		
Ambulante Psychotherapie in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt

	_____	_____
Ambulante Fachtherapie (Ergo-, Logo-, Mototherapie, Teilleistungsförderung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt
	_____	_____
Sonstiges: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt
	_____	_____

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, welche Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche **in der Zeit vor den letzten 12 Monaten** wahrgenommen hat.

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in der Zeit davor durchlaufen?

Ambulante Psychotherapie in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Ambulante Fachtherapie (Ergo-, Logo-, Mototherapie, Teilleistungsförderung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____
Sonstiges: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	In welchen Jahren war das?
	_____	____ / ____ / ____

### 3. Schulsituation des Kindes bzw. des/der Jugendlichen

Mit den folgenden Fragen möchten wir gern mehr über die schulische Situation des Kindes bzw. der/des Jugendlichen erfahren.

Welche Schulform besucht das Kind bzw. der/die Jugendliche aktuell?	
<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Gesamtschule
<input type="checkbox"/> Hauptschule	<input type="checkbox"/> Förderschule
<input type="checkbox"/> Realschule/Mittelschule	<input type="checkbox"/> Berufsschule
<input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Keine Schule
<input type="checkbox"/> Andere: _____	

Welche Klassenstufe besucht das Kind bzw. der/die Jugendliche aktuell?
Klasse _____

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche in der Schule Klassenstufen **übersprungen**?

- Nein, er/sie hat **noch nie** eine Klassenstufe übersprungen.  
 Ja, er/sie hat \_\_\_\_\_ **mal** eine Klassenstufe übersprungen.

**Falls ja, bitte angeben, welche Klassenstufe(n) jeweils übersprungen wurde(n) und wann:**

Übersprungen wurde Klasse \_\_\_\_\_ Im Schuljahr \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Übersprungen wurde Klasse \_\_\_\_\_ Im Schuljahr \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche in der Schule Klassenstufen **wiederholt**?

- Nein, er/sie hat **noch nie** eine Klassenstufe wiederholt.  
 Ja, er/sie hat \_\_\_\_\_ **mal** eine Klassenstufe wiederholt.

**Falls ja, bitte angeben, welche Klassenstufe(n) jeweils wiederholt wurde(n) und wann:**

Wiederholt wurde Klasse \_\_\_\_\_ Im Schuljahr \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

Wiederholt wurde Klasse \_\_\_\_\_ Im Schuljahr \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_

**Falls zutreffend:** Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche schon ein- oder mehrmals **von einer Sekundarschulform auf eine andere gewechselt**?

*Zum Beispiel vom Gymnasium auf eine Realschule oder umgekehrt; nicht gemeint ist der Wechsel von der Grundschule auf die weiterführende Schule.*

- Nein, die Sekundarschulform wurde **noch nie** gewechselt.  
 Ja, die Sekundarschulform wurde \_\_\_\_\_ **mal** gewechselt.

**Falls ja, bitte geben Sie an, welche Schulwechsel es gegeben hat und wann.**

*Zum Beispiel in Klasse „8“ vom „Gymnasium (G8)“ auf die „Realschule“*

Gewechselt wurde in Klasse \_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_

Gewechselt wurde in Klasse \_\_\_\_\_ Von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_

Hat bei dem Kind bzw. der/dem Jugendlichen schon einmal eine Leistungsdiagnostik/ IQ-Messung stattgefunden?

- Nein.  
 Ja, mit dem Verfahren: \_\_\_\_\_  
 Ja, aber Verfahren unbekannt

Bitte tragen Sie hier das Ergebnis und das Jahr der letzten Leistungsdiagnostik ein, falls Sie es wissen:

Gemessener IQ-Gesamtwert: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche **in den letzten 6 Monaten** in der Schule/während der Ausbildung gefehlt? Falls ja, tragen Sie bitte hier zunächst die Fehltage insgesamt ein:

\_\_\_\_\_ **Tage.**

**Falls Fehlzeiten vorkamen:** Was waren die Gründe für das Fehlen und wie lange trafen diese jeweils zu?



Sonstiger Grund 1: _____	<input type="checkbox"/>						
Sonstiger Grund 2: _____	<input type="checkbox"/>						

#### 4. Allgemeine Angaben zu den Erziehungsberechtigten

Bitte geben Sie uns zum Abschluss noch ein paar Angaben zu den Erziehungsberechtigten des Kindes bzw. des/der Jugendlichen.

Bitte geben Sie das Geschlecht und das Geburtsjahr der Erziehungsberechtigten an:		
Erziehungsberechtigte(r) 1 Jahr: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Erziehungsberechtigte(r) 2 Jahr: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Welchen <b>höchsten</b> Schulabschluss haben die Erziehungsberechtigten des Kindes bzw. des/der Jugendlichen?		
	Erziehungsberechtigte(r) 1	Erziehungsberechtigte(r) 2
Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polytechnische Oberschule (POS, 10. Klasse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Fachoberschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(noch) keinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welchen <b>höchsten</b> beruflichen Abschluss haben die Erziehungsberechtigten des Kindes bzw. des/der Jugendlichen?		
	Erziehungsberechtigte(r) 1	Erziehungsberechtigte(r) 2
Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachschule (z.B. Meister- oder Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule, Ingenieurschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universität, Hochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promotion (Doktorprüfung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Berufsabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(noch) kein beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind die Erziehungsberechtigten zur Zeit erwerbstätig?

Erziehungsberechtigte(r) 1

ja  nein

Erziehungsberechtigte(r) 2

ja  nein

**Falls ein/e oder beide Erziehungsberechtigte(r)/n erwerbstätig sind:**

In welchen Berufen arbeiten die Erziehungsberechtigten aktuell?

Erziehungsberechtigte(r) 1

\_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigte(r) 2

\_\_\_\_\_

Wie wird diese Tätigkeit ausgeübt?

Erziehungsberechtigte(r) 1

Vollzeit

Erziehungsberechtigte(r) 2

Vollzeit

Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Stunden

Teilzeit mit \_\_\_\_\_ Stunden

**Falls keine Erwerbstätigkeit besteht:**

Bitte geben Sie hier den Grund an.

Erziehungsberechtigte(r) 1

Erziehungsberechtigte(r) 2

In Ausbildung



In Elternzeit oder in sonstiger vorübergehender Freistellung



Zur Zeit krankgeschrieben

Zur Zeit arbeitslos

Im (Vor-)Ruhestand

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Anlage 8: Eltern: Basisbefragung T1 und T2

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Mit diesem Fragebogen möchten wir gern mehr über die aktuelle Lebenssituation und Schulsituation des Kindes bzw. des/der Jugendlichen erfahren.

Bitte geben Sie zu Beginn an, wer diesen Fragebogen beantwortet.

- Elternteil bzw. Elternteile  
 Betreuer/Betreuerin  
 andere Person(en), und zwar \_\_\_\_\_

### 1. Allgemeine Angaben und familiäre Situation

Geschlecht des Kindes:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum des Kindes:	Jahr: _____	Monat _____

Wie sehr ist die Familie des Kindes bzw. des/der Jugendlichen durch die folgenden Umstände belastet?	gar nicht belastet	etwas belastet	mäßig belastet	ziemlich belastet	stark belastet
Körperliche Erkrankungen von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Psychische Erkrankungen von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Alkohol- oder Drogenprobleme von mind. einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Pflegebedürftigkeit von Familienmitgliedern (Großeltern, Eltern, Geschwister)	<input type="checkbox"/>				
Familiäre Streitigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>				

Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges, bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>				

## 2. Gesundheitliche Situation

Als Nächstes haben wir ein paar Fragen zur gesundheitlichen Situation und bisherigen Behandlung des Kindes bzw. des/der Jugendlichen.

Nimmt das Kind bzw. der/die Jugendliche zurzeit regelmäßig Medikamente ein?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen? Bitte hier eintragen: _____ _____ _____

Bei den folgenden Fragen geht es um die medizinischen bzw. psychiatrischen Behandlungen des Kindes bzw. des/der Jugendlichen.

Bitte geben Sie zunächst stationäre (in einem Krankenhaus) und teilstationäre (in einer Tagesklinik) Behandlungen an.

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, welche Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche seit Teilnahme an dem CCSchool-Projekt wahrgenommen hat. Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in den letzten Monaten durchlaufen?		
Stationärer Aufenthalt in der Kinderklinik aufgrund körperlicher Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Nächte insgesamt
	_____	_____
Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Tage insgesamt
	_____	_____
Stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Nächte insgesamt
	_____	_____

Stationärer Aufenthalt in einer Rehaklinik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Nächte insgesamt
	_____	_____
Sonstiges: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Aufenthalte	Anzahl Tage/Nächte insgesamt
	_____	_____

Bitte geben Sie nachfolgend die ambulanten Behandlungen (in einer Arzt- oder Therapeutenpraxis) an.

Wir möchten gerne von Ihnen erfahren, welche Behandlungen das Kind bzw. die/der Jugendliche seit Teilnahme an dem CCSchool-Projekt wahrgenommen hat.		
Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche wegen körperlicher oder psychischer Beschwerden eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen in den letzten Monaten durchlaufen?		
Ambulante Psychotherapie in einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt
	_____	_____
Ambulante Fachtherapie (Ergo-, Logo-, Mototherapie, Teilleistungsförderung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt
	_____	_____
Sonstiges: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Anzahl Therapien	Anzahl Termine insgesamt
	_____	_____





## Anlage 9: Eltern: Zufriedenheit mit Prozessablauf und Versorgungsqualität

### PROZESS A

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Zum Abschluss der Diagnostikphase würden wir Sie bitten, die folgenden drei Fragen zur Diagnostikphase zu beantworten, um zu wissen, was wir im Verlauf besser machen können.  
Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit den Ablauf der Tests in der Diagnostikphase?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würden Sie einem Kind/einem Jugendlichen oder einer Jugendlichen von jemandem, den Sie kennen, eine Teilnahme an der Diagnostikphase des CCSchool-Projektes empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Diagnostikphase anders/besser machen können?  
Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

## PROZESS B

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Zum Abschluss des Schulbasierten Assessments würden wir Sie gerne bitten, uns vier kurze Fragen zu beantworten, um zu wissen, was wir im Verlauf besser machen können.  
Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit Ablauf des Schulbasierten Assessments?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit dem anhand des Therapeutic Assessment erarbeiteten ersten Lösungsansatz?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würden Sie einem Kind/einem Jugendlichen oder einer Jugendlichen von jemandem, den Sie kennen, eine Teilnahme an dem Schulbasierten Assessment des CCSchool-Projektes empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir beim Schulbasierten Assessment anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

## PROZESS C

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_ Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Zum Abschluss der Schulbasierten Behandlung würden wir Sie gerne noch einmal bitten, uns vier kurze Fragen zu beantworten, um zu wissen, was wir im Ablauf besser machen können.  
Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit dem Ablauf der erfolgten Behandlung IN der Schule?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würden Sie einem Kind/einem Jugendlichen oder einer Jugendlichen von jemandem, den Sie kennen, eine Teilnahme an der Schulbasierten Behandlung des CCSchool-Projektes empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Schulbasierten Behandlung anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Wie zufrieden waren Sie mit der CCSchool-Behandlung insgesamt?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

## VERSORUNGSQUALITÄT

Dieser Fragebogen bezieht sich auf die **Diagnostikphase** am Anfang des Projektes. Das heißt, es geht um die Tests und Gespräche, die Sie mit Ihrem Arzt zu Beginn von CCSchool gemacht oder geführt haben. Wir möchten gerne wissen, wie Sie die Diagnostikphase fanden. Bitte kreuzen Sie bei jeder der nachfolgenden Aussagen an, inwiefern Sie diesen zustimmen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es geht immer um Ihre persönliche Einschätzung.

1. Mir wurden alle Schritte der Diagnostikphase verständlich durch den Arzt/die Ärztin erklärt.  
stimme gar nicht zu       stimme nicht zu       teils/teils       stimme zu       stimme voll und ganz zu
2. Ich fühlte mich während der Diagnostikphase sehr gut durch den Arzt/die Ärztin betreut.  
stimme gar nicht zu       stimme nicht zu       teils/teils       stimme zu       stimme voll und ganz zu
3. Fragen, die ich bezüglich der Tests und/oder Diagnostikgespräche hatte, wurden mir durch den Arzt/die Ärztin ausreichend beantwortet.  
stimme gar nicht zu       stimme nicht zu       teils/teils       stimme zu       stimme voll und ganz zu

CCSchool sieht vor, wenn es für die Behandlung des Kindes sinnvoll ist, dass Arzt/Ärztin und Therapeut/Therapeutin eine **Beobachtung bzw. Behandlung in der Schule des Kindes** durchführen.

Wurde eine solche schulbasierte Beobachtung und/oder Behandlung bei Ihrem Kind gemacht?

ja

nein

4. Wurde Ihnen verständlich erklärt, aus welchem Grund eine schulbasierte Beobachtung und/oder Behandlung bei Ihrem Kind durchgeführt oder nicht durchgeführt wird?  
überhaupt nicht       eher nicht       teils/teils       eher ja       voll und ganz

### Bitte beachten:

- Falls eine schulbasierte Beobachtung/Behandlung stattgefunden hat:  
Bitte mit der Beantwortung des Fragebogens auf **der nächste Seite** fortfahren.
- Falls **keine** schulbasierte Beobachtung/Behandlung stattgefunden hat:  
Bitte die Befragung mit **der Frage 16 auf der letzten Seite** abschließen.

Dieser Teil des Fragebogens bezieht sich auf die **Beobachtungen und/oder Behandlungen, die in der Schule stattgefunden haben**. Wir würden Sie gerne wieder um Ihre Meinung bitten. Bitte kreuzen Sie bei jeder der nachfolgenden Aussagen an, inwiefern Sie diesen zustimmen.

Da es bezüglich der Behandlung und Beobachtung in der Schule sowohl Kontakt mit dem Arzt/der Ärztin und mit dem Therapeuten/der Therapeutin gibt, sind die nachfolgenden Fragen aufgeteilt in *ärztliche Behandlung* und *therapeutische Behandlung*.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es geht immer um Ihre persönliche Einschätzung.

### Ärztliche Behandlung

5. Uns wurden alle Schritte der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen nachvollziehbar und verständlich durch den Arzt oder die Ärztin erklärt.
- |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz zu |
| <input type="checkbox"/>   |
6. Wir fühlten uns während der Phase der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen sehr gut durch den Arzt oder die Ärztin betreut.
- |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz zu |
| <input type="checkbox"/>   |
7. Wir fühlten uns während der Phase der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen durch den Arzt oder die Ärztin umfassend informiert.
- |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz zu |
| <input type="checkbox"/>   |
8. Fragen, die wir bezüglich der Beobachtungen und/oder Behandlungen, die in der Schule stattgefunden haben, hatten, wurden uns durch den Arzt oder die Ärztin verständlich beantwortet.
- |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz zu |
| <input type="checkbox"/>   |

9. Die Zusammenarbeit von Arzt/Ärztin mit den Lehrkräften in der Schule hat sehr gut funktioniert.
- |                          |                          |                          |                          |                               |                                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz<br>zu | kann ich<br>nicht<br>beantworten |
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>         |

### Therapeutische Behandlung

10. Uns wurden alle Schritte der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen nachvollziehbar und verständlich durch den Therapeuten oder die Therapeutin erklärt.
- |                          |                          |                          |                          |                            |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| stimme<br>gar nicht zu   | stimme<br>nicht zu       | teils/teils              | stimme zu                | stimme<br>voll und ganz zu |
| <input type="checkbox"/>   |

11. Wir fühlten uns während der Phase der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen sehr gut durch den Therapeuten oder die Therapeutin betreut.

stimme  
gar nicht zu

stimme  
nicht zu

teils/teils

stimme zu

stimme  
voll und ganz zu

12. Wir fühlten uns während der Phase der schulbasierten Beobachtungen und/oder Behandlungen durch den Therapeuten oder die Therapeutin umfassend informiert.

stimme  
gar nicht zu

stimme  
nicht zu

teils/teils

stimme zu

stimme  
voll und ganz zu

13. Fragen, die wir bezüglich der Beobachtungen und/oder Behandlungen, die in der Schule stattgefunden haben, hatten, wurden uns durch den Therapeuten oder die Therapeutin verständlich beantwortet.

stimme  
gar nicht zu

stimme  
nicht zu

teils/teils

stimme zu

stimme  
voll und ganz zu

14. Die Zusammenarbeit von Therapeut/Therapeutin mit den Lehrkräften in der Schule hat sehr gut funktioniert.

stimme  
gar nicht zu

stimme  
nicht zu

teils/teils

stimme zu

stimme  
voll und ganz  
zu

kann ich  
nicht  
beantworten

#### Ärztliche und therapeutische Zusammenarbeit

15. Die Zusammenarbeit von Arzt/Ärztin und Therapeut/Therapeutin hat sehr gut funktioniert.

stimme  
gar nicht zu

stimme  
nicht zu

teils/teils

stimme zu

stimme  
voll und ganz  
zu

kann ich  
nicht  
beantworten

16. Abschluss der Befragung: Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten? (bitte hier eintragen)

## Anlage 10: Kinder: Zufriedenheit mit Prozessablauf und Versorgungsqualität

### PROZESS A

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Wir würden Dir zum Abschluss der Diagnostikphase gerne noch drei kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja, was wir besser machen können.  
Es wäre toll, wenn Du die beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit den Ablauf der Tests in der Diagnostikphase?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würdest Du eine Teilnahme an der Diagnostikphase des CCSchool-Projektes einem anderen Kind/ einem anderen Jugendlichen oder einer anderen Jugendlichen empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Diagnostikphase anders/besser machen können?  
Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

## PROZESS B

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Zum Abschluss des Schulbasierten Assessments würden wir Dir gerne vier kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja, was wir besser machen können.  
Es wäre toll, wenn Du die beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit dem Besuch der Projektmitarbeiterin/des Projektmitarbeiters in der Schule?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Wie zufrieden warst Du mit dem Gespräch, bei dem anhand des Therapeutic Assessment erste Lösungsansätze im Diagramm erarbeitet wurden?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würdest Du eine Teilnahme an dem Schulbasierten Assessment des CCSchool-Projektes einem anderen Kind/einem anderen Jugendlichen oder einer anderen Jugendlichen empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir beim Schulbasierten Assessment anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

## PROZESS C

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

Zum Abschluss der Schulbasierten Behandlung würden wir Dir gerne noch einmal vier kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja was wir besser machen können.  
Es wäre toll, wenn Du diese beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit dem Ablauf der erfolgten Behandlung IN der Schule?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

Würdest Du einem anderen Kind/einem anderen Jugendlichen oder einer anderen Jugendlichen eine Teilnahme an der Schulbasierten Behandlung des CCSchool-Projektes empfehlen?

ja

eher ja

vielleicht

eher nein

nein

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Schulbasierten Behandlung anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Wie zufrieden warst Du mit der CCSchool-Behandlung insgesamt?

vollkommen  
zufrieden

meistens  
zufrieden

teils/teils  
zufrieden

eher nicht  
zufrieden

gar nicht  
zufrieden

## VERSORGUNGSQUALITÄT

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Versichertennummer des Kindes: \_\_\_\_\_

In diesem Fragebogen geht es um die **Diagnostikphase**, das heißt, um die ersten Tests und Gespräche, die Du am Anfang des Projektes mit Deinem Arzt oder Deiner Ärztin hattest. Wir möchten gerne Deine Meinung wissen. Bitte kreuze dafür unten die Antwort an, die für Dich am besten passt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es geht immer um Deine persönliche Meinung.

1. Wie gut hat Dir Dein Arzt oder Deine Ärztin erklärt, wie die Tests und Gespräche mit Dir ablaufen werden?  
gar nicht gut      nicht so gut      geht so      gut      sehr gut  
                        
2. Wie wohl hast Du Dich während der Tests und Gespräche gefühlt?  
gar nicht gut      nicht so gut      geht so      gut      sehr gut  
                        
3. Wie gut wurden Deine Fragen von Deinem Arzt oder Deiner Ärztin beantwortet?  
gar nicht gut      nicht so gut      geht so      gut      sehr gut  
                        

Bei CCSchool wird nach der Diagnostikphase geschaut, ob weitere Gespräche und Beobachtungen in Deiner Schule gemacht werden sollten.

Wurden solche Beobachtungen und/oder Gespräche in Deiner Schule gemacht?

ja

nein

4. Wie gut wurde Dir erklärt, warum die Beobachtungen oder Gespräche in Deiner Schule entweder gemacht werden oder nicht gemacht werden?  
gar nicht gut      nicht so gut      geht so      gut      sehr gut  
                        

### Bitte beachte:

- Wenn Beobachtungen und/oder Gespräche in Deiner Schule stattgefunden haben, **Blättere vor auf die nächste Seite** und beantworte alle weiteren Fragen, die noch kommen.
- Wenn **keine** Beobachtungen und/oder Gespräche in Deiner Schule stattgefunden haben, **Blättere vor bis auf die letzte Seite** und beantworte, falls Du noch etwas mitteilen möchtest, nur noch die **Frage 11**.

In diesem Fragebogen geht es um **die Beobachtungen und/oder Gespräche, die in Deiner Schule gemacht wurden**. Du wirst zuerst mit Deinem Arzt oder Deiner Ärztin über Beobachtungen und Gespräche in Deiner Schule gesprochen haben und danach wird ein Therapeut oder eine Therapeutin diese Beobachtungen und Gespräche in Deiner Schule gemacht haben. Zuerst geht es in diesem Teil des Fragebogens also um das, was vor dem Schulbesuch besprochen wurde und dann um die Gespräche und Beobachtungen in Deiner

Schule. Wir würden gerne wieder Deine Meinung hören. Bitte kreuze dafür unten die Antwort an, die für dich am besten passt.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – es geht immer um Deine persönliche Meinung.

*Gespräche bei Deinem Arzt/Deiner Ärztin über Gespräche und Beobachtungen in Deiner Schule*

5. Wie gut hat Dir Dein Arzt oder Deine Ärztin erklärt, wie die Gespräche und Beobachtungen in Deiner Schule ablaufen werden und was genau passieren wird?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |
6. Wie wohl hast Du Dich während der Gespräche mit Deinem Arzt oder Deiner Ärztin über die Gespräche und/oder Beobachtungen gefühlt?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |
7. Wie gut wurden Deine Fragen von Deinem Arzt oder Deiner Ärztin beantwortet?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |

*Gespräche und Beobachtungen in Deiner Schule*

8. Wie gut hat Dir der Therapeut oder die Therapeutin, von denen die Gespräche und Beobachtungen in Deiner Schule durchgeführt wurden, erklärt, wie diese ablaufen werden und was genau passiert?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |
9. Wie wohl hast Du Dich während der Gespräche und Beobachtungen in der Schule gefühlt?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |
10. Wie gut wurden Deine Fragen von dem Therapeuten oder der Therapeutin beantwortet?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| gar nicht gut   | nicht so gut  | geht so   | gut   | sehr gut  |
|  |  |  |  |  |

11. Letzte Frage: Gibt es noch etwas, das Du uns sagen möchtest? Falls Ja, bitte hier eintragen:

## Anlage 11: Interviewleitfaden Leistungserbringer (BHV)

Datum: \_\_\_\_\_

Kürzel des Interviewers: \_\_\_\_\_

Befragungsnummer: \_\_\_\_\_

Nr.	Filter	Einleitung
		<p><i>[Die Gesprächseinleitung kann individuell gestaltet werden. Im Folgenden gibt es ein Beispiel, es müssen alle Abschnitte des Beispiels in der Gesprächseinleitung aufgegriffen werden]</i></p> <p><i>[Begrüßung, Klärung der Ansprechperson]</i>            Guten Tag,            Mein Name ist XYZ und ich arbeite beim IGES Institut in Berlin. Spreche ich mit Frau / Herrn XYZ?</p> <p><i>[Grund des Anrufs, zeitliche Passung]</i>            Ich rufe an, da Sie in dem Innovationsfondsprojekt CCSchool als Behandlungsverantwortliche/r oder Thereapeut/in registriert sind. Die CSG als Konsortialführung des Projekts hatte Sie kontaktiert und um ein Interview gebeten. Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereiterklärt haben mit uns zu sprechen!</p> <p>Das IGES Institut begleitet CCSchool als unabhängiger wissenschaftlicher Evaluator und führt u.a. eine Prozessevaluation durch. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie Sie die Inhalte und die Umsetzung von CCSchool bewerten.</p> <p>Würde es Ihnen passen, wenn wir jetzt mit der Befragung beginnen? Das Gespräch wird ca. 20 Minuten dauern.  <i>[sonst Termin für weiteres Telefonat ausmachen, an dem es besser passt]</i></p> <p><i>[Datenschutz]</i>            Zu Ihrer Information: Ihre Antworten werden anonym gespeichert und ausgewertet, das heißt, es wird nicht möglich sein, Ihre Antworten mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen. Wir zeichnen Ihre Antwort nicht auf, sondern machen nur schriftliche Notizen. Die Befragung ist freiwillig: Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder können, können Sie dies jederzeit mitteilen.            Ihre Antworten werden nicht weitergegeben, auch nicht an die Konsortialführung oder weitere Projektpartner – es findet lediglich eine aggregierte Auswertung der Rückmeldungen über alle Interviewpartner hinweg statt.</p>
		<p><b>Rückfragen vor dem Interview</b></p>
		<p><i>[Abschluss Einleitung]</i>            Haben Sie dazu Fragen?  <i>[Wenn vor dem Interview bereits Rückfragen gestellt werden, bitte hier stichpunktartig die Fragen und die gegebenen Antworten notieren.]</i></p>
A		<p><b>Allgemeines</b></p>
		<p>Ich werde nun mit dem Interview beginnen und möchte gern als erstes von Ihnen wissen, ...</p> <p>..., wie Sie auf das Projekt CCSchool aufmerksam geworden sind?</p>
		<p><b>Sind Sie als Behandlungsverantwortlicher oder Therapeut/in für das Projekt CCSchool registriert?</b></p>

		<input type="checkbox"/> BHV <input type="checkbox"/> beides <input type="checkbox"/> THP => <b>Leitfaden wechseln</b>
		<p>Bevor wir uns inhaltlich mit CCSchool beschäftigen, habe ich ein paar allgemeine Fragen.</p> <p><b>Arbeiten Sie angestellt oder selbstständig?</b></p> <p><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig</p> <p><b>Arbeiten Sie in einem Krankenhaus oder in einer Praxis?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Klinik / Krankenhaus</p> <p>⇒ <b>F1: Ist die Klinik ein an CCSchool beteiligtes Studienzentrum (d. h. Universitätsklinikum Ulm; ZfP Südwürttemberg, Ruppiner Kliniken oder Psychiatrische Klinik Lüneburg)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:</p>
		<p><b>F2: Haben Sie Patienten oder Patientinnen in die Studie eingeschlossen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
		<p><b>Arbeiten Sie in der Kontroll- oder Interventionsregion von CCSchool?</b></p> <p><input type="checkbox"/> IG <input type="checkbox"/> KG</p> <p><i>[ggf. Ort notieren und später Antwort ergänzen]</i></p>
	F2 = ja	<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i></p> <p><b>Behandeln Sie Patienten oder Patientinnen nach dem Konzept von CCSchool?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Patienten aus Kontrollregionen können ab Abschluss des Beobachtungszeitraums auch noch die Intervention erhalten.</p>
<b>B</b>		<b>Durchführung</b>
		<b>IV-Vertrag und Studienordner</b>
		<p>Voraussetzung für die Mitarbeit in CCSchool ist das E-Learning, dass Sie absolviert haben. Nach Abschluss des E-Learnings wurden Sie von der Konsortialführung (CSG) oder einer beteiligten Klinik angesprochen und Sie oder die Praxis bzw. die Klinik, in der Sie arbeiten, sind dem IV-Vertrag beigetreten.</p> <p><b>Wie einfach war es für Sie, dem IV-Vertrag beizutreten?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p>Für die Studiendurchführung haben Sie anschließend einen Studienordner erhalten.</p> <p><b>War der darin beschriebene Ablauf und das Material <u>zum Patienteneinschluss</u> für Sie nachvollziehbar aufbereitet?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p><b>War der darin beschriebene Ablauf und das Material <u>zur Studiendurchführung</u> (z. B. Informationsmaterial, Dokumentationsbögen, Fragebögen) für Sie nachvollziehbar aufbereitet?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	F2 = ja	<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i></p> <p><b>Wurden Sie im Projektverlauf durch <u>die Konsortialführung</u> (CSG) in der Durchführung von CCSchool auf organisatorischer und administrativer Ebene unterstützt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Falls ja:</i></p> <p>⇒ <b>Wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung?</b></p> <p><i>Falls ja oder nein:</i></p>

		⇒ <b>Welche (zusätzliche) Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?</b>
F2 = ja F1 = nein	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat: Falls BHV nicht an Studienzentrum arbeitet:	<b>Wurden Sie im Projektverlauf durch ein Studienzentrum (eine Klinik) organisatorisch oder fachlich in der Durchführung von CCSchool unterstützt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: ⇒ <b>Wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung?</b> [Antwort hier eintragen:] Falls ja oder nein: ⇒ <b>Welche (zusätzliche) Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?</b> [Antwort hier eintragen:]
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	<b>Wie fanden Sie die Vergütung für die Durchführung der Befragungen?</b> <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch [Antwort hier eintragen:]
		<b>Wie bewerten Sie insgesamt die organisatorische Durchführung der CCSchool-Studie?</b> [Antwort hier eintragen:]
		<b>Gibt es etwas, das die Umsetzung verbessern könnte?</b>  [Notizen oder Anmerkungen:]
		<b>Patienteneinschluss</b>
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	Ich habe nun ein paar Fragen zum Patienteneinschluss im Rahmen von CCSchool. <b>Wie einfach war es für Sie, Kinder, die die Einschlusskriterien von CCSchool erfüllen, in Ihrer Praxis oder in der Klinik zu identifizieren?</b>
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	<b>Wie einfach war es für Sie, die Kinder und deren Eltern von der Teilnahme an CCSchool zu überzeugen?</b>
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	<b>Wie einfach war es für Sie, die Schule der Kinder für die Teilnahme an CCSchool zu gewinnen?</b> <input type="checkbox"/> Schule nahm bereits an CCSchool teil
		<i>An alle</i> Im Projekt CCSchool wurden weniger Patientinnen und Patienten eingeschlossen als erwartet, so dass die im Vorfeld kalkulierte Fallzahl nicht erreicht wurde. <b>Welche Veränderungen am Prozedere oder am CCSchool-Konzept hätten dazu geführt, dass Sie <u>persönlich</u> mehr Patienten eingeschlossen hätten?</b>
F2 = nein	Falls BHV keine Patienten eingeschlossen hat:	<b>Warum haben Sie <u>persönlich</u> keine Patienten in CCSchool eingeschlossen?</b> [Antwort hier eintragen:] Organisatorisch zu aufwendig ( <i>Nachfrage stellen: was genau?</i> ) Zielgruppe von CCSchool nicht Teil der behandelten Patienten Vom Behandlungskonzept CCSchool nicht überzeugt
F2 = nein		<b>Welche Veränderungen am CCSchool-Konzept hätten Ihnen geholfen, Patienten oder Patientinnen einzuschließen?</b> [Antwort hier eintragen:] <i>Zusammenarbeit Schule</i>

		Zusammenarbeit THP Organisatorisch Inhaltlich
F2 = ja	Falls BHV Patienten behandelt hat	Für das E-Learning, dass Sie vor der Teilnahme an CCSchool absolviert haben, haben Sie nach der Behandlung des ersten Patienten bzw. der ersten Patientin eine Vergütung erhalten.
F2 = ja	Falls BHV Patienten behandelt hat:	<b>Wie fanden Sie die Vergütung für das E-Learning?</b> <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> Vergütung wurde an meinen Arbeitgeber ausgezahlt, ich habe sie nicht bekommen [Antwort hier eintragen:]
		[Notizen oder Anmerkungen:]
		<b>Behandlung in den Prozessen A, B und C</b>
		Ich möchte nun gerne mit Ihnen über das Behandlungskonzept von CCSchool sprechen. Die Idee ist, die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher durch eine standardisierte Diagnostik, ein Assessment in der Schule und eine schulbasierte Therapie zu verbessern.
		<b>Wie finden Sie insgesamt den Therapieansatz von CCSchool?</b> [Antwort hier eintragen:]
F2 = nein	Falls BHV keine Patienten eingeschlossen hat:	Da die im Innovationsfonds erprobten Versorgungsformen auch Teil der Regelversorgung werden können, möchten wir auch wissen, ob Sie denken, dass der Therapieansatz von CCSchool oder gewisse Teile davon in die Regelversorgung aufgenommen werden sollten.
F2 = nein	Falls BHV keine Patienten eingeschlossen hat:	<b>Hat der Therapieansatz von CCSchool Ihrer Meinung nach das Potential in die Regelversorgung aufgenommen zu werden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Warum?</b> [Antwort hier eintragen:]
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	Die Behandlung in CCSchool besteht aus drei Prozessen, die ich nun nochmal einzelnen mit Ihnen durchgehen möchte. Da die im Innovationsfonds erprobten Versorgungsformen auch Teil der Regelversorgung werden können, geht es insbesondere darum, ob Sie eine Überführung der Leistungen in die Regelversorgung befürworten würden. <b>Prozess A</b> umfasst die standardisierte Diagnostik.
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	<b>Inwiefern finden Sie, dass die standardisierte Diagnostik eine sinnvolle Ergänzung der Therapie ist?</b>
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	In Prozess A ist das Elterninterview zur Teilhabe und der strukturierte Bericht zur Förderung der Teilhabe bisher nicht Teil der Regelversorgung. <b>Sollten diese Teile der standardisierte Diagnostik Teil der Regelversorgung werden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Warum?</b> [Antwort hier eintragen:]
F2 = ja	Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:	<b>Wie finden Sie die Vergütung für die Leistungen der standardisierten Diagnostik?</b> <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch [Antwort hier eintragen:]

F2 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i>  <b>In Prozess B</b> findet in Zusammenarbeit mit einem CCSchool-Therapeuten ein schulbasiertes therapeutisches Assessment mit Beobachtung des Kindes in der Schule statt.</p>
F2 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i>  <b>F3: Haben Sie Prozess B durchgeführt?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <i>Falls nein:</i>  <b>Warum nicht?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i>  <input type="checkbox"/> Prozess B war nicht indiziert</p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Wie einfach war es für Sie, einen CCSchool-THP zu finden, mit dem Sie zusammenarbeiten?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i>  <input type="checkbox"/> ich habe selbst die Aufgaben des CCS-THP übernommen.</p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit dem CCSchool-THP beim schulbasierten Assessment funktioniert?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i>  <input type="checkbox"/> ich habe selbst die Aufgaben des CCS-THP übernommen.</p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit dem THP erleichtert?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i>  <input type="checkbox"/> ich habe selbst die Aufgaben des CCS-THP übernommen.</p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit den Schulen funktioniert?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit der Schule erleichtert?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i>  <b>Inwiefern finden Sie, dass das schulbasierte therapeutische Assessments eine sinnvolle Ergänzung der Therapie ist?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i>  <b>Sollte das schulbasierte therapeutische Assessment Teil der Regelversorgung werden?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <b>Warum?</b>  <i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>Wie finden Sie die Vergütung für die Leistungen des schulbasierten therapeutischen Assessments?</b>  <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch  <input type="checkbox"/> Reisekosten sollten zusätzlich erstattet werden  <i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i>  <b>In Prozess C</b> findet ebenfalls in Zusammenarbeit mit einem CCSchool-Therapeuten eine schulbasierte Behandlung statt.</p>
F2/F3 = ja		<p><i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess B durchgeführt hat:</i>  <b>F4: Haben Sie Prozess C durchgeführt?</b></p>

		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Falls nein:</i> <b>Warum nicht?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i> <input type="checkbox"/> Prozess C war nicht indiziert
F2/F4 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess C durchgeführt hat:</i> <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit dem CCSchool-THP bei der schulbasierten Behandlung funktioniert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i> <input type="checkbox"/> ich habe selbst die Aufgaben des CCS-THP übernommen.
F2/F4 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess C durchgeführt hat:</i> <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit dem THP erleichtert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i> <input type="checkbox"/> ich habe selbst die Aufgaben des CCS-THP übernommen.
F2/F4 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess C durchgeführt hat:</i> <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit den Schulen funktioniert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
F2/F4 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess C durchgeführt hat:</i> <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit der Schule erleichtert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
F2 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i> <b>Inwiefern finden Sie, dass die schulbasierte Behandlung eine sinnvolle Ergänzung der Therapie ist?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
F2 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i> <b>Sollte die schulbasierte Behandlung Teil der Regelversorgung werden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Warum?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
F2/F4 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen und Prozess C durchgeführt hat:</i> <b>Wie finden Sie die Vergütung für die Leistungen der schulbasierten Behandlung?</b> <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch <input type="checkbox"/> Reisekosten sollten zusätzlich erstattet werden <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
F2 = ja		<i>Falls BHV Patienten eingeschlossen hat:</i> <b>Haben Sie noch weitere Rückmeldungen zum Behandlungsansatz von CCSchool?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
		<i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i>
<b>C</b>		<b>Allgemeine Bewertung</b>
		Zum Abschluss möchte ich gerne noch eine allgemeine Bewertung von Ihnen erhalten. <b>Was sind Ihrer Ansicht nach die <u>größten Herausforderungen</u> des Projekts CCSchool?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
		<b>Was sind Ihrer Ansicht nach die <u>größten Stärken</u> des Projekts CCSchool?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>

		<i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i>
<b>D</b>		<b>Abschluss des Gesprächs</b>
		Wir sind nun am Ende des Interviews. <b>Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten? Oder haben Sie noch Fragen an uns?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>[Wenn „ja“, Antwort stichpunktartig notieren:]</i>
		Dann möchte ich mich zum Abschluss ganz herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um an unserer Befragung teilzunehmen.  Noch eine abschließende Datenschutzinformation für Sie: Wir bewahren Ihre Kontaktdaten <u>nicht</u> auf und werden sie nach Ende dieses Telefonats löschen. Ihre Daten liegen weiterhin der Konsortialführung CSG zum Zweck der Projektdurchführung vor, worauf das IGES Institut jedoch keinen Zugriff hat.  <i>[Verabschiedung und <b>Gespräch beenden</b>]</i>
		<i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i>
		<i>INTERN: Dauer des Gesprächs in Minuten: _____</i>

## Anlage 12: Interviewleitfaden Leistungserbringer (CCS-THP)

Datum: \_\_\_\_\_

Kürzel des Interviewers: \_\_\_\_\_

Befragungsnummer: \_\_\_\_\_

Nr.	Filter	Einleitung
		<p><i>[Die Gesprächseinleitung kann individuell gestaltet werden. Im Folgenden gibt es ein Beispiel, es müssen alle Abschnitte des Beispiels in der Gesprächseinleitung aufgegriffen werden]</i></p> <p><i>[Begrüßung, Klärung der Ansprechperson]</i>            Guten Tag,            Mein Name ist XYZ und ich arbeite beim IGES Institut in Berlin. Spreche ich mit Frau / Herrn XYZ?</p> <p><i>[Grund des Anrufs, zeitliche Passung]</i>            Ich rufe an, da Sie in dem Innovationsfondsprojekt CCSchool als Behandlungsverantwortliche/r oder Therapeut/in registriert sind. Die CSG als Konsortialführung des Projekts hatte Sie kontaktiert und um ein Interview gebeten. Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereiterklärt haben mit uns zu sprechen!</p> <p>Das IGES Institut begleitet CCSchool als unabhängiger wissenschaftlicher Evaluator und führt u.a. eine Prozessevaluation durch. Wir möchten gern von Ihnen erfahren, wie Sie die Inhalte und die Umsetzung von CCSchool bewerten.</p> <p>Würde es Ihnen passen, wenn wir jetzt mit der Befragung beginnen? Das Gespräch wird ca. 20 Minuten dauern.  <i>[sonst Termin für weiteres Telefonat ausmachen, an dem es besser passt]</i></p> <p><i>[Datenschutz]</i>            Zu Ihrer Information: Ihre Antworten werden anonym gespeichert und ausgewertet, das heißt, es wird nicht möglich sein, Ihre Antworten mit Ihrer Person in Verbindung zu bringen. Wir zeichnen Ihre Antwort nicht auf, sondern machen nur schriftliche Notizen. Die Befragung ist freiwillig: Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten oder können, können Sie dies jederzeit mitteilen.            Ihre Antworten werden nicht weitergegeben, auch nicht an die Konsortialführung oder weitere Projektpartner – es findet lediglich eine aggregierte Auswertung der Rückmeldungen über alle Interviewpartner hinweg statt.</p>
		<p><b>Rückfragen vor dem Interview</b></p>
		<p><i>[Abschluss Einleitung]</i>            Haben Sie dazu Fragen?  <i>[Wenn vor dem Interview bereits Rückfragen gestellt werden, bitte hier stichpunktartig die Fragen und die gegebenen Antworten notieren.]</i></p>
<b>A</b>		<p><b>Rahmenbedingungen / Allgemeines</b></p>
		<p>Ich werde nun mit dem Interview beginnen und möchte gern als erstes von Ihnen wissen, ...</p> <p><b>..., wie Sie auf das Projekt CCSchool aufmerksam geworden sind?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p> <p><input type="checkbox"/> durch ein Studienzentrum</p> <p><input type="checkbox"/> durch einen beteiligten niedergelassenen BHV</p>

	<p>Sind Sie als <b>Behandlungsverantwortlicher</b> oder <b>Therapeut/in</b> für das Projekt CCSchool registriert?</p> <p><input type="checkbox"/> THP  <input type="checkbox"/> beides =&gt; <b>Leitfaden wechseln</b>  <input type="checkbox"/> BHV =&gt; <b>Leitfaden wechseln</b></p>
	<p>Bevor wir uns inhaltlich mit CCSchool beschäftigen, habe ich ein paar allgemeine Fragen.</p> <p><b>Arbeiten Sie angestellt oder selbstständig?</b></p> <p><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig</p> <p><b>Arbeiten Sie in einem Krankenhaus oder in einer Praxis?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Klinik / Krankenhaus  ⇒ <b>F1: Ist die Klinik ein an CCSchool beteiligtes Studienzentrum (d. h. Universitätsklinikum Ulm; ZfP Südwürttemberg, Ruppiner Kliniken oder Psychiatrische Klinik Lüneburg)?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> eigene Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar:  <b>F2: Haben Sie Patienten oder Patientinnen im Rahmen von CCSchool versorgt?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
	<p><i>[Notizen oder Anmerkungen]</i></p>
<b>B</b>	<b>Durchführung</b>
	<b>IV-Vertrag und Studienordner</b>
	<p>Voraussetzung für die Mitarbeit in CCSchool ist das E-Learning, das Sie absolviert haben. Nach Abschluss des E-Learnings für das Projekt CCSchool wurden Sie von der Konsortialführung (CSG) angesprochen und Sie oder die Praxis bzw. die Klinik, in der Sie arbeiten, sind dem IV-Vertrag beigetreten.</p> <p><b>Wie einfach war es für Sie, dem IV-Vertrag beizutreten?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	<p>Für die Studiendurchführung haben Sie anschließend einen Studienordner erhalten.</p>
	<p><b>War der darin beschriebene Ablauf und das Material zur Studiendurchführung (z. B. Informationsmaterial, Dokumentationsbögen, Fragebögen) für Sie nachvollziehbar aufbereitet?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
<i>F2 = ja</i>	<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Wurden Sie im Projektverlauf durch die Konsortialführung (CSG) in der Durchführung von CCSchool unterstützt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><i>Falls ja:</i></p> <p>⇒ <b>Wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p> <p><i>Falls ja oder nein:</i></p> <p>⇒ <b>Welche (zusätzliche) Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>

	F1 = nein	<p>Falls THP <u>nicht an Studienzentrum arbeitet</u>:</p> <p><b>Wurden Sie im Projektverlauf durch ein Studienzentrum (eine Klinik) in der Durchführung von CCSchool unterstützt?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Falls ja:</p> <p>⇒ <b>Wie hilfreich fanden Sie die Unterstützung?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p> <p>Falls ja oder nein:</p> <p>⇒ <b>Welche (zusätzliche) Unterstützung hätten Sie sich gewünscht?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p>
		<p><b>Wie bewerten Sie insgesamt die organisatorische Durchführung der CCSchool-Studie?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p>
		<p><b>Gibt es etwas, das die Umsetzung verbessern könnte?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p>
		[Notizen oder Anmerkungen]
		<b>Patienteneinschluss</b>
		<p>Ich habe nun ein paar Fragen zum Patienteneinschluss im Rahmen von CCSchool. Im Projekt CCSchool wurden weniger Patientinnen und Patienten eingeschlossen als erwartet, so dass die im Vorfeld kalkulierte Fallzahl nicht erreicht wurde.</p> <p><b>Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe dafür, dass nicht mehr Kinder und Jugendliche an CCSchool teilgenommen haben?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p>
	F2 = nein	<p>Falls THP <u>keine Patienten behandelt hat</u>:</p> <p>Sie haben angegeben, dass Sie keine Patienten oder Patientinnen im Rahmen des Projekts CCSchool versorgt haben.</p>
	F2 = nein	<p>Falls THP <u>keine Patienten behandelt hat</u>:</p> <p><b>Warum konnten oder wollten Sie keine Patienten oder Patientinnen in CCSchool versorgen?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p> <p>Warum kam keine Zusammenarbeit mit BHV zustande? Organisatorisch zu aufwendig (<i>Nachfrage stellen: was genau?</i>) Vom Behandlungskonzept CCSchool nicht überzeugt</p>
	F2 = nein	<p><b>Welche Veränderungen am CCSchool-Konzept hätten Ihnen geholfen, doch Patienten oder Patientinnen zu versorgen?</b></p> <p>[Antwort hier eintragen:]</p> <p>Zusammenarbeit Schule</p> <p>Zusammenarbeit BHV</p> <p>Organisatorisch</p> <p>Inhaltlich</p>

F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat</i></p> <p>Für das E-Learning, dass Sie vor der Teilnahme an CCSchool absolviert haben, haben Sie nach der Behandlung des ersten Patienten bzw. der ersten Patientin eine Vergütung erhalten.</p>
F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Wie fanden Sie die Vergütung für das E-Learning?</b></p> <p><input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch</p> <p><input type="checkbox"/> Vergütung wurde an meinen Arbeitgeber ausgezahlt, ich habe sie nicht bekommen</p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p><i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i></p>
		<p><b>Behandlung in den Prozessen B und C</b></p>
		<p>Ich möchte nun gerne mit Ihnen über das Behandlungskonzept von CCSchool sprechen. Die Idee ist, die Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher durch eine standardisierte Diagnostik, ein Assessment in der Schule und eine schulbasierte Therapie zu verbessern.</p> <p><b>Wie finden Sie insgesamt den Therapieansatz von CCSchool?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = nein		<p><i>Falls THP keine Patienten behandelt hat:</i></p> <p>Da die im Innovationsfonds erprobten Versorgungsformen auch Teil der Regelversorgung werden können, möchten wir auch wissen, ob Sie denken, dass der Therapieansatz von CCSchool oder gewisse Teile davon in die Regelversorgung aufgenommen werden sollten.</p>
F2 = nein		<p><i>Falls THP keine Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Hat der Therapieansatz von CCSchool Ihrer Meinung nach das Potential in die Regelversorgung aufgenommen zu werden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Warum?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>In Prozess B</b> findet in Zusammenarbeit mit einem CCSchool-Behandlungsverantwortlichen ein schulbasiertes therapeutisches Assessment mit Beobachtung des Kindes in der Schule statt.</p>
F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Wie einfach war es für Sie, eine Kooperation mit einem CCSchool- BHV einzugehen?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Wie hat die Zusammenarbeit mit dem CCSchool-BHV beim schulbasierten Assessment funktioniert?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
F2 = ja		<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit dem BHV erleichtert?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>

	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit den Schulen funktioniert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit der Schule erleichtert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>Inwiefern finden Sie, dass das schulbasierte therapeutische Assessments eine sinnvolle Ergänzung der Therapie ist?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>Sollte das schulbasierte therapeutische Assessment Teil der Regelversorgung werden?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Warum?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>Wie finden Sie die Vergütung für die Leistungen des schulbasierten therapeutischen Assessments?</b> <input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>In Prozess C findet ebenfalls in Zusammenarbeit mit einem CCSchool-Behandlungsverantwortlichen eine schulbasierte Behandlung statt.</b> <i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i> <b>F3: Haben Sie Prozess C durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Falls nein:</i> <b>Warum nicht?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i> <input type="checkbox"/> Prozess C kam für meine Patienten/innen nicht in Frage
	<i>F2/F3 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt und Prozess C gemacht hat:</i> <b>Wie hat die Zusammenarbeit mit dem CCSchool-BHV bei der schulbasierten Behandlung funktioniert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2/F3 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt und Prozess C gemacht hat:</i> <b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit dem BHV erleichtert?</b> <i>[Antwort hier eintragen:]</i>
	<i>F2/F3 = ja</i>	<i>Falls THP Patienten behandelt und Prozess C gemacht hat:</i>

		<p><b>Wie hat die Zusammenarbeit mit den Schulen funktioniert?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	F2/F3 = ja	<p><i>Falls THP Patienten behandelt und Prozess C gemacht hat:</i></p> <p><b>Welche Veränderungen des CCSchool-Konzepts hätten die Zusammenarbeit mit der Schule erleichtert?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	F2 = ja	<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Inwiefern finden Sie, dass die schulbasierte Behandlung eine sinnvolle Ergänzung der Therapie ist?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	F2/F3 = ja	<p><i>Falls THP Patienten behandelt und Prozess C gemacht hat:</i></p> <p><b>Wie finden Sie die Vergütung für die Leistungen der schulbasierten Behandlung</b></p> <p><input type="checkbox"/> zu gering <input type="checkbox"/> genau richtig <input type="checkbox"/> zu hoch</p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
	F2 = ja	<p><i>Falls THP Patienten behandelt hat:</i></p> <p><b>Haben Sie noch weitere Rückmeldungen zum Behandlungsansatz von CCSchool?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p><i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i></p>
<b>C</b>		<p><b>Allgemeine Bewertungen</b></p>
		<p>Zum Abschluss möchte ich gerne noch eine allgemeine Bewertung von Ihnen erhalten.</p> <p><b>Was waren Ihrer Ansicht nach die <u>größten Herausforderungen</u> des Projekts CCSchool?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p><b>Was sind Ihrer Ansicht nach die <u>größten Stärken</u> des Projekts CCSchool?</b></p> <p><i>[Antwort hier eintragen:]</i></p>
		<p><i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i></p>
<b>D</b>		<p><b>Abschluss des Gesprächs</b></p>
		<p>Wir sind nun am Ende des Interviews.</p> <p><b>Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten? Oder haben Sie noch Fragen an uns?</b></p>

	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>[Wenn „ja“, Antwort stichpunktartig notieren:]</i>
	<p>Dann möchte ich mich zum Abschluss ganz herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich die Zeit genommen haben, um an unserer Befragung teilzunehmen.</p> <p>Noch eine abschließende Datenschutzinformation für Sie: Wir bewahren Ihre Kontaktdaten nicht auf und werden sie nach Ende dieses Telefonats löschen. Ihre Daten liegen weiterhin der Konsortialführung CSG zum Zweck der Projektdurchführung vor, worauf das IGES Institut jedoch keinen Zugriff hat.</p> <p><i>[Verabschiedung und <b>Gespräch beenden</b>]</i></p>
	<p><i>[Notizen oder Anmerkungen:]</i></p>
	<p><i>INTERN: Dauer des Gesprächs in Minuten: _____</i></p>

## Anlage 13: Online-Befragung Projektpartner

<b>I.</b>	<b>Infos für Programmierung</b>  PROG: Alles Pflichtfragen, wenn nicht anders angegeben
<b>II.</b>	<b>Startseite der Befragung</b>  PROG Domain: [Projektpartnern per Mail mitgeteilt]  PROG Überschrift: Herzlich Willkommen zur Kurzbefragung im Rahmen der Prozessevaluation von CCSchool!  PROG Text: Liebe Projektpartner,  Im Rahmen der Prozessevaluation von CCSchool fragen wir als Evaluator alle Projektpartner nach ihren Erfahrungen im Projektverlauf. Welche Herausforderungen sind Ihnen im Projekt begegnet und welche Verbesserungspunkte sehen Sie?  Die Befragung wird etwa 10 bis 15 Minuten in Anspruch nehmen. Sie können bis zum 15.02.2021 teilnehmen.  Die Auswertung der Ergebnisse findet ausschließlich anonym statt. Die Ergebnisse werden keinen Rückschluss auf die teilnehmenden Personen oder Institutionen zulassen. Es werden auch keine personenbezogenen Daten erhoben. Mit Ihrer Teilnahme stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Antworten im Rahmen der Prozessevaluation zu. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung (siehe unten).  Sie haben die Möglichkeit, die Befragung zu unterbrechen. Notieren Sie sich bitte hierfür nach Befragungsbeginn den Token, der Ihnen unten links auf der Seite angezeigt wird. Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Hier können Sie die Befragung starten: [PROG: Neue Befragung beginnen / Unterbrochene Befragung fortsetzen]
<b>III.</b>	<b>Kontakt</b>  PROG: Folgenden Text für den Kontakt auf der Startseite nutzen  IGES Institut GmbH Sandra Rieckhoff <a href="mailto:sandra.rieckhoff@iges.com">sandra.rieckhoff@iges.com</a> Tel.: 030 230 809 25 (Mo bis Fr 10 bis 16 Uhr)
<b>IV.</b>	<b>Datenschutzerklärung</b>  PROG: Folgenden Text für die Datenschutzerklärung auf Startseite nutzen  <b>Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen (CCSchool)</b>  Datenschutzerklärung für die Kurzbefragung zur Prozessevaluation von CCSchool  Diese Datenschutzerklärung gibt Auskunft darüber, welche Daten wir während Ihres Besuchs auf dieser Website erheben und in welcher Weise wir diese nutzen. Ihre Teilnahme an der Online-Befragung ist freiwillig. Sie haben jederzeitig die Möglichkeit, die Bearbeitung des Fragebogens abzubrechen und die Website zu verlassen.  <b>Hintergrund der Studie</b>

Das Projekt CCSchool verfolgt das Ziel die Versorgungskontinuität von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen zu verbessern.

Die Erprobung dieser neuen Versorgungsform findet unter Leitung der CSG Clinische Studien Gesellschaft mbH als Konsortialführung statt.

Das IGES Institut wurde von der CSG mit der unabhängig wissenschaftlichen Evaluation beauftragt und überprüft folgende Endpunkte:

Primärer Endpunkt

1. Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen in (KJ-)psychiatrischen Fachabteilungen/Kliniken (Indikator: stationäre Leistungsanspruchnahme)

Sekundäre Endpunkte

1. Verbesserung der Teilhabe der Patienten insbesondere in Schule/Ausbildung durch medizinische Symptomreduktion und adäquate Krankenbehandlung (Indikatoren: Messwerte auf standardisierten Assessment-Instrumenten)

2. Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien (Indikatoren: Messwerte auf standardisierten Assessment-Instrumenten)

In der Kurzbefragung der Projektpartner geht es vorrangig um die Evaluation des Prozesses.

#### **Verantwortlicher**

Für die Datenverarbeitung auf der Webseite ist die IGES Institut GmbH, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin verantwortlich.

#### **Daten der Online-Befragungen**

Im Rahmen der Online-Befragung erhebt die IGES Institut GmbH grundsätzlich nur Daten, die für die Studie notwendig sind. Mögliche Soziodemografische Daten dienen dabei lediglich der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe.

#### **Die Teilnahme an der Online-Befragung erfolgt freiwillig**

Die Verarbeitung der Daten aus der Online-Befragung durch das IGES Institut erfolgt auf anonymer Basis. Ihre Antworten werden weder an den Auftraggeber, noch an andere Institutionen oder Personen weitergegeben. Es findet zu keinem Zeitpunkt eine personenbezogene Auswertung der Antworten statt - es wird ausschließlich über die gesamte Stichprobe der Befragung ausgewertet.

Es sind keine negativen Konsequenzen mit einer Nichtteilnahme an der Befragung verbunden. Allerdings verhindert eine Nichtteilnahme, dass Ihre Expertenmeinung in die Ergebnisse zur Thematik einfließen kann.

#### **Speicherung der IP-Adresse**

Wir speichern die von Ihrem Webbrowser übermittelte IP-Adresse streng zweckgebunden für die Dauer von sieben Tagen, in dem Interesse, Angriffe auf unsere Website erkennen, eingrenzen und beseitigen zu können. Nach Ablauf dieser Zeitspanne löschen bzw. anonymisieren wir die IP-Adresse. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung. Ihre IP-Adresse wird nicht mit dem Online-Fragebogen verknüpft.

#### **Nutzungsdaten**

Wenn Sie unsere Website besuchen, speichern wir auf Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung temporär sogenannte Nutzungsdaten. Die Nutzungsdaten verwenden wir zu statistischen Zwecken, um die Qualität unserer Website zu verbessern sowie zu Sicherheitszwecken. Wir verwenden diese Informationen außerdem, um den Aufruf unserer Website zu ermöglichen, zur Kontrolle und Administration unserer Systeme sowie zur Verbesserung der Gestaltung der Website. Diese von uns verfolgten Zwecke stellen zugleich das berechnigte Interesse im Sinne von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f Datenschutz-Grundverordnung dar.

Im Einzelnen wird über jeden Abruf folgender Datensatz gespeichert:

- IP-Adresse
- Name der abgerufenen Datei
- Datum und Uhrzeit des Abrufs
- übertragene Datenmenge
- Meldung, ob der Abruf erfolgreich war
- Meldung, warum ein Abruf ggf. fehlgeschlagen ist
- Betriebssystem und Browsersoftware Ihres Computers
- Bildschirmauflösung
- Browsersprache
- Farbtiefe
- Browser-Plugins (JavaScript, Flash Player, Java, Silverlight, Adobe Acrobat Reader usw.)
- sowie die Website, von der aus Sie zu unserer Website gekommen sind

#### **Einsatz von Dienstleistern/Verarbeitung von Daten in Ländern außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraum**

Die IGES Institut GmbH setzt zur Erbringung bestimmter Leistungen und zur Verarbeitung Ihrer Daten Dienstleister ein. Die Dienstleister verarbeiten die Daten ausschließlich auf Weisung die IGES Institut GmbH und sind zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Sämtliche Auftragsverarbeiter wurden sorgfältig ausgewählt und erhalten nur in dem Umfang und für den benötigten Zeitraum Zugang zu Ihren Daten, der für die Erbringung der Leistungen erforderlich ist.

#### **Rechtsgrundlage**

Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Ihre Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Verarbeitung berührt. Wenn die Einwilligung widerrufen wird, stellt die IGES Institut GmbH die entsprechende Datenverarbeitung ein.

Die Daten werden unter Berücksichtigung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen spätestens 10 Jahre nach Abschluss der Studie gelöscht. Eine vorherige Datenlöschung individueller Antworten ist aufgrund der anonymen Datenerhebung nicht möglich.

Sie haben das Recht, der Datenverarbeitung zu widersprechen (siehe hierzu nachfolgender Punkt „Betroffenenrechte“).

#### **Betroffenenrechte**

Auf Anforderung teilt Ihnen die IGES Institut GmbH gerne mit, ob und welche Daten über Sie gespeichert sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ha-

ben Sie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten. Sie haben weiter das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sie haben außerdem ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz.

Sollten Sie Fragen zu dieser Datenschutzerklärung haben, können Sie sich unter der E-Mailadresse [datenschutz@iges.com](mailto:datenschutz@iges.com) an den Datenschutzbeauftragten der IGES Institut GmbH wenden.

<b>A.</b>	<b>Zusammenarbeit</b> PROG: Seitenüberschrift „Zusammenarbeit“
Startseite	PROG: Diesen Text einzeln anzeigen <b>Abschnitt 1 von 3:</b> <b>Zu Beginn bitten wir Sie um Ihre Einschätzung zur <u>Zusammenarbeit</u> im Rahmen des Projektes.</b>
A015	PROG: OPTIONAL <b>Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung.</b> PROG: Freitext
A020	<b>Bitte bewerten Sie folgende Aussagen zur Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern (gemeint sind Konsortial- und Kooperationspartner nicht externe Leistungserbringer).</b>

		stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	teils/teils	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
_1	Alle Projektpartner haben gut und vertrauensvoll zusammengearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_2	Alle Projektpartner haben entsprechend ihrer vorgesehenen Rollen und Verantwortlichkeiten zum Erfolg des Projekts beigetragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_3	Mir war meine Rolle und Zuständigkeit im Projekt jederzeit klar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_4	Neue Informationen zum Projekt wurden stets rechtzeitig kommuniziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_5	Wenn Schwierigkeiten oder Konflikte auftraten, wurde offen über diese diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_6	Wenn ich Fragen oder Probleme bezüglich des Projekts hatte, wusste ich stets, an wen ich mich wenden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_7	Die Organisation des Austauschs mit den Projektpartnern (z. B. Frequenz und Länge der Treffen) war genau richtig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_8	Anstehende Aufgaben im Projekt wurden stets gerecht verteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_9	Ich konnte mich immer auf die Beiträge der anderen Projektpartner verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A030	<b>PROG: OPTIONAL</b> <b>Wie könnte man Ihrer Meinung nach (zusätzlich) die Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern verbessern?</b> PROG: Freitext						
<b>B.</b>	<b>Organisation und Umsetzung des Projekts</b> PROG: Seitenüberschrift „Organisation“						
Startseite	PROG: Diesen Text einzeln anzeigen <b>Abschnitt 2 von 3:</b> <b>Im folgenden Abschnitt geht es um die <u>Organisation und Umsetzung des Projekts</u>.</b>						
B010	PROG: maximal 5 Antworten auswählbar <b>Was waren Ihrer Meinung nach die <u>fünf größten Herausforderungen</u> bei der <u>Organisation und Umsetzung des Projekts</u>?</b>						
_7	<input type="checkbox"/> Gewinnung von Krankenkassen für eine Unterstützung des Projekts						
_6	<input type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit den Schulbehörden						

_5	<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit mit dem Projektträger DLR
_4	<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit zwischen den Projektpartnern
_8	<input type="checkbox"/>	Gewinnung von niedergelassenen BHV
_9	<input type="checkbox"/>	Gewinnung von niedergelassenen CCS-THP
_17	<input type="checkbox"/>	Rekrutierung von ausreichend Patienten/innen
_15	<input type="checkbox"/>	Durchführung der Datenerhebungen im Projektablauf
_10	<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit zwischen BHV und CCS-THP
_1	<input type="checkbox"/>	Entwicklung der Interventionsinhalte
_2	<input type="checkbox"/>	Erstellung/das Aufsetzen des E-Learnings
_3	<input type="checkbox"/>	Entwicklung der Erhebungsinstrumente
_11	<input type="checkbox"/>	Unterstützung der BHV bei der Umsetzung
_12	<input type="checkbox"/>	Unterstützung der CCS-THP bei der Umsetzung
_13	<input type="checkbox"/>	Vergütung der BHV
_14	<input type="checkbox"/>	Vergütung der CCS-THP
_16	<input type="checkbox"/>	Zusammenarbeit mit den Schulen
_18	<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar _____
B020		<p>PROG: Aufzeigen der ausgewählten Antworten aus B010 &amp; OPTIONAL</p> <p><b>Sie haben die folgenden Herausforderungen zu den fünf größten Herausforderungen in der Organisation und Umsetzung des Projekts genannt. Bitte begründen Sie kurz Ihre jeweilige Auswahl:</b></p> <p>PROG: Freitext</p>
Info		<p>PROG: B030 &amp; B040 auf eine Seite &amp; oben Info-Text anzeigen</p> <p><b>Im Projekt CCSchool wurden weniger Patientinnen und Patienten eingeschlossen als erwartet, so dass die im Vorfeld kalkulierte Fallzahl nicht erreicht wurde.</b></p>
B030		<p>PROG: OPTIONAL</p> <p><b>Was waren Ihrer Meinung nach die Gründe für die geringe Anzahl an eingeschlossenen Patienten bzw. Patientinnen?</b></p> <p>PROG: Freitext</p>
B040		<p>PROG: OPTIONAL</p> <p><b>Welche Veränderungen des Projekts hätten Ihrer Meinung nach dazu geführt, dass mehr Patientinnen und Patienten eingeschlossen worden wären?</b></p> <p>PROG: Freitext</p>
<b>C.</b>		<b>Abschluss</b>
		PROG: Seitenüberschrift „Abschluss“
Startseite		<p>PROG: Diesen Text einzeln anzeigen</p> <p><b>Abschnitt 3 von 3:</b></p> <p><b>Zum Schluss bitten wir Sie noch um eine kurze Gesamteinschätzung.</b></p>
C010		<p>PROG: OPTIONAL</p> <p><b>Welche Stärken bietet Ihrer Meinung nach der CCSchool-Therapieansatz?</b></p> <p>PROG: Freitext</p>
C020		<p>PROG: OPTIONAL</p> <p><b>Welche Schwächen hat Ihrer Meinung nach der CCSchool-Therapieansatz?</b></p> <p>PROG: Freitext</p>
C030		<p><b>Würden Sie den Therapieansatz von CCSchool ganz oder in Teilen für die Aufnahme in die Regelversorgung empfehlen?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ja, vollständig (1)</p> <p><input type="checkbox"/> ja, in Teilen (2)</p> <p><input type="checkbox"/> nein (3)</p>

	<input type="checkbox"/> keine Angabe (4)
C040	PROG: C030 = 1 & OPTIONAL <b>Warum sollte der Therapieansatz nach CCSchool Teil der Regelversorgung werden?</b> PROG: Freitext
C050	PROG: C030 = 2 <b>Welche Teile des Therapieansatz nach CCSchool sollten Teil der Regelversorgung werden?</b> _1 <input type="checkbox"/> Prozess A (standardisierte Diagnostik) _2 <input type="checkbox"/> Prozess B (schulbasiertes therapeutisches Assessment) _3 <input type="checkbox"/> Prozess C (schulbasierte Behandlung) _4 <input type="checkbox"/> folgende Teile: _____ _5 <input type="checkbox"/> keine Angabe (PROG: kann nur alleine angekreuzt werden)
C060	PROG: C030 = 2 & OPTIONAL <b>Bitte begründen Sie kurz Ihre Auswahl:</b> PROG: Freitext
C070	PROG: C030 = 3 & OPTIONAL <b>Warum sollte CCSchool nicht Teil der Regelversorgung werden?</b> PROG: Freitext
C080	PROG: OPTIONAL <b>Sehen Sie (weitere) Verbesserungspunkte im Hinblick auf den CCSchool-Therapieansatz?</b> PROG: Freitext
C090	PROG: OPTIONAL <b>Gibt es etwas Anderes, das Sie uns darüber hinaus mitteilen möchten?</b> PROG: Freitext
Info	<b>Sie sind am Ende des Fragebogens angekommen.</b>  <b>Wenn Sie jetzt auf „Weiter“ klicken, schicken Sie den Fragebogen ab und können keine Änderungen mehr vornehmen.</b>
Abschluss	<b>Geschafft!</b> <b>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!</b> <b>Sie können die Seite nun schließen.</b>