

# Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

<b>Konsortialführung:</b>	Ludwig-Maximilians-Universität München – Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF16032
<b>Akronym:</b>	PrimA-QuO
<b>Projekttitel:</b>	Optimierte primärärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen – Evaluation von Qualität und Outcomes
<b>Autoren:</b>	Eva Grill, Claudia Eismann, Susanne Moser, Lars Schwettmann
<b>Förderzeitraum:</b>	1. April 2017 – 30. September 2020

1. Zusammenfassung.....	2
2. Beteiligte Projektpartner .....	2
3. Einleitung .....	3
4. Projektdurchführung .....	5
5. Methodik .....	8
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen.....	19
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	39
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen .....	41
9. Anlagen.....	43

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

Psychische Auffälligkeiten und Störungen (PAS) im Kindes- und Jugendalter können mit erheblichen Beeinträchtigungen der Kinder und Jugendlichen (KJ) und deren weiterer Entwicklung einhergehen. Eine frühzeitige Identifikation der Störung und auf die Patient:innen abgestimmte Versorgungsprozesse stellen entscheidende Faktoren dar, um langfristige Beeinträchtigungen der KJ zu verhindern. Kinder- und Jugendärzt:innen (KJÄ) sind in der Regel erste Ansprechpartner für PAS. Unabhängig von der Schwere der Symptomatik findet jedoch häufig eine direkte Weiterleitung an die spezialisierte Versorgung statt, sodass Versorgungsengpässe bei der weiterführenden Behandlung dieser Patient:innengruppe entstehen können. Ziel des Projekts PrimA-QuO war es, die Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen mit PAS durch Standardisierung der Anamnese- und Behandlungsabläufe (BKK-Programm STARKE KIDS – Gesundheitscoaching (GC)) in der Primärversorgung zu verbessern. Hierzu wird überprüft, ob das GC-Programm das Potenzial hat, in die Regelversorgung der GKV übernommen zu werden.

### Methodik

Die Evaluation des GC gliedert sich in zwei Arbeitspakete: (AP 1) In einer qualitativen und quantitativen Befragungsstudie wird untersucht, ob die theoretische Fundierung des Programms umsetzbar ist, welche Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren für das Programm bei KJÄ, Patient:innen und Sorgeberechtigten bestehen und wie sich die Teilnahme auf die Outcomes der Behandlung auswirken. (AP 2) Zur Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Effektivität des GC wird eine gesundheitsökonomische Routinedatenanalyse mit Fokus auf potentielle Auswirkungen der Intervention auf das ärztliche Kodierverhalten und Behandlungsverläufe sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen anhand von BKK-Routinedaten aus Bayern durchgeführt.

### Ergebnisse

Auf Seiten der KJÄ sowie der Patient:innen und deren Sorgeberechtigten konnte eine hohe Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung im Kontext des GC festgestellt werden, es wurden jedoch auch Barrieren der Programmumsetzung offensichtlich. Es konnten keine Effekte des GC auf patientenbezogene Outcomes gezeigt werden. PAS wurden unabhängig vom GC über den Beobachtungszeitraum häufiger diagnostiziert. Behandlungsverläufe unterschieden sich durch das GC nur geringfügig, wobei durch das GC erhöhte Kosten bei KJÄ nicht mit insgesamt höheren Versorgungskosten der Patient:innen einhergingen.

### Diskussion

Das GC stellt einen wichtigen Schritt Richtung patient:innenorientierterer Versorgung dar. Die Evaluation des GC konnte wichtige Ansätze zur Verbesserung der Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen mit PAS und die Bedeutung der Versorgungsstrukturen für die Inanspruchnahme sozialpädiatrischer Leistungen zeigen.

## 2. Beteiligte Projektpartner

Einrichtung/Institut	Rolle	Projektleitung	Verantwortlichkeit
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, LMU München	Konsortialführung	Prof. Dr. Eva Grill (Ansprechpartnerin)	Durchführung und Evaluation Befragung
BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften Bayern, Baden-Württemberg und Hessen	Konsortialpartner	Dr. Renate Lange	Projektkoordination
Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (GmbH)	Konsortialpartner	PD Dr. Lars Schwettmann	Routinedatenanalyse
PaedNetz Bayern e.V.	Konsortialpartner	Susanne Moser	Koordination niedergelassene Kinder- und Jugendärzte in Bayern

## 3. Einleitung

### Ausgangslage des Projekts

Psychische Auffälligkeiten und Störungen (PAS) treten im Kindes- und Jugendalter häufig auf: laut dem deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) sind 17 % der Kinder und Jugendlichen (KJ) zwischen drei und 17 Jahren betroffen [1]. Gerade in diesem Alter können dadurch körperliche Gesundheit und Lebensqualität, aber auch familiäre Umwelt und schulische und spätere berufliche Entwicklung erheblich beeinträchtigt werden [2]. Kinder- und Jugendärzt:innen (KJÄ) sind in der Regel erste Ansprechpartner:innen, überweisen aber überwiegend an spezialisierte, sozialpädiatrische Dienste weiter, sodass Versorgungsengpässe bei der weiterführenden Behandlung dieser Patient:innengruppe entstehen können [3, 4]. Diese Engpässe gefährden eine zeit- und patient:innengerechte Versorgung, vor allem, wenn neben KJ mit hohem Bedarf auch diejenigen überwiesen werden, die von niedrigschwelligen Angeboten bei den Primärversorger:innen mehr profitieren würden. Aus diesem Grund führten die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften Bayern, Baden-Württemberg und Hessen zusammen mit dem Berufsverband der KJÄ e.V. (BVKJ) und dem PaedNetz Bayern e.V. für ihre Versicherten das Gesundheitscoaching-Programm (GC) im Rahmen des Selektivvertrags BKK STARKE KIDS (SK, <https://www.bkkstarkekids.de/startseite/>) ein. Die Betriebskrankenkassen (BKKn) bieten mit SK eine Auswahl an speziellen Gesundheits- und Versorgungsleistungen an, die über die Leistungen der gesetzlichen Regelversorgung hinausgehen. Insgesamt bieten 69 BKKn bundesweit SK an. Das GC ist ein Paket indikationsbezogener Maßnahmen für 16 sozialpädiatrische Krankheitsbilder innerhalb des SK und umfasst Handlungsleitfäden, ein Schulungskonzept sowie ein zusätzliches Budgetkontingent für die Nutzung der standardisierten Handlungsleitfäden im Rahmen einer gesonderten Sprechstunde [5]. Das Paket hat die Intention, die Versorgung in der primärärztlichen Praxis zu optimieren, indem KJ

nach Möglichkeit bei Primärversorger:innen weiter behandelt werden können und nur bei dringendem Bedarf überwiesen werden.

Für SK ist eine aktive Einschreibung des Kindes oder Jugendlichen (KJ) und des/der Kinder- und Jugendarztes/-ärztin (KJA) in den Selektivvertrag erforderlich. Familien werden über die zusätzlichen Versorgungsangebote des SK informiert. Eine weitere Einschreibung in das GC ist für KJ nicht nötig. KJÄ, die das SK anbieten, können sich über eine spezielle zusätzliche Schulung mit Aushändigung der standardisierten Materialien zum Gesundheitscoach ausbilden lassen, danach ein standardisiertes GC anbieten und als Sprechstunde gesondert abrechnen.

### **Ziele und Erwartungen des Projekts**

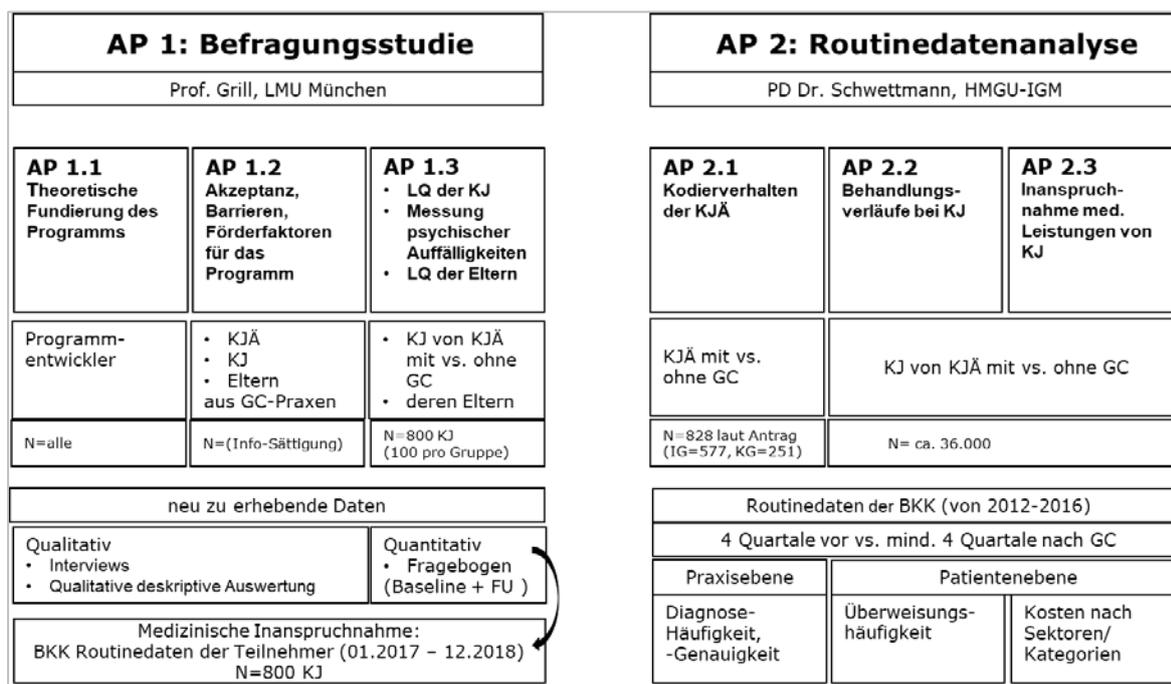
Ziel des Projekts war es, zu evaluieren, ob sich das Programm auf Versorgung und Gesundheit der Patient:innen auswirkt. Darüber hinaus wurde untersucht, wie das Programm von den KJÄ, Patient:innen und Sorgeberechtigten angenommen wird und welche Faktoren einer erfolgreichen Anwendung im Wege stehen könnten. Hierfür wurden alle Beteiligten befragt (Interview- und Kohortenstudie). Zusätzlich wurden Daten der beteiligten gesetzlichen Krankenkassen analysiert, um Rückschlüsse über Therapie- und Überweisungsverhalten und Kosten ziehen zu können.

Die konkreten Zielsetzungen des Projektes waren:

- Überprüfung der theoretischen Fundierung des Programms
- Analyse von Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren bei GC-KJÄ, Patient:innen und deren Eltern
- Prüfung von Wirtschaftlichkeit und Effektivität des Programms

### **Projektstruktur**

Das Projekt war in zwei Arbeitspakete (AP 1 und AP 2) unterteilt, welche die oben genannten Zielsetzungen erarbeitet haben (siehe Abbildung 1).



BKK: Betriebskrankenkassen, FU: Follow-Up, GC: Gesundheitscoaching, KJ: Kinder und Jugendliche, KJÄ: Kinder- und Jugendärzt:innen, LQ: Lebensqualität.

Abbildung 1: Projektstruktur inklusive Darstellung der Arbeitspakete

Das Arbeitspaket 1 wurde unter Leitung von Frau Prof. Grill an der LMU durchgeführt. Mittels einer qualitativen und quantitativen Befragungsstudie wurden die theoretische Fundierung des Programms, die Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren bei den Stakeholdern des GC analysiert sowie die Outcomes von Kindern und Jugendlichen mit vs. ohne GC-Behandlung verglichen.

Für die Bearbeitung des Arbeitspaketes 2 war das Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen (IGM) am Helmholtz Zentrum München – Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt (HMGU) unter der Leitung von Herrn PD Dr. Schwetmann verantwortlich. Eine gesundheitsökonomische Routinedatenanalyse prüfte die Wirtschaftlichkeit und Effektivität des GC mit Fokus auf Auswirkungen der Intervention auf das ärztliche Kodierverhalten und die Behandlungsverläufe sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen anhand von BKK-Routinedaten aus Bayern.

### Zusammenarbeit mit den Projektpartnern

Zur Abstimmung des Vorgehens und zum informativen Austausch fanden während der gesamten Projektlaufzeit in regelmäßigen Abständen Projekt- und Arbeitstreffen mit den involvierten Projektpartnern statt. Die Konsortialpartner standen dabei im regelmäßigen fachlichen Austausch mit den Ärzt:innen von PaedNetz Bayern e.V. zu verschiedenen medizinischen Fragestellungen im Rahmen des Projektes. Die Zusammenarbeit verlief durchgehend harmonisch und produktiv.

## 4. Projektdurchführung

### Beschreibung des Versorgungsforschungsprojekts

Die BKK Vertragsarbeitsgemeinschaften (VAG) Bayern, Baden-Württemberg und Hessen schlossen 2011 zusammen mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)

und dem PaedNetz Bayern e.V. einen Rahmenvertrag nach § 140 a ff. SGB V i.V. m. § 43 Abs. 1 Nr.2 SGB V. Etabliert ist für 16 sozialpädiatrische Krankheitsbilder ein Paket indikationsbezogener Maßnahmen: das Gesundheitscoaching-Paket [5]. Dieses besteht aus Handlungsleitfäden, einem Fortbildungskonzept und einem Zusatzbudget.

- Handlungsleitfäden:

Mit indikationsbezogenen Checklisten, familiären und patient:innenbezogenen Basisdiagnostikfragebögen zur Anamnese und indikationsbezogenen Arbeitsmaterialien können KJÄ standardisiert diagnostizieren und therapieren. Zu den standardisierten Therapieoptionen zählt die leitlinienbasierte Behandlung durch KJÄ. Diese erfolgt in der Regel über sechs Monate, aber es kann aufgrund des Ergebnisses der basisdiagnostischen Fragebögen auch die sofortige Überweisung zur spezialisierten Versorgung im Bereich der Sozialpädiatrie erfolgen. Die Überleitung zur Spezialversorgung, wie beispielsweise Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Kinder- und Jugendpsychiater:innen oder Neuropädiater:innen, erfolgt im Sinne eines Gesamtprozesses, in dem die Kommunikation zwischen der Spezialversorgung und den KJÄ optimiert standardisiert wird und ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsverbesserung ist. KJÄ erfüllen in diesem Konzept eine Lotsenfunktion, angepasst an die Komplexität des Störungsbildes, an die Behandlungsmöglichkeiten und Ressourcen sowie an das definierte Therapieziel.

- Fortbildungskonzept:

Neben den Handlungsleitfäden beinhaltet das GC zusätzlich zur Abrechnungs-Erfordernis des sozialpädiatrischen Curriculums „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die Kinder- und jugendärztliche Praxis“ für die EBM-Ziffern 04355 und 04356 ein Fortbildungskonzept für den Umgang mit diesen programmeigenen Handlungsleitfäden. Entsprechende 2-fache Schulungen wurden im Juni 2013 eingeführt. Mit der Fortbildungsdurchführung erhalten die KJÄ eine Abrechnungs- und Leistungserbringungsfreigabe, die nach Übergangsregelungen seit 01.04.2014 an das standardisierte Fortbildungskonzept gebunden ist.

- Zusatzbudget:

Die Betriebskrankenkassen stellen bei entsprechender Indikation eines KJ ein zusätzliches Budgetkontingent für die Nutzung der standardisierten Handlungsleitfäden im Rahmen gesonderter Sprechstunden zur Verfügung. Die Nutzung der indikationsbezogenen Handlungsleitfäden stellt dabei den über das herkömmliche GKV-Leistungsspektrum der EBM-Ziffern 04355 und 04356 hinausgehenden Leistungsanspruch dar. Seit Ablauf der Übergangsregelung (SK-Teilnahme, aber nicht Teilnahme am Fortbildungskonzept als Voraussetzung für ein entsprechendes Budget) stellt die 2-fache Schulungsteilnahme der KJÄ zum Thema „BKK STARKE KIDS Gesundheitscoaching“ die Abrechnungsvoraussetzung für das GC dar. Seither können für das GC nur im Rahmen des standardisierten Programms zusätzlich 15 € pro 10 Minuten bis zu einer Obergrenze von 180 Minuten pro KJ abgerechnet werden.

Grundprinzipien des GC sind Partizipation, Patient:innenorientierung und Stärkung vorhandener Ressourcen, wie in der Literatur gefordert [6], gestützt auf das biopsychosoziale Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) [7]. Über 80% (750 Personen) der KJÄ in Bayern sind Mitglieder von PaedNetz Bayern

e.V. Derzeit sind insgesamt 577<sup>1</sup> Mitglieder für die Teilnahme am GC qualifiziert. Mit dem GC wurde ein niedrigschwelliges und wohnortnahes Versorgungsangebot geschaffen, das erhebliches Potenzial hat, besonders bei leichteren Störungen, Übertherapie und Übermedikalisierung zu vermeiden. KJÄ können als primäre Ansprechpartner:innen mit dem Instrumentarium des GC sicherer unter Berücksichtigung der bestehenden Ressourcen die nächsten Behandlungsschritte mit den Sorgeberechtigten und den Patient:innen planen und die Versorgungsabläufe mit der Spezialversorgung gemeinsam optimieren. Damit werden sozialpädiatrische Ressourcen bedarfsgerecht für jene Patient:innen freigesetzt, die eine unmittelbare und unaufschiebbare spezialisierte Versorgung, z.B. in einem SPZ, benötigen. Aus der Differenz zwischen Vergütung der KJÄ und der Fallpauschalen der SPZ ergibt sich außerdem ein erhebliches Wirtschaftlichkeitspotenzial in der GKV-Versorgung bei gleichen oder besseren medizinischen Outcomes. Zudem ergeben sich Kosten- und Zeitersparnisse auf Patient:innenseite durch geringere Wartezeiten und Fahrtkosten.

### Durchgeführte Arbeiten

Zu Beginn des Projekts wurden zunächst allgemeine, vorbereitende Maßnahmen durchgeführt wie z.B. Besetzung des Studienpersonals, Einreichen des Antrages bei der Ethikkommission und Erstellung des Datenschutzkonzeptes, welches inklusive der Studienunterlagen an die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) angepasst wurde [8]. Über das PaedNetz wurden KJÄ rekrutiert, welche an der Erhebung der Primärdaten teilnehmen sollten.

Zur Festlegung des finalen Analysedatensatzes aus den Routinedaten wurde das Auswertungskonzept in Absprache mit den Projektpartner:innen präzisiert. Für erste Testauswertungen wurde daraufhin ein Probedatensatz zur Prüfung der Datenqualität und Finalisierung des Auswertungsplans erstellt.

Tabelle 1: Arbeits-, Zeit- und Meilensteinplanung

	Jahr 1				Jahr 2				Jahr 3				Kostenneutr. Verlängerung	
Monat	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42
<b>Netzwerkorganisation (alle AP)</b>														
Kick-off Meeting, regelmäßige Studientreffen; Reporting (intern und extern)														
Vorbereitung der Studie (inkl. Votum der Ethikkommission)														
Datenbasis Routinedaten festlegen														
Datenerhebung & Qualitätskontrolle														
<b>AP 1: Qualitative und quantitative Befragung</b>														
AP 1.1: Qual. Stakeholder-Interviews				*										
<b>Meilenstein: Analyse der Interviews abgeschlossen</b>														
AP 1.2: Qual. Interviews Ärzt:innen, Patient:innen, Sorgeberechtigte							*							

<sup>1</sup> Stand: Juli 2020  
 Ergebnisbericht

Meilenstein: Analyse der Interviews abgeschlossen				
AP 1.3: Quantitative Befragung Meilenstein: Follow-Up beendet			*	
AP 2: Routinedatenanalyse				
AP 2.1: Analyse Kodierverhalten Meilenstein: Analyse abgeschlossen			*	
AP 2.2: Analyse Behandlungsverläufe Meilenstein: Analyse abgeschlossen			*	
AP: 2.3: Analyse Kosten Meilenstein: Analyse abgeschlossen				*

Arbeitspaket (AP) 1 startete mit qualitativen Interviews mit den Programmentwicklern des GC, KJÄ, KJ und deren Eltern. Anschließend wurde, auch basierend auf den ersten Erfahrungen der Interviewstudie, eine quantitative Befragung der Familien durchgeführt. Im Anschluss erfolgte die Analyse der erhobenen Daten und die Publikation der Ergebnisse.

Für AP 2 wurde, wie oben beschrieben, der finale Analysedatensatz aus den Routinedaten festgelegt, eine entsprechende Abfrage erstellt sowie die Datensätze in geeigneter Form verknüpft und aufbereitet. Im Anschluss erfolgten die entsprechenden Analysen zur Beantwortung der Teilfragestellungen sowie die Aufbereitung der Ergebnisse zur Publikation.

Die gesamte vorhandene Infrastruktur an der LMU und am HMGU konnte für das Projekt genutzt werden. Auch die notwendige Software zur Auswertung der Daten stand an den auswertenden Instituten zur Verfügung. Die Rechenzentren des HMGU und der LMU verfügten über die notwendigen technischen Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit und des Datenschutzes. Die Routinedaten der beteiligten Betriebskrankenkassen wurden durch einen externen Dienstleister (BITMARCK Service GmbH) im BitInfonet zur Verfügung gestellt, entsprechende Datenbankabfragen und der Aufbau einer projektbezogenen Datenbank waren im Budget eingeplant. Das PaedNetz Bayern verfügt als größter bayerischer Praxisnetz-Verbund über Zugang zu rund 750 niedergelassenen KJÄ und brachte diese bereits vorhandene Infrastruktur in das PrimA-QuO-Projekt ein, um den Zugang zu den niedergelassenen KJÄ zu erleichtern.

## 5. Methodik

### AP 1: Qualitative und quantitative Befragung

Das GC ist als komplexe Intervention im Sinne der UK Medical Research Council Guidelines zu sehen, da es aus mehreren interagierenden Komponenten besteht und verschiedene Ziele gleichzeitig verfolgen kann [9]. Prozesse und Ergebnisse der komplexen Intervention GC werden daher nach den etablierten Regeln des MRC Frameworks evaluiert [9, 10]. Um den Perspektiven aller Gruppen gerecht werden zu können, wurde die Evidenz im Mixed Methods Design aufgearbeitet [11], das bedeutet, dass qualitative und quantitative Studienteile ineinandergreifen. Der Schwerpunkt liegt auf der partizipativen Einbeziehung der KJ und deren Sorgeberechtigter. Die Analyse folgte dem PRECEDE-PROCEED Modell [12]. Ergebnisse aus

den qualitativen Interviews sollten dabei unterstützen, die quantitative Befragung und die Analyse der Routinedaten zu fokussieren. Qualitative und quantitative Ergebnisse wurden im Sinn eines konvergenten Mixed Method Designs interpretatorisch miteinander verwoben (siehe Abbildung 2) [11].

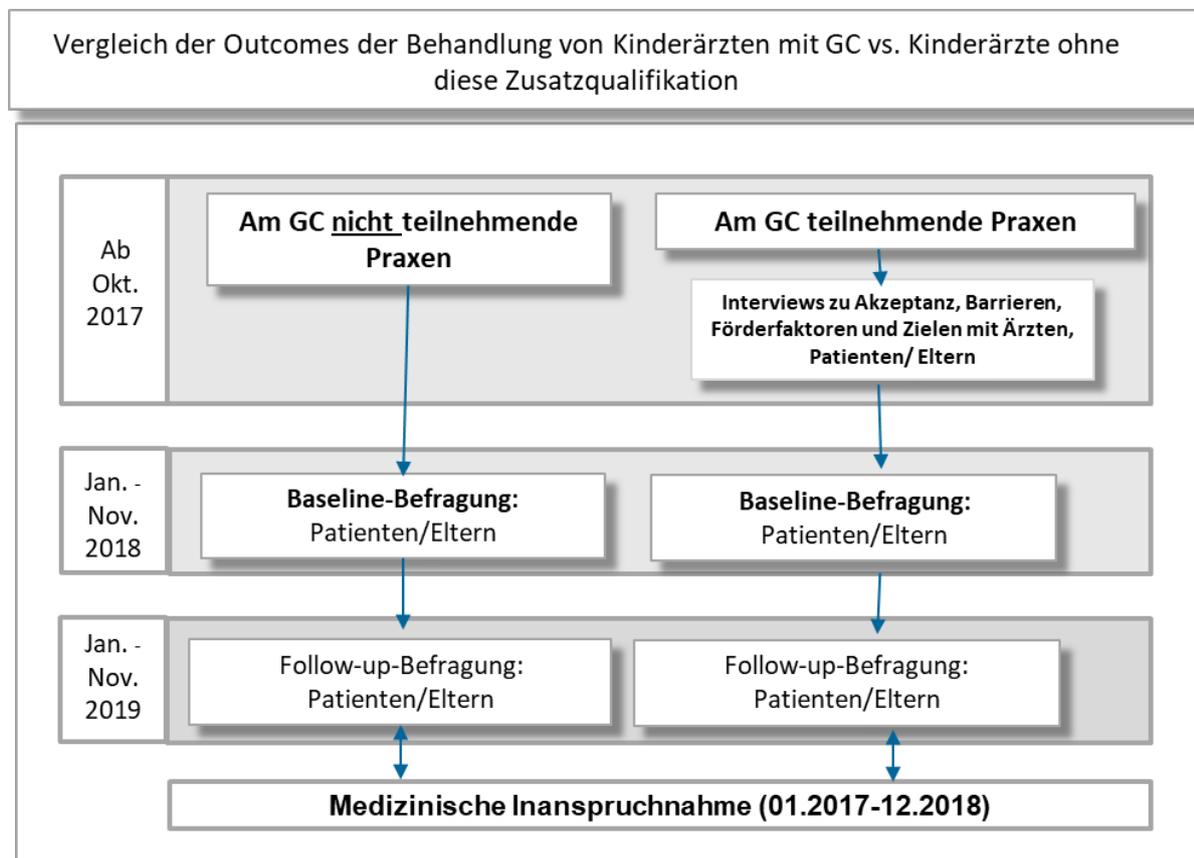


Abbildung 2 Überblick über die quantitative Kohortenstudie und die qualitativen Interviews

## 5.1 Qualitative Studie (AP 1.1 und 1.2)

### Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Interviews mit KJÄ wurden Mitglieder eines Ärztenetzwerks eingeladen ("PaedNetzBayern"), die sich für das GC qualifiziert hatten und daran teilnahmen. Insgesamt erklärten sich 23 KJÄ bereit, teilzunehmen. Diese wurden gezielt nach Stadt/Land-Verteilung ausgewählt. Zusätzlich wurden explorierende Interviews mit den Programmentwicklern durchgeführt.

Eltern wurden eingeschlossen, wenn bei mindestens einem ihrer Kinder (0 bis 17 Jahre) eine der vier häufigsten PAS-Diagnosen diagnostiziert wurde (gesicherte Diagnose), mindestens eine Konsultation bei einer/einem KJA in Bayern in den letzten sechs Monaten aufgrund der PAS-Diagnose erfolgte, die Kinder im SK-Vertrag eingeschrieben waren und im GC von einer/einem KJA mit entsprechender Fortbildung behandelt wurden. Die eingeschlossenen Diagnosen waren:

1. Sprach-Entwicklungsstörung (ICD-Codes: F80.0-F80.9)
2. Kopf- und Bauchschmerzen (Somatoform) (G44.2, G43.0, G43.1, F45.4, R10.4)

3. Verhaltensstörung (F68.8, F91.0-92.9, F94.0-95.9, F98.3-F98.9) und
4. anorganische Enuresis (F98.0).

Mehr als die Hälfte aller teilnehmenden Familien (314 der 565 in der GC-Gruppe) wollten an einem Interview zum GC teilnehmen. Unter den Interviewzusagen befanden sich 10 Jugendliche ab 14 Jahre. Beim Einschluss wurde die Diversität der Risikofaktoren berücksichtigt. Es erfolgte eine gezielte Stichprobenauswahl nach den Grundsätzen der maximalen Varianz in Bezug auf Alter, Geschlecht, Diagnose, Bildungshintergrund der Eltern und städtische/ländliche Verteilung.

## **Methoden der Datenerhebung, Datenanalyse**

### Entwicklung der Leitfäden

Die Interview-Leitfäden wurden im Team entwickelt und getestet. Dabei wurden Fragen und Stichworte für Fragen aus den Forschungsfragen heraus nach den Empfehlungen von Helfferich [13] entwickelt. Für die Expert:inneninterviews wurde der Leitfaden stark strukturiert, um direkt auf die Forschungsfrage abzielen. Die Fragen für die Interviews mit KJ und Eltern wurden ebenfalls vorformuliert, aber in Reihenfolge und Inhalt offener gestaltet, um mehr Raum für narrative Elemente zu lassen [13]. Besonderes Augenmerk wurde im Leitfaden auf das Prinzip der partizipativen Entscheidungsfindung gelegt.

Interviews wurden telefonisch nach Terminvereinbarung durchgeführt und mit geeigneter Technik aufgezeichnet. Die Interviews wurden verbatim transkribiert und mit Hilfe qualitativer deskriptiver Methoden ausgewertet [14]. Der Kodierleitfaden ist in Abbildung 3 dargestellt. Interviews wurden bis zur Informationssättigung durchgeführt, d.h. bis ein zusätzliches Interview keine weiteren neuen Ergebnisse lieferte.

## **5.2 Quantitative Kohortenstudie (AP 1.3)**

### **Ein- und Ausschlusskriterien**

Eltern wurden zu der Befragung eingeladen, wenn bei mindestens einem ihrer Kinder (0 bis 17 Jahre) eine der vier häufigsten PAS-Diagnosen diagnostiziert wurde (gesicherte Diagnose, siehe oben) und mindestens eine Konsultation bei einer/einem KJA in Bayern in den letzten sechs Monaten aufgrund der PAS-Diagnose erfolgte.

Teilnehmer:innen mit einer PAS-Verdachtsdiagnose oder einer Versicherungslücke von mehr als 30 Tagen wurden von der Befragung ausgeschlossen. Die Befragung wurde ausschließlich unter BKK-Versicherten durchgeführt (Versicherte bei einer am BKK-Vertrag „STARKE KIDS“ teilnehmenden Kasse).

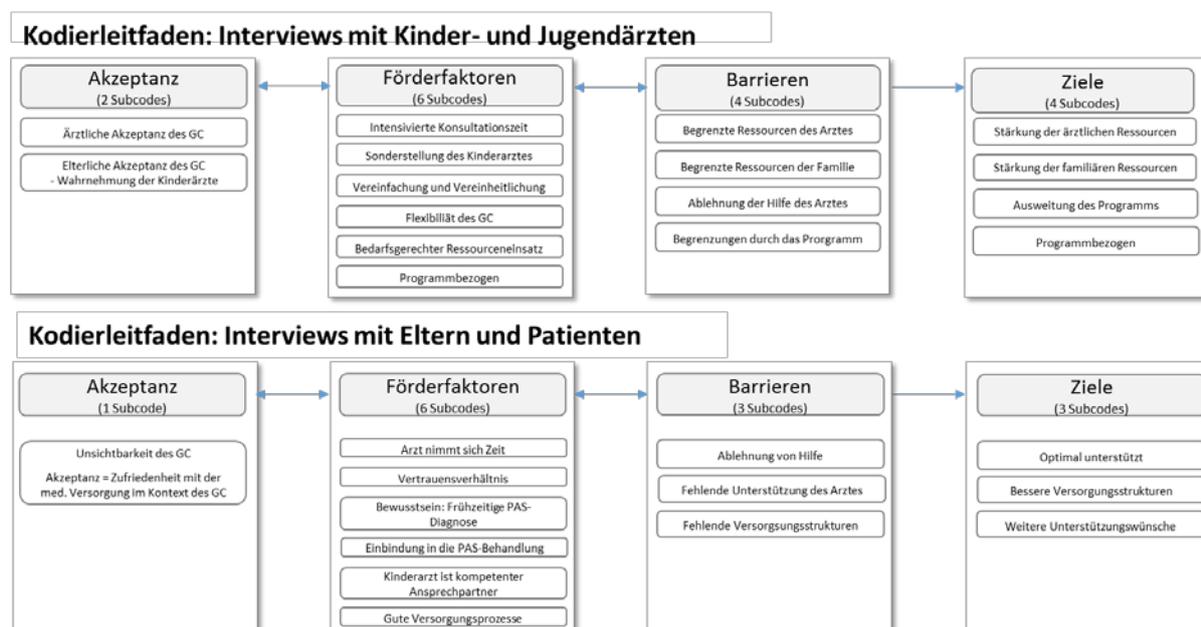


Abbildung 3 Kodierleitfäden

## Methoden der Datenerhebung

Von allen Eltern und Kindern (ab 6 Jahre) wurde das schriftliche informierte Einverständnis zur Studienteilnahme eingeholt. Patient:innen mit PAS, die gemäß dem GC von einem GC-qualifizierten KJA behandelt wurden, bildeten die Interventionsgruppe, während alle anderen Patient:innen als Kontrollen dienten. Alle Teilnehmer:innen der quantitativen Kohortenstudie mussten bei einer am SK-Vertrag teilnehmenden Kasse versichert sein, um den Abruf von Leistungsdaten zu ermöglichen. KJ der Kontrollgruppe konnten SK- oder nicht SK-Teilnehmer:innen sein, mussten also nicht zwingend in SK eingeschrieben sein. KJ der Kontrollgruppe durften nicht am GC teilnehmen. Da der Einschluss der KJ nicht über teilnehmende oder nicht teilnehmende Praxen durchgeführt werden konnte, sondern über Anschreiben der Eltern durch die versichernden BKKen, musste die Auswahl über die Leistungserbringung stattfinden. Patient:innen der Kontrollgruppe waren also KJ mit den entsprechenden Diagnosen, bei denen keine GC Leistung abgerechnet worden war. Es ist daher denkbar, dass KJÄ der Kontrollgruppe die GC-Ausbildung absolviert hatten, aber die Leistung nicht abrechneten. In diesem Fall könnte die Ausbildung das Verhalten der KJÄ verändern. Diese Kontamination ist akzeptabel, da sie theoretisch zu einem konservativeren Ergebnis führt (geringere Differenz zwischen GC-Gruppe und Kontrollgruppe). Es wurde die Entscheidung getroffen, keine Kontraste zwischen SK und nicht-SK-Teilnehmer:innen zu untersuchen, da Gegenstand der Analyse nicht der SK-Vertrag, sondern das GC war.

Ein Überblick über die quantitative und qualitative Befragungsstudie ist in Abbildung 2 dargestellt. Die Studie fand von Januar 2018 bis November 2019 statt. Über ein postalisches Anschreiben der fünf größten Betriebskrankenkassen wurden insgesamt 7.343 Eltern mit ihren Kindern zu der Online-Befragung eingeladen. Die geplante Rekrutierung über die Arztpraxen

hatte sich im frühen Verlauf der Studie als schwierig erwiesen, sodass diese alternative Rekrutierungsstrategie entwickelt worden war.

## Instrumente der Datenerhebung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, gemessen mit dem KINDL-R [15] war das primäre Outcome der Befragung. Aus einer (konservativen) mittleren Effektstärke von 0,5 des Unterschieds zwischen auffälligen und nicht oder grenzwertig auffälligen Kinder und Jugendlichen [16, 17] und der Berücksichtigung von 15% Drop-out wurde eine nötige Fallzahl von 100 Kindern pro Gruppe pro Indikation geschätzt. Daher war geplant, insgesamt 800 Kinder und Jugendliche bzw. deren Sorgeberechtigte zu befragen. Als sekundäre Outcomes wurde der Strengths and Difficulties Questionnaire zur Messung der psychischen Auffälligkeiten (SDQ) [18] und die visuelle Analogskala des EQ-5D (VAS) eingesetzt [19]. Höhere Werte des SDQ sind ein Hinweis auf stärkere Probleme. Siehe auch Tabelle 2: Erhobene Outcomes in der Befragungsstudie.

Tabelle 2: Erhobene Outcomes in der Befragungsstudie

Variable	Instrument	Patient:innen	Eltern	Zeitpunkt
Gesundheitsbezogene LQ der Kinder und Jugendlichen (KJ)	KINDL <sup>R</sup>	x	x (bei KJ <11)	t <sub>1</sub> , t <sub>2</sub>
Maß der psych. Auffälligkeit der KJ	SDQ	x	x (bei KJ <11)	t <sub>1</sub> , t <sub>2</sub>
Selbstwirksamkeit der KJ	SWE-Skala	x	-	t <sub>1</sub>
Patient:innenzufriedenheit	PACIC	x	x	t <sub>1</sub>
Gesundheitsbezogene LQ der Eltern	EQ-5D-5L	-	x	t <sub>1</sub> , t <sub>2</sub>
Familienbelastungsbogen	FaBel	-	x	t <sub>1</sub>
Alter, Geschlecht, Diagnose, Geschwisterzahl, Migrationshintergrund, Bildungsabschluss der Eltern, Alter der Eltern, Bildungseinrichtung Kind	-	-	x	t <sub>1</sub>
erste drei Ziffern PLZ (optional)				
Betriebskrankenkasse (optional)				
E-Mail-Adresse (optional)				
Für den Abgleich mit der Krankenkasse: Versichertennummer des Kindes, Geburtsdatum und Geschlecht des Kindes				

## Statistische Analysen

Zur Analyse des Effekts der Gruppenzugehörigkeit auf Lebensqualität von Eltern und KJ und auf das Ausmaß psychischer Auffälligkeiten wurden lineare gemischte Modelle und verallgemeinerte lineare Modelle verwendet.

### 5.3 Gesundheitsökonomische Analyse der Routinedaten (AP 1.3)

Für die Analyse der Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen und der dabei entstandenen Kosten wurden Abrechnungsdaten von BKK-versicherten KJ herangezogen, die an der Primärstudie teilgenommen hatten und mit einer Nutzung ihrer Abrechnungsdaten einverstanden waren. Die Daten lagen für den Zeitraum vom 01.01.2017 bis 31.12.2018 vor und beinhalteten Informationen zur ambulant-ärztlichen und stationären Versorgung sowie zu Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln. Zusätzlich lagen Informationen zu Leistungen in Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren

vor. Für die Studienteilnehmer:innen waren die Stammdaten Geburtsdatum (Monat und Jahr), Geschlecht, Wohnort auf Kreisebene sowie die Versicherungszeiten verfügbar.

Die Daten wurden an die Vertrauensstelle gemäß den Vorgaben des Behördlichen Datenschutzbeauftragten übermittelt und der LMU anschließend als faktisch anonymisierter Datensatz zur Verfügung gestellt.

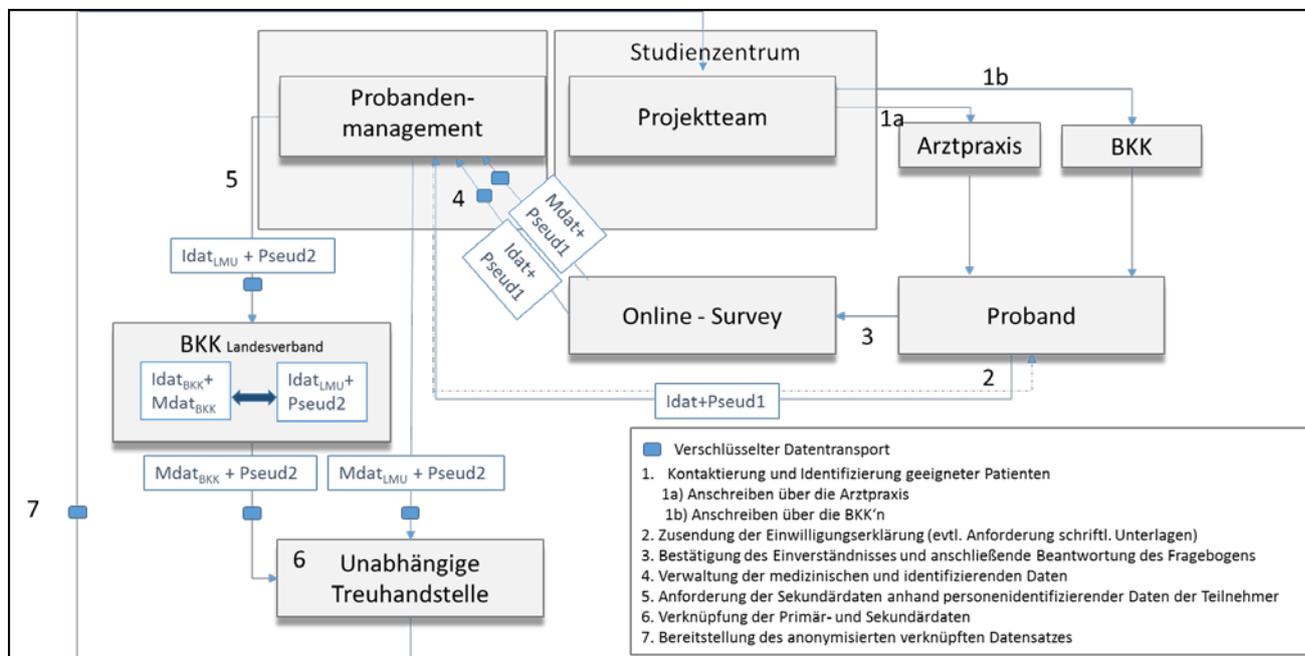


Abbildung 4: Datenfluss zur Anforderung und Verknüpfung der medizinischen Daten

Die Abbildung 4 zeigt den Datenfluss im Arbeitspaket 1 von der Rekrutierung der Teilnehmer:innen bis zur Verknüpfung der Primär- und Sekundärdaten.

## Outcomes

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation im AP 1.3 wurde die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen betrachtet. Zusätzlich wurde eine Kostenanalyse durchgeführt, welche die Kosten der spezialisierten Versorgung, der krankheitsspezifischen Gesamtversorgung und der totalen Gesamtversorgung einbezog.

Leistungen der spezialisierten Versorgung waren Leistungen in Sozialpädiatrischen Zentren, bei Psychiater:innen/ Psychotherapeut:innen, in stationären psychiatrischen Einrichtungen und/oder klinischen psychiatrischen Ambulanzen (Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen).

Für die Kostenanalyse betrachteten wir die Kosten (1) der spezialisierten Versorgung, (2) die krankheitsspezifischen Gesamtkosten sowie (3) die Gesamtkosten:

- (1) Die Kalkulation der Kosten der spezialisierten Versorgung basierte auf der oben genannten Definition der spezialisierten Versorgung.
- (2) Für die krankheitsspezifischen Gesamtkosten wurden alle ambulanten und stationären Leistungen mit einer relevanten ICD-Diagnose berücksichtigt. Zudem

wurden Arzneimittelkosten für Psycholeptika und Psychoanaleptika sowie Heilmittelkosten für Logopäd:innen und Ergotherapeut:innen eingeschlossen.

- (3) Die Gesamtkosten beinhalteten alle ambulanten und stationären Behandlungen. Auch wurden alle Arzneimittelkosten und alle Kosten für Heilmittel/Therapeuten berücksichtigt.

Die Outcomes wurden für das Startquartal und die drei Folge quartale quartalweise kalkuliert.

### **Statistische Analyse**

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation im AP1.3 wurden folgende Adjustierungsvariablen in die multivariablen Modelle einbezogen: Alter, Geschlecht, Alter der Mutter, Migrationshintergrund, Bildungsgrad der Eltern, Inanspruchnahme einer sozialpädiatrischen Sprechstunde, regionale medizinische Versorgungsstruktur sowie psychiatrische Komorbiditäten. Diese wurden ebenfalls für die Gesamtpopulation sowie die Einzelindikationen berechnet.

Um den Einfluss der Intervention auf die Inanspruchnahme der spezialisierten Leistungen zu untersuchen, wurden logistische Regressionsmodelle verwendet, in denen für die oben genannten Kovariablen adjustiert wurde.

Um die Kostenunterschiede zu erfassen, wurden (ebenfalls adjustierte) Gamma Regressionsmodelle verwendet, da sich diese für die üblicherweise rechtsschiefe Verteilung von Kostendaten eignen [20, 21]. Aufgrund von auftretenden Nullwerten bei den Kosten in der spezialisierten Versorgung, wurden in den entsprechenden Analysen Two-Part Modelle verwendet [22].

## **AP 2: Routinedatenanalyse**

Die Auswertungen basieren auf Abrechnungsdaten der 66 teilnehmenden Betriebskrankenkassen mit Angebot des SK-Vertrags aus dem Zeitraum 2012, Quartal (Q) 2, bis 2016, Q4. Während die Analyse des Kodierverhaltens der KJÄ (AP 2.1) auf Praxisebene erfolgte, wurden die Behandlungsverläufe (AP 2.2) sowie die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (AP 2.3) auf Patient:innenebene betrachtet (siehe Abbildung 1 oben).

### **5.4 Kodierverhalten der KJÄ (AP 2.1)**

#### **Datenbasis**

Einbezogen wurden Abrechnungsdaten von KJÄ in einer Betriebsstätte in Bayern, vorselektiert für Versicherte unter 18 Jahren mit Wohnsitz in Bayern. Für die KJÄ waren zudem Beginn und ggf. Ende der Teilnahme am SK-Vertrag bekannt, die Zeitpunkte der Teilnahmen an den GC-Schulungen 1 und 2 (jeweils Monat und Jahr) und die Information darüber, ob sie als Multiplikatoren bei der Einführung des GC involviert waren. Für Versicherte wurde ein Pseudonym sowie für Validierungszwecke der Kreis des Versicherten-Wohnorts übermittelt. Eine detaillierte Übersicht der Variablen findet sich in Anlage 11.

### **Selektion der Studienpopulation und Zuordnung zu Studiengruppen**

Da ein fachlicher Austausch zwischen KJÄ innerhalb einer Praxis zu erwarten ist und ICD-Diagnosen nicht auf Arzzebene, sondern praxisbezogen dokumentiert sind, bildeten Praxen statt KJÄ die Studienpopulation. Bis 01.04.2014 war die GC-Sprechstunde unabhängig von

einer Schulung für KJÄ mit SK-Teilnahme abrechenbar. Tatsächlich rechneten viele Praxen mit am SK-Vertrag teilnehmenden KJÄ bereits zu Beginn der Beobachtungszeit (2012 Q2) eine GC-Sprechstunde ab und kannten somit die programmspezifischen Diagnosen. Um den reinen Effekt der Schulungsteilnahme untersuchen zu können, wurden nur Praxen eingeschlossen, in denen für mindestens eine/m KJA die Teilnahme am SK-Vertrag dokumentiert war. Anhand der Schulungszeitpunkte wurde quartalweise ermittelt, ob einer Praxis KJÄ mit absolvierter GC-Schulung 1 angehörten (Interventionsgruppe) oder nicht (Kontrollgruppe). Als Interventionszeitpunkt der Praxis wurde das erste Quartal einer Leistungsabrechnung durch eine/n KJA nach absolvierter Schulung festgelegt. KJ wurden unabhängig von ihrer SK-Teilnahme eingeschlossen.

## Outcomes

Zur Analyse des Kodierverhaltens anhand von Diagnosehäufigkeit und Kodiergenauigkeit wurden die selektivvertraglich festgelegten ICD-Diagnosen (ICD-10-GM) der 16 sozialpädiatrischen Indikationen („GC-Indikationen“, vgl. Anlage 11 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) untersucht. Hinsichtlich der Diagnosehäufigkeit wurde der Anteil der Patient:innen mit einer gesicherten ICD-10-Diagnose der GC-Indikation je Praxis und Quartal bestimmt. Zur Ermittlung der Kodiergenauigkeit wurde der Anteil der gesicherten Diagnosen an der Summe aus gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen ermittelt. Die Berechnungen erfolgten für alle 16 GC-Indikationen zusammen sowie separat für die vier Hauptindikationen Sprachentwicklungsstörungen, Enuresis/Enkopresis, Soziale Verhaltensstörungen und Psychosomatische Bauch-/Kopfschmerzen.

## Statistische Analyse

Während die Beobachtungsquartale für den Vergleich der Zeiträume vor und nach der Intervention für die Interventionsgruppe durch den GC-Start der Praxis vordefiniert waren, wurden den Kontrollpraxen in Anlehnung an die Verteilung dieser GC-Starts per Zufallsauswahl praxisindividuelle Referenz-Startpunkte zugewiesen. Für jede Studiengruppe wurden Praxischarakteristika für das Jahr vor dem Praxis-Startpunkt analysiert. Hierbei wurde auch die regionale Deprivation (strukturelle materielle und soziale Benachteiligung auf räumlicher Ebene) anhand des Bayerischen Index Multipler Deprivation in der Version von 2010 (BIMD 2010) [23, 24]) einbezogen. Zur Darstellung der zeitlichen Entwicklung des Kodierverhaltens wurden die Outcomes quartalweise über den gesamten Beobachtungszeitraum betrachtet und ein Bezug zu wesentlichen Ereignissen, etwa die Einführung des Schulungsprogramms, oder der EBM-Ziffern 04355/04356 (für sozialpädiatrisch orientierte Sprechstunden der Regelversorgung mit zum größten Teil Überschneidungen der untersuchten Diagnosen), hergestellt. Der Effekt der GC-Schulungen auf das Kodierverhalten wurde in linearen Difference-in-differences-Modellen in den vier Quartalen vor und den vier Quartalen nach den Praxis-Startpunkten untersucht. Hierbei wurde für die Anzahl der KJÄ, die Anzahl der Patient:innen und den Anteil der Patient:innen mit sozialpädiatrischer GKV-Sprechstunde mit EBM-Ziffern 04355/04356 je Praxis adjustiert.

## 5.5 Behandlungsverläufe bei KJ (AP 2.2)

### Datenbasis

In die Analyse der Behandlungsverläufe gingen Abrechnungsdaten von Versicherten unter 18 Jahren mit Wohnsitz in Bayern ein, die in 2012, Q2 bis 2016, Q4 in der ambulanten Versorgung

mindestens eine ICD-10-Diagnose aus den 16 programmspezifischen GC-Indikationen erhielten. Hierzu lagen die Stammdaten (Geschlecht, Geburtsdatum als Monat und Jahr, 5-stelliger Kreisschlüssel, Versicherungszeiten) sowie Informationen zur Inanspruchnahme in verschiedenen Sektoren vor. Eine detaillierte Übersicht der Variablen findet sich in Anlage 11.

### Selektion der Studienpopulation und Zuordnung zu Studiengruppen

Eingeschlossen wurden Versicherte mit einer gesicherten oder einer Verdachtsdiagnose aus den GC-Indikationen, die erstmalig in einer SK-Praxis (mindestens ein/e KJA mit SK-Teilnahme) in Bayern gestellt wurde. Auf Patient:innenebene wurde das Quartal der Erstdiagnose nach vier diagnosefreien Vorquartalen bestimmt und die entsprechende SK-Praxis zugeordnet. Die Studienpopulation wurde validiert und gemäß dem GC-Status der Praxis (mindestens ein/e KJA mit absolvierter Schulung 1) im Quartal der Erstdiagnose in zwei Gruppen aufgeteilt: Patient:innen in GC-Praxen bildeten die Interventionsgruppe, Patient:innen in SK-Praxen ohne GC-Schulung die Kontrollgruppe. In beiden Gruppen wurden auch Patient:innen ohne SK-Teilnahme eingeschlossen, da auch deren Versorgung von einer Schulung beeinflusst sein konnte. Gegenstand der Analyse war allerdings allein das GC, so dass Unterschiede zwischen SK- und Nicht-SK-Teilnehmer:innen nicht betrachtet wurden.

### Outcomes

Tabelle 3 stellt die Leistungserbringer:innen sowie die zugehörigen Outcomes dar, die gemäß den Empfehlungen der Handlungsleitfäden des GC und in Rücksprache mit den Projektpartner:innen ausgewählt wurden (vgl. auch Anlage 11). Die Informationen wurden auf Patient:innenebene für die Nachbeobachtungszeiträume von ein und zwei Jahren nach Erstdiagnose jeweils als Summe oder als binäre Variable zusammengefasst.

Tabelle 3: Outcomes der Analyse von Behandlungspfaden

Kategorie	Leistungserbringer:innen	Outcome je Quartal
Ambulante Versorgung	KJÄ, Hals-Nasen-Ohrenärzt:innen/(Päd-) Audiolog:innen, (Kinder- und Jugend-) Psychiater:innen, Neurolog:innen	Anzahl der Kontakte auf Basis von Gebührenordnungspositionen
Spezialambulanzen	Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), Psychiatrische Ambulanzen (Hochschulambulanzen, Psychiatrische Institutsambulanzen, Kinder-Spezialambulanzen, Ausbildungsstätten)	Inanspruchnahme ja/nein
Stationäre Versorgung	Kinder- und Jugendpsychiatrien, Psychosomatische Kliniken, allgemeine Psychiatrien	Anzahl der Kontakte auf Basis des Aufnahmedatums
Therapeut:innen	Logopäd:innen/Sprachtherapeut:innen, Ergotherapeut:innen	Anzahl der Verordnungen
Sozialpädiatrische Sprechstunden	GC-Sprechstunde oder sozialpädiatrisch orientierte Sprechstunden der Regelversorgung (GKV-Sprechstunden)	Anzahl der Kontakte auf Basis von SK-Sonderpositionen bzw. Gebührenordnungspositionen des EBM; Anzahl der Positionsschlüssel*vertraglich festgelegter Minutenumfang

## Statistische Analyse

Der Einfluss des GC auf die Häufigkeiten der Inanspruchnahme wurde in Zero-Inflated Poisson (ZIP)-Regressionsmodellen mit Adjustierung auf patient:innenindividuelle Kovariablen untersucht [25], wobei aufgrund der großen Stichproben und des multiplen Testens ein Signifikanzniveau von 1% betrachtet wird. Zudem wurden Standorte und Einzugsgebiete der SPZ kartographisch dargestellt und der Einfluss des GC auf einen SPZ-Besuch in binär-logistischen Regressionen untersucht. In allen Modellen wurde für folgende Kovariablen adjustiert: Alter, Geschlecht, regionale Deprivation, regionale medizinische Versorgung, Zeitraum der Diagnose, Art der Indikation, Inanspruchnahme sozialpädiatrischer GKV-Sprechstunden, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie psychiatrische Komorbiditäten. Zusätzlich wurde die durchschnittliche Sprechzeit in sozialpädiatrischen Sprechstunden (im Rahmen des GC oder als EBM-Ziffern 04355/04356, 35100, 88895) analysiert und für Patient:innen in Praxen mit bzw. ohne GC-Schulung gegenübergestellt.

## Zusätzliche Sequenzanalyse

Über den Antrag hinausgehend wurde die Inanspruchnahme für eine Sequenzanalyse als Sequenzmuster aufbereitet. In Anlehnung an Vogt et al. [26] wurden hierbei Muster („Sequenzen“) aus aufeinanderfolgenden Leistungen (quartalweise binär kodiert als ja/nein) für das Jahr nach der Erstdiagnose erstellt. Aufgrund ihrer Komplexität beschränkte sich die Analyse beispielhaft auf Patient:innen aus AP2.2 mit der Erstdiagnose einer Sprachentwicklungsstörung (ICD-10 F80). Details zur Methodik finden sich in Anlage 12<sup>2</sup>.

## 5.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von KJ (AP 2.3)

### Selektion der Studienpopulation und Zuordnung zu Studiengruppen

In der Hauptanalyse zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden Auswirkungen der Einführung des GC auf die Versorgungskosten untersucht. Die Gruppeneinteilung entsprach hierbei der Einteilung aus dem AP 2.2 aus Abschnitt 5.5.

Eine zusätzliche Nebenanalyse, betrachtete Effekte der Durchführung der GC-Sprechstunde. Auch hier wurden nur Patient:innen in SK-Praxen (mindestens ein/e KJA mit SK-Teilnahme) zugelassen. Die Zuordnung zu den Studiengruppen erfolgte allerdings nicht nach Schulungsstatus der Praxis, sondern anhand der Durchführung einer GC-Sprechstunde. Patient:innen mit GC-Sprechstunde (und folglich SK-Teilnahme) im Quartal der Erstdiagnose wurden der Interventionsgruppe, alle übrigen Patient:innen (unabhängig ihrer SK-Teilnahme) der Kontrollgruppe zugeordnet. In beiden Analysen wurden wiederum keine Unterschiede zwischen SK und Nicht-SK-Teilnehmer:innen untersucht, da das GC Gegenstand der Analyse war.

## Outcomes

---

<sup>2</sup> Methodik und Ergebnisse der Sequenzanalysen werden zur Veröffentlichung bei der Zeitschrift „European Child & Adolescent Psychiatry“ eingereicht: Monika Murawski, Benedict Katzenberger, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Care Pathways for Children and Adolescents with Speech Development Disorders in Bavaria - A Sequence Analysis of Health Insurance Claims Data. (gesperrt bis 31. März 2022)

Tabelle 4 beschreibt die Kostenkategorien und ihre Operationalisierung in der Hauptanalyse (siehe detaillierte Beschreibung in Anlage 11). Sämtliche Kosten wurden auf Quartalsebene für das Diagnosequartal und die vier darauffolgenden Quartale kalkuliert.

Für die Nebenanalyse wurde der Fokus auf krankheitsspezifische Kosten gelegt, was in den jeweiligen Leistungsbereichen eine krankheitsspezifische Diagnose voraussetzt. Neben Kosten wurden binäre Variablen für die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen allgemein und für die Unterkategorien SPZ, Psychiater:innen/Psychotherapeut:innen, stationäre psychiatrische Einrichtungen sowie klinische psychiatrische Ambulanzen gebildet, um den Effekt der GC-Sprechstunde auf die Inanspruchnahme von spezialisierten Leistungen zu untersuchen.

Tabelle 4: Outcomes der Kostenanalyse

Kostenkategorie	Operationalisierung/ Kosten je Quartal für
spezialisierte Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialpädiatrische Zentren</li> <li>- Psychiater:innen/Psychotherapeut:innen</li> <li>- stationäre psychiatrische Einrichtungen*</li> <li>- klinische psychiatrische Ambulanzen</li> </ul>
KJÄ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungen bei KJÄ</li> </ul>
krankheitsspezifische Gesamtkosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Leistungen mit gesicherter Diagnose einer GC-Indikation</li> <li>- stationäre Leistungen mit Hauptdiagnose einer GC-Indikation*</li> <li>- Arzneimittel (Verordnungen von Psycholeptika oder Psychoanaleptika)**</li> <li>- Heilmittel (Verordnungen von Logopäd:innen und Ergotherapeut:innen)**</li> </ul>
totale Gesamtkosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulante Leistungen</li> <li>- stationäre Leistungen*</li> <li>- Arzneimittel **</li> <li>- Heilmittelverordnungen **</li> </ul>
<p>* bei quartalsübergreifendem Aufenthalt Zuordnung der Quartalskosten entsprechend der Dauer des Aufenthaltes im Quartal</p> <p>** Kosten der Verordnungen im Quartal</p>	

## Statistische Analyse

Die Kosten wurden als Summe über das Quartal der Diagnose und den vier Folgequartalen sowie quartalweise deskriptiv für die Kontroll- und Interventionsgruppen analysiert. Für den Effekt der GC-Schulung (Hauptanalyse) wurde die fehlende Randomisierung der Studiengruppen durch einen Matching-Weights-Ansatz [27, 28] basierend auf Propensity Scores berücksichtigt. Mit Hilfe der Matching-Weights wurden adjustierte absolute Kosten und Kostenunterschiede zwischen den Studiengruppen geschätzt. Zur Überprüfung der Robustheit der Ergebnisse wurden Generalisierte Lineare Gamma-Modelle [20, 21] und Two-Part-Modelle [22] geschätzt. In beiden Ansätzen wurde für folgende Kovariablen adjustiert: Alter, Geschlecht, regionale Deprivation, regionale medizinische Versorgung, Zeitraum der Diagnose, Art der Indikation, Inanspruchnahme sozialpädiatrischer GKV-Sprechstunden, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie psychiatrische Komorbiditäten.

Für den Effekt der Durchführung der GC-Sprechstunde (Nebenanalyse) wurde ebenfalls der Matching-Weights Ansatz für die Adjustierung verwendet. In gewichteten logistischen

Regressionsmodellen wurde die Inanspruchnahme untersucht. Mit Hilfe der Gewichte wurden erneut adjustierte absolute Kosten sowie Kostenunterschiede zwischen den Studiengruppen geschätzt.

## 6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

### 6.1 Qualitative Interviews

Von November 2017 bis November 2018 wurden insgesamt drei Programmentwickler, 14 KJÄ mit GC-Ausbildung, 22 Elternteile (19 Mütter, 3 Väter) und vier Jugendliche (ab 14 Jahre) interviewt. Informationssättigung konnte bei KJÄ und Eltern, aber nicht bei der Gruppe der Jugendlichen erzielt werden.

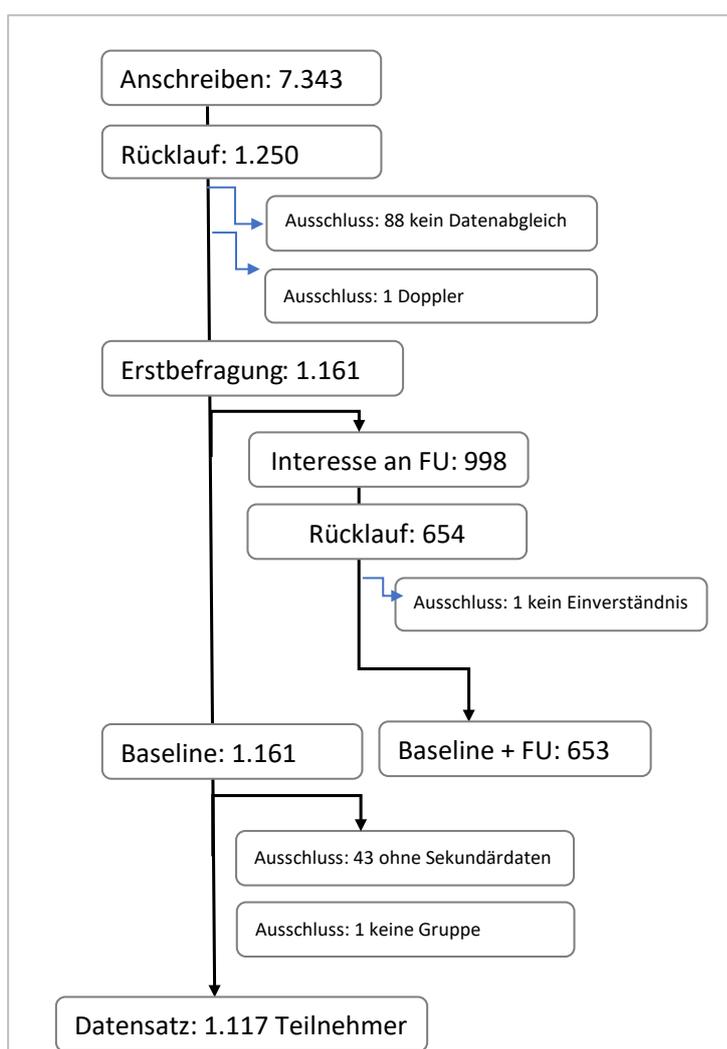
Das Interview mit den Programmentwicklern gab wichtige Einblicke zum Hintergrund der GC-Einführung. Die Entwicklung des Programms war einerseits stark an den Prinzipien sozialpädiatrischer, mehrdimensionaler Diagnostik orientiert, andererseits an einer klaren Hinwendung zur Qualitätssicherung der pädiatrischen Arbeit in der Praxis und dem biopsychosozialen Modell. Psychosoziale Faktoren sollten explizit mit einbezogen werden. Als wichtigster Erfolgsfaktor wurde von den Entwicklern die Praxisnähe gesehen. Als Barriere wurde den Entwicklern von den Anwender:innen zurückgespielt, dass die Einbeziehung psychosozialer oder emotionaler Bedingungen stets mehr Zeit in Anspruch nehme, als durch das Programm vorgesehen sei. Auch die stringente Vorformulierung der Checklisten und Leitfäden wurde von Anwender:innen als Barriere genannt. Hierin zeigte sich ein Widerspruch zwischen dem Anspruch, eine valide sozialpädiatrische Diagnostik durchzuführen und dem Wunsch, möglichst individuell auf die Bedürfnisse und die spezielle Situation der Patient:innen und deren Eltern einzugehen. Austausch mit weiteren Expert:innen und eine Ausweitung des Programms über Bayern hinaus wurde gewünscht, konnte aber zum Zeitpunkt des Interviews (Juli 2017) noch nicht realisiert werden. Auf diesen Erkenntnissen aufbauend wurde die Strukturierung der Interviews zu Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren des Programms vorgenommen.

In den Interviews konnten eine hohe Akzeptanz bzw. Zufriedenheit von Seiten der KJÄ und der involvierten Familien festgestellt werden. Das GC-Programm unterstützt die wichtige Rolle der KJÄ als Berater:innen und verbesserte ihre diagnostischen Möglichkeiten. Die Strukturierung wurde von KJÄ als besonderer Vorteil gesehen. Eltern sahen die Nähe zu den KJÄ und das wertschätzende Vorgehen der KJÄ als Vorteil an, auch wurde die pragmatische, situationsorientierte Vorgehensweise besonders geschätzt. Laut Aussage der KJÄ kann das Programm jedoch in der ärztlichen Praxis nicht immer wie gewünscht umgesetzt werden. Insbesondere Patient:innen mit schwierigen familiären Strukturen werden bisher durch das Programm nicht im gewünschten Maß erreicht. Wie in den Interviews mit den Entwicklern schon angedeutet, berichteten KJÄ über Zeitmangel im Praxisalltag, obwohl durch die gesonderte Vergütung mehr Raum für sprechende Medizin geschaffen werden sollte. Eine stärkere Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen, insbesondere Psycholog:innen und Sprachtherapeut:innen, wurde angeregt, um bei Bedarf auch schneller die Möglichkeit zu haben, Therapie zu initiieren. Es wurde wiederholt der Wunsch formuliert, sich für alle Patient:innen mehr Zeit lassen zu können, nicht nur für diejenigen, die in Selektivverträgen eingeschrieben sind.

### Schlussfolgerungen

Im Gespräch mit Programmentwicklern, Anwender:innen und betroffenen Sorgeberechtigten konnten Barrieren und Erfolgsfaktoren für das GC-Programm identifiziert werden. Das Programm eröffnet Möglichkeiten für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Primärärzt:innen und Patient:innen. Auffallend war das Spannungsfeld zwischen dem Anspruch einer hochwertigen sozialpädiatrischen Diagnostik und der Restriktionen des täglichen Praxisalltags. Eine verstärkte Kooperation von KJA mit anderen Institutionen und Leistungserbringer:innen im Gesundheitswesen wurde als potenzielle Erweiterung des Programms positiv gesehen. Zusammengefasst kann das GC-Programm als Wegbereiter für eine patient:innenorientiertere Versorgung angesehen werden, Hindernisse einer erfolgreichen Programmumsetzung bleiben jedoch bestehen [29].

## 6.2 Quantitative Kohortenstudie



Insgesamt 1.161 Personen nahmen an der Baseline-Befragung und 653 an der Follow-Up Befragung nach einem Jahr teil. Der Rekrutierungsverlauf ist in der Abbildung 5 dargestellt.

Nach Abgleich mit den Sekundärdaten lagen Daten zur medizinischen Inanspruchnahme von insgesamt 1.117 der 1.161 Teilnehmer:innen vor, wovon 343 der GC-Gruppe zugeordnet werden konnten. Die gewünschte Fallzahl von 100 Teilnehmer:innen pro Indikation konnte – insbesondere in der GC-Gruppe – für die Diagnosen Enuresis und Kopf-/Bauchschmerzen (somatoform) nicht erreicht werden. Abbildung 4 zeigt die deskriptive Auswertung der Daten zu Baseline (n=1.109, zu Baseline vollständige Datensätze).

Abbildung 5: Rekrutierungsverlauf der Kohortenstudie

Tabelle 5: Ergebnisse zu Baseline t0 und Follow-up t1 der Kohortenstudie von Kindern und Jugendlichen mit Intervention (Gesundheitscoaching, GC) bzw. ohne Intervention (Kontrollgruppe)

	Total	kein GC (Kontrollgruppe)	GC (Interventionsgruppe)	p-Wert*
N	n=1109	n=767	n=342	
Alter des Kindes in Jahren	6,9 (3,4)	6,9 (3,4)	7,01 (3,3)	0,476
Kind weiblich n (%)	446 (40%)	311 (41%)	135 (39%)	0,787
Alter des Vaters in Jahren	41,1 (6,1)	41,0 (6,1)	41,4 (6,2)	0,252
Alter der Mutter in Jahren	38,1 (5,2)	38,0 (5,4)	38,3 (4,9)	0,506
<b>Höchster Bildungsabschluss Eltern n (%)</b>				
niedrig	106 (10%)	73 (10%)	33 (10%)	0,821
mittel	433 (39%)	304 (40%)	129 (38%)	
hoch	569 (51%)	389 (51%)	180 (53%)	
<b>Diagnose n (%)</b>				
Chronische Bauch-/Kopfschmerzen	227 (20%)	171 (22%)	56 (16%)	<b>0,030</b>
Sprachentwicklungsstörungen	582 (52%)	443 (58%)	139 (41%)	<b>&lt;0,001</b>
Soziale Verhaltensstörung	272 (25%)	168 (22%)	104 (30%)	<b>0,003</b>
Enuresis/Enkopresis	96 (9%)	36 (5%)	60 (18%)	<b>&lt;0,001</b>
<b>t<sub>0</sub> (Baseline)</b>				
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (KINDL) Beurteilung durch Eltern (SD) (n=891)</b>				
KINDL-R total	79,9 (10,7)	79,9 (10,6)	79,9 (11,1)	0,990
KINDL-R Subskalen				
Körperliches Wohlbefinden	80,7 (17,1)	80,7 (17)	80,8 (17,3)	0,899
Emotionales Wohlbefinden	85,1 (13,1)	85,1 (12,9)	85 (13,6)	0,874
Selbstwert	75 (14,2)	75,1 (14,3)	74,7 (14,1)	0,730
Wohlbefinden in der Familie	80 (13,9)	79,8 (13,9)	80,3 (13,9)	0,626
Wohlbefinden in Bezug auf Freunde	79,8 (14,8)	79,9 (15)	79,4 (14,3)	0,647
Schulisches Wohlbefinden	79 (17,1)	78,7 (17,1)	79,6 (17,2)	0,493
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (KINDL) Beurteilung durch Kindern (SD) (n=163)</b>				
KINDL-R total	72 (14,5)	71,6 (14,7)	72,9 (14)	0,581
KINDL-R Subskalen				
Körperliches Wohlbefinden	72,3 (19,8)	72,9 (19,4)	70,9 (20,8)	0,547
Emotionales Wohlbefinden	75,9 (17,1)	75,3 (17,6)	77,7 (15,7)	0,417
Selbstwert	64,3 (17,8)	63,6 (18,3)	66 (16,7)	0,439
Wohlbefinden in der Familie	77,8 (18,9)	76,8 (19,5)	80,2 (17,5)	0,306
Wohlbefinden in Bezug auf Freunde	71,8 (20,2)	71,4 (21)	72,9 (18,1)	0,672

Schulisches Wohlbefinden	69,4 (19,9)	69,1 (19,8)	70,1 (20,4)	0,770
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern (EQ5D-5L) m (SD) (n=1109)</b>				
EQ5D-Gesamtscore	0,938 (0,121)	0,938 (0,120)	0,938 (0,124)	0,947
EQ5D-Subscores				
Mobilität	0,003 (0,013)	0,003 (0,0131)	0,003 (0,014)	0,892
Selbstversorgung	0,001 (0,009)	<0,000 (0,004)	0,002 (0,015)	0,046
Allgemeine Tätigkeiten	0,006 (0,019)	0,006 (0,019)	0,007 (0,019)	0,396
Schmerz/Körperliche Beschwerden	0,035 (0,071)	0,036 (0,071)	0,034 (0,072)	0,732
Angst/ Niedergeschlagenheit	0,016 (0,042)	0,016 (0,043)	0,016 (0,040)	0,928
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern (VAS) m (SD) (n=1083)</b>				
VAS	84,4 (14,5)	84,2 (15)	84,8 (13,1)	0,528
<b>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Beurteilung durch Eltern (n=917)</b>				
SDQ Score (0-40)	8,4 (5,7)	8,4 (5,6)	8,4 (5,8)	0,965
<b>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Beurteilung durch Kinder (n=166)</b>				
SDQ Score (0-40)	11,0 (6,5)	11,1 (6,6)	10,9 (6,2)	0,874
<b>Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (n=162)</b>				
SWE Score (0-10)	27,8 (6,0)	28,0 (5,8)	27,2 (6,7)	0,438
<b>t<sub>1</sub> (Follow-Up)</b>				
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (KINDL) Beurteilung durch Eltern m (SD) (n=500)</b>				
KINDL-R total	79,2 (10,7)	79,3 (10,5)	78,9 (11,3)	0,714
KINDL-R Subskalen				
Körperliches Wohlbefinden	81,1 (16,8)	81,5 (16,5)	80,2 (17,4)	0,423
Emotionales Wohlbefinden	84,4 (12,6)	84,3 (12,4)	84,6 (13,1)	0,763
Selbstwert	74,3 (14,8)	74,7 (14,0)	73,5 (16,6)	0,417
Wohlbefinden in der Familie	78,2 (14,0)	78,3 (14,2)	78,1 (13,5)	0,893
Wohlbefinden in Bezug auf Freunde	79,4 (14,8)	79,8 (15,3)	78,5 (13,5)	0,377
Schulisches Wohlbefinden	77,6 (17,7)	77,4 (17,6)	78,1 (18,0)	0,688
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen (KINDL) Beurteilung durch Kinder m (SD) (n=85)</b>				
KINDL-R total	73,4 (12,1)	74,1 (12,0)	71,2 (12,3)	0,334
KINDL-R Subskalen				
Körperliches Wohlbefinden	73,4 (18,8)	74,5 (18,4)	70,2 (19,8)	0,351
Emotionales Wohlbefinden	77,7 (14,2)	77,9 (14,3)	77,3 (14,2)	0,865
Selbstwert	66,8 (17,5)	68,3 (16,3)	62,5 (20,4)	0,180
Wohlbefinden in der Familie	79,0 (18,1)	78,8 (17,1)	79,8 (21,2)	0,814
Wohlbefinden in Bezug auf Freunde	73,2 (20,1)	73,8 (18,8)	71,6 (23,6)	0,657

Schulisches Wohlbefinden	70,2 (16,3)	71,7 (14,8)	65,9 (19,7)	0,148
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern (EQ5D-5L) m (SD) (n=626)</b>				
EQ5D-Gesamtscore	0,945 (0,100)	0,947 (0,096)	0,941 (0,108)	0,528
EQ5D-Subscores				
Mobilität	0,003 (0,014)	0,002 (0,008)	0,005 (0,023)	0,007
Selbstversorgung	0,001 (0,005)	0,004 (0,004)	0,001 (0,007)	0,233
Allgemeine Tätigkeiten	0,005 (0,016)	0,005 (0,016)	0,004 (0,015)	0,644
Schmerz/Körperliche Beschwerden	0,031 (0,061)	0,030 (0,058)	0,035 (0,067)	0,397
Angst/Niedergeschlagenheit	0,016 (0,038)	0,016 (0,041)	0,014 (0,032)	0,518
<b>Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Eltern (VAS) m (SD) (n=625)</b>				
VAS	86,4 (12,1)	86,6 (11,6)	85,8 (13,2)	0,441
<b>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Beurteilung durch Eltern (n=511)</b>				
SDQ Score (0-40)	8,4 (5,7)	8,2 (5,7)	8,9 (5,6)	0,202
<b>Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Beurteilung durch Kinder (n=87)</b>				
SDQ Score (0-40)	10,0 (5,5)	9,6 (5,4)	11,1 (5,7)	0,258
<b>Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) (n=85)</b>				
SWE (0-10)	28,6 (6,5)	28,9 (5,7)	27,9 (8,4)	0,520
Mittelwert (m) (Standardabweichung SD) für metrische Variablen,				
Anzahl (%) für kategoriale Variablen,				
* Chi <sup>2</sup> Test für kategoriale Variablen, Kruskal-Wallis-Test für metrische Variablen				
GC: Gesundheitscoaching, VAS: Visuelle Analogskala				

Im Mittel betrug der Score zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität 78,7 (Standardabweichung SD 11,8) Punkte zu Baseline und 78,3 (SD 11,1) Punkte nach einem Jahr (Differenz nicht signifikant). Die Subskala körperliches Wohlbefinden verbesserte sich signifikant um 0,6 Punkte, die Subskala Familie verschlechterte sich signifikant um 1,3 Punkte.

Tabelle 6. Ergebnisse der linearen gemischten Modelle. Untersucht wurde der Einfluss der Gruppenzugehörigkeit auf gesundheitsbezogene Lebensqualität (KINDL-Score), adjustiert für Alter, Geschlecht, Bildungsstand der Eltern, Diagnose

	KINDL Gesamtscore (n = 1.053)		
	Schätzer	95%-Konfidenzintervall	P-Wert
Intercept	82,88	[78,83; 86,92]	<0,001
Zeit			
Baseline		Referenz	
Follow-Up	-0,17	[-1,08; 0,75]	0,722
Gruppenzugehörigkeit			
Kontrolle		Referenz	
Intervention	0,85	[-0,65; 2,36]	0,267
Alter des Kindes (Jahre)	-0,71	[-0,91; -0,51]	<0,001
Geschlecht des Kindes			
weiblich		Referenz	
männlich	-1,26	[-2,56; 0,05]	0,059

Höchster Bildungsstand (Mutter oder Vater)			
niedrig		Referenz	
mittel	1,41	[-0,97; 3,78]	0,206
hoch	0,22	[-2,11; 2,54]	
Chronische Bauch-/Kopfschmerzen	-0,22	[-3,22; 2,77]	0,883
Sprachentwicklungsstörungen	1,79	[-1,04; 4,62]	0,214
Enuresis/Enkopresis	-1,54	[-4,37; 1,28]	0,284
Soziale Verhaltensstörungen	-0,07	[-3,36; 3,21]	0,966
Interaktion Zeit*Gruppenzugehörigkeit	-0,81	[-2,47; 0,85]	0,339
Varianz Intercept	76,91		
Akaike information criterion.	12277,23		

Tabelle 6 zeigt die Endergebnisse der linearen gemischten Modelle. Kontrolliert für Kovariablen war die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern pro steigendem Altersjahr um rund 0,7 Punkte schlechter. Eine Veränderung des Gesamtscores über die Zeit konnte nicht gezeigt werden. Ein Einfluss der Intervention auf die Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität über 12 Monate konnte ebenfalls nicht gezeigt werden. Das mittlere Ausmaß der psychischen Auffälligkeiten (SDQ-Score Elternversion) war 8,4 Punkte (SD 5,8) zu Baseline und 8,4 Punkte (SD 5,7) zu Follow-up. Kontrolliert für Kovariablen verbesserte sich der Score im Verlauf von 12 Monaten signifikant um 0,4 Punkte. Männliches Geschlecht (1,8 Punkte) und höheres Alter (0,15 Punkte pro Lebensjahr) waren zu Baseline signifikante Indikatoren für schlechtere (höhere) Scores. Ein Einfluss der Intervention auf die Veränderung der psychischen Auffälligkeiten über 12 Monate konnte nicht gezeigt werden.

## Schlussfolgerungen

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der an der Kohortenstudie teilnehmenden KJ veränderte sich nicht signifikant über die Beobachtungszeit, die Werte des SDQ-Gesamtscores nahmen über den Zeitverlauf ab, was einer Besserung der psychischen Auffälligkeiten entspricht. Unterschiede zwischen KJ, die im GC behandelt wurden, und KJ, die nicht im GC behandelt wurden, konnten nicht gezeigt werden. Die Analyse von Effekten von Gesundheitsprogrammen unterliegt einigen Herausforderungen, die hier möglicherweise zum Tragen gekommen sind. Zum einen wurde die Entscheidung getroffen, für die Kontrollgruppe sowohl KJ zuzulassen, die im SK-Vertrag eingeschrieben waren, als auch KJ, die nicht eingeschrieben waren. Die Einschreibung in den SK-Vertrag kann als Selektionsbias für KJ aber auch für KJÄ wirken, dessen Richtung die Ergebnisse in verschiedene Richtungen verzerren kann. Es wäre jedoch nicht im Sinn der Studie gewesen, für die Kontrollgruppe nur SK-KJ zu selektieren, da hierfür dann nur Patient:innen von KJÄ ohne GC-Ausbildung aber mit SK-Teilnahme verfügbar gewesen wären, was ebenfalls eine Selektion darstellt. Die ausschließliche Auswahl von nicht-SK-KJ für die Kontrollgruppe hätte zu einer Vermischung der SK-Effekte mit GC-Effekten geführt, eine Evaluation der reinen GC-Effekte wäre nicht möglich gewesen. Eine weitere Herausforderung liegt darin, dass potenzielle Effekte des GC möglicherweise stark regional abhängig von der Versorgungsdichte variieren, diese Unterschiede aber in unserer Analyse nicht berücksichtigt werden konnten. Auffallend ist jedoch, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Kinder und Jugendlichen ein stabiles hohes Niveau hatte. Dies kann potenziell mit einer positiven Selbstselektion der Stichprobe (Freiwilligen-Bias, hoher Bildungsstand der Eltern) erklärt werden.

### 6.3 Gesundheitsökonomische Analyse der Routinedaten

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der logistischen Regressionsmodelle zur Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen dargestellt. Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme war in der Interventionsgruppe sowohl im Basismodell als auch im adjustierten Modell niedriger. Jedoch waren die Ergebnisse nicht signifikant. Höheres Alter, männliches Geschlecht, die GKV-Sprechstunde und vor allem psychiatrische Komorbiditäten hatten hingegen einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme der spezialisierten Versorgung.

In Tabelle 7 sind die Ergebnisse der Two-Part-Modelle sowie der Gamma-Regressionsmodelle zur Erfassung der Kostenunterschiede zwischen den Studiengruppen enthalten. Es konnten keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der Kosten festgestellt werden, weder für die spezialisierte Versorgung, noch für die krankheitsspezifische Gesamtversorgung oder die Gesamtversorgung. Die Kosten waren zwar in der Interventionsgruppe tendenziell geringer, es ergaben jedoch keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 6 Logistisches Regressionsmodell der Gesamtpopulation für Inanspruchnahme spezialisierter Versorgung

	Basismodell			adjustiertes Modell		
	OR	[95%-KI]	p-Wert	OR	[95%-KI]	p-Wert
<b>IG (ja vs. nein)</b>	0,94	[0,60 – 1,48]	0,780	0.76	[0,54 – 1,09]	0.134
Alter (in Jahren)				1.08	[1,02 – 1,15]	<b>0.006</b>
Geschlecht (männlich vs. weiblich)				1.67	[1,20 – 2,31]	<b>0.002</b>
Sprachentwicklungsstörung (ja vs. nein)				0.89	[0,47 – 1,68]	0.717
Enuresis (ja vs. nein)				0.75	[0,35 – 1,58]	0.445
Soziale Verhaltensstörung (ja vs. nein)				1.58	[0,84 – 2,99]	0.156
Bauch-/Kopfschmerzen (ja vs. nein)				1.05	[0,53 – 2,10]	0.879
Migrationshintergrund (ja vs. nein)				0.47	[0,24 – 0,93]	<b>0.031</b>
Alter Mutter (Jahre)				0.98	[0,94 – 1,01]	0.193
Schulbildung Eltern						
Niedrig				Ref.		
Mittel				0.99	[0,57 – 1,73]	0.985
Hoch				0.92	[0,53 – 1,59]	0.754
Psychiatrische Komorbidität (ja vs. nein)				6.08	[4,30 – 8,60]	<b>&lt;0.001</b>
GKV-Sprechstunde (ja vs. nein)				1.58	[1,31 – 2,22]	<b>0.008</b>
Kinder – und Jugendpsychiater:innen (Anzahl pro 100.000 Einwohner)				1.10	[0,86 – 1,41]	0.435
Psychotherapeut:innen (Anzahl pro 100.000 Einwohner)				1.02	[1,01 – 1,04]	<b>0.003</b>
Kinder- und Jugendärzt:innen (Anzahl pro 100.000 Einwohner)				0.97	[0,93 – 1,01]	0.162
Ärztliche Psychotherapeut:innen (Anzahl pro 100.000 Einwohner)				0.96	[0,91 – 1,01]	0.106

IG: Interventionsgruppe, OR: Odds Ratio, KI: 95%-Konfidenzintervall, Ref.: Referenzkategorie

Tabelle 7 Two-Part Modelle und Gamma-Regressionsmodelle für Kostendifferenzen

#### Spezialisierte Kosten

Teil 1 Logistische Regression: Spezialisierte Kosten ja vs. nein				
		<i>OR</i>	<i>[95%-KI]</i>	<i>p-Wert</i>
	IG	0,76	[0,54 – 1,09]	0,134
Teil 2 Gamma Regression: Spezialisierte Kosten > 0€				
		<i>Exp(<math>\beta</math>)</i>	<i>[95% KI]</i>	<i>p-Wert</i>
	IG	1,04	[0,79; 1,36]	0,806
<b>Krankheitsspezifische Gesamtkosten</b>				
Gamma Regression				
		<i>Exp(<math>\beta</math>)</i>	<i>[95%-KI]</i>	<i>p-Wert</i>
	IG	0,98	[0,79; 1,21]	0,845
<b>Gesamtkosten</b>				
Gamma Regression				
		<i>Exp(<math>\beta</math>)</i>	<i>[95%-KI]</i>	<i>p-Wert</i>
	IG	0,91	[0,73; 1,15]	0,447

Alle Modelle adjustiert für: Alter, Geschlecht, Art der Indikation, Alter der Mutter, Migrationshintergrund, Bildungsgrad der Eltern, sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde, psychische Komorbidität ICD-10 Kapitel V, regionale medizinische Versorgung;

IG: Interventionsgruppe, KI: Konfidenzintervall. OR: Odds Ratio.

## Schlussfolgerung

In der Analyse der Abrechnungsdaten innerhalb des AP 1.3 wurde der Einfluss des GC auf die medizinische Inanspruchnahme innerhalb eines Jahres und die dabei entstandenen Kosten untersucht. Die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen war für KJ in der Interventionsgruppe seltener. Hier konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Studiengruppen beobachtet werden. In diesem Zusammenhang sollte aber auch die geringe Fallzahl beachtet werden, die nicht ausreicht um hier einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zu erkennen.

Auch bei den Kosten konnten keine Unterschiede zwischen den Studiengruppen beobachtet werden. Somit gab es zwar keine Kosteneinsparungen, jedoch auch keine Kostensteigerungen durch die Intervention. Durch die Durchführung des Gesundheitscoachings in der Interventionsgruppe rechneten die Ärzt:innen zusätzliche Leistungen ab, die zu Kostensteigerungen führen. Diese führten aber insgesamt betrachtet nicht zu signifikanten Kostenunterschieden zwischen den Gruppen.

Bei der Analyse der Inanspruchnahme und der Kosten wurde die Perspektive der Krankenkasse eingenommen. Es wurden somit keine Kosten von verschreibungsfreien Arzneimitteln sowie von alternativen Behandlungen berücksichtigt, die außerhalb der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch im Zusammenhang einer sozialpädiatrischen Versorgung aus einer gesellschaftlichen Perspektive entstanden sein konnten.

Insgesamt betrachtet ergaben sich keine Hinweise auf einen wesentlichen Einfluss des Gesundheitscoachings auf die Inanspruchnahme von krankheitsspezifischen spezialisierten Leistungen und den dabei entstandenen Behandlungskosten.

## 6.4 Kodierverhalten der KJÄ

### Studienpopulation

Einbezogen wurden 482 SK-Praxen, davon 52 Praxen ohne (Kontrollgruppe, KG) und 430 mit GC-Programm (Interventionsgruppe, IG). Die Charakteristika der Studiengruppen sind in Tabelle 8 gegenübergestellt. Der Anteil an Patient:innen mit einer GC-Indikation lag bereits vor der Intervention in GC-Praxen über dem entsprechenden Anteil in Praxen ohne GC. Die Werte in beiden Gruppen schwanken um 20% und entsprechen Prävalenzwerten, wie sie in anderen Studien berichtet wurden [30].

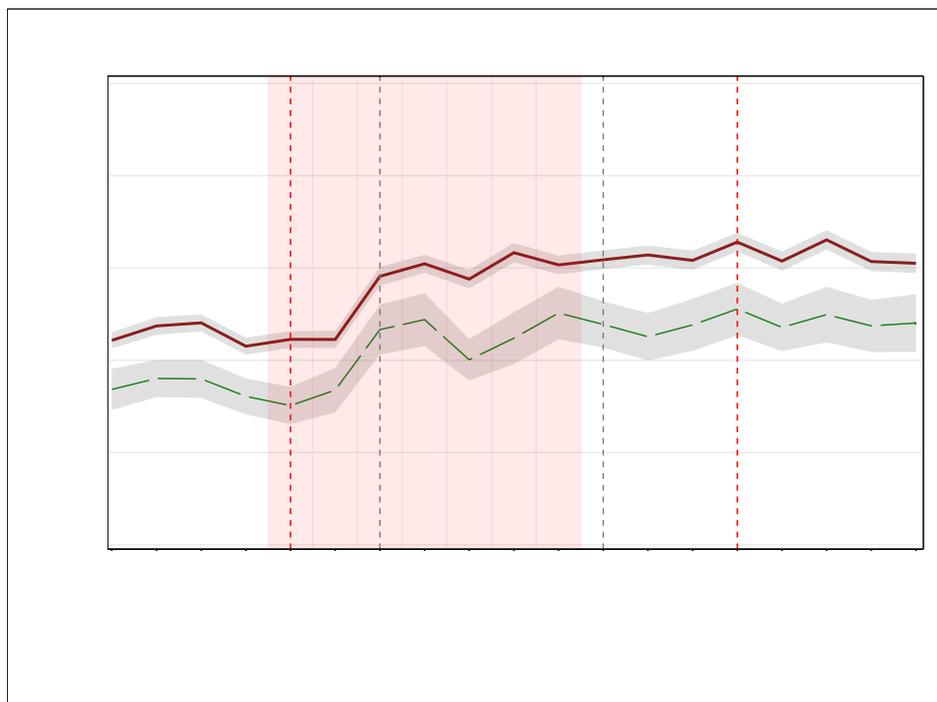
Tabelle 8. Charakteristika der Kinder- und Jugendarzt-Praxen (Jahr vor Interventions- bzw. Referenzquartal)

	Kontrollgruppe Praxen ohne GC (n=52)	Interventionsgruppe GC-Praxen (n=430)	p-Wert <sup>2</sup>
Ärzt:innen je Praxis, Mittelwert (SD)	1,4 (0,7)	1,6 (0,8)	0,095
BKK-versicherte Patient:innen je Praxis, Mittelwert (SD)	199,0 (144,3)	231,5 (203,7)	0,264
<b>BIMD 2010<sup>1</sup>, Quintile, n (%)</b>			
Q1 (geringste Deprivation)	18 (34,6)	97 (22,6)	0,117
Q2	9 (17,3)	135 (31,4)	
Q3	6 (11,5)	68 (15,8)	
Q4	10 (19,2)	60 (14,0)	
Q5 (höchste Deprivation)	9 (17,3)	70 (16,3)	
Patient:innen mit GC-Indikation (Anteil in %), Mittelwert (SD)	18,67 (7,2)	21,5 (9,2)	0,034
<b>Patient:innen mit GC-Hauptindikation (Anteil in %), Mittelwert (SD)</b>			
Chronische Bauch-/Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs	2,6 (1,9)	2,4 (1,7)	0,509
Sprachentwicklungsstörungen	6,3 (3,7)	7,7 (4,5)	0,026
Soziale Verhaltensstörungen	2,7 (3,4)	2,9 (3,4)	0,564
Enuresis/Enkopresis	1,8 (1,1)	2,5 (1,5)	0,001
<sup>1</sup> Bayerischer Index Multipler Deprivation 2010 [23, 24] <sup>2</sup> p-Wert für Test auf Unabhängigkeit: Chi <sup>2</sup> -Test für kategoriale, t-Test für stetige Variablen. GC: Gesundheitscoaching, SD: Standardabweichung.			

### Diagnosehäufigkeit und Kodiergenauigkeit

Abbildung 6 zeigt, dass zwischen den Studiengruppen sowohl vor als auch nach Einführung der GC-Schulungen ein Unterschied in der relativen Diagnosehäufigkeit bestand. Weiterhin ist in beiden Gruppen insbesondere der Anstieg des Anteils der GC-Indikationen bei Einführung der sozialpädiatrischen GKV-Sprechstunde in 2013 Q4 (EBM-Ziffern 04355/04356) auffällig.

In Bezug auf die Kodiergenauigkeit bewegte sich der Anteil der gesicherten Diagnosen an der Summe aus gesicherten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen im betrachteten Zeitraum sowohl in GC-Praxen als auch in Praxen ohne GC auf einem Niveau von rund 90%.



GC: Gesundheitscoaching, GKV SC1: sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde (EBM-Ziffern 04355/04356), SK neu: Überarbeitung und bundesweite Ausweitung des Starke Kids-Vertrags, Q: Quartal, KG: Kontrollgruppe, IG: Interventionsgruppe.

Abbildung 6: Anteil der Patient:innen mit einer GC-Indikation über den gesamten Beobachtungszeitraum, Quartalsdurchschnitte je Studiengruppe mit 95%-Konfidenzband

**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt die Ergebnisse der Difference-in-differences-Analysen für den Einfluss des Kodierverhaltens bzgl. der GC-Indikationen insgesamt sowie der vier Hauptindikationen. Präsentiert ist jeweils der adjustierte Schätzer für den Interaktionsterm zwischen Intervention und Zeit ( $IG \cdot Zeit$ ), der für die Fragestellung die relevante Größe darstellt. Da der Anteil der GC-Indikationen insgesamt nach der Intervention in beiden Gruppen steigt, beschreibt der Schätzer hier einen um 0,76 Prozentpunkte niedrigeren Anstieg in der Interventionsgruppe. Allerdings wird deutlich, dass es in GC-Praxen im Jahr nach Schulungsteilnahme zu keiner signifikanten Veränderung der GC-Indikationen im Vergleich zu Praxen ohne GC kam ( $p=0,686$ ). Somit hatte die Intervention keinen Effekt auf die Diagnosehäufigkeit einer GC-Indikation insgesamt. Ebenso konnte hier kein Effekt auf den Anteil gesicherter Diagnosen (Kodiergenauigkeit) festgestellt werden ( $p=0,609$ ).

Auch konnte kein Effekt des GC-Programms auf die Diagnosehäufigkeit bzw. Kodiergenauigkeit in den vier Hauptindikationen Sprachentwicklungsstörungen ( $p=0,494$  bzw.  $p=0,197$ ), Enuresis/Enkopresis ( $p=0,648$  bzw.  $0,502$ ), Soziale Verhaltensstörungen ( $p=0,993$  bzw.  $0,368$ ) sowie Bauch- und Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs ( $p=0,311$  bzw.  $0,805$ ) festgestellt werden.

Tabelle 9: Adjustierte lineare Difference-in-differences-Modelle für den Einfluss des GC auf das Kodierverhalten

	Diagnosehäufigkeit			Kodiergenauigkeit		
	$\beta (IG \cdot Zeit)^I$	[95-KI]	p-Wert	$\beta (IG \cdot Zeit)^I$	[95-KI]	p-Wert
GC-Indikationen insgesamt	-0,76	[-4,46; 2,94]	0,686	-0,84	[-4,07; 2,39]	0,609
Sprachentwicklungsstörungen	-0,62	[-2,40; 1,16]	0,494	-2,42	[-6,11; 1,26]	0,197

Enuresis/Enkopresis	-0,15	[-0,80; 0,50]	0,648	-1,23	[-4,81; 2,36]	0,502
Soziale Verhaltensstörungen	0,01	[-1,41; 1,42]	0,993	-3,05	[-9,69; 3,59]	0,368
Chronische Bauch- /Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs	0,38	[-0,36; 1,12]	0,311	-0,61	[-5,46; 4,24]	0,805

<sup>1</sup>Schätzungen adjustiert für Anzahl der Ärzt:innen, Anzahl der Patient:innen und Anteil der Patient:innen mit sozialpädiatrischer GKV-Sprechstunde mit EBM-Ziffern 04355/04356 je Praxis.

IG: Interventionsgruppe, Zeit: 4 Quartale Vor- bzw. 4 Quartale Nachbeobachtungszeit, KI: Konfidenzintervall.

## Schlussfolgerungen

Sowohl für GC-Praxen als auch für Praxen ohne GC-Schulung (reine SK-Praxen) wurde ein Anstieg des Anteils an Patient:innen mit GC-Indikation beobachtet, wobei sich der Anstieg nicht zwischen den Studiengruppen unterschied. Dieser generelle Trend könnte einerseits durch die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft in Bezug auf die Einführung des standardisierten GC-Programms getrieben worden sein. Andererseits wurde ein halbes Jahr nach Etablierung des Schulungskonzepts eine sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde (EBM-Ziffer 04355) eingeführt, deren Indikationen denen des GC-Programms sehr ähnlich sind und die daher ebenfalls zu einem stärkeren Bewusstsein für die Indikationen geführt haben könnte. Es ist möglich, dass sowohl durch das GC-Programm als auch durch die sozialpädiatrische GKV-Sprechstunden ein Bedarf für zusätzliche sozialpädiatrische Leistungen adressiert wurde, die unabhängig von einer Schulungsteilnahme zu vermehrten Diagnosen von Indikationen des GC-Programms führten. Die Analyse des Kodierverhaltens beschränkte sich grundsätzlich auf Praxen mit SK-Teilnahme, die sich nur durch das standardisierte GC-Programm unterschieden, um so den reinen Effekt des GC-Programms untersuchen zu können. Durch die rege Schulungsteilnahme fiel die Kontrollgruppe insgesamt klein aus. Damit einhergehende Selektionseffekte und Einflüsse seitens des SK-Vertrags sind möglich, waren jedoch nicht Ziel der Studie. Für die Analyse war eine SK-Teilnahme der Patient:innen irrelevant, da sich Wissen aus dem Programm auf das ärztliche Kodierverhalten insgesamt ausgewirkt haben könnte. Inwieweit Ärzte die Schulungsinhalte einsetzten, lässt sich aus den Abrechnungsdaten nicht ableiten.

## 6.5 Behandlungsverläufe bei KJ

### Studienpopulation

Es wurden 58.440 Versicherte in die Analyse der Behandlungsverläufe im ersten Jahr nach Erstdiagnose einbezogen, während die Stichprobe bei erweiterter Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren aufgrund des verkürzten Rekrutierungszeitraums aus 38.623 Patient:innen bestand.

Tabelle 10: Charakteristika der Patient:innen bei Erstdiagnose einer GC-Indikation je Studiengruppe (einjährige Nachbeobachtungszeit)

	<b>KG:</b> Patient:innen in Praxen ohne GC (n=13.940)	<b>IG:</b> Patient:innen in GC-Praxen (n=44.500)	<b>p-Wert<sup>4</sup></b>	<b>SMD</b>
<b>Männliche Kinder, n (%)</b>	7.263 (52,1)	22.876 (51,4)	0,155	0,014
<b>Alter (in Jahren), Mittelwert (SD)</b>	5,4 (4,1)	5,2 (4,2)	<0,001	0,046
<b>Art der Erstdiagnose/GC-Indikation, n (%)</b>				
Sprachentwicklungsstörungen	3.732 (26,8)	10.840 (24,4)	<0,001	0,055
Enuresis/Enkopresis	1.762 (12,6)	5.895 (13,2)	0,066	0,018
Soziale Verhaltensstörungen	1.176 (8,4)	4.040 (9,1)	0,021	0,023
Chronische Bauch-/Kopfschmerzen	2.763 (19,8)	8.764 (19,7)	0,753	0,003
Entwicklungsstörungen	1.902 (13,6)	5.107 (11,5)	<0,001	0,065
<b>Weitere psychische oder Verhaltensstörung<sup>1</sup>, n (%)</b>	1.583 (11,4)	5.168 (11,6)	0,415	0,008
<b>Sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde im Quartal der Erstdiagnose, n (%)</b>				
Sondercoaching 1 (EBM-Ziffern 04355, 04356)	1.104 (7,9)	7.209 (16,2)	<0,001	0,256
Sondercoaching 2 (EBM-Ziffern 35100, 88895)	762 (5,5)	2.875 (6,5)	<0,001	0,042
<b>Spezialisierte Versorgung im Wohnkreis, n (%)</b>				
Psychiatrische Institutsambulanz	5.153 (37,0)	18.350 (41,2)	<0,001	0,088
Hochschulambulanz	1.797 (12,9)	8.882 (20,0)	<0,001	0,192
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	1.999 (14,3)	11.221 (25,2)	<0,001	0,276
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2.786 (20,0)	10.893 (24,5)	<0,001	0,108
Psychosomatische Klinik	2.524 (18,1)	13.822 (31,1)	<0,001	0,304
Psychiatrie	4.025 (28,9)	16.222 (36,5)	<0,001	0,162
<b>Spezialisierte Leistungserbringer:innen pro 100.000 Einwohner<sup>2</sup>, Mittelwert (SD)</b>				
Ärztliche Psychotherapeut:innen	17,1 (17,9)	11,8 (14,5)	<0,001	0,326
Kinder- und Jugendpsychiater:innen	1,3 (0,8)	1,2 (0,6)	<0,001	0,077
Neurolog:innen	5,5 (3,6)	6,7 (4,2)	<0,001	0,301
Psychologische Psychotherapeut:innen	22,5 (17,8)	26,9 (19,9)	<0,001	0,233
KJÄ	6,8 (3,0)	8,0 (4,1)	<0,001	0,344
<b>BIMD 2010<sup>3</sup>, Quintile, n (%)</b>				
Q1 (geringste Deprivation)	4.195 (30,1)	13.614 (30,6)	<0,001	0,208
Q2	2.971 (21,3)	12.658 (28,4)		
Q3	2.815 (20,2)	7.818 (17,6)		
Q4	1.649 (11,8)	5.299 (11,9)		
Q5 (höchste Deprivation)	2.310 (16,6)	5.111 (11,5)		

<sup>1</sup> ICD-10-Diagnosen Kapitel V ohne Berücksichtigung in GC-Indikationen; <sup>2</sup> Informationen des Bundesarztregisters für das Jahr der Erstdiagnose [31];

<sup>3</sup> Bayerischer Index Multipler Deprivation 2010 [23, 24]; <sup>4</sup> p-Wert für Test auf Unabhängigkeit: Chi<sup>2</sup>-Test für kategoriale, t-Test für stetige Variablen.

KG: Kontrollgruppe, IG: Interventionsgruppe, GC: Gesundheitscoaching, SMD: Standardisierte Mittlere Differenz, SD: Standardabweichung.

Für die einjährige Nachbeobachtungszeit der Patient:innen fand sich in GC-Praxen ein höherer Anteil an Patient:innen, bei denen im Quartal der Erstdiagnose die GKV-Sprechstunde Sondercoaching 1 (EBM-Ziffern 04355/04356) abgerechnet wurde (siehe Ergebnisbericht

Stichprobenbeschreibung in Tabelle 10). Patient:innen in GC-Praxen hatten zudem häufiger Institutionen der spezialisierten Versorgung in ihrem Wohnkreis und auch die durchschnittliche Versorgungsdichte spezialisierter Fachärzt:innen war für Patient:innen in GC-Praxen meist erhöht. Dies ging einher mit einem höheren Anteil an Patient:innen aus Praxen ohne GC in hoch deprivierten Kreisen (Q5) und einem niedrigeren Anteil in geringer deprivierten Kreisen (Q2).

## Häufigkeit der Inanspruchnahme

In den meisten Leistungsbereichen lag im ersten Jahr nach der Erstdiagnose für viele Patient:innen keine Inanspruchnahme vor. Bei längerer Nachbeobachtungszeit von zwei Jahren war der Anteil ohne Inanspruchnahme zwar meist geringer, lag je nach Leistung aber immer noch zwischen 69% (HNO/Audiologe) und 100% (Allgemeine Psychiatrie). Eine sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunde erhielten innerhalb von zwei Jahren nach Erstdiagnose 47,7% der Patient:innen.

In Tabelle 11 ist die durchschnittliche Anzahl der Kontakte bzw. der Quartale der Inanspruchnahme der einzelnen Leistungserbringer:innen je Studiengruppe im ersten Jahr nach der Erstdiagnose dargestellt. Patient:innen in GC-Praxen hatten häufiger Kontakt zu KJÄ und im Zusammenhang mit einer sozialpädiatrischen GC- oder GKV-Sprechstunde.

Tabelle 11: Anzahl der Kontakte bzw. Quartale im ersten Jahr nach der Erstdiagnose

Leistungserbringer:innen <sup>1</sup>		Kontrollgruppe: Patient:innen in Praxen ohne GC (n=13.940)		Interventionsgruppe: Patient:innen in GC-Praxen (n=44.500)	
		Mittelwert (SD)	Wertebereich	Mittelwert (SD)	Wertebereich
Kinder- und Jugendarzt/ärztin	(Kontakte)	7,3 (5,0)	(1-41)	7,7 (5,2)	(1-47)
HNO/Audiolog:innen	(Kontakte)	0,6 (1,5)	(0-21)	0,5 (1,4)	(0-19)
(Kinder- und Jugend-) Psychiater:innen	(Kontakte)	0,6 (2,6)	(0-39)	0,5 (2,5)	(0-43)
Sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunde	(Kontakte)	0,6 (1,2)	(0-12)	0,9 (1,4)	(0-15)
Sozialpädiatrisches Zentrum	(Quartale)	0,1 (0,4)	(0-5)	0,1 (0,4)	(0-5)
Psychiatrische Institutsambulanz	(Quartale)	0,2 (0,6)	(0-5)	0,2 (0,6)	(0-5)
Logopäd:innen	(Quartale)	0,2 (0,6)	(0-5)	0,1 (0,6)	(0-5)
Ergotherapeut:innen	(Quartale)	0,1 (0,5)	(0-5)	0,1 (0,4)	(0-5)

Angegeben sind nicht-adjustierte Werte, GC: Gesundheitscoaching, HNO: Hals-Nasen-Ohrenarzt/ärztin, SD: Standardabweichung. <sup>1</sup> Neurolog:innen und stationäre Einrichtungen wurden aufgrund zu geringer Inanspruchnahme nicht betrachtet.

In den adjustierten ZIP-Regressionsmodellen (siehe 12) zeigten sich lediglich in Bezug auf die Ergotherapie sowohl im ersten als auch in den ersten beiden Jahren nach der Erstdiagnose statistisch signifikante Unterschiede auf dem 1%-Niveau. So lag für Patient:innen in GC-Praxen die Zahl der Quartale mit Verordnungen für Ergotherapeut:innen durchschnittlich 12% niedriger. Zudem hatten Patient:innen in GC-Praxen im ersten Jahr nach der Erstdiagnose 16% und in den ersten beiden Jahren 10% mehr ärztliche Kontakte, in denen eine

sozialpädiatrische Sprechstunde durchgeführt wurde (zur Dauer der Sprechzeiten siehe unten).

Tabelle 12: Einfluss der GC-Schulung auf Häufigkeit PAS-relevanter Leistungen nach der Erstdiagnose, separate adjustierte Zero-Inflated Poisson Regressionsmodelle für die einzelnen Leistungsbereiche

Leistungserbringer:innen	(Einheit)	$e^{\beta}$ (IG) <sup>1</sup>	$\beta$	[95%-KI]	p-Wert
Im ersten Jahr nach Erstdiagnose (n=58.440)					
HNO/Pädaudiolog:innen	(Kontakte)	0,998	-0,002	[-0,037; 0,033]	0,922
(Kinder- und Jugend-) Psychiater:innen	(Kontakte)	0,998	-0,002	[-0,033; 0,028]	0,897
Sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunde <sup>2</sup>	(Kontakte)	<b>1,157</b>	0,146	[0,114; 0,178]	<0,001
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	(Quartale)	1,048	0,047	[-0,064; 0,157]	0,407
Psychiatrische Institutsambulanz	(Quartale)	0,924	-0,079	[-0,143; -0,014]	0,017
Logopäd:innen	(Quartale)	0,915	-0,089	[-0,158; -0,020]	0,012
Ergotherapeut:innen	(Quartale)	<b>0,877</b>	-0,131	[-0,228; -0,034]	0,008
In den zwei Jahren nach Erstdiagnose (n=38.623)					
HNO/Pädaudiolog:innen	(Kontakte)	0,975	-0,025	[-0,054; 0,004]	0,090
(Kinder- und Jugend-) Psychiater:innen	(Kontakte)	1,011	0,011	[-0,016; 0,038]	0,419
Sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunde <sup>2</sup>	(Kontakte)	<b>1,103</b>	0,098	[0,069; 0,127]	<0,001
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	(Quartale)	1,116	0,110	[0,008; 0,212]	0,035
Psychiatrische Institutsambulanz	(Quartale)	0,993	-0,007	[-0,064; -0,050]	0,804
Logopäd:innen	(Quartale)	0,935	-0,067	[-0,127; -0,008]	0,026
Ergotherapeut:innen	(Quartale)	<b>0,869</b>	-0,140	[-0,222; -0,060]	0,001

Separate Modelle, adjustiert für Kovariablen bei Erstdiagnose: Geschlecht, Alter, Zeitpunkt und Art der Erstdiagnose, weitere psychische/Verhaltensstörung ICD-10 Kapitel V, sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde, Kosten im Jahr vor Erstdiagnose, regionale Versorgungsstruktur, Bayerischer Index Multipler Deprivation 2010 [23, 24].

<sup>1</sup> Schätzer für Erstdiagnose in GC-Praxis; <sup>2</sup> ohne Adjustierung auf sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde bei Erstdiagnose. GC: Gesundheitscoaching,  $e^{\beta}$ (IG): Faktor für Patient:innen in GC-Praxen, IG: Interventionsgruppe, KI: Konfidenzintervall, HNO: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

## Besuch Sozialpädiatrischer Zentren (SPZ)

In Bayern waren im Jahr 2019 insgesamt 20 SPZ verortet, weitere 11 SPZ befanden sich in angrenzenden Bundesländern. Abbildung 7 visualisiert die SPZ-Standorte und stellt deren Einzugsgebiete durch sogenannte Puffer mit einem Radius von 30 km dar. Unter dieser Entfernungsvorgabe gab es für bayerische Patient:innen keinen landesweiten flächendeckenden Zugang zu einem SPZ. Hinsichtlich der ebenfalls dargestellten kreisspezifischen Anteile an Patient:innen mit einem SPZ-Besuch im ersten Jahr nach der Erstdiagnose zeigte sich zudem, dass der Wert deutlich zwischen 0% und 15% der

diagnostizierten Patient:innen variierte und in Kreisen mit Abdeckung durch die Puffer tendenziell höher war.

### BKK-Versicherte mit Besuch eines Sozialpädiatrischen Zentrums im Jahr nach Erstdiagnose in Bayern

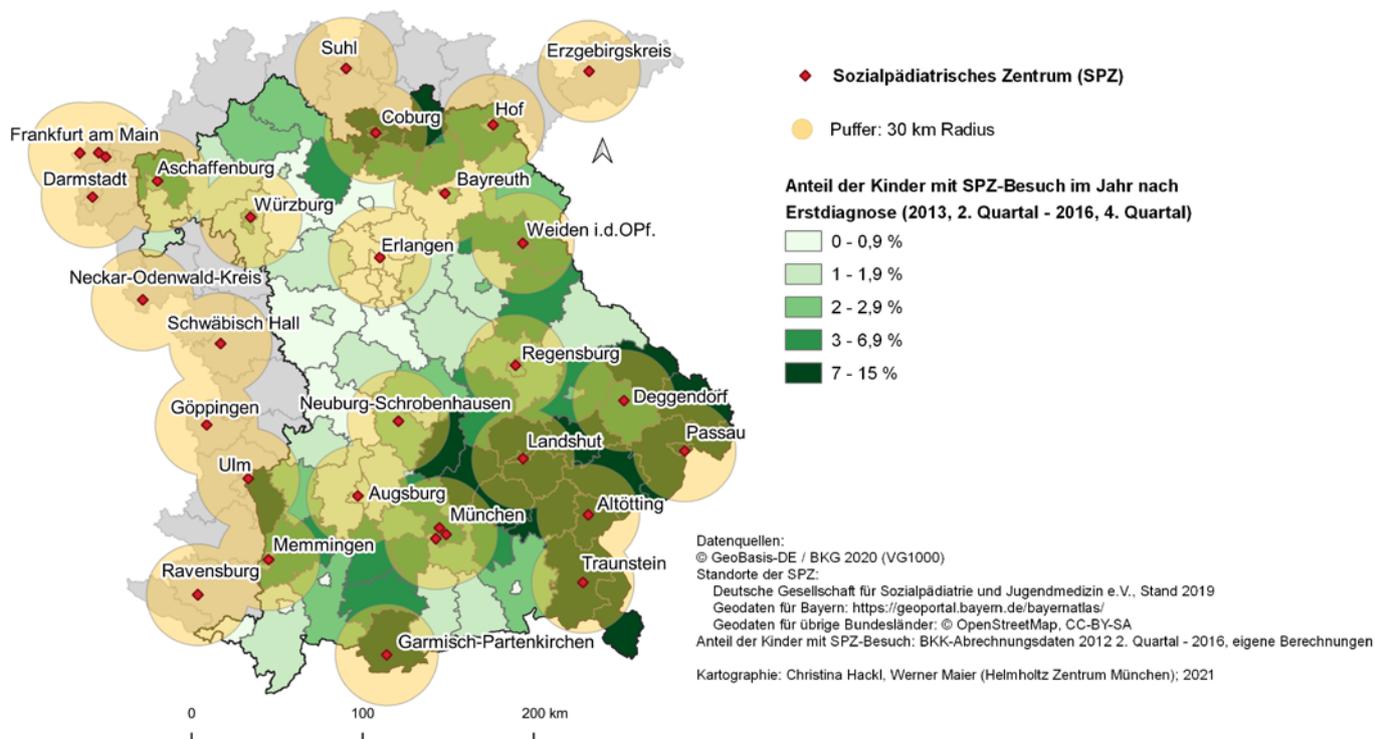


Abbildung 7: BKK-Versicherte mit Besuch eines Sozialpädiatrischen Zentrums im Jahr nach Erstdiagnose in Bayern

In dem binär-logistischen Regressionsmodell (siehe Tabelle 13) ergab sich für Patient:innen in GC-Praxen für das erste Jahr nach Erstdiagnose zwar eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen SPZ-Besuch, doch war der Effekt nicht statistisch signifikant. Hinsichtlich der einbezogenen Kovariablen lag die Wahrscheinlichkeit im ersten Jahr nach der Erstdiagnose in hoch-deprivierten Regionen um das 1,5-fache, bei Vorliegen einer weiteren psychischen oder Verhaltensstörung außerhalb der GC-Indikationen um das 2,3-fache und bei Vorhandensein eines SPZ-Standortes im Wohnkreis um das 2,9-fache höher. Hingegen war ein SPZ-Besuch für Patient:innen in Wohnkreisen mit Standorten anderer Institutionen spezialisierter Versorgung oder höherer Versorgungsdichte mit spezialisierten Leistungserbringer:innen weniger wahrscheinlich. Schließlich veränderte auch die Inanspruchnahme einer sozialpädiatrischen GKV-Sprechstunde im Quartal der Erstdiagnose die Wahrscheinlichkeit eines SPZ-Besuchs. Hier zeigte sich ein gegenläufiges Ergebnis: die dem GC sehr ähnliche GKV-Sprechstunde Sondercoaching 1 (EBM-Ziffern 04355/04356) führte zu einer 1,7-fach erhöhten Wahrscheinlichkeit, während das Sondercoaching 2 (EBM-Ziffern 35100/88895) mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit einherging. Die Befunde für die längere Nachbeobachtungszeit waren ähnlich, wobei hier der SPZ-Standort im Wohnkreis eine noch höhere Bedeutung aufwies (OR: 3,1).

Tabelle 13: Determinanten eines SPZ-Besuchs nach Erstdiagnose einer GC-Indikation, logistische Regressionsmodelle

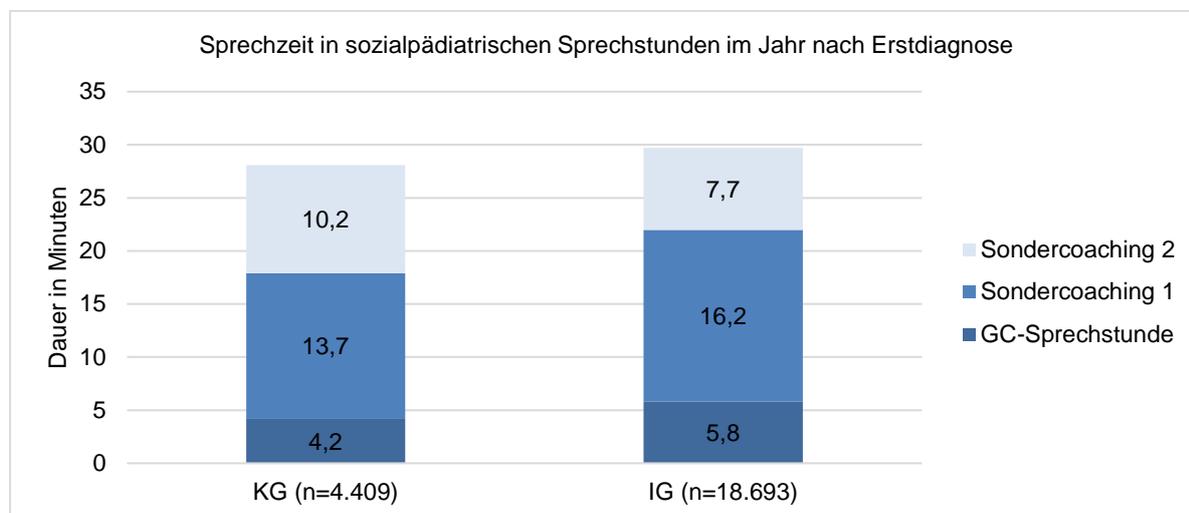
	Im ersten Jahr nach Erstdiagnose (n=57.440)			In zwei Jahren nach Erstdiagnose (n=38.623)		
	OR	[95%-KI]	p-Wert	OR	[95%-KI]	p-Wert
<b>Erstdiagnose in GC-Praxis (IG)</b>	1,078	[0,940; 1,236]	0,285	1,132	[0,981; 1,307]	0,089
<b>Jungen</b>	<b>1,176</b>	[1,067; 1,296]	0,001	<b>1,238</b>	[1,112; 1,379]	<0,001
<b>Alter (in Jahren)</b>	<b>1,045</b>	[1,032; 1,057]	<0,001	<b>1,026</b>	[1,012; 1,040]	0,000
<b>Weitere psychische oder Verhaltensstörung<sup>1</sup></b>	<b>2,269</b>	[2,027; 2,540]	<0,001	<b>2,335</b>	[2,057; 2,651]	<0,001
<b>Sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde im Quartal der Erstdiagnose</b>						
Sondercoaching 1 (EBM 04355, 04356)	<b>1,727</b>	[1,533; 1,944]	<0,001	<b>1,497</b>	[1,294; 1,733]	<0,001
Sondercoaching 2 (EBM 35100, 88895)	<b>0,693</b>	[0,564; 0,851]	0,001	0,748	[0,596; 0,938]	0,012
<b>Spezialisierte Versorgung im Wohnkreis</b>						
Psychiatrische Institutsambulanz	<b>0,770</b>	[0,632; 0,939]	0,010	<b>0,752</b>	[0,607; 0,932]	0,009
Hochschulambulanz	1,076	[0,851; 1,360]	0,541	1,025	[0,791; 1,327]	0,854
Sozialpädiatrisches Zentrum	<b>2,915</b>	[2,501; 3,396]	<0,001	<b>3,111</b>	[2,618; 3,695]	<0,001
Kinder- und Jugendpsychiatrie	<b>0,584</b>	[0,462; 0,739]	<0,001	<b>0,548</b>	[0,418; 0,717]	<0,001
Psychosomatische Klinik	1,196	[1,037; 1,379]	0,014	1,239	[1,051; 1,461]	0,011
Psychiatrie	<b>0,731</b>	[0,601; 0,888]	0,002	0,765	[0,618; 0,947]	0,014
<b>Spezialisierte Leistungserbringer:innen pro 100.000 Einwohner<sup>2</sup></b>						
Ärztliche Psychotherapeut:innen	1,001	[0,995; 1,008]	0,706	0,997	[0,990; 1,005]	0,473
Kinder- und Jugendpsychiater:innen	<b>0,761</b>	[0,694; 0,835]	<0,001	<b>0,819</b>	[0,744; 0,902]	<0,001
Neurolog:innen	<b>0,927</b>	[0,897; 0,957]	<0,001	<b>0,930</b>	[0,897; 0,964]	<0,001
Psychologische Psychotherapeut:innen	<b>1,013</b>	[1,007; 1,019]	<0,001	<b>1,013</b>	[1,007; 1,019]	0,000
Kinder- und Jugendärzt:innen	1,003	[0,979; 1,027]	0,832	1,015	[1,007; 1,023]	0,204
<b>BIMD 2010<sup>3</sup>, Quintile</b>						
Q1 (geringste Deprivation)	(Ref.)			(Ref.)		
Q2	0,899	[0,774; 1,045]	0,167	0,924	[0,784; 1,089]	0,345
Q3	1,077	[0,914; 1,269]	0,378	1,136	[0,953; 1,354]	0,156
Q4	1,123	[0,950; 1,328]	0,174	1,073	[0,892; 1,292]	0,454
Q5 (höchste Deprivation)	<b>1,467</b>	[1,235; 1,744]	<0,001	<b>1,462</b>	[1,202; 1,292]	0,000

Modelle zusätzlich adjustiert für: Zeitpunkt und Art der Erstdiagnose, Kosten im Jahr vor Erstdiagnose,  
<sup>1</sup> ICD-10-Diagnosen Kapitel V ohne Berücksichtigung in GC-Indikationen; <sup>2</sup> Informationen des Bundesarztregisters für Jahr der Erstdiagnose [31]; <sup>3</sup> Bayerischer Index Multipler Deprivation 2010 [23, 24].  
 IG: Interventionsgruppe, GC: Gesundheitscoaching, p: p-Wert, OR: Odds Ratio, KI: 95%-Konfidenzintervall, Ref.: Referenzkategorie.

## Dauer der Sprechzeit in sozialpädiatrischen Sprechstunden

Abbildung 8 zeigt die durchschnittliche Dauer der Sprechzeiten für Patient:innen, die eine sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunde in Anspruch genommen haben. Diese Zeiten setzen sich aus der GC-Sprechstunde und den GKV-Sprechstunden Sondercoaching 1 und Sondercoaching 2 zusammen. Innerhalb eines Jahres nach der Erstdiagnose betrug die durchschnittliche Dauer in GC-Praxen 29,7 Minuten pro Patient [95%-KI: 29,4; 30,1]. In Praxen

ohne GC-Schulung war die Dauer mit 28,1 Minuten [95%-KI: 27,4; 28,7] zwar statistisch signifikant kürzer, doch lag die absolute Differenz mit 1,6 Minuten nur geringfügig niedriger.



GC: Gesundheitscoaching, KG: Kontrollgruppe (Praxen ohne GC-Schulung), IG: Interventionsgruppe (GC-Praxen). GC-Sprechstunden in der KG erklären sich durch die Übergangsregelung der Abrechnungsvoraussetzung, bei der die GC-Sprechstunde auch ohne Schulungsteilnahme abgerechnet werden konnte.

Abbildung 8: Durchschnittliche Sprechzeit pro Patient:in bei Patient:innen mit GC- bzw. sozialpädiatrischer GKV-Sprechstunde, im ersten Jahr nach der Erstdiagnose

## Sequenzanalyse für Behandlungspfade nach Erstdiagnose einer Sprachentwicklungsstörung

Exemplarisch wurden für 14.572 Patient:innen mit Erstdiagnose einer Sprachentwicklungsstörung die Muster der Inanspruchnahme in einer zusätzlichen Sequenzanalyse analysiert. Die Sequenzen je Studiengruppe bestätigen den Befund der vorherigen Analysen, dass Besuche bei Kinder- und Jugendärzten sehr häufig, hingegen die spezialisierte sozialpädiatrische Versorgung (GC- oder GKV-Sprechstunden, SPZ-Besuch) sowie die Verordnung von Logo- und Ergotherapeut:innen im Jahr nach der Erstdiagnose selten waren. Zwischen den Studiengruppen war für die Fachärzt:innen und die verordneten Therapeut:innen kein Gruppenunterschied erkennbar, während sozialpädiatrische GC- oder GKV-Sprechstunden vor allem im Quartal der Erstdiagnose für Patient:innen in GC-Praxen häufiger zu sehen waren. Weitere detaillierte Ergebnisse der Sequenzanalyse finden sich in Anlage 12<sup>3</sup>.

## Schlussfolgerung

In den ersten beiden Jahren nach der Erstdiagnose einer Indikation im Sinne des GC wurden sozialpädiatrisch relevante Leistungen, wie z.B. SPZ, selten in Anspruch genommen, doch

<sup>3</sup> Ergebnisse der Sequenzanalysen werden zur Veröffentlichung bei der Zeitschrift „European Child & Adolescent Psychiatry“ eingereicht: Monika Murawski, Benedict Katzenberger, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Care Pathways for Children and Adolescents with Speech Development Disorders in Bavaria - A Sequence Analysis of Health Insurance Claims Data „(gesperrt bis 31. März 2022)“

erhielt etwa die Hälfte der Patient:innen eine GC- oder sozialpädiatrische GKV-Sprechstunde. Bezüglich des Umfangs sozialpädiatrischer Sprechstunden konnte zwischen GC-Praxen und nicht am GC teilnehmenden Praxen nur eine geringfügige Abweichung festgestellt werden, was sich durch eine Kompensation durch die GKV-Sprechstunden, insbesondere der EBM-Ziffer 04355, erklären ließe. Für die Überweisungshäufigkeiten war die Teilnahme einer Praxis am standardisierten GC-Programm nicht entscheidend. Es zeigte sich, dass ein SPZ-Besuch grundsätzlich sehr selten, aber für Patient:innen in hoch deprivierten Kreisen oder mit weiteren psychischen Störungen bzw. Verhaltensstörungen neben der Erstdiagnose wahrscheinlicher war, vor allem bei Patient:innen mit einem SPZ-Standort im jeweiligen Wohnkreis. Zudem reduzierten weitere Versorgungsangebote im Wohnkreis der Patient:innen die Wahrscheinlichkeit für einen SPZ-Besuch, was die Bedeutung einer etablierten Versorgungsstruktur unterstreicht.

Auf Basis der abgerechneten Leistungen konnte somit für die Behandlungsverläufe zwar eine erhöhte Anzahl an ärztlichen Kontakten aufgrund sozialpädiatrischer GC- oder GKV-Sprechstunden gezeigt werden, doch abgesehen davon wurde kein bedeutsamer Einfluss der Teilnahme einer Praxis am standardisierten GC-Programm festgestellt. Die Abrechnungsdaten lassen allerdings kaum Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung zu. Weiterhin wurden Patient:innen mit Verdachtsdiagnosen eingeschlossen, um Konsultationen für eine genauere Diagnostik zu berücksichtigen, die sich durch vertiefte Kenntnisse der Ärzt:innen in die Kinderarztpraxen verlagert haben könnten. Möglicherweise lagen gegenläufige Bewegungen vor, indem einerseits Patient:innen seltener wegen solcher Abklärungen weitervermittelt wurden, andererseits aber der Bedarf einer spezialisierten Versorgung besser erkannt wurde.

Die Entscheidung, in beiden Studiengruppen Patient:innen unabhängig von ihrer SK-Teilnahme einzuschließen, berücksichtigt, dass erworbenes Wissen über das GC-Programm in alle Behandlungen eingeflossen sein konnte. Inwieweit Ärzte die Schulungsinhalte einsetzten, lässt sich aus den Abrechnungsdaten nicht ableiten. Da das Angebot einer sozialpädiatrischen Sprechstunde durch die Neuerung der Regelversorgung nicht an eine SK-Teilnahme gebunden war, lag für KJ ohne SK kein diesbezüglicher Nachteil vor und somit war weder ein Ausschluss noch eine gesonderte Berücksichtigung notwendig. In der Analyse waren hingegen nur Patient:innen aus SK-Praxen zugelassen, so dass über die Differenzierung der Studiengruppen gemäß der Teilnahme der Praxis am GC-Programm der reine Effekt des Schulungsprogramms untersucht werden konnte. Durch diese Einschränkung der Praxen ist ein Selektionsbias möglich, jedoch wurde dadurch nur ein recht kleiner Teil der Patient:innen aus der Analyse ausgeschlossen. Regionale Schwerpunkte der Versichertenklientel und die nicht randomisierte Teilnahme der KJÄ am GC, die sich teilweise stark zwischen den Kreisen unterschied, sind ebenso zu diskutieren. Durch den Einschluss der regionalen Deprivation und kreisspezifischer Versorgungsstrukturen wurden mögliche Verzerrungen jedoch in den Analysen aufgegriffen.

## **6.6 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von KJ**

### **Studienpopulation**

Analog zur Analyse der Behandlungsverläufe in AP 2.2 wurden von den 58.440 eingeschlossenen Patient:innen mit Erstdiagnose einer GC-Indikation 44.500 Patient:innen der Interventions- und 13.940 der Kontrollgruppe zugeordnet.

### Auswertung des Effekts der Einführung des Gesundheitscoachings

Deskriptive Analysen zeigten, dass spezialisierte Kosten bei 17% der behandelten Patient:innen auftraten und im Vergleich zu den Gesamtkosten auch ca. 17% der Kosten verursachten. Dabei unterschieden sich Patient:innen, die in einer GC-Praxis behandelt wurden, nicht von Patient:innen in einer Praxis ohne GC. Spezialisierte stationäre Leistungen wurden bei 0,3% der Patient:innen beobachtet, verursachten aber in beiden Gruppen die höchsten durchschnittlichen Kosten. Alle weiteren Unterkategorien der spezialisierten Versorgung sowie globalere Kostenkategorien (Spezialisierte Kosten, Kosten der KJÄ, krankheitsspezifische Gesamtkosten, totale Gesamtkosten) unterschieden sich nicht wesentlich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

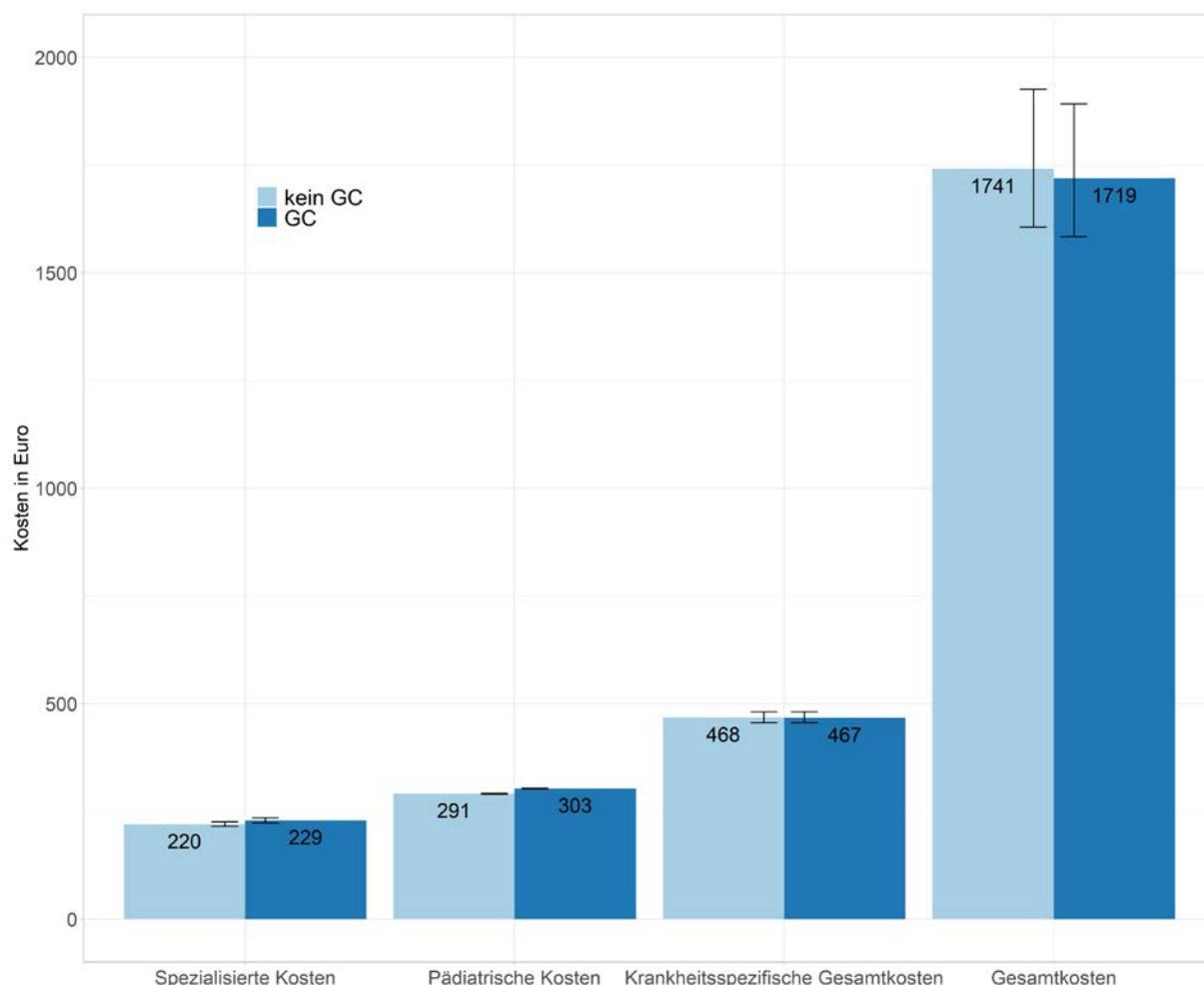
Tabelle 14 zeigt die mit Hilfe des Matching-Weights-Ansatzes geschätzten absoluten Kosten und Kostendifferenzen. Abbildung 9 zeigt die mit Hilfe der Recycled Predictions geschätzten Kosten. Die geschätzten absoluten Kosten und Kostendifferenzen unterschieden sich lediglich hinsichtlich der Kosten der KJÄ zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe. Hier wurde eine geringe Kostendifferenz von 10€ im Matching-Weights-Ansatz oder 4% in den Gamma-Regressionsmodellen beobachtet. Gemessen an den durchschnittlichen Gesamtkosten pro Patient:in sind diese Kostendifferenzen kaum von Bedeutung. Bei allen anderen Kostenkategorien konnten keine Gruppenunterschiede beobachtet werden.

Tabelle 14: Matching Weights adjustierte absolute Kosten nach Gruppenzugehörigkeit und Differenzen mit Bootstrapping 95%-Konfidenzintervallen

Kategorie	KG: Patient:innen in Praxen ohne GC (n=13.940)		IG: Patient:innen in GC-Praxen (n=44.500)		Differenz (in €)	[95%-KI]
	Kosten (in €)	[95%-KI]	Kosten (in €)	[95%-KI]		
<b>Spezialisierte Kosten</b>	221	[188; 259]	228	[201; 257]	6	[-35; 50]
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	37	[33; 42]	41	[37; 45]	4	[-1; 10]
Psychiater:innen/Psychotherapeu- t:innen	77	[69; 84]	78	[72; 83]	1	[-9; 11]
Stationäre Leistungen	83	[53; 117]	86	[62; 116]	3	[-37; 44]
Ambulante Kliniken	24	[22; 28]	23	[21; 25]	-2	[-5; 2]
<b>Kosten bei Kinder- und Jugendärzt:innen</b>	285	[282; 289]	295	[292; 297]	<b>10</b>	<b>[5; 14]</b>
<b>Krankheitsspezifische Gesamtkosten</b>	465	[432; 499]	448	[422; 474]	-17	[-61; 27]
Ambulante Leistungen	263	[253; 272]	267	[260; 274]	4	[-7; 16]
Stationäre Leistungen	86	[59; 119]	82	[61; 106]	-4	[-42; 33]
Arzneimittel	10	[8; 12]	7	[6; 8]	<b>-3</b>	<b>(-5; -1)</b>
Heilmittel	106	[100; 113]	93	[89; 98]	-13	[-22; -4]
<b>Gesamtkosten</b>	1.324	[1.259; 1.394]	1.312	[1.264; 1.364]	-12	[-96; 71]
Ambulante Leistungen	600	[588; 612]	617	[607; 626]	<b>17</b>	<b>[2; 33]</b>
Stationäre Leistungen	442	[386; 504]	419	[378; 466]	-23	[-97; 55]

Arzneimittel	159	[143; 177]	163	[150; 179]	4	[-19; 26]
Heilmittel	123	[116; 130]	113	[108; 118]	-10	[-19; -2]

KG: Kontrollgruppe, IG: Interventionsgruppe, GC: Gesundheitscoaching, KI: Konfidenzintervall.  
 Signifikante Gruppenunterschiede sind fett markiert.



GC: Gesundheitscoaching

Abbildung 9: Recycled Predictions adjustierte absolute Kosten mit Bootstrapping 95%-Konfidenzintervallen

### Effekt der Durchführung der GC-Sprechstunde (Nebenanalyse)

In den Analysen zur Durchführung der GC-Sprechstunde konnte eine verminderte Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen nach der Durchführung der GC-Sprechstunde im Vergleich zu Patient:innen ohne GC-Sprechstunde beobachtet werden. Dies war vor allem auf Sozialpädiatrische Zentren zurückzuführen und führte auch zu signifikanten Kostenunterschieden in diesem Bereich. Im Gegensatz dazu stiegen die Kosten der KJÄ signifikant an. Insgesamt betrachtet unterschieden sich die beiden Gruppen bezogen auf die

krankheitsspezifischen Gesamtkosten nicht voneinander. Detailliertere Ergebnisse zu den Kosten der Inanspruchnahme finden sich in Anlage 13<sup>4</sup>.

## Schlussfolgerungen

Zwar kam es bei Patient:innen in Praxen mit Schulungsteilnahme zu geringfügig erhöhten Kosten bei KJÄ, doch abgesehen davon zeigte sich durch die Schulungsteilnahme kein Unterschied in den Versorgungskosten (exklusive Schulungs- und Materialkosten), so dass die Einführung des Schulungsprogramms zumindest kostenneutral war. Es ist anzumerken, dass in der Kostenanalyse die Perspektive der Krankenkasse eingenommen und allein deren Kosten, aber keine anderen Leistungen, wie verschreibungsfreie Medikamente oder alternative Behandlungen, berücksichtigt wurden.

Eine Limitation der Studie besteht darin, dass keine Randomisierung der Behandlungsgruppen vorgenommen werden konnte, weshalb Matchingverfahren und multivariate Regressionsmodelle für die Analysen eingesetzt wurden. Dennoch gibt es wichtige Größen, z.B. der Schweregrad der Erkrankung, die aufgrund der verwendeten Krankenkassendaten nicht berücksichtigt werden konnten. Zusätzlich sind Limitationen zu nennen, die bereits in der Analyse der Behandlungspfade diskutiert wurden (vgl. 6.5 Behandlungsverläufe bei KJ).

## 7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Wir konnten anhand der Studiendaten nicht zeigen, dass die Einführung des standardisierten Gesundheitscoachings (GC) in Form einer 2-fachen Schulung für Kinder- und Jugendärzt:innen, einschließlich der Ausgabe von Checklisten und Handlungsempfehlungen, zu einer signifikanten Veränderung von individueller gesundheitsbezogener Lebensqualität oder dem Ausmaß der psychischen Auffälligkeit der Kinder geführt hat. Auffallend ist jedoch, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der befragten Kinder und Jugendlichen ein stabiles hohes Niveau hatte. Dies kann potenziell mit einer positiven Selbstselektion der Stichprobe (Freiwilligen-Bias, hoher Bildungsstand der Eltern) erklärt werden. Obwohl plausible Subgruppenunterschiede gezeigt werden konnten, war möglicherweise die Stichprobe zu homogen, um Effekte zu zeigen.

Die Einführung des standardisierten Gesundheitscoachings (GC) führte nicht zu einer häufigeren Diagnose von psychischen Auffälligkeiten und Störungen (AP2.1). Allerdings konnte beobachtet werden, dass in den Jahren 2012 bis 2016 unabhängig vom Gesundheitscoaching ein zunehmender Anteil der BKK-Versicherten in Kinder- und Jugendarztpraxen eine sozialpädiatrische Diagnose erhielten, auf die sich das GC bezog. Dieser Anstieg ging einher mit dem Ausbau der sozialpädiatrischen Primärversorgung innerhalb der Regelversorgung, ausgelöst durch die Einführung der EBM-Ziffer 04355 für eine sozialpädiatrisch orientierte Sprechstunde, die ohne ein solch umfassendes Schulungskonzept abgerechnet werden konnte.

---

<sup>4</sup> Ergebnisse zum Effekt der Durchführung der GC-Sprechstunde wurden zur Veröffentlichung bei der Zeitschrift „Family Practice“ eingereicht: Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Health Care Utilization and Costs of Children and Adolescents with Mental Health Problems: Usual Care vs. a Health Coaching Consultation by Pediatricians.. „(gesperrt bis 31. März 2022)

Inwieweit ein Austausch über das GC-Programm innerhalb der Ärzteschaft die Aufmerksamkeit für psychische Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen insgesamt beeinflusst hat, lässt sich aus den Abrechnungsdaten in AP2 nicht erkennen. Zumindest die rege Schulungsteilnahme bei Einführung des Schulungskonzepts zeigt, dass das zusätzliche Angebot innerhalb der Kinder- und Jugendarztpraxen auf Interesse stieß.

Die Routinedatenanalyse in AP2.2 zeigte weiterhin, dass der Handlungsleitfaden nur geringfügige Auswirkungen auf die Behandlungspfade hatte. Allerdings erhielten insbesondere Patient:innen in Praxen mit Teilnahme am GC-Programm häufiger sozialpädiatrisch orientierte Sprechzeiten, wobei durch eine Kompensation sozialpädiatrischer Sprechstunden im Rahmen der Regelversorgung der zeitliche Umfang pro Patient:in nur geringfügig zwischen den Gruppen variierte. Dennoch unterschied sich die Weitervermittlung zu anderen Leistungserbringern bis auf wenige Ausnahmen kaum von den Raten in nicht-teilnehmenden Praxen.

Sicherlich wäre es denkbar, dass Patient:innen einerseits wegen einer erweiterten Abklärungen innerhalb der Kinder- und Jugendarztpraxis selbst seltener weitervermittelt wurden, andererseits aber der Bedarf einer spezialisierten Versorgung besser erkannt wurde. Allerdings lassen sich derartige gegenläufige Tendenzen mit Abrechnungsdaten nicht valide untersuchen. Zudem ist den Daten nicht zu entnehmen, inwieweit die Schulungsinhalte bzw. Checklisten bei einer Behandlung tatsächlich eingesetzt wurden.

Hinsichtlich der in AP2.3 untersuchten Wirtschaftlichkeit des GC fiel das Ergebnis insgesamt neutral aus. Zwar kam es bei Patient:innen in Praxen mit Schulungsteilnahme zu geringfügig erhöhten Kosten bei Kinder- und Jugendärzt:innen (KJÄ) – innerhalb eines Jahres nach der Erstdiagnose lagen die durchschnittlich Kosten um 10 €/pro Patient:in höher, doch abgesehen davon zeigte sich durch die Schulungsteilnahme kein Unterschied in den Versorgungskosten. Zudem waren die Kosten bei KJÄ bei Durchführung einer GC-Sprechstunde im Vergleich zu Patient:innen ohne diese Sprechstunde erhöht, doch fielen die Kosten spezialisierter Leistungen, insbesondere von Sozialpädiatrischen Zentren, gleichzeitig geringer aus. Die Durchführung einer GC-Sprechstunde führte somit insgesamt zu keinem Kostenunterschied für die Patient:innen.

Bezüglich der Versorgungskosten (exklusive Schulungs- und Materialkosten) war die Einführung des Schulungsprogramms kostengünstig bis kostenneutral. Erneut kann aus den Routinedaten allein nicht ermittelt werden, inwieweit diese positive Wirtschaftlichkeitsbeurteilung auf die Anwendung von Schulungsinhalten zurückzuführen ist. Vielmehr wäre unter Berücksichtigung weiterer Ergebnisse aus den qualitativen Analysen in AP1 zu entscheiden, inwieweit KJÄ und Patient:innen durch die Standardisierung gestärkt werden konnten.

Die qualitative Evaluation des GC-Programms konnte Potenziale, jedoch auch Barrieren der Umsetzung zeigen. Die Akzeptanz des Programms bei Betroffenen und KJÄ scheint hoch zu sein. Eine verstärkte Kooperation von KJÄ mit anderen Institutionen und Leistungserbringern im Gesundheitswesen wurde als potenzielle Erweiterung des Programms positiv gesehen. Bei weitgehender Kostenneutralität wurde das Ziel einer Stärkung der Primärversorgung durch KJÄ durch das Programm erreicht. Das Programm ist potenziell auf andere Regionen übertragbar.

## 8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

### Liste der Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit

[http://www.ibe.med.uni-muenchen.de/lehrstuehle/pr-epi-schwindel/workinggroup\\_english/primaquo/index.html](http://www.ibe.med.uni-muenchen.de/lehrstuehle/pr-epi-schwindel/workinggroup_english/primaquo/index.html)

<http://www.bkkstarkekids.de/startseite.html>

<https://www.paednetz.de/startseite/>

<https://www.helmholtz-muenchen.de/igm/forschung/projekte/aktuelle/prima-quo/index.html>

- Im August 2017 wurden erste Informationen über das stattfindende Projekt in der Mitgliederzeitschrift für alle Versicherten veröffentlicht (siehe Anlage 1 und 2)
- Im Dezember 2017 erfolgte eine Presseinformation zum Projekt PrimA-QuO (siehe Anlage 3) und eine Veröffentlichung in der Ärzte Zeitung (siehe Anlage 4).
- Im März 2018 erfolgte erneut die Information aller Versicherten in den Mitgliederzeitschriften (siehe Anlage 5 und 6) sowie der Eltern (siehe Anlage 7 und 8), deren Kinder an der Studie teilnahmen und auf der Webseite des BKK LV (siehe Anlage 9).
- Im Juni 2018 erschien in der Mitgliederzeitschrift für alle Versicherten erneut der Hinweis auf die Befragungsstudie (siehe Anlage 10)

Eine umfassende Informationssammlung rund um BKK Starke Kids findet sich auf der BKK LV Webseite:

[Starke Kids: Startseite \(bkkstarkekids.de\)](http://www.bkkstarkekids.de)

### Folgende Veröffentlichungen sind bisher entstanden:

#### Poster und Vorträge

- Siona Decke, Karina Deckert, Martin Lang, Otto Laub, Monika Murawski, Lars Schwettmann, Susanne Ulrich, Eva Grill: Optimierte primärärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen – Evaluation von Qualität und Outcomes (PrimA-QuO). Posterpräsentation im Rahmen des 16. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, 04.-06. Oktober 2017, Berlin, Deutschland.
- Monika Murawski, Florian Kirsch, Larissa Schwarzkopf, Otto Laub, Martin Lang, Siona Decke, Verena Loidl, Eva Grill, Karina Deckert, Lars Schwettmann (2019): Effekt einer Intervention auf das ärztliche Kodierverhalten - Identifikation einer Kontrollgruppe in der PrimA-QuO-Studie. Vortrag im Rahmen des AGENS Methodenworkshops, 27.-28. Februar 2019, Magdeburg, Deutschland (krankheitsbedingt abgesagt).
- Siona Decke, Karina Deckert, Martin Lang, Otto Laub, Verena Loidl, Lars Schwettmann, Eva Grill: A new approach in paediatric primary care: Acceptance, barriers and facilitators of a health coaching program among paediatricians, patients with mental health problems and their parents: a qualitative study (PrimA-QuO). Vortrag im Rahmen der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 11.-13. September 2019, Ulm, Deutschland.
- Verena Loidl, Siona Decke, Karina Deckert, Martin Lang, Otto Laub, Lars Schwettmann, Eva Grill: Health-Related Quality of Life among children and

adolescents with Mental Health Problems and their guardians: Baseline results of the PrimA-QuO cohort study. Vortrag im Rahmen der 14. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 11.-13. September 2019, Ulm, Deutschland.

- Monika Murawski, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Lars Schwettmann: Do paediatricians change their coding behaviour regarding mental health problems due to the standardised Health Coaching program (PrimA-QuO)? Posterpräsentation im Rahmen der 14. Jahrestagung Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 11.-13. September 2019, Ulm, Deutschland.
- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Health care utilization of children and adolescents with mental health problems: usual care versus an extended health coaching consultation by pediatricians. Posterpräsentation im Rahmen der 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, 29. September 2020, Online Konferenz.

#### Publikationen und zur Publikation eingereichte Beiträge

- Verena Loidl, Siona Decke, Karina Deckert, Martin Lang, Otto Laub, Pavo Marijic, Monika Murawski, Lars Schwettmann, Eva Grill: Mixed-methods evaluation of a structured primary care program for children and adolescents with mental health problems (PrimA-QuO): Study protocol. BMJ Open, 2021(zur Publikation akzeptiert).
- Siona Decke, Karina Deckert, Martin Lang, Otto Laub, Verena Loidl, Lars Schwettmann, Eva Grill: "We're in good hands there." - Acceptance, barriers and facilitators of a primary care-based health coaching programme for children and adolescents with mental health problems: a qualitative study (PrimA-QuO). BMC Fam Pract. 2020;21(1):273.
- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Health Care Utilization and Costs of Children and Adolescents with Mental Health Problems: Usual Care vs. a Health Coaching Consultation by Pediatricians. (Eingereicht: Family Practice).

#### Geplante Veröffentlichungen:

- Monika Murawski, Benedict Katzenberger, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Care Pathways for Children and Adolescents with Speech Development Disorders in Bavaria - A Sequence Analysis of Health Insurance Claims Data. (Zur Einreichung bei European Child & Adolescent Psychiatry).
- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Hamacher, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Costs of Children and Adolescents with Speech Disorders, Enuresis, Conduct Disorders or Chronical Pain: A Data Linkage Study. (Zur Einreichung bei BMC Fam. Pract.)
- Verena Loidl, Pavo Marijic, Otto Laub, Martin Lang, Lars Schwettmann, Eva Grill: Impact of a pediatric primary care health-coaching program on change in health related quality of life in children with mental health problems: Results of the PrimA-QuO cohort study
- Siona Decke, Verena Loidl, Otto Laub, Martin Lang, Lars Schwettmann, Eva Grill: Trajectories of mental health problems in children and adolescents treated in a primary care-based health coaching programme – results of the PrimA-QuO cohort study

Angenommene Poster und Vorträge, die wegen der SARS-CoV-2 Pandemie nicht realisiert wurden:

- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann: Costs of the standardised Health Coaching versus usual care in children and adolescents with mental health problems. Posterpräsentation im Rahmen der 12. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e.V. (dggö), 23.-24.03.2020, Wuppertal, Deutschland (abgesagt)
- Monika Murawski, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Lars Schwettmann: Behandlungspfade von Kindern und Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen in Bayern – Eine Sequenzanalyse longitudinaler Kassendaten. Posterpräsentation im Rahmen der 56. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), 22.-24. September 2021, Leipzig, Deutschland (ursprünglich geplant für 16. - 18.09.2020, abgesagt)
- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann (2020): Costs of the standardised Health Coaching versus usual care in children and adolescents with mental health problems. Posterpräsentation auf der EuHEA Conference, 07.-10. Juli 2020, Oslo, Norwegen (abgesagt)
- Monika Murawski, Pavo Marijic, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann (2020): Behandlungspfade von Kindern und Jugendlichen mit Sprachentwicklungsstörungen in Bayern - Eine Sequenzanalyse longitudinaler Kassendaten. Akzeptierter Posterbeitrag für den AGENS Methodenworkshop, 10.-11.3.2020, Köln, Deutschland (abgesagt)
- Pavo Marijic, Monika Murawski, Werner Maier, Karina Deckert, Otto Laub, Martin Lang, Eva Grill, Lars Schwettmann (2020): Effekt der Implementierung des BKK-Gesundheitscoachings auf die krankheitsspezifischen Kosten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten. Akzeptierter Posterbeitrag für den AGENS Methodenworkshop, 10.-11.3.2020, Köln, Deutschland (abgesagt)

## 9. Anlagen

Anlage-1-2017-08-09-Versicherteninfo\_Mitgliederzeitung\_BKKn-kompakt

Anlage-2-2017-08-09-Versicherteninfo\_Mitgliederzeitung\_BKKn-ausführlich

Anlage-3-Presseinfo-2017\_12\_27\_BKK By PrimaQuo\_Befragungsstudie\_Final

Anlage-4-Artikel-2017\_12\_29\_Ärzte Zeitung\_PrimA-QuO

Anlage-5-2018\_03\_15\_Versicherteninfo\_Mitgliederzeitung\_Kurzversion

Anlage-6-2018\_03\_15\_Versicherteninfo\_Mitgliederzeitung\_kompakt

Anlage-7-2018\_03\_15\_Elterninfo Studie Gesundheitscoaching kompakt

Anlage-8-2018\_03\_15\_Elterninfo Studie Gesundheitscoaching ausführlich

Anlage-9-2018\_03\_15\_Versicherteninfo\_Mitgliederzeitung\_Kurzversion\_website

Anlage-10-2018\_06\_29\_Hinweis Befragungsstudie\_BKK Verbund Plus

Anlage-11-Methoden\_AP2

Anlage-12Behandlungsverläufe\_Sequenzanalyse\_Sperrfrist (**gesperrt bis 31. März 2022**)

Anlage-13-Inanspruchnahme\_Durchführung GC Sprechstunde\_Sperrfrist (**gesperrt bis 31. März 2022**)

Anlage-14a-Interview-Entwurf\_Programmentwickler

Anlage-14-Interviewleitfaden\_Kinder- und Jugendärzte

Anlage-14c-Interviewleitfaden\_Sorgeberechtigte

Anlage-14d-Interviewleitfaden\_KJ ab 14 Jahren

## Literatur

1. Baumgarten, F., et al., *Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte*. Journal of Health Monitoring, 2018. **3**(1): p. 60-65.
2. Wille, N., et al., *How impaired are children and adolescents by mental health problems? Results of the BELLA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2008. **17 Suppl 1**: p. 42-51.
3. Hintzpete, et al., *Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten: Ergebnisse der BELLA-Studie. [Medical and psychotherapeutic health care utilization of children and adolescents with mental health problems: Results of the BELLA Study]*. Kindheit und Entwicklung, 2014. **23**: p. 229-238.
4. Fegert, J.M., M. Kölch, and A.E. Baumann. *Sachbericht zum Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Laufzeit: 01.11.2014 bis 28.02.2017*. [Accessed: 15.09.2020]; Available from: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung\\_psychisch\\_kranke\\_Kinder\\_u\\_Jugendliche\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kindergesundheit/Versorgung_psychisch_kranke_Kinder_u_Jugendliche_Abschlussbericht.pdf).
5. Arbeitsgruppe Sozialpädiatrie des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), *BKK STARKE KIDS - Gesundheitsoaching. Handlungsleitfaden zur sozialpädiatrischen Sprechstunde für die Kinder- und Jugendärzte*. 2016: AG Sozialpädiatrie BVKJ.
6. Klasen, F., et al., *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie*. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2017. **165**(5): p. 402-407.
7. Hollenweger, J. and O. Kraus de Camargo, *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*, in 2. korrigierte Auflage, Hogrefe, Editor., WHO - World Health Organization.
8. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. *Datenschutz-Grundverordnung*. [Accessed: 07.09.2020]; Available from: [https://www.bmju.de/DE/Themen/FokusThemen/DSGVO/DSVGO\\_node.html](https://www.bmju.de/DE/Themen/FokusThemen/DSGVO/DSVGO_node.html).
9. Craig, P., et al., *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. Bmj, 2008. **337**: p. a1655.
10. Moore, G.F., et al., *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. Bmj, 2015. **350**: p. h1258.
11. Fetters, M.D., L.A. Curry, and J.W. Creswell, *Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices*. Health Serv Res, 2013. **48**(6 Pt 2): p. 2134-56.
12. Green, L. and M. Kreuter, *Health Program Planning: An Educational And Ecological Approach*. journal name, 2005.
13. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 2011, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien.
14. Sandelowski, M., *What's in a name? Qualitative description revisited*. Res Nurs Health, 2010. **33**(1): p. 77-84.
15. Ravens-Sieberer, U., *Der Kindl-R Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen - Revidierte Form*. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. . 2003, Göttingen: Hogrefe: Schumacher, J.; Klaiberg, A.; Brähler, E.
16. Norman, G.R., J.A. Sloan, and K.W. Wyrwich, *Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation*. Med Care, 2003. **41**(5): p. 582-92.

17. Ravens-Sieberer, U.E., U.; Erhart, M., *Health-related quality of life of children and adolescents in Germany. Norm data from the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS)*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2007. **50**(5-6): p. 810-8.
18. Goodman, R., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. J Child Psychol Psychiatry, 1997. **38**(5): p. 581-6.
19. (Hrsg.), E. *EQ-5D-User Guide. Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument*. 2015.
20. Manning, W.G., A. Basu, and J. Mullahy, *Generalized modeling approaches to risk adjustment of skewed outcomes data*. J Health Econ, 2005. **24**(3): p. 465-88.
21. Malehi, A.S., F. Pourmotahari, and K.A. Angali, *Statistical models for the analysis of skewed healthcare cost data: a simulation study*. Health Econ Rev, 2015. **5**: p. 11.
22. Buntin, M.B. and A.M. Zaslavsky, *Too much ado about two-part models and transformation? Comparing methods of modeling Medicare expenditures*. J Health Econ, 2004. **23**(3): p. 525-42.
23. Maier, W., J. Fairburn, and A. Mielck, *Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. Entwicklung eines 'Index Multipler Deprivation' auf Gemeindeebene*. Gesundheitswesen, 2012. **74**(7): p. 416-25.
24. Maier, W., *Indizes Multipler Deprivation zur Analyse regionaler Gesundheitsunterschiede in Deutschland: Erfahrungen aus Epidemiologie und Versorgungsforschung*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2017. **60**(12): p. 1455-1456.
25. Ridout, M., C.G. Demétrio, and J. Hinde. *Models for count data with many zeros*. in *Proceedings of the XIXth international biometric conference*. 1998. International Biometric Society Invited Papers Cape Town, South Africa.
26. Vogt, V., S.M. Scholz, and L. Sundmacher, *Applying sequence clustering techniques to explore practice-based ambulatory care pathways in insurance claims data*. European Journal of Public Health, 2018. **28**(2): p. 214-219.
27. Li, L. and T. Greene, *A weighting analogue to pair matching in propensity score analysis*. Int J Biostat, 2013. **9**(2): p. 215-34.
28. Franklin, J.M., et al., *Comparing the performance of propensity score methods in healthcare database studies with rare outcomes*. Stat Med, 2017. **36**(12): p. 1946-1963.
29. Decke, S., et al., *"We're in good hands there." - Acceptance, barriers and facilitators of a primary care-based health coaching programme for children and adolescents with mental health problems: a qualitative study (PrimA-QuO)*. BMC Fam Pract, 2020. **21**(1): p. 273.
30. Hölling, H., et al., *Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012)*. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 2014. **57**(7): p. 807-819.
31. Kassenärztliche Bundesvereinigung - Dezernat Versorgungsmanagement. *Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018 – Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/09, Berlin 2019. DOI: 10.20364/VA-19.09.

**BKK  
STARKE KIDS**



**HelmholtzZentrum münchen**  
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

## Liebe Eltern - wir bitten um Ihre Unterstützung

### **BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching sehr beliebt**

Seit 2010 haben über 36.000 Kinder und Jugendliche in Bayern diese Zusatzleistung in Anspruch genommen. Bundesweit steht das Programm seit 2015 zur Verfügung.

Ziel des Gesundheitscoachings ist es, den Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie ihren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln.

### **Jetzt wollen wir es genau wissen – wirkt das, und wenn ja wie?**

In Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und PaedNetz Bayern lassen wir den Erfolg des Programms wissenschaftlich untersuchen. Dazu führen Forscher der LMU in den nächsten drei Jahren Studien in Bayern durch.

### **Wie überprüft man Qualität?**

Zunächst geht es darum, welche Erfahrungen Kinder und Eltern mit dem Programm gemacht haben und was sie sich zusätzlich an Unterstützung und Information wünschen. Dabei stehen die Kinder und deren persönliche Bedürfnisse im Mittelpunkt. Schließlich kann das Gesundheitscoaching nur dann erfolgreich sein, wenn es alle Beteiligten berücksichtigt.

In einer weiteren Studie wird überprüft, ob es mit dem Programm gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Eltern zu verbessern. Aber auch andere Fragen sollen beantwortet werden, zum Beispiel nach der Belastung durch Überweisungen zu Fachärzten und nach dem Aufwand, der dadurch entstanden ist. Dabei wird auch der Vergleich zu Versicherten, die nicht am BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching teilnehmen, erstellt.

### **Wie kann ich an der Studie teilnehmen?**

Eltern werden gezielt von den bayerischen Arztpraxen zur Teilnahme eingeladen. Erfahrene Mitarbeiter der LMU München führen die Gespräche und werten diese dann komplett anonymisiert aus, es ist also kein Rückschluss auf die Gesprächspartner möglich. Unabhängig davon werden auch Kinder- und Jugendärzte zu ihren Erfahrungen befragt. Bitte nehmen Sie an der Studie teil! Sie werden von Ihrem Kinder- und Jugendarzt direkt angesprochen. Vielen Dank!

### **Was passiert mit den Informationen?**

Mit den gewonnenen Daten soll überprüft werden, ob es mit dem BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern. Die Untersuchung soll zeigen, ob wirklich alle Weichen schon optimal gestellt sind oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt. Langfristig soll diese Extraleistung allen Versicherten – egal bei welcher Krankenkasse - für eine bessere Versorgung zur Verfügung stehen.

### **Noch Fragen?**

Fragen zur Studie beantwortet das Studienteam der Ludwig-Maximilians-Universität gerne.

### **Ansprechpartner:**

Siona Decke und Susanne Marlene Ulrich (Projektwissenschaftlerinnen)

Fon: +49 89 2180 78218

Fax: +49 89 2180 78230

Per Email: [PrimaQuo@med.uni-muenchen.de](mailto:PrimaQuo@med.uni-muenchen.de)



## Studie zur Qualität in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

### Gesundheitscoaching - Mehr Qualität in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Betriebskrankenkassen bieten zusammen mit dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte ihren Versicherten exklusiv das Programm BKK STARKE KIDS an. Es beinhaltet eine besonders qualifizierte und umfassende Vorsorge für die Entwicklungsphase vom Kleinkind bis zum Teenager. Ein sehr wichtiger Baustein ist dabei das BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching. Ärzte und Ärztinnen, die an diesem Programm teilnehmen, haben ein besonderes Training durchlaufen, um vertieft Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten begleiten zu können. Das Programm gibt den Ärzten Material, Unterstützung und Zeit an die Hand, um frühzeitig eine Diagnose stellen zu können und die nächsten Handlungsschritte optimal mit Eltern und Kind abzustimmen. Ziel ist es dabei, eine Übertherapie zu vermeiden und den Kindern und ihren Angehörigen die Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln. Im Sinn der „sprechenden Medizin“ wird der Schwerpunkt darauf gelegt, individuell auf die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Eltern einzugehen und ihnen weite Wege und komplizierte Untersuchungen in sehr großen Zentren zu ersparen.

#### Wirkt das, und wenn ja, wie?

Das BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gibt es jetzt seit knapp sieben Jahren; bundesweit steht es seit 01.10.2015 zur Verfügung. Über 700 Ärzte in Bayern (über 2.100 Ärzte im Bundesgebiet) sind aktuell als Experten im Programm registriert. Die Bilanz ist insgesamt sehr positiv. Die Betriebskrankenkassen wollen jetzt in der „BKK STARKE KIDS-Geburtsstätte“, dem Bundesland Bayern, überprüfen, was die Erfolgsfaktoren sind, wie das Programm und dessen Bestandteile von allen Beteiligten akzeptiert wird und was man verbessern kann. Forschende der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München führen daher in den nächsten drei Jahren Studien zu diesem Thema durch.

#### Wie überprüft man Qualität?

Zunächst geht es darum, welche Erfahrungen Kinder und Eltern mit dem Programm gemacht haben und was sie sich zusätzlich an Unterstützung und Information wünschen. Bei dieser neuartigen Form der Informationsgewinnung stehen die Kinder und deren persönliche Bedürfnisse im Mittelpunkt. Schließlich kann das Gesundheitscoaching nur dann erfolgreich sein, wenn es alle Beteiligten berücksichtigt. Dazu werden Eltern in Bayern gezielt von der behandelnden Arztpraxis zur Teilnahme eingeladen. Erfahrene Mitarbeiter der LMU München führen die Gespräche und werten diese dann komplett anonymisiert aus, es ist also kein Rückschluss auf die Gesprächspartner möglich. Unabhängig davon werden auch Kinderärzte zu ihren Erfahrungen befragt.

In einer weiteren Studie wird überprüft, ob es mit dem Programm gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Eltern zu verbessern. Auch andere Fragen sollen beantwortet werden, zum Beispiel nach der Belastung durch Überweisungen zu Fachärzten, und nach dem Aufwand, der dadurch entstanden ist. Dabei wird auch ein Vergleich zu Versicherten, die nicht am BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching teilnehmen, erstellt.

## **Für eine bessere Versorgung aller Versicherten**

Drei Kernthemen sind für die Untersuchung der Qualität des BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoachings wichtig: Arzt und Krankenkasse arbeiten Hand in Hand, um Kinder und Eltern in einer schwierigen Situation optimal zu unterstützen und noch intensiver zu betreuen. Die Untersuchung soll zeigen, ob wirklich schon alle Weichen optimal gestellt sind, oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt. Und schließlich ist die persönliche, gelebte Erfahrung von Kindern und deren Eltern das zentrale Thema des Gesundheitscoachings und der dazugehörigen Forschung.

## **Noch Fragen?**

Fragen zur Studie beantwortet das Studienteam der Ludwig-Maximilians-Universität gerne.

Siona Decke und Susanne Marlene Ulrich (Projektwissenschaftlerinnen)

Institut für Medizinische Informationsverarbeitung,

Biometrie und Epidemiologie,

Ludwig-Maximilians-Universität München

Marchioninstr. 17

81377 München

Fon: +49 89 2180 78218

Fax: +49 89 2180 78230

Per Email: [PrimaQuo@med.uni-muenchen.de](mailto:PrimaQuo@med.uni-muenchen.de)



# Presse Information



München, 27. Dezember 2017

## **Befragungsstudie bei Kindern und Jugendlichen in Bayern zu Lebensqualität und psychischen Auffälligkeiten**

Laut dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigen 20 Prozent der 3 bis 17 Jährigen psychische Auffälligkeiten und Störungen. Oft werden die jungen Patienten über den Kinder- und Jugendarzt zu spezialisierten, sozialpädiatrischen Diensten überwiesen. Vielen Betroffenen könnte aber mit niederschweligen Angeboten schnell geholfen werden. Der Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) Bayern, die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), das Helmholtz Zentrum München und die Vereinigung der Kinder- und Jugendärzte (PaedNetz Bayern) untersuchen, ob die Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen durch zielgerichtete Behandlungsleitfäden verbessert werden kann. Im Januar 2018 startet dazu eine Umfrage bei Betroffenen und deren Eltern.

Vor acht Jahren haben die BKK in Bayern im Rahmen der Vertragsarbeitsgemeinschaft und in Kooperation mit dem hiesigen PaedNetz ein Präventions- und Versorgungsprogramm mit dem Namen BKK Starke Kids entwickelt. Es unterstützt teilnehmende Kinder- und Jugendärzte dabei, ihre Patienten mit bestimmten Indikationen und deren Eltern effektiv und effizient zu betreuen. Durch die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Kinder- und Jugendarztes sowie seine Kernkompetenzen werden Doppeluntersuchungen und unnötige Überweisungen reduziert. Das vermeidet zusätzliche psychische Belastungen der Kinder und ihrer Eltern.

Insgesamt 800 Kinder und Jugendliche sollen im Rahmen der Studie befragt werden. Gesucht werden Patienten und deren Eltern aus Bayern mit Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, Störungen des Sozialverhaltens, Sprachstörungen oder Einnässen. Die Kinder müssen bei einer BKK versichert sein und am BKK Starke Kids Programm teilnehmen.

Über einen Fragebogen werden Aspekte der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern erhoben. Auch die Zufriedenheit als Patient, familiäre Belastungen und soziodemografische Angaben werden abgefragt. Die Untersuchung soll zeigen, ob Kinder und Eltern in schwierigen Situationen optimal unterstützt werden und wo die Verbesserungspotenziale liegen.

Die datenschutzrechtlich gesicherte Befragung wird von der LMU umgesetzt. Über die Kinder- und Jugendarztpraxen werden potenzielle Studienteilnehmer identifiziert. Teilnehmer können per Brief oder Online an der Umfrage mitwirken. Nach einem Jahr soll die Befragung wiederholt werden. Alle Teilnehmer erhalten nach Studienabschluss eine anonymisierte Kurzauswertung der Studie und darüber hinaus ein kleines Dankeschön.

Die Befragungsstudie wird aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 unterstützt. Durch den Innovationsfonds werden neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte in Deutschland gefördert mit dem Ziel, die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung qualitativ weiter zu entwickeln. Ausführliche Informationen zur Studie sowie zum Programm BKK Starke Kids sind zu finden auf: [www.bkkstarkekids.de](http://www.bkkstarkekids.de).

Weitere Informationen:

[www.bkk-bayern.de](http://www.bkk-bayern.de)

[www.ibe.med.uni-muenchen.de](http://www.ibe.med.uni-muenchen.de)

[www.kiqgs-studie.de](http://www.kiqgs-studie.de)

Der BKK Landesverband Bayern vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der Betriebskrankenkassen und ihrer Versicherten in Bayern. Aktuell zählt der BKK Landesverband Bayern 16 Betriebskrankenkassen als Mitglieder mit rund 3,1 Millionen Versicherten (Kassensitz). In Bayern selbst leben knapp 2,4 Millionen Menschen, die bei einer Betriebskrankenkasse (BKK) versichert sind. Damit verfügen die Betriebskrankenkassen im Freistaat über einen GKV-Marktanteil von rund 22 Prozent.

[www.bkk-bayern.de](http://www.bkk-bayern.de)



@BKKLVBayern folgen

Ärzte Zeitung online, 29.12.2017 16:02

Befragungsstudie

## Werden psychisch auffällige Kinder und Jugendliche optimal unterstützt?

Wie gelingt eine bessere Versorgung von psychisch gestörten jungen Menschen? Die BKKen in Bayern starten eine Befragung mit mehreren Partnern.



Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigen 20 Prozent der 3- bis 17 Jährigen psychische Auffälligkeiten und Störungen.

© Photographee.eu / stockadobe.com

**MÜNCHEN.** Kann die Versorgung von psychisch gestörten und auffälligen 3- bis 17jährigen Kindern und Jugendlichen durch zielgerichtete Behandlungsleitfäden verbessert werden? Diese Frage steht im Zentrum einer Befragung bei Betroffenen und deren Eltern, die **mit Hilfe des Innovationsfonds** im kommenden Jahr in München gestartet wird. Gemeinsam ziehen bei diesem Projekt der Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) Bayern, die Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), das Helmholtz Zentrum München und die Vereinigung der Kinder- und Jugendärzte (PaedNetz Bayern) an einem Strang.

Die BKK weist in einer Mitteilung darauf hin, dass nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 20 Prozent der 3- bis 17 Jährigen psychische Auffälligkeiten und Störungen zeigen. Oft würden die jungen Patienten über den Kinder- und Jugendarzt zu spezialisierten, sozialpädiatrischen Diensten überwiesen. Vielen Betroffenen könnte aber mit niederschweligen Angeboten schnell geholfen werden, so die BKK.

Vor acht Jahren haben die BKKen in Bayern im Rahmen der Vertragsarbeitsgemeinschaft und in Kooperation mit dem lokalen PaedNetz ein Präventions- und Versorgungsprogramm mit dem Namen **BKK Starke Kids** entwickelt. Es unterstützt Kinder- und Jugendärzte dabei, Patienten mit bestimmten Indikationen und deren Eltern effektiv und effizient zu betreuen. Durch die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion des Kinder- und Jugendarztes sowie seine Kernkompetenzen werden Doppeluntersuchungen und unnötige Überweisungen reduziert.

Insgesamt 800 Kinder und Jugendliche sollen im Rahmen der Studie befragt werden. Gesucht werden Patienten und deren Eltern aus Bayern mit Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen, Störungen des Sozialverhaltens, Sprachstörungen oder Einnässen. Die Kinder müssen bei einer BKK versichert sein und am BKK Starke Kids Programm teilnehmen.

Die Untersuchung soll zeigen, ob Kinder und Eltern in schwierigen Situationen optimal unterstützt werden und wo die Verbesserungspotenziale liegen. (eb)

Copyright © 1997-2018 by Springer Medizin Verlag GmbH

## BKK STARKE KIDS

### Liebe Eltern - wir bitten um Ihre Unterstützung



Unser BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching erfreut sich großer Beliebtheit. Ziel des Gesundheitscoachings ist es, den Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie ihren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln. In Bayern haben seit 2010 über 36.000 Kinder und Jugendliche diese Zusatzleistung in Anspruch genommen. Bundesweit steht das Programm seit 2015 zur Verfügung.

Jetzt wollen wir es genau wissen und lassen in Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und dem PaedNetz Bayern den Erfolg des Programms wissenschaftlich untersuchen. Dazu führen Forscher der LMU in den nächsten zwei Jahren Studien in Bayern durch. Unter anderem werden Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte befragt. Mit den gewonnenen Daten – die selbstverständlich anonymisiert werden – soll überprüft werden, ob es mit dem BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern. Bitte nehmen Sie an der Studie teil! Ihr Kinder- und Jugendarzt oder Ihre BKK werden Sie dazu anschreiben. Vielen Dank!

Nähere Infos unter...\*

Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 gefördert.

\* hier Homepage der eigenen Kasse oder BKK-Starke-Kids ([www.bkkstarkekids.de](http://www.bkkstarkekids.de)) angeben

Stand 01.03.2018

**BKK  
STARKE KIDS**



## Liebe Eltern - wir bitten um Ihre Unterstützung

### **BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching sehr beliebt**

Seit 2010 haben über 36.000 Kinder und Jugendliche in Bayern diese Zusatzleistung in Anspruch genommen. Bundesweit steht das Programm seit 2015 zur Verfügung.

Ziel des Gesundheitscoachings ist es, den Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie ihren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln.

### **Jetzt wollen wir es genau wissen – wirkt das, und wenn ja wie?**

In Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und dem PaedNetz Bayern lassen wir den Erfolg des Programms wissenschaftlich untersuchen. Dazu führen Forscher der LMU in den nächsten zwei Jahren Studien in Bayern durch.

### **Wie überprüft man Qualität?**

Zunächst geht es darum, welche Erfahrungen Kinder und Eltern mit dem Programm gemacht haben und was sie sich zusätzlich an Unterstützung und Information wünschen. Dabei stehen die Kinder und deren persönliche Bedürfnisse im Mittelpunkt. Schließlich kann das Gesundheitscoaching nur dann erfolgreich sein, wenn es alle Beteiligten berücksichtigt.

In einer weiteren Studie wird überprüft, ob es mit dem Programm gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Eltern zu verbessern. Aber auch andere Fragen sollen beantwortet werden, zum Beispiel zu der Belastung durch Überweisungen zu Fachärzten und zu dem Aufwand, der dadurch entstanden ist. Dabei wird auch der Vergleich zu Versicherten, die nicht am BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching teilnehmen, erstellt.

### **Wie kann ich an der Studie teilnehmen?**

Sie erhalten von Ihrem Kinderarzt oder Ihrer BKK ein Einladungsschreiben. Über einen Link gelangen Sie zum Online-Fragebogen. Planen Sie in etwa 15 Minuten für die Beantwortung der Fragen ein. Einige Eltern werden außerdem gezielt zur Teilnahme an einer telefonischen Befragung eingeladen. Erfahrene Mitarbeiter der LMU München führen die Gespräche und werten diese dann komplett anonymisiert aus, es ist also kein Rückschluss auf die Gesprächspartner möglich.

Bitte nehmen Sie an der Studie teil! Sie erhalten eine Einladung per Post von Ihrem Kinder- und Jugendarzt oder Ihrer BKK. Vielen Dank!

### **Was passiert mit den Informationen?**

Mit den gewonnenen Daten soll überprüft werden, ob es mit dem BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern. Die Untersuchung soll zeigen, ob wirklich alle Weichen schon optimal gestellt sind oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt. Langfristig soll diese Extraleistung allen Versicherten – egal bei welcher Krankenkasse - für eine bessere Versorgung zur Verfügung stehen.

### **Wer fördert das Projekt?**

Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 gefördert.

### **Noch Fragen?**

Fragen zur Studie beantwortet das Studienteam der Ludwig-Maximilians-Universität gerne.

Ansprechpartner:

Siona Decke und Susanne Marlene Ulrich (Projektwissenschaftlerinnen)

Fon: +49 89 2180 78218 Fax: +49 89 2180 78230

Per Email: [PrimaQuo@med.uni-muenchen.de](mailto:PrimaQuo@med.uni-muenchen.de)



**BKK  
STARKE KIDS**



## Liebe Eltern - wir bitten um Ihre Unterstützung

### **BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching sehr beliebt**

Seit 2010 haben über 36.000 Kinder und Jugendliche in Bayern diese Zusatzleistung in Anspruch genommen. Bundesweit steht das Programm seit 2015 zur Verfügung.

Ziel des Gesundheitscoachings ist es, den Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie ihren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln.

### **Jetzt wollen wir es genau wissen – wirkt das, und wenn ja wie?**

In Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und dem PaedNetz Bayern lassen wir den Erfolg des Programms wissenschaftlich untersuchen. Dazu führen Forscher der LMU in den nächsten zwei Jahren Studien in Bayern durch.

### **Wie überprüft man Qualität?**

Zunächst geht es darum, welche Erfahrungen Kinder und Eltern mit dem Programm gemacht haben und was sie sich zusätzlich an Unterstützung und Information wünschen. Dabei stehen die Kinder und deren persönliche Bedürfnisse im Mittelpunkt. Schließlich kann das Gesundheitscoaching nur dann erfolgreich sein, wenn es alle Beteiligten berücksichtigt.

In einer weiteren Studie wird überprüft, ob es mit dem Programm gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Eltern zu verbessern. Aber auch andere Fragen sollen beantwortet werden, zum Beispiel zu der Belastung durch Überweisungen zu Fachärzten und zu dem Aufwand, der dadurch entstanden ist. Dabei wird auch der Vergleich zu Versicherten, die nicht am BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching teilnehmen, erstellt.

### **Wie kann ich an der Studie teilnehmen?**

Sie erhalten von Ihrem Kinderarzt oder Ihrer BKK ein Einladungsschreiben. Über einen Link gelangen Sie zum Online-Fragebogen. Planen Sie in etwa 15 Minuten für die Beantwortung der Fragen ein. Einige Eltern werden außerdem gezielt zur Teilnahme an einer telefonischen Befragung eingeladen. Erfahrene Mitarbeiter der LMU München führen die Gespräche und werten diese dann komplett anonymisiert aus, es ist also kein Rückschluss auf die Gesprächspartner möglich.

Bitte nehmen Sie an der Studie teil! Sie erhalten eine Einladung per Post von Ihrem Kinder- und Jugendarzt oder Ihrer BKK. Vielen Dank!

### **Was passiert mit den Informationen?**

Mit den gewonnenen Daten soll überprüft werden, ob es mit dem BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern. Die Untersuchung soll zeigen, ob wirklich alle Weichen schon optimal gestellt sind oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt. Langfristig soll diese Extraleistung allen Versicherten – egal bei welcher Krankenkasse - für eine bessere Versorgung zur Verfügung stehen.

### **Wer fördert das Projekt?**

Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 gefördert.

### **Noch Fragen?**

Fragen zur Studie beantwortet das Studienteam der Ludwig-Maximilians-Universität gerne.

Ansprechpartner:

Siona Decke und Susanne Marlene Ulrich (Projektwissenschaftlerinnen)

Fon: +49 89 2180 78218 Fax: +49 89 2180 78230

Per Email: [PrimaQuo@med.uni-muenchen.de](mailto:PrimaQuo@med.uni-muenchen.de)





## Studie zur Qualität in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

### Gesundheitscoaching - Mehr Qualität in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Betriebskrankenkassen bieten zusammen mit dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte ihren Versicherten exklusiv das Programm BKK STARKE KIDS an. Es beinhaltet eine besonders qualifizierte und umfassende Vorsorge für die Entwicklungsphase vom Kleinkind bis zum Teenager. Ein sehr wichtiger Baustein ist dabei das BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching. Ärzte und Ärztinnen, die an diesem Programm teilnehmen, haben ein besonderes Training durchlaufen, um vertieft Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen oder Verhaltensauffälligkeiten begleiten zu können. Das Programm gibt den Ärzten Material, Unterstützung und Zeit an die Hand, um frühzeitig eine Diagnose stellen zu können und die nächsten Handlungsschritte optimal mit Eltern und Kind abzustimmen. Ziel ist es dabei, eine Übertherapie zu vermeiden und den Kindern und ihren Angehörigen die Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln. Im Sinn der „sprechenden Medizin“ wird der Schwerpunkt darauf gelegt, individuell auf die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Eltern einzugehen und ihnen weite Wege und komplizierte Untersuchungen in sehr großen Zentren zu ersparen.

#### Wirkt das, und wenn ja, wie?

Das BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gibt es jetzt seit knapp sieben Jahren; bundesweit steht es seit 01.10.2015 zur Verfügung. Über 700 Ärzte in Bayern (über 2.100 Ärzte im Bundesgebiet) sind aktuell als Experten im Programm registriert. Die Bilanz ist insgesamt sehr positiv. Die Betriebskrankenkassen wollen jetzt in der „BKK STARKE KIDS-Geburtsstätte“, dem Bundesland Bayern, überprüfen, was die Erfolgsfaktoren sind, wie das Programm und dessen Bestandteile von allen Beteiligten akzeptiert wird und was man verbessern kann. Forschende der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München führen daher in den nächsten zwei Jahren Studien zu diesem Thema durch.

#### Wie überprüft man Qualität?

Zunächst geht es darum, welche Erfahrungen Kinder und Eltern mit dem Programm gemacht haben und was sie sich zusätzlich an Unterstützung und Information wünschen. Bei dieser neuartigen Form der Informationsgewinnung stehen die Kinder und deren persönliche Bedürfnisse im Mittelpunkt. Schließlich kann das Gesundheitscoaching nur dann erfolgreich sein, wenn es alle Beteiligten berücksichtigt. Dazu werden Eltern in Bayern gezielt von der behandelnden Arztpraxis oder von ihrer BKK zur Teilnahme eingeladen. Erfahrene Mitarbeiter der LMU München führen die Gespräche am Telefon und werten diese dann komplett anonymisiert aus, es ist also kein Rückschluss auf die Gesprächspartner möglich. Unabhängig davon wurden bereits Kinderärzte zu ihren Erfahrungen befragt.

In einer weiteren Studie wird überprüft, ob es mit dem Programm gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit von Kindern und Eltern zu verbessern. Auch andere Fragen sollen beantwortet werden, zum Beispiel zu der Belastung durch Überweisungen zu Fachärzten, und zu dem Aufwand, der dadurch entstanden ist. Dabei wird auch ein Vergleich zu Versicherten, die nicht am BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching teilnehmen, erstellt. Eltern werden von der behandelnden Arztpraxis oder von ihrer BKK zur Befragung eingeladen. Die Befragung kann online von zuhause durchgeführt werden und dauert in etwa 15 Minuten. Einmalig nach zwölf Monaten werden die teilnehmenden Eltern erneut befragt. So kann untersucht werden, wie sich die Antworten im Zeitverlauf ändern.

## **Für eine bessere Versorgung aller Versicherten**

Drei Kernthemen sind für die Untersuchung der Qualität des BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoachings wichtig: Arzt und Krankenkasse arbeiten Hand in Hand, um Kinder und Eltern in einer schwierigen Situation optimal zu unterstützen und noch intensiver zu betreuen. Die Untersuchung soll zeigen, ob wirklich schon alle Weichen optimal gestellt sind, oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt. Und schließlich ist die persönliche, gelebte Erfahrung von Kindern und deren Eltern das zentrale Thema des Gesundheitscoachings und der dazugehörenden Forschung.

## **Wer fördert das Projekt?**

Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 gefördert.

## **Noch Fragen?**

Fragen zur Studie beantwortet das Studienteam der Ludwig-Maximilians-Universität gerne. Siona Decke und Susanne Marlene Ulrich (Projektwissenschaftlerinnen)

Institut für Medizinische Informationsverarbeitung,  
Biometrie und Epidemiologie,  
Ludwig-Maximilians-Universität München

Marchioninstr. 17

81377 München

Fon: +49 89 2180 78218

Fax: +49 89 2180 78230

Per Email: [PrimaQuo@med.uni-muenchen.de](mailto:PrimaQuo@med.uni-muenchen.de)



## BKK STARKE KIDS

### Liebe Eltern - wir bitten um Ihre Unterstützung



Unser BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching erfreut sich großer Beliebtheit. Ziel des Gesundheitscoachings ist es, den Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie ihren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln. In Bayern haben seit 2010 über 36.000 Kinder und Jugendliche diese Zusatzleistung in Anspruch genommen. Bundesweit steht das Programm seit 2015 zur Verfügung.

Jetzt wollen wir es genau wissen und lassen in Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und dem PaedNetz Bayern den Erfolg des Programms wissenschaftlich untersuchen. Dazu führen Forscher der LMU in den nächsten zwei Jahren Studien in Bayern durch. Unter anderem werden Kinder und Jugendliche bzw. deren Erziehungsberechtigte befragt. Mit den gewonnenen Daten – die selbstverständlich anonymisiert werden – soll überprüft werden, ob es mit dem BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern. Bitte nehmen Sie an der Studie teil! Ihr Kinder- und Jugendarzt oder Ihre BKK werden Sie dazu anschreiben. Vielen Dank!

Das Projekt wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF16032 gefördert.

VerbundPlus

# INSIDE

BKK  
VerbundPlus



Das Versichertenmagazin  
der BKK VerbundPlus

02 2018

## Süß?

### Das geht!

Mit gesunden  
Zuckeralternativen

## Zucker und Zähne

Was ess ich – und  
wenn ja, wie viele?

## Sicher in den Urlaub

Expertentipps  
zum Sommergenuss

**Kann denn Zucker**

**Sünde sein?**



# BKK VerbundPlus wächst wie noch nie

„Täglich zwischen vierzig und sechzig Beitrittserklärungen.“ So beziffert Winfried Schelkle, Leiter der Beitragsabteilung bei der BKK VerbundPlus, den rekordverdächtigen Eingang der Aufnahmeanträge in den ersten vier Monaten des Jahres.

Damit stieg die Versichertenzahl um 2.827 auf 88.462 (Stand 1. Mai 2018) – ein neuer Höchstwert, der aber wohl nicht lange Bestand haben wird, denn der Zustrom hielt auch im Mai und Juni weiter an.

Die Gründe sind vielfältig – vom günstigen Beitragsatz, der zu Jahresbeginn auf 15,3 Prozent gesenkt wurde, über wiederholte Top-Platzierungen in Krankenkassenvergleichen (siehe rechts) bis zum vielfältigen, ausgewogenen Leistungsangebot.



## Studie zu „BKK Starke Kids“

Ziel des beliebten BKK STARKE KIDS-Gesundheitscoaching ist es, Kindern mit bestimmten chronischen Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten sowie deren Eltern, Selbstmanagement-Kompetenzen zu vermitteln. Bundesweit steht das Programm, das von der BKK VerbundPlus gefördert wird, seit 2015 zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU), dem Helmholtz Zentrum München und dem PaedNetz Bayern wird der Erfolg des Programms nun wissenschaftlich untersucht. Mit den gewonnenen Daten – die selbstverständlich anonymisiert werden – soll überprüft werden, ob es mit dem Gesundheitscoaching gelungen ist, die Lebensqualität und Zufriedenheit in der Versorgung der Kinder zu verbessern.

Sollten Sie, liebe Eltern, von Ihrem Kinder- und Jugendarzt in diesem Zusammenhang angeschrieben werden, bitten wir Sie, an dieser Studie teilzunehmen. Ihre persönliche, gelebte Erfahrung ist das zentrale Thema des Gesundheitscoachings. Nur mit Ihrer Mithilfe lässt sich ermitteln, ob schon alle Weichen optimal gestellt sind oder ob es noch Verbesserungsbedarf gibt.



## Bundesweiter Testsieger

Es ist beinahe schon ein gewohntes Bild, und dennoch reiben wir uns immer wieder dankbar die Augen: Bei Krankenkassen-Vergleichen von Zeitschriften oder Online-Portalen erhält die BKK VerbundPlus in der Regel Top-Bewertungen. Nach Focus Money (wir berichteten) reihten sich nun auch das Euro-Magazin und die Zeitschrift „Guter Rat“ in diese Riege ein.

Die Euro klassiert die BKK VerbundPlus in der Rubrik „Wo Preis und Leistung stimmen“ auf Platz 3 aller bundesweit geöffneten Krankenkassen.

Überragend ist die Bewertung in den Kategorien „Vorsorge allgemein“ und „Zahnvorsorge“ – in beiden setzte uns die Euro mit der Note 1,0 auf Platz 1. Die Kollegen von „Guter Rat“ kürten die BKK VerbundPlus im Bereich der Zahnvorsorge zum „Testsieger bei den bundesweit geöffneten Kassen“.

Die nächste Ausgabe der BKK VerbundPlus INSIDE liefern wir Ihnen am 29. September 2018 frei Haus.

## Anlage 11: Methoden\_AP2

### Inhalt

16 sozialpädiatrische GC-Indikationen mit ihren Diagnosen gemäß ICD-10-GM.....	1
Daten AP2.1 .....	2
Daten AP2.2/AP2.3.....	4

### 16 sozialpädiatrische GC-Indikationen mit ihren Diagnosen gemäß ICD-10-GM

ICD-Diagnosen der 16 sozialpädiatrischen Indikationen für die Erbringung einer GC-Sprechstunde (Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK, Stand 01.10.2013)

Indikationen	ICD-10-Diagnose
1. Schreikinder	F43.2
2. Sprachentwicklungsstörungen	F80.0 – F80.9
3. Aufmerksamkeitsstörungen/ Hyperkinetisches Syndrom	F90.0, F90.1, F90.8, F90.9
4. Erziehungsprobleme	F92.0
5. Trotzverhalten	F91.3
6. Einnässen/Einkoten/Enuresis nocturna	F98.0, F98.1, K59.0, K59.1
7. Schlafstörungen	F51.0, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, G47.0, G47.2, G47.9
8. Emotionale Störungen	F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8, F93.9
9. Soziale Verhaltensstörungen	F68.8, F91.0, F91.1, F91.2, F91.8, F91.9, F92.8, F92.9, F94.0, F94.1, F94.2, F94.8, F94.9, F95.0, F95.1, F95.2, F95.8, F95.9, F98.3, F98.4, F98.5, F98.6, F98.8, F98.9
10. Chronische Bauchschmerzen/ Kopfschmerzen psychosomatischen Ursprungs	R10.4, G43.0, G43.1, G44.2, F45.4
11. Ernährungsstörungen (Magersucht/Adipositas/Bulimie)	F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.5, F50.8, F50.9, F91.0
12. Sexueller Missbrauch	T74.0, T74.2
13. Fütterstörung	F98.2
14. Entwicklungsstörungen	F83, F80.1, F81.0, F81.9, F82.0, F82.1, F89
15. Angststörungen	F40.0, F40.00, F40.01, F40.1, F40.2, F40.8, F40.9, F41.0, F41.1, F41.2, F41.3, F41.8, F41.9, F43.1
16. V.a. Misshandlung	T74.9

Bemerkte: Grau unterlegt sind die vier Hauptindikationen.

## Daten AP2.1

Für AP2.1 standen Daten der Jahre 2012 Q2 bis 2016 Q4 aus Kinder- und Jugendarztpraxen in Bayern mit Leistungen für BKK-Versicherte Patienten <18 Jahre mit Wohnsitz in Bayern zur Verfügung.

Für die Studienpopulation der Kinder- und Jugendarztpraxen wurden die im Folgenden beschriebenen Datenprofile erhoben. Pseudonymisierte Identifikationsnummern für die Ärzte und Betriebsstätten/Praxen erlaubte die Verknüpfung der Stammdaten der KJÄ mit den Praxen und den Leistungen. Eine pseudonymisierte Identifikationsnummer für die Versicherten ermöglichte Patientenprofile über den Zeitraum.

<b>Ambulant-ärztliche Leistungen von Kinder- und Jugendärzten in bayrischen Praxen</b>		
<b>Variable</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
Kinder- und Jugendarzt (KJA/KJÄ)	Fachgruppenschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 34 (Hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin)</li> <li>- 35 (Hausärztliche Kinder-Hämatologie)</li> <li>- 36 (Hausärztliche Kinder-Kardiologie)</li> <li>- 37 (Hausärztliche Neonatologie)</li> <li>- 38 (Hausärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie)</li> <li>- 39 (Hausärztliche Kinder-Pneumologie)</li> <li>- 40 (Fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin)</li> <li>- 41 (Fachärztliche Kinder-Hämatologie)</li> <li>- 42 (Fachärztliche Kinder-Kardiologie)</li> <li>- 43 (Fachärztliche Neonatologie)</li> <li>- 44 (Fachärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie)</li> <li>- 45 (Fachärztliche Kinder-Pneumologie)</li> <li>- 46 (Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt u. Teilnahme an der HA/FA-Versorgung)</li> </ul>
SK-Teilnahme der Praxis	Stammdaten der KJÄ zu Beginn und Teilnahme an SK	mindestens ein KJA mit Beginn der SK-Teilnahme je Praxis und Quartal
GC-Teilnahme der Praxis	Stammdaten der KJÄ zu Schulungszeitpunkten des standardisierten Schulungskonzepts des GC-Programms innerhalb des SK-Vertrags	mindestens ein KJA mit absolvierter Schulung 1 je Praxis und Quartal
Multiplikatoren-Praxis	Stammdaten der KJÄ, die als Multiplikator fungierten	mindestens ein Multiplikator je Praxis und Quartal
Kreis der Praxis	Kreisschlüssel Praxis, 5-stellig	beginnend mit 09 für Bayern
Kreis des Patienten	Kreisschlüssel Patient, 5-stellig	beginnend mit 09 für Bayern
Sondercoaching 1	sozialpädiatrische GKV-Sprechstunden gemäß Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen	- EBM 04355 (Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Einführung in 2013 Q4)

<b>Ambulant-ärztliche Leistungen von Kinder- und Jugendärzten in bayerischen Praxen</b>		
<b>Variable</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
	Bewertungsmaßstabs (EBM)	- EBM 04356 (Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung, Einführung in 2015 Q1)
Sondercoaching 2	sozialpädiatrische GKV-Sprechstunden gemäß Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)	- EBM 35100 (nach Teilnahme am Seminar/Fortbildung "Psychosomatische Grundversorgung") - EBM 88895 (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, nur für Ärzte mit Heilpädagogen und Sozialarbeiter im Praxisteam bzw. Mitarbeiter mit jeweils vergleichbarer Qualifikation, Nachweis Kooperation mit KJP, Logo, Ergo, Physio. Arzt muss sich vergewissern, dass nicht bereits SPZ oder PSYAMB läuft, genehmigungspflichtig)
SK-Leistungen, inklusive GC-Sprechstunden	Sonder-Gebührenordnungspositionen des SK-Vertrags	- Ziffern für GC-Sprechstunde - alle übrigen Ziffern für SK-Leistungen
Quartal	Quartale der Behandlung	Quartal der Leistungserbringung eines KJÄ und der dokumentierten Diagnose in einer Praxis
Diagnosen	Diagnosen gemäß ICD-10-GM	(vgl. GC-Indikationen)
GC-Indikationen insgesamt	16 sozialpädiatrische Indikationen für Abrechnung einer GC-Sprechstunde	mindestens eine der ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013)
gesicherte Diagnose, Verdachtsdiagnose	Zusatzkennzeichen für gestellte Diagnose V: Verdachtsdiagnose G: gesicherte Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose Z: symptomloser Zustand nach	- Diagnosekennzeichen G für gesicherte Diagnose - Diagnosekennzeichen V für Verdachtsdiagnose
Anzahl KJÄ je Praxis	Anzahl KJÄ je Praxis und Quartal mit Behandlung eines BKK-versicherten Patienten mit Wohnsitz in Bayern	Summe KJÄ mit mindestens einer GOP (ausschließlich Laborleistungen) je Praxis und Quartal (Praxis-Charakteristika: aus 4 Quartalen vor Referenzpunkt der Praxis)
Anzahl Patienten je Praxis	Anzahl BKK-versicherter Patienten mit Wohnsitz in Bayern, mit Arztbesuch je Praxis und Quartal	Summe Patienten mit mindestens einer GOP (ausschließlich Laborleistungen) je Praxis und Quartal (Praxis-Charakteristika: aus 4 Quartalen vor Referenzpunkt der Praxis)

## Daten AP2.2/AP2.3

Für AP2.2 und AP2.3 waren Daten aus dem Zeitraum 2012 Q2 bis 2016 Q4 verfügbar, sofern in diesem Zeitraum mindestens eine ICD-10-Diagnose der 16 sozialpädiatrische Indikationen für Abrechnung einer GC-Sprechstunde gemäß Liste der Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013) dokumentiert war. Der Versicherte war bei Diagnose <18 Jahre alt und hatte seinen Wohnsitz in Bayern.

Für die jeweilige Studienpopulation wurden für jeden Versicherten die im Folgenden beschriebenen Datenprofile erhoben. Eine pseudonymisierte Identifikationsnummer für die Versicherten, die in allen Sektoren gleich ist, erlaubte die Verknüpfung der Daten (Stammdaten und Leistungsdaten). Für jeden Versicherten wurden soziodemografische Merkmale (Geschlecht, Geburtsdatum (Monat und Jahr), 5-stelliger Kreisschlüssel) und Versicherungszeiten einbezogen.

Eine pseudonymisierte Identifikationsnummer für die niedergelassenen Ärzte und Betriebsstätten ermöglichte die Verknüpfung der Informationen zu den Studienpraxen aus AP2.1, eine Nummer für die übrigen Leistungserbringer erlaubte Patientenprofile über den Zeitraum.

Ambulant-ärztliche Leistungen		
Variable	Information	Operationalisierung
Kinder- und Jugendarzt	Fachgruppenschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 34 (Hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin)</li> <li>- 35 (Hausärztliche Kinder-Hämatologie)</li> <li>- 36 (Hausärztliche Kinder-Kardiologie)</li> <li>- 37 (Hausärztliche Neonatologie)</li> <li>- 39 (Hausärztliche Kinder-Pneumologie)</li> <li>- 40 (Fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin)</li> <li>- 41 (Fachärztliche Kinder-Hämatologie)</li> <li>- 42 (Fachärztliche Kinder-Kardiologie)</li> <li>- 43 (Fachärztliche Neonatologie)</li> <li>- 45 (Fachärztliche Kinder-Pneumologie)</li> <li>- 46 (Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt u. Teilnahme an der HA/FA-Versorgung)</li> </ul>
HNO/Audiologe	Fachgruppenschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde)</li> <li>- 20 (Phoniatrie)</li> </ul>
(Kinder- und Jugend-) Psychiater	Fachgruppenschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 47 (Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie)</li> <li>- 51 (Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie)</li> <li>- 58 (Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie)</li> <li>- 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)</li> <li>- 61 (Psychotherapeutisch tätiger Arzt)</li> <li>- 68 (Psychologischer Psychotherapeut)</li> <li>- 69 (Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut)</li> </ul>
Neurologe	Fachgruppenschlüssel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 38 (Neuropädiatrie)</li> <li>- 44 (Neuropädiatrie (Facharzt))</li> </ul>
Quartal	Quartale einer Behandlung bzw. mit einer GC-Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leistungsdatum mit einer EBM-Ziffer (ohne Laborleistungen)</li> <li>- Quartal mit einer ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013)</li> </ul>

Ambulant-ärztliche Leistungen		
Variable	Information	Operationalisierung
Sondercoaching 1	sozialpädiatrische GKV-Sprechstunden gemäß Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EBM 04355 (Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung, Einführung in 2013 Q4)</li> <li>- EBM 04356 (Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung, Einführung in 2015 Q1)</li> </ul>
Sondercoaching 2	sozialpädiatrische GKV-Sprechstunden gemäß Gebührenordnungspositionen (GOP) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EBM 35100 (nach Teilnahme am Seminar/Fortbildung "Psychosomatische Grundversorgung")</li> <li>- EBM 88895 (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, nur für Ärzte mit Heilpädagogen und Sozialarbeiter im Praxisteam bzw. Mitarbeiter mit jeweils vergleichbarer Qualifikation, Nachweis Kooperation mit KJP, Logo, Ergo, Physio. Arzt muss sich vergewissern, dass nicht bereits SPZ oder PSYAMB läuft, genehmigungspflichtig)</li> </ul>
SK-Leistungen, inklusive GC-Sprechstunden	Sonder-Gebührenordnungspositionen des SK-Vertrags	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziffern für GC-Sprechstunde</li> <li>- Alle übrigen Ziffern für SK-Leistungen</li> </ul>
Diagnosen	Diagnosen gemäß ICD-10-GM	(vgl. spezifische Variablen mit Diagnosebezug)
GC-Indikationen insgesamt	16 sozialpädiatrische Indikationen für Abrechnung einer GC-Sprechstunde	mindestens eine der ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013)
gesicherte Diagnose, Verdachtsdiagnose	Zusatzkennzeichen für gestellte Diagnose V: Verdachtsdiagnose G: gesicherte Diagnose A: ausgeschlossene Diagnose Z: symptomloser Zustand nach	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosekennzeichen G für gesicherte Diagnose</li> <li>- Diagnosekennzeichen V für Verdachtsdiagnose</li> </ul>
Kosten	Kosten der Behandlung	Fallkosten + (Fallpunkte * Punktwert)
krankheits-spezifische Kosten	Kosten der Behandlung bei GC-Diagnose	Fallkosten + (Fallpunkte * Punktwert) bei Dokumentation einer gesicherten ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013)

<b>Ambulante Operationen</b>		
<b>Variable</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
spezialisierte Versorgung ambulanter Kliniken	sozialpsychiatrische Spezialambulanzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hochschulambulanzen: Entgeltschlüssel 2xx</li> <li>- Psychiatrische Institutsambulanzen: Entgeltschlüssel 3xx</li> <li>- Sozialpädiatrisches Zentrum: Entgeltschlüssel 4xx</li> <li>- Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach §6 PsychThG - §117 Abs.2 SGB V: Entgeltschlüssel 4xx</li> </ul>
Quartal	Quartale mit Besuch (alle Leistungen ohne taggenaue Angabe)	Quartal mit Leistung
Kosten	Kosten der Behandlung	Quartalspauschalen
krankheits-spezifische Kosten	Kosten der Behandlung bei GC-Diagnose	Quartalspauschalen bei Dokumentation einer ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltsbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013)

<b>Stationäre Leistungen</b>		
<b>Outcome</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
Spezialisierte Versorgung stationärer Kliniken	Psychiatrische Fachabteilungen (Schlüssel 6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allgemeine Psychiatrie: 29xx</li> <li>- Kinder- und Jugendpsychiatrie: 30xx</li> <li>- stationäre Psychosomatik/Psychotherapie: 31xx</li> </ul>
Quartal	Quartale der Behandlung	Aufnahmedatum
Kosten	Kosten der Behandlung	Kosten der Behandlung in einer Fachabteilung
krankheits-spezifische Kosten	Kosten der Behandlung bei GC-Diagnose	Kosten der Behandlung in einer Fachabteilung bei Dokumentation einer ICD-10-GM gemäß Liste der Leistungsinhaltsbeschreibung des Selektivvertrags BKK SK (Stand 01.10.2013) als Hauptdiagnose

<b>Arzneimittel</b>		
<b>Outcome</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
Medikamente	Medikamente mit Bezug zur psychiatrischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATC N05xx (Psycholeptika)</li> <li>- ATC N06xx (Psychoanaleptika)</li> </ul>
Quartal	Quartale mit Verordnung	Verordnungsdatum
Kosten	Kosten der verordneten Medikamente	Kosten der Medikamente obiger Auswahl
krankheits-spezifische Kosten	Kosten durch Medikamente mit Bezug zur psychiatrischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATC N05xx (Psycholeptika)</li> <li>- ATC N06xx (Psychoanaleptika)</li> </ul>

<b>Heilmittel</b>		
<b>Variable</b>	<b>Information</b>	<b>Operationalisierung</b>
Logopäde	Logopäden und sonstige Sprachtherapeuten	Art der Heilmittel: Positionsnummer 3xx oder 4xx
Ergotherapeut	Ergotherapeuten	Art der Heilmittel: Positionsnummer 5xx
Quartal	Quartale mit Verordnung	Verordnungsdatum
Kosten	Kosten der verordneten Therapien	Kosten der Therapien obiger Auswahl
krankheits-spezifische Kosten	Kosten mit Bezug zu Behandlungen bei Logopäden, sonstige Sprachtherapeuten oder Ergotherapeuten	Art der Heilmittel: Positionsnummer 3xx, 4xx oder 5xx



## PrimaQuo“

Optimierte **primärärztliche** Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen – Evaluation von **Qualität** und **Outcomes**

### INTERVIEWBOGEN PROGRAMMENTWICKLER DES GESUNDHEITSCOACHINGS

**Interviewdatum:**

Datum: ...

**Name der Interviewten:**

..

Leitung: ...

Interviewer: ...

Protokollant: ...



## „PrimaQuo“

Optimierte **primärärztliche** Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen **Auffälligkeiten** und Störungen – Evaluation von **Qualität** und **Outcomes**

### TEILSTRUKTURIERTES INTERVIEW

**Einführung:** Guten Morgen .... Mein Name ist ... und neben mir sitzt ... und meine Kollegin ..., die wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt ist. Wir hatten bei unserem letzten Treffen ... für heute einen Interviewtermin verabredet. Gleich vorweg, wir würden das Gespräch gerne mit einem Rekorder aufzeichnen und das Gespräch abtippen. Die Aufnahme wird gelöscht und Ihre persönlichen Informationen werden nicht verwendet oder weitergegeben. Sind Sie damit einverstanden?

**Zeitraumen:** ca. 30 Minuten



## Interview-Fragen:

- 1) Können Sie kurz in eigenen Worten Ihre Funktion bei der Programmentwicklung des Gesundheitscoachings beschreiben?
- 2) Welche gesundheitliche Zielsetzung sollte mit der Entwicklung des GC erreicht werden?
- 3) Gibt es Gesundheitsmodelle oder –theorien, die für Sie bei der Entwicklung besonders wichtig waren? Wenn ja, wie sind diese in das Programm eingeflossen?
- 4) Was sind aus Ihrer Sicht die Grundprinzipien des GC?
- 5) Wo gab es die größten Herausforderungen bei der Entwicklung des Programms?
- 6) Für welche Diagnosen hat sich das Programm aus Ihrer Sicht besonders bewährt? (Für welche gar nicht?)
- 7) Was ist besonders wichtig, damit sich das GC langfristig bewährt? (Wirtschaftlichkeit/Effektivität?, Grundprinzipien des Programms)
- 8) Was würden Sie sich in Bezug auf die weitere Entwicklung wünschen?



LUDWIG-  
MAXIMILIANS-  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN



## „Prima-QuO -Studie zur primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“

### TEILSTRUKTURIERTES INTERVIEW

### MIT KINDER- UND JUGENDÄRZTEN/- ÄRZTINNEN

Interviewende	Siona Decke (SD), Susanne Ulrich (SU)
Transkription	Siona Decke (SD), Susanne Ulrich (SU)
Analyse	Siona Decke (SD), Susanne Ulrich (SU)
Geplanter Zeitrahmen	10-15 Minuten
Zeitraum	09.2017 – 03.2018
Anzahl der Interviews	Ca. 12-15 (bis Informationsättigung)



# „Prima-QuO -Studie zur primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“

## TEILSTRUKTURIERTES INTERVIEW

### MIT KINDER- UND JUGENDÄRZTEN/- ÄRZTINNEN

**Einführung:** Guten Morgen Herr Dr./Frau Dr. [Name des Interviewpartners]. Mein Name ist [Name der Interviewerin] vom IBE der Ludwig-Maximilians-Universität. Es geht, wie vereinbart, um das Interview für das BKK Gesundheitscoaching. Gleich vorweg, wir würden das Gespräch gerne mit einem Rekorder aufzeichnen, damit wir es anschließend abtippen und anonymisiert auswerten können. Ihre persönlichen Informationen werden nicht verwendet oder weitergegeben und die Aufnahme wird nach Studienabschluss gelöscht. Sind Sie damit einverstanden?

Interviewpartner: JA → Gespräch wird aufgezeichnet

Interviewpartner: Nein → Gespräch wird nicht aufgezeichnet, Informationen werden nebenbei handschriftlich unter Wahrung der Anonymität aufgeschrieben

1. Können Sie uns zu Beginn kurz erzählen, wann und wie Sie auf das BKK Starke Kids Programm aufmerksam geworden sind?
2. Stellen Sie Veränderungen zur Standardbehandlung bei der Patientenversorgung fest?
3. Als wie aufwendig empfinden Sie die Umsetzung des Programms?
4. Welche Akzeptanz erfahren Sie von den Eltern der Patienten und den Patienten selbst?
5. Inwieweit werden Ihrer Meinung nach durch das Programm die Grundsätze der Partizipation, Patientenorientierung und Stärkung vorhandener Ressourcen erfüllt?
6. Gibt es etwas, das Ihnen an dem Programm besonders gefällt? Wenn ja, was?
7. Gibt es etwas, das Sie an dem Programm stört oder für verbesserungsfähig halten?
8. Wo sehen Sie weiteren Unterstützungsbedarf in Bezug auf die Patientenversorgung der Patienten und deren Eltern?
9. Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen bei der Patientenversorgung besonders wichtig ist und was Sie noch gerne ansprechen würden?

**Abschluss:** Vielen Dank für das Gespräch und dass Sie sich für die Fragen Zeit genommen haben. Wir wünschen Ihnen noch einen schönen Tag.

## „Prima-QuO - Studie zur primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“

### Teilstrukturiertes Interview mit Sorgeberechtigten

Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren des Gesundheitscoaching- Programms

Interviewende	
Transkription	
Analyse	
Geplanter Zeitrahmen	10-15 Minuten
Zeitraum	Ab 09.2017
Anzahl der Interviews	Ca. 12-15 (bis Informationssättigung)

**Einführung:** Guten Tag. Mein Name ist [SD/VL] vom IBE der Ludwig-Maximilians-Universität München. Herzlichen Dank, dass Sie bereits an unserem Online-Fragebogen für unsere Studie „PrimA-QuO“ teilgenommen haben.

Wir hatten für heute einen Interviewtermin ausgemacht und möchten gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie zufrieden Sie mit der medizinischen Versorgung Ihres Kindes bei Ihrem Kinder- und Jugendarzt/ Ihrer Kinder- und Jugendärztin („KJA“ bzw. „KJÄ“) sind. Wir werden uns beim Stellen der Fragen abwechseln, aber wir werden relativ wenig erzählen. Im Zentrum des Gesprächs stehen Sie, Ihre Sichtweise und Ihre Erfahrungen. Sie können dabei völlig frei erzählen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Gleich vorweg, wir würden das Gespräch gerne mit einem Rekorder aufzeichnen, damit wir es anschließend am PC abtippen können. Ihre persönlichen Informationen werden nicht verwendet oder weitergegeben und die Aufnahme wird nach Studienabschluss gelöscht. Sind Sie damit einverstanden?

**Interviewpartner: JA** → Gespräch wird aufgezeichnet

**Interviewpartner: Nein** → Gespräch wird nicht aufgezeichnet, Informationen werden nebenbei handschriftlich unter Wahrung der Anonymität aufgeschrieben.

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählauforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 1 (Einstieg): Verhältnis zum KJA</b>			
<b>Können Sie uns zu Beginn kurz erzählen, wie Sie auf den KJA Ihres Kindes aufmerksam geworden sind?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erstkontakt</li> <li>- Grund für die Arztwahl</li> <li>- Empfehlung, wenn ja von wem?</li> <li>- Geschwister?</li> <li>- Arztwechsel?</li> <li>- <b>Betreuung durch mehrere Ärzte in der Praxis?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie verlief der Erstkontakt zu Ihrem KJA?</li> <li>- <u>Bei Arztwechsel:</u> Was waren die Gründe für den Arzt-Wechsel?</li> <li>- <u>Bei wechselnden Ärzten:</u> Gibt es einen zu dem Sie am liebsten gehen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie war das so mit Ihrem Kind...?</li> <li>- Und dann, wie ging es weiter?</li> </ul>
<b>Wie würden Sie das Verhältnis zu Ihrer KJÄ beschreiben?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hierarchie/ auf Augenhöhe?</li> <li>- vertrauensvoll?</li> <li>- Veränderung über die Zeit?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bei Hierarchie:</u> Woran merken Sie, dass Sie mit der Ärztin nicht auf Augenhöhe sind?</li> <li>- <u>Bei Misstrauen:</u> Was sind Ihrer Meinung nach die Gründe, warum Sie der KJÄ noch nicht gänzlich vertrauen?</li> <li>- <u>Veränderung:</u> Hat sich das Verhältnis zu Ihrer KJÄ mit der Zeit verändert? Wenn ja, in welche Richtung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Können Sie dies an einem konkreten Beispiel festmachen?</li> <li>- Was war eine typische Situation?</li> <li>- Können Sie dies an einem Beispiel verdeutlichen?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 2: Erleben des GC in der Praxis</b>			
<b>In unserer Studie konzentrieren wir uns auf 4 Diagnosen. Diese sind 1. Kopf-/ Bauchschmerzen, 2. Störung des Sozialverhaltens, 3. Einnässen und 4. Sprachstörungen. Wenn Sie an den letzten Arztbesuch Ihres Kindes wegen eine der eben genannten Diagnose denken, können Sie uns beschreiben, wie Sie diesen Arztbesuch erlebt haben?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund des Termins</li> <li>- Diagnose bekannt?</li> <li>- Ablauf in der Praxis</li> <li>- Zeit für den Patienten</li> <li>- Meinung des KJA</li> <li>- Ausgang des Termins</li> <li>- Weiterer geplanter Ablauf mit dem Arzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie verlief der Praxisbesuch?</li> <li>- Hat sich Ihr KJA für Ihr Kind ausreichend genommen?</li> <li>- Sind Sie zufrieden mit dem Ausgang des Termins?</li> <li>- Was hätten Sie sich anders gewünscht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Können Sie dies noch ausführlicher berichten?</li> <li>- Was ist Ihnen einerseits als positiv andererseits als negativ in Erinnerung geblieben?</li> </ul>
<b>Wenn Sie an das letzte Jahr denken, wie würden Sie die gesundheitliche Entwicklung Ihres Kindes beschreiben?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziel der Behandlung?</li> <li>- Fort- oder Rückschritt?</li> <li>- Nächste geplante Schritte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wo sehen Sie das Ziel der Behandlung?</li> <li>- Woran machen Sie einen Behandlungsfortschritt/-rückschritt bei Ihrem Kind fest?</li> <li>- Was hat sich konkret verändert?</li> <li>- Wie zufrieden sind Sie mit dem bisherigen Ergebnis?</li> <li>- Was wünschen Sie sich für den weiteren Behandlungsverlauf?</li> <li>- Inwieweit setzen Sie die Empfehlungen des KJA um?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie hier einen konkreten Moment vor Augen?</li> <li>- Können Sie uns dazu noch etwas mehr erzählen?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überweisung zum Facharzt?</li> <li>- Zufriedenheit mit der Versorgung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bei Überweisung</u>: Was waren die Gründe für die Überweisung?</li> <li>- Wie hat sich die Überweisung auf den Behandlungsverlauf des Kindes ausgewirkt?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Sie bei der Versorgung durch Ihre KJÄ besonders gut finden? Wenn ja, was?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Sie an der Versorgung stört oder Sie für verbesserungsfähig halten?</li> </ul>	

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 3: Grundlagen des GC: Partizipation<sup>2</sup>, Patientenorientierung und Stärkung vorhandener Ressourcen</b>			
<b>Möchten Sie als Eltern gerne in die Behandlung Ihres Kindes eingebunden sein?</b>  <b>Wenn ja, wie empfinden Sie dabei die Gespräche mit der KJÄ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbindung</li> <li>- Verständlich?</li> <li>- Können Sorgen u. Wünsche mitgeteilt werden?</li> <li>- Interesse für die gesamte Familie?</li> <li>- Erfassung der Ressourcen u. Schwachpunkte in der Familie durch den KJA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haben Sie das Gefühl, dass sich Ihr KJA für Ihre Anliegen und Ihre Bedenken Zeit nimmt? Woran merken Sie dies?</li> <li>- Interessiert sich die KJÄ für die Interessen des Kindes?</li> <li>- Fragt sie nach eventuellen Problemen des Kindes oder in der Familie?</li> <li>- Haben Sie das Gefühl, dass die Ärztin die gesamte Familie „auf dem Schirm hat“?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Können Sie dies an einem konkreten Gespräch mit Ihrem KJA festmachen?</li> <li>- Wie war das in der Situation?</li> </ul>
<b>Inwieweit werden Sie in die Behandlung und die Entscheidungen der KJÄ eingebunden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partizipative Entscheidungsfindung?<sup>2</sup></li> <li>- Gemeinsame Planung?</li> <li>- Einbindung v. Ressourcen u. Kompensation der Schwächen i. d. Familie?</li> <li>- Umsetzbarkeit?</li> <li>- Behandlungsalternativen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Woran merken Sie, dass Ihre KJÄ Sie in die Entscheidungen miteinbindet?</li> <li>- Plant sie mit Ihnen gemeinsam die nächsten Behandlungsschritte Ihres Kindes?</li> <li>- Inwieweit fühlen Sie sich in der Lage, die Empfehlungen der KJÄ umzusetzen?</li> <li>- Stellt Ihnen die Ärztin unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Können Sie dies an einem konkreten Beispiel festmachen?</li> <li>- Was war eine typische Situation?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Haben Sie von Ihrem KJA irgendwelche Unterlagen erhalten mit denen Sie und Ihr Kind gemeinsam arbeiten können? Wenn ja, welche?</b>	<b>Unterlagen vom KJA erhalten?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nennung z. B. von Schmerzprotokollen, Fragebögen, Ratgeber</li> <li>- Sind diese eine Unterstützung?</li> <li>- Keine Anwendung?</li> </ul> <b>Ausgabe von anderer Stelle?</b> Z.B. Facharzt, Klinik?	<b>Unterlagen erhalten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie arbeiten Sie und Ihr Kind mit den Unterlagen?</li> <li>- Inwieweit waren Ihnen die Unterlagen eine Unterstützung?</li> <li>- Traten dabei irgendwelche Schwierigkeiten auf?</li> <li>- <u>Wenn keine Nutzung:</u> Woran liegt es, dass Sie die Unterlagen nicht nutzen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennen Sie uns ein Beispiel nennen, wann Sie die Unterlagen verwendet haben?</li> <li>- Wie war das in der Situation genau?</li> </ul>
	<b>Keine Unterlagen erhalten?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Informationen und Unterlagen hätten Sie sich von Ihrem KJA gewünscht?</li> <li>- Wie würden Sie diese anwenden?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In welcher Situation können Sie sich dies vorstellen?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 4: Theoretisches Wissen über das GC-Programm</b>			
<b>Vielleicht wissen Sie, dass Ihr Kind im BKK-Gesundheitscoaching-Programm Ihrer Krankenkasse ist. Können Sie uns sagen, was Sie über das Programm wissen?</b>	<b>Ja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterschied GC/SK bekannt?</li> <li>- Aufmerksam werden</li> <li>- Gespräch mit der Ärztin</li> <li>- Erhaltene Informationen</li> <li>- Positive Aspekte</li> <li>- Negative Aspekte</li> </ul> <b>Nein:</b> -kein Wissen	<b>Wenn ja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie sind Sie auf das Programm aufmerksam geworden?</li> <li>- Haben Sie darüber mit Ihrer KJÄ gesprochen? Wenn ja, was war Inhalt des Gesprächs?</li> <li>- Welche Informationen haben Sie von ihr erhalten?</li> <li>- Inwieweit waren diese Informationen eine Hilfe?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Ihnen an dem Programm besonders gut gefällt? Wenn ja, was?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Ihnen an dem Programm nicht gefällt oder Sie gerne ändern würden?</li> </ul> <b>Wenn nein, aufklären:</b> „Das GC ist ein Programm Ihrer BKK. Ihr KJA absolviert eine Art Zusatzausbildung, wodurch er sich mehr Zeit für die Behandlung Ihres Kindes nehmen und noch sicherer diagnostizieren kann. Machen wir einfach mit der nächsten Frage weiter.“	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was fällt Ihnen noch zu dem Programm ein?</li> <li>- Können Sie sich an ein Beispiel erinnern?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
	<b>Wissen über STARKE Kids?</b>	- Haben Sie schon einmal von dem Programm <b>STARKE KIDS</b> gehört? <b>Wenn ja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Was wissen Sie über das Programm?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Ihnen an dem Programm besonders gut gefällt? Wenn ja, was?</li> <li>- Gibt es etwas, dass Ihnen an dem Programm nicht</li> </ul>	
		<b>Wenn nein, aufklären:</b> „Das SK ist auch ein Programm Ihrer BKK. Aber es ist nicht schlimm, dass Sie davon noch nichts gehört haben. Machen wir einfach mit der nächsten Frage weiter.“	

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 5 (Abschluss): Verbesserungspunkte</b>			
<b>Wo sehen Sie weiteren Unterstützungsbedarf, damit die medizinische Versorgung Ihres Kindes noch besser wird?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weitere Unterstützung nötig erforderlich?</li> <li>- Versorgungseingpässe?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn Sie an die Diagnose Ihres Kindes denken, können Sie sich da eine Situation vorstellen, in der Sie sich weitere Unterstützung für Ihr Kind gewünscht hätten?</li> <li>- Was war der Auslöser?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fallen Ihnen noch weitere Situationen ein?</li> <li>- Was ist Ihnen noch aufgefallen?</li> </ul>
<b>Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen bei der medizinischen Versorgung Ihres Kindes besonders wichtig ist, oder was Sie noch gerne ansprechen würden?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offen -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Offen-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was fällt Ihnen noch ein, wenn Sie an die medizinische Versorgung Ihres Kindes denken?</li> <li>- Können Sie dies an einem konkreten Beispiel festmachen?</li> </ul>
<b>Optional: Ergänzende Nachfragen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jetzt am Ende unseres Interviews habe ich noch einige konkrete Fragen zu..."</li> </ul>	

## Abschluss:

Vielen Dank für das Gespräch und dass Sie sich für die Fragen Zeit genommen haben. Das waren sehr aufschlussreiche Antworten.

Wir wünschen Ihnen noch einen schönen Tag.

---

<sup>i1</sup> Der Interviewleitfaden wurde gemäß den Kriterien zur Leitfadenerstellung nach Helfferich (2011: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews.) strukturiert.

## <sup>2</sup> Stufen der Partizipation

### Keine Partizipation

**Stufe 1: Instrumentalisierung:** Die Belange der Zielgruppe (Eltern+ Kind) spielen keine Rolle. Entscheidungen werden ohne sie getroffen, und die Interessen des Entscheidungsträgers (Arzt) stehen im Mittelpunkt.

**Stufe 2: Erziehen und Behandeln:** Die Lage der Eltern wird wahrgenommen, jedoch als defizitär. Die Eltern und das Kind sollen zum richtigen Verhalten erzogen werden. Sie werden nicht für entscheidungsfähig gehalten.

### Vorstufen der Partizipation

**Stufe 3: Information:** Der Arzt teilt den Eltern mit, welche Probleme sie (aus Sicht der Entscheidungsträger) haben und welche Hilfe sie benötigen.

**Stufe 4: Anhörung:** Der Arzt interessiert sich für die Sichtweise der Eltern. Sie werden angehört, haben jedoch keine Kontrolle darüber, ob ihre Sichtweise Beachtung findet.

**Stufe 5: Einbeziehung:** Die Eltern nehmen formal an Entscheidungsprozessen teil. Die Teilnahme hat keinen verbindlichen Einfluss auf den Entscheidungsprozess.

### Partizipation: die Eltern haben eine formale, verbindliche Rolle in der Entscheidungsfindung

**Stufe 6: Mitbestimmung:** Der Arzt hält Rücksprache mit den Eltern. Es kann zu Verhandlungen zwischen Eltern und Arzt zu wichtigen Fragen kommen. Die Eltern haben ein Mitspracherecht, jedoch keine alleinigen Entscheidungsbefugnisse.

**Stufe 7: Teilweise Übertragung von Entscheidungskompetenz:** Die Entscheidungskompetenz der Eltern ist auf bestimmte Aspekte beschränkt. Bestimmte Entscheidungen werden jedoch ausschließlich von den Eltern getroffen.

**Stufe 8: Entscheidungsmacht:** Die Entscheidungen treffen die Eltern eigenständig und eigenverantwortlich. Die Maßnahmen werden jedoch vom Arzt begleitet und/oder betreut.

Vgl. Wright et al. (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Gesundheit Berlin: Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007.

## Anlage 14d: Interviewleitfaden\_KJ ab 14 Jahren

# „Prima-QuO - Studie zur primärärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“

## Teilstrukturiertes Interview mit Jugendlichen

Akzeptanz, Barrieren und Förderfaktoren des Gesundheitscoaching- Programms

Interviewende	
Transkription	
Analyse	
Geplanter Zeitrahmen	10-15 Minuten
Zeitraum	Ab 09.2017
Anzahl der Interviews	Ca. 12-15 (bis Informationssättigung)

### Einführung:

Hallo, mein Name ist [SD/VL] vom IBE der Ludwig-Maximilians-Universität München. Herzlichen Dank, dass Du bereits an unserem Online-Fragebogen unserer Studie „Prima-QuO“ teilgenommen hast.

Heute rufen wir Dich an, damit wir erfahren, wie Du die Behandlung bei Deinem Kinder- und Jugendarzt/Deiner Kinder- und Jugendärztin („KJA“ bzw. „KJÄ“) erlebst. Wir wollen Dich nicht wie in der Schule abfragen, sondern wir werden wenig erzählen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Im Idealfall erzählst Du einfach Deine Geschichte und wir fragen ab und zu etwas tiefer nach. Ist das in Ordnung? Hetze Dich nicht, wir haben unbegrenzte Zeit. Geh nur so weit wie Du es willst.

Wir würden unser Gespräch gerne aufnehmen, damit wir es anschließend abtippen und anonymisiert auswerten können. Die Aufnahme wird nach Abschluss gelöscht und Deine persönlichen Informationen werden nicht weitergegeben. Bist Du damit einverstanden?

Interviewpartner: JA → Gespräch wird aufgezeichnet

Interviewpartner: Nein → Gespräch wird nicht aufgezeichnet, Informationen werden nebenbei handschriftlich unter Wahrung der Anonymität aufgeschrieben.

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 1 (Einstieg): Verhältnis zum KJÄ</b>			
<b>Als Du den Fragebogen ausgefüllt hast, hast Du vielleicht gemerkt, dass wir uns auf 4 Beschwerden beziehen. Das sind Kopf-/ Bauchschmerzen, Schwierigkeiten im Sozialverhalten, Einnässen und Sprachprobleme. Wenn Du an Deinen Besuch bei Deiner KJÄ denkst, kannst Du uns erzählen, welche Erinnerungen Du daran hast?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Grund des Arztbesuches; eine der 4 Dg. genannt?</li> <li>- Zufriedenheit mit der Versorgung (positive/negative Erlebnisse)</li> <li>- Arztwechsel vorgekommen</li> <li>- Geschwister?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erinnerst Du Dich an etwas – egal was – wie die Besuche bei Deiner KJÄ waren?</li> <li>- Was hat Dir dabei gefallen?</li> <li>- Was hat Dir dabei gar nicht gefallen?</li> <li>- Was hättest Du Dir anders gewünscht?</li> <li>- Haben Du und Deine Eltern die KJÄ gewechselt?</li> <li>- Wenn ja: Weißt Du warum ihr die KJÄ gewechselt habt?</li> <li>- Gehen Deine Geschwister zur gleichen KJÄ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- An was erinnerst Du Dich noch?</li> </ul>
<b>Wie geht es Dir, wenn Du bei Deinem Arzt bist?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haltung zur KJÄ (Zu- oder Abneigung)</li> <li>- Vertrauens-/verständnisvoll?</li> <li>- Interesse?</li> <li>- Wunsch nach mehr Zeit?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Bei Zu-/Abneigung:</u> Was gefällt Dir an Deiner KJÄ besonders gut/gar nicht?</li> <li>- <u>Verständnis:</u> Woran merkst Du, dass Deine KJÄ Dich und Deine Probleme versteht?</li> <li>- <u>Interesse:</u> Interessiert sich Deine KJÄ, wie es bei Dir in der Familie läuft?</li> <li>- <u>Zeit:</u> Würdest Du Dir wünschen, dass sich Deine KJÄ mehr Zeit für Dich nimmt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kannst Du dafür ein konkretes Bsp. nennen?</li> <li>- Kannst Du uns hierfür eine Situation beschreiben?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählauforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Magst Du uns beschreiben, wie Du Dich mit deiner KJÄ verstehst? (Fortsetzung)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit?</li> <li>- Veränderung über die Zeit?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Aufmerksamkeit</u>: Würdest Du Dir wünschen, dass die KJÄ mehr auf Dich eingeht?</li> <li>- <u>Veränderung</u>: Hat sich das mit der Zeit verändert, wie Du Dich mit deiner KJÄ verstehst?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kannst Du uns das näher erklären?</li> </ul>
<b>Woran merkst Du, dass es Dir gesundheitlich besser oder schlechter geht?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fort- oder Rückschritt?</li> <li>- Persönliches Ziel der Behandlung</li> <li>- Nächste geplante Schritte?</li> <li>- Überweisung zum Facharzt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was hat sich konkret verändert?</li> <li>- Was wäre Dein Ziel bezogen auf Deine Beschwerden?</li> <li>- Weißt Du, wie Ihr weiterhin daran arbeiten wollt, dass es Dir besser geht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fällt Dir dazu ein konkretes Bsp. ein?</li> <li>- Kannst Du uns dazu noch etwas mehr erzählen?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählauforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 2: Grundlagen des GC: Partizipation<sup>2</sup>, Patientenorientierung und Stärkung vorhandener Ressourcen</b>			
<b>Möchtest Du als Jugendliche(r) mitbestimmen, was mit Dir beim KJA passiert?</b>  <b>Kannst Du uns beschreiben, wie Du und Dein Arzt miteinander spricht?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verständliche Informationsvermittlung</li> <li>- Aktives Zuhören und Empathie</li> <li>- Mitteilung von Wünschen/ Fragen?</li> <li>- Eigenverantwortung?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verstehst Du, was Dein KJA Dir erklärt?</li> <li>- Hast Du das Gefühl, dass Dein KJA Dir zuhört?</li> <li>- Darfst Du Deine Wünsche äußern?</li> <li>- Darfst Du Fragen stellen?</li> <li>- Weißt Du, was Du selber tun kannst, dass es Dir besser geht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kannst Du ein konkretes Bsp. nennen, was Dir Dein KJA erklärt hat?</li> <li>- Wie war das in der Situation?</li> <li>- Wie würdest Du das konkret umsetzen?</li> </ul>
<b>Kannst Du uns beschreiben, wie Dein KJA Dich und Deine Eltern in die Behandlung einbezieht?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partizipative Entscheidungsfindung?<sup>2</sup></li> <li>- Gemeinsame Planung?</li> <li>- Einbindung der Ressourcen u. Kompensation der Schwachstellen der Familie</li> <li>- Umsetzbarkeit?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Woran merkst Du, dass Du mitentscheiden darfst, was mit Dir passiert?</li> <li>- Wie planst Du mit Deinem KJA, welche Behandlungen ihr durchführen wollt?</li> <li>- Wie wird Deine Familie bei der Behandlung beteiligt?</li> <li>- Was macht Deine Familie dafür, dass es Dir besser geht?</li> <li>- Gibt Dein Arzt Deiner Familie Tipps?</li> <li>- Schaffst Du es, das was Dir Dein KJA sagt, auch zu machen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fällt Dir dazu ein Bsp. ein?</li> <li>- Was war eine typische Situation?</li> <li>- Kannst Du uns ein Bsp. nennen?</li> <li>- Wie war das damals?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählauforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behandlungsalternativen?</li> <li>- Überweisung zum Facharzt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn nein, was fällt Dir schwer daran?</li> <li>- Darfst Du zwischen verschiedenen Behandlungen auswählen?</li> <li>- Würdest Du an einen Facharzt überwiesen?</li> </ul>	Fällt Dir dazu noch ein Beispiel ein?
<b>Hat Dir der Arzt etwas erzählt oder Dir Materialien gegeben, die Dir helfen, dass Du mit Deinen Beschwerden besser umgehen kannst?</b>	<b>Unterlagen vom KJA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nennung z. B. von Schmerz-protokollen, Fragebögen, Ratgeber,...</li> </ul> <b>Ausgabe von anderer Stelle?</b> Z.B. Facharzt, Klinik  <b>Nutzung ja?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützung?</li> <li>- Belastung/Arbeit?</li> </ul> <b>Nutzung nein?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Welche Materialien hast Du denn bekommen?</li> <li>- Wie arbeitest Du mit den Fragebögen/Unterlagen?</li> </ul> <b>Wenn Nutzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie helfen Dir die Materialien besser mit Deinen Beschwerden zurechtzukommen?</li> <li>- Sind die Materialien eher eine zusätzliche Belastung oder Arbeit für Dich?</li> <li>- Was fällt Dir besonders schwer?</li> </ul> <b>Wenn keine Nutzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Woran liegt es, dass Du die Unterlagen nicht nutzt?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kannst Du uns ein Beispiel nennen, wie/wann Du die Unterlagen verwendest?</li> <li>- Wie füllst du die Fragebögen genau aus?</li> </ul>

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
	<b>Keine Unterlagen vom KJA erhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie müssten die Unterlagen aussehen, dass Du sie nutzen würdest?</li> <li>- Wie müssten Unterlagen aussehen, dass sie Dir im Umgang mit Deinen Beschwerden helfen könnten?</li> </ul>	

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 3: Grundlagen des GC: Partizipation<sup>2</sup>, Patientenorientierung und Stärkung vorhandener Ressourcen</b>			
<b>Vielleicht weißt Du, dass Du im BKK-Gesundheitscoaching bist. Das ist ein Programm von Deiner Krankenkasse. Was weißt Du über dieses Programm?</b>	<b>Ja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufmerksam werden?</li> <li>- Gespräch mit dem Arzt?</li> <li>- Wissensstand SK und GC</li> <li>- Erhaltene Informationen?</li> <li>- Positive Aspekte?</li> <li>- Negative Aspekte?</li> </ul>	<b>Wenn ja:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wer hat Dir von dem Programm erzählt?</li> <li>- Hast Du darüber mit Deinem Arzt gesprochen?</li> <li>- Wenn ja, was hat er Dir über das Programm erzählt?</li> <li>- Was gefällt Dir gut an dem Programm?</li> <li>- Was gefällt Dir an dem Programm gar nicht?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Was fällt Dir noch zu dem Programm ein?</li> <li>- Warum gefällt es Dir besonders gut/nicht?</li> </ul>
	<b>Nein:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kein Wissen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Wenn nein, aufklären:</b> „Das Gesundheitscoaching ist ein Programm Deiner Krankenkasse. Deine KJÄ absolviert eine Art Zusatzausbildung, wodurch sie sich mehr Zeit für die Behandlung nehmen kann.“</li> </ul>	

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
	<b>Wissen über STARKE Kids</b>	- Hast Du schon einmal von dem Programm STARKE KIDS gehört? <b>Wenn ja?</b> - Was weißt Du über das Programm STARKE KIDS? - Was gefällt Dir gut an dem Programm? - Was gefällt Dir an dem Programm gar nicht?  - <b>Wenn nein, aufklären:</b> „Das SK ist auch ein Programm Deiner Krankenkasse. Aber es ist nicht schlimm, dass Du noch nicht davon gehört hast. Machen wir einfach mit der nächsten Frage weiter.“	- Warum gefällt es Dir besonders gut/nicht? - Fällt Dir noch etwas ein?

<b>Leitfrage<sup>1</sup></b> <b>Erzählaufforderung</b>	<b>Check: Wurde das erwähnt?</b> Memo für mögliche Nachfragen- nur stellen, wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	<b>Konkrete Fragen</b> - bitte an besonderer Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	<b>Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen</b> (werden nur gestellt, wenn Memo-Themen nicht von alleine angesprochen werden oder als Bsp. für konkrete Nachfragen)
<b>Teil 4 (Abschluss): Verbesserungspunkte</b>			
<b>Was wünschst Du Dir noch von Deinem KJA oder von anderen?</b>	- Weitere Unterstützung nötig ja/nein	- Wenn Du an Deine Beschwerden denkst, gibt es etwas, was Dein KJA oder andere für Dich tun sollen?	- Was wünschst Du Dir noch?
<b>Gibt es von Deiner Seite etwas, was Du zum Thema sagen möchtest, worüber wir aber noch nicht gesprochen haben?</b>	- Offen -	- Offen-	- Fällt Dir noch etwas dazu ein? - Möchtest Du hierfür ein konkretes Beispiel nennen?
<b>Optional: Ergänzende Nachfragen</b>	- Optional	- Optional-	- Jetzt am Ende unseres Interviews habe ich noch eine letzte Frage an Dich....“

## Abschluss:

Vielen Dank für das Gespräch und dass Du Dir für die Fragen Zeit genommen hast. Das waren sehr aufschlussreiche Antworten.

Wir wünschen Ihnen noch einen schönen Tag.

i

---

<sup>1</sup> Der Interviewleitfaden wurde gemäß den Kriterien zur Leitfadenerstellung nach Helfferich (2011: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews) erstellt.

## <sup>2</sup> Stufen der Partizipation:

<sup>i</sup> **Fremdbestimmung:** KJ angehalten, Dinge zu tun, die er/sie entweder gar nicht versteht oder verstehen kann?

KJ nicht über die Intentionen der Behandlungsmaßnahme in Kenntnis gesetzt?

**Teilhabe:** K/J darf sich sporadisch am Behandlungsgeschehen beteiligen? KJ wird vom KJA aktiv eingebunden?

**Zugewiesen, aber informiert:** Die Behandlungsmaßnahmen werden durch KJA bestimmt; KJ vorher gut informiert, weiß und versteht also, worum es gehen soll; weiß, was er/sie selber bewirken kann und darf?

**Mitwirkung:** KJ kann eigene Vorstellungen, Wünsche oder Kritik äußern (bspw. Durch Fragebögen oder Interviews)? Allerdings steht KJ bei der konkreten Planung und Umsetzung des Behandlungsgeschehens außen vor.

**Mitbestimmung:** KJ tatsächlich in Entscheidungen einbezogen? KJ erlangt das Gefühl des Dazugehörens und der Mitverantwortung. Behandlungsvorschläge kommen auch hier Durch den KJA, allerdings werden die Entscheidungen gemeinsam mit dem KJ getroffen.

Vgl. Schröder, Richard (1996). Freiräume für Kinder(t)räume! Kinderbeteiligung in der Stadtplanung. Weinheim: Beltz.