

## Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



<b>Konsortialführung:</b>	Universität zu Köln
<b>Förderkennzeichen:</b>	01VSF18027
<b>Akronym:</b>	OPTIE
<b>Projekttitel:</b>	Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen
<b>Autoren:</b>	Jana Rausch, Nina Geldermann, Felix Oswald, Manfred Döpfner, Christopher Hautmann
<b>Förderzeitraum:</b>	1. Februar 2019 – 31. Januar 2023

### Inhaltsverzeichnis

<b>I. Abkürzungsverzeichnis.....</b>	<b>3</b>
<b>II. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>4</b>
<b>III. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
1.1 Hintergrund .....	5
1.2 Methodik .....	5
1.3 Ergebnisse.....	5
1.4 Diskussion .....	5
<b>2. Beteiligte Projektpartner.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Projektziele.....</b>	<b>7</b>
3.1 Hintergrund .....	7
3.2 Ziele und Fragestellungen/ Hypothesen .....	9
<b>4. Projektdurchführung.....</b>	<b>10</b>
4.1 Intervention .....	10
4.2 Durchgeführte Arbeiten .....	12
<b>5. Methodik.....</b>	<b>15</b>
5.1 Studiendesign .....	15
5.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	16
5.3 Fallzahlberechnung, Drop-Out und Effektstärke.....	16
5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung.....	17
5.5 Stichprobendefinition.....	19
5.6 Datenerhebung und die dafür eingesetzten Instrumente .....	19

5.7	Matching und Datenlinkage .....	22
5.8	Auswertungsstrategien und Drop-out-Analysen.....	22
<b>6.</b>	<b>Projektergebnisse .....</b>	<b>24</b>
6.1	Stichprobenbeschreibung.....	24
6.2	Haupteffekte.....	27
6.3	Moderatoranalyse .....	28
6.4	Dropout-Analyse I: Vergleich Baseline .....	29
6.5	Dropout-Analyse II: Symptomverlauf.....	29
6.6	Not-on-Track-Patient:innen.....	29
6.7	Teilnahmeverhalten am Feedbacksystem.....	29
6.8	Zufriedenheit Studie und Feedbacksystem .....	30
<b>7.</b>	<b>Diskussion der Projektergebnisse .....</b>	<b>30</b>
<b>8.</b>	<b>Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung .....</b>	<b>34</b>
<b>9.</b>	<b>Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....</b>	<b>36</b>
9.1	Erfolgte Veröffentlichungen .....	36
9.2	Durchgeführte Vorträge .....	36
9.3	Geplante Publikationen .....	37
<b>10.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>38</b>
<b>11.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>44</b>
<b>12.</b>	<b>Anlagen.....</b>	<b>45</b>



**I. Abkürzungsverzeichnis**

Abkürzung	Bedeutung
AKiP	Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
BaDo	Basisdokumentation
BPM/6-18	Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR
BPM-P	Kurzfragebogen für Eltern zu Problemen von Kindern und Jugendlichen
BPM-Y	Kurzfragebogen für Jugendliche zu Problemen
CASCAP-D	Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche
CBCL/6–18R	Child Behavior Checklist for Ages 6–18R
DIAMON	Diagnostik-Monitoring-System
FBB	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
FBB-SCREEN	Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen
GBPF	Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
IMSB	Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik
ILF	Interviewleitfäden
ISCED	International Standard Classification of Education
ITT-Stichprobe	Intention-to-treat-Stichprobe
KIDSCREEN	Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil
KJBMS	Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala
mITT-Stichprobe	Modifizierte intention-to-treat-Stichprobe
NOT	Not-On-Track
OAS	OPTIE Adhärenzskala
PP-Stichprobe	Per-Protokoll-Stichprobe
RCI	Reliable Change Index
REDCap	Research Electronic Data Capture
RRZK	Regionales Rechenzentrum der Universität zu Köln
SBB-SCREEN	Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen
SFSS	Symptoms and Functioning Severity Scale
SFSS-I	Interview-Version der Symptoms and Functioning Severity Scale
SOP	Standard Operating Procedure
TBS	Therapiebeziehungsskala
TES	Therapieerwartungsskala
TENALEA	Trans European Network For Clinical Trials Services
TRF/6-18R	Teacher Report Form for Ages 6-18R
TWS	Therapiewirkungsskala
YSR/11-18R	Youth Self-Report for Ages 11-18R
ZIEBO	Therapiezielbogen
ZKS	Zentrum für klinische Studien

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Grafische Darstellung der Projektstruktur</i> .....	6
Abbildung 2: <i>Studiendesign</i> .....	16

## III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Übersicht Projektpartner:innen</i> .....	6
Tabelle 2: <i>Feedbackbefragungen aufgeschlüsselt nach Beurteilenden</i> .....	11
Tabelle 3: <i>Definition Protokollverstöße zur Bestimmung der PP-Stichprobe</i> .....	15
Tabelle 4: <i>Übersicht Fallzahlen in den drei Stichproben Intention-to-Treat (ITT), modified Intention-to-Treat (mITT) und Per-Protokoll (PP)</i> .....	17
Tabelle 5: <i>Diagnostik zu den Messzeitpunkten Prä, Zwischen und Post aufgeschlüsselt nach den Beurteilenden</i> .....	19
Tabelle 6: <i>Darstellung der soziodemographischen Merkmale in der mITT Stichprobe (n = 297) aufgeschlüsselt nach den Behandlungsgruppen</i> .....	25
Tabelle 7: <i>Darstellung der soziodemographischen Merkmale aufgeschlüsselt nach ITT-, mITT- und PP-Studienstichprobe</i> .....	26

## 1. Zusammenfassung

### 1.1 Hintergrund

Verschiedene Studien weisen auf einen positiven Nutzen von therapeutischen Rückmeldesystemen in der psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen hin (z. B. verbesserte Kommunikation zwischen Therapeut:innen und Patient:innen, Individualisierung von Therapien, verringerte Abbruchquoten). Bisher gibt es jedoch kaum Studien, die die Wirksamkeit von Rückmeldesystemen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie überprüfen. Das Hauptziel dieser Studie war die Entwicklung und Überprüfung eines therapeutischen Rückmeldesystems für Kinder und Jugendliche mit internalen und/oder externalen Störungen im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapie.

### 1.2 Methodik

Die Studie basiert auf einem randomisierten, zweiarmigen Parallelgruppendesign, bei dem die normale Behandlung in der Routineversorgung (Routine-Gruppe) mit der Routinebehandlung plus einem Rückmeldesystem verglichen wurde (Feedback-Gruppe). Die Ergebnismaße bezogen sich bei Patient:innen unter anderem auf die Symptomatik, die Lebensqualität, das Funktionsniveau und die Zufriedenheit mit der Behandlung und bei den Eltern ebenfalls auf die Zufriedenheit mit der Behandlung. Zudem wurden in beiden Gruppen die Abbruchquoten und die Therapieintensität miteinander verglichen. Für die Erfassung der Behandlungseffekte wurden fünf Beurteilerperspektiven berücksichtigt (verblindete Kliniker:in, Therapeut:in, Eltern, Jugendliche, Lehrkräfte) und drei Messungen durchgeführt zu Behandlungsbeginn (Prä) sowie 6 (Zwischen) und 12 Monate (Post) nach Behandlungsbeginn.

### 1.3 Ergebnisse

In die Studie konnten  $n = 397$  Familien eingeschlossen werden (Intention-to-Treat-Stichprobe [ITT]). Davon erhielten  $n = 297$  Familien eine passende Studienintervention (modified Intention-to-Treat-Stichprobe [mITT]; Routine-Gruppe:  $n = 144$ ; Feedback-Gruppe:  $n = 153$ ). In der Feedback-Gruppe wurde bei dem therapeutischen Rückmeldesystem in weiten Teilen ein gutes Teilnahmeverhalten beobachtet. Von allen möglichen Rückmeldungen füllten mehr als 85 % der Therapeut:innen und Eltern sowie circa 70 % der Jugendlichen diese vollständig aus. Zudem nutzten circa ein Viertel aller Therapeut:innen nahezu alle ( $\geq 90$  %) der ihnen zur Verfügung stehenden Supervisionen zur Besprechung der Rückmeldeberichte. In der Stichprobe mITT wurden in beiden Gruppen signifikante Veränderungen über die Zeit in die jeweils gewünschte Richtung festgestellt (Intragruppenvergleich), d. h. in der Regel wurde bei symptombezogenen Maßen eine Abnahme beobachtet und bei zum Beispiel der Lebensqualität eine Zunahme. Was den Gruppenvergleich von Feedback- und Routine-Gruppe angeht (Intergruppenvergleich), so konnten beim primären Ergebnisparameter, der Gesamtsymptomatik der Patient:innen im verblindeten klinischen Urteil (SFSS-I Total), keine Unterschiede ermittelt werden. Bei den sekundären Ergebnisparametern zeigten sich im Elternurteil von der Tendenz her Behandlungsvorteile eher zugunsten der Feedback-Gruppe und im Jugendlicherurteil eher zugunsten der Routine-Gruppe, wobei signifikante Unterschiede die Ausnahme waren.

### 1.4 Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass das Rückmeldesystem in weiten Teilen gut in die Routineversorgung einer universitären Ausbildungsambulanz implementiert werden konnte. Was den Gruppenvergleich angeht, konnte ein Behandlungsvorteil des therapeutischen Rückmeldesystems nicht nachgewiesen werden. Damit konnten die teils positiven Befunde im Vorfeld der Studie nicht repliziert werden. Um die Wirksamkeit von therapeutischen Rückmeldesystemen weiter zu untersuchen, werden verschiedene Empfehlungen ausgesprochen. Diese beziehen sich u. a. auf die Wirksamkeitsüberprüfung in anderen Versorgungskontexten und bei anderen Patient:innengruppen. Zusätzlich sollte der Nutzen von Erweiterungen von therapeutischen Rückmeldesystemen überprüft werden (z. B. Clinical Support Tools).

## 2. Beteiligte Projektpartner

Die Projektdurchführung wurde unter Leitung von PD Dr. Christopher Hautmann als Principal-Investigator und Univ.-Prof. a.D. Dr. Manfred Döpfner als Co-Principal-Investigator durchgeführt. Das Team bestand aus wissenschaftlichen Mitarbeitenden sowie wissenschaftlichen und studentischen Hilfskräften, die gelegentlich von Honoarkräften und Praktikant:innen unterstützt wurden. Als Projektpartner:innen waren das Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB) der Universität zu Köln und das Zentrum für Klinische Studien (ZKS) Köln beteiligt, deren Kontaktdaten und Aufgabenfelder in Tabelle 1 aufgelistet sind. Abbildung 1 bildet die Projektstruktur ab. Nach Projektende steht Dr. Christopher Hautmann als Ansprechpartner für alle weiteren projektbezogenen Frage zur Verfügung.

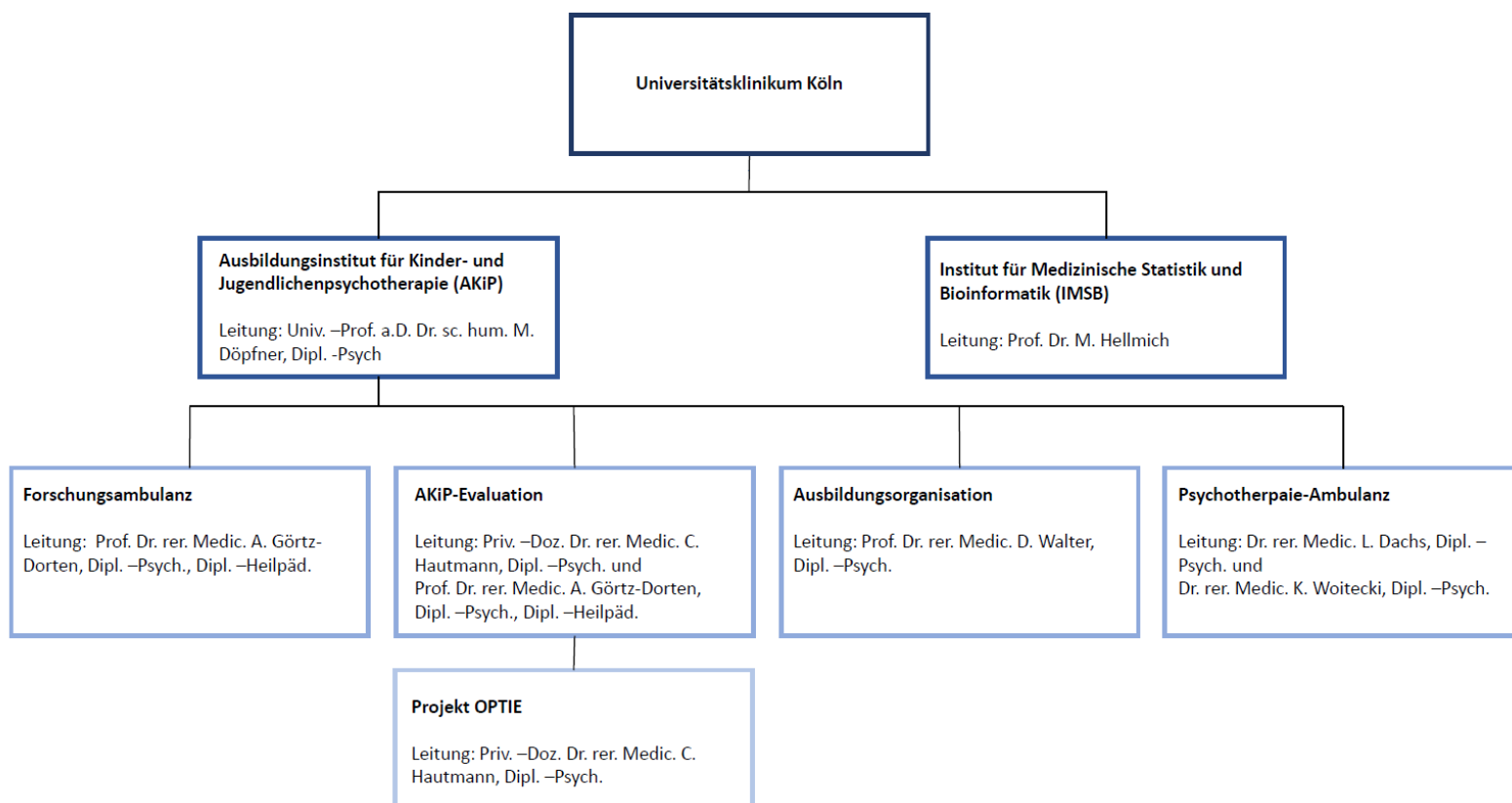


Abbildung 1: Grafische Darstellung der Projektstruktur

Tabelle 1: Übersicht Projektpartner:innen

Name Einrichtung/Institut	Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB)	Regionales Rechenzentrum (RRZK) der Universität zu Köln
	Universität zu Köln	Regionales Rechenzentrum
	Kerpener Straße 62	Gebäude 133
	50924 Köln	Weyertal 121
		50931 Köln
Projektleitung	(1) Univ.-Prof. Dr. Martin Hellmich (Dipl.-Math.) <a href="mailto:martin.hellmich@uni-koeln.de">martin.hellmich@uni-koeln.de</a>	(1) Dipl.-Inform. Sven Wiegelmann <a href="mailto:Sven.wiegelmann@uni-koeln.de">Sven.wiegelmann@uni-koeln.de</a>

(2) Dr. sc. hum. M. Sc. Dipl.-Inform. Med. Kerstin Rosenberger

[kerstin.rosenberger@uni-koeln.de](mailto:kerstin.rosenberger@uni-koeln.de)

Verantwortlichkeit	Ltg. AG Med. Statistik	IT Application Manager
Aufgaben	Methodische Unterstützung der Antragsstellung (Analysestrategie, Power-Kalkulation), Bereitstellung des Online Randomisierungstools TENALEA, Unterstützung der Datenaufbereitung und Datenauswertung mit Schwerpunkt auf den Hauptanalysen.	Bereitstellung der Serverkapazität für die Studienfassung des Elterntainers und des Umfragetools limesurvey in der gesicherten Umgebung der Universität zu Köln.

### 3. Projektziele

#### 3.1 Hintergrund

Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet (Polanczyk et al., 2015). Verschiedene Studien weisen auf die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung für ein breites Spektrum an Störungen hin (Lambert, 2013). Allerdings steht auch diese Form der Behandlung weiterhin vor Herausforderungen wie unzureichende Symptomverbesserung, Verschlechterungen und Therapieabbrüche (Fernandez et al., 2015; Hansen et al., 2002; Warren et al., 2010). Im Erwachsenenbereich wurde bei bis zu 10 % der behandelten Fälle eine Verschlechterung innerhalb der Therapie festgestellt (Hansen et al., 2002). Bei Kindern und Jugendlichen lag die Rate bei bis zu 24 % (Warren et al., 2010). Darüber hinaus bricht etwa ein Viertel aller Patient:innen, die eine kognitive Verhaltenstherapie beginnen, die Therapie ab (Fernandez et al., 2015; Walter et al., 2018). Obwohl Studien belegen konnten, dass Kindern und Jugendlichen während einer gewöhnlichen Verhaltenstherapie eine mittlere bis starke Verringerung ihrer Symptome erfahren, zeigen immer noch über die Hälfte der Patient:innen Auffälligkeiten, selbst nach einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von mehr als 40 Sitzungen (Walter et al., 2018; Walter et al., 2015).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Therapeut:innen ihre eigenen Kompetenzen manchmal überschätzen (Walfish et al., 2012). Es ist festzustellen, dass Therapeut:innen Schwierigkeiten haben, Therapieverläufe zu prognostizieren und ungünstige Therapieverläufe zu erkennen (Hannan et al., 2005). Im Gegensatz zu anderen Berufen können diese Schwierigkeiten weniger gut mit beruflicher Erfahrung kompensiert werden. Studienergebnisse zeigen, dass Arbeitserfahrungen im psychotherapeutischen Kontext nur einen geringen Effekt auf die Entscheidungsgenauigkeit von Behandler:innen haben (Spengler & Pilipis, 2015). Ausbildungstherapeut:innen erzielen teilweise sogar bessere Resultate als erfahrene Therapeut:innen (Budge et al., 2013). Die geringe Assoziation zwischen Arbeitserfahrung und therapeutische Expertise lässt sich zum Teil durch ein Informationsdefizit und Schwierigkeiten erklären, Erfolge der Behandlung richtig einzuschätzen (Tracey et al., 2014).

Therapeutische Rückmeldesysteme sollen dazu beitragen, die Wirksamkeit von Psychotherapie zu verbessern (Kelley & Bickman, 2009; van Sonsbeek et al., 2014), in dem Therapeut:innen durch zusätzliche Informationen unterstützt werden, die durch regelmäßige Befragungen während des Therapieverlaufs gewonnen werden. Dieser Ansatz wurde unter dem Konzept *Patient-Focused Research* (Howard et al., 1996) eingeführt und ist ins-

besondere für Patient:innen mit ungünstigen Therapieverläufen bzw. für Therapieabbrecher:innen relevant. In der englischen Literatur finden sich hierfür viele Synonyme, wie beispielsweise *Routine Outcome Monitoring* (Carlier et al., 2012), *Measurement Feedback System* (Bickman et al., 2012) oder *Progress Monitoring* (Angell et al., 2015).

Rückmeldesysteme dienen als Instrument, um günstige sowie ungünstige Therapieverläufe zu identifizieren, die Behandlungsplanung individuell anzupassen und Risikopatient:innen frühzeitig zu identifizieren, sowie die Adhärenz und Behandlungsmotivation zu fördern. Neben dem individuellen Nutzen spielt auch eine gesellschaftliche bzw. gesundheitsökonomische Dimension eine Rolle. Werden Daten von Rückmeldesystemen zentralisiert gesammelt und patientenübergreifend ausgewertet, kann zur Qualitätssicherung ein Benchmarking über Institutionen hinweg erfolgen (vgl. Lueger & Barkham, 2010).

Die beiden zentralen Komponenten von therapeutischen Rückmeldesystemen sind das Monitoring des Therapieprozesses (Informationserhebung) und das Feedback (Informationsrückmeldung). Bezogen auf das Monitoring lassen sich Rückmeldesysteme unter anderem nach den erfassten Inhalten, der Frequenz, der Form der Erhebung (z. B. Papier, elektronisch) sowie dem Informanten (z. B. Kind, Eltern) unterscheiden. Relevante Dimensionen des Feedbacks sind der Adressat, an den die Rückmeldung gerichtet ist (z. B. Patient:in, Therapeut:in) und der Inhalt der Rückmeldung (z. B. deskriptiv, bewertend, unterstützend).

In der Literatur werden verschiedene Empfehlungen zu therapeutischen Rückmeldesystemen gegeben (Kelley & Bickman, 2009; van Sonsbeek et al., 2014). Die dabei verwendeten Messinstrumente sollten demnach kurz sein, regelmäßig eingesetzt werden, sich inhaltlich an den Bedürfnissen und Erfordernissen von Patient:innen und Kliniker:innen orientieren, möglichst mehrere Beurteiler:innenperspektiven berücksichtigen, psychometrischen Anforderungen genügen (z. B. Änderungssensitivität) und neben dem primären Ergebnisparametern (z. B. Symptomatik, Funktionsniveau, Lebensqualität) auch prozessorientierte Merkmale (z. B. therapeutische Beziehung, Therapiemotivation) berücksichtigen. Die Rückmeldung sollte zeitnah und schriftlich erfolgen und idealerweise neben den diagnostischen Befunden auch Empfehlungen über das weitere therapeutische Vorgehen beinhalten.

Im Erwachsenenbereich existieren mehrere therapeutische Rückmeldesysteme (für eine Übersicht siehe Overington & Ionita, 2012). Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Systemen ist der Inhalt der Rückmeldung, der von (a) weitgehend deskriptiv über (b) bewertend bis hin zu (c) therapeutisch unterstützend sein kann. Die eher deskriptiven Systeme beschränken sich beispielsweise auf eine graphische Darstellung der Patient:innenangaben über die Zeit.

Bewertende Systeme gehen darüber hinaus und nehmen eine Einschätzung der Patient:innen bzw. des Therapieverlaufs vor. Dafür werden verschiedene Ansätze mit unterschiedlichen Strategien verwendet. Mehrere Rückmeldesysteme nehmen Bezug auf die Arbeit von Jacobson and Truax (1991) zur klinischen Signifikanz. Für das Feedback werden dann entsprechende Normalisierungsraten und ein Index für statistisch bedeutsame Veränderungen berücksichtigt (Reliable Change Index [RCI]; z. B., Barkham et al., 2013; Kopta et al., 2015). Der Ansatz von Lambert et al. (2001) ist als noch weitreichender anzusehen. Unter Einbeziehung des initialen Schweregrads und der Dauer der Therapie wird hier den Behandler:innen rückgemeldet, ob der individuelle Therapieverlauf von einer Norm abweicht.

Unterstützende therapeutische Rückmeldesysteme, also der dritte Typ von Feedbacksystemen, sind in der Regel für Patient:innen mit ungünstigen Therapieverläufen gedacht (z. B., White et al., 2015). Sie dienen der Aufdeckung möglicher Hindernisse im Behandlungsprozess (z. B. therapeutische Beziehung, Therapiemotivation) und geben Empfehlungen für das weitere therapeutische Vorgehen.

Meta-Analysen und Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass Rückmeldesysteme Therapieverläufe positiv beeinflussen können, z. B. durch eine individuellere Therapie oder verbesserte Kommunikation zwischen allen Beteiligten (Carlier et al., 2012; Marshall et al.,



2006). Ein zentrales Maß zur Beurteilung der Wirksamkeit therapeutischer Rückmeldesysteme ist die psychische Gesundheit der Patient:innen. Die in Meta-Analysen berichteten Effektstärken variieren dabei und reichen vom kleinen Bereich (de Jong et al., 2021; Knaup et al., 2009) bis zum mittleren Bereich (Lambert et al., 2018). In systematischen Übersichtsarbeiten lag der Vorteil von der Feedback-Gruppe bei etwa der Hälfte der Studien (Carlier et al., 2012; Gondek et al., 2016) oder weniger (Boyce & Browne, 2013).

Vieles deutet auf stärkere Effekte von Rückmeldesystemen hin, wenn speziell Patient:innen mit unerwünschten Therapieverläufen betrachtet werden (Davidson et al., 2015; Gondek et al., 2016). In der englischsprachigen Literatur wird in diesem Zusammenhang von Patient:innen gesprochen, die *Not-On-Track* (NOT) sind. In Abhängigkeit von der Stichprobe (Intent-to-Treat-, Per-Protocol-Stichprobe) und der Intensität des Feedbacks konnten für diese Patient:innengruppe Effektstärken (Hedges  $g$ ) von  $-0.28$  bis hin zu  $-0.70$  ermittelt werden (Shimokawa et al., 2010). Dieser Befund ist insofern plausibel, als dass bei Patient:innen mit Problemen im therapeutischen Prozess am ehesten Raum für Verbesserung besteht und eine Rückmeldung dieser Befunde dann besonders sinnvoll erscheint.

Davidson et al. (2015) merken allerdings kritisch an, dass die Forschung zu therapeutischen Rückmeldesystemen häufig mit Patient:innen aus universitären Beratungsstellen mit minderschweren Symptomen durchgeführt wurde. Werden hingegen neuere Studien mit schwerer beeinträchtigten Patient:innen berücksichtigt (z. B., Simon et al., 2012), bewerten die Autor:innen therapeutische Rückmeldesysteme für die Gruppe der Personen mit unerwünschten Therapieverläufen weiterhin als wirksam, sehen die Effektstärken dann aber als reduziert an.

Bislang gab es kaum Untersuchungen zur Wirksamkeit von therapeutischen Rückmeldesystemen im Kontext der Kinder- und Jugendpsychotherapie und die Studienlage ändert sich nur langsam. Im Jahr 2012 konnte Carlier et al. (2012) keine einzige randomisierte Kontrollgruppenstudie für diese Altersgruppe identifizieren. In der Zwischenzeit stehen erste Metaanalysen zur Verfügung (Bergman et al., 2018; Tam & Ronan, 2017). Tam and Ronan (2017) identifizierten insgesamt 12 Studien, die Jugendliche im Alter von 10;0 bis 19;0 Jahren mit psychischen Problemen einschlossen (randomisiert-kontrollierte Studien, Quasi-Experimente, Beobachtungsstudien). Ergebnisse von vier randomisiert-kontrollierten Studien zeigten zum Vorteil des therapeutischen Rückmeldesystems kleine Effektstärken (Hedges  $g = 0,20$ ) und für Beobachtungsstudien wurden Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich gefunden (Hedges  $g = 0,32$ ). Für einen Übersichtsarbeit konnten Bergman et al. (2018) sechs randomisierte Studien mit Kinder und Jugendliche identifizieren. Die Ergebnisse der Beurteilungen der Jugendlichen waren zu heterogen, um gepoolt zu werden. Für die Beurteilungen der Therapeut:innen, Eltern und Lehrkräfte wurden entweder kleine oder geringe Unterschiede festgestellt. Des Weiteren lag nur in einer der Studien ein verblindetes Urteil vor und in keiner der Studien wurden Kinder unter 10 Jahren berücksichtigt. Anhand dieser Befundlage kann somit keine eindeutige Schlussfolgerung über die Wirksamkeit von therapeutischen Rückmeldesystemen für die Therapie von Kindern und Jugendlichen getroffen werden (Bergman et al., 2018). Von Seiten der Autor:innen wird gefordert, dass zusätzliche hochwertige Studien durchgeführt werden, die außerhalb der Vereinigten Staaten erfolgen und auch Kinder unter 10 Jahren einschließen.

### 3.2 Ziele und Fragestellungen/ Hypothesen

Das primäre Ziel der Studie war die Entwicklung und Überprüfung der Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. Konkret wurde die Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems (Feedback-Gruppe) im Vergleich zur üblichen Routineversorgung (Routine-Gruppe) in Bezug auf internale und/oder externale Symptome bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren untersucht. Der primäre Ergebnisparameter ist ein für die Studie entwickeltes semi-strukturiertes klinisches Interview (Interviewfassung der Symptoms and Functioning Severity Scale, SFSS-I) für Kinder im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren, welches an drei Messzeitpunkten

(Prä: Vor Beginn der Intervention, Zwischen: 6 Monaten und Post: 12 Monate nach Behandlungsstart) von einem/einer Kliniker:in mit einem Elternteil<sup>1</sup> durchgeführt wird. Als sekundäre Ergebnisparameter wurden Fragebögen zur Erfassung der Symptomatik (CBCL-6/18R, YSR-11/18R, TRF-6/18R, BPM/6-18, FBB/SBB-SCREEN), des Funktionsniveaus (GBPF, FBB/SBB-SCREEN), der Lebensqualität (KIDSCREEN) sowie der Patientenzufriedenheit (FBB) berücksichtigt. Die hier genannten finalen Instrumente weichen dabei leicht gegenüber den im Antrag genannten Verfahren ab. Ursprünglich sollte als primärer Ergebnisparameter der ILF-SCREEN verwendet werden. Dieser wurde durch die neu entwickelte SFSS-I ersetzt, da Zweifel an der Eignung des ILF-SCREEN für die Verlaufsmessung aufgetreten waren. Bei den Fragebögen wurden ebenfalls kleinere Anpassungen getroffen, da sich ein Teil der vorab definierten Fragebögen für die regelmäßigen Befragungen als zu umfangreich erwiesen hatten.

Im Rahmen der Studie wurde die Hypothese verfolgt, dass die Feedback-Gruppe im Vergleich zur Routine-Gruppe in den verschiedenen Beurteilendenperspektiven (verblindetes klinisches Urteil, Therapeut:innenurteil, Elternurteil und Selbsturteil bei Kindern  $\geq 11$  Jahren) statistisch signifikante Behandlungsvorteile auf den primären und sekundären Ergebnisparametern hat. Als Nebenhypothese wurde angenommen, dass in der Feedback-Gruppe im Vergleich zur Routine-Gruppe die Therapieabbruchsquoten sowie die Therapiedauern signifikant reduziert sind. Für die Gesamtgruppe wurden Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich erwartet und für Patient:innen mit unerwünschten Therapieverläufen mittlere bis große Effekte.

## 4. Projektdurchführung

### 4.1 Intervention

Teilnehmende der Feedback-Gruppe erhielten für die Dauer von 12 Monaten neben der Routineversorgung (leitliniengerechte Verhaltenstherapie) zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem, welches sich aus drei Komponenten zusammensetzt: (a) Verlaufsbeobachtung, (b) Verlaufsrückmeldung und (c) Supervision. Die Eltern, Therapeut:innen und Jugendliche ab 11 Jahren erhielten per E-Mail regelmäßig Einladungen zu Online-Befragungen für die Verlaufsbeobachtung. Nahmen beide Elternteile an der Behandlung teil, musste zuvor eine Person für die Beurteilung bestimmt werden. In Einzelfällen, in denen nur die Jugendlichen an der Therapie teilnahmen, entfiel das Urteil der Eltern.

Nach einer Eingangsbefragung vor Therapiebeginn wurden die Teilnehmenden alle sechs Wochen gebeten, online Rückmeldung zur Verhaltenstherapie zu geben. Die Befragungen fanden dabei immer im selben Rhythmus statt, unabhängig von der Anzahl der Therapiestunden. Die Termine für die Erhebungen wurden dabei auf Basis des ersten Therapietermins festgelegt. Die Daten wurden über das Onlineprogramm *Research Electronic Data Capture* (REDCap) erfasst und gespeichert. Pro Erhebung hatten die Teilnehmenden jeweils 10 Tage für die Bearbeitung der Fragebögen Zeit. Der Prozess wurde monitoriert und Familien wurden kontaktiert (per Mail und/oder telefonisch), wenn nur noch 6 Tage oder weniger bis zum faktischen Befragungsende verblieben waren, um an das Ausfüllen der Befragung zu erinnern. Wurde innerhalb dieses Zeitraums Fragen nicht beantwortet, so galten diese Items als fehlend. Falls die technischen Voraussetzungen nicht gegeben waren, wurden die Daten alternativ per Papierfassung erhoben. Mit Hilfe des Rückmeldesystems wurden Daten zur Symptomatik des Kindes, Therapiemotivation, Therapiebeziehung, Therapiewirksamkeit, Therapieadhärenz und zu individuellen Therapiezielen erhoben (für einen Überblick der Messinstrumente siehe Tabelle 2; weitere Unterlagen in der Anlage Nr. 8).

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff „Eltern“ sowohl für biologisches Eltern, als auch für Pflegeeltern oder andere primäre Bezugspersonen wie beispielsweise Bezugsbetreuer:innen verwendet.



**Tabelle 2:** Feedbackbefragungen aufgeschlüsselt nach Beurteilenden

Instrument	Dimension	Skalename	Umfrage			Items n	Reliabilität	
			1	2	3-9		$\alpha 1$	$\alpha 2$
<b>Therapeut:in</b>								
TBS	Therapiebeziehung	Beziehung Patient:in	X	X		2	-	-
		Beziehung Eltern	X	X		2	-	-
Adhärenzskala	Therapieadhärenz	Adhärenz Patient:in	X	X		3	-	.62
		Adhärenz Eltern	X	X		3		.70
<b>Eltern</b>								
ZIEBO	Individuelle Therapieziele	-		X			-	-
BPM-P/6-18	Symptomatik	Internale Probleme	X	X		6	.66	.84
		Aufmerksamkeitsprobleme	X	X		6	.81	.81
		Externale Probleme	X	X		7	.73	.77
		Totale Probleme	X	X		19	.83	.81
KJBMS	Therapiemotivation	Problemwahrnehmung	X	X	X	3	.84	.69
		Behandlungsbereitschaft	X	X	X	5	.89	.72
		Gesamt	X	X	X	8	.86	.75
TBS	Therapiebeziehung	Gesamt	X	X		2	-	-
TWS	Therapiewirksamkeit	Einsicht	X	X		3	-	.91
		Änderung	X	X		3	-	.81
		Gesamt	X	X		6	-	.86
<b>Kinder (≥ 11 Jahre)</b>								
BPM-Y/11-18	Symptomatik	Internale Probleme	X	X		6	.72	.82
		Aufmerksamkeitsprobleme	X	X		6	.82	.65
		Externale Probleme	X	X		7	.74	.79
		Totale Probleme	X	X		19	.86	.82
ZIEBO	Individuelle Therapieziele	-		X			-	-
KJBMS	Therapiemotivation	Problemwahrnehmung	X	X	X	4	.84	.89
		Behandlungsbereitschaft	X	X	X	4	.83	.86
		Gesamt	X	X	X	8	.82	.87
TBS	Therapiebeziehung	Gesamt	X	X		5	.85	.78
TWS	Therapiewirksamkeit	Einsicht	X	X		3	.88	.80
		Änderung	X	X		3	.82	.69
		Gesamt	X	X		6	.90	.77

*Notiz.* Die erste Befragung fand vor dem Therapiebeginn statt. Befragung 2 wurde 6 Wochen nach Therapiestart verschickt. Danach erhielten die Familien alle 6 Wochen eine Einladung zu den Befragungen. TBS = Therapiebeziehungsskala, deutsche Übersetzung des ‚Therapeutic Alliance Quality Rating‘ (Bickman et al., 2010; Hautmann, Gehlen, Geldermann, et al., 2019); OAS = OPTIE Adhärenzskala (Hautmann, Gehlen, & Döpfner, 2019); ZIEBO = Therapiezielbogen (Döpfner & Steinhausen,

2012); BPM/6-18 (Achenbach et al., 2011; Döpfner et al., 2019); KJBMS = Kinder- und Jugendlichen-behandlungsmotivationskala (Bickman et al., 2010; Hautmann, Gehlen, Geldermann, et al., 2019); TWS = Therapiewirkungsskala (Bickman et al., 2010; Hautmann, Gehlen, Geldermann, et al., 2019).  $\alpha^1$  = Cronbach's Alpha Manual;  $\alpha^2$  = Cronbach's Alpha Stichprobe OPTIE zum jeweils ersten Messzeitpunkt der Erhebung.

Die Rückmeldung über die Verlaufserhebung erfolgte über einen Rückmeldebericht, der an die Therapeut:innen und Supervisor:innen verschickt wurde. Dabei handelte es sich primär um eine graphische Aufbereitung der diagnostischen Ergebnisse, bei der der Verlauf der Prozessparameter über die Zeit abgebildet wurde.

Therapeut:innen der Feedback-Gruppe erhielten zusätzlich fünf halbe Supervisions-sitzungen (je 25 Minuten), die speziell der Besprechung der Verlaufs-befunde dienten. Die erste Sitzung fand zu Therapiebeginn statt und hatte die Erarbeitung einer individuellen Zielliste zum Gegenstand. Hierbei sollte sichergestellt werden, dass die individuellen Ziele sich sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Prozess-erhebung eigneten. Supervisions-sitzungen zwei bis fünf erfolgten im weiteren Prozess und dienten der Bespre- chung der Verlaufs-befunde. Soweit es sinnvoll erschien, wurden in diesen Sitzungen Emp- fehlungen zur Adaption der Therapie gegeben.

#### 4.2 Durchgeführte Arbeiten

In der ersten Projektphase wurden diverse Vorbereitungen zur Umsetzung der Studie getroffen. Begonnen wurde zunächst mit der Verfassung des Studienprüfplans/Studienpro- tokolls (siehe Anlage Nr. 21 und Hautmann, Rausch, Geldermann, et al., 2021), Einholung eines positiven Ethikvotums sowie der Entwicklung der Studienmaterialien. Diese umfas- ten Informationsmaterialien für die Studienteilnehmenden (für Eltern und Patient:innen getrennt; siehe Anlage Nr. 1 bis 4), Supervisor:innen und Kooperationspartner:innen (Am- bulanzleiter:innen, IMSB; siehe Anlage Nr. 5), standardisierte Ablaufprozesse (Standard Operating Procedure [SOP]; siehe Anlage Nr. 14 bis 20) sowie die Entwicklung von Diagnos- tikverfahren für die Ergebniserfassung und das therapeutische Rückmeldesystem der Stu- die (siehe Anlage Nr. 7 bis 9).

Der primäre Ergebnisparameter (SFSS-I; siehe Anlage Nr. 10 bis 13) stellt ein neu ent- wickelttes klinisches semi-strukturiertes Interview für die dimensionale Erfassung von inter- nalen sowie externalen Symptomen dar und ist geeignet für Kinder und Jugendliche zwi- schen 6;0 und 17;11 Jahren. Die SFSS-I basiert auf zwei etablierten Verfahren. Die Items basieren auf dem englischen Fragebogen *Symptoms and Functioning Severity Scale* (SFSS), welcher Teil des englischsprachigen Rückmeldesystems *Peabody Treatment Progress Bat- tery* ist (Bickman et al., 2010). Für die Studie wurden alle SFSS-Items richtliniengeleitet durch eine bilinguale Studienassistentin in die deutsche Sprache übersetzt. Dabei wurde ins- besondere darauf geachtet, dass die Formulierung der übersetzten Items, wenn möglich, die ursprüngliche grammatikalische Struktur beibehält und der Inhalt an den kulturellen Kontext angepasst wurde. Die Übersetzung wurde anschließend in einer Expertengruppe, bestehend aus vier wissenschaftlichen Mitarbeitenden mit klinischer Expertise und guten Englischkenntnissen, diskutiert und mit der originalen Version der SFSS verglichen. An- schließend wurden die deutschen Items durch zwei wissenschaftliche Mitarbeitenden in die englische Sprache rückübersetzt. Hiernach fand ein erneuter Austausch in der Exper- tengruppe statt, um weitere mögliche Abweichungen zu diskutieren und gegebenenfalls anzupassen. Anschließend wurde sich auf eine finale Übersetzung der SFSS-I Items geeinigt.

Das Interviewformat sowie die Skalierung (4-stufige Likertskala) wurde von den Inter- view-Leitfäden adaptiert, welches ein klinisches semi-strukturiertes Interview ist (ILF; Görtz-Dorten & Thöne, 2021). Für die Durchführung des Interviews wurde ein eigener In- terviewleitfaden in Form eines drei Spalten-Prinzips entwickelt (siehe Anlage Nr. 10). In der Mitte sind das jeweilige Item sowie weitere Frage zur Exploration enthalten (verschieden Kontexte, Häufigkeit, Intensität). Links davon findet man weitere Items, die der Abgrenzung zum erfragten Item dienen sollen. Rechts in der Spalte ist die Antwortskala sowie ein Bei-

spiel für eine stark ausgeprägte Symptomatik (klinische Auffälligkeit) abgebildet. Für internationale Kommunikationszwecke wurde der Interviewleitfaden anschließend in die englische Sprache übersetzt. Zudem sind zu Schulungszwecken ein Schulungsvideo gedreht worden, das die korrekte Durchführung der SFSS-I darstellt. Ergänzend wurde eine Schulungspräsentation erstellt, die wichtige Punkte bei der Interviewführung aufgreift und auf mögliche Fehlerquellen hinweist.

In einem weiteren Schritt der Interviewentwicklung wurden 61 Interviewaufnahmen zu Prä per Zufall gezogen und erneut durch zwei Rater:innen beurteilt, um die Beurteiler:innenübereinstimmung zu bestimmen. Die Anzahl der ausgewählten Interviews wurde richtlinienbasiert berechnet (Kottner et al., 2011). Die zwei Rater:innen waren blind gegenüber der Behandlungsgruppe sowie dem ursprünglichen Rating zu Baseline. Zuvor nahmen die beiden Rater:innen erneut an einer Raterschulung teil, um die Kenntnisse der Interviewdurchführung aufzufrischen. Hierzu gehörten vier Proberatings, die von den beiden Rater:innen unabhängig beurteilt wurden.

Für das therapeutische Rückmeldesystem (siehe Anlage Nr. 7 bis 9) wurden Fragebögen richtliniengeleitet ins Deutsche übersetzt, die wie die SFSS ebenfalls aus der *Peabody Treatment Progress Battery* von Bickman et al. (2010) stammen. Zudem wurde für den Zielbeurteilungsbogen (ZIEBO), der auch Bestandteil des Rückmeldesystems ist, ein projektspezifisches Manual verfasst.

Um die Studie in die Psychotherapie-Ambulanz zu integrieren, wurden in der Vorbereitungsphase regelmäßige Treffen mit der Instituts- und Ambulanzleitung abgehalten. In diesen Treffen wurden die Abläufe der Ambulanz mit den Abläufen der Studienrekrutierung abgestimmt, um die Familien für die Teilnahme an der Studie zu gewinnen. Zur Evaluation wurden diese Treffen in etwa quartalsweise fortgeführt. Darüber hinaus gab es etwa alle sechs Monate Treffen mit den Ambulanzleiter:innen. Die Treffen dienten insbesondere zur Aufrechterhaltung einer hohen Teilnahmebereitschaft, Klärung von Fragen, zur Reflektion und bei Bedarf zur Anpassung der Studienabläufe.

Zur Vorbereitung der Rekrutierungs- und Durchführungsphase wurden verschiedene Datenbanken (Access, SPSS, REDCap, DIAMON) aufgebaut, um die Studienfamilien zu verwalten sowie die Datenerhebung der Ergebnisparameter und des Rückmeldesystems zu überwachen. Eine Besonderheit war die Integration der studienspezifischen Diagnostik in das digitale Diagnostik-Monitoring-System (DIAMON) des regulären Ambulanzbetriebs, was eine intensive Zusammenarbeit mit der Psychotherapie-Ambulanz erforderte. Alle anderen Datenbanken wurden durch die Studienmitarbeitenden neu aufgebaut und im Verlauf der Studiendurchführung durch neue Abfragen und Variablen stetig erweitert und angepasst. Als Vorbereitung auf die Durchführungsphase wurde ein umfangreiches, automatisiertes Befragungssystem mit Hilfe der Web-Anwendung REDCap aufgebaut. Das Befragungssystem diente zunächst primär der Umsetzung des Rückmeldesystems für die Feedback-Gruppe, in welchem die Familien regelmäßig Online-Befragungen zur Therapie erhielten. Der Aufbau des komplexen Rückmeldesystems dauerte mehrere Monate.

Die Rekrutierung von Studentherapeut:innen begann bereits vor dem Start der Rekrutierungsphase der Studienfamilien. Das Projekt wurde in den Theorieseminaren der Ausbildungsteilnehmer:innen für Kinder- und Jugendpsychotherapie vorgestellt und beworben. Später wurden die teilnehmenden Therapeut:innen in Zusammenarbeit mit dem IMSB blockrandomisiert. Während der Rekrutierungs- und Durchführungsphase wurden zusätzlich alle Therapeut:innen, die ihre Ausbildungsfälle in der Institutsambulanz neu begonnen hatten, über das Studienprojekt informiert, um sie für die Studie zu gewinnen.

Die Studie wurde in die reguläre Versorgung der Psychotherapie-Ambulanz vom Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) integriert. Es wurden alle Familien für die Studie gescreent, die sich im Rekrutierungszeitraum Oktober 2019 bis November 2021 in der Psychotherapie-Ambulanz angemeldet hatten und deren Kind zum Zeitpunkt des Erstgesprächs das Alterskriterium von 6;0 bis 17;11 Jahren erfüllte. Während der Pandemie wurden die Erstgespräche mit den Familien per

Videokonferenz durchgeführt, wodurch die Studienaufklärung nicht mehr von den Ambulanzeleiter:innen im Rahmen des Termins durchgeführt wurde. Stattdessen wurde lediglich die Eignung für die Studie geprüft und die Erlaubnis zur Kontaktaufnahme durch das Studienteam erfragt. Die Studienmitarbeitenden übernahmen schließlich die vollständige Studienaufklärung, was zu einer höheren Teilnahmebereitschaft bei den Familien führte.

Der primäre Ergebnisparameter der Studie war die Symptomatik des Kindes, die mittels des verblindeten klinischen Interviews SFSS-I erfasst wurde. Es wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um eine hochwertige Durchführung sicherzustellen. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Verblindung in Bezug auf die Behandlungsgruppe und wann immer möglich auch in Bezug auf den Messzeitpunkt gewährleistet war (siehe Kapitel 5.4). Um eine hohe Interrater-Reliabilität zu gewährleisten, wurden alle Interviewer:innen zu Beginn des Interventionszeitraums intensiv geschult. Mit Zustimmung der Eltern wurden Audioaufnahmen der Interviews erstellt. Diese Aufnahmen wurden unter anderem für ein Zweit-Rating genutzt, wenn die Verblindung während der Interviewdurchführung selbst nicht gewährleistet werden konnte. Der Prozess der Zweitbewertung fand größtenteils parallel zur Durchführungsphase des Projekts statt.

Im Studienablauf gab es verschiedene Arbeitsplanänderungen, die unter anderem zwei Laufzeitverlängerung sowie eine Fallzahlenanpassung beinhalteten. So wurde zunächst im Dezember 2019 eine erste Laufzeitverlängerung um 6 Monate beantragt, da die Vorbereitungsphase circa 4,5 Monate länger als ursprünglich geplant gedauert hatte. Zu der Verzögerung in der Vorbereitungsphase hatten mehrere Faktoren beigetragen: (a) Der primäre Ergebnisparameter hatte sich als nicht geeignet herausgestellt, wodurch zusätzlich ein Interview auf der Grundlage eines Fragebogens entwickelt werden musste; (b) die Datenerfassung für das Rückmeldesystem über die Webanwendung REDCap war komplexer als erwartet und hatte mehr Zeit in Anspruch genommen; (c) es musste ein erneutes Ethikvotum eingeholt werden, das insbesondere die Einverständniserklärung für Therapeuten betraf. Die Verzögerungen in der Vorbereitungsphase konnten nicht durch erhöhte Rekrutierungszahlen kompensiert werden, da das Patientenaufkommen innerhalb der institutsinternen Ausbildungsambulanz nicht über das geplante Maß hinaus gesteigert werden konnte. Im April 2020 wurde dann eine zweite kostenneutrale Laufzeitverlängerung um weitere 6 Monaten gestellt. Hierfür waren zwei Faktoren primär verantwortlich: Im regulären Ambulanzbetrieb waren die Rekrutierungsraten zu gering, um innerhalb der vorgesehenen Rekrutierungszeit die Gesamtstichprobengröße zu erreichen. Zusätzlich hatte die Corona-Krise weitere Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Mit Schreiben vom 16.03.19 hat der Vorstand der Uniklinik angewiesen, dass nicht zwingend notwendige ambulante Behandlungen vertagt bzw. abgesagt werden. Um die weiterhin notwendige Patientenversorgung aufrechtzuerhalten, wurde eine Reihe von Maßnahmen ergriffen (z. B. Telemedizin). Dennoch war das Patientenaufkommen reduziert. Im Oktober/Dezember 2021 wurde eine Änderung des Finanzierungsplans vorgenommen, um die Personalpositionen in der Laufzeitveränderung zu finanzieren. In diesem Zusammenhang wurde zusätzlich auch ein Antrag auf Fallzahlenanpassung gestellt. Die Reduktion der Stichprobe wurde durch eine Neuberechnung der Fallzahlkalkulation möglich. Bei der ursprünglichen Antragstellung wurden für die Berechnung vereinfachten Annahmen gemacht. Diese hatten die Kalkulation erleichtert, führten aber zu konservativen und damit hohen Stichprobenzahlen. Durch die Neuberechnung der notwendigen Stichprobengröße wurde die Power der statistischen Testung auf Gruppenunterschiede nicht beeinflusst. Des Weiteren wurde nach ausführlicher Beratung der Biostatistik im Dezember 2020 ein Antrag bei der Ethikkommission gestellt, das Vorgehen der Randomisierung anzupassen und eine sogenannte forcierte Randomisierung zuzulassen (siehe weitere Informationen unter Kapitel 5.4). Hierdurch sollte die Versorgung von Studienfamilien begünstigt und die Zuteilung zu einer der beiden Behandlungsgruppen erleichtert werden. Zusätzlich wurden weitere Maßnahmen (z. B. Projektflyer, Webseite, Überprüfung der Ausschlussgründe im Screening) in die Wege geleitet, um weitere Studienteilnehmende zu werben.

Weiterhin wurde das Vorgehen bei der Datenerhebung mehrmals überarbeitet und an die jeweiligen Umstände angepasst. Die ursprüngliche Planung sah vor, dass die Diagnostik-Fragebögen über die jeweiligen Therapeut:innen eingeholt werden. Es gab jedoch Fallkonstellationen, bei denen dieses Vorgehen zu einem hohen Prozentsatz an fehlenden Werten geführt hätte. Ein solcher Fall trat beispielsweise auf, wenn Therapien vor Ablauf des Beobachtungszeitraums beendet wurden (< 12 Monate), da die studienbedingte Postmessung nach 12 Monaten für die Therapie dann keine Bedeutung mehr hatte. Um diesem Problem zu begegnen, wurde die Nutzung des Webtools REDCap erweitert und das System wurde nicht mehr nur für das therapeutische Rückmeldesystem eingesetzt, sondern auch zur Datenerhebung an den verschiedenen Messzeitpunkten in den beiden Behandlungsgruppen. Um die Funktionalität von REDCap sicherzustellen, wurde das System kontinuierlich überprüft und bei Bedarf angepasst. Die Wartungsarbeiten wurden von den Studienmitarbeitenden durchgeführt. Bei grundlegenden technischen Schwierigkeiten wurde in Zusammenarbeit mit dem ZKS nach Lösungen gesucht. Des Weiteren wurden im Verlauf viele Monitoring-Systeme, basierend auf unterschiedlichen Access-Abfragen, ausgearbeitet und stetig modifiziert, mit dem Ziel hohe Befragungsteilnahmequoten bei den Familien sicherzustellen. Die Familie konnten so datenbankbasiert per Mail und/oder telefonisch an neue Messungen erinnert werden. Um auch die Jugendlichen in der Feedback-Gruppe zu erreichen und ihre Teilnahme an dem Rückmeldesystem zu steigern, wurde für diese Zielgruppe ein SMS-Monitoring eingerichtet. Jugendliche, die die anstehende Verlaufsbefragung nicht in den ersten vier Tagen nach Erhalt des Links ausgefüllt hatten, erhielten, wenn gewünscht, eine SMS mit einer Befragungserinnerung sowie einem passenden Link, der erneut zur Befragungsanwendung führte.

Um die Durchführung der Supervision sicherzustellen, wurden einmal pro Quartal die Dokumentationen der Supervisionen überprüft. Die Therapeut:innen erhielten einmal pro Quartal eine Übersicht ihrer Fälle und der genutzten Supervisionsstunden. Wenn festgestellt wurde, dass Therapeut:innen keine Studiensupervisionen erhalten hatten, wurden sie vom Studienteam kontaktiert.

Mit dem Abschluss aller Zwischenmessungen im Juni 2022 konnte bereits mit der Aufbereitung der Daten begonnen werden. Zudem wurden erste Protokollverstöße (siehe Tabelle 3) definiert und mit der Biostatistik abgestimmt. Nach der Fertigstellung fast aller Postmessungen im Dezember 2022 wurde die endgültige Datenauswertung eingeleitet. Die Gesamtstichprobe von 413 eingeschlossenen Fällen musste um 16 Familien auf 397 Fälle reduziert werden. Hierbei handelte es sich um Fälle mit fehlerhafter Einverständniserklärung, bei denen trotz mehrfach versuchter Kontaktaufnahme keine Klärung herbeigeführt werden konnte (siehe Anhang Nr. 1). Parallel zu diesem Prozess erfolgte die Archivierung der Akten. Bis Mitte Februar 2023 lagen schließlich alle Daten vollständig vor und die letzten Akten konnten archiviert werden.

**Tabelle 3:** Definition Protokollverstöße zur Bestimmung der PP-Stichprobe

Art	Protokollverstoß		
	kein	leicht	schwer
Anzahl der Therapiesitzungen	≥ 15	10 – 15	< 10
Teilnahme Feedbackbefragungen, %	≥ 75%	60 - 75%	<60%

*Notiz.* Teilnahme Feedbackbefragungen = Prozentuale Anteil teilgenommener von möglichen Befragungen.

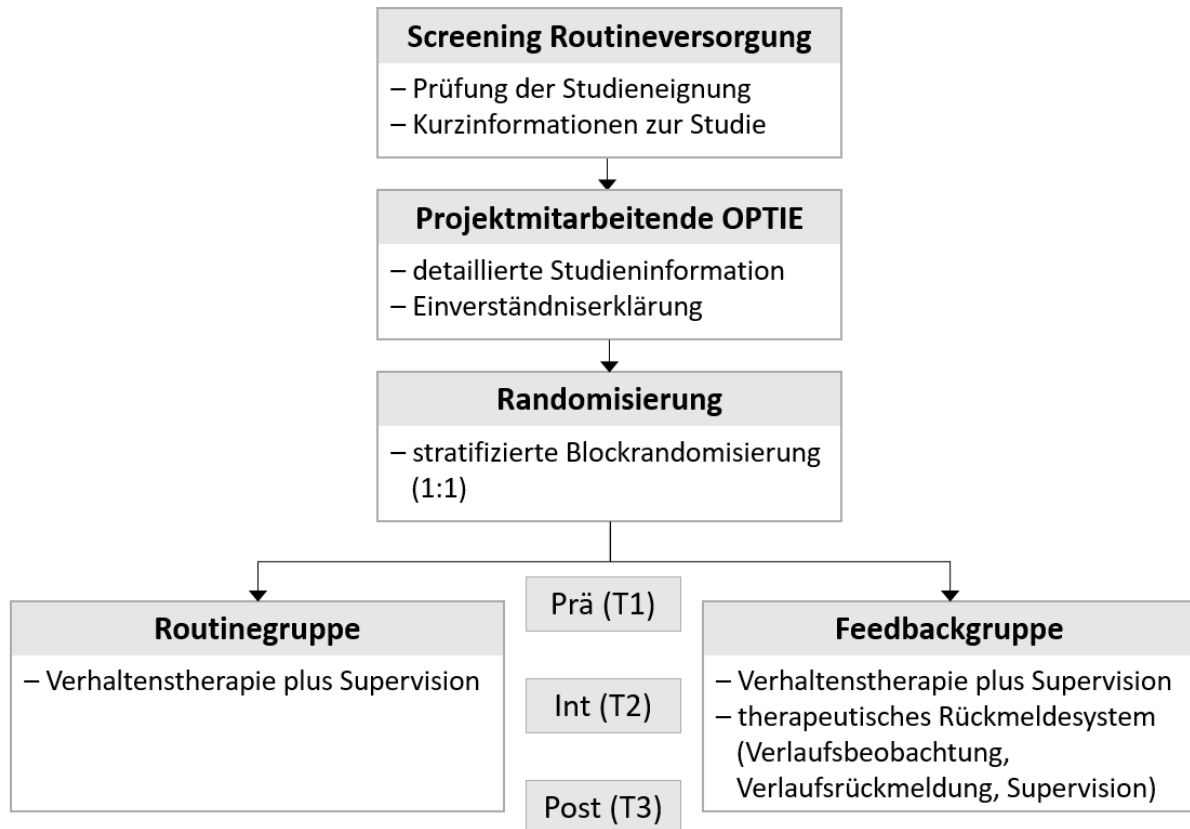
## 5. Methodik

### 5.1 Studiendesign

Die Studie basiert auf einem randomisierten kontrollierten zweiarmigen Parallelgruppendesign (siehe Abbildung 2). Alle Teilnehmer:innen der Routine-Gruppe erhielten eine



reguläre Psychotherapie auf verhaltenstherapeutischer Basis gemäß den allgemeinen Leitlinien des individuellen Störungsbildes der Patient:innen. Teilnehmer:innen der Feedback-Gruppe die Standardbehandlung plus das therapeutische Rückmeldesystem. Es wurden insgesamt drei Messungen durchgeführt: Die erste erfolgte nach der Randomisierung zu Therapiebeginn (Prä), die zweite sechs Monate danach (Zwischen) und die letzte nach 12 Monaten (Post). Somit erstreckte sich der Gesamtbeobachtungszeitraum über 12 Monate. Der Beginn der Intervention war durch die Übergabe eines Falles an die Therapeut:innen definiert.



**Abbildung 2: Studiendesign**

## 5.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Voraussetzungen für den Einschluss in die Studie waren Kinder und Jugendliche (1) im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren, (2) mit mindestens einem Item mit der Ausprägung „2 = deutlich“ oder „3 = stark“ im Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D) in den externalen und/oder internalen Auffälligkeiten (Döpfner et al., 1999), (3) mit einer Indikation für eine ambulante Psychotherapie und (4) mit mindestens einem Elternteil, das über ausreichende Deutschkenntnisse verfügte. Die Bewertung der Einschlusskriterien erfolgte anhand der klinischen Einschätzung durch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen der durchführenden universitären Psychotherapie-Ambulanz innerhalb eines persönlichen oder videobasierten Erstgesprächs. Für die Studie wurden keine spezifischen Ausschlusskriterien definiert.

## 5.3 Fallzahlberechnung, Drop-Out und Effektstärke

Um die Stichprobengröße für die Studie zu kalkulieren, wurde bei der Antragsstellung eine Analyse mit dem Programm G\*Power durchgeführt (Faul et al., 2007), wobei von einer Überprüfung der Effekte mittels Kovarianzanalyse ausgegangen wurde (AV = Outcome Post; UV = Behandlungsbedingung; Kovariate = Outcome Prä). Bei einem  $\alpha$ -Fehler von 0,05, einer Power von 0,80 und einer Effektstärke (Cohens  $f$ ) im kleinen bis mittleren Bereich von 0,15 lag die erforderliche Stichprobengröße dabei bei 351 Patient:innen. Die Annahme von

kleinen bis mittleren orientiert sich an den in Kapitel 3.1 dargestellten Wirksamkeitsnachweisen von therapeutischen Rückmeldesystemen. Um auch Schwund- und Cluster-Effekte (Zuordnung von Patient:innen zu Therapeut:innen) zu berücksichtigen, sollten 25 Prozent mehr Patient:innen eingeschlossen werden, womit die zu erreichende Gesamtstichprobe bei 439 Familien lag.

Aufgrund der pandemiebedingten Schwierigkeiten bei der Stichprobenrekrutierung wurden Maßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Studiensituation geprüft. Im Zuge dieses Verfahrens wurde die Fallzahlberechnung erneut bewertet. Hintergrund war, dass bei der Berechnung mit dem Programm G\*Power vereinfachende Annahmen gemacht wurden, die die Kalkulation erleichterten, die aber in diesem Fall zu konservativen und damit hohen Stichprobenzahlen geführt hatten. Wenn bei der Berechnung zwischen den Kovariaten (Präwert) und der Ergebnisvariable (Postwert) zusätzlich die Korrelation einbezogen wird, kann dies zu einer deutlich höheren statistischen Power und damit zu geringeren Stichprobenzahlen führen (Borm et al., 2007). Wenn  $\rho$  die Korrelation zwischen dem Baseline- und dem Postwert ist, verringert sich die Breite des Konfidenzintervalls für die Schätzung des Behandlungseffekts um den Faktor  $\sqrt{1 - \rho^2}$ . Unter der Annahme einer Korrelation in einem Wertebereich von 0,35 bis 0,50 lag die erforderliche Stichprobengröße bei ansonsten gleichen Annahmen nur noch zwischen 264 und 308 Familien. Zudem wurden für die Berechnung der Stichprobengröße abermals zusätzlich 25 Prozent mehr einkalkuliert, sodass insgesamt nur noch zwischen 330 und 385 Familien erforderlich gewesen wären. Auch mit Blick auf die Schwundeffekte im Verlauf der Studie und im Sinne einer konservativen Annahme wurden als Zielstichprobe daher 385 Familien bestimmt. Da der Neuberechnung der Stichprobengröße eine deutlich höhere Power zugrunde lag, wurden für die Studie keine negativen Auswirkungen auf den Erkenntnisgewinn erwartet. Für weitere Informationen siehe Tabelle 4:

**Tabelle 4:** Übersicht Fallzahlen in den drei Stichproben Intention-to-Treat (ITT), modified Intention-to-Treat (mITT) und Per-Protokoll (PP)

Stichprobe	Behandlungsgruppe	Fallzahlen		Primärer Ergebnisparameter (SFSS-I)		
		Soll	Ist	Prä	Zwischen	Post
ITT	Gesamt	385	397	355	326	319
	Feedback-Gruppe		202	186	162	160
	Routine-Gruppe		195	169	164	159
mITT	Gesamt	–	297	269	253	246
	Feedback-Gruppe		153	142	130	126
	Routine-Gruppe		144	127	123	120
PP	Gesamt	–	226	179	181	181
	Feedback-Gruppe		105	101	97	100
	Routine-Gruppe		121	109	113	109

*Notiz:* Bei den Soll-Fallzahlen wurden zusätzlich 25 % Schwund- und Clustereffekte einkalkuliert.

#### 5.4 Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Die Rekrutierung der Patient:innen erfolgte über die Psychotherapie-Ambulanz vom AKiP. Insgesamt konnten  $N = 413$  Studienfamilien rekrutiert werden. Vor der Datenanalyse musste eine Korrektur der Stichprobenzahlen vorgenommen werden, bei der 16 Familien ausgeschlossen wurden, da ihre Einverständniserklärungen fehlerhaft waren. Somit reduzierte sich die Gesamtstichprobenzahl von 413 auf 397 Fälle. Trotzdem lag die Fallzahl über der angestrebten Zielstichprobengröße von 385 Familien (siehe Anhang Nr. 1).

Die Randomisierung wurde nach Beratung und Empfehlung durch das IMSB sowohl bei den Therapeut:innen als auch den Familien unter Einbeziehung einer Stratifikation durchgeführt. Bei den Patient:innen fand die Zufallszuweisung basierend auf dem biologischen Geschlecht (männlich, weiblich) und der Symptomatik (internal, external, beides) statt. Für

die Therapeut:innen erfolgte die Zufallszuweisung unter Berücksichtigung des biologischen Geschlechts (männlich, weiblich) und des Alters ( $\leq 30$ ,  $> 30$  Jahre). Durch die Stratifizierung sollten die entsprechenden Faktoren kontrolliert werden, sodass diese keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Hierdurch sollte eine Imbalance in den Behandlungsgruppen vermieden werden. Die Zuweisung der Therapeut:innen zu einer Behandlungsgruppe war einmalig und wurde danach nicht wiederholt. Die Randomisierung von Therapeut:innen und Patient:innen wurde unabhängig voneinander durchgeführt. Technisch wurde die Zuweisung durch unabhängige Mitarbeitenden des IMSB und mit dem Randomisierungstool TENALEA realisiert.

Patient:innen mit einem bestimmten Randomisierungsergebnis sollten vom Grundsatz Therapeut:innen aus der ihr zugeordneten Behandlungsgruppe erhalten, also Familien aus der Feedback-Gruppe Feedback-Studientherapeut:innen und Familien aus der Routine-Gruppe Routine-Studientherapeut:innen (reguläre Randomisierung). Stand den Familien aufgrund mangelnder Verfügbarkeit jedoch keine Studientherapeut:in aus der passenden Behandlungsgruppe zur Verfügung, konnte ihnen als Ausnahme auch eine Studientherapeut:in aus der jeweils anderen Behandlungsgruppe zugewiesen werden (forcierte Randomisierung). Die Familien erhielten in diesen Fällen die Behandlung, die durch die zugewiesenen Studientherapeut:innen vertreten wurden. Das bedeutete, dass bei Zuordnung zu einer Feedback-Studientherapeut:in die Feedbackbehandlung und bei Zuweisung zu einer Routine-Studientherapeut:in die Routinebehandlung durchgeführt wurde.

Eine Verblindung erfolgte in Bezug auf den primären Ergebnisparameter, einem klinischen halbstrukturierten Interview. Dabei handelte es sich um die SFSS-I. Das Interview sollte mit einem Elternteil der Studienpatient:innen zu allen drei Messzeitpunkten (Prä, Zwischen, Post) durchgeführt werden. Dabei wurde darauf geachtet, dass die Kliniker:innen gegenüber der Behandlungsgruppe (Feedback-Gruppe, Routine-Gruppe) und nach Möglichkeit auch gegenüber dem Messzeitpunkt (Prä, Zwischen, Post) verblindet waren. Dies wurde durch einen mehrstufigen Prozessablauf gewährleistet. Grundsätzlich wurde darauf geachtet, dass die Familien nicht an zwei aufeinander folgenden Messzeitpunkten von denselben Kliniker:innen interviewt wurden. Außerdem wurden, soweit dies administrativ möglich war, zu allen drei Messzeitpunkten unterschiedliche Kliniker:innen zugeteilt. Insgesamt gab es fünf verblindete Kliniker:innen, die alle zum Studienpersonal gehörten und sich in der Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in befanden. Die Kliniker:innen unterschieden sich in zwei Gruppen: (1) Studienpersonal mit direktem Zugriff auf die Studiendatenbanken und (2) Studienpersonal ohne Zugriff. Diese Gruppenzugehörigkeit wurde in der Verblindung berücksichtigt, indem für Studienpersonal mit direktem Zugriff auf die Studiendatenbanken die Interviewtermine von Studienmitarbeitenden geplant wurden, die selbst keine Interviews durchführten. An den Interviewterminen wurden die Familien über das Vorgehen der Verblindung aufgeklärt und dann anonym telefonisch an die Kliniker:innen weitergeleitet. Durch diesen Vorgang konnten persönliche Daten wie beispielsweise der Nachname der Familie, der Vorname des Kindes und der Therapiestatus unkenntlich gemacht werden. Studienmitarbeitende ohne Zugriff auf die Studiendatenbanken erhielten die Kontaktdaten der Familie mit den für die Terminplanung notwendigen persönlichen Angaben (Nachname der Interviewpartner:innen, Geschlecht und Alter des Kindes, Telefonnummer), da für diese Gruppe der Kliniker:innen keine Rückschlüsse auf die Behandlungsgruppe oder den Messzeitpunkt möglich waren.

Kliniker:innen galten als entblindet gegenüber der Behandlungsbedingung, sobald vor oder während der Interviewdurchführung eine klare Zuordnung zur Behandlungsgruppe durch direkte oder indirekte Hinweise der Familien gegeben wurden (z. B. „Wir nehmen an der regelmäßigen Online-Befragung teil“; „Ich habe vergessen, den letzten Link auszufüllen“). In solchen Fällen wurden die entsprechenden Abschnitte der Tonaufnahme unkenntlich gemacht und zur Zweitbeurteilung an eine andere Kliniker:in weitergeleitet. Eine Entblindung gegenüber dem Messzeitpunkt galt hingegen als gegeben, wenn die Familien vor oder während der Interviewdurchführung direkte oder indirekte Hinweise gaben, die eine Zuordnung zum Messzeitpunkt ermöglichten (z. B. „Das ist jetzt mein letztes Interview“;



„Wir haben gerade mit der Therapie begonnen“). Aus studentischen Gründen konnte eine Verblindung gegenüber dem Messzeitpunkt nicht immer gewährleistet werden, da es in den ersten sechs Monaten der Projektlaufzeit nur Prämessungen und in den letzten sechs Monaten nur Postmessungen gab und somit der Zeitpunkt der Erhebung erschlossen werden konnte. Auf ein Zweitrating wurde in diesen Fällen aus Kapazitätsgründen verzichtet, vorausgesetzt die Verblindung gegenüber der Behandlungsgruppe war gewährleistet.

### 5.5 Stichprobendefinition

Für die Analysen wurden drei Stichproben unterschieden: (1) Intention-to-Treat (ITT), (2) modified Intention-to-Treat (mITT) und (3) Per-Protokoll (PP). Die ITT-Stichprobe bezieht sich auf alle Patient:innen, die in die Studie randomisiert wurden (sowohl regulär als auch forciert). Die mITT-Stichprobe wurde zusätzlich definiert, da in der ITT-Stichprobe auch Patient:innen enthalten waren, die trotz Randomisierung keine Möglichkeit für eine Teilnahme an einer Studienintervention hatten. Hintergrund war, dass für die Versorgung der Studienfamilien phasenweise nicht genügend Studientherapeut:innen zur Verfügung standen. In solchen Fällen wurden die Daten der Familien zwar weiterhin erhoben. Die Familien selbst wurden aber wieder in die reguläre Routineversorgung überführt und einem/einer Psychotherapeut:in zugeteilt, die nicht an der Studie teilnahm. Der Zweck der mITT-Stichprobe war, die Feedback-Gruppe und die Routine-Gruppe nur in den Familien miteinander vergleichen zu können, die tatsächlich auch an den Studieninterventionen teilnehmen konnten. Bei der dritten Stichprobe, der PP-Stichprobe, sind die Kriterien noch strenger definiert und hier wurden nur Patient:innen eingeschlossen, bei denen es keine relevanten Verstöße gegen das Studienprotokoll gab (siehe Tabelle 3). Dies bedeutet, dass in der PP-Stichprobe ausschließlich Patient:innen eingeschlossen wurden, die mindestens zehn Therapiesitzungen erhalten haben. Fälle der Feedback-Gruppe mussten zusätzlich an mindestens 60 % der Befragungen im Rückmeldesystem teilgenommen haben. Die Analysen wurden für alle drei Stichproben durchgeführt, wobei in diesem Bericht insbesondere die Ergebnisse der mITT-Stichprobe hervorgehoben werden.

### 5.6 Datenerhebung und die dafür eingesetzten Instrumente

Die Daten wurden zu drei Messzeitpunkten erhoben: Zu Therapiebeginn (Prä), sechs Monate nach Therapiestart (Zwischen) und ein Jahr nach Therapiestart (Post) (siehe Abbildung 2). Zu allen drei Messzeitpunkten wurde der primäre Ergebnisparameter (SFSS-I) per Telefon mit einem Elternteil des Kindes erhoben. Bei den sekundären Ergebnisparameter handelt es sich um Fragebögen, die von den Eltern, Jugendlichen ( $\geq 11$  Jahren), Therapeut:innen und Lehrkräften ausgefüllt wurden (siehe Tabelle 5):

**Tabelle 5:** Diagnostik zu den Messzeitpunkten Prä, Zwischen und Post aufgeschlüsselt nach den Beurteilenden

Instrument	Skalename	Messzeitpunkt			Items <i>n</i>	Reliabilität	
		Prä	Zwischen	Post		$\alpha^1$	$\alpha^2$
<b>Verblindetes Urteil (Klinker:in)</b>							
SFSS-I	Externale Symptome	X	X	X	14	-	.89
	Internale Symptome	X	X	X	10	-	.76
	Total	X	X	X	24	-	.76
GBPF	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	X	X	X	1	-	-
<b>Therapeut:in</b>							
BADO	Basisdokumentation	X		X	-	-	-
GBPF	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	X	X	X	3	-	-
FBB	Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten			X	4	.83	.91

Instrument	Skalename	Messzeitpunkt			Items <i>n</i>	Reliabilität	
		Prä	Zwischen	Post		$\alpha^1$	$\alpha^2$
	Therapieerfolg hinsichtlich der Familie			X	7	.88	.90
	Kooperation mit dem Patienten			X	5	.80	-.13
	Kooperation mit der Mutter			X	5	.90	.24
	Kooperation mit dem Vater			X	5	.82	.15
	Therapeut-Gesamtwert			X	26	.88	.79
<b>Eltern</b>							
TES	Total	X			8	.86	.47
CBCL/6–18R	Internale Probleme	X		X	32	.85	.88
	Externale Probleme	X		X	35	.91	.92
	Totale Probleme	X		X	120	.93	.93
BPM-P/6–18	Internale Probleme		X		6	.66	.77
	Aufmerksamkeitsprobleme		X		6	.81	.83
	Externale Probleme		X		7	.73	.83
	Totale Probleme		X		19	.83	.83
FBB-SCREEN	External	X	X	X	9	.81	.84
	Internal	X	X	X	21	.87	.87
	Gesamtsymptomatik	X	X	X	49	.92	.88
KIDSCREEN	Total	X	X	X	10	-	.72
FBB	Erfolg der Behandlung Mutter			X	7	.84	.90
	Erfolg der Behandlung Vater			X	7	.76	.83
	Verlauf der Behandlung Mutter			X	14	.94	.91
	Verlauf der Behandlung Vater			X	14	.94	.77
	Gesamtwert Mutter			X	21	.93	.92
	Gesamtwert Vater			X	21	.93	.81
<b>Kind (≥ 11 Jahre)</b>							
TES	Total	X			8	.91	.73
YSR/11-18R	Internale Probleme	X		X	31	.89	.92
	Externale Probleme	X		X	32	.88	.88
	Totale Probleme	X		X	105	.94	.94
BPM-Y/11–18	Internale Probleme		X		6	.72	.82
	Aufmerksamkeitsprobleme		X		6	.82	.75
	Externale Probleme		X		7	.74	.72
	Totale Probleme		X		19	.86	.84
SBB-SCREEN	External	X	X	X	9	.76	.74
	Internal	X	X	X	21	.87	.90
	Gesamtsymptomatik	X	X	X	49	.91	.93
KIDSCREEN	Total	X	X	X	10	.82	.81
FBB	Erfolg der Behandlung			X	5	.73	.85
	Beziehung zum Therapeuten			X	7	.94	.92
	Rahmenbedingung der Behandlung			X	8	.71	.86
	Patienten-Gesamtwert			X	20	.83	.74

Instrument	Skalename	Messzeitpunkt			Reliabilität		
		Prä	Zwischen	Post	<i>n</i>	$\alpha^1$	$\alpha^2$
<b>Lehrkraft</b>							
TRF/6-18R	Internale Probleme	X		X	33	.85	.87
	Externale Probleme	X		X	32	.95	.94
	Totale Probleme	X		X	120	.96	.96

*Notiz.* T1 = Prä-Messzeitpunkt; T2= Zwischen-Messzeitpunkt; T3 = Post-Messzeitpunkt; RG = Routine-Gruppe; SFFS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Remschmidt et al., 2017); FBB = Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmidt, 1999); BADO = Basisdokumentation; TES = Therapieerwartungsskala (Bickman et al., 2010; Hautmann, Gehlen, Geldermann, et al., 2019); CBCL/6–18R = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); YSR/11-18R= Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

$\alpha^1$  = Cronbach's Alpha Manual;  $\alpha^2$  = Cronbach's Alpha Stichprobe OPTIE zum jeweils ersten Messzeitpunkt der Erhebung.

### Interview-Version der Symptoms and Functioning Severity Scale (SFFS-I)

Die 24 Items der SFFS-I stammen von dem Fragebogen SFSS. Für die Entwicklung des Interviews wurden die Items umsortiert, sodass die Items 1-14 die Skala External und die Items 15-24 die Skala Internal abbilden. Die Skalierung wurde von den ILF übernommen. Jedes Item verfügt über Beispielfragen als Explorationshilfe und einer Beispielantwort für den Symptomschweregrad 3. Insgesamt können die Antworten auf einer 4-stufigen Skala bewertet werden (0 = nicht [nennenswert] oder alterstypisch vorhanden; 1 = leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt; 2 = deutlich ausgeprägt, Kriterium erfüllt; 3 = sehr stark ausgeprägt, Kriterium erfüllt). Es werden drei Skalen (1) internalisierende (10 Items), (2) externalisierende Symptomatik (14 Items) und die Gesamtsymptomatik gebildet (24 Items). Alle Skalen weisen eine hinreichende interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ; siehe Tabelle 5) und eine gute Beurteiler:innenübereinstimmung auf Skalenebene auf (Intraklassenkoeffizient  $\geq .90$ ). Das für die Studie benötigte Interview sollte drei Eigenschaften aufweisen: kurze Durchführungszeit, dimensionale Erfassung von Symptomatik und die Berücksichtigung eines Gesamtsymptomscores bzw. Erfassung einer externalen und internalen Dimension. Mit einer Ausnahme hat keines der uns bekannten Verfahren diese Eigenschaften erfüllt und die meisten klinischen Interviews sind zeitintensiv, störungsspezifisch und kategorial ausgerichtet. Die einzige uns bekannte Beispiel bildet das SCICA (McConaughy et al., 2001). In der Originalfassung richtet es sich jedoch ausschließlich an Jugendliche. Zusätzlich wurde es nach Durchsicht des Manuals als für die Studie nicht geeignet bewertet.

### Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist (CBCL) und des Brief Problem Monitor™ von Thomas M. Achenbach (CBCL/6-18R, YSR/11-18R, TRF/6-18R, BPM/6-18)

Das von Thomas M. Achenbach entwickelte diagnostische System erfasst Verhaltens- und emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen im Eltern- (CBCL/6-18R), Selbst- (YSR/11-18R) und Lehrerurteil (TRF/6-18R) (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014). Die Items werden in drei übergeordneten Skalen zusammengefasst (Internale Probleme, Externale Probleme und Gesamtprobleme) und auf einer dreistufigen Likert-Skala (0

= nicht zutreffend bis 2 = genau oder häufig zutreffend) bewertet. Die Reliabilität der Fragebögen kann mit Werten für die interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$ ) zwischen .80 und .93 als befriedigend bis sehr gut eingeschätzt werden (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

Der Kurzfragebogen zum Problem-Monitoring bei Kindern und Jugendlichen (BPM/6-18) ist eine auf 19 Items reduzierte Kurzversion dieser Fragebögen (Achenbach et al., 2011; Döpfner et al., 2019). Die Items werden zu drei Subskalen (Internale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Externale Probleme) und einer Gesamtskala zusammengefasst. Die dreistufige Antwortskala der Langversion wird auch beim BPM genutzt. Die Skalen erwiesen sich als hinreichend konsistent ( $.72 \leq \alpha \leq .86$ ).

### **Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (FBB-/SBB-SCREEN)**

Der FBB-/SBB-Screen ist ein standardisiertes Bewertungsinstrument innerhalb des DISYPS-III-Systems das mit 49 Items ein breites Spektrum psychischer Auffälligkeiten erfasst (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017). Die Items können zu sieben Subskalen (ADHS, SSV, Angst, Depression Entwicklungs- und Ausscheidungsstörung, Autismus, Zwang & Tic) und drei übergeordneten Skalen (Internal, External, Gesamtsymptomatik) zusammengefasst und auf einer 3-Punkte-Likert-Skala (0 = gar nicht bis 2 = besonders) bewertet werden. Die Skalen weisen in der Regel gute bis sehr gute interne Konsistenzen auf ( $.67 \leq \alpha \leq .92$ ).

### **Kidscreen-10**

Der Kidscreen-10 Index erfasst mit 10 Items die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 18 Jahren (KIDSCREEN Group Europe, 2006). Die Eltern und Jugendlichen beurteilen die Fragen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = nie bis 5 = immer). Diese werden zu einer Gesamtskala zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zusammengefasst. Die Reliabilität ist mit einer guten internen Konsistenz im Selbsturteil ( $\alpha = .82$ ) gegeben.

### **Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)**

Die Zufriedenheit mit der Behandlung wird von Jugendlichen (FBB-P), Betreuungspersonen (FBB-E) und Therapeuten (FBB-T) bewertet (Mattejat & Remschmidt, 1999). Das Instrument konzentriert sich auf den Behandlungsprozess und die Qualität des Therapieergebnisses. Die Anzahl der Fragen variiert in Abhängigkeit vom Beurteilenden (20, 21 und 26 Fragen). Alle drei Formen enthalten eine Gesamtskala sowie mehrere Teilskalen. Die Bewertungen erfolgen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = überhaupt nicht/niemals bis 4 = genau/immer). Die Reliabilitätskoeffizienten (Cronbach's  $\alpha$ ) lagen je nach Form und Skala zwischen .71 und .94.

Bei allen sekundären Ergebnisparametern, den Fragebögen, zeigten sich in unserer Stichprobe ebenfalls hinreichende interne Konsistenzen ( $\alpha \geq .70$ ) mit Ausnahme des Fragebogens zur Therapieerwartungsskala (TES) im Urteil der primären Beziehungsperson (siehe Tabelle 2 und Tabelle 5).

## **5.7 Matching und Datenlinkage**

Neben den primären und sekundären Ergebnisparametern wurden Zusatzdaten aus zwei weiteren Quellen für die Analysen genutzt: Erstens wurden Daten zur Soziodemographie der Studienpatient:innen sowie zu Diagnosen und Behandlungsdauer aus der hausinternen Datenbank der Psychotherapie-Ambulanz, der sogenannten Basisdokumentation (BaDo), verarbeitet. Zusätzlich wurden Daten der Rechnungsabteilung der Universitätsklinik zu den abgerechneten Therapiestunden genutzt, um die Therapieintensität zu bestimmen. Die Einwilligung zur Verarbeitung dieser Behandlungsdaten zu wissenschaftlichen Zwecken wurde von den Familien gesondert zu der bestehenden Studieneinwilligung zum Zeitpunkt des Therapiebeginns erteilt.

## **5.8 Auswertungsstrategien und Drop-out-Analysen**

## Haupteffekte

Zur Analyse der Gruppenunterschiede nach 6 (Zwischen) und 12 (Post) Monaten wurden lineare gemischte Modelle für wiederholte Messungen mit den festen Effekten Prä-Wert Outcome, Gruppe, Zeit und die Interaktion Gruppe x Zeit gerechnet. Dabei wurden bis zu 3 Ebenen berücksichtigt (Messzeitpunkte, Patient:innen, Therapeut:innen), um die Abhängigkeit in den Daten sowohl für die Faktoren Messwiederholung wie auch die Zuordnung von Patient:innen zu Therapeut:innen zu berücksichtigen. Die drei Ebenen wurden nicht nur bei den Analysen zu den Haupteffekten berücksichtigt, sondern – wann immer möglich – auch bei allen anderen Analysen der Studiauswertung. Ausnahmen werden gesondert beschrieben. Grundlage für die Haupteffekte ist das *Change Model* von Twisk et al. (2018). Die abhängige Variable wird hier als Differenz von Zwischen-/Post-Wert zum Prä-Wert definiert. Wird die Differenz als Ergebnismaß betrachtet, können in dem Modell nicht nur Gruppenunterschiede betrachtet werden (Intergruppeneffekt), sondern zusätzlich auch die Veränderungen innerhalb der Gruppen von Prä zu Zwischen bzw. Post (Intragruppeneffekt). Die Inter- und Intragruppeneffekte werden dabei über die Kontraste der Randmittel geschätzt. In der Ergebnisdarstellung werden folgende Parameter berichtet: Mittelwerte und Standardabweichung der Ergebnisparameter in den Gruppen zu den Messzeitpunkten, Schätzer der Kontraste (Est.), Standardfehler (SE), Signifikanzwert ( $p$ ) und die dazugehörigen Effektstärken (Cohen's  $d$ ) mit Konfidenzintervall (95%; siehe Anhang Nr. 14 bis 19 für mITT und 20 bis 23 für PP). Cohen's  $d$  und das dazugehörige Konfidenzintervall wird dabei aus dem Kontrastschätzer bzw. dem dazugehörigen Konfidenzintervall abgeleitet (Feingold, 2015).

Die Analysen wurden in der Regel für alle drei definierten Stichproben ITT, mITT und PP durchgeführt. Aufgrund inhaltlicher Überlegungen wird für den Bericht hier die mITT-Stichprobe in den Vordergrund gestellt. Um mit fehlenden Werten möglichst effizient umzugehen, wurden bei der Analyse wann immer möglich Mixed Models für Längsschnittdaten gewählt. Bei drei Messzeitpunkten blieben Patientenfälle in der Hauptanalyse immer dann erhalten, wenn mindestens der Baselinewert und ein Follow-up-Wert (Zwischen, Post) vorhanden waren. Bei lediglich zwei Messzeitpunkten (Baseline, Post) oder nur einem Messzeitpunkt (Post) handelte es sich um eine Complete-Case-Analyse. Zu einem späteren Zeitpunkt soll noch eine Sensitivitätsanalyse mittels multipler Imputation durchgeführt werden.

## Moderatoranalyse

Neben der Hauptanalyse sollte zudem überprüft werden, ob der Behandlungseffekt in Abhängigkeit von Patient:innenmerkmalen oder den Lebensumständen variierte. Neben der Symptomatik zu Beginn der Therapie wurden hier soziodemographische sowie diagnostische Variablen zu Prä als mögliche Moderatoren untersucht. In der Ergebnisdarstellung werden der Regressionskoeffizient des Interaktionseffektes von Gruppe und Moderator (Est.), dessen Standardfehler (SE), der statistischen Testung ( $p$ ), sowie der Effektstärke (Cohen's  $f^2$ ) mit Konfidenzintervall (95 %) in einer Tabelle berichtet (siehe Anhang Nr. 24 bis 25). Cohen's  $f^2$  gibt dabei den durch den Interaktionsterm zusätzlich erklärten Varianzanteil im Verhältnis zur nicht erklärten Varianz im Gesamtmodell an. Werte über 0,02 werden als klein interpretiert, Werte über 0,15 als mittel und Werte über 0,35 als große Effekte (Aiken et al., 1991). Bei der Moderationsanalyse konnte die Ebene der Therapeut:innen nicht berücksichtigt werden, da diese Modelle nicht konvergierten.

## Dropout-Analyse I: Vergleich Baseline

Weiterhin wurde eine Drop-Out-Analyse durchgeführt, bei denen Patient:innen mit Drop-Out mit den übrigen Patient:innen verglichen wurden. Dabei wurden diejenigen Patient:innen als Drop-outs definiert, die im Beobachtungszeitraum die Studie- oder die Therapie ohne Indikation vorzeitig beendet hatten (mITT:  $n = 59$ ). Um die Gruppe der Drop-outs mit den übrigen Patient:innen zu vergleichen, wurden logistische Regressionen gerechnet. Als Prädiktoren wurden soziodemographische und diagnostische Variablen sowie primäre und sekundäre Ergebnisparameter zu Prä untersucht. In der Ergebnisdarstellung



werden für die beiden Gruppen bei ordinal skalierte Prädiktoren die jeweilige Gesamtzahl ( $n$ ) und deren relative Häufigkeit (%) und für metrisch skalierte Prädiktoren deren Mittelwert ( $M$ ) und Standardabweichung ( $SD$ ) (Drop-out vs. Complete Sample) genannt (siehe Anhang Nr. 26). Von der statistischen Testung werden der jeweilige Regressionskoeffizient (Est.), dessen Standardfehler (SE), die statistische Signifikanz ( $p$ ) und die Effektstärke (Odds Ratio) mit Konfidenzintervall (95 %) berichtet. Bislang gibt es keine Richtlinien für die einheitliche Interpretation von Odds Ratio (Kraemer et al., 2003). Bei der statistischen Testung konnte die Ebene der Therapeut:innen nicht berücksichtigt werden, da diese Modelle nicht konvergierten.

### **Dropout-Analyse II: Symptomverlauf**

Weiterhin sollte die Studie Informationen liefern zur Symptomatik und dem Symptomverlauf von Therapieabbrecher:innen. Hintergrund ist, dass von Therapieabbrecher:innen häufig nur wenig Informationen zu ihrem Zustand zum Zeitpunkt des Therapieabbruchs vorliegen. Dadurch ist bei dieser Patient:innengruppe nur wenig darüber bekannt, wie es ihnen tatsächlich bei Therapieende geht. Zwar können Therapieabbrecher:innen und Nicht-Abbrecher:innen in der Regel hinsichtlich ihres Zustands zu Therapiebeginn miteinander verglichen werden, jedoch gibt dieser Vergleich keinen Aufschluss über die spätere Entwicklung in der Therapie. Da in der Forschungsgruppe kontinuierlich Daten erhoben wurden, lagen hier günstige Bedingungen vor, um den Symptomverlauf von Therapieabbrecher:innen mit Nicht-Abbrecher:innen zu vergleichen. Hierzu wurden gemischte Modelle für längsschnittliche Daten geschätzt und der Therapieabbruch als Prädiktor des Slopes und des Intercepts berücksichtigt. Ergebnismaß waren hier Skalen des BPM/6-18, einer Kurzversion der häufig genutzten CBCL/6-18R und YSR/11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019). Diese wurden im Rahmen des Rückmeldesystem zu allen Messzeitpunkten von Eltern und den Jugendlichen erhoben. Die Verlaufsdaten wurden ausschließlich im Rückmeldesystem und nur für die Feedback-Gruppe erfasst. Aus diesem Grund bezieht sich diese Analyse ausschließlich auf diese Gruppe. In der Ergebnisdarstellung (siehe Anhang Nr. 27) werden die Regressionskoeffizienten (Est.) für die Prädiktion des Intercepts und des Slopes, deren Standardfehler (SE) und der statistischen Testung ( $p$ ) dargestellt.

### **Wirksamkeit Feedback-System für Not-On-Track Patient:innen**

Zusätzlich sollten die Effekte des Rückmeldesystems für Subgruppen von Patient:innen mit unerwünschten Therapieverläufen untersucht werden (Not-On-Track). Dabei wurde die Hypothese verfolgt, dass für NOT-Patient:innen, das Rückmeldesystem besonders wirksam ist und die Behandlungsvorteile der Feedback-Gruppe gegenüber der Routine-Gruppe zusätzlich erhöht sind. Der NOT-Status wurde dabei über den Zwischenmesszeitpunkt operationalisiert, wobei alle Patient:innen als NOT klassifiziert wurden, die zu diesem Zeitpunkt im verblindeten klinischen Interview SFSS-I eine klinisch reliable Verschlechterung aufwiesen. Hierzu wurde der Reliable Change Index (RCI) berechnet und Werte von  $\geq 1,96$  als reliabel Verschlechterung interpretiert (Jacobson & Truax, 1991). Der Gruppenvergleich der NOT-Fälle in Feedback-Gruppe und Routine-Gruppe sollte dabei analog zur Analyse der Haupteffekte der Studie erfolgen. Der einzige Unterschied war, dass in diese Analyse nur eine Subgruppe aller Patient:innen einging.

## **6. Projektergebnisse**

### **6.1 Stichprobenbeschreibung**

#### **Stichprobenverlauf**

Im Folgenden wird ein Überblick über den Verlauf der Stichprobe von der Rekrutierung bis zur Analyse gegeben (siehe Anhang Nr. 1). Für die Studie wurden insgesamt 1043 Patient:innen gescreent. Insgesamt wurden im Zeitraum September 2019 bis November 2021  $n = 413$  Familien in die Studie eingeschlossen und per Randomisierung einer der beiden Behandlungsbedingungen zugeordnet. In der Stichprobe ITT verblieben insgesamt  $n = 397$

Fälle, nachdem 16 Familien aufgrund fehlerhafter oder zurückgezogener Einverständniserklärungen ausgeschlossen werden mussten. Die Stichprobe mITT umfasste  $n = 297$  Patient:innen (Feedback-Gruppe:  $n = 153$ ; Routine-Gruppe:  $n = 144$ ) und bezog sich ausschließlich auf diejenigen Familien, die nach der Randomisierung auch tatsächlich die Möglichkeit zur Teilnahme an der Studienintervention hatten (siehe Abschnitt 5.5). In die noch strenger definierte Stichprobe PP wurden nur Familien mit studienprotokoll-konformem Teilnahmeverhalten einbezogen, wobei hier  $n = 226$  Fälle berücksichtigt werden konnten.

### Analysestichprobe: Screeningergebnisse und Eigenschaften zu Therapiebeginn

In der Stichprobe mITT sind die Kinder und Jugendlichen im Durchschnitt 12 Jahre alt ( $SD = 3,39$ ) und mehrheitlich männlich (61,3 %; siehe Tabelle 6). Bei 31,3 % wurde die Symptomatik im Screening als vorwiegend externalisierend, bei 48,5 % als vorwiegend internalisierend und bei 20,2 % als komorbid eingeschätzt. Von den 297 Kindern und Jugendlichen erhielten 37 % eine internale, 48,5 % eine externale und 14,5 % eine andere Diagnose. Die meisten Patient:innen gaben an, bereits vor der Psychotherapie eine Vorbehandlung erhalten zu haben (69,4 %; z. B. Ergotherapie, medikamentöse Therapie). Der Großteil der Eltern lebt zusammen (67,4 %). Bei etwas mehr als der Hälfte der Familien (52,8 %) sind eine oder mehrere psychische Erkrankungen innerhalb der Familie bekannt. Wenn man die mITT nach Behandlungsgruppen getrennt betrachtet, so lassen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der ICD 10-Kategorien ( $p = 0,046$ ) und einer ambulanten psychologischen Therapie/Beratung als Vorbehandlung finden ( $p = 0,037$ ). Wenn man die drei Stichproben (ITT, mITT und PP) deskriptiv miteinander vergleicht, werden nur geringfügige Unterschiede beobachtet (siehe Tabelle 7). Auf einer deskriptiven Ebene sind in der Stichprobe PP weniger Jugendliche ( $\geq 11$  Jahre) und mehr zusammenlebende Eltern vertreten.

**Tabelle 6:** Darstellung der soziodemographischen Merkmale in der mITT Stichprobe ( $n = 297$ ) aufgeschlüsselt nach den Behandlungsgruppen

	Feedback-Gruppe $n = 153$	Routine-Gruppe $n = 144$
Geschlecht, weiblich, $n$ (%)	65 (42,5)	50 (34,7)
Alter, $M$ ( $SD$ )	11,80 (3,31)	11,38 (3,47)
Jugendliche, Alter $\geq 11$ Jahre, $n$ (%)	81 (52,9)	67 (46,5)
Screening Resultat, $n$ (%)		
Internale Symptome	80 (52,3)	64 (44,4)
Externale Symptome	44 (28,8)	49 (34,0)
Beide	29 (19,0)	31 (21,5)
ICD-10 Kategorie, $n$ (%)		
Internal	77 (50,3)	67 (46,5)
External	48 (31,4)	62 (43,1)
Andere	28 (18,3)	15 (10,4)
ICD-10 Anzahl Diagnosen, $n$ (%)		
Keine	0 (0,0)	0 (0,0)
1	84 (54,9)	77 (53,5)
2	50 (32,7)	46 (31,9)
3	19 (12,4)	21 (14,6)
GBPF, $M$ ( $SD$ )	2,73 (1,25)	2,97 (1,07)
Höchster Bildungsabschluss <sup>1</sup> , $n$ (%)		
Elementar-/Primarbereich	1 (0,8)	0 (0,0)
Sekundarbereich	39 (31,7)	34 (32,4)
Post-sekundärer Bereich	44 (35,8)	32 (30,5)
Universitärer Tertiärbereich	39 (31,7)	39 (37,1)
Beziehungsstatus der Eltern, $n$ (%)		
Zusammenlebend	101 (66,9)	95 (67,9)

Psychologische Vorerkrankung(en) Familie (ja), n (%)	62 (51,2)	60 (54,5)
Vorbehandlungen		
Ambulante psychologische Therapie/Beratung (ja), n (%)	52 (35,4)	32 (23,4)
Ambulante Kurzvorstellung (ja), n (%)	38 (25,9)	48 (35,0)
Stationäre/teilstationäre Therapie (ja), n (%)	20 (13,6)	16 (11,7)
Übende Therapie (ja), n (%)	39 (26,5)	38 (27,7)
Medikamentöse Therapie (ja), n (%)	28 (19,0)	22 (16,1)
Andere Vorbehandlungen (ja), n (%)	6 (4,1)	5 (3,6)
Frühere Vorbehandlungen allgemein (ja), n (%)	99 (67,3)	98 (71,5)

<sup>1</sup>Die Einteilung höchster Schulabschluss basiert auf der „International Standard Classification of Education“ (ISCED; Ehmke & Siegle, 2005).

**Tabelle 7:** Darstellung der soziodemographischen Merkmale aufgeschlüsselt nach ITT-, mITT- und PP-Studienstichprobe

	ITT n = 397	mITT n = 297	PP n = 226
Behandlungsgruppe, Routine-Gruppe, n (%)	195 (49,1)	144 (48,5)	121 (53,5)
Geschlecht, weiblich, n (%)	158 (39,8)	115 (38,7)	90 (39,8)
Alter, M (SD)	11,62 (3,40)	11,60 (3,39)	11,29 (3,41)
Jugendliche, Alter ≥ 11 Jahre, n (%)	200 (50,4)	148 (49,8)	100 (44,2)
Screening Ergebnisse, n (%)			
Internale Symptome	189 (47,6)	144 (48,5)	104 (46,0)
Externale Symptome	132 (33,2)	93(31,3)	71 (31,4)
Beide	76 (19,1)	60 (20,2)	51 (22,6)
ICD-10 Kategorie			
Internal	186 (47,9)	144 (48,5)	112 (49,6)
External	147 (37,9)	110 (37,0)	85 (37,6)
Andere	55 (14,2)	43 (14,5)	29 (12,8)
ICD-10 Anzahl Diagnosen, n (%)			
Keine	9 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
1	204 (51,4)	161 (54,2)	126 (55,8)
2	123 (31,0)	96 (32,3)	64 (28,3)
3	61 (15,4)	40 (13,5)	36 (15,9)
GBPF, M (SD)	2,88 (1,18)	2,85 (1,17)	2,83 (1,04)
Höchster Bildungsabschluss <sup>1</sup> , n (%)			
Elementar-/Primarbereich	1 (0,3)	1 (0,4)	1 (0,5)
Sekundarbereich	96 (33,0)	73 (32,0)	51 (27,6)
Post-sekundärer Bereich	100 (34,4)	76 (33,3)	68 (36,8)
Universitärer Tertiärbereich	94 (32,3)	78 (34,2)	65 (35,1)
Beziehungsstatus der Eltern, n (%)			
Zusammenlebend	250 (65,4)	196 (67,4)	171 (100)
Psychologische Vorerkrankung(en) Familie (ja), N (%)	166 (55,0)	122 (52,8)	158 (70,2)
Vorbehandlungen			
Ambulante psychologische Therapie/Beratung (ja), n (%)	117 (31,5)	84 (29,6)	64 (29,6)
Ambulante Kurzvorstellung (ja), n (%)	118 (31,8)	86 (30,3)	62 (28,7)
Stationäre/teilstationäre Therapie (ja), n (%)	54 (14,6)	36 (12,7)	26 (12,0)
Übende Therapie (ja), n (%)	107 (28,8)	77 (27,1)	60 (27,8)
Medikamentöse Therapie (ja), n (%)	69 (18,5)	50 (17,6)	42 (19,4)



	ITT	mITT	PP
	<i>n</i> = 397	<i>n</i> = 297	<i>n</i> = 226
Andere Vorbehandlungen (ja), <i>n</i> (%)	17 (4,6)	11 (3,9)	8 (3,7)
Frühere Vorbehandlungen allgemein (ja), <i>n</i> (%)	266 (71,5)	197 (69,4)	149 (69,0)

<sup>1</sup> Die Einteilung höchster Schulabschluss basiert auf der ISCED (Ehmke & Siegle, 2005).

### Vergleich mit einer klinischen und einer Stichprobe aus der Routineversorgung

Zur Einordnung der mITT Stichprobe wurden Vergleiche mit einer Klinik- und einer Stichprobe aus der Routineversorgung angestellt. Hierzu wurden die Stichproben auf den CBCL-Skalen *Internal*, *Aufmerksamkeitsprobleme* und *External* verglichen (siehe Anhang Nr. 5, 6 und 7). Die klinische Vergleichsstichprobe bezieht sich auf Kinder und Jugendliche zwischen sechs und 18 Jahren, die zwischen dem Jahr 2004 und 2010 in einem Ausbildungsinstitut für eine ambulante Therapie aufgenommen wurden. Für die Analyse wurden die publizierten Mittelwerte und Standardabweichungen der *n* = 1217 Elternurteile sowie die *n* = 718 Selbsturteile der Jugendlichen genutzt (Döpfner et al., 2014). Diese Stichprobe ist nach Geschlecht (weiblich und männlich) und Alter (Kinder: sechs bis elf Jahre und Jugendliche zwölf bis 18 Jahre) in vier Subgruppen unterteilt: (1) Jungen, (2) Mädchen, (3) männliche Jugendliche und (4) weibliche Jugendliche. Die Stichproben der Routineversorgung (Elternurteil: *n* = 519; Selbsturteil: *n* = 677) stammten aus Studien zur Wirksamkeit der Therapie in der Routineversorgung (Walter et al., 2018; Walter et al., 2019).

Im Vergleich zur Klinikstichprobe zeigte die mITT-Stichprobe im Elternurteil signifikant höhere Skalenrohwerte auf der Skala *Aufmerksamkeitsproblemen* bei geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ) bei Jungen. Weibliche Jugendliche hatten höhere Werte auf der Skala *Internal* bei geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ). Allerdings zeigen sowohl männliche, als auch weibliche Jugendliche der mITT-Stichprobe signifikant geringere Werte auf der Skala *External* bei mittlerer Effektstärke bei den männlichen ( $0,50 \leq d < 0,80$ ,  $p < 0,05$ ) und geringer bei den weiblichen Jugendliche ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ).

Im Selbsturteil zeigten weibliche Jugendliche der mITT-Stichprobe signifikant höhere Skalenrohwerte auf der Skala *Internal* bei geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ). Auch im Selbsturteil zeigten männliche und weibliche Jugendliche im Vergleich zur Klinikstichprobe auf der Skala *External* geringere Werte bei geringer Effektstärke ( $-0,20 \leq d < -0,50$ ,  $p < 0,05$ ).

Im Vergleich zur Stichprobe aus der Routineversorgung (Walter et al., 2018; Walter et al., 2019) zeigt die mITT-Stichprobe im Elternurteil signifikant höhere Skalenrohwerte auf der Skala *Internal* bei geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ) und geringere Werte auf der Skala *External* bei geringer Effektstärke ( $-0,20 \leq d < -0,50$ ,  $p < 0,05$ ). Im Selbsturteil finden sich höhere Werte auf den Skalen *Internal* und *Aufmerksamkeitsproblemen*, beide mit geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ).

Darüber hinaus zeigt Anhang Nr. 8 die Mittelwerte und Standardabweichungen der T-Werte, sowie den Anteil der Patient:innen im klinisch-auffälligem Bereich zu Baseline beim CBCL und YSR. Im Elternurteil auf der Skala *Internal* (circa 75 %) war der Anteil deutlich erhöht im Vergleich zu den Skalen *Aufmerksamkeitsproblemen* und *External* (beides circa 50 %). Auch im Selbsturteil war der Anteil auf der Skala *Internal* (circa 60 %) höher als auf den Skalen *Aufmerksamkeitsprobleme* (circa 25 %) und *External* (circa 30 %).

## 6.2 Haupteffekte

In der Hauptanalyse wurden Gruppenunterschiede von Routine-Gruppe und Feedback-Gruppe untersucht. Dabei wurden zwei Messzeitpunkte berücksichtigt: 6 Monate (Zwischen) und 12 Monate (Post) nach Behandlungsbeginn. Die Gruppenunterschiede wurden so berechnet, dass negative Vorzeichen bei den Symptomergebnismaßen einen Vorteil der Feedback-Gruppe im Sinne einer Reduktion der Auffälligkeit bedeuten. Zusätzlich zu den Unterschieden zwischen den Gruppen (Intergruppenunterschiede) wurden auch die

Veränderungen innerhalb der Behandlungsgruppen betrachtet (Intragruppenveränderung). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Stichprobe mITT und anschließend die Ergebnisse der Stichprobe PP berichtet. Der primäre Ergebnisparameter der Studie war dabei jeweils die Gesamtsymptomatik des Kindes, die mittels des semi-strukturier-ten klinischen Interviews SFSS-I erfasst wurde.

In der Stichprobe mITT zeigte sich (Anhang Nr. 14 bis 18), dass beim primären Ergebnisparameter SFSS-I kein signifikanter Gruppenunterschied festgestellt wurde. Bei den sekundären Ergebnismaßen gab es nur wenige einzelne Unterschiede zwischen Routine-Gruppe und Feedback-Gruppe, die jedoch sowohl zugunsten der einen als auch der anderen Behandlungsbedingung ausfielen. Für die Feedback-Gruppe wurde ein Behandlungsvorteil im FBB Screen External zum Postmesszeitpunkt festgestellt bei sehr geringer Effektstärke ( $d < 0,20$ ,  $p < 0,05$ ; siehe Anhang Nr. 15). Bei der Routine-Gruppe wurden zum Zwischenmesszeitpunkt Behandlungsvorteile bezüglich Aufmerksamkeitsproblemen im Elternurteil bei sehr geringer Effektstärke (BPM Aufmerksamkeitsprobleme;  $d < 0,20$ ,  $p < 0,05$ ) und externaler Symptomatik im Jugendlichenurteil bei geringer Effektstärke (BPM External;  $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ) festgestellt. Zusätzlich fand sich für die Routine-Gruppe zum Postmesszeitpunkt ein Vorteil bei der Skala FBB Behandlungsverlauf bei geringer Effektstärke ( $0,20 \leq d < 0,50$ ,  $p < 0,05$ ).

Bei Betrachtung der Intragruppenveränderungen zeigt sich, dass sowohl in der Feedback-Gruppe (siehe Anhang Nr. 17) als auch in der Routine-Gruppe (siehe Anhang Nr. 18) eine Abnahme der Symptomatik und eine Zunahme der Lebensqualität auf vielen Ergebnismaßen beobachtet werden konnte. Diese Verbesserungen waren in der Regel nach 12 Monaten stärker ausgeprägt als nach 6 Monaten, was darauf hindeutet, dass der Prozess der Verbesserung Zeit benötigt. Zudem ist festzustellen, dass die Veränderungen im verblindeten klinischen Urteil tendenziell am deutlichsten sind, während im Jugendlichen- und Lehrerurteil geringere Verbesserungen angegeben wurden.

Bezüglich der Variable Therapieabbruch konnten ebenfalls keine Gruppenunterschiede ermittelt werden. Anhang Nr. 2 zeigt für die Therapieabbrecher:innen und die therapietreuen Patient:innen die Therapiedauer in Monaten (mITT).

Für die PP-Stichprobe ergab sich ein vergleichbares Bild bei den Ergebnissen (siehe Anhang Nr. 19 bis 23). Es wurde kein Gruppenunterschied auf dem primären Ergebnisparameter festgestellt und bei den sekundären Ergebnisparametern waren nur wenige Unterschiede zu beobachten, die sich auf die Messung nach 6 Monaten (Zwischen) beschränkten. Zusätzlich wurden auch in beiden Gruppen der Stichprobe PP Intragruppenveränderungen beobachtet, die zur 12-Monats-Messung stärker ausgeprägt waren. Dabei waren erneut die deutlichsten Veränderungen im verblindeten klinischen Urteil zu finden.

### 6.3 Moderatoranalyse

Mittels der Moderatoranalyse wurde untersucht, ob die Behandlung für bestimmte Subgruppen von Patient:innen besonders wirksam ist. Zur Bestimmung der Subgruppen wurden verschiedene Familienmerkmale zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme berücksichtigt. Dabei sind für internale und externale Symptome im verblindeten klinischen Urteil jeweils ein Merkmal identifiziert worden (Stichprobe mITT), das die Symptomatik moderiert (siehe Anhänge Nr. 3, 4, 24 und 25). Kinder und Jugendliche ohne internale klinische Diagnose hatten in der Routine-Gruppe gegenüber der Feedback-Gruppe einen Behandlungsvorteil und zeigten zum Postmesszeitpunkt signifikant weniger internale Symptome bei sehr geringer Effektstärke ( $f^2 < 0,02$ ,  $p < 0,05$ ). Zudem wurde festgestellt, dass Patient:innen deren Eltern einen Schulabschluss im Elementar/Primar- bzw. Sekundarbereich habenunter dem Feedbacksystem mehr externale Symptome zeigen ( $0,02 \leq f^2 < 0,15$ ,  $p < 0,05$ ). Der Behandlungsvorteil der Feedback-Gruppe bei Eltern mit einem universitären Schulabschluss blieb hingegen knapp nicht signifikant (siehe Anhang Nr. 4).

#### 6.4 Dropout-Analyse I: Vergleich Baseline

In einer ersten Analyse wurden die Therapie- und Studienabbrecher:innen (Dropout;  $n = 59$ ) mit den Nicht-Abbrecher:innen ( $n = 297$ ) verglichen und zwar in Bezug auf ihre Eigenschaften zu Baseline (mITT-Stichprobe; siehe Anhang Nr. 26). Es zeigte sich, dass in der Gruppe der Studien- bzw. Therapieabbrecher:innen die Eltern einen niedrigeren Bildungsabschluss erzielten ( $p < 0,05$ ) und die Elternteile seltener zusammenlebten ( $p < 0,05$ ). Ansonsten wurden keine Gruppenunterschiede gefunden.

#### 6.5 Dropout-Analyse II: Symptomverlauf

Für die Analyse wurden in der Feedback-Gruppe die Symptomverläufe der Therapie- und Studienabbrecher:innen im Vergleich zu den studientreuen Patient:innen betrachtet (Stichprobe mITT; siehe Anhang Nr. 27). Dies erfolgte sowohl unter der Kontrolle des Wertes der Ergebnisvariablen zu Prä als Kovariate, als auch ohne die Kontrolle. Der Haupteffekt der Gruppe gibt dann Aufschluss über die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu Beginn der Therapie und die Interaktion Gruppe x Zeit über die Unterschiede in der Veränderung über die Zeit. Die Ergebnisse zeigen, dass bei den drei betrachteten Ergebnisparametern Internale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme und Externale Probleme weder zu Therapiebeginn noch im Therapieverlauf Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten.

#### 6.6 Not-on-Track-Patient:innen

Die Analyse der NOT-Patient:innen hatte das Ziel, die Wirksamkeit des Rückmeldesystems speziell für diese Patient:innengruppe zu untersuchen. Dabei sollten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsbedingungen am Ende des 12-monatigen Behandlungsintervalls weitgehend analog zur Überprüfung der Haupteffekte in der Gesamtgruppe untersucht werden. Bei der Analyse der Daten zeigte sich jedoch, dass diese Patient:innengruppe zum Zeitpunkt 6 Monate nach Behandlungsbeginn sehr klein war. Es wurden lediglich  $n = 3$  für internale Symptome,  $n = 7$  für externale Symptome und  $n = 4$  für die Gesamtsymptomatik als reliabel verschlechtert klassifiziert (SFSS-I). Aus diesem Grund wurde auf eine statistische Signifikanztestung verzichtet und das weitere Vorgehen beschränkte sich auf eine deskriptive Darstellung der identifizierten Fälle (siehe Anhang Nr. 27). Von Baseline zur 6-Monats-Zwischenmessung zeigte sich bei allen Fällen eine Zunahme der Symptomatik, was per Definition der Subgruppe zu erwarten war. Weiterhin wurde bei den meisten Fällen mit Ausnahme eines männlichen Patienten (K\_350; 6 Jahre; F90.1) nach dem Zwischenmesszeitpunkt eine Abnahme der Symptomatik beobachtet. Dies deutet darauf hin, dass es sich bei der Mehrheit der Fälle nicht um anhaltend schlechte Verläufe handelt. Auf einer deskriptiven Ebene konnten keine Unterschiede im Verlaufsmuster basierend auf den folgenden Variablen identifiziert werden: Behandlungsgruppe, Geschlecht, Alter und Diagnose(n).

#### 6.7 Teilnahmeverhalten am Feedbacksystem

Das Teilnahmeverhalten am Rückmeldesystem variierte zwischen den verschiedenen Beurteiler:innen. Von allen möglichen Rückmeldungen füllten mehr als 85 % der Therapeut:innen und Eltern sowie circa 70 % der Jugendliche diese vollständig aus. Zudem nutzten circa ein Viertel aller Therapeut:innen nahezu alle ( $\geq 90$  %) ihnen zur Verfügung stehenden projektspezifischen Supervisionen zur Besprechung der Rückmeldeberichte (siehe Anhang Nr. 29). Mehr als 50 % der Therapeut:innen nutzten mehr als die Hälfte der Supervisionssitzungen (50-90 %). Nur circa 20 % der Therapeut:innen nahmen an weniger als 50 % der ihnen zur Verfügung stehenden projektspezifischen Supervisionen teil. Mehr als ein Drittel der Therapeut:innen gab zudem an, die Rückmeldeberichte mindestens einmal in der Therapie mit Patient:innen bzw. Eltern besprochen zu haben. Dies deckt sich mit den Angaben der Jugendlichen und Eltern aus der Zufriedenheitsbefragung. Circa ein Drittel der Eltern sowie circa die Hälfte der Jugendlichen gaben hier an, dass die Therapeut:innen die Rückmeldungen der Befragungen in der Therapie besprochen hatten. Circa zwei Drittel der Eltern sowie circa die Hälfte der Jugendlichen gaben an, dass die Besprechung der Befra-

gungsergebnisse geholfen habe, den Therapieverlauf besser zu verstehen und Veränderungen besser wahrzunehmen. Circa 10 % der Eltern und Jugendlichen gaben an, dies nur teilweise oder überhaupt nicht so wahrgenommen zu haben.

## 6.8 Zufriedenheit Studie und Feedbacksystem

Am Ende der Studienteilnahme wurden sowohl die Eltern als auch die Jugendlichen aus der Feedback-Gruppe zur Zufriedenheit mit dem Rückmeldesystem befragt. Dies erfolgte in Form einer Online-Umfrage. Insgesamt konnten zu dem Thema zwischen 12 und 16 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden (0 = *Stimme überhaupt nicht zu* bis 4 = *Stimme voll zu*). Davon waren vier Items nur den Teilnehmenden vorbehalten, bei denen nach eigener Angabe die Therapeut:innen den Rückmeldebericht mit ihnen besprochen hatten. Von den insgesamt 153 eingeladenen Eltern füllten 110 Personen die Zufriedenheitsbefragung aus und von den 82 angesprochenen Jugendlichen nahmen 42 Jugendliche an der Befragung teil (siehe Anhang Nr. 30 bis 34)

Mehr als 90 % der Eltern sowie nahezu 90 % der Jugendlichen bestätigten die Nutzerfreundlichkeit des Systems (drei Items; mind. *Stimme zu*). Sie empfanden die Bedienung des Rückmeldesystems als einfach und gaben an, dass alles technisch reibungslos funktionierte.

Insgesamt gaben mehr als 90 % der Jugendlichen und Eltern an, regelmäßig an den Onlinebefragungen teilgenommen zu haben. Die meisten Teilnehmenden ( $\geq 80\%$ ) waren der Meinung, dass die Onlinebefragungen in einer angemessenen Zeit beantwortet werden konnten und die Items verständlich formuliert waren (Mind. *Stimme zu*).

Die Mehrheit der Befragten empfand die Onlinebefragung als wichtig und bedeutungsvoll für die Therapie ( $\geq 70\%$  der Eltern; circa 60 % der Jugendlichen; mind. *Stimme zu*). Es gab jedoch auch circa 15 % Jugendliche, die dies nicht so empfanden (*Stimme nicht zu* bis *Stimme überhaupt nicht zu*).

Eltern gaben häufiger ( $\geq 70\%$ ; mind. *Stimme zu*) als Jugendliche ( $\geq 50\%$ ; mind. *Stimme zu*) an, dass es sinnvoll sei, ein solches Rückmeldesystem standardmäßig in die Therapie mit einzubinden. Hingegen erachteten wenige der Eltern ( $<10\%$ ) und Jugendlichen ( $<15\%$ ) dies nicht als notwendig.

In Bezug auf die Studienorganisation gaben die Teilnehmenden an, mit der Betreuung während der Rekrutierungsphase zufrieden gewesen zu sein ( $\geq 80\%$ ; mind. *Stimme zu*). Sowohl die Eltern als auch Jugendlichen fühlten sich auch im weiteren Projektverlauf gut durch das Studienteam unterstützt ( $\geq 75\%$ ; mind. *Stimme zu*). Das Projekt konnte die Erwartungen der meisten Teilnehmenden gut erfüllen (circa 70 %; mind. *Stimme zu*). Alle Befragungsergebnisse sind in Anhang Nr. 30 bis 34 ersichtlich.

## 7. Diskussion der Projektergebnisse

### Umsetzung Studie

Die Studie konnte erfolgreich umgesetzt und in die Psychotherapie-Ambulanz vom AKiP implementiert werden. Dies betrifft unter anderem die Aspekte (a) Entwicklung der Studienmaterialien, (b) Rekrutierung und Teilnahme Studienmessungen sowie (c) die Teilnahme am therapeutischen Rückmeldesystem in der Feedbackgruppe.

Bei der Entwicklung der Studienmaterialien sind insbesondere die Erstellung des Interviews SFSS-I sowie die Entwicklung des Rückmeldesystems hervorzuheben. Für beide Arbeitsbereiche wurden eine Vielzahl von inhaltlichen Arbeiten (z. B. Konzeption, Manuale, Übersetzung) und technischen Arbeiten geleistet (z. B. Bestimmung der Interrater-Reliabilität, Programmierung Rückmeldebericht).

Der Aspekt der Rekrutierung bezieht sich auf die Gewinnung von Studienfamilien, aber auch die Rekrutierung von Studientherapeut:innen. Obwohl die Studie die Besonderheit hatte, dass nicht für alle randomisierten Familien eine Studientherapeut:in verfügbar war, konnten auch unter Berücksichtigung dieser Einschränkung die angestrebten Studienziele erreicht werden. Die Teilnahmequoten an den Studienmessungen variierten in den fünf

Beurteiler:innenperspektiven Lehrkräften, Therapeut:innen, Jugendliche, Eltern und verblindete Kliniker:innen. Beim primären Ergebnisparameter, dem verblindeten klinischen Urteil, wurden gute Rückmeldequoten erzielt. Die Studie gehört damit zu den sehr wenigen verfügbaren Untersuchungen zu therapeutischen Rückmeldesystemen, bei denen für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie überhaupt ein verblindetes klinisches Urteil für die Wirksamkeitsbeurteilung zur Verfügung steht. Bei anderen Beurteiler:innenperspektiven war die Teilnahmebereitschaft wie auch in anderen Studien teils reduziert (z. B. Lehrkräften). Zukünftige Sensitivitätsanalysen mit verschiedenen Strategien im Umgang mit fehlenden Werten werden hier Aufschluss über die Stabilität der Befunde geben.

Ein weiterer relevanter Faktor für die Studiendurchführung war die Sicherstellung der Teilnahme an dem Rückmeldesystem. Die Rückmeldequoten zu den Befragungen sind insbesondere für die Eltern und Therapeut:innen als hoch einzuschätzen. Demgegenüber war die Teilnahmebereitschaft bei den Jugendlichen teilweise reduziert, jedoch wurden auch hier über die Zeit Verbesserungen erzielt mit Hilfe eines erweiterten Erinnerungstools per SMS. Das Teilnahmeverhalten am Rückmeldesystem war dabei wichtig für die Sicherstellung der internen Validität der Studie. Die Wirksamkeit des Rückmeldesystems kann nur dann sinnvoll festgestellt werden, wenn das Rückmeldesystem entsprechend der Vorgaben umgesetzt wurde. Sollten Gruppenunterschiede zwischen der Feedback-Gruppe und Routine-Gruppe ausbleiben, wäre sonst unklar, ob dies auf die mangelnde Wirksamkeit der Intervention zurückzuführen ist oder ob die Intervention nicht wirken konnte, weil sie nicht sachgerecht durchgeführt wurde. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass nicht alle Aspekte des Rückmeldesystems gleichermaßen gut umgesetzt wurden. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn die Therapeut:innen den Rückmeldebericht noch häufiger mit den Familien in der Therapie besprochen hätten. Der Faktor Implementierung sollte daher in zukünftigen Untersuchungen noch stärker berücksichtigt werden.

### **Zusammenfassung Befunde**

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Rückmeldesystems wurden die Routine-Gruppe und Feedback-Gruppe hinsichtlich statistisch signifikanter Gruppenunterschiede 6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn untersucht. Die primären und sekundären Ergebnisparameter wurden im Schwerpunkt durch ein Interview und Fragebögen erfasst, wobei bis zu fünf Beurteiler:innenperspektiven berücksichtigt wurden (verblindete Kliniker:innen, Therapeut:innen, Eltern, Jugendliche, Lehrkräfte). Die Ergebnismaße bezogen sich in den meisten Perspektiven auf die Symptomatik und die Lebensqualität des Kindes sowie auf die Zufriedenheit mit der Behandlung. Im Therapeut:innenurteil wurde die psychosoziale Anpassung sowie die Zufriedenheit erhoben. Zudem wurden in beiden Gruppen die Abbruchquoten und die Therapieintensität miteinander verglichen. Beim primären Ergebnisparameter, der Gesamtsymptomatik der Patient:innen gemäß dem verblindeten klinischen Urteil, konnten keine Gruppenunterschiede ermittelt werden. Bei den sekundären Ergebnisparametern zeigten sich im Elternurteil von der Tendenz her Behandlungsvorteile eher zugunsten der Feedback-Gruppe und im Jugendlichenurteil eher zugunsten der Routine-Gruppe, wobei signifikante Unterschiede die Ausnahme waren. Zusammenfassend konnte über die verschiedenen Messinstrumente und Beurteiler:innenperspektiven hinweg kein konsistentes Bild festgestellt werden, das zugunsten einer bestimmten Behandlungsbedingung spricht. Ein Vorteil des therapeutischen Rückmeldesystems konnte damit nicht nachgewiesen werden. Dieser Befund gilt sowohl für die beiden Messzeitpunkte 6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn als auch für die beiden im Fokus betrachteten Stichproben MITT und PP.

Um die Effekte umfassender beurteilen zu können, wurden zusätzlich die Veränderungen innerhalb der beiden Behandlungsgruppen analysiert. Diese Ergebnisse geben Aufschluss darüber, ob sich Ergebnisparameter wie die Symptomatik über die Zeit hinweg überhaupt verändern. Diese Information ist wichtig, da reine Gruppenvergleiche dazu keine Informationen liefern. Fehlende Gruppenunterschiede können in sehr unterschiedlichen Situationen auftreten. Sie können beobachtet werden, wenn in beiden Gruppen eine



starke Abnahme der Symptomatik festgestellt wird, aber auch wenn in beiden Gruppen keinerlei Veränderung zu beobachten ist. Bei der aktuellen Untersuchung zeigten die Intragruppenvergleiche für die beiden Behandlungsbedingungen signifikante Veränderungen in die jeweils angestrebte Richtung und das für eine Vielzahl von Parametern. Das bedeutet, dass bei symptombezogenen Ergebnismaßen eine Abnahme und bei Parametern wie der Lebensqualität eine Zunahme festgestellt wurde. Die Stärke der Effekte variierte dabei sowohl in Abhängigkeit von dem Faktor Zeit als auch von der Beurteiler:innenperspektive. In der Regel waren die Veränderungen nach 12 Monaten deutlicher ausgeprägt als bei der vorangegangenen Zwischenmessung nach 6 Monaten. Dies deutet auf einen anhaltenden Prozess der Verbesserung über das gesamte Beobachtungsintervall hin. Die Stärke der Effekte war dabei vergleichbar mit denen, die bereits zuvor in der Routineversorgung in der Ambulanz vom AKiP beobachtet wurden (Walter et al., 2018).

Weiterhin wurde die Hypothese überprüft, ob Patient:innen mit problematischen Therapieverläufen (Not-on-Track [NOT]) tendenziell stärker von dem therapeutischen Rückmeldesystem profitieren könnten. Diese Hypothese basiert auf der Annahme, dass das Rückmeldesystem Therapeut:innen dabei unterstützt, diese spezielle Patient:innengruppe frühzeitig zu identifizieren und die Therapieplanung entsprechend anzupassen. Bei der Analyse konnten jedoch nur sehr wenige Patient:innen identifiziert werden, die dieser Kategorie zugeordnet werden konnten. Aufgrund der geringen Gruppengröße verzichteten wir auf einen Vergleich der Behandlungsgruppen mit inferenzstatistischer Absicherung. Dieser Befund ist für die Bewertung der Studienergebnisse von Bedeutung. Bei Patient:innen mit problematischen Therapieverläufen besteht vermutlich das größte Potenzial für Verbesserungen und sie stellen eine wichtige Zielgruppe für das Rückmeldesystem dar. Wenn solche Fälle in der Studie nicht oder nur unzureichend vertreten sind, könnten die potenziellen Vorteile des Rückmeldesystems nur unzureichend zum Vorschein gekommen sein.

Zusätzlich wurde im Rahmen einer Moderatoranalyse untersucht, für welche Patient:innengruppen ein therapeutisches Rückmeldesystem mehr oder weniger wirksam ist. Diese Fragestellung ähnelt der bei den 'NOT'-Patient:innen, konzentriert sich jedoch auf die Eigenschaften der Patient:innen oder deren Umwelt zum Zeitpunkt des Therapiebeginns. Die Ergebnisse solcher Analysen können langfristig als Hilfestellung für die Indikationsstellung von Therapiemaßnahmen genutzt werden. Im Fall von therapeutischen Rückmeldesystemen können sie Informationen darüber geben, wann ein solches System ggf. besonders hilfreich ist und bei welchen Patient:innengruppen neben erwünschten Effekten unter Umständen auch unerwünschte Effekte auftreten könnten. Bei Patient:innen ohne eine interne Diagnose (ICD-10) ergaben sich Hinweise darauf, dass unter dem Rückmeldesystem vermehrt interne Symptomatik berichtet wird. Demgegenüber war bei Patient:innen mit einer internalen Diagnose (ICD-10) ein solcher nachteiliger Effekt nicht zu beobachten. Über die möglichen Ursachen dieser Beobachtung kann momentan nur spekuliert werden. Ein Faktor könnte sein, dass durch das wiederholte Abfragen im Rahmen des Rückmeldesystems interne Symptome (z. B. Angst, negative Stimmung) stärker in die Aufmerksamkeit geraten und dadurch (zumindest kurzfristig) auch mehr interne Symptomatik berichtet wird. Im Bereich der externalen Verhaltensprobleme wurde das Bildungsniveau der Eltern als Moderator identifiziert. Hatten Eltern ein niedrigeres Bildungsniveau, wurden bei den Patient:innen unter dem Rückmeldesystem mehr externalen Verhaltensprobleme diagnostiziert als ohne das System. Auch hier ist gegenwärtig unklar, warum ein solcher Effekt auftreten könnte. Ähnlich wie bei internalen Problemen ließe sich auch hier die Hypothese verfolgen, dass diese spezielle Gruppe von Eltern durch das Rückmeldesystem verstärkt geschult wird, Symptome beim Kind besser wahrzunehmen und sich das auch in den diagnostischen Befunden niederschlägt. Es sind Folgestudien notwendig, um die Reproduzierbarkeit und Stabilität dieser Ergebnisse zu überprüfen. Diese müssen zeigen, welchen Stellenwert diese Ergebnisse haben und ob es sich hierbei tatsächlich um einen unerwünschten Nebeneffekt handelt. So oder so waren die in unserer Studie gefundenen Effekte als eher klein zu werten.

Bei Patient:innen mit Therapieabbruch liegt häufig ein Defizit an diagnostischen Informationen vor. Bei einem ungeplanten Therapieende können zu diesem Zeitpunkt manchmal keine oder nur noch wenige diagnostischen Befunde erhoben werden. Gleiches gilt für Patient:innen, die sich vorzeitig aus einer Therapiestudie zurückziehen. Da Rückmeldesysteme kontinuierlich Informationen sammeln, bieten sie die Möglichkeit, die Gruppe der Therapie- und Studienabbrecher:innen näher zu untersuchen und ihre Situation besser zu verstehen. Diesen Vorteil wollte sich die Studie mit einer Analyse zu dem Thema zunutze machen. Die ersten Ergebnisse hierzu haben dabei gezeigt, dass zwischen den Patient:innengruppen mit und ohne Abbruch keine Unterschiede in den Veränderungsprozessen festgestellt werden konnten. Weder waren Unterschiede in der Symptomstärke zum Therapiebeginn zu erkennen, noch gab es Hinweise auf Unterschiede im Therapieverlauf. Diese Befunde galten für alle drei von uns untersuchten Symptombereiche internale Probleme, externale Probleme und Aufmerksamkeitsprobleme. Grundsätzlich sind diese Ergebnisse positiv zu bewerten, da sich keine Hinweise darauf ergeben haben, dass Patient:innen mit Therapieabbruch eine grundsätzlich stärker beeinträchtigte Gruppe darstellen bzw. dass bei ihnen Anzeichen für einen schlechteren Therapieverlauf vorliegen. Allerdings sind zwei Einschränkungen zu beachten. Die Analyse bezieht sich ausschließlich auf Daten, die während der Therapie erhoben wurden und erlaubt keine Schlüsse über die Entwicklung nach Therapieende. Darüber hinaus sollten Replikationsstudien durchgeführt werden, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf vergleichbare und andere Patient:innengruppen zu prüfen.

### **Bewertung Befunde**

Der wichtigste Befund der Studie bezieht sich auf den statistischen Gruppenvergleich der beiden Behandlungsgruppen 6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn. Diese Analyse erbrachte keinen Beleg für einen Vorteil des therapeutischen Rückmeldesystems. Damit konnten die im Vorfeld formulierten Hypothesen nicht bestätigt werden. Im Folgenden sollen mögliche Gründe für diese Befundlage diskutiert werden.

Wie bereits angeführt, könnten die wenigen NOT-Fälle dazu geführt haben, dass die möglichen Vorteile des Rückmeldesystems nur unzureichend zur Geltung kamen. Obwohl eine geringe Anzahl an Patient:innen mit unerwünschten Therapieverläufen grundsätzlich positiv zu werten ist und für die Qualität der durchgeführten Behandlungen spricht, könnte dies ein spezifisches Merkmal unserer Studie darstellen. Daher ist es möglich, dass die Ergebnisse nicht ohne Weiteres übertragbar sind und ein therapeutisches Rückmeldesystem in anderen Versorgungskontexten oder bei anderen Patient:innengruppen durchaus eine sinnvolle Maßnahme ist. Fragt man nach den Ursachen für die wenigen NOT-Patient:innen, werden hier zwei mögliche Faktoren gesehen.

Der erste bezieht sich auf die hohe Versorgungsqualität in der Ambulanz vom AKiP. Die Ambulanz ist eine Versorgungseinrichtung, in der bereits zahlreiche qualitätssichernde Maßnahmen etabliert sind. Alle Patient:innen und ihre Familien durchlaufen unabhängig vom Rückmeldesystem vor, während und am Ende der Therapie einen Standardsatz an diagnostischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen sind nicht gleichzusetzen mit dem therapeutischen Rückmeldesystem, bieten den Therapeut:innen jedoch auch zusätzliche Informationen, die sie zur Therapieplanung nutzen können. Ein weiteres qualitätssicherndes Merkmal der Therapien ist die Supervision (regulär nach jeder vierten Behandlungsstunde). Alle Therapien wurden supervidiert und dies erfolgte unabhängig und zusätzlich zu der projektspezifischen Supervision zur Besprechung der Rückmeldeberichte.

Ein zweiter Grund für die geringe Anzahl an NOT-Patient:innen könnte darin liegen, dass in der Stichprobe zu wenige schwer beeinträchtigte Patient:innenfälle vertreten waren. Alle Kinder und Jugendlichen erfüllten die vorab definierten Screeningkriterien und hatten zudem eine psychische Störung diagnostiziert. Vergleiche mit anderen klinischen Stichproben haben jedoch gezeigt, dass in unserer Stichprobe zwar teils stärkere Auffälligkeiten im Bereich der internalen Probleme beobachtet wurden, die Schwere der externalen Probleme jedoch häufig geringer war.

Die für das Rückmeldesystem ausgewählten Verfahren bestehen größtenteils aus Instrumenten, die speziell für den Einsatz im Bereich therapeutischer Rückmeldesysteme entwickelt wurden. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung, dass Eltern und Jugendliche das Rückmeldesystem häufig positiv bewertet und die Inhalte als relevant für die Therapie angesehen haben. Diese Befunde sprechen generell für die Konzeption des Rückmeldesystems in der Studie. Trotzdem könnte die Effektivität des Rückmeldesystems möglicherweise noch verbessert werden. Studien weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit von solchen Systemen durch zwei Komponenten zusätzlich gesteigert werden kann (de Jong et al., 2021). Die erste Komponente sind Referenz-Verlaufskurven (Expected Recovery Trajectory). Dabei handelt es sich um Therapieverlaufskurven, die im Sinne von Normwerten für die Beurteilung des Therapiefortschritts genutzt werden können. Diese Informationen sollen Therapeut:innen dabei unterstützen, den individuellen Patient:innenverlauf besser einzuschätzen. Voraussetzung für die Entwicklung von Referenz-Verlaufskurven sind große Patient:innenkollektive. Bei der zweiten Komponente handelt es sich um klinische Support Tools (Clinical Support Tools). Diese Tools unterstützen Therapeut:innen bei der Analyse und Interpretation der Ergebnisse und geben Empfehlungen für konkrete Interventionsschritte.

Neben den Inhalten und dem Aufbau könnten die Befunde ebenfalls durch die Implementierung des therapeutischen Rückmeldesystems beeinflusst worden sein. Verschiedene Indikatoren, wie die teils guten Teilnahmequoten an den Befragungen und der Supervision, deuten auf eine gute Umsetzung des Rückmeldesystems hin. Bei anderen Aspekten, wie etwa der Besprechung des Rückmeldeberichts in der Therapie, wäre eine noch bessere Umsetzung wünschenswert gewesen. Aktuell kann jedoch nicht beurteilt werden, welchen Stellenwert diese Faktoren für die Ergebnisse einnehmen. Hierzu sind zusätzliche Studien notwendig, bei denen die speziell die Implementierung fokussiert wird.

## 8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Die Studie hat aus unserer Sicht drei wesentliche Befunde erbracht: (a) Das Rückmeldesystem konnte erfolgreich in die Routineversorgung einer universitären Ambulanz implementiert werden. Verschiedene Indikatoren für die Umsetzung, wie die Teilnahmequoten an den Befragungen, waren dabei größtenteils positiv zu bewerten. Bei anderen bestand Raum für Verbesserung, wie die Besprechung der Befunde in der Therapie. In der Summe bewerten wir die Umsetzung aber für so gut, dass die Studie eine Aussagekraft hat. (b) Der zweite Befund ist, dass das Rückmeldesystem trotz vereinzelt positiver Befunde unter den Studienbedingungen letztlich keinen eindeutig erkennbaren Behandlungsvorteil hatte. (c) Zusätzlich gab es Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen des Rückmeldesystems, deren Bedeutung und mögliche Herkunft gegenwärtig unklar ist und weiter untersucht werden sollte. Unsere Studie konnte damit nicht an die teils positiven Befunde aus dem Erwachsenenbereich anschließen und auch nicht an die wenigen bisher verfügbaren Studien aus dem Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Da es sich bei therapeutischen Rückmeldesystemen um eine therapiebegleitende Maßnahme handelt, die neben einer bestehenden Haupttherapie stattfindet, sollte von eher kleineren Effekten ausgegangen werden. Ein Wirksamkeitsnachweis ist hier tendenziell schwerer zu erbringen und erfordert generell große Stichproben. Im Folgenden möchten wir auf der Grundlage unserer Studie zukünftigen Forschungsbedarf ableiten, um weitere Qualitätsverbesserungen in der psychotherapeutischen Versorgung erzielen zu können. Diese halten wir für wichtig, da bisher nicht alle Patient:innen hinreichend profitieren und es in der Therapie weiterhin auch zu unerwünschten Effekten und Therapieabbrüchen kommen kann.

Unsere Ergebnisse basieren auf Patient:innen einer spezifischen ambulanten Versorgungseinrichtung mit etablierten qualitätssichernden Maßnahmen (z. B. feste Diagnostikbatterie, regelmäßige Supervision). Unsere Stichprobe ist gekennzeichnet durch Kinder und



Jugendliche, die teils stärkere interne Auffälligkeiten, jedoch geringere externe Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen ambulanten Stichproben aufwiesen und nur wenige NOT-Patient:innen nach sechs Monaten Therapie beinhalteten. Um die Wirksamkeit von therapeutischen Rückmeldesystemen besser zu verstehen, sollten weitere Studien (a) die Effekte in verschiedenen Versorgungskontexten und (b) in diversen Patient:innengruppen untersuchen. Bei den Versorgungskontexten würde es sich anbieten, den Nutzen von Rückmeldesystemen in ambulanten Einrichtungen mit weniger qualitätssichernden Maßnahmen oder stationären Einrichtungen mit deutlich klinisch auffälligeren Kindern und Jugendlichen zu überprüfen. Zusätzlich könnten Studien Rückmeldesysteme bei Patient:innen mit einem spezifischen Störungsbild einsetzen. Mögliche Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen verschiedenen Patient:innengruppen könnten wichtige Erkenntnisse für die gezielte Anwendung von den Systemen sowie Hinweise auf die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse liefern.

Studien weisen darauf hin, dass die Effektivität von therapeutischen Rückmeldesystemen durch Referenz-Verlaufskurven (Expected Recovery Trajectory) und klinische Support Tools (Clinical Support Tools) gesteigert werden kann (de Jong et al., 2021). Deshalb besteht eine weitere Forschungslücke darin, diese Tools weiterzuentwickeln. Um das von uns verwendete Rückmeldesystem weiterzuentwickeln, halten wir drei Arbeitsbereiche für zentral: (a) Revision, (b) Datengenerierung, (c) klinische Weiterentwicklung. Das System sollte zunächst revidiert werden. Hierzu können die bereits bestehenden Zufriedenheitsbefragungen von den Patient:innenfamilien und den Therapeut:innen genutzt werden. Zusätzlich sollten die Supervisor:innen in diesen Prozess einbezogen werden. Es sollte geklärt werden, welche Instrumente des Rückmeldesystems sich als hilfreich erweisen haben und welche Informationen gegebenenfalls redundant oder nicht zielführend waren. Für die Entwicklung von Referenzverlaufskurven sind große Patient:innenkollektive erforderlich. Das Rückmeldesystem sollte daher in der Routineversorgung eingesetzt werden, um entsprechende Daten zu generieren. Idealerweise sollten die Daten hier nicht an einem einzelnen Ort zentral erhoben werden, sondern über verschiedene Versorger hinweg, um eine möglichst hohe Repräsentativität und Generalisierbarkeit zu gewährleisten. Das Rückmeldesystem ist in seiner Grundstruktur bereits jetzt so aufgebaut, dass es zu einem klinischen Support Tool erweitert werden kann. Es enthält eine Vielzahl von therapierelevanten Dimensionen, die sich für die Ableitung von konkreten Therapieempfehlungen eignen. Dabei sind sowohl datengeleitete als auch klinische Arbeiten erforderlich. Die klinische Fragestellung hier ist, welche Empfehlungen bei erkennbaren Defiziten im Therapieprozess gegeben werden können. Mit datengeleiteten Arbeiten ist gemeint, ab welchen Werten oder Wertekonstellationen solche Therapieempfehlungen idealerweise gegeben werden sollten. Weiterhin halten wir es für sinnvoll, verschiedene therapeutische Rückmeldesysteme bei Kindern und Jugendlichen miteinander zu vergleichen. Bisher gibt es kaum direkte Vergleichsstudien und dies obwohl die Systeme im Inhalt und im Umfang teils erheblich voneinander abweichen. Dabei fehlen gegenwärtig verbindliche Standards oder Empfehlungen bezüglich des Inhalts, des Umfang und der Befragungsfrequenz von solchen Systemen. Vergleichende Studien könnten dauerhaft dazu beitragen, die Effektivität von Rückmeldesystemen zu maximieren und gegebenenfalls für unterschiedliche Patient:innengruppen zu spezifizieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt die Implementierung solcher Systeme dar. Im Vordergrund stehen dabei die Fragen, (a) welche Bedeutung die einzelnen Implementierungsfaktoren für die Wirksamkeit haben und (b) wie die Bereitschaft zur Umsetzung von Rückmeldesystemen weitergehend gefördert werden kann. Dabei wird es als essentiell betrachtet, die Nutzer:innen einzubeziehen und ihre Zufriedenheit und Akzeptanz zu erfragen, um die Systeme weiterentwickeln und optimieren zu können.

In unserer Studie gab es Hinweise auf mögliche unerwünschte Effekte von Rückmeldesystemen. Diesem Aspekt wird in der Literatur bisher wenig Beachtung geschenkt. Wenngleich gegenwärtig nicht von starken Effekten auszugehen ist, erachten wir weitere Studien zu diesem Thema für notwendig, um die tatsächliche Stabilität und mögliche Bedeutung

des Befundes näher zu untersuchen. Es kann sich um studienspezifische Besonderheiten handeln (z. B. Messfehler), um vernachlässigbare Begleiterscheinungen oder um relevante Nebenwirkungen. Sollten die Befunde eine Bedeutung haben, wären weitergehend die möglichen Ursachen zu untersuchen, um die Inhalte von Rückmeldesystemen gegebenenfalls anpassen zu können. Auch wenn wir aktuell bei dem beobachteten Phänomen nicht von einer Kontraindikation im engeren Sinne ausgehen, wären gegebenenfalls aber Hinweise an die Anwender:innen auf mögliche Begleiterscheinungen sinnvoll.

## 9. Erfolge bzw. geplante Veröffentlichungen

### 9.1 Erfolgte Veröffentlichungen

Hautmann, C., Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Gehlen, D., Hellmich, M., Rosenberger, K. D., Samel, C., Woitecki, K., Walter, D., Adam, J., Dachs, L., Goletz, H., Halder, J., Kinnen, C., Mücke, K., Otte, J., Perri, D., Rademacher, C.,...Döpfner, M. (2021). Progress feedback in children and adolescents with internalizing and externalizing symptoms in routine care (OPTIE study): Study protocol of a randomized parallel-group trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), Article 505. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03502-w>

Pasch, L. (2021). *Early response in children and adolescents with internalizing and externalizing symptoms receiving psychotherapy including progress monitoring* [Unpublished master thesis]. Maastricht University, Netherlands.

Hillwig, N. (2022). *Prediction and effectiveness of treatment intensity of cognitive behavioral therapy in the routine care condition for children with internalizing and externalizing symptoms* [Unpublished master thesis]. Maastricht University, Netherlands.

### 9.2 Durchgeführte Vorträge

Gehlen, D., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2019). *Qualitätssicherung in der ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durch fragebogenbasiertes Prozessfeedback – Studiendesign der randomisiert kontrollierten Studie OPTIE* [Poster]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mannheim, Deutschland.

Geldermann, N., Döpfner, M. Oswald, F., Rausch, J., Hautmann, C. (2021, 08. – 09. Juli). *Pilotstudie OPTIE. Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen. Design und Rekrutierung* [Poster]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Köln, Deutschland.

Hautmann, C. (2022, 18. – 21. Mai). *Verlaufsfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Auffälligkeiten (Projekt OPTIE): Erste Erfahrungen in einer randomisiert kontrollierten Studie*. In D. Walter & C. Hautmann, *Wirksamkeit von Routine-Verhaltenstherapie und Optimierungsmöglichkeiten* [Symposium], Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Magdeburg, Deutschland.

Oswald, F., Geldermann, N., Rausch, J., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2022, 18. – 21. Mai). *Veränderungen von Symptomatik und Therapiemotivation in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen: Verlaufserfassung und Prädiktion*. In O. Bilke-Hentsch & U. Röttger-Goeck, *Früherkennung und Versorgung* [Vortragssymposium]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Magdeburg, Deutschland.

Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2022, 18. – 21. Mai). *Psychometrische Evaluation eines semi-strukturierten Interviews für die dimensionale Erfassung von internalen und externalen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen* [Poster]. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Magdeburg, Deutschland.

Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2022, 07. – 11. Juni). *Deutsche Interviewfassung der Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS-I): Psychometrische Evaluation eines semi-strukturierten Interviews* [Poster]. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin, Deutschland.

Oswald, F., Geldermann, N., Rausch, J., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2023, 10. – 13. Mai). Prozessfeedback in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: Beschreibung und Vorhersage des Teilnahmeverhaltens. In C. Hautmann & T. Kaiser, *Personalisierte Psychotherapie durch Verlaufsbeobachtung und Feedback: Chancen und Herausforderungen aktueller Ansätze* [Symposium]. 2. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin, Deutschland.

Hautmann, C., Geldermann, N., Oswald, F., Rausch, J., & Döpfner, M. (2023, 10. – 13. Mai). Therapeutische Rückmeldesysteme in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Symptomen: Eine randomisierte kontrollierte Studie. In C. Hautmann & T. Kaiser, *Personalisierte Psychotherapie durch Verlaufsbeobachtung und Feedback: Chancen und Herausforderungen aktueller Ansätze* [Symposium]. 2. Deutscher Psychotherapie Kongress, Berlin, Deutschland.

Hautmann, C., Geldermann, N., Oswald, F., Rausch, J., & Döpfner, M. (2022, June 21-24). *Feedback-informed treatment in behavioural therapy for children and adolescents with externalizing and internalizing disorders: A randomized controlled trial* [Brief Paper Session]. 54th International Annual Meeting of the Society of Psychotherapy Research, Dublin, Ireland.

Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Görtz-Dorten, A., Döpfner, M. & Hautmann, C. (2023, June 29 – July 1). Psychometric properties of a brief structured interview for the dimensional assessment of internalizing and externalizing symptoms. In H. Tiemeier, *Psychometric measures and psychiatric assessment* [Oral presentation]. 20th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Copenhagen, Denmark.

### 9.3 Geplante Publikationen

Hautmann, C., Rausch, J., Geldermann, N., Oswald, F., Gehlen, D., Hellmich, M., Rosenberger, K. D., Samel, C., Woitecki, K., Walter, D., Adam, J., Dachs, L., Goletz, H., Halder, J., Kinnen, C., Mücke, K., Otte, J., Perri, D., Rademacher, C.,...Döpfner, M. (in prep.). *Routine outcome monitoring in psychotherapy with children and adolescents with internalizing and externalizing symptoms in a randomized controlled trial: Main effect and intention to treat analysis*.

Oswald, F. (in prep.). *Routine outcome monitoring during cognitive-behavioural therapy with children and adolescents: Participation behaviour and treatment course* [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität zu Köln.

Oswald, F., Rausch, J., Geldermann, N., Gehlen, D., Döpfner, M., & Hautmann, C. (in prep.). *Routine outcome monitoring during cognitive-behavioural therapy with children and adolescents: Treatment course*.

Rausch, J. (in prep.). *Dimensional assessment of psychopathology in children and adolescents with mental disorders referred for outpatient treatment* [Unveröffentlichte Dissertation]. Universität zu Köln.

Rausch, J., Bickman, L., Geldermann, N., Oswald, F., Gehlen, D., Görtz-Dorten, A., Döpfner, M., & Hautmann, C. (in prep.). *A brief semi-structured interview for the dimensional assessment of internalizing and externalizing symptoms in children and adolescents – Interview Version of the Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS-I)*.

## 10. Literaturverzeichnis

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM)*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont Research Center for Children, Youth, and Families.
- Aiken, L. S., West, S. G., & Reno, R. R. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage.
- Angell, B., Matthews, E., Stanhope, V., & Rowe, M. (2015). Shared decision making. In *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination*. (pp. 117–139). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14644-007>
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>
- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K., & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011729.pub2>
- Bickman, L., Athay, M. M., Riemer, M., Lambert, E. W., Kelley, S. D., Breda, C., Tempesti, T., Dew-Reeves, S. E., Brannan, A. M., & Vides de Andrade, A. R. (2010). *Manual of the Peabody Treatment Progress Battery* (2nd ed.). Vanderbilt University. <http://peabody.vanderbilt.edu/ptpb/>
- Bickman, L., Kelley, S. D., & Athay, M. (2012). The technology of measurement feedback systems. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(4), 274–284. <https://doi.org/10.1037/a0031022>
- Borm, G. F., Fransen, J., & Lemmens, W. A. J. G. (2007). A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. *Journal of Clinical Epidemiology, 60*(12), 1234–1238. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.02.006>
- Boyce, M. B., & Browne, J. P. (2013). Does providing feedback on patient-reported outcomes to healthcare professionals result in better outcomes for patients? A systematic review. *Quality of Life Research, 22*, 2265–2278. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0390-0>
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy, 50*(2), 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0029565>
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*(1), 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>
- Davidson, K., Perry, A., & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical

analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 21–37. <https://doi.org/10.1111/papt.12032>

de Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R. A. V., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102002>

Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkuhl, G., & Steinhausen, H.-C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden* [Psychopathological Assessment System for Children and Adolescents (CASCAP-D): Assessment form, glossary, and exploration guide] (Accession Number: 0123709. Authors: Döpfner, Manfred; Berner, Walter; Flechtner, Henning; Lehmkuhl, Gerd; Steinhausen, Hans-Christoph. Country of First Author: Germany. Author Affiliations: Universität Köln; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (Germany). Publication Date: 19990101. Number of Pages: 112 Seiten. Document Type: Authored Book; Literature. Language: German. Update Date: 20070901. Age Group: Childhood; Adolescence. Audience: Practice. Methodology: assessment method description. Reference Count: 36. PsynDEX Segment: PSYNDEX Literature & AudioVisual Media.

DM 39,80). Hogrefe.

Döpfner, M., Breuer, D., Plück, J., & Rodenacker, K. (2019). *Kurzfragebogen zum Problem-Monitoring bei Kindern und Jugendlichen* [Brief Problem Monitor] (Breuer, D.; Plück, J.; Rodenacker, K.. Publication Date: 20190101. Document Type: Test; Test in Print. Language: German. Update Date: 20210501. Test Source: BPM. Kurzfragebogen zum Problem-Monitoring bei Kindern und Jugendlichen. Deutschsprachige Fassungen des Brief Problem Monitor for Ages 6-18 von Thomas M. Achenbach [Testbox mit Manual, 10 Kurzfragebögen für Eltern zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-P/6-18), 10 Kurzfragebögen für Lehrer zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-T/6-18), 10 Kurzfragebögen für Jugendliche zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-Y/11-18), 10 Auswertungsbögen Kurzfragebogen für Eltern zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-P/6-18), 10 Auswertungsbögen Kurzfragebogen für Lehrer zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-T/6-18), 10 Auswertungsbögen Kurzfragebogen für Jugendliche zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-Y/11-18), 10 Verlaufsbögen: Repräsentativ-Normen (BPM-P/6-18, BPM-Y/11-18), 10 Verlaufsbögen: Klinische Normen (BPM-P/6-18, BPM-Y/11-18, BPM-T/6-18)]. Göttingen: Hogrefe. Bibliotheksstandort: <http://d-nb.info/1202989152> Preis: Euro 98,44 (Test komplett; Stand: 14.1.2021). Age Group: School Age; Adolescence. Country of Test Origin: United States. Classification Test Categories: [112000] Clinical Behavior Scales; [112000] Verhaltensskalen im Bereich der Klinischen Psychologie. Classification Categories: [2224] Clinical Psychological Testing; [3210] Psychological Disorders; [3230] Behavior Disorders & Antisocial Behavior; [2224] Klinische Psychodiagnostik; [3210] Psychische Störungen; [3230] Verhaltensstörungen, antisoziales und selbstdestruktives Verhalten. Audience: Clinical Diagnosis. Translation: Serbo-Croatian; English; Catalan; Valencian; Finnish; Italian; Norwegian; Persian; Portuguese; Spanish; Castilian; Turkish. Indexing: Anna Schmitt, 17.11.2020. PsynDEX Segment: PSYNDEX Tests. Record Status: 2019.



Als Auswertungs- und Interpretationshilfen stehen die detaillierten Angaben im Manual (Döpfner et al., 2019, S. 18-19), die Auswertungsbögen, die Verlaufsbögen, die Fallbeispiele (S. 19-31) und die in den Normtabellen im Anhang aufgeführten Normwerte (T- und Stanine-Werte) zur Verfügung (S. 50-55).

Testzentrale, Herbert-Quandt-Straße 4, D-37081 Göttingen ; E-Mail: info@testzentrale.de ; URL: <https://www.testzentrale.de/> ; Stand: 1.5.2021.). Hogrefe.

Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche - III (DISYPS-III)* [Diagnostic system for mental disorders according to ICD-10 and DSM-5 for children and adolescents - III (DISYPS-III)]. Hogrefe.

Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)* [Manual for the German school-age forms of the child behavior checklist by Thomas M. Achenbach: Parent report form for children and adolescents' behavior (CBCL/6-18R), teacher report form for children and adolescents' behavior (TRF/6-18R), youth self-report form (YSR/11-18R)]. Hogrefe.

Döpfner, M., & Steinhausen, H.-C. (2012). *KIDS 3 - Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter KIDS 3* [KIDS 3 - transdiagnostic methods for diagnosing mental disorders in childhood and adolescence KIDS 3] (Accession Number: edswis.XPSYE49BC187ECF5FC92E4926361B7B1B06C; Publication Type: Reference Entry; Source: PSYNDEX Psychologische Literatur und Testverfahren; Language: German; Publication Date: 20120101; Rights: All copyright is reserved. The search results are intended solely for the user's own requirement, or in the case of information agents for the principal's own requirement. Access to the data entitles the user to use them only once. Users are not permitted to reproduce, circulate, reprint or permanently store on their own systems the data accessed via GBI-Genios, that is, the full text maybe used on a project to project basis, but without any systematic or methodical organisation and may not be made individually available to a larger user base via electronic means. The stipulations of § 53 UrhG (Vervielfältigungen zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch) [German Copyright Act (Reproduction for private use and other own use)] remain unaffected. With data access by a user acting under the instructions of a third party (information broker), the data may be passed onto the principal only once and must be deleted promptly by the user. The addresses supplied by GBI-Genios are subject to copyright under § 87b of the UrhG [German Copyright Act]. The addresses accessed are intended for a single use by the customer himself as part of a direct advertising campaign in compliance with the provisions of the Data Protection Act. The addresses of persons ordering or requesting offers in response to the customer's advertising are not subject to any restriction when used further by the customer. Also, the result lists made freely available by GBI-Genios are protected under § 87 b UrhG. They serve the exclusive purpose of aiding the research for information. Any further use is prohibited.; Imprint: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), 2012.). Hogrefe.

- Ehmke, T., & Siegle, T. (2005). ISEI, ISCED, HOMEPOS, ESCS. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 8(4), 521–539. <https://doi.org/10.1007/s11618-005-0157-7>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). GPower 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Feingold, A. (2015). Confidence interval estimation for standardized effect sizes in multilevel and latent growth modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(1), 157–168. <https://doi.org/10.1037/a0037721>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1108–1122. <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43(3), 325–343. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5>
- Görtz-Dorten, A., & Thöne, A. K. (2021). *Interview-Leitfäden zum Diagnostik System für psychische Störungen nach DSM-5 für Kinder- und Jugendliche* [Interview guidelines for the diagnostic system of mental disorders in children and adolescents based on DSM-5]. Hogrefe.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychological: science and practice*, 9(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hautmann, C., Gehlen, D., & Döpfner, M. (2019). *OPTIE Adhärenzskala* [OPTIE adherence scale]. University Hospital Cologne.
- Hautmann, C., Gehlen, D., Geldermann, N., Oswald, F., Rausch, J., & Döpfner, M. (2019). *Deutsche Teilübersetzung der Peabody Treatment Progress Battery* [German part translation of the Peabody Treatment Progress Battery]. University Hospital Cologne.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12>
- Kelley, S. D., & Bickman, L. (2009). Beyond outcomes monitoring: Measurement feedback systems in child and adolescent clinical practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 363–368. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9162>

KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents* [Die KIDSCREEN-Fragebögen - Lebensqualitätsfragebögen für Kinder und Jugendliche] (Accession Number: 0189948. Authors: KIDSCREEN Group Europe. Publication Date: 20060101. Number of Pages: 231 pp.. Document Type: Authored Book; Literature. Language: English. Update Date: 20070601. Domain: PSYNDEX Therapy; PSYNDEX Research. Population Location: Europe. Age Group: Childhood; School Age; Adolescence; Adulthood. Audience: Practice. Methodology: assessment method description; treatment program. Reference Count: Etwa 150. Supplemental Data: [06] Testverfahren; [02] Adressverzeichnis; [07] Arbeitsmaterial; [11] CD-ROM/DVD/Disc. Psyn dex Segment: PSYNDEX Literature & AudioVisual Media.

EUR 40,00). Pabst.

Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>

Kopta, M., Owen, J., & Budge, S. (2015). Measuring psychotherapy outcomes with the Behavioral Health Measure–20: Efficient and comprehensive. *Psychotherapy*, 52(4), 442–448. <https://doi.org/10.1037/pst0000035>

Kottner, J., Audige, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B. J., Hróbjartsson, A., Roberts, C., Shoukri, M., & Streiner, D. L. (2011). Guidelines for reporting reliability and agreement studies (GRRAS) were proposed. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 661–671. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.01.016>

Kraemer, H. C., Morgan, G. A., Leech, N. L., Gliner, J. A., Vaske, J. J., & Harmon, R. J. (2003). Measures of clinical significance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1524–1529. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00022>

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). John Wiley & Sons.

Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159–172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159>

Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>

Lueger, R. J., & Barkham, M. (2010). Using benchmarks and benchmarking to improve quality of practice and services. In M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. (pp. 223–256). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470687994.ch9>

Marshall, S., Haywood, K., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: A structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 559–568. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x>

- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)* [Questionnaire for the evaluation of treatment]. Hogrefe.
- McConaughy, S. H., Achenbach, T. M., Arnold, J., Walter, D., & Wanner, M. (2001). *SCICA trainee user guide for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*. ASEBA University of Vermont.
- Overington, L., & Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Canadian Psychology, 53*(2), 82–92. <https://doi.org/10.1037/a0028017>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56*(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10* [Multiaxial classification of child and adolescent psychological disorders based on ICD-10]. Hogrefe.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(3), 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research, 22*(6), 638–647.
- Spengler, P. M., & Pilipis, L. A. (2015). A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment. *Journal of Counseling Psychology, 62*(3), 360–378. <https://doi.org/10.1037/cou0000065>
- Tam, H. E., & Ronan, K. (2017). The application of a feedback-informed approach in psychological service with youth: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 55*, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.005>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist, 69*(3), 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- Twisk, J., Bosman, L., Hoekstra, T., Rijnhart, J., Welten, M., & Heymans, M. (2018). Different ways to estimate treatment effects in randomised controlled trials. *Contemporary Clinical Trials Communications, 10*, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2018.03.008>
- van Sonsbeek, M. A. M. S., Hutschemaekers, G. G. J. M., Veerman, J. W., & Tiemens, B. B. G. (2014). Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: Study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-3>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports, 110*(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>

- Walter, D., Dachs, L., Faber, M., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., Kinnen, C., Rademacher, C., Schuermann, S., Metternich-Kaizman, T. W., & Doepfner, M. (2018). Effectiveness of outpatient cognitive-behavioral therapy for adolescents under routine care conditions on behavioral and emotional problems rated by parents and patients: An observational study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 65–77. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1021-z>
- Walter, D., Dachs, L., Faber, M., Goletz, H., Görtz-Dorten, A., Kinnen, C., Rademacher, C., Schürmann, S., Woitecki, K., Metternich-Kaizman, T. W., Plück, J., Hautmann, C., Ise, E., & Döpfner, M. (2015). Alltagswirksamkeit ambulanter Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen im Urteil der Eltern in einer universitären Ausbildungsambulanz [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy for children and adolescents under routine care conditions in a university outpatient clinic as rated by parents]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 44(3), 169–180. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000321>
- Walter, D., Dachs, L., Farwick zum Hagen, J., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Kinnen, C., Rademacher, C., Schuermann, S., Viefhaus, P., & Wolff Metternich-Kaizman, T. (2019). Parent-and teacher-rated effectiveness of cognitive-behavioral therapy for children and adolescents under usual care conditions in a university outpatient clinic. *Child Psychiatry & Human Development*, 50, 533–545. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0860-2>
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144–155. <https://doi.org/10.1037/a0018544>
- White, M. M., Lambert, M. J., Ogles, B. M., Mclaughlin, S. B., Bailey, R. J., & Tingey, K. M. (2015). Using the assessment for signal clients as a feedback tool for reducing treatment failure. *Psychotherapy Research*, 25(6), 724–734. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1009862>

## 11. Anhang

**Anhang 1:** Stichprobenfluss

**Anhang 2:** Therapiedauer

**Anhang 3:** Moderationsanalyse der internalen Symptomatik (SFSS-I Internal)

**Anhang 4:** Moderationsanalyse der externalen Symptomatik (SFSS-I External)

**Anhang 5:** Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Klinikstichprobe im Elternurteil

**Anhang 6:** Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Klinikstichprobe im Selbsturteil

**Anhang 7:** Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Stichprobe der Routineversorgung im Eltern- und Selbsturteil

**Anhang 8:** Mittelwerte und Standardabweichungen der CBCL/YSR T-Werte, sowie der Anteil an klinisch-auffälligen Patient:innen

**Anhang 9:** Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)

**Anhang 10:** Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)



**Anhang 11:** *Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)*

**Anhang 12:** *Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)*

**Anhang 13:** *Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)*

**Anhang 14:** *Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)*

**Anhang 15:** *Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)*

**Anhang 16:** *Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)*

**Anhang 17:** *Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)*

**Anhang 18:** *Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)*

**Anhang 19:** *Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)*

**Anhang 20:** *Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)*

**Anhang 21:** *Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)*

**Anhang 22:** *Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)*

**Anhang 23:** *Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)*

**Anhang 24:** *Moderationsanalyse der internalen Symptomatik im klinischen Urteil (mITT; n = 297)*

**Anhang 25:** *Moderationsanalyse der externalen Symptomatik im klinischen Urteil (mITT; n = 297)*

**Anhang 26:** *Dropout-Analyse der Modified Intent-to-treat Stichprobe (mITT; n = 297)*

**Anhang 27:** *Vergleich des Symptomverlaufs der Therapie-/Studienabbrecher zu den regulär beendeten Fällen im Feedback System (mITT, Feedback-Gruppe; n = 153)*

**Anhang 28:** *Symptomverlauf der Not-On-Track-Patient:innen*

**Anhang 29:** *Nutzung der Feedback-Supervision durch Therapeut:innen*

**Anhang 30:** *Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 1-3)*

**Anhang 31:** *Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 4-6)*

**Anhang 32:** *Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 7-10)*

**Anhang 33:** *Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 11-13)*

**Anhang 34:** *Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 14-16)*

## **12. Anlagen**

**Anlage 1:** *Flyer Eltern*

**Anlage 2:** *Flyer Therapeut:innen*

**Anlage 3:** *Studieninformationen & Einverständniserklärung Eltern*

Akronym: OPTIE

Förderkennzeichen: 01VSF18027

**Anlage 4:** *Studieninformationen & Einverständniserklärung Kinder und Jugendliche*

**Anlage 5:** *Studieninformationen & Einverständniserklärung Therapeut:innen*

**Anlage 6:** *OPTIE: Einschlusskriterien*

**Anlage 7:** *Kurzeinführung therapeutisches Rückmeldesystem*

**Anlage 8:** *Messinstrumente Rückmeldesystem*

**Anlage 9:** *ZIEBO-Manual*

**Anlage 10:** *Interview-Leitfaden zur SFSS-I*

**Anlage 11:** *Interview-Kodierbogen zur SFSS-I*

**Anlage 12:** *Interview-Rating Notizen zur SFSS-I*

**Anlage 13:** *Modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (GBPF)*

**Anlage 14:** *OPTIE – SOP Studienrekrutierung*

**Anlage 15:** *OPTIE – SOP Studieneinschluss*

**Anlage 16:** *OPTIE – SOP Datenerhebung primärer Ergebnisparameter*

**Anlage 17:** *OPTIE – SOP Datenerhebung sekundärer Ergebnisparameter*

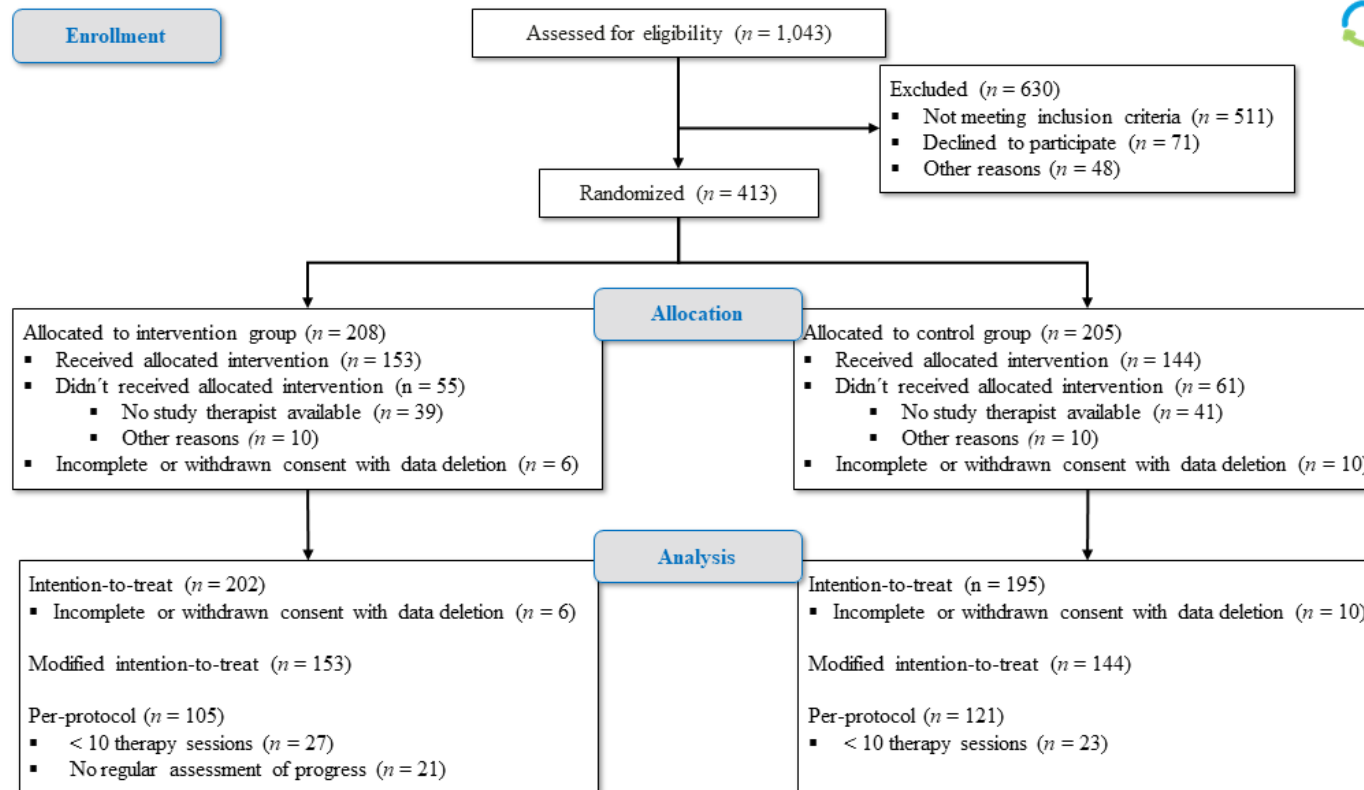
**Anlage 18:** *OPTIE – SOP Datenerhebung Rückmeldesystem*

**Anlage 19:** *OPTIE – SOP Supervision*

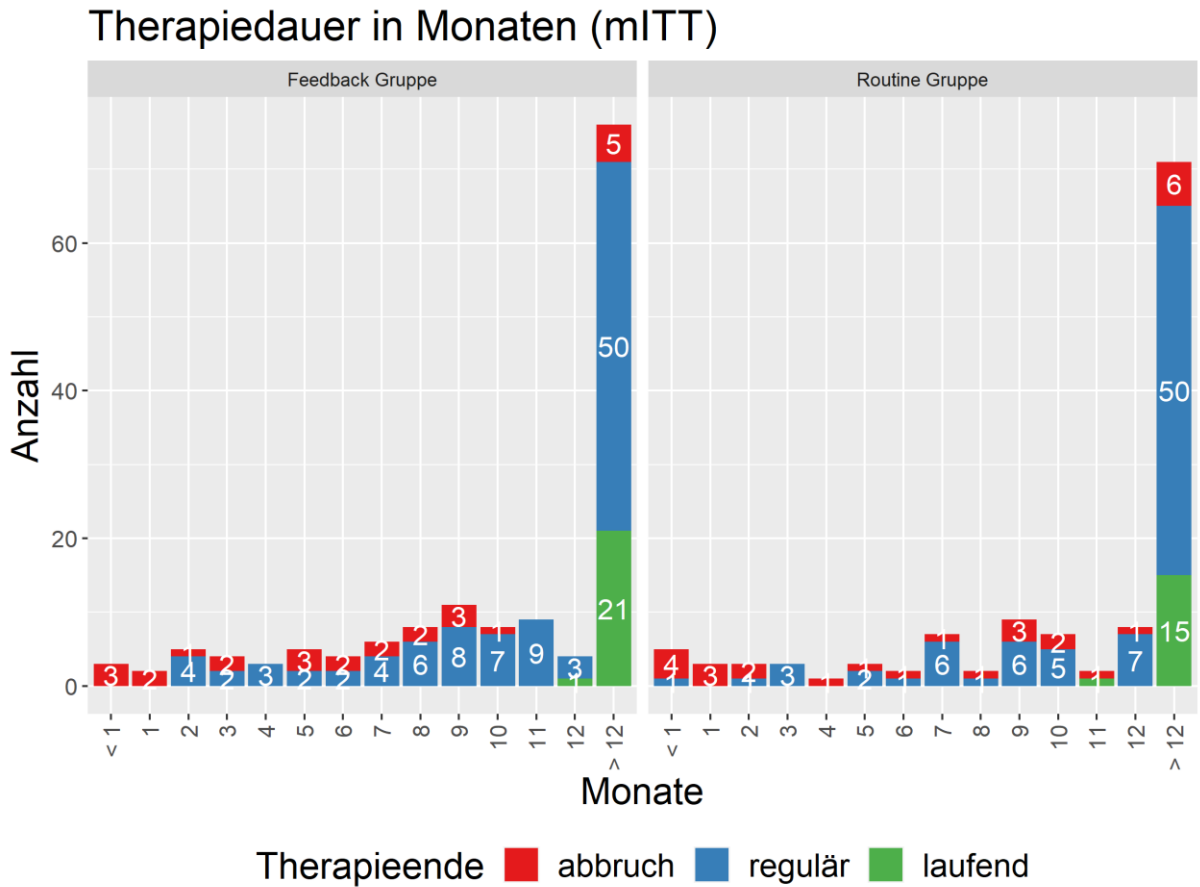
**Anlage 20:** *OPTIE – SOP Signaturen*

**Anlage 21:** *Prüfplan*

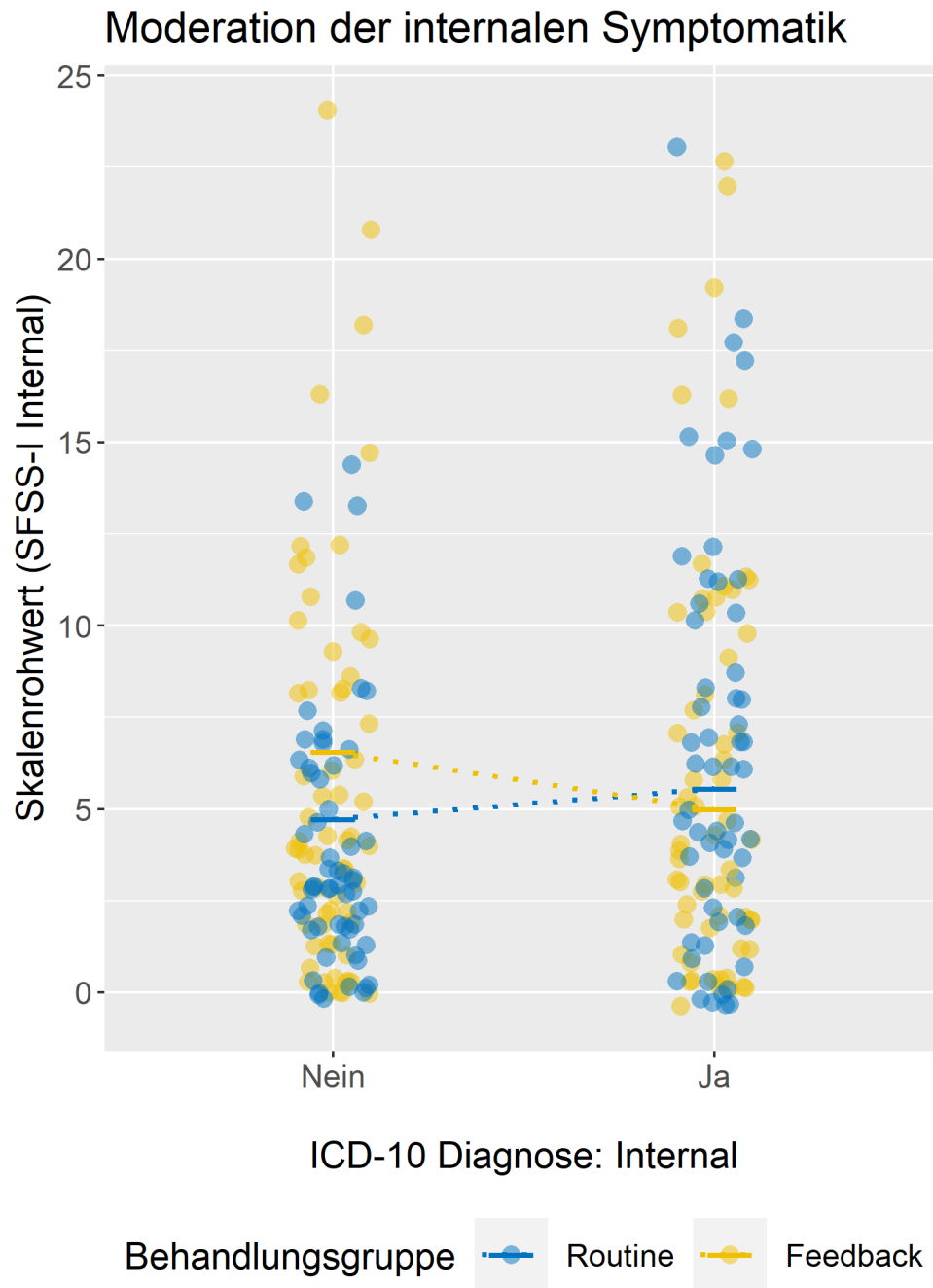
**Anlage 22:** *Beispielhafter Rückmeldebericht*



Anhang Nr. 1: Stichprobenfluss

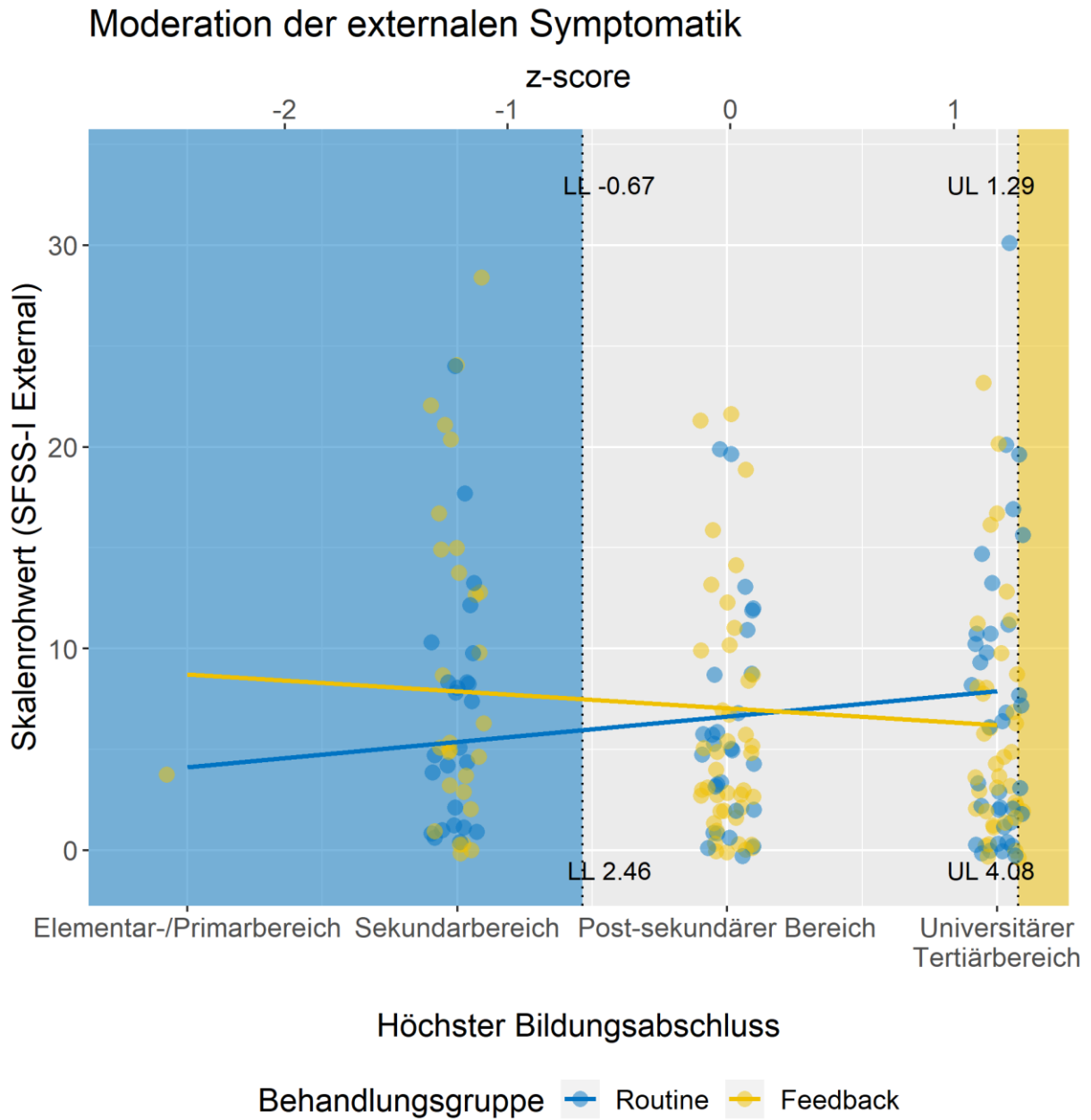


Anhang Nr. 2: Therapiedauer der mITT Stichprobe nach Gruppen



Anhang Nr. 3: Moderationsanalyse der internalen Symptomatik (SFSS-I Internal)





Anhang Nr. 4: Moderationsanalyse der externalen Symptomatik (SFSS-I External)

**Anhang Nr. 5: Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Klinikstichprobe im Elternurteil**

	Jungen		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Mädchen		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	mITT	kS				mITT	kS			
	6-11 Jahre									
Stichprobengröße, <i>n</i>	120	493				37	178			
CBCL, <i>M (SD)</i>										
Internal	11.37 (7.56)	11.24 (7.35)	0.17	0.863	0.02	15.32 (9.03)	14.7 (8.98)	0.38	0.703	0.07
AP	8.64 (3.97)	7.54 (3.71)	2.87 **	0.004	0.29	5.84 (4.38)	5.83 (4.20)	0.01	0.99	0.00
External	17.15 (10.49)	16.83 (10.19)	0.31	0.759	0.03	10.76 (10.94)	13.49 (10.31)	-1.45	0.148	-0.26
	12-18 Jahre									
Stichprobengröße, <i>n</i>	51	338				62	279			
CBCL, <i>M (SD)</i>										
Internal	15.67 (8.55)	14.07 (8.37)	1.27	0.205	0.19	20.53 (10.55)	16.92 (9.43)	2.67 **	0.008	0.37
AP	6.55 (4.58)	7.5 (4.12)	-1.51	0.131	-0.23	5.42 (3.97)	4.94 (3.92)	0.87	0.385	0.12
External	10.65 (8.69)	17.34 (11.67)	-3.93 ***	<0.001	-0.59	9.39 (7.72)	13.01 (10.4)	-2.59 *	0.010	-0.36

*Notiz.* kS = Klinische Vergleichsstichprobe (Döpfner et al., 2014); AP = Aufmerksamkeitsprobleme; CBCL/6–18R = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

**Anhang Nr. 6: Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Klinikstichprobe im Selbsturteil**

	Jungen		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	Mädchen		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	mITT	kS				mITT	kS			
Stichprobengröße, <i>n</i>	78	426				100	329			
YSR, <i>M (SD)</i>										
Internal	13.4 (9.70)	11.48 (8.21)	1.84	0.066	0.23	23.18 (11.65)	19.76 (9.98)	2.88 **	0.004	0.33
AP	6.19 (3.94)	6.14 (3.49)	0.11	0.909	0.01	6.86 (3.48)	6.15 (3.60)	1.74	0.083	0.20
External	10.74 (8.25)	14.38 (9.14)	-3.28 **	0.001	-0.40	11.81 (7.36)	13.96 (8.61)	-2.26 *	0.024	-0.26

*Notiz.* kS = Klinische Vergleichsstichprobe (Döpfner et al., 2014); AP = Aufmerksamkeitsprobleme; YSR/11–18R = Youth Self-Report for Ages 11–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

**Anhang Nr. 7: Vergleich der mITT-Stichprobe mit einer Stichprobe der Routineversorgung im Eltern- und Selbsturteil**

	mITT	Routine	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Stichprobengröße, <i>n</i>	270	519			
CBCL, <i>M (SD)</i>					
Internal	14.83 (9.38)	13.04 (8.62)	2.68 **	0.007	0.20
AP	7.12 (4.36)	6.95 (3.88)	0.56	0.575	0.04
External	13.26 (10.22)	15.40 (10.43)	-2.75 **	0.006	-0.21
Stichprobengröße, <i>n</i>	132	677			
YSR, <i>M (SD)</i>					
Internal	19.27 (11.87)	14.8 (10.31)	4.44 ***	<0.001	0.42
AP	6.66 (3.54)	5.77 (3.34)	2.77 **	0.006	0.26
External	11.57 (7.76)	12.18 (7.95)	-0.81	0.418	-0.08

*Notiz.* Routine = Stichprobe der Routineversorgung (Walter et al., 2018; Walter et al., 2019); AP = Aufmerksamkeitsprobleme; CBCL/6–18R = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); YSR/11–18R = Youth Self-Report for Ages 11–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

**Anhang Nr. 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der CBCL/YSR T-Werte, sowie der Anteil an klinisch-auffälligen Patient:innen**

	<i>M (SD)</i>	<i>n<sup>1</sup> (%)</i>
CBCL ( <i>n</i> = 270)		
Internal	65.88 (10.35)	207 (76.7)
AP	65.31 (10.68)	126 (46.7)
External	59.83 (11.03)	132 (48.9)
YSR ( <i>n</i> = 132)		
Internal	63.98 (12.27)	84 (63.6)
AP	60.86 (8.54)	38 (28.8)
External	53.08 (9.13)	32 (24.2)

*Notiz.* AP = Aufmerksamkeitsprobleme; CBCL/6–18R = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); YSR/11–18R = Youth Self-Report for Ages 11–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup>Anzahl Patient:innen im Grenzbereich bzw. klinisch auffälligem Bereich (T-Wert ≥ 60 für Internal/External; T-Wert ≥ 66 für AP).



**Anhang Nr. 9: Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)**

	Feedback-Grupp(n = 202)						Routine-Gruppe (n = 195)					
	Prä		Zwischen		Post		Prä		Zwischen		Post	
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
Verblindete Kliniker:innen												
SFSS-I Internal	185	9.58 (5.84)	162	7.28 (5.68)	160	5.71 (5.27)	169	8.83 (5.41)	164	7.20 (5.21)	158	5.11 (4.65)
SFSS-I External	186	9.77 (7.59)	162	8.88 (7.89)	160	6.98 (6.95)	169	11.01 (8.66)	164	9.09 (7.69)	159	7.47 (6.93)
SFSS-I Total	185	19.40 (8.66)	162	16.16 (9.80)	160	12.69 (9.08)	169	19.85 (9.28)	164	16.29 (9.01)	158	12.59 (8.94)
Therapeut:innen												
modifizierte GBPF	189	2.81 (1.25)	127	2.43 (1.17)	105	2.31 (1.27)	179	2.94 (1.09)	128	2.55 (1.24)	102	2.28 (1.07)
Eltern												
BPM Internal	167	3.90 (2.94)	163	3.71 (2.97)	144	2.66 (2.76)	166	3.64 (2.79)	129	2.87 (2.73)	147	2.43 (2.32)
BPM AP	167	5.54 (3.42)	163	4.56 (3.31)	144	4.34 (3.37)	166	5.69 (3.34)	129	4.25 (3.15)	147	4.58 (3.03)
BPM External	167	4.34 (3.26)	163	3.72 (3.02)	144	3.06 (2.95)	166	4.63 (3.37)	129	3.42 (2.85)	147	3.18 (2.83)
CBCL Internal	167	15.06 (9.61)			144	10.53 (9.53)	167	13.92 (9.16)			145	9.87 (7.99)
CBCL AP	167	7.16 (4.51)			144	5.43 (4.32)	167	7.23 (4.20)			145	5.77 (3.81)
CBCL External	167	12.86 (9.31)			144	8.76 (8.43)	167	13.61 (10.43)			145	9.33 (8.84)
KIDSCREEN Total	140	35.94 (4.79)	144	37.60 (5.12)	144	37.97 (5.37)	141	36.62 (4.97)	135	38.44 (4.54)	139	38.31 (4.96)
FBB-Screen Internal	175	0.74 (0.48)	155	0.61 (0.41)	148	0.50 (0.44)	175	0.68 (0.49)	148	0.57 (0.42)	145	0.48 (0.41)
FBB-Screen External	175	0.79 (0.55)	155	0.68 (0.52)	148	0.59 (0.53)	175	0.81 (0.56)	148	0.70 (0.49)	145	0.64 (0.49)
Jugendliche <sup>1</sup>												
BPM Internal	82	4.78 (3.35)	83	4.20 (3.42)	60	3.25 (3.17)	73	4.44 (3.16)	62	3.26 (2.92)	68	2.84 (2.47)
BPM AP	82	4.09 (2.52)	83	3.89 (2.59)	60	3.12 (2.85)	73	4.48 (2.77)	62	3.69 (2.60)	68	3.29 (2.78)
BPM External	82	3.33 (2.69)	83	3.12 (2.91)	60	2.32 (2.08)	73	3.26 (2.36)	62	2.42 (2.02)	68	2.26 (2.09)
YSR Internal	82	19.77 (12.04)			59	13.25 (10.03)	74	18.24 (11.58)			65	11.97 (8.92)
YSR AP	82	6.23 (3.73)			59	4.71 (3.70)	74	6.89 (3.92)			65	5.05 (3.86)
YSR External	82	11.88 (8.37)			59	8.00 (6.62)	74	10.80 (7.25)			65	7.31 (6.02)
KIDSCREEN Total	69	33.81 (7.12)	75	36.49 (7.26)	59	37.44 (5.63)	55	35.91 (6.51)	63	37.00 (6.65)	62	37.23 (6.56)
SBB-Screen Internal	89	0.96 (0.57)	87	0.72 (0.51)	64	0.64 (0.45)	79	0.85 (0.54)	70	0.76 (0.54)	70	0.63 (0.55)
SBB-Screen External	89	0.64 (0.38)	87	0.57 (0.36)	64	0.46 (0.35)	79	0.66 (0.47)	70	0.57 (0.39)	70	0.47 (0.41)
Lehrkraft												
TRF Internal	92	9.55 (7.57)			66	7.36 (7.55)	101	8.89 (6.79)			73	8.48 (8.32)
TRF AP	92	15.55 (12.42)			66	11.68 (10.12)	101	18.02 (12.18)			73	13.27 (10.52)

TRF External	92 10.86 (12.19)	66 8.27 (9.82)	101 11.30 (11.72)	73 8.00 (9.28)
--------------	------------------	----------------	-------------------	----------------

*Notiz.* Prä = Prämesszeitpunkt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; AP = Aufmerksamkeitsprobleme ; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS-I); modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R= Youth Self-Report for Ages 11-18R(Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlicherurteil bei  $n = 205$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

**Anhang Nr. 10: Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)**

	Zwischen					Post				
	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	0.19	0.50	0.704	0.03	[-0.14, 0.21]	0.49	0.51	0.341	0.09	[-0.09, 0.26]
SFSS-I External	-0.01	0.53	0.989	-0.00	[-0.13, 0.13]	-0.05	0.52	0.926	-0.01	[-0.13, 0.12]
SFSS-I Total	0.07	0.79	0.927	0.01	[-0.16, 0.18]	0.28	0.82	0.736	0.03	[-0.15, 0.21]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.05	0.14	0.693	-0.05	[-0.27, 0.18]	0.13	0.16	0.417	0.11	[-0.15, 0.37]
Eltern										
BPM Internal	0.31	0.29	0.292	0.11	[-0.09, 0.31]	-0.14	0.25	0.585	-0.05	[-0.22, 0.12]
BPM AP	0.52	0.26*	0.048	0.15	[0.00, 0.31]	-0.25	0.26	0.324	-0.08	[-0.23, 0.07]
BPM External	0.12	0.25	0.615	0.04	[-0.11, 0.18]	-0.15	0.26	0.575	-0.04	[-0.20, 0.11]
CBCL Internal						-0.84	0.84	0.317	-0.09	[-0.27, 0.09]
CBCL AP						-0.45	0.35	0.201	-0.10	[-0.26, 0.06]
CBCL External						-0.62	0.75	0.408	-0.06	[-0.21, 0.09]
KIDSCREEN Total	-0.65	0.52	0.216	-0.13	[-0.34, 0.08]	-0.34	0.60	0.575	-0.07	[-0.31, 0.17]
FBB-Screen Internal	-0.03	0.04	0.417	-0.06	[-0.20, 0.08]	-0.02	0.04	0.671	-0.03	[-0.20, 0.13]
FBB-Screen External	-0.05	0.04	0.170	-0.09	[-0.22, 0.04]	-0.07	0.04	0.074	-0.13	[-0.28, 0.01]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	0.40	0.39	0.301	0.12	[-0.11, 0.36]	0.40	0.41	0.330	0.12	[-0.13, 0.37]
BPM AP	0.49	0.37	0.184	0.19	[-0.09, 0.46]	0.24	0.44	0.594	0.09	[-0.24, 0.42]
BPM External	0.73	0.34*	0.032	0.29	[0.02, 0.55]	0.42	0.28	0.138	0.16	[-0.05, 0.38]
YSR Internal						0.27	1.41	0.846	0.02	[-0.21, 0.26]
YSR AP						-0.14	0.60	0.821	-0.04	[-0.35, 0.28]
YSR External						0.61	0.89	0.494	0.08	[-0.15, 0.30]
KIDSCREEN Total	1.41	1.17	0.234	0.21	[-0.13, 0.55]	0.67	1.26	0.596	0.10	[-0.27, 0.46]
SBB-Screen Internal	-0.06	0.06	0.326	-0.11	[-0.33, 0.11]	-0.06	0.07	0.355	-0.11	[-0.35, 0.13]

SBB-Screen External										
Lehrkraft	0.01	0.04	0.846	0.02	[-0.18, 0.22]	0.00	0.05	0.948	0.01	[-0.24, 0.26]
TRF Internal						-1.25	1.37	0.362	-0.17	[-0.55, 0.20]
TRF AP						-0.28	1.62	0.861	-0.02	[-0.28, 0.24]
TRF External						0.24	1.51	0.876	0.02	[-0.23, 0.27]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 205$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ .

**Anhang Nr. 11: Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)**

Instrument	Feedbackgruppe (n = 202)	Routinegruppe (n = 195)	Est.	SE	p	Effektgröße		
						ES	95% CI	
<b>Therapeut:innen (FBB-T)</b>								
Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten, <i>M (SD)</i>	2.50 (0.94)	2.58 (0.86)	0.08	0.10	0.424	-0.09	[-0.32, 0.13]	
Therapieerfolg hinsichtlich der Familie, <i>M (SD)</i>	1.67 (0.83)	1.68 (0.85)	0.02	0.09	0.840	-0.02	[-0.24, 0.19]	
Kooperation mit dem Patienten, <i>M (SD)</i>	1.72 (0.37)	1.71 (0.42)	-0.01	0.04	0.807	0.03	[-0.19, 0.25]	
Kooperation mit der Mutter, <i>M (SD)</i>	1.62 (0.63)	1.72 (0.68)	0.10	0.07	0.174	-0.15	[-0.37, 0.07]	
Kooperation mit dem Vater, <i>M (SD)</i>	1.70 (1.58)	1.51 (1.50)	-0.17	0.18	0.333	0.11	[-0.11, 0.33]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	1.67 (0.47)	1.70 (0.46)	0.03	0.05	0.567	-0.06	[-0.27, 0.15]	
<b>Eltern (FBB-E)</b>								
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.69 (0.83)	2.78 (0.78)	0.09	0.09	0.332	-0.11	[-0.33, 0.11]	
Verlauf der Behandlung, <i>M (SD)</i>	3.24 (0.59)	3.36 (0.42)	0.12	0.06 *	0.042	-0.23	[-0.45, -0.01]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	3.23 (0.64)	3.34 (0.49)	0.11	0.06	0.078	-0.20	[-0.42, 0.02]	
<b>Jugendliche (FBB-J)<sup>1</sup></b>								
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.87 (0.90)	3.02 (0.56)	0.15	0.12	0.225	-0.20	[-0.51, 0.12]	
Beziehung zum Therapeuten, <i>M (SD)</i>	3.44 (0.71)	3.58 (0.49)	0.13	0.10	0.198	-0.21	[-0.54, 0.11]	
Rahmenbedingungen der Behandlung, <i>M (SD)</i>	1.34 (0.97)	1.25 (0.98)	-0.09	0.16	0.566	0.09	[-0.22, 0.41]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	2.46 (0.46)	2.51 (0.42)	0.05	0.07	0.491	-0.11	[-0.43, 0.20]	
<b>Therapieprozessvariablen</b>								
Therapiedauer (Wochen), <i>M (SD)</i>	42.85 (13.76)	43.37 (14.64)	-0.55	1.90	0.773	-0.04	[-0.30, 0.22]	
Therapieintensität (Stunden pro Woche), <i>M (SD)</i>	0.77 (0.22)	0.77 (0.25)	-0.01	0.03	0.873	-0.02	[-0.29, 0.25]	
Therapieabbrüche, <i>n (%)</i>	27 (14.0)	24 (12.8)	0.10	0.30	0.741	1.10	[0.61, 2.01]	

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen den Effekt von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback). Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; ES = Effektgröße (Bei numerischen Variablen Cohens' d, bei ordinalen Odds Ratio); FBB = Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmitt, 1999).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei n = 205 Patient:innen (≥ 11 Jahre) erhoben.

\* p < .05.

**Anhang Nr. 12: Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT;  $n = 397$ )**

	Feedbackgruppe ( $n = 202$ )									
	Zwischen					Post				
	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-1.83	0.35***	0.000	-0.32	[-0.45, -0.20]	-3.53	0.36***	0.000	-0.63	[-0.75, -0.50]
SFSS-I External	-1.36	0.37***	0.000	-0.17	[-0.26, -0.08]	-3.18	0.36***	0.000	-0.39	[-0.48, -0.30]
SFSS-I Total	-3.23	0.55***	0.000	-0.36	[-0.48, -0.24]	-6.79	0.57***	0.000	-0.76	[-0.88, -0.63]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.39	0.10***	0.000	-0.33	[-0.49, -0.17]	-0.52	0.11***	0.000	-0.45	[-0.63, -0.26]
Eltern										
BPM Internal	-0.45	0.20*	0.025	-0.16	[-0.29, -0.02]	-1.40	0.18***	0.000	-0.49	[-0.61, -0.37]
BPM AP	-0.72	0.18***	0.000	-0.21	[-0.32, -0.11]	-1.12	0.18***	0.000	-0.33	[-0.44, -0.22]
BPM External	-0.67	0.17***	0.000	-0.20	[-0.30, -0.10]	-1.31	0.19***	0.000	-0.40	[-0.51, -0.29]
CBCL Internal						-5.16	0.60***	0.000	-0.55	[-0.68, -0.42]
CBCL AP						-1.76	0.26***	0.000	-0.40	[-0.52, -0.29]
CBCL External						-3.99	0.54***	0.000	-0.40	[-0.51, -0.30]
KIDSCREEN Total	1.60	0.37***	0.000	0.33	[0.18, 0.48]	1.90	0.42***	0.000	0.39	[0.22, 0.56]
FBB-Screen Internal	-0.14	0.03***	0.000	-0.29	[-0.39, -0.18]	-0.23	0.03***	0.000	-0.47	[-0.58, -0.35]
FBB-Screen External	-0.13	0.03***	0.000	-0.24	[-0.33, -0.15]	-0.22	0.03***	0.000	-0.40	[-0.50, -0.29]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-0.64	0.27*	0.017	-0.20	[-0.36, -0.04]	-1.27	0.30***	0.000	-0.39	[-0.57, -0.21]
BPM AP	-0.32	0.25	0.201	-0.12	[-0.31, 0.07]	-0.85	0.33*	0.011	-0.32	[-0.57, -0.08]
BPM External	-0.08	0.23	0.718	-0.03	[-0.21, 0.15]	-0.59	0.21**	0.005	-0.23	[-0.39, -0.07]
YSR Internal						-5.80	1.05***	0.000	-0.49	[-0.67, -0.31]
YSR AP <sup>1</sup>						-1.47	0.45**	0.001	-0.39	[-0.62, -0.15]
YSR External						-2.12	0.66**	0.002	-0.27	[-0.44, -0.10]
KIDSCREEN Total	2.72	0.78***	0.001	0.40	[0.17, 0.62]	3.41	0.88***	0.000	0.50	[0.24, 0.76]



SBB-Screen Internal										
SBB-Screen External Lehrkraft	-0.18	0.04***	0.000	-0.32	[-0.47, -0.16]	-0.32	0.05***	0.000	-0.57	[-0.75, -0.40]
	-0.08	0.03**	0.009	-0.18	[-0.32, -0.05]	-0.17	0.04***	0.000	-0.40	[-0.58, -0.22]
TRF Internal						-1.74	0.95	0.069	-0.24	[-0.50, 0.02]
TRF AP						-4.28	1.12***	0.000	-0.35	[-0.53, -0.17]
TRF External						-3.60	1.04***	0.001	-0.30	[-0.47, -0.13]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 112$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 12: Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (ITT; n = 397)**

	Routinegruppe (n = 195)									
	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-2.02	0.35***	0.000	-0.36	[-0.48, -0.23]	-4.02	0.36***	0.000	-0.71	[-0.84, -0.59]
SFSS-I External	-1.35	0.37***	0.000	-0.17	[-0.26, -0.08]	-3.14	0.37***	0.000	-0.39	[-0.47, -0.30]
SFSS-I Total	-3.31	0.56***	0.000	-0.37	[-0.49, -0.25]	-7.07	0.58***	0.000	-0.79	[-0.92, -0.66]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.33	0.10***	0.001	-0.28	[-0.44, -0.12]	-0.65	0.11***	0.000	-0.55	[-0.74, -0.37]
Eltern										
BPM Internal	-0.76	0.21***	0.000	-0.26	[-0.41, -0.12]	-1.26	0.17***	0.000	-0.44	[-0.56, -0.32]
BPM AP	-1.24	0.19***	0.000	-0.37	[-0.48, -0.25]	-0.87	0.18***	0.000	-0.26	[-0.36, -0.15]
BPM External	-0.79	0.18***	0.000	-0.24	[-0.34, -0.13]	-1.17	0.18***	0.000	-0.35	[-0.46, -0.24]
CBCL Internal						-4.32	0.58***	0.000	-0.46	[-0.58, -0.34]
CBCL AP						-1.30	0.25***	0.000	-0.30	[-0.41, -0.19]
CBCL External						-3.37	0.52***	0.000	-0.34	[-0.44, -0.24]
KIDSCREEN Total	2.24	0.37***	0.000	0.46	[0.31, 0.61]	2.23	0.42***	0.000	0.46	[0.29, 0.63]
FBB-Screen Internal	-0.11	0.02***	0.000	-0.23	[-0.33, -0.13]	-0.21	0.03***	0.000	-0.43	[-0.55, -0.32]
FBB-Screen External	-0.08	0.03**	0.001	-0.15	[-0.24, -0.06]	-0.15	0.03***	0.000	-0.26	[-0.37, -0.16]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-1.04	0.28***	0.000	-0.32	[-0.49, -0.15]	-1.66	0.27***	0.000	-0.51	[-0.67, -0.34]
BPM AP	-0.81	0.27**	0.003	-0.31	[-0.51, -0.11]	-1.08	0.30***	0.000	-0.41	[-0.64, -0.19]
BPM External	-0.81	0.24**	0.001	-0.32	[-0.51, -0.13]	-1.01	0.19***	0.000	-0.40	[-0.55, -0.25]
YSR Internal						-6.08	0.94***	0.000	-0.51	[-0.67, -0.36]
YSR AP <sup>1</sup>						-1.34	0.40**	0.001	-0.35	[-0.56, -0.14]
YSR External						-2.73	0.59***	0.000	-0.35	[-0.50, -0.20]
KIDSCREEN Total	1.32	0.87	0.131	0.19	[-0.06, 0.44]	2.74	0.88**	0.003	0.40	[0.14, 0.66]

SBB-Screen Internal										
SBB-Screen External Lehrkraft	-0.12	0.05*	0.012	-0.21	[-0.37, -0.05]	-0.26	0.05***	0.000	-0.46	[-0.62, -0.30]
	-0.09	0.03**	0.006	-0.20	[-0.34, -0.06]	-0.17	0.04***	0.000	-0.41	[-0.58, -0.24]
TRF Internal						-0.49	0.99	0.621	-0.07	[-0.34, 0.20]
TRF AP						-3.99	1.17***	0.001	-0.32	[-0.51, -0.14]
TRF External						-3.84	1.09***	0.001	-0.32	[-0.50, -0.14]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 93$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 14: Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)**

	Feedback-Gruppe (n = 153)						Routine-Gruppe (n = 144)					
	Prä		Zwischen		Post		Prä		Zwischen		Post	
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
Verblindete Kliniker:innen												
SFSS-I Internal	141	9.42 (5.88)	130	7.25 (5.52)	126	5.69 (5.49)	127	9.02 (5.25)	123	7.27 (5.31)	119	5.22 (4.71)
SFSS-I External	142	9.54 (7.31)	130	8.64 (7.81)	126	6.80 (6.72)	127	11.02 (8.60)	123	8.81 (7.53)	120	7.72 (7.04)
SFSS-I Total	141	19.01 (8.66)	130	15.88 (9.85)	126	12.49 (9.06)	127	20.04 (8.81)	123	16.08 (8.60)	119	12.95 (8.77)
Therapeut:innen												
modifizierte GBPF	147	2.73 (1.25)	104	2.35 (1.11)	87	2.26 (1.23)	135	2.97 (1.07)	98	2.54 (1.25)	79	2.25 (0.98)
Eltern												
BPM Internal	127	3.97 (2.91)	142	3.71 (2.98)	115	2.72 (2.90)	126	3.87 (2.75)	93	2.84 (2.75)	110	2.53 (2.35)
BPM AP	127	5.35 (3.39)	142	4.53 (3.37)	115	4.18 (3.44)	126	5.57 (3.25)	93	4.11 (2.98)	110	4.62 (2.91)
BPM External	127	4.42 (3.29)	142	3.80 (3.12)	115	3.08 (3.03)	126	4.62 (3.57)	93	3.54 (2.97)	110	3.28 (2.92)
CBCL Internal	126	15.04 (9.82)			115	10.36 (9.85)	126	14.69 (9.13)			108	10.57 (8.24)
CBCL AP	126	7.02 (4.55)			115	5.29 (4.47)	126	7.25 (4.19)			108	5.94 (3.72)
CBCL External	126	12.97 (9.40)			115	8.70 (8.40)	126	13.64 (10.90)			108	9.62 (9.18)
KIDSCREEN Total	113	35.77 (4.67)	114	37.78 (5.22)	114	37.96 (5.70)	110	36.05 (4.91)	100	37.81 (4.64)	104	38.05 (4.94)
FBB-Screen Internal	137	0.72 (0.49)	123	0.60 (0.41)	118	0.50 (0.46)	131	0.70 (0.47)	111	0.59 (0.42)	110	0.49 (0.39)
FBB-Screen External	137	0.80 (0.52)	123	0.68 (0.50)	118	0.58 (0.51)	131	0.78 (0.56)	111	0.71 (0.51)	110	0.65 (0.48)
Jugendliche <sup>1</sup>												
BPM Internal	59	5.15 (3.41)	70	4.46 (3.46)	49	3.41 (3.22)	55	4.16 (3.20)	47	3.04 (2.94)	51	2.57 (2.43)
BPM AP	59	4.14 (2.46)	70	3.94 (2.56)	49	3.16 (2.90)	55	4.64 (2.73)	47	3.72 (2.65)	51	3.14 (2.65)
BPM External	59	3.46 (2.69)	70	3.30 (2.93)	49	2.41 (2.11)	55	3.25 (2.41)	47	2.34 (2.01)	51	2.25 (2.10)
YSR Internal	59	21.10 (12.24)			48	13.73 (10.29)	55	17.58 (11.21)			48	10.42 (8.20)
YSR AP	59	6.29 (3.49)			48	4.85 (3.68)	55	6.95 (3.84)			48	4.83 (3.82)
YSR External	59	12.24 (8.25)			48	8.06 (6.60)	55	10.76 (7.32)			48	7.19 (5.45)
KIDSCREEN Total	53	33.85 (7.37)	59	36.05 (7.70)	48	37.04 (5.55)	43	35.86 (6.66)	47	37.15 (6.46)	47	37.55 (6.41)
SBB-Screen Internal	66	0.96 (0.59)	67	0.73 (0.54)	51	0.63 (0.46)	60	0.84 (0.55)	53	0.71 (0.51)	52	0.59 (0.53)
SBB-Screen External	66	0.68 (0.38)	67	0.58 (0.36)	51	0.47 (0.34)	60	0.66 (0.45)	53	0.56 (0.38)	52	0.45 (0.37)

Lehrkraft

TRF Internal	70	9.27 (7.33)	55	7.69 (7.76)	77	9.51 (7.18)	53	9.17 (9.29)
TRF AP	70	14.24 (12.08)	55	11.44 (9.68)	77	19.06 (12.06)	53	14.08 (10.39)
TRF External	70	10.07 (12.38)	55	8.02 (9.83)	77	12.42 (12.44)	53	8.13 (9.70)

*Notiz.* Prä = Prämesszeitpunkt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; AP = Aufmerksamkeitsprobleme ; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS-I); modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R= Youth Self-Report for Ages 11-18R(Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 151$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

**Anhang Nr. 15: Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)**

	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	0.28	0.56	0.625	0.05	[-0.15, 0.25]	0.63	0.60	0.292	0.11	[-0.10, 0.32]
SFSS-I External	-0.24	0.62	0.695	-0.03	[-0.18, 0.12]	-0.58	0.61	0.346	-0.07	[-0.22, 0.08]
SFSS-I Total	-0.05	0.96	0.960	-0.01	[-0.22, 0.21]	-0.09	0.99	0.930	-0.01	[-0.23, 0.21]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.08	0.16	0.610	-0.07	[-0.34, 0.20]	0.14	0.17	0.416	0.12	[-0.17, 0.41]
Eltern										
BPM Internal	0.49	0.34	0.149	0.17	[-0.06, 0.41]	0.02	0.31	0.958	0.01	[-0.21, 0.23]
BPM AP	0.60	0.29*	0.038	0.18	[0.01, 0.35]	-0.38	0.30	0.204	-0.11	[-0.29, 0.06]
BPM External	0.04	0.29	0.897	0.01	[-0.16, 0.18]	-0.24	0.33	0.465	-0.07	[-0.26, 0.12]
CBCL Internal						-1.15	1.02	0.262	-0.12	[-0.34, 0.09]
CBCL AP						-0.70	0.46	0.131	-0.16	[-0.37, 0.05]
CBCL External						-1.15	0.93	0.218	-0.11	[-0.29, 0.07]
KIDSCREEN Total	-0.37	0.62	0.551	-0.08	[-0.33, 0.18]	-0.35	0.70	0.617	-0.07	[-0.36, 0.22]
FBB-Screen Internal	-0.03	0.04	0.480	-0.06	[-0.23, 0.11]	-0.02	0.05	0.611	-0.05	[-0.24, 0.14]
FBB-Screen External	-0.08	0.04	0.050	-0.15	[-0.30, 0.00]	-0.09	0.05*	0.046	-0.17	[-0.35, -0.00]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	0.58	0.44	0.190	0.17	[-0.09, 0.44]	0.71	0.45	0.120	0.21	[-0.06, 0.48]
BPM AP	0.50	0.40	0.216	0.19	[-0.12, 0.51]	0.50	0.49	0.303	0.19	[-0.18, 0.57]
BPM External	0.98	0.39*	0.014	0.38	[0.08, 0.68]	0.58	0.32	0.077	0.23	[-0.03, 0.48]
YSR Internal						2.23	1.64	0.179	0.19	[-0.09, 0.47]
YSR AP						0.42	0.65	0.517	0.12	[-0.24, 0.47]
YSR External						1.12	1.00	0.265	0.14	[-0.11, 0.40]
KIDSCREEN Total	0.83	1.42	0.561	0.12	[-0.29, 0.52]	-0.43	1.42	0.762	-0.06	[-0.47, 0.34]
SBB-Screen Internal	0.02	0.07	0.720	0.04	[-0.19, 0.28]	0.01	0.07	0.880	0.02	[-0.23, 0.27]



SBB-Screen External										
Lehrkraft	-0.00	0.05	0.966	-0.00	[-0.24, 0.23]	0.03	0.06	0.591	0.07	[-0.20, 0.35]
TRF Internal						-1.52	1.57	0.338	-0.21	[-0.64, 0.22]
TRF AP						-0.08	1.81	0.965	-0.01	[-0.31, 0.29]
TRF External						-0.24	1.83	0.896	-0.02	[-0.31, 0.28]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 151$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ .

**Anhang Nr. 16: Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)**

Instrument	Feedbackgruppe (n = 153)	Routinegruppe (n = 144)	Est.	SE	Effektgröße			
					p	ES	95% CI	
<b>Therapeut:innen (FBB-T)</b>								
Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten, <i>M (SD)</i>	2.56 (0.90)	2.54 (0.87)	-0.03	0.12	0.828	-0.03	[-0.23, 0.29]	
Therapieerfolg hinsichtlich der Familie, <i>M (SD)</i>	1.74 (0.85)	1.69 (0.86)	-0.05	0.11	0.629	-0.06	[-0.18, 0.30]	
Kooperation mit dem Patienten, <i>M (SD)</i>	1.71 (0.36)	1.70 (0.39)	-0.02	0.05	0.764	-0.04	[-0.22, 0.30]	
Kooperation mit der Mutter, <i>M (SD)</i>	1.59 (0.63)	1.71 (0.64)	0.12	0.08	0.153	0.19	[-0.44, 0.07]	
Kooperation mit dem Vater, <i>M (SD)</i>	1.84 (1.60)	1.56 (1.52)	-0.29	0.22	0.183	-0.19	[-0.09, 0.46]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	1.70 (0.46)	1.69 (0.45)	-0.02	0.06	0.785	-0.03	[-0.21, 0.28]	
<b>Eltern (FBB-E)</b>								
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.69 (0.78)	2.76 (0.79)	0.07	0.10	0.485	0.09	[-0.34, 0.16]	
Verlauf der Behandlung, <i>M (SD)</i>	3.26 (0.57)	3.39 (0.39)	0.13	0.06 *	0.043	0.26	[-0.51, -0.01]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	3.24 (0.61)	3.36 (0.48)	0.11	0.07	0.112	0.20	[-0.45, 0.05]	
<b>Jugendliche (FBB-J)<sup>1</sup></b>								
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.86 (0.86)	3.06 (0.57)	0.20	0.14	0.144	0.27	[-0.63, 0.09]	
Beziehung zum Therapeuten, <i>M (SD)</i>	3.47 (0.64)	3.61 (0.46)	0.15	0.11	0.194	0.26	[-0.66, 0.13]	
Rahmenbedingungen der Behandlung, <i>M (SD)</i>	1.33 (0.91)	1.18 (0.97)	-0.15	0.17	0.399	-0.15	[-0.21, 0.52]	
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	2.46 (0.47)	2.50 (0.41)	0.04	0.08	0.588	0.10	[-0.46, 0.26]	
<b>Therapieprozessvariablen</b>								
Therapiedauer (Wochen), <i>M (SD)</i>	42.85 (13.76)	43.37 (14.64)	-0.55	1.90	0.773	-0.04	[-0.30, 0.22]	
Therapieintensität (Stunden pro Woche), <i>M (SD)</i>	0.77 (0.22)	0.77 (0.25)	-0.01	0.03	0.873	-0.02	[-0.30, 0.25]	
Therapieabbrüche, <i>n (%)</i>	20 (13.2)	21 (14.7)	-0.13	0.34	0.704	0.88	[0.45, 1.71]	

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen den Effekt von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback). Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; ES = Effektgröße (Bei numerischen Variablen Cohens' d, bei ordinalen Odds Ratio); FBB = Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmitt, 1999).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei n = 151 Patient:innen (≥ 11 Jahre) erhoben.

---

\*  $p < .05$ .

**Anhang Nr. 17: Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)**

	Feedbackgruppe (n = 153)									
	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-1.76	0.39***	0.000	-0.32	[-0.45, -0.18]	-3.45	0.41***	0.000	-0.62	[-0.76, -0.47]
SFSS-I External	-1.54	0.43***	0.000	-0.19	[-0.30, -0.09]	-3.16	0.43***	0.000	-0.40	[-0.50, -0.29]
SFSS-I Total	-3.36	0.67***	0.000	-0.39	[-0.54, -0.23]	-6.69	0.69***	0.000	-0.77	[-0.92, -0.61]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.44	0.11***	0.000	-0.38	[-0.56, -0.19]	-0.57	0.12***	0.000	-0.49	[-0.69, -0.29]
Eltern										
BPM Internal	-0.43	0.22	0.052	-0.15	[-0.31, 0.00]	-1.36	0.22***	0.000	-0.48	[-0.64, -0.33]
BPM AP	-0.68	0.19***	0.000	-0.20	[-0.31, -0.09]	-1.16	0.21***	0.000	-0.35	[-0.47, -0.22]
BPM External	-0.64	0.19**	0.001	-0.19	[-0.30, -0.07]	-1.34	0.23***	0.000	-0.39	[-0.53, -0.26]
CBCL Internal						-5.22	0.73***	0.000	-0.55	[-0.70, -0.40]
CBCL AP						-1.78	0.32***	0.000	-0.41	[-0.55, -0.26]
CBCL External						-4.11	0.66***	0.000	-0.40	[-0.53, -0.28]
KIDSCREEN Total	1.87	0.43***	0.000	0.39	[0.21, 0.57]	2.19	0.49***	0.000	0.46	[0.25, 0.66]
FBB-Screen Internal	-0.13	0.03***	0.000	-0.28	[-0.40, -0.16]	-0.22	0.03***	0.000	-0.45	[-0.58, -0.32]
FBB-Screen External	-0.14	0.03***	0.000	-0.25	[-0.36, -0.15]	-0.21	0.03***	0.000	-0.39	[-0.51, -0.27]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-0.56	0.29	0.060	-0.17	[-0.35, 0.01]	-1.06	0.33**	0.003	-0.32	[-0.52, -0.12]
BPM AP	-0.42	0.27	0.129	-0.16	[-0.37, 0.05]	-0.86	0.36*	0.021	-0.33	[-0.61, -0.05]
BPM External	0.04	0.26	0.879	0.02	[-0.19, 0.22]	-0.45	0.24	0.064	-0.18	[-0.36, 0.01]
YSR Internal						-5.06	1.19***	0.000	-0.43	[-0.64, -0.22]
YSR AP <sup>1</sup>						-1.30	0.47*	0.012	-0.36	[-0.62, -0.09]
YSR External						-1.76	0.73*	0.025	-0.22	[-0.42, -0.03]

KIDSCREEN Total	2.31	0.95*	0.022	0.33	[0.05, 0.60]	2.80	0.99**	0.009	0.40	[0.11, 0.68]
SBB-Screen Internal	-0.16	0.05**	0.001	-0.28	[-0.44, -0.11]	-0.29	0.05***	0.000	-0.51	[-0.69, -0.32]
SBB-Screen External	-0.09	0.03*	0.011	-0.21	[-0.37, -0.05]	-0.17	0.04***	0.000	-0.41	[-0.61, -0.20]
Lehrkraft										
TRF Internal						-1.64	1.07	0.146	-0.23	[-0.54, 0.09]
TRF AP						-3.99	1.22**	0.005	-0.33	[-0.55, -0.12]
TRF External						-3.56	1.25*	0.012	-0.29	[-0.50, -0.07]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 82$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 18: Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (mITT; n = 297)**

	Routinegruppe (n = 144)									
	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-2.04	0.41***	0.000	-0.36	[-0.51, -0.22]	-4.08	0.43***	0.000	-0.73	[-0.88, -0.58]
SFSS-I External	-1.30	0.44**	0.004	-0.16	[-0.27, -0.05]	-2.58	0.44***	0.000	-0.32	[-0.43, -0.21]
SFSS-I Total	-3.32	0.69***	0.000	-0.38	[-0.54, -0.22]	-6.60	0.71***	0.000	-0.76	[-0.92, -0.60]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.36	0.11**	0.002	-0.31	[-0.50, -0.11]	-0.71	0.12***	0.000	-0.61	[-0.82, -0.40]
Eltern										
BPM Internal	-0.92	0.25***	0.000	-0.33	[-0.50, -0.15]	-1.38	0.22***	0.000	-0.49	[-0.64, -0.33]
BPM AP	-1.28	0.22***	0.000	-0.38	[-0.51, -0.25]	-0.78	0.21***	0.000	-0.23	[-0.36, -0.11]
BPM External	-0.68	0.22**	0.002	-0.20	[-0.32, -0.07]	-1.10	0.23***	0.000	-0.32	[-0.46, -0.19]
CBCL Internal						-4.07	0.72***	0.000	-0.43	[-0.58, -0.28]
CBCL AP <sup>1</sup>						-1.08	0.32**	0.001	-0.25	[-0.39, -0.10]
CBCL External						-2.96	0.65***	0.000	-0.29	[-0.42, -0.16]
KIDSCREEN Total	2.24	0.44***	0.000	0.47	[0.28, 0.65]	2.54	0.50***	0.000	0.53	[0.32, 0.74]
FBB-Screen Internal	-0.10	0.03***	0.001	-0.22	[-0.34, -0.10]	-0.19	0.03***	0.000	-0.40	[-0.53, -0.27]
FBB-Screen External	-0.06	0.03	0.053	-0.10	[-0.21, 0.00]	-0.11	0.03***	0.001	-0.21	[-0.33, -0.09]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-1.14	0.32**	0.001	-0.34	[-0.54, -0.15]	-1.77	0.30***	0.000	-0.53	[-0.72, -0.35]
BPM AP	-0.92	0.30**	0.004	-0.36	[-0.59, -0.12]	-1.37	0.33***	0.000	-0.53	[-0.79, -0.27]
BPM External	-0.94	0.29**	0.002	-0.37	[-0.59, -0.14]	-1.04	0.22***	0.000	-0.40	[-0.58, -0.23]
YSR Internal						-7.28	1.11***	0.000	-0.62	[-0.81, -0.42]
YSR AP						-1.72	0.44***	0.001	-0.47	[-0.72, -0.22]
YSR External						-2.89	0.68***	0.000	-0.37	[-0.55, -0.19]
KIDSCREEN Total	1.48	1.04	0.166	0.21	[-0.09, 0.51]	3.23	1.01**	0.003	0.46	[0.16, 0.75]



SBB-Screen Internal										
SBB-Screen External Lehrkraft	-0.19	0.05***	0.001	-0.32	[-0.49, -0.15]	-0.30	0.05***	0.000	-0.53	[-0.70, -0.35]
	-0.09	0.03*	0.018	-0.21	[-0.38, -0.04]	-0.20	0.04***	0.000	-0.48	[-0.67, -0.29]
TRF Internal										
TRF AP						-0.12	1.15	0.920	-0.02	[-0.36, 0.32]
TRF External						-3.91	1.31**	0.009	-0.32	[-0.56, -0.09]
						-3.32	1.33*	0.025	-0.27	[-0.50, -0.04]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 69$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 19: Mittelwerte und Standardabweichungen zum Prä-, Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)**

	Feedback-Gruppe (n = 105)						Routine-Gruppe (n = 121)					
	Prä		Zwischen		Post		Prä		Zwischen		Post	
	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)	n	M (SD)
Verblindete Kliniker:innen												
SFSS-I Internal	100	9.32 (5.61)	97	6.99 (5.27)	100	5.45 (5.46)	108	8.89 (5.40)	112	7.02 (5.36)	107	5.19 (4.74)
SFSS-I External	101	9.75 (7.71)	97	8.61 (7.79)	100	7.39 (6.99)	108	10.56 (8.02)	112	9.00 (7.47)	108	7.75 (7.05)
SFSS-I Total	100	19.15 (8.43)	97	15.60 (9.49)	100	12.84 (9.27)	108	19.45 (8.32)	112	16.02 (8.66)	107	12.94 (9.02)
Therapeut:innen												
modifizierte GBPF	101	2.68 (0.96)	85	2.35 (1.08)	70	2.39 (1.16)	113	2.96 (1.09)	91	2.49 (1.28)	75	2.19 (0.94)
Elternf												
BPM Internal	94	3.99 (2.94)	104	3.52 (2.82)	85	2.69 (3.00)	108	3.69 (2.67)	86	2.72 (2.71)	99	2.56 (2.40)
BPM AP	94	5.51 (3.47)	104	4.63 (3.43)	85	4.41 (3.29)	108	5.45 (3.11)	86	4.19 (2.94)	99	4.55 (2.91)
BPM External	94	4.67 (3.43)	104	3.94 (3.23)	85	3.36 (3.07)	108	4.41 (3.43)	86	3.58 (3.00)	99	3.22 (2.95)
CBCL Internal	93	15.04 (10.09)			85	10.02 (9.97)	108	14.24 (9.05)			98	10.36 (8.29)
CBCL AP	93	7.24 (4.65)			85	5.55 (4.29)	108	7.09 (4.02)			98	5.95 (3.73)
CBCL External	93	13.78 (9.82)			85	9.36 (8.39)	108	12.95 (10.39)			98	9.47 (8.97)
KIDSCREEN Total	86	35.79 (4.83)	89	37.72 (5.17)	86	37.99 (5.78)	95	36.05 (4.86)	91	37.95 (4.60)	94	38.33 (4.62)
FBB-Screen Internal	98	0.71 (0.47)	94	0.57 (0.37)	88	0.49 (0.47)	111	0.68 (0.47)	100	0.57 (0.42)	99	0.49 (0.40)
FBB-Screen External	98	0.82 (0.55)	94	0.68 (0.50)	88	0.60 (0.51)	111	0.77 (0.56)	100	0.71 (0.51)	99	0.64 (0.48)
Jugendliche <sup>1</sup>												
BPM Internal	40	5.22 (3.58)	48	4.58 (3.44)	31	3.48 (3.21)	46	4.24 (3.28)	42	2.86 (2.79)	43	2.37 (2.26)
BPM AP	40	3.95 (2.47)	48	3.88 (2.64)	31	3.06 (2.97)	46	4.35 (2.57)	42	3.40 (2.35)	43	2.91 (2.64)
BPM External	40	3.10 (2.43)	48	3.10 (2.78)	31	2.32 (1.94)	46	3.17 (2.38)	42	2.26 (1.91)	43	2.07 (1.94)
YSR Internal	40	21.38 (12.39)			30	13.83 (9.88)	46	17.52 (11.86)			43	10.16 (8.37)
YSR AP <sup>1</sup>	40	6.03 (3.36)			30	4.73 (3.64)	46	6.57 (3.89)			43	4.70 (3.91)
YSR External	40	11.15 (6.80)			30	7.57 (4.73)	46	10.20 (7.10)			43	7.12 (5.50)
KIDSCREEN Total	36	33.44 (7.11)	39	36.67 (7.47)	30	37.27 (4.78)	35	35.86 (6.64)	43	37.93 (5.91)	41	38.15 (6.09)

SBB-Screen Internal												
SBB-Screen External Lehrkraft	42	0.96 (0.58)	42	0.76 (0.51)	32	0.62 (0.45)	50	0.84 (0.59)	47	0.68 (0.51)	45	0.57 (0.53)
	42	0.65 (0.34)	42	0.54 (0.32)	32	0.45 (0.32)	50	0.64 (0.44)	47	0.55 (0.37)	45	0.41 (0.33)
TRF Internal	52	9.08 (7.18)			45	7.53 (7.69)	67	9.49 (7.11)			46	7.85 (7.62)
TRF AP	52	13.42 (12.11)			45	10.44 (9.01)	67	18.67 (12.23)			46	13.85 (10.57)
TRF External	52	9.77 (12.68)			45	7.49 (9.32)	67	12.30 (12.46)			46	8.11 (9.64)

*Notiz.* Prä = Prämesszeitpunkt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 103$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

**Anhang Nr. 20: Intergruppeneffekte zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)**

	Zwischen					Post				
	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>95% CI</i>
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	0.18	0.60	0.765	0.03	[-0.18, 0.25]	0.46	0.65	0.483	0.08	[-0.15, 0.32]
SFSS-I External	-0.34	0.68	0.617	-0.04	[-0.21, 0.13]	-0.13	0.68	0.844	-0.02	[-0.19, 0.15]
SFSS-I Total	-0.18	0.98	0.855	-0.02	[-0.25, 0.21]	0.24	1.05	0.819	0.03	[-0.22, 0.28]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.03	0.17	0.838	-0.03	[-0.36, 0.29]	0.26	0.17	0.133	0.25	[-0.08, 0.59]
Eltern										
BPM Internal	0.37	0.34	0.283	0.13	[-0.11, 0.37]	0.09	0.34	0.795	0.03	[-0.21, 0.27]
BPM AP <sup>1</sup>	0.64	0.30*	0.035	0.19	[0.01, 0.37]	-0.31	0.30	0.312	-0.09	[-0.28, 0.09]
BPM External	0.13	0.30	0.671	0.04	[-0.14, 0.21]	-0.15	0.34	0.655	-0.04	[-0.24, 0.15]
CBCL Internal						-0.73	1.13	0.518	-0.08	[-0.31, 0.16]
CBCL AP						-0.60	0.45	0.182	-0.14	[-0.35, 0.07]
CBCL External						-0.74	0.94	0.433	-0.07	[-0.26, 0.11]
KIDSCREEN Total	-0.50	0.66	0.456	-0.10	[-0.37, 0.17]	-0.83	0.77	0.282	-0.17	[-0.49, 0.14]
FBB-Screen Internal	-0.03	0.04	0.501	-0.06	[-0.24, 0.12]	-0.02	0.05	0.737	-0.03	[-0.23, 0.16]
FBB-Screen External	-0.07	0.05	0.145	-0.12	[-0.29, 0.04]	-0.09	0.05	0.090	-0.16	[-0.34, 0.03]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	0.78	0.47	0.105	0.23	[-0.05, 0.51]	0.61	0.48	0.211	0.18	[-0.10, 0.46]
BPM AP	0.84	0.45	0.066	0.33	[-0.02, 0.69]	0.76	0.57	0.187	0.30	[-0.15, 0.75]
BPM External	1.16	0.45*	0.013	0.48	[0.11, 0.86]	0.66	0.36	0.077	0.27	[-0.03, 0.58]
YSR Internal						1.51	1.68	0.376	0.12	[-0.16, 0.40]
YSR AP						0.66	0.78	0.404	0.18	[-0.25, 0.61]
YSR External						0.96	1.04	0.359	0.14	[-0.16, 0.44]
KIDSCREEN Total	-0.05	1.35	0.971	-0.01	[-0.40, 0.39]	-1.09	1.37	0.431	-0.16	[-0.56, 0.24]

SBB-Screen Internal										
SBB-Screen External Lehrkraft	-0.01	0.07	0.878	-0.02	[-0.25, 0.22]	-0.00	0.08	0.992	-0.00	[-0.27, 0.27]
	0.01	0.05	0.912	0.02	[-0.26, 0.29]	0.06	0.06	0.351	0.15	[-0.16, 0.45]
TRF Internal						-0.74	1.59	0.643	-0.10	[-0.55, 0.34]
TRF AP						-1.37	1.85	0.463	-0.11	[-0.42, 0.19]
TRF External						-1.10	1.68	0.517	-0.09	[-0.36, 0.18]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R= Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 103$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ .

**Anhang Nr. 21: Intergruppeneffekte zum Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)**

Instrument	Feedbackgruppe (n = 105)	Routinegruppe (n = 121)	Est.	SE	Effektgröße		
					p	ES	95% CI
<b>Therapeut:innen (FBB-T)</b>							
Therapieerfolg hinsichtlich des Patienten, <i>M (SD)</i>	2.71 (0.74)	2.74 (0.69)	0.04	0.11	0.719	0.06	[-0.36, 0.25]
Therapieerfolg hinsichtlich der Familie, <i>M (SD)</i>	1.87 (0.82)	1.82 (0.82)	-0.05	0.11	0.653	-0.06	[-0.21, 0.34]
Kooperation mit dem Patienten, <i>M (SD)</i>	1.73 (0.32)	1.72 (0.35)	-0.02	0.05	0.745	-0.05	[-0.25, 0.34]
Kooperation mit der Mutter, <i>M (SD)</i>	1.59 (0.64)	1.73 (0.65)	0.15	0.10	0.150	0.23	[-0.53, 0.08]
Kooperation mit dem Vater, <i>M (SD)</i>	1.97 (1.62)	1.66 (1.56)	-0.32	0.23	0.165	-0.20	[-0.08, 0.49]
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	1.76 (0.45)	1.76 (0.41)	0.00	0.06	0.990	0.00	[-0.28, 0.27]
<b>Eltern (FBB-E)</b>							
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.78 (0.68)	2.81 (0.73)	0.02	0.10	0.814	0.03	[-0.31, 0.24]
Verlauf der Behandlung, <i>M (SD)</i>	3.35 (0.45)	3.43 (0.36)	0.08	0.06	0.181	0.19	[-0.46, 0.09]
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	3.34 (0.48)	3.40 (0.44)	0.06	0.06	0.344	0.13	[-0.41, 0.14]
<b>Jugendliche (FBB-J)<sup>1</sup></b>							
Erfolg der Behandlung, <i>M (SD)</i>	2.96 (0.78)	3.15 (0.47)	0.19	0.13	0.154	0.30	[-0.72, 0.11]
Beziehung zum Therapeuten, <i>M (SD)</i>	3.53 (0.58)	3.70 (0.36)	0.16	0.10	0.115	0.35	[-0.77, 0.08]
Rahmenbedingungen der Behandlung, <i>M (SD)</i>	1.19 (0.86)	1.09 (0.97)	-0.10	0.19	0.620	-0.11	[-0.31, 0.52]
Gesamtwert, <i>M (SD)</i>	2.45 (0.41)	2.52 (0.41)	0.07	0.09	0.440	0.16	[-0.58, 0.25]
<b>Therapieprozessvariablen</b>							
Therapiedauer (Wochen), <i>M (SD)</i>	47.06 (9.20)	47.56 (9.30)	-0.49	1.29	0.702	-0.05	[-0.33, 0.22]
Therapieintensität (Stunden pro Woche), <i>M (SD)</i>	0.77 (0.18)	0.73 (0.18)	0.03	0.03	0.271	0.17	[-0.13, 0.47]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen den Effekt von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback). Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; ES = Effektgröße (Bei numerischen Variablen Cohens' d, bei ordinalen Odds Ratio); FBB = Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmitt, 1999).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im jugendlichenurteil bei n = 105 Patient:innen (≥ 11 Jahre) erhoben.

**Anhang Nr. 22: Intragruppeneffekte Feedbackgruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)**

	Feedbackgruppe (n = 105)									
	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-1.99	0.43***	0.000	-0.36	[-0.52, -0.21]	-3.56	0.47***	0.000	-0.65	[-0.82, -0.48]
SFSS-I External	-1.52	0.49**	0.003	-0.19	[-0.32, -0.07]	-2.73	0.48***	0.000	-0.35	[-0.47, -0.22]
SFSS-I Total	-3.52	0.71***	0.000	-0.42	[-0.59, -0.25]	-6.33	0.76***	0.000	-0.76	[-0.94, -0.58]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.45	0.12***	0.000	-0.44	[-0.67, -0.20]	-0.51	0.12***	0.000	-0.50	[-0.74, -0.26]
Eltern										
BPM Internal	-0.53	0.24*	0.027	-0.19	[-0.36, -0.02]	-1.19	0.25***	0.000	-0.42	[-0.60, -0.25]
BPM AP	-0.62	0.20**	0.003	-0.19	[-0.31, -0.06]	-1.03	0.22***	0.000	-0.31	[-0.45, -0.18]
BPM External	-0.54	0.21*	0.012	-0.16	[-0.28, -0.04]	-1.21	0.25***	0.000	-0.35	[-0.50, -0.21]
CBCL Internal						-4.74	0.84***	0.000	-0.50	[-0.67, -0.32]
CBCL AP						-1.55	0.33***	0.000	-0.36	[-0.51, -0.20]
CBCL External						-3.63	0.70***	0.000	-0.36	[-0.50, -0.22]
KIDSCREEN Total	1.70	0.48***	0.001	0.35	[0.15, 0.55]	1.87	0.55**	0.001	0.38	[0.16, 0.61]
FBB-Screen Internal	-0.14	0.03***	0.000	-0.29	[-0.42, -0.17]	-0.21	0.03***	0.000	-0.44	[-0.58, -0.30]
FBB-Screen External	-0.14	0.03***	0.000	-0.25	[-0.37, -0.13]	-0.20	0.04***	0.000	-0.37	[-0.50, -0.24]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-0.56	0.33	0.105	-0.16	[-0.36, 0.04]	-1.26	0.37**	0.003	-0.37	[-0.59, -0.14]
BPM AP	-0.20	0.31	0.518	-0.08	[-0.34, 0.17]	-0.66	0.44	0.143	-0.26	[-0.62, 0.10]
BPM External	0.22	0.32	0.487	0.09	[-0.18, 0.37]	-0.35	0.28	0.224	-0.15	[-0.39, 0.10]
YSR Internal						-5.49	1.30**	0.001	-0.45	[-0.69, -0.22]
YSR AP						-0.97	0.61	0.136	-0.27	[-0.63, 0.10]
YSR External						-1.69	0.81	0.057	-0.24	[-0.50, 0.01]



KIDSCREEN Total	2.41	0.94*	0.013	0.35	[0.08, 0.63]	2.66	1.00*	0.010	0.39	[0.10, 0.68]
SBB-Screen Internal	-0.21	0.05***	0.000	-0.35	[-0.53, -0.18]	-0.31	0.06***	0.000	-0.52	[-0.74, -0.31]
SBB-Screen External	-0.10	0.04*	0.017	-0.25	[-0.46, -0.05]	-0.17	0.05**	0.002	-0.42	[-0.66, -0.17]
Lehrkraft										
TRF Internal						-1.36	1.11	0.243	-0.19	[-0.53, 0.15]
TRF AP						-5.31	1.28**	0.001	-0.44	[-0.66, -0.21]
TRF External						-4.03	1.17**	0.005	-0.32	[-0.52, -0.12]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-8R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 48$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 23: Intragruppeneffekte Routinegruppe zum Zwischen- und Postmesszeitpunkt (PP; n = 226)**

	Routinegruppe (n = 121)									
	Zwischen					Post				
	Est.	SE	p	d	95% CI	Est.	SE	p	d	95% CI
Verblindete Kliniker:innen										
SFSS-I Internal	-2.17	0.41***	0.000	-0.40	[-0.54, -0.25]	-4.02	0.45***	0.000	-0.73	[-0.89, -0.57]
SFSS-I External	-1.18	0.47*	0.013	-0.15	[-0.27, -0.03]	-2.60	0.47***	0.000	-0.33	[-0.45, -0.21]
SFSS-I Total	-3.34	0.68***	0.000	-0.40	[-0.56, -0.24]	-6.57	0.73***	0.000	-0.78	[-0.96, -0.61]
Therapeut:innen										
modifizierte GBPF	-0.42	0.12***	0.001	-0.41	[-0.63, -0.18]	-0.78	0.12***	0.000	-0.75	[-0.99, -0.52]
Eltern										
BPM Internal	-0.90	0.25***	0.000	-0.32	[-0.50, -0.15]	-1.28	0.23***	0.000	-0.46	[-0.62, -0.29]
BPM AP	-1.26	0.22***	0.000	-0.38	[-0.51, -0.25]	-0.72	0.20***	0.001	-0.22	[-0.34, -0.10]
BPM External	-0.67	0.22**	0.003	-0.19	[-0.32, -0.07]	-1.06	0.23***	0.000	-0.31	[-0.44, -0.17]
CBCL Internal						-4.01	0.76***	0.000	-0.42	[-0.58, -0.26]
CBCL AP						-0.94	0.30**	0.003	-0.22	[-0.36, -0.08]
CBCL External						-2.89	0.63***	0.000	-0.28	[-0.41, -0.16]
KIDSCREEN Total	2.19	0.46***	0.000	0.45	[0.26, 0.64]	2.70	0.53***	0.000	0.56	[0.34, 0.77]
FBB-Screen Internal	-0.11	0.03***	0.000	-0.23	[-0.36, -0.11]	-0.19	0.03***	0.000	-0.41	[-0.54, -0.27]
FBB-Screen External	-0.07	0.03*	0.037	-0.12	[-0.24, -0.01]	-0.12	0.04**	0.001	-0.21	[-0.34, -0.09]
Jugendliche <sup>1</sup>										
BPM Internal	-1.34	0.34***	0.001	-0.39	[-0.60, -0.19]	-1.87	0.31***	0.000	-0.55	[-0.73, -0.36]
BPM AP <sup>1</sup>	-1.04	0.32**	0.004	-0.41	[-0.68, -0.15]	-1.42	0.36***	0.001	-0.56	[-0.86, -0.27]
BPM External	-0.93	0.32**	0.009	-0.39	[-0.67, -0.11]	-1.01	0.23***	0.000	-0.42	[-0.62, -0.22]
YSR Internal						-6.99	1.05***	0.000	-0.58	[-0.76, -0.39]
YSR AP						-1.63	0.49**	0.005	-0.45	[-0.74, -0.16]
YSR External						-2.66	0.65**	0.001	-0.38	[-0.58, -0.18]

KIDSCREEN Total	2.46	0.96*	0.012	0.36	[0.08, 0.64]	3.74	0.92***	0.000	0.55	[0.28, 0.82]
SBB-Screen Internal	-0.20	0.05***	0.000	-0.34	[-0.50, -0.17]	-0.30	0.05***	0.000	-0.52	[-0.70, -0.35]
SBB-Screen External	-0.11	0.04**	0.007	-0.27	[-0.46, -0.08]	-0.22	0.04***	0.000	-0.56	[-0.76, -0.36]
Lehrkraft										
TRF Internal						-0.62	1.14	0.598	-0.09	[-0.43, 0.26]
TRF AP						-3.94	1.30*	0.011	-0.32	[-0.56, -0.09]
TRF External						-2.93	1.19*	0.030	-0.23	[-0.44, -0.03]

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen die Effekte von Gruppe (0=Routine, 1=Feedback), Zeit und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Dabei wurden wenn möglich die Ebenen der Patient:innen und Therapeut:innen berücksichtigt; Zwischen = Zwischenmesszeitpunkt; Post = Postmesszeitpunkt; Est. = Schätzer der Kontraste des linear gemischten Modells; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; modifizierte GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei  $n = 55$  Patient:innen ( $\geq 11$  Jahre) erhoben.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

**Anhang Nr. 24: Moderationsanalyse der internalen Symptomatik im klinischen Urteil (mITT; n = 297)**

	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>f</i> <sup>2</sup>
Verblindete Kliniker:innen				
SFSS-I Internal	-0.01	0.11	0.951	0.000
SFSS-I External	0.06	0.08	0.455	0.000
Patient:innen Merkmale				
Geschlecht (1 = weiblich)	1.41	1.22	0.250	0.006
Alter	0.16	0.18	0.363	0.004
Jugendliche (1 = Alter ≥ 11 Jahre)	1.20	1.19	0.314	0.004
Screening Ergebnis,				
Internale Symptome (1 = Ja)	-1.15	1.20	0.339	0.004
Externale Symptome (1 = Ja)	1.04	1.29	0.420	0.003
Beide (1 = Ja)	0.29	1.44	0.839	0.000
Gruppierte klinische Diagnose,				
Internale klinische Diagnose (1 = Ja)	-2.40	1.19 *	0.045	0.018
Externale klinische Diagnose (1 = Ja)	1.37	1.25	0.274	0.005
Andere Diagnose (1 = Ja)	1.52	1.78	0.393	0.003
ICD-10 Anzahl Diagnosen	1.54	0.84	0.067	0.015
Höchster Bildungsabschluss <sup>1</sup>	0.46	0.81	0.574	0.002
Zusammenlebende Eltern (1 = Ja)	0.50	1.30	0.699	0.001
Psychologische Vorerkrankung(en) Familie (1 = Ja)	1.70	1.40	0.228	0.008
Vorbehandlungen (1 = Ja)	1.72	1.28	0.180	0.008

*Notiz.* Die Analysen testeten die Haupteffekte eines einzelnen Moderators, der Behandlungsgruppe und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Est. = Regressionskoeffizient der Interaktion (0=Routine-, 1=Feedback-Gruppe); SFSS-I = Interviewfassung der Symptoms and Functioning Severity Scale.

<sup>1</sup>Das Bildungsniveau wurde an Hand der ISCED-Richtlinien klassifiziert (Ehmke & Siegle, 2005).

\*  $p < .05$ .

**Anhang Nr. 25: Moderationsanalyse der externalen Symptomatik im klinischen Urteil (mITT; n = 297)**

	Est.	SE	p	f <sup>2</sup>
Verblindete Kliniker:innen				
SFSS-I Internal	-0.14	0.11	0.177	0.002
SFSS-I External	-0.04	0.08	0.556	0.002
Patient:innen Merkmale				
Geschlecht (1 = weiblich)	-0.27	1.20	0.825	0.000
Alter	-0.10	0.17	0.579	0.001
Jugendliche (1 = Alter ≥ 11 Jahre)	-1.22	1.18	0.302	0.005
Screening Ergebnis,				
Internale Symptome (1 = Ja)	-0.53	1.18	0.656	0.001
Externale Symptome (1 = Ja)	1.67	1.25	0.182	0.008
Beide (1 = Ja)	-0.81	1.42	0.570	0.001
Gruppierte klinische Diagnose,				
Internale klinische Diagnose (1 = Ja)	-0.04	1.17	0.970	0.000
Externale klinische Diagnose (1 = Ja)	0.49	1.21	0.689	0.001
Andere Diagnose (1 = Ja)	-0.15	1.77	0.934	0.000
ICD-10 Anzahl Diagnosen	1.10	0.83	0.186	0.008
Höchster Bildungsabschluss <sup>1</sup>	-2.09	0.75 **	0.006	0.042
Zusammenlebende Eltern (1 = Ja)	0.48	1.28	0.709	0.001
Psychologische Vorerkrankung(en) Familie (1 = Ja)	1.78	1.37	0.196	0.009
Vorbehandlungen (1 = Ja)	0.59	1.29	0.647	0.001

*Notiz.* Die Analysen testeten die Haupteffekte eines einzelnen Moderators, der Behandlungsgruppe und der Interaktion beider. Die Symptomatik zu Studienbeginn wurde als Kovariate berücksichtigt. Est. = Regressionskoeffizient der Interaktion (0=Routine-, 1=Feedback-Gruppe); SFSS-I = Interviewfassung der Symptoms and Functioning Severity Scale.

<sup>1</sup>Das Bildungsniveau wurde an Hand der ISCED-Richtlinien klassifiziert (Ehmke & Siegle, 2005).

\*\* p < .01.

**Anhang Nr. 26: Dropout-Analyse der Modified Intent-to-treat Stichprobe (mITT; n = 297)**

	Sample (n = 236)	Drop-out (n = 59)	Est.	SE	p	OR	95%-CI
Merkmale Patient:innen							
Geschlecht (1 = weiblich), n (%)	93 (39.4)	21 (35.6)	-0.16	0.30	0.591	0.85	[0.46, 1.53]
Alter, M (SD)	11.46 (3.40)	12.15 (3.38)	0.06	0.04	0.161	1.06	[0.98, 1.15]
Jugendliche, n (%) (1 = Alter ≥ 11 Jahre)	114 (48.3)	35 (59.3)	0.45	0.30	0.132	1.56	[0.88, 2.81]
Screening Ergebnis, n (%)							
Internale Symptome (1 = Ja)	111 (47.0)	32 (54.2)	0.29	0.29	0.323	1.33	[0.75, 2.38]
Externale Symptome (1 = Ja)	72 (30.5)	20 (33.9)	0.16	0.31	0.615	1.17	[0.63, 2.12]
Beide (1 = Ja)	53 (22.5)	7 (11.9)	-0.77	0.43	0.076	0.46	[0.18, 1.02]
Gruppierte klinische Diagnose, n (%)							
Internale klinische Diagnose (1 = Ja)	116 (49.2)	27 (45.8)	-0.14	0.29	0.641	0.87	[0.49, 1.55]
Externale klinische Diagnose (1 = Ja)	87 (36.9)	22 (37.3)	0.02	0.30	0.952	1.02	[0.56, 1.83]
Andere Diagnose (1 = Ja)	33 (14.0)	10 (16.9)	0.23	0.39	0.564	1.26	[0.55, 2.64]
ICD-10 Anzahl Diagnosen, M (SD)	1.57 (0.74)	1.68 (0.63)	0.20	0.20	0.310	1.22	[0.82, 1.79]
GBPF, M (SD)	2.80 (1.05)	3.05 (1.55)	0.18	0.12	0.150	1.19	[0.93, 1.52]
Merkmale Familie							
Höchster Bildungsabschluss <sup>1</sup> , M (SD)	3.08 (0.81)	2.60 (0.77)	-0.75	0.24**	0.002	0.47	[0.29, 0.75]
Zusammenlebende Eltern (1 = Ja), n (%)	166 (70.3)	29 (49.2)	-0.82	0.30**	0.007	0.44	[0.24, 0.80]
Psychologische Vorerkrankung(en) Familie (1 = Ja), n (%)	102 (43.2)	20 (33.9)	-0.09	0.35	0.809	0.92	[0.46, 1.84]
Verblindete Kliniker:innen							
SFSS-I Internal	9.17 (5.73)	9.44 (4.72)	0.01	0.03	0.769	1.01	[0.95, 1.07]
SFSS-I External	10.18 (7.73)	10.16 (8.96)	-0.00	0.02	0.990	1.00	[0.96, 1.04]
SFSS-I Total	19.39 (8.56)	19.60 (9.59)	0.00	0.02	0.880	1.00	[0.97, 1.04]
Eltern							
BPM Internal	3.82 (2.78)	4.42 (3.03)	0.07	0.06	0.214	1.08	[0.96, 1.21]

	Sample ( <i>n</i> = 236)	Drop-out ( <i>n</i> = 59)	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95%-CI</i>
BPM AP	5.43 (3.32)	5.45 (3.31)	0.00	0.05	0.974	1.00	[0.90, 1.11]
BPM External	4.49 (3.39)	4.70 (3.62)	0.02	0.05	0.725	1.02	[0.92, 1.12]
KIDSCREEN total	35.83 (4.80)	36.41 (4.63)	0.03	0.04	0.528	1.03	[0.95, 1.11]
CBCL Internal	14.66 (9.43)	15.95 (9.55)	0.01	0.02	0.429	1.01	[0.98, 1.05]
CBCL AP	7.13 (4.37)	7.05 (4.41)	-0.00	0.04	0.912	1.00	[0.92, 1.08]
CBCL External	13.16 (10.02)	14.00 (11.01)	0.01	0.02	0.632	1.01	[0.97, 1.04]
FBB-Screen Internal	0.70 (0.48)	0.73 (0.48)	0.12	0.33	0.726	1.12	[0.58, 2.11]
FBB-Screen External	0.79 (0.54)	0.78 (0.54)	-0.02	0.30	0.937	0.98	[0.54, 1.73]
Jugendliche <sup>2</sup>							
BPM Internal	4.56 (3.42)	5.00 (3.02)	0.04	0.07	0.587	1.04	[0.90, 1.20]
BPM AP	4.10 (2.44)	5.29 (3.07)	0.18	0.10	0.061	1.20	[1.00, 1.47]
BPM External	3.17 (2.43)	4.05 (2.87)	0.13	0.09	0.153	1.14	[0.95, 1.38]
KIDSCREEN total	34.83 (6.99)	34.68 (7.71)	-0.00	0.04	0.935	1.00	[0.93, 1.07]
YSR Internal	18.99 (12.13)	20.10 (10.95)	0.01	0.02	0.699	1.01	[0.97, 1.05]
YSR AP	6.19 (3.51)	7.95 (4.14)	0.14	0.07	0.051	1.15	[1.00, 1.32]
YSR External	10.63 (7.03)	14.19 (9.31)	0.06	0.03	0.056	1.06	[1.00, 1.13]
SBB-Screen Internal	0.63 (0.39)	0.77 (0.50)	0.81	0.53	0.129	2.25	[0.79, 6.52]
SBB-Screen External	0.89 (0.58)	0.96 (0.57)	0.20	0.38	0.606	1.22	[0.56, 2.54]
Lehrkraft							
TRF Internal	9.39 (7.19)	9.95 (7.65)	0.01	0.03	0.740	1.01	[0.95, 1.08]
TRF AP	16.44 (12.35)	18.67 (11.30)	0.01	0.02	0.439	1.01	[0.98, 1.05]
TRF External	11.18 (12.38)	11.67 (12.65)	0.00	0.02	0.867	1.00	[0.96, 1.04]

---

Sample ( <i>n</i> = 236)	Drop-out ( <i>n</i> = 59)	<i>Est.</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	<i>95%-CI</i>
--------------------------	---------------------------	-------------	-----------	----------	-----------	---------------

---

*Notiz.* Drop-out ist definiert als Therapie- oder Studienabbruch. Durchgeführt wurde eine logistische Regression mit Gruppe als Ergebnismaß (1 = Drop-out).

*Est.* = Regressionskoeffizient der dargestellten Prädiktoren; AP = Aufmerksamkeitsprobleme; SFSS-I = Interview Version der Symptoms and Functioning Severity Scale; GBPF = modifizierte deutsche Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus; BPM/6–18 = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2019); CBCL/6–18 = Child Behavior Checklist for Ages 6–18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); KIDSCREEN = Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mittels Selbstauskunft und Fremdurteil (KIDSCREEN Group Europe, 2006); FBB-SCREEN = Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); YSR/11-18R = Youth Self-Report for Ages 11-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014); SBB-SCREEN = Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017); TRF/6-18R = Teacher Report Form for Ages 6-18R (Achenbach & Rescorla, 2001; Döpfner et al., 2014).

<sup>1</sup>Die Einteilung höchster Schulabschluss basiert auf der ISCED (Ehmke & Siegle, 2005).

<sup>2</sup> Die Ergebnismaße wurden im Jugendlichenurteil bei *n* = 69 Patient:innen (≥ 11 Jahre) erhoben.

\*\* *p* < .01.

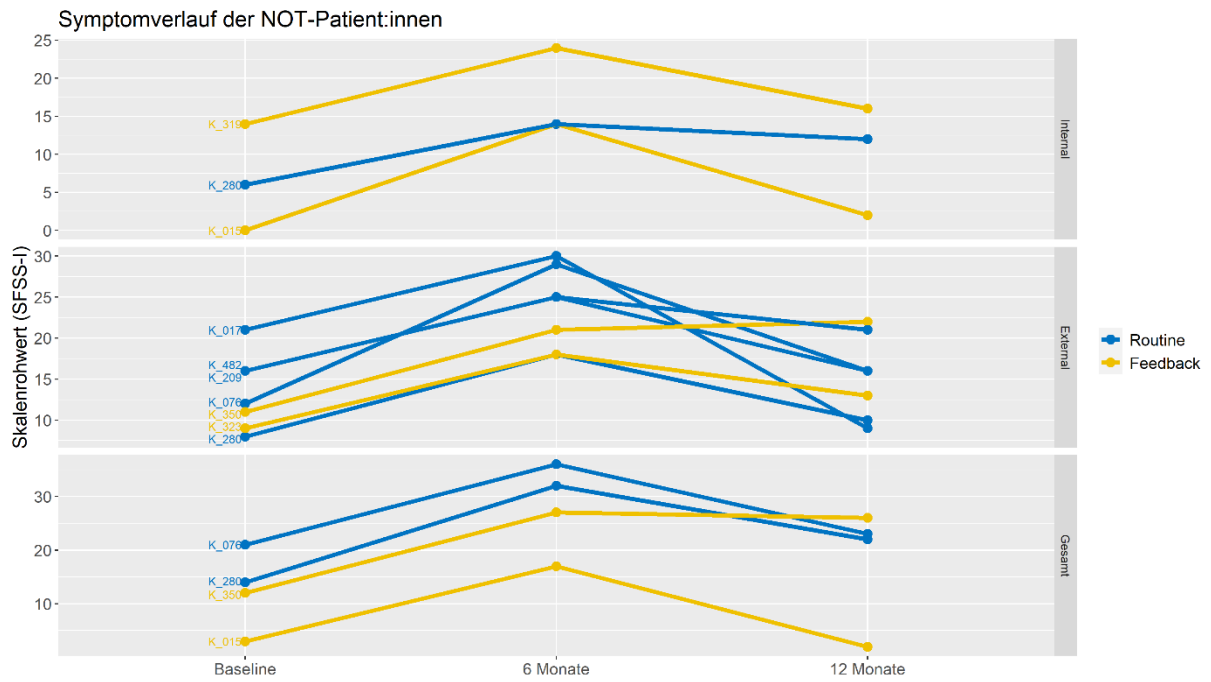


**Anhang Nr. 27:** Vergleich des Symptomverlaufs der Therapie-/Studienabbrecher zu den regulär beendeten Fällen im Feedback System (mltt, Feedback-Gruppe;  $n = 153$ )

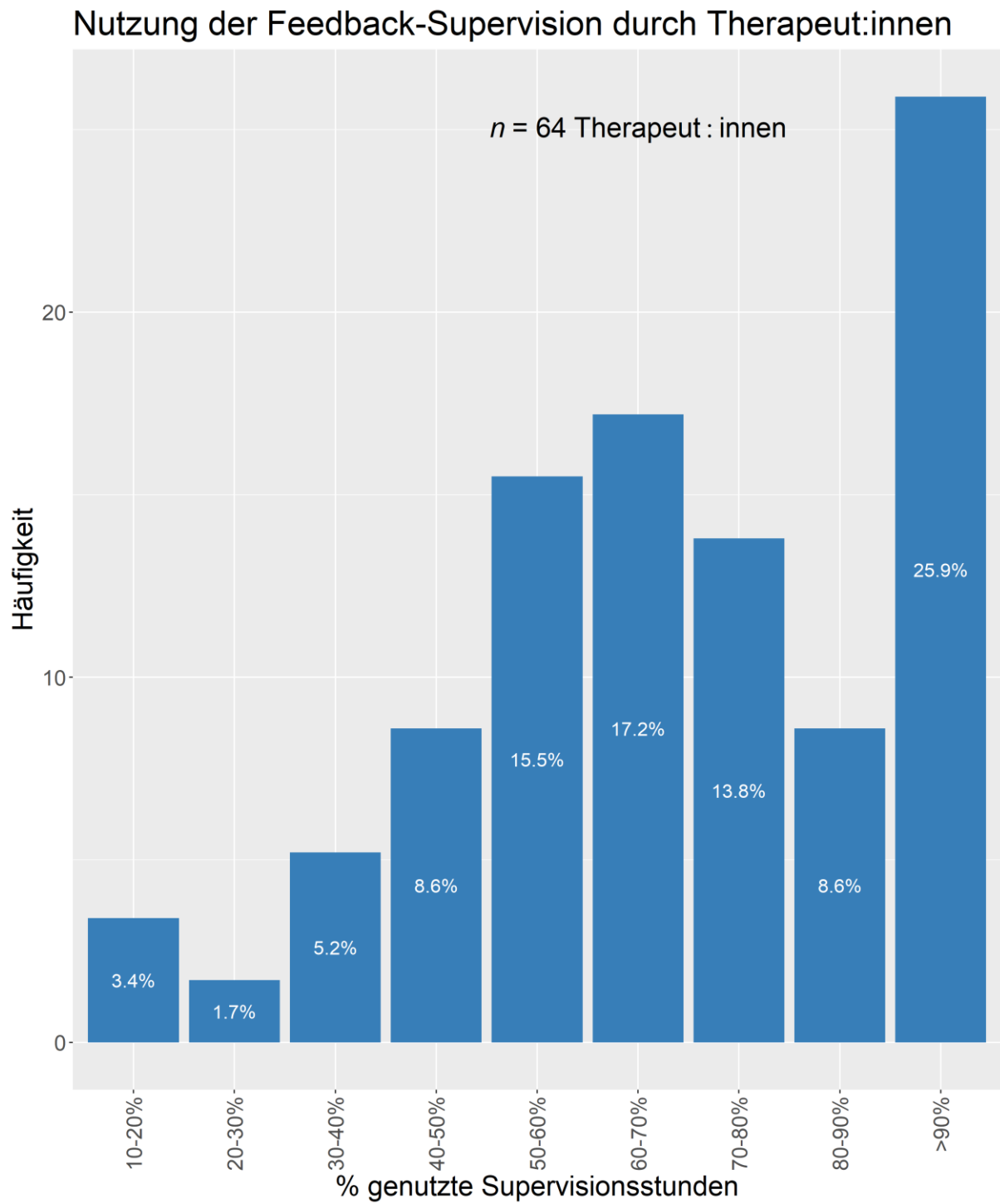
	Modell ohne Kontrolle von Baseline									Modell Mit Kontrolle von Baseline										
	Gruppe			Zeit			Gruppe x Zeit			Gruppe			Zeit			Gruppe x Zeit				
	Est	SE	$p$	Est	SE	$p$	Est	SE	$p$	Est	SE	$p$	Est	SE	$p$	Est	SE	$p$		
Eltern																				
BPM Internal	0.50	0.65	0.445	-0.14	0.04	***	<0.001	0.13	0.12	0.310	0.57	0.56	0.307	-0.15	0.04	**	0.001	-0.02	0.16	0.897
BPM AP	-0.41	0.67	0.544	-0.15	0.03	***	<0.001	0.07	0.10	0.522	-0.53	0.47	0.263	-0.12	0.03	***	<0.001	0.17	0.13	0.171
BPM External	-0.63	0.62	0.312	-0.13	0.03	***	<0.001	0.04	0.11	0.687	-0.19	0.44	0.671	-0.10	0.03	**	0.003	0.08	0.13	0.556
Jugendliche																				
BPM Internal	0.24	0.95	0.800	-0.18	0.05	**	0.001	0.14	0.18	0.436	-0.11	0.83	0.895	-0.16	0.07	*	0.037	0.18	0.26	0.481
BPM AP	0.55	0.66	0.414	-0.11	0.04	*	0.015	0.10	0.15	0.479	-0.44	0.56	0.445	-0.16	0.05	**	0.001	0.12	0.19	0.510
BPM External	0.69	0.76	0.373	-0.11	0.04	**	0.006	-0.02	0.13	0.865	-0.27	0.64	0.677	-0.13	0.06	*	0.021	-0.02	0.18	0.895

*Notiz.* Die Analysen testeten in linear gemischten Modellen für längsschnittliche Daten die Effekte von Gruppe (Drop-out: 0=Nein, 1=Ja), Zeit und der Interaktion beider; *Est.* = Regressionskoeffizient; BPM = Brief Problem Monitor for Ages 6–18, Kurzversion der Fragebögen CBCL und YSR; AP = Aufmerksamkeitsprobleme. Drop-Out:  $n = 31$ ; Regulär:  $n = 122$ .

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .



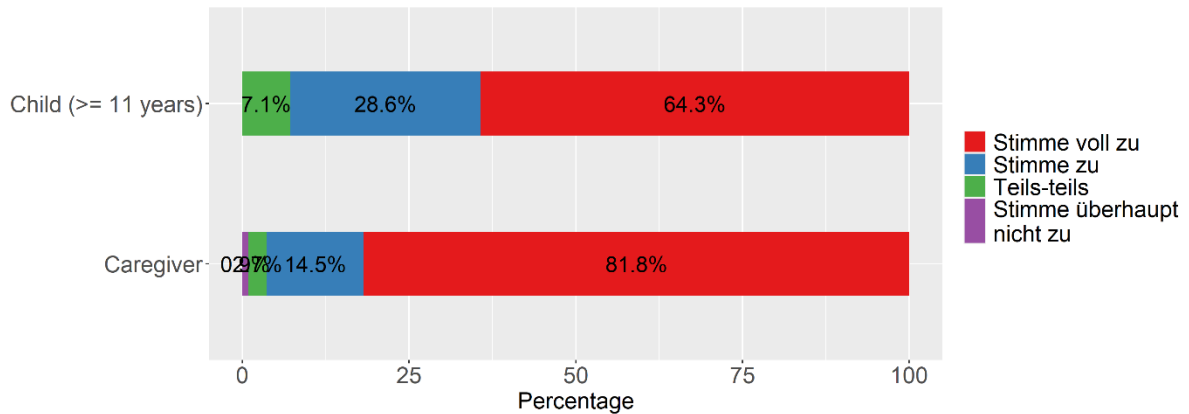
Anhang Nr. 28: Symptomverlauf der Not-On-Track-Patient:innen



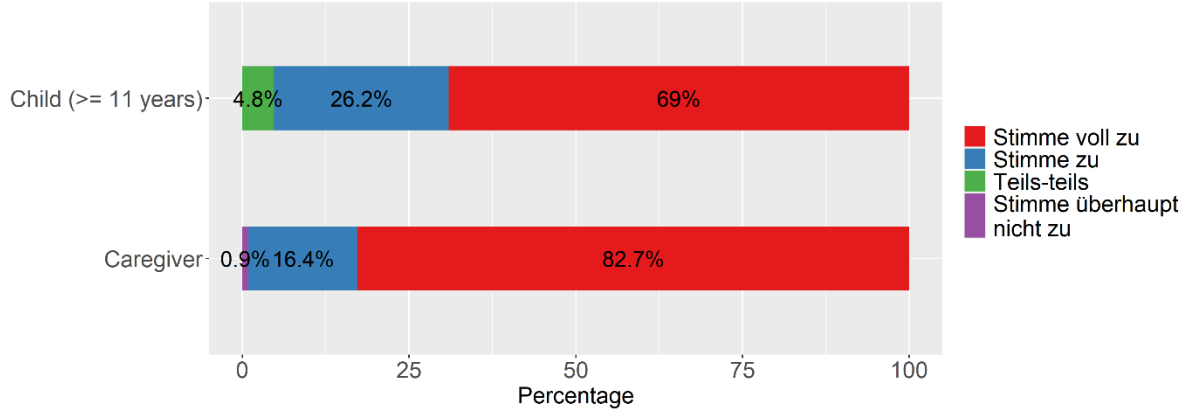
Anhang Nr. 29: Nutzung der Feedback-Supervision durch Therapeut:innen

Anhang 30: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 1-3)

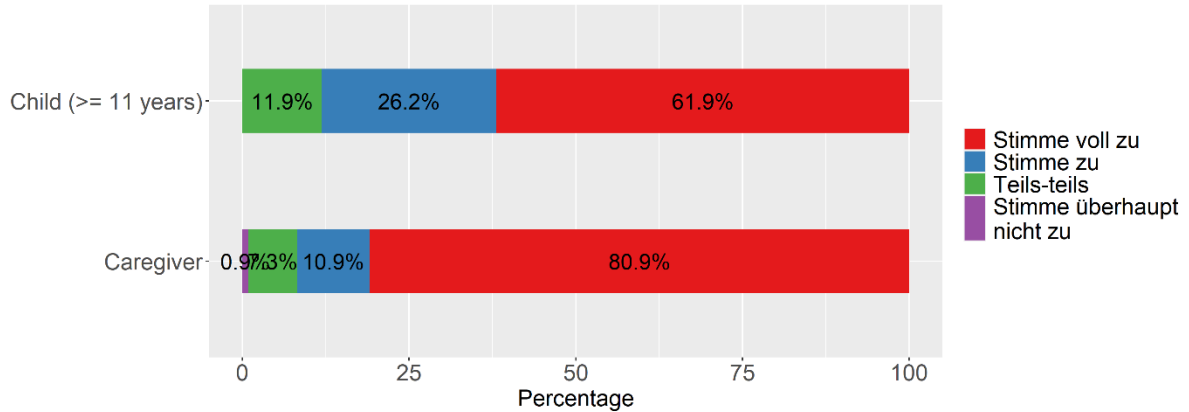
Item 1. Die Onlinebefragung war über den Link per E-Mail leicht und fehlerfrei zu erreichen.



Item 2. Das Onlinesystem war leicht zu bedienen (z. B. Ankreuzen der Fragen).

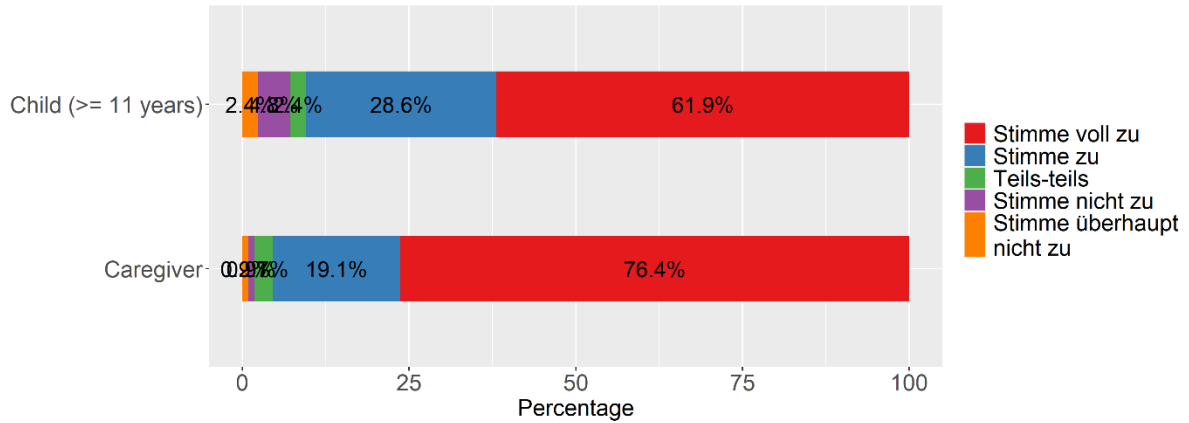


Item 3. Das Onlinesystem hat fehlerfrei funktioniert (z. B. Abspeichern der Befragung).

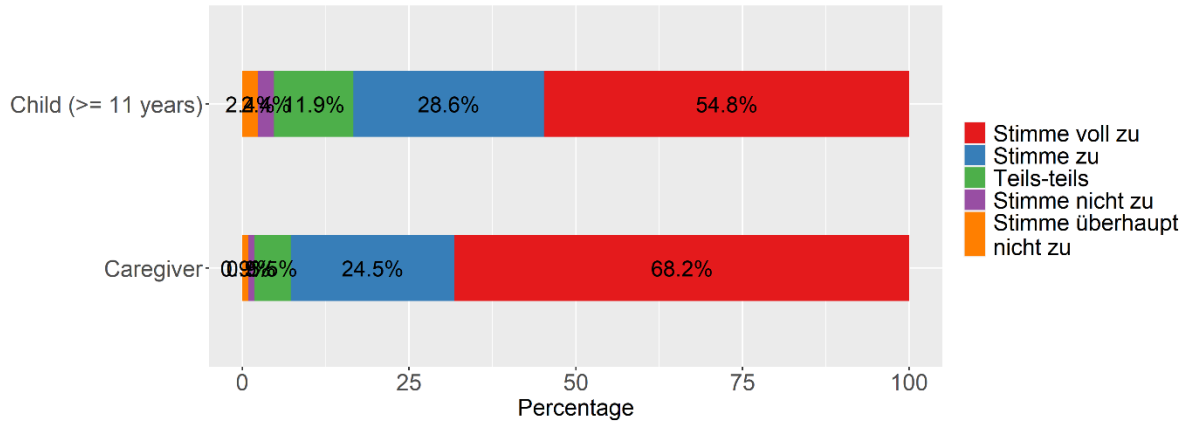


Anhang Nr. 30: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 1-3)

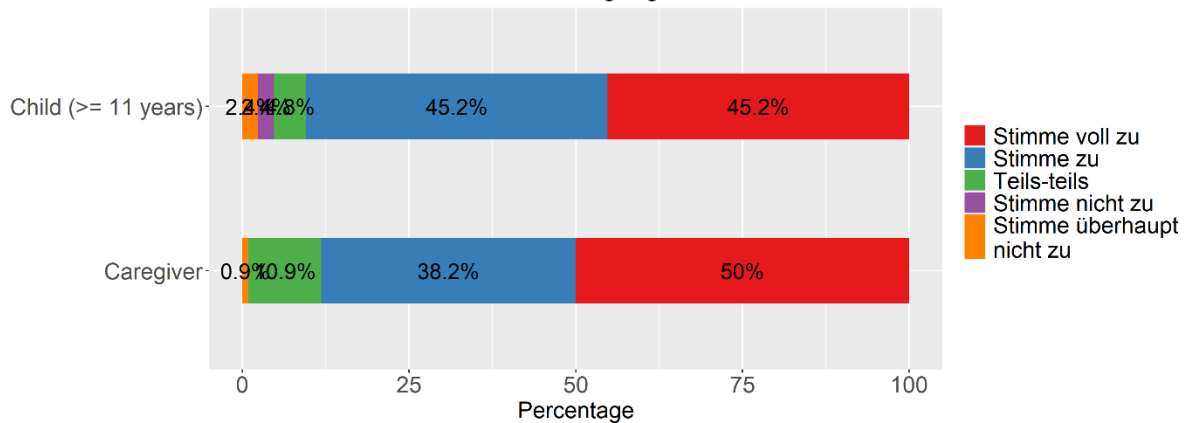
Item 4. Ich habe regelmäßig an den Onlinebefragungen teilgenommen.



Item 5. Die Onlinebefragung konnte in einer angemessenen Zeit beantwortet werden.



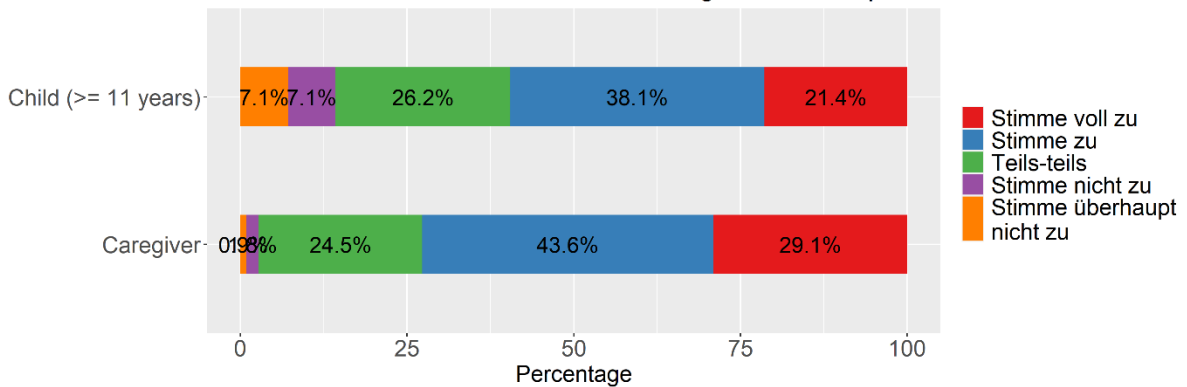
Item 6. Die Inhalte der Onlinebefragung waren leicht verständlich.



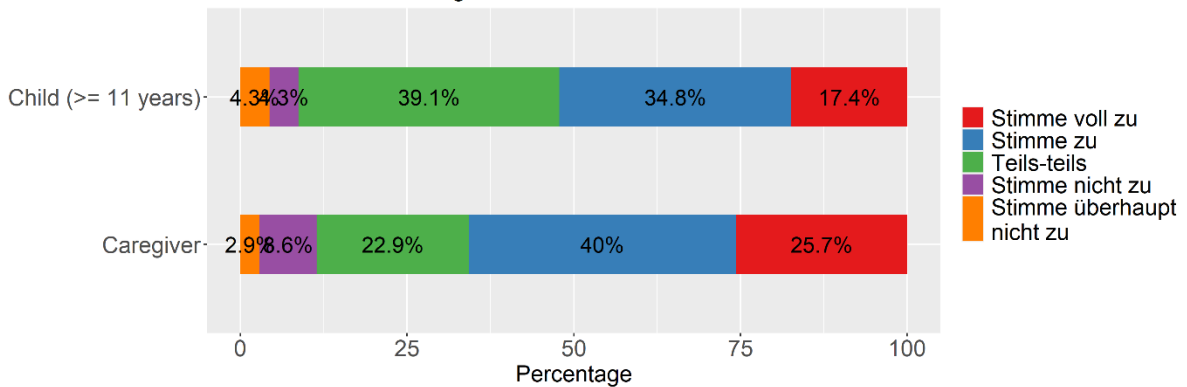
Anhang Nr. 31: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 4-6)

Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 7-10)

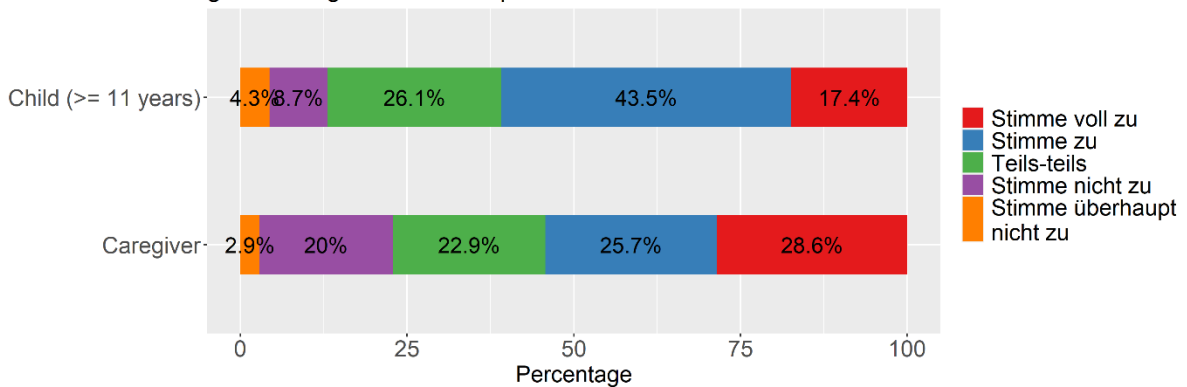
Item 7. Die Inhalte der Onlinebefragung waren wichtig und haben aus meiner Sicht eine Bedeutung für die Therapie.



Item 9. Die Besprechung der Befragungsergebnisse hat mir geholfen, den Therapieverlauf besser zu verstehen und mögliche Verbesserungen oder Verschlechterungen leichter zu erkennen.



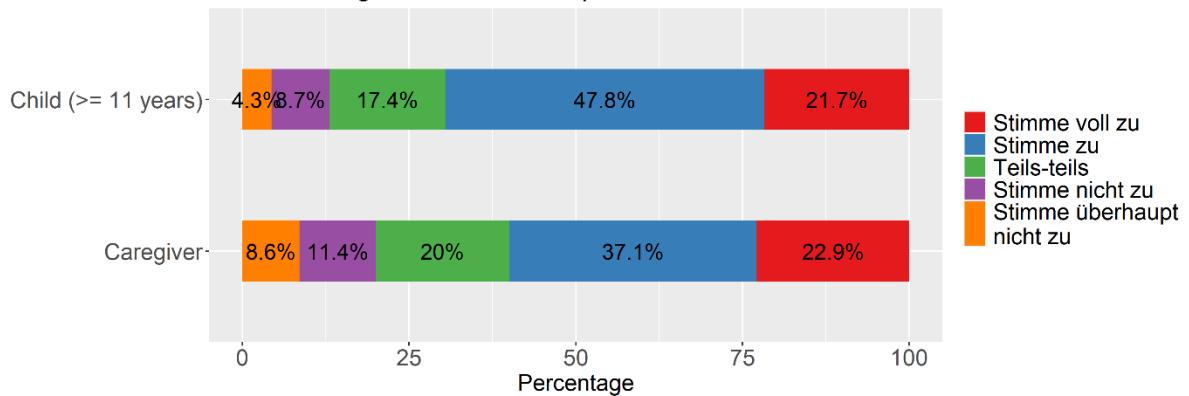
Item 10. Die Besprechung der Befragungsergebnisse hat mir geholfen, gezielt Fragen zum Therapieverlauf stellen zu können.



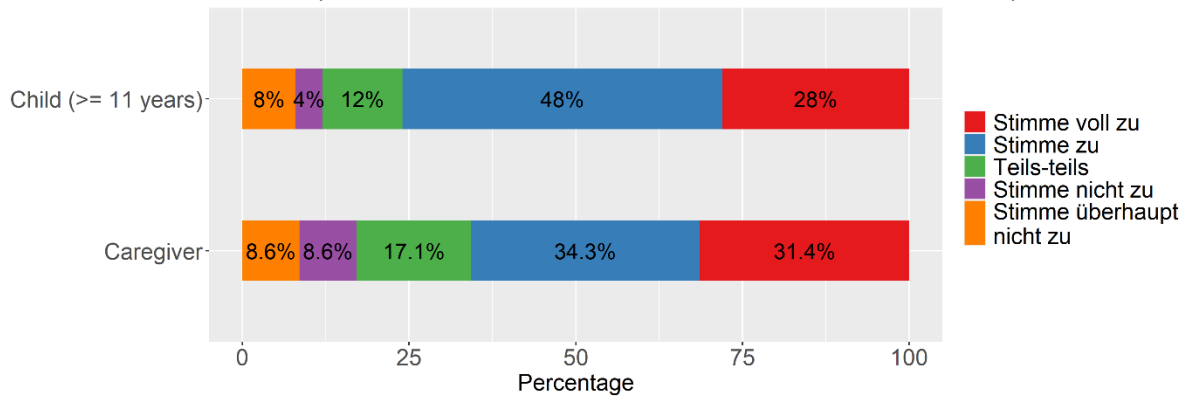
Anhang Nr. 32: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 7-10)

Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 11-13)

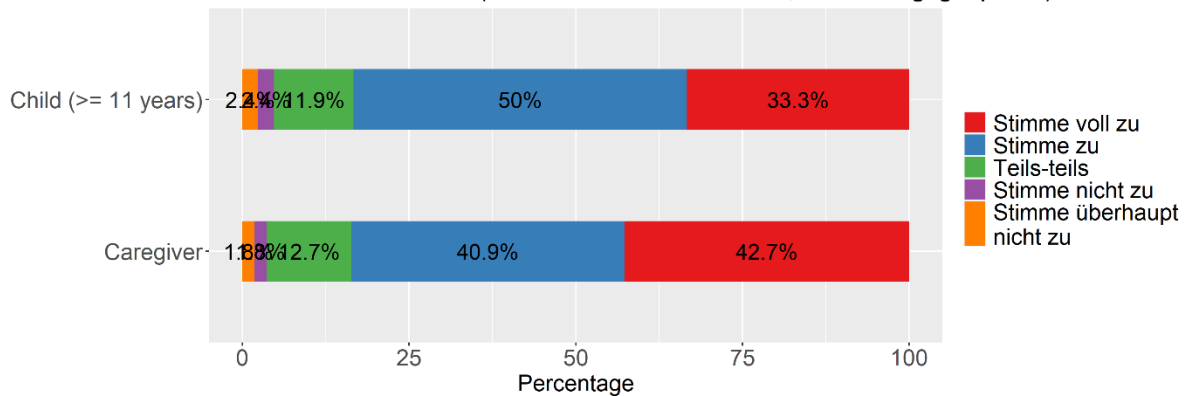
Item 11. Die Besprechung der Befragungsergebnisse hat mir geholfen, die Beziehung zu dem/der Therapeuten/in zu verbessern.



Item 12. Die Besprechung der Befragungsergebnisse hat mir geholfen, die Therapie auf die Bedürfnisse von mir oder die meines Kindes anzupassen.



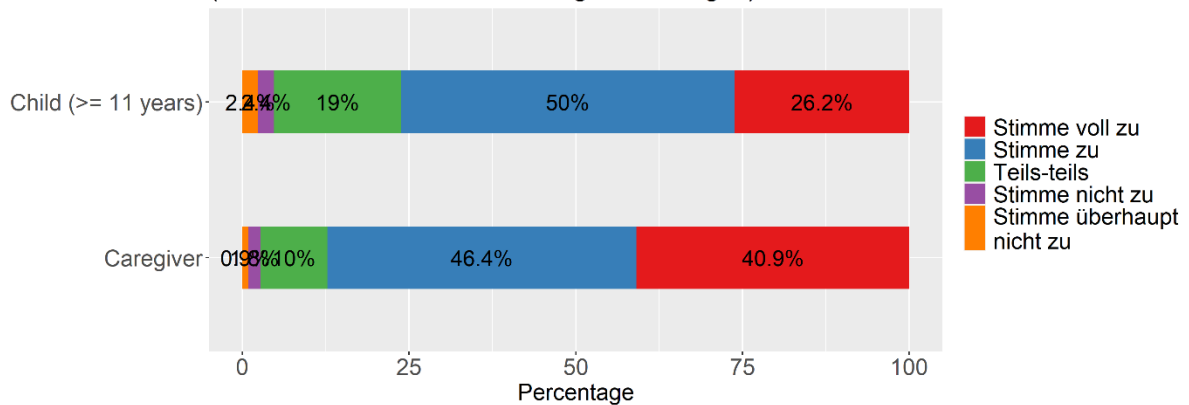
Item 13. Vorstellungen und Aufklärung über das Projekt VOR Studienteilnahme (z. B. Studieninformationen, Aufklärungsgespräch).



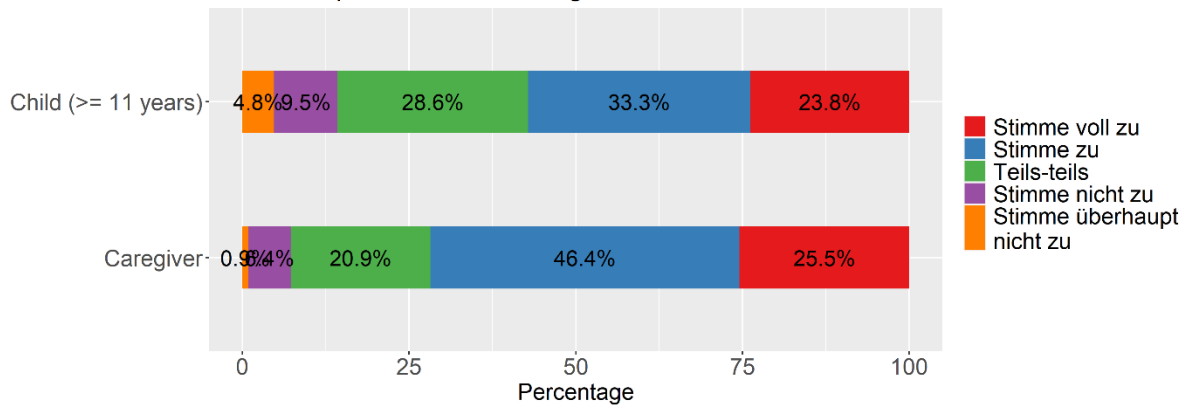
Anhang Nr. 33: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 11-13)

Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 14-16)

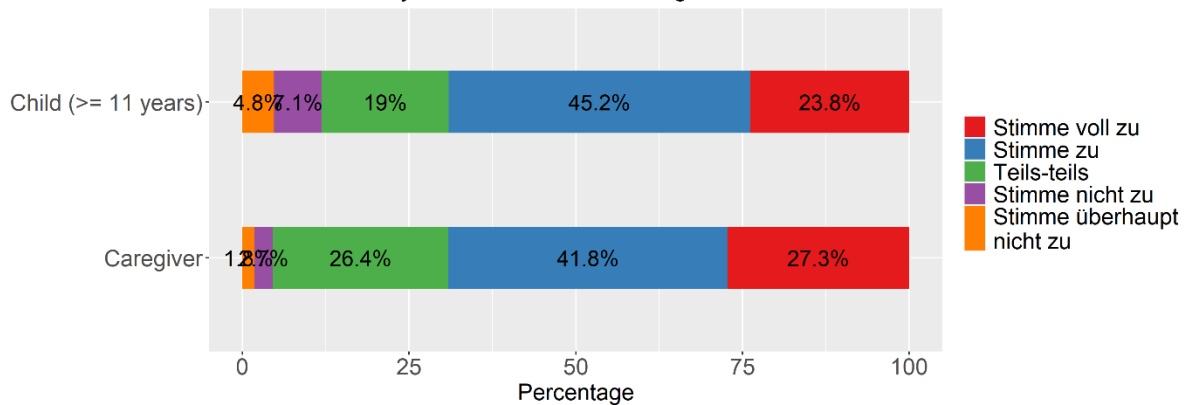
Item 14. Unterstützung durch das Studienteam  
(z. B. Erreichbarkeit, Bearbeitung von Anfragen).



Item 15. Ein solches Onlinesystem sollte in Zukunft standardmäßig  
in die therapeutische Arbeit integriert werden.



Item 16. Das Projekt hat meine Erwartungen erfüllt.



Anhang Nr. 34: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Feedback-Gruppe (Item 14-16)



Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass die Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems geprüft werden kann. Mit Hilfe dieses Systems verbinden wir die Hoffnung, positive Entwicklungen, aber auch mögliche Hindernisse im Therapieverlauf zukünftig noch früher zu erkennen und die Therapie noch besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen zu können.

### Kontakt

Wenn Sie an dem Projekt teilnehmen möchten, wenden Sie sich gerne an das Team OPTIE. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich ebenfalls gerne zur Verfügung.

#### Projektleitung

Priv.-Doz. Dr. Christopher Hautmann  
Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner

#### Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner

Nina Geldermann, M. A.  
Felix Oswald, M. A.  
Jana Rausch, M. Sc.

#### Adresse

Uniklinik Köln  
Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP)  
– Forschungsprojekt OPTIE –  
Pohligstraße 9, 50969 Köln  
Telefon: 0221 478-35666  
E-Mail: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)

Das Forschungsprojekt wird vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert.

Gefördert durch:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

# OPTIE



Prozessfeedback in der  
Verhaltenstherapie von Kindern  
und Jugendlichen

Informationen für Eltern

P21103079; Stand: 12.01.2022; Titlefoto: © Mizkit – stock.adobe.com



**UNIKLINIK  
KÖLN**

## Mehr über die Studie

Die Abkürzung OPTIE steht für Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### Warum führen wir die Studie durch?

In der Studie OPTIE soll die Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems geprüft werden. Ziel ist es, die Therapie zukünftig noch besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse abstimmen zu können.

### Was ist ein therapeutisches Rückmeldesystem?

Ein therapeutisches Rückmeldesystem ist ein Hilfsmittel, das begleitend zur Psychotherapie eingesetzt wird. Dabei werden Sie und Ihr Kind (Befragung ab 11 Jahren) gebeten, zu wichtigen Therapiethemen regelmäßig Ihre Meinung zu sagen (z. B. aktuelle Beschwerden). Die Ergebnisse dieser Befragungen werden den Therapeutinnen und Therapeuten zurückgemeldet und können für die Therapieplanung genutzt werden. In der Studie möchten wir überprüfen, ob eine solche Rückmeldung hilfreich ist.

### Wie ist der Ablauf der Studie?

Um Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit machen zu können, müssen Behandlungen mit und ohne das Rückmeldesystem miteinander verglichen werden (s. Abbildung 1).

Hierzu werden alle teilnehmenden Familien per Zufall einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt (Randomisierung): (a) In der sogenannten Routinegruppe wird eine Therapie entsprechend den Leitlinien angeboten; (b) in der Feedbackgruppe erhalten die Familien ebenfalls eine Therapie entsprechend den Leitlinien ergänzt durch das therapeutische Rückmeldesystem.

Um beide Gruppen miteinander vergleichen zu können, werden insgesamt drei klinische Interviews zur Symptomatik Ihres Kindes durchgeführt und Fragebögen erhoben (s. Abbildung 1). Die diagnostischen Ergebnisse werden anschließend den Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung gestellt und können zusätzlich für die Therapie genutzt werden.

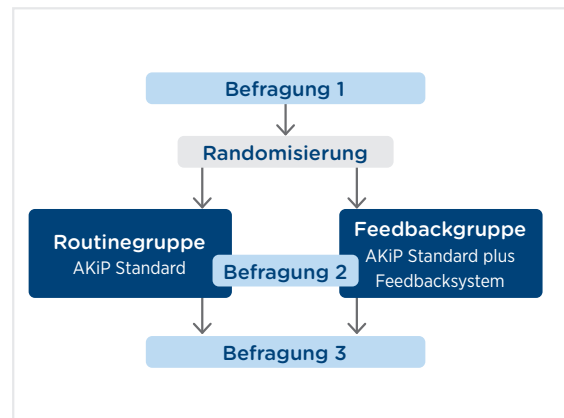


Abbildung 1: Ablauf der Studie OPTIE

### Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?

Die Teilnahme an der Studie dauert etwas länger als ein Jahr, das sind 12 Monate Behandlungszeit plus die diagnostischen Vor- und Nachuntersuchungen. Die Studienteilnahme ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile für die weitere Behandlung entstehen.

### Wer kann teilnehmen?

Familien, deren Kinder/Jugendliche...

- › im Alter zwischen 6 und 17 Jahren sind
- › eine Indikation für eine ambulante Psychotherapie aufweisen
- › Verhaltensprobleme oder emotionale Probleme haben

Zudem muss mindestens eine sorgeberechtigte Person ausreichende Deutschkenntnisse besitzen.

» Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

**Welche Vorteile hat die Teilnahme?**

- › Hohes Studieninteresse bei Familien
- › Das OPTIE-Team unterstützt bei der Einholung der Diagnostik.
- › Feedback-Therapeutinnen und -Therapeuten erhalten zusätzlich fünf kostenlose halbe Zusatz-Einzelsupervisionen (Anerkennung für die Ausbildung; Ersparnis von bis zu 237,50 € pro Patient).
- › Fast alle Störungsbereiche sind vertreten (Patientinnen und Patienten mit internalen und/oder externalen Auffälligkeiten).
- › Der Mehraufwand ist sehr begrenzt.

» Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen!

**Kontakt**

Wenn Sie an dem Projekt teilnehmen möchten, wenden Sie sich bitte an das Team OPTIE, um das weitere Vorgehen besprechen zu können. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich ebenfalls gerne zur Verfügung.

**Projektleitung**

Priv.-Doz. Dr. Christopher Hautmann  
Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner

**Ansprechpartnerinnen/Ansprechpartner**

Nina Geldermann, M. A.  
Felix Oswald, M. A.  
Jana Rausch, M. Sc.

**Adresse**

Uniklinik Köln  
Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKiP)  
- Forschungsprojekt OPTIE -  
Pohligstraße 9, 50969 Köln  
Telefon: 0221 478-35666  
E-Mail: akip-optie@uk-koeln.de

Gefördert durch:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss



Prozessfeedback in der  
Verhaltenstherapie von Kindern  
und Jugendlichen

Informationen für  
Therapeutinnen und  
Therapeuten

P21103079; Stand: 12.01.2022; Titelfoto: © Mizkit - stock.adobe.com



**UNIKLINIK  
KÖLN**

## Mehr über die Studie

### Die Abkürzung OPTIE steht für...

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen.

### Warum führen wir die Studie durch?

In der Studie OPTIE soll die Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems geprüft werden. Ziel ist es, die Therapie zukünftig noch besser auf die individuellen Bedürfnisse Ihrer Patientinnen und Patienten abstimmen zu können.

### Was ist ein therapeutisches Rückmeldesystem?

Das therapeutische Rückmeldesystem wird begleitend zur Psychotherapie eingesetzt. Dabei werden die Patientinnen und Patienten (ab 11 Jahren), die Eltern und Sie gebeten, zu wichtigen Therapiethemen regelmäßig Ihre Meinung zu sagen (z. B. aktuelle Beschwerden). Die Ergebnisse dieser Befragungen werden Ihnen zurückgemeldet und können für die Therapieplanung genutzt werden. In der Studie möchten wir überprüfen, ob eine solche Rückmeldung hilfreich ist.

### Wie ist der Ablauf der Studie?

Um Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit machen zu können, müssen Behandlungen mit und ohne das Rückmeldesystem miteinander verglichen werden (s. Abbildung 1).

Hierzu werden alle Therapeutinnen und Therapeuten sowie alle teilnehmenden Familien per Zufall einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt (Randomisierung): (a) In der sogenannten Routinegruppe wird eine Therapie entsprechend den Leitlinien angeboten; (b) in der Feedbackgruppe erhalten die Familien ebenfalls eine Therapie entsprechend den Leitlinien ergänzt durch das therapeutische Rückmeldesystem.

Um beide Gruppen miteinander vergleichen zu können, werden insgesamt drei diagnostische Untersuchungen durchgeführt (s. Abbildung 1).

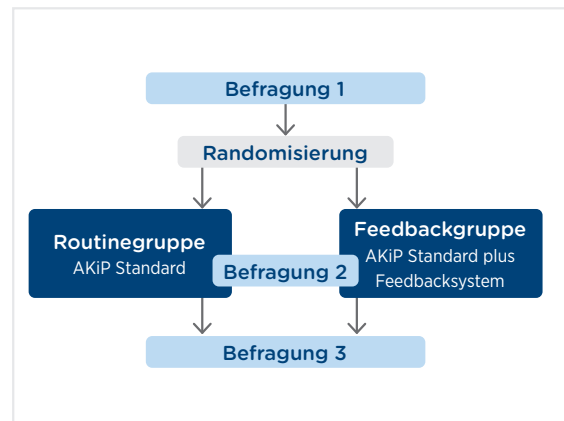


Abbildung 1: Ablauf der Studie OPTIE

Mit Ausnahme eines klinischen Interviews sind die eingesetzten Instrumente weitgehend deckungsgleich zu der Diagnostik am Haus. Das klinische Interview wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Teams OPTIE durchgeführt, wobei die diagnostischen Ergebnisse Ihnen anschließend zur Verfügung gestellt und zusätzlich für die Therapie genutzt werden können.

### Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?

Die Rekrutierung neuer Familien für die Studie ist bis November 2021 geplant. Bis dahin können Sie bei jeder Neuaufnahme Studienpatientinnen und Studienpatienten zugeteilt bekommen. Die studienbezogene Beobachtungsdauer beträgt pro Patientin und Patient 12 Monate. Die Therapie kann bei Bedarf jedoch vorher beendet werden oder länger fortgeführt werden. Die Studienteilnahme ist freiwillig und kann jederzeit beendet werden.

### Wer kann teilnehmen?

Alle Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PiP und PiA), die Patientinnen und Patienten behandeln.

**UNIKLINIK  
KÖLN****Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)**

## Forschungsprojekt OPTIE

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von  
Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### – Informationen über die Studie für Sorgeberechtigte –

Studienleitung:

PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9, 50969 Köln

#### Liebe Eltern, liebe Bezugspersonen,

ergänzend zu dem Beratungsgespräch möchten wir Ihnen mit diesem Schreiben weitere Hinweise zu der Studie OPTIE geben und Sie über die Ziele und den Ablauf der Untersuchung informieren.

#### 1. Warum führen wir diese Studie durch?

Am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) ist es unser Ziel, jeder Familie ein optimales Therapieangebot zu machen. Die Studie OPTIE soll uns dabei helfen, die Therapie noch besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Hierzu überprüfen wir die Wirksamkeit eines sogenannten therapeutischen Rückmeldesystems. Mit Hilfe dieses Systems könnten positive Entwicklungen, aber auch mögliche Hindernisse im Therapieverlauf zukünftig noch früher erkannt werden.

#### 2. Was ist ein therapeutisches Rückmeldesystem?

Ein therapeutisches Rückmeldesystem ist ein Hilfsmittel, das begleitend zur Psychotherapie eingesetzt wird. Dabei werden Sie und Ihr Kind (ab 11 Jahren) gebeten, uns mittels Online-Befragung Ihre Meinung zu wichtigen Therapiethemen mitzuteilen (z. B. aktuelle Beschwerden). Die Ergebnisse dieser Befragungen werden den Therapeut/innen und Ihnen zurückgemeldet. In unserer Studie möchten wir überprüfen, welchen Effekt eine solche Rückmeldung auf die Therapie hat.

#### 3. Wie ist der Ablauf der Studie?

Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung eines therapeutischen Rückmeldesystems. Um Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit machen zu können, müssen Behandlungen mit und ohne das Rückmeldesystem miteinander verglichen werden (s. Abbildung 1). Hierzu werden alle teilnehmenden Familien per Zufall einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt: (Die Wahrscheinlichkeit für die Zuordnung in eine der beiden Behandlungsgruppen liegt bei 50 Prozent. Die Behandlungsdauer ist auf 12 Monate festgelegt. Familien, die nach der Studie weiteren Therapiebedarf haben, werden im Anschluss daran ganz regulär weiterbehandelt.

Um die beiden Gruppen im Rahmen der Studie miteinander vergleichen zu können, werden insgesamt drei diagnostische Untersuchungen durchgeführt. Diese finden in beiden Gruppen kurz vor, während und nach der Behandlung statt (s. Abbildung 1). In diesen Untersuchungen werden ein sogenanntes klinisches Interview zur Symptomatik Ihres Kindes und weitere Fragebögen verwendet, um den Stand der Behandlung zu überprüfen. Zur Qualitätssicherung werden von den klinischen Interviews Tonaufnahmen erstellt (siehe Datenschutzerklärung). Für die Tonaufzeichnungen ist eine gesonderte Einverständniserklärung von Ihnen erforderlich. Die Aufzeichnung ist dabei keine Voraussetzung für die allgemeine Studienteilnahme. Zur diagnostischen Untersuchung werden sowohl ihr Kind, Sie selbst, als auch (mit Ihrem Einverständnis) eine Lehrkraft Ihres Kindes einbezogen. Die diagnostischen Ergebnisse werden anschließend Ihnen und den Therapeut/innen zur Verfügung gestellt und können zusätzlich für die Therapie genutzt werden.

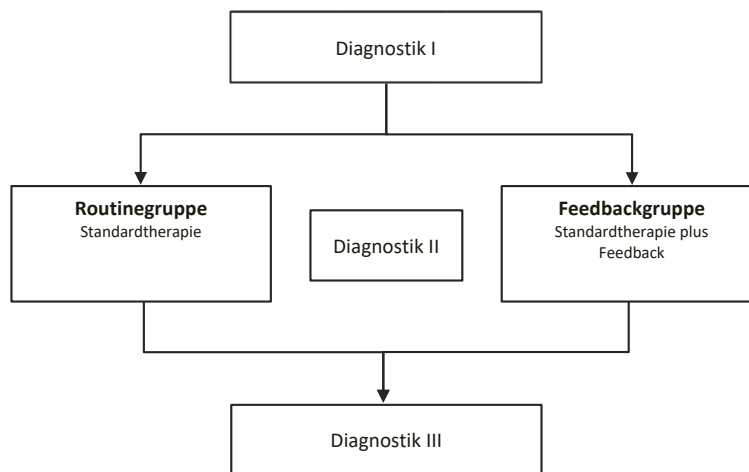


Abbildung 1: Ablauf der Studie OPTIE mit zwei Behandlungsgruppen und drei Untersuchungsterminen.

#### 4. Wer ist der Auftraggeber der Studie und wie viele Patient/innen werden an der Studie teilnehmen?

Die Studie wird vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert. Der G-BA unterstützt unter anderem Forschungsprojekte, die auf eine verbesserte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind. Für die Studie sollen insgesamt 439 Familien gewonnen werden.

**5. Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?**

Die Teilnahme an der Studie dauert etwas länger als ein Jahr, das sind 12 Monate Behandlungszeit plus die diagnostische Vor- und die Nachuntersuchung. Bei Bedarf wird die Therapie im Anschluss unter den sonst üblichen Bedingungen einer Standardbehandlung (Leitlinientherapie) fortgeführt.

**6. Welches Risiko bzw. welcher Nutzen ist mit der Studienteilnahme verbunden?**

Wir sehen mit der Studie keine besonderen Risiken verbunden. Bei der Standardbehandlung handelt es sich um eine Therapie entsprechend den Behandlungsleitlinien. Das therapeutische Rückmeldesystem könnte ein wichtiger Beitrag für die personalisierte Behandlung sein. Wir können jedoch nicht mit Sicherheit sagen, ob der Einsatz von solchen Rückmeldesystemen das Therapieergebnis tatsächlich verbessert.

Die Studienteilnahme ist durch die drei Untersuchungstermine für alle Familien mit einem geringen Mehraufwand verbunden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass fast die gesamte studienbedingte Diagnostik auch im Rahmen der Routineversorgung stattfinden würde und die Befunde von praktischem Nutzen für die Therapie sind. Die Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln beraten und ist am 13.08.2019 zustimmend bewertet worden.

**7. Welche anderen Behandlungsmöglichkeiten gibt es außerhalb der Studie?**

Wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen, wird Ihnen die im Hause übliche Standardbehandlung angeboten (Leitlinientherapie).

**8. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der Studie?**

Durch die Studienteilnahme entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Die Kosten für die Behandlung werden von der zuständigen Krankenkasse übernommen. Die drei zusätzlichen Untersuchungstermine sind kostenfrei und finden im Rahmen der regulären Behandlung oder telefonisch statt. Wie bei ambulanter Psychotherapie üblich, müssen die Kosten für die Anfahrt zu den Behandlungsterminen von den Studienteilnehmern selbst getragen werden.

**9. Ist die Studienteilnahme freiwillig?**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Um an der Studie teilnehmen zu können, muss Ihr Kind ebenfalls sein Einverständnis geben. Bei einer Teilnahme können Sie und Ihr Kind die Studie jederzeit ohne die Angabe von Gründen beenden und ohne dass Ihnen dadurch Nachteile für die weitere Behandlung entstehen.

**10. Kann die Teilnahme an der Studie auch durch Andere vorzeitig beendet werden?**

Es ist möglich, dass der/die Therapeut/in entscheidet, die Teilnahme Ihres Kindes an der Studie vorzeitig zu beenden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Beschwerden Ihres Kindes zunehmen und eine andere Behandlungsform notwendig erscheint. Der/die Therapeut/in würde in diesem Falle dann das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

**11. Was geschieht mit Ihren Daten?**

Während der Studie werden Informationen erhoben, niedergeschrieben und elektronisch gespeichert. Die Datenverarbeitung erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen (s. Datenschutzerklärung). Die für die Studie wichtigen Informationen werden im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung in pseudonymisierter Form ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass für die Fallidentifikation nur ein Code verwendet wird und damit ein direkter Rückschluss auf eine Person nicht möglich ist. Sie haben das Recht, Einblick in Ihre Daten zu nehmen, die während der Studie erhoben werden. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, so haben Sie das Recht, diese durch die Studienmitarbeiter/innen korrigieren zu lassen. Weitere Einzelheiten, insbesondere die Möglichkeit zum Widerruf der Datenverarbeitung, entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung.

**12. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?**

Für Fragen und weitere Anliegen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter den folgenden Kontaktdaten:

Forschungsprojekt OPTIE  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666

**Ihr OPTIE Studienteam**



## Forschungsprojekt OPTIE

### – Datenschutzerklärung –

In dieser Studie werden personenbezogene Informationen erhoben, gespeichert und ausgewertet. Dies erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, die im Folgenden aufgeführt sind. Die Teilnahme an der Studie und die Verwendung der darin erhobenen persönlichen Angaben setzt eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die Einwilligungserklärung ist eine Studienteilnahme nicht möglich.

Alle personenbezogenen Informationen (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) werden in einem sicheren elektronischen System gespeichert. Nach Beendigung der Studie werden diese über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren archiviert und im Anschluss gelöscht.

Im Rahmen der Studie werden von drei diagnostischen Interviews Tonaufnahmen gemacht. Die Aufnahmen dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung, wie zuverlässig unsere diagnostischen Ergebnisse sind. Es ist uns technisch leider nicht möglich, Tonaufnahmen so zu anonymisieren, dass nicht mehr erkennbar ist, welche Person darauf zu hören ist. Allerdings wird sichergestellt, dass die Aufnahmen nur von autorisierten Studienmitarbeitern eingesehen werden dürfen. Eine Weitergabe der Aufnahmen an Dritte ist nicht zulässig.

Zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung werden die Daten in pseudonymisierter Form weiterverarbeitet. Das bedeutet, dass mögliche Identifikationsmerkmale (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) durch einen Code ersetzt werden und eine Zuordnung der Daten zu einer Person nur noch über weitere Hilfsmittel möglich ist (Referenzliste). Diese Verbindung wird lediglich für die Koordination der Erhebung benötigt. Im Falle der Auswertung und Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten damit gewährleistet. Ein Rückschluss ist nur dann möglich, wenn eine Person, die die Daten auswertet, auch über die Referenzliste zum Entschlüsseln der Pseudonymisierung verfügt.

Es besteht ein Recht auf Widerruf hinsichtlich der Datenverarbeitung. In diesem Fall werden die von Ihnen bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht oder vollständig anonymisiert, es sei denn, Sie stimmen nach erfolgtem Widerruf dem ursprünglichen Verwendungszweck der bis dahin erhobenen Daten ausdrücklich zu.

Sie haben das Recht, Einblick in die von Ihnen erfassten Daten zu nehmen sowie eine unentgeltliche Kopie zu erhalten. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, haben Sie das Recht, diese korrigieren zu lassen.

Mit der Studienteilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Dritte zum Zwecke des Monitorings in die beim Studienleiter vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen können (z. B. Beauftragte der Ethikkommission), soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinden Sie die zuständigen Studienmitarbeiter/innen von der Schweigepflicht.

Die Speicherung und Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohlstraße 9, 50969 Köln. Der zuständige Datenschutzbeauftragte für die Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln. Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren. Zu diesem Zweck können Sie sich wenden an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.



**UNIKLINIK  
KÖLN**

**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)**



## Forschungsprojekt OPTIE

### – Einwilligungserklärung für Sorgeberechtigte –

- Wir haben die Studieninformation gelesen und sind über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert worden. Wir können jederzeit weitere Informationen zu der Studie erhalten.
- Wir möchten mit unserem Kind an der Studie teilnehmen und wissen auch, dass dies freiwillig ist.
- Wir und unser Kind haben jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass uns dadurch Nachteile für die weitere Behandlung entstehen.
- Wir sind damit einverstanden, über eine Zufallszuweisung einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt zu werden (Routinegruppe oder Feedbackgruppe).
- Unsere Daten und die Daten unseres Kindes werden entsprechend der Datenschutzbestimmungen gespeichert und ausgewertet. Die entsprechende Datenschutzerklärung haben wir erhalten und stimmen den darin genannten Bedingungen zu.
- Wir sind damit einverstanden, dass die klinischen Interviews im Rahmen der diagnostischen Untersuchungen mittels Tonaufnahme aufgezeichnet werden (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- ja      Wir haben verstanden, dass es nicht möglich ist, Tonaufnahmen so zu anonymisieren, dass nicht mehr erkennbar ist, welche Person zu hören ist. Wir wissen, dass die Tonaufnahmen nur von autorisierten Mitarbeiter/innen der Studie eingesehen werden dürfen.
- nein

\_\_\_\_\_  
Name Kind in Druckbuchstaben

Für die Teilnahme des Kindes an der Studie ist die Zustimmung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Falls Sie das alleinige Sorgerecht besitzen, bestätigen Sie das bitte hier:

- Ja, ich habe die Alleinsorge für das genannte Kind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name & Unterschrift **erste/r Sorgeberechtigte/r**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name & Unterschrift **zweite/r Sorgeberechtigte/r**  
(ggf. durchstreichen)

<b>Wird von Studienmitarbeiter/innen ausgefüllt:</b>	
Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt.	
_____	
Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben	
_____	_____
Datum	Unterschrift Studienmitarbeiter/in



**UNIKLINIK  
KÖLN**

**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)**



## **Forschungsprojekt OPTIE**

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### **– Informationen über die Studie für Kinder und Jugendliche –**

Studienleitung:

PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9, 50969 Köln

**Hallo,**

wir möchten dich fragen, ob du an einer Studie teilnehmen möchtest, die bei uns in der Ambulanz durchgeführt wird. Damit du dich besser entscheiden kannst, werden wir dir mit diesem Informationsblatt die Studie etwas näher vorstellen.

#### **1. Warum führen wir diese Studie durch?**

In unsere Ambulanz kommen Kinder, Jugendliche und Eltern, denen wir bei Problemen und Belastungen helfen wollen. Manchmal geht es um unangenehme Gefühle wie Angst oder Wut. Andere suchen Hilfe bei schwierigen Situationen, die sie nicht alleine bewältigen können. Mit unserer Untersuchung wollen wir herausfinden, ob wir mit einer neuen Therapiemethode Kindern und ihren Eltern noch besser helfen können. Mit der neuen Methode können wir vielleicht Hindernisse bei der Behandlung noch früher erkennen und so hoffentlich besser auf deine Bedürfnisse eingehen.

#### **2. Was ist das für eine neue Methode?**

Bei der neuen Methode geht es um ein sogenanntes Rückmeldesystem. Bei einem Rückmeldesystem bekommen der Therapeut und du eine Rückmeldung darüber, wie gut die Therapie gerade läuft. Für so eine Rückmeldung brauchen wir deine Meinung (Kinder/Jugendliche ab 11 Jahren) und die Meinung von deinen Eltern. Dabei werden wir euch bitten, uns mittels Online-Befragung eure Meinung zu wichtigen Therapiethemen mitzuteilen (z. B. zu aktuellen Beschwerden). Die Ergebnisse der Befragung werden danach an den Therapeuten, deine Eltern und dich zurückgemeldet. Wir möchten untersuchen, ob uns eure Antworten dabei helfen, dich noch besser zu verstehen und die Therapie noch besser an das anzupassen, was du brauchst.

#### **3. Wie ist der Ablauf der Studie?**

Um sagen zu können, ob das therapeutische Rückmeldesystem tatsächlich hilft, möchten wir in der Studie zwei Patientengruppen miteinander vergleichen: Eine Gruppe, in der das System angeboten wird

und eine ohne das System. Wenn Familien an der Studie teilnehmen, entscheidet immer der Zufall, in welche Gruppe sie kommen.

Um die beiden Gruppen miteinander vergleichen zu können, wirst du zu drei Untersuchungen eingeladen. Diese finden kurz vor, während und nach der Behandlung statt. Bei den Terminen wirst du gebeten Fragebögen auszufüllen. Deine Eltern und vielleicht auch dein Lehrer nehmen auch an der Untersuchung teil.

#### **4. Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?**

Die Teilnahme an der Studie dauert etwas länger als ein Jahr, das sind 12 Monate Behandlungszeit und zusätzlich die Untersuchungen davor und danach. Bei Bedarf wird die Therapie im Anschluss ganz normal fortgeführt.

#### **5. Welche Nachteile hat eine Teilnahme an der Studie?**

Durch die drei Untersuchungstermine brauchen Familien, die an der Studie teilnehmen, etwas mehr Zeit. Fast alle Fragebögen werden aber normalerweise auch in der Therapie benutzt und sind damit auch für Deine Behandlung wichtig.

Bei einer Teilnahme an der Studie können wir nicht versprechen, ob du in die Patientengruppe mit oder ohne das Rückmeldesystem kommst. Darüber entscheidet allein der Zufall.

Kinder und Jugendliche in der Gruppe mit dem Rückmeldesystem haben während der Therapie auch ein bisschen mehr zu tun. Wir denken aber nicht, dass das besonders belastend ist.

#### **6. Hilft oder schadet das therapeutische Rückmeldesystem?**

Wir gehen nicht davon aus, dass mit dem Rückmeldesystem ein besonderes Risiko verbunden ist und bewerten es als sicher. Es könnte sein, dass wir mit dem System die Behandlung noch besser auf deine Bedürfnisse abstimmen können, es gibt aber keine Garantie dafür.

#### **7. Musst du an der Studie teilnehmen?**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie ist dann möglich, wenn du und deine Eltern gemeinsam an der Studie teilnehmen wollen. Es entstehen dir keine Nachteile, falls du nicht teilnimmst. Du musst dann auch keinen Grund nennen, warum du nicht mitmachen willst. Wenn du nicht an der Studie teilnimmst, wird dir die übliche Therapie am Haus angeboten (Leitlinientherapie).

#### **8. Kannst du dich auch noch anders entscheiden?**

Auch wenn du jetzt unterschreibst, dass du an der Studie teilnehmen willst, kannst du dich später auch noch anders entscheiden und die Studie abbrechen. In dem Fall werden wir alles beenden, was mit der Studie zusammenhängt.

### 9. Was machen wir mit deinen Daten und den Daten deiner Eltern?

In einer solchen Studie sammeln wir viele Daten von dir und deinen Eltern. Gegebenenfalls beantwortet auch ein Lehrer ein paar Fragen über dein Verhalten. Alle Informationen werden aufgeschrieben, in einem Computer gespeichert und ausgewertet. Das sind zum Beispiel Angaben zu deinen Beschwerden, aber auch persönliche Informationen wie deinen Namen, deine E-Mail-Adresse (für Kinder ab 11 Jahren) und dein Geburtsdatum. Alle Daten werden mindestens 10 Jahre aufgehoben und danach wieder gelöscht.

Bei der Verwendung deiner Daten sind wir zum Datenschutz verpflichtet. Das heißt zum Beispiel, dass wir deine Daten in keinem Fall an Personen weitergeben, die nicht an der Studie beteiligt sind. Das heißt aber auch, dass wir persönliche Daten wie zum Beispiel deinen Namen nur hier in der Ambulanz verwenden. Sobald wir die Daten für die Studie auswerten, werden alle persönlichen Angaben gelöscht oder durch einen Code ersetzt. Ein Code ist eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen. Damit stellen wir sicher, dass von deiner Teilnahme an der Studie niemand weiß.

Für den Schutz deiner Daten sind verschiedene Personen verantwortlich. Hier an der Ambulanz ist das Herr PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohligstraße 9, 50969 Köln. Der Datenschutzbeauftragte der Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln.

### 10. An wen kannst du noch Fragen stellen?

Wenn du noch Fragen hast, kannst du dich gerne an deine Eltern oder an uns wenden. Wir beantworten alle deine Fragen sehr gerne. Du erreichst uns unter den folgenden Kontaktdaten:

Forschungsprojekt OPTIE  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an  
der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666

Dein Studienteam OPTIE



**UNIKLINIK  
KÖLN**

**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)**



## Forschungsprojekt OPTIE

### – Einwilligungserklärung für Kinder und Jugendliche –

- Ich habe die Information gelesen (oder vorgelesen bekommen) und habe verstanden, worum es in der Studie geht. Wenn ich das möchte, kann ich jederzeit weitere Informationen zur Studie bekommen.
- Ich bin damit einverstanden an der Studie teilzunehmen.
- Ich erkläre mich bereit, für die Untersuchungen Fragebögen auszufüllen.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich durch eine zufällige Aufteilung einer von zwei Gruppen zugeteilt werde: (a) Behandlung ohne das Rückmeldesystem, (b) Behandlung mit dem therapeutischen Rückmeldesystem.
- Ich weiß, dass in der Studie Daten von mir und meinen Eltern gesammelt werden. Mir wurde zugesichert, dass meine Daten geschützt werden und andere nichts von meiner Teilnahme an der Studie erfahren werden.

\_\_\_\_\_  
Name Kind / Jugendlicher in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind / Jugendlicher

**Wird von Studienmitarbeiter/innen ausgefüllt:**

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Kinds/ Jugendlichen eingeholt.

\_\_\_\_\_  
Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studienmitarbeiter/in



## **Projekt OPTIE**

### *Studieninformation für TherapeutInnen*

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

Übersicht .....	1
Studienfamilien .....	2
Randomisierung .....	2
Diagnostik .....	2
Behandlung allgemein .....	3
Behandlung Routinegruppe .....	4
Behandlung Feedbackgruppe .....	4
Teilnahme und Kosten .....	4

### **Übersicht**

#### *Was ist das Ziel der Studie?*

Das Ziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems.

#### *Worum handelt es sich bei dem therapeutischen Rückmeldesystem?*

Das therapeutische Rückmeldesystem besteht aus den drei Komponenten (a) Verlaufsbeobachtung, (b) Verlaufsrückmeldung und (c) Supervision. Die Verlaufsbeobachtung dient der kontinuierlichen Erfassung von zentralen Therapieprozessparametern (z. B. Symptomatik, Therapiemotivation). Bei der Verlaufsrückmeldung werden die Ergebnisse der Befragung an die TherapeutInnen zurückgemeldet. In der Supervision werden unter anderem die Verlaufsbeobachtungen und deren Relevanz für die weitere Therapieplanung besprochen.

#### *Wie ist das Studiendesign und welche Behandlungsgruppen gibt es?*

Es handelt sich um eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit zwei Behandlungsarmen (Routine, Feedback). In der Routinegruppe wird die Standardbehandlung unter den sonst üblichen Bedingungen durchgeführt, sie dient als Kontrollgruppe. In der Feedbackgruppe wird neben der Standardbehandlung zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem angeboten.



### **Studienfamilien**

*Welche Familien werden eingeschlossen?*

Eingeschlossen werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren, die internale oder externale Auffälligkeiten zeigen.

*Werden die Familien vor dem Studieneinschluss aufgeklärt und wer ist für den Studieneinschluss verantwortlich?*

Alle Kinder und ihre Sorgeberechtigten werden vor dem Studieneinschluss aufgeklärt und müssen vor einer Studienteilnahme ihr schriftliches Einverständnis dazu geben. Die Prüfung der Einschlusskriterien sowie die Einholung der Unterschriften erfolgt vor dem ersten Therapiekontakt und wird von den ScreenerInnen bzw. dem Studienpersonal organisiert.

*Können StudientherapeutInnen auch Familien behandeln, die nicht an der Studie teilnehmen?*

Die Behandlung von Nicht-Studienfamilien im Rahmen der praktischen Ausbildung ist grundsätzlich möglich und es gibt hier keinerlei Einschränkungen.

### **Randomisierung**

*Wer wird randomisiert und darf nach der Randomisierung die Behandlungsgruppe noch gewechselt werden?*

Die Randomisierung erfolgt auf den Ebenen der PatientInnen und TherapeutInnen und beide Gruppen werden den beiden Behandlungsbedingungen (Routine, Feedback) per Zufall zugewiesen. Sobald die Behandlungsgruppe feststeht, können TherapeutInnen diese nicht mehr wechseln. Es gibt also TherapeutInnen, die in der Studie nur in der Routinegruppe sind, und andere, die nur in der Feedbackgruppe sind. PatientInnen sollen vom Grundsatz nur von TherapeutInnen aus der jeweils gleichen Behandlungsbedingung therapiert werden. Steht einer Familie wegen mangelnder Verfügbarkeit jedoch kein Studientherapeut aus der passenden Behandlungsgruppe zur Verfügung, kann ihnen auch ein Studientherapeut aus der jeweils anderen Behandlungsgruppe zugeordnet werden. Die Familien erhalten in diesen Fällen die Behandlung, die durch den Studientherapeuten vertreten wird. Die Organisation und Zuordnung der PatientInnen zu den TherapeutInnen werden von der Ambulanzleitung und dem Studienteam übernommen.

### **Diagnostik**

*Was ändert sich bei der Diagnostik?*

Für TherapeutInnen mit Studienteilnahme gibt es bei der Diagnostik von Familien mit Studienteilnahme drei wesentliche Veränderungen: (a) Die Eingangsdiagnostik wird vor dem ersten Therapiekontakt bereits an die Familien ausgegeben; (b) es gibt für die Studie eine eigene zusätzliche Diagnostik-Checkliste „Projekt OPTIE“; (c) das Studienteam bietet auf Anforderung hin Unterstützung, um die Diagnostik einzuholen.

*Wer gibt die Eingangsdiagnostik aus und wer ist für die Einholung verantwortlich?*

Familien mit Studienteilnahme erhalten die Eingangsdiagnostik bereits vor dem ersten Therapietermin über das Studienpersonal (Fragebögen Eltern, Kind, Lehrkraft). Die Familien werden gebeten, die Unterlagen zu dem ersten Therapietermin bereits ausgefüllt mitzubringen. Verantwortlich für die Einholung der Unterlagen bleiben weiterhin die TherapeutInnen.

*Was ist die Diagnostik-Checkliste „Projekt OPTIE“?*

Die Checkliste umfasst einige wenige studienspezifische Messinstrumente, die zusammen mit den sonst üblichen Diagnostik-Checklisten zu erheben sind und wird bei der Fallübergabe von dem/der ScreenerIn ausgehändigt. Der Mehraufwand ist sehr begrenzt.

*Wird neben der Eingangsdiagnostik auch die Zwischen- und Abschlussdiagnostik durch das Studienteam ausgegeben?*

Nein, das Studienteam gibt nur die Eingangsdiagnostik aus. Hintergrund ist, dass bei der Zwischen- und Abschlussmessung die TherapeutInnen im engeren Kontakt mit den Familien stehen und den Prozess besser betreuen können. Alle studienrelevanten Fragebögen befinden sich in der Therapeutenzentrale (Raum 1.007).

*Welche Unterstützung bietet das Studienteam bei der Einholung der Diagnostik?*

Das Studienteam bietet auf Anforderung hin Unterstützung bei der Einholung der Diagnostik an (Eingangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik). Dies bietet sich bei eher aufwendigen Erhebungen an, wie dies beispielsweise bei Therapieabbruchern oder anderen Informanten ohne direkten persönlichen Kontakt der Fall sein kann (z. B. ErzieherIn, LehrerIn). Um entsprechende Unterstützung zu erhalten, bitte mit dem Studienteam Kontakt aufnehmen (Email: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)).

*Gibt es neben der Diagnostik-Checkliste Projekt OPTIE noch weitere studienbezogene Diagnostik?*

Neben der Diagnostik-Checkliste Projekt OPTIE gibt es ein diagnostisches Interview, das vom Studienteam mit den Sorgeberechtigten vor Therapiebeginn sowie 6 und 12 Monate danach durchgeführt wird. Die Erhebung ist teilverblindet und die Dauer beträgt ca. 45 bis 60 Minuten. Verantwortlich für die Organisation ist das Studienteam.

### **Behandlung allgemein**

*Wie lange dauert die studienspezifische Interventionszeit?*

Studientechnisch bedingt ist die Interventionszeit auf 12 Monate festgelegt.

*Was ist, wenn die Therapie kürzer oder länger dauern sollen?*

Die tatsächliche Therapiedauer orientiert sich am therapeutischen Bedarf. Therapien können also vor den 12 Monaten beendet oder danach fortgeführt werden. Die studienbedingte In-

terventionszeit bestimmt lediglich, wie lange in der Feedbackgruppe das therapeutische Rückmeldesystem maximal angeboten wird und wann die studienbedingten Messungen stattfinden sollen.

#### **Behandlung Routinegruppe**

*Welche Besonderheiten müssen bei der Behandlung beachtet werden?*

Die Behandlung findet unter den regulären Behandlungsbedingungen statt. Es muss lediglich die zusätzliche Checkliste OPTIE beachtet werden.

#### **Behandlung Feedbackgruppe**

*Welche Besonderheiten müssen bei der Behandlung beachtet werden?*

Es sind die Vorgaben im Rahmen des therapeutischen Rückmeldesystems zu beachten. Alle TherapeutInnen der Feedbackgruppe erhalten entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt (bei Interesse können diese bereits jetzt gerne angefragt werden, s. Kontaktdaten unten). Ebenfalls muss die zusätzliche Checkliste OPTIE beachtet werden. Daneben gibt es studienseitig keine weiteren Vorgaben und die Behandlungen können unter den sonst üblichen Bedingungen durchgeführt werden.

#### **Teilnahme und Kosten**

*Ist die Teilnahme an der Studie freiwillig?*

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie an der Studie nicht teilnehmen wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile für die Ausbildung.

*Welche möglichen Vorteile und Nachteile sind mit einer Studienteilnahme verbunden?*

Ein möglicher Nachteil besteht in dem leichten Mehraufwand bei der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussmessung sowie bei der Verwendung des Rückmeldesystems. Mögliche Vorteile sind die Unterstützung bei der Diagnostik, dass die zusätzlichen Supervisionsstunden in der Feedbackgruppe kostenfrei sind und diese darüber hinaus für die psychotherapeutische Ausbildung anerkannt werden. Hierdurch können die Kosten der Ausbildung pro Patient um bis zu 237,50 Euro gesenkt werden.

*Wie kann ich an der Studie teilnehmen und an wen wende ich mich bei weiteren Fragen?*

Wenn Sie an der Studie teilnehmen wollen, unterschreiben Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung und legen diese in das Postfach Projekt OPTIE. Sollten Sie weitere Fragen zu der Studie haben, nehmen sie bitte unter den nachfolgenden Kontaktdaten mit dem Projekt Verbindung auf.

#### **Projekt OPTIE**

Studienleitung: PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Manfred Döpfner

AnsprechpartnerIn: Nina Geldermann, Jana Rausch und Felix Oswald

Raum: 4.001

Telefon: 0221 – 478 35666

Email: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)

Bürozeiten: Montags bis mittwochs sowie freitags von 10-17 Uhr

## Forschungsprojekt OPTIE

### – Datenschutzerklärung –

In dieser Studie werden personenbezogene Informationen erhoben, gespeichert und ausgewertet. Dies erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, die im Folgenden aufgeführt sind. Die Teilnahme an der Studie und die Verwendung der darin erhobenen persönlichen Angaben setzt eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die Einwilligungserklärung ist eine Studienteilnahme nicht möglich.

Alle personenbezogenen Informationen (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) werden in einem sicheren elektronischen System gespeichert. Nach Beendigung der Studie werden diese über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren archiviert und im Anschluss gelöscht.

Zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung werden die Daten in pseudonymisierter Form weiterverarbeitet. Das bedeutet, dass mögliche Identifikationsmerkmale (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) durch einen Code ersetzt werden und eine Zuordnung der Daten zu einer Person nur noch über weitere Hilfsmittel möglich ist (Referenzliste). Diese Verbindung wird lediglich für die Koordination der Erhebung benötigt. Im Falle der Auswertung und Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten damit gewährleistet. Ein Rückschluss ist nur dann möglich, wenn eine Person, die die Daten auswertet, auch über die Referenzliste zum Entschlüsseln der Pseudonymisierung verfügt.

Es besteht ein Recht auf Widerruf hinsichtlich der Datenverarbeitung. In diesem Fall werden die von Ihnen bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht oder vollständig anonymisiert, es sei denn, Sie stimmen nach erfolgtem Widerruf dem ursprünglichen Verwendungszweck der bis dahin erhobenen Daten ausdrücklich zu.

Sie haben das Recht, Einblick in die von Ihnen erfassten Daten zu nehmen sowie eine unentgeltliche Kopie zu erhalten. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, haben Sie das Recht, diese korrigieren zu lassen.

Mit der Studienteilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Dritte zum Zwecke des Monitorings in die beim Studienleiter vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen können (z. B. Beauftragte der Ethikkommission), soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinden Sie die zuständigen Studienmitarbeiter/innen von der Schweigepflicht.

Die Speicherung und Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohlstraße 9, 50969 Köln. Der zuständige Datenschutzbeauftragte für die Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln. Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren. Zu diesem Zweck können Sie sich wenden an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.



**UNIKLINIK  
KÖLN**

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)



## **Forschungsprojekt OPTIE**

### **– Einwilligungserklärung für TherapeutInnen –**

- Ich habe die Studieninformation gelesen und konnte mich über die Ziele und den Ablauf der Studie informieren. Ich kann jederzeit weitere Informationen zu der Studie erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen und weiß auch, dass dies freiwillig ist.
- Ich habe jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Meine Daten werden entsprechend geltender Datenschutzbestimmungen gespeichert und ausgewertet. Die Datenschutzerklärung habe ich erhalten und stimme den darin genannten Bedingungen zu.

\_\_\_\_\_  
Name TherapeutIn

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**UNIKLINIK  
KÖLN**

## OPTIE: Einschlusskriterien

<b>Name Patient:</b>	<b>Bitte angeben (EINSCHLUSS, wenn alle Kriterien erfüllt):</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
<b>Telefonnummer Ansprechpartner:</b>	1 Alter zwischen 6;0 und 17;11 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Name Screener:</b>	2 Mind. ein Item im CASCAP-D „2 = deutlich“ oder „3 = stark“ ausgeprägt (s. u.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Datum Screening:</b>	3 Indikation ambulante Psychotherapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 Deutschkenntnisse mind. eines Sorgeberechtigten ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 Sonstige Voraussetzungen erfüllt (z. B. Behandlung bei AKIP geplant)? Bei „Nein“, bitte kurze Angabe des Grundes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 Studieninteresse Beantwortung entfällt, wenn bei Punkt 1 bis 5 Antwort 1x „Nein“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>AUSZUG CASCAP-D Psychopathologischer Befund</b>	<b>Erfragte Symptomatik außerhalb der Untersuchung</b>
Bitte Dimension <b>external</b> und <b>internal</b> bewerten (ja/nein), ob mind. ein Item mit der Ausprägung „2“ oder „3“ vorliegt:	
3 = stark 2 = deutlich	1 = leicht 0 = nicht vorhanden
	<b>Ja</b> <b>Nein</b>
<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3 2    1 0
<b>OPPOSITIONELL – DISSOZIALES VERHALTEN</b>	
1 Dominant	
2 Oppositionell/verweigernd	
3 Verbale Aggression	
4 Körperliche Aggression	
5 Lügen/Betrügen	
6 Stehlen	
7 Weglaufen/Schulschwänzen	
8 Zerstören von Eigentum/Feuerlegen	
<b>AKTIVITÄT UND AUFMERKSAMKEIT</b>	
2 Gesteigerte körperliche Aktivität	
3 Impulsivität	
4 Unaufmerksamkeit/ablenkbar	
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3 2    1 0
<b>ANGST</b>	
1 Trennungsangst	
2 Umschriebene Phobie (beschreibe):	
3 Leistungsangst	
4 Soziale Angst	
5 Agoraphobie	
6 Panikattacken	
7 Generalisierte Angst	
<b>ZWANG</b>	
1 Zwangsgedanken	
2 Zwangshandlungen	
<b>STIMMUNG UND AFFEKT</b>	
1 Depressiv/traurig	
2 Reizbar/dysphorisch	
3 Anhedonie	
4 Mangelndes Selbstvertrauen	
5 Hoffnungslosigkeit/Verzweiflung	
6 Schuldgefühle/Selbstanklage	
7 Affektarm	
8 Interesseslosigkeit/Apathie	
9 Affektlabil	
10 Innere Unruhe/getrieben	



## Projekt OPTIE

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### – Kurzeinführung therapeutisches Rückmeldesystem –

#### Inhalt

<b>1</b>	<b>Übersicht</b> .....	2
<b>2</b>	<b>Verlaufsbeobachtung</b> .....	2
2.1	Informanten – Eltern (E), Jugendliche (J), TherapeutInnen (T).....	2
2.2	Erhebungsform.....	2
2.3	Frequenz.....	3
2.4	Inhalte I – Übersicht .....	3
2.5	Inhalte II – Therapiezielbogen (ZIEBO).....	3
<b>3</b>	<b>Rückmeldung</b> .....	4
3.1	Inhalte und Aufgaben.....	4
3.2	Leitfragen für die Bewertung .....	4
3.3	Integration Therapie.....	5
<b>4</b>	<b>Supervision</b> .....	5
4.1	Formale Rahmenbedingungen .....	5
4.2	Inhalte.....	5
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung Aufgaben</b> .....	6
5.1	TherapeutInnen.....	6
5.2	SupervisorInnen .....	6
<b>Anhang A</b>	<b>Übersicht Fragebögen Rückmeldesystem</b> .....	8
A.1	Symptomatik Kind: Brief Problem Monitor (BPM; E, J) .....	8
A.2	Individuelle Therapieziele: Therapiezielbogen (ZIEBO; E, J) .....	8
A.3	Therapiemotivation: Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala (KJBMS; E, J).....	8
A.4	Therapiebeziehung: Therapiebeziehungsskala (TBS; E, J, T).....	8
A.5	Therapiewirksamkeit: Therapiewirkungsskala (TWS; E, J).....	9
A.6	Therapiecompliance: Compliance-Fragebogen (CF; T) .....	9



## 1 Übersicht

Das therapeutische Rückmeldesystem im Rahmen des Projekts OPTIE besteht aus den drei Komponenten (a) Verlaufsbeobachtung, (b) Verlaufsrückmeldung und (c) Supervision und versteht sich als Ergänzung zu bereits bestehenden Therapiemaßnahmen. Es dient dem Monitoring des Therapieverlaufs und der Stärkung der Familien-TherapeutInnen-Kommunikation. Übergeordnetes Ziel ist die Verbesserung des Therapieergebnisses. Im Folgenden werden das Rückmeldesystem sowie die damit verbundenen Aufgaben für die Familien, TherapeutenInnen und SupervisorInnen erläutert.

## 2 Verlaufsbeobachtung

### 2.1 Informanten – Eltern (E), Jugendliche (J), TherapeutInnen (T)

Im Rahmen des Rückmeldesystems werden bis zu drei Teilnehmergruppen befragt: (a) Eltern, (b) Jugendliche und (c) TherapeutInnen.

Mit *Eltern* (E) sind die leiblichen Eltern oder andere Bezugspersonen gemeint, die das Kind bzw. den/die Jugendliche/n während der Therapie begleiten. Nehmen beide Elternteile an der Behandlung teil, muss eine Person für die Beurteilung bestimmt werden. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass nur der/die Jugendliche in der Therapie ist. In solchen Fällen entfällt das Urteil der Eltern.

Bei den *Jugendlichen* handelt es sich um das PatientInnenurteil, das bei Kindern ab dem 11. Lebensjahr erhoben werden soll. Für das Projekt eingeschlossen werden Kinder ab dem 6. Lebensjahr. Auf das Urteil von Kindern unter 11 Jahren wird aufgrund von messtheoretischen Überlegungen verzichtet (Reliabilität, Validität).

Mit *TherapeutIn* (T) ist der/die BehandlerIn gemeint.

### 2.2 Erhebungsform

Die Befragungen im Rahmen des Rückmeldesystems sollen per Online-Erhebung erfolgen und werden über die Webanwendung REDCap (Research Electronic Data Capture; Webseite: [https://zks.uni-koeln.de/zks\\_koeln\\_redcap.html](https://zks.uni-koeln.de/zks_koeln_redcap.html)) realisiert. Alle Teilnehmergruppen werden zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten per E-Mail eingeladen. Die Nachrichten enthalten einen Link, der zu den Befragungen weiterleitet.

Verfügen TeilnehmerInnen nicht über die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Online-Befragung, kann die Beantwortung auch per Papierfragebogen erfolgen. Der elektronische wie auch postalische Erhebungsprozess wird vom Projektteam OPTIE organisiert.

### 2.3 Frequenz

Im Verlauf der projektbezogenen Interventionsdauer von 12 Monaten werden bei Eltern und Jugendlichen neun Befragungen und bei TherapeutInnen acht Befragungen im Abstand von ca. 6 Wochen durchgeführt. Für Eltern und Jugendliche starten diese mit dem Therapiebeginn und für TherapeutInnen ca. 6 Wochen danach.

Pro Erhebung stehen den TeilnehmerInnen für die Bearbeitung jeweils 10 Tage zur Verfügung. Werden innerhalb dieser Frist Items nicht beantwortet, gelten sie als fehlend.

Die Befragungen erfolgen unabhängig von den durchgeführten Therapiestunden. Sie finden also auch dann statt, wenn seit der letzten Befragung keine Sitzung durchgeführt wurde. Allerdings entfallen in solchen Fällen bestimmte Fragebögen.

### 2.4 Inhalte I – Übersicht

Das therapeutische Rückmeldesystem beinhaltet folgende Dimensionen (Beurteilerperspektive in Klammern): Symptomatik Kind (E, J), individuelle Therapieziele (E, J), Therapiemotivation (E, J), Therapiebeziehung (E, J, T), Therapiewirksamkeit (E, J), Therapiecompliance (T). Im Anhang findet sich eine Kurzübersicht über die verwendeten Fragebogenverfahren (s. Anhang A).

### 2.5 Inhalte II – Therapiezielbogen (ZIEBO)

Bei dem Therapiezielbogen (ZIEBO) handelt es sich um ein Verfahren, das Bestandteil des Rückmeldesystems ist (s. Anhang A.2) und bei dem Eltern und Jugendliche (ab 11 Jahren) angeben, wie nah sie ihren Therapiezielen sind. Das Verfahren hat die Besonderheit, dass es sich dabei um die *individuellen* Therapieziele der TeilnehmerInnen handeln soll und diese zunächst in der Therapie erarbeitet werden müssen (individualisierte Diagnostik). Für das Verfahren gibt es ein Manual, das allen TherapeutInnen zur Verfügung gestellt wird.

Aufgrund seiner Spezifik sind bei dem Verfahren im Rahmend des Projekts folgende zeitliche und organisatorische Vorgaben zu berücksichtigen: (a) Die individuellen Ziele sollen mit den TeilnehmerInnen (Eltern, Jugendliche ab 11 Jahren; s. Kapitel 2.1) innerhalb von **8 Wochen nach Therapiebeginn** erarbeitet werden. (b) Im Anschluss sollen diese in der Supervision reflektiert und auf

ihre Eignung für die Therapie diskutiert werden (erste auf das Rückmeldesystem bezogene Supervisionsstunde ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn; s. Kapitel 4.2). (c) Die final abgestimmten Therapieziele müssen von den TherapeutInnen abschließend in die Webanwendung REDCap eingetragen werden (es erfolgt eine Einladung zu der Eingabe per E-Mail), damit die Eltern und Jugendlichen die Items später bewerten können (spätestens 12 Wochen nach Therapiebeginn).

### 3 Rückmeldung

#### 3.1 Inhalte und Aufgaben

Die Befunde des Rückmeldesystems werden den TherapeutInnen per E-Mail zurückgemeldet. Dabei handelt es sich um eine graphische Aufbereitung der diagnostischen Ergebnisse, bei der der Verlauf der Prozessparameter über die Zeit abgebildet wird.

Mit Erhalt der Ergebnisse bestehen für die TherapeutInnen drei Aufgaben: (a) Eigene Betrachtung und Bewertung der Befunde, (b) Besprechung der Ergebnisse im Rahmen der Supervision (s. Kapitel 4.2), (c) Integration der Befunde in die Therapie.

#### 3.2 Leitfragen für die Bewertung

Im Folgenden sind Leitfragen formuliert, die für die Bewertung der Befunde des Rückmeldesystems gedacht sind und die sowohl von den TherapeutInnen als auch den SupervisorInnen für die Reflektion herangezogen werden können: (a) Liegt das Niveau zu Therapiebeginn im eher auffälligen oder eher unauffälligen Bereich? (b) Wird eine Verbesserung oder Verschlechterung beobachtet oder bleibt der Bereich unverändert? (c) Wenn Veränderungen beobachtet werden, sind diese als bedeutsam einzuschätzen oder handelt es sich eher um zufällige Schwankungen? (d) In welchem Therapiestadium befindet sich die Behandlung und welche Veränderungen sind für den spezifischen Bereich unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte und den aktuellen Lebensumständen zu erwarten? (e) Wenn ein Verlauf als negativ bewertet wird oder Verbesserungen ausgeblieben sind, können kurzfristig therapeutische Maßnahmen ergriffen werden und falls ja, welche? (f) Sofern Diskrepanzen in den Beurteilerperspektiven betrachtet werden, sind diese als therapie relevant zu bewerten und wie können sie gegebenenfalls in der Therapie thematisiert und vermindert werden?

### 3.3 Integration Therapie

Eine wichtige Aufgabe im Rahmen des Rückmeldesystems ist die Integration der Befunde in die Therapie. Damit ist die Thematisierung der Ergebnisse mit den TherapieteilnehmerInnen gemeint (z. B. PatientInnen, Eltern/Sorgeberechtigte). Der Rückkoppelungsprozess wird als wichtiges Element für die Stärkung von Kommunikation, Therapiebeziehung und Therapiemotivation angesehen.

Mögliche Leitfragen für die therapeutische Arbeit mit den TherapieteilnehmerInnen können sein: (a) Wie geht es Ihnen/Dir bisher in der Therapie? (b) Decken sich die Befunde mit Ihrem/deinem persönlichen Empfinden? (c) Haben sich Ihre/deine Erwartungen an die Therapie bisher erfüllt? (d) Was soll in der Therapie beibehalten werden und hat geholfen und was sollte verändert werden? (e) Was müssen Sie/du ändern, damit wir den Therapiezielen noch nähern kommen und was sollte der/die TherapeutIn ändern? (f) Welche Problembereiche sollten für den Moment so akzeptiert und angenommen werden?

## 4 Supervision

### 4.1 Formale Rahmenbedingungen

Die Arbeit mit dem Rückmeldesystem soll in die Supervision integriert werden. Insgesamt sollen im Rahmen des Projekts fünfmal eine halbe Einzelsupervisionsstunde (25 Minuten, d. h. 2,5 Einzelsupervisionsstunden pro Fall) zur Diskussion der Befunde aufgewendet werden. Die Stunden werden über das Projekt finanziert und sind für die teilnehmenden TherapeutInnen kostenfrei – hierdurch können die Kosten der Ausbildung pro Patient um bis zu 237,50 Euro gesenkt werden. Der/die SupervisorIn kann dabei frei gewählt werden. Die erste Supervisionsstunde sollte spätestens 8 Wochen nach Therapiebeginn erfolgen, die Stunden zwei bis fünf nach ca. 3, 6, 9 und 12 Monaten.

Die rückmeldebezogene Supervision muss in Einzelsupervision genommen werden und findet zusätzlich zur regulären Einzel- oder Gruppensupervision statt. Mit den SupervisorInnen sind individuelle Absprachen zu treffen, wann die rückmeldebezogene Supervision erfolgen kann (z. B. im Anschluss an die reguläre Einzel- oder Gruppensupervision).

### 4.2 Inhalte

Die erste rückmeldebezogenen Supervisionsstunde sollte spätestens 8 Wochen nach Therapiebeginn durchgeführt werden. Ihr Ziel ist die Besprechung des Therapiezielbogens (ZIEBO; s.

Anhang 5.2A.2), der im Vorfeld mit den Familien erarbeitet werden muss (s. Kapitel 2.5). Leitfragen im Rahmen der Supervision können sein: (a) Sind die ausgewählten Probleme für die Therapie relevant und geeignet (z. B. das Problem sollte im Vordergrund stehen und muss innerhalb der Therapiezeit veränderbar sein)? (b) Ist innerhalb eines Problems die Schwierigkeitsstaffelung der Ziele geeignet? (c) Sind die Ziele hinreichend konkret formuliert? (d) Weisen die Problembereiche eine gewisse inhaltliche Überschneidung auf, sind aber dennoch ausreichend unterschiedlich? (e) Sollen die Problembereiche in einer bestimmten Reihenfolge bearbeitet werden oder können sie parallel verfolgt werden?

Die studienbezogenen Supervisionstermine von jeweils 25 Minuten pro Studienpatient zwei bis fünf sollten ca. 3, 6, 9 und 12 Monate nach Therapiebeginn durchgeführt werden. Ihr Ziel ist die Erörterung der Befunde des Rückmeldesystems und ggf. Anpassung der Therapieplanung (s. Kapitel 3.2).

## 5 Zusammenfassung Aufgaben

### 5.1 TherapeutInnen

Zusammengefasst bestehen für TherapeutInnen im Rahmen des Rückmeldesystems folgende Aufgaben:

- Teilnahme an acht Befragungen über die Webanwendung REDCap (s. Kapitel 2.2 und 2.3).
- Teilnahme an fünf halben, kostenfreien Einzelsupervisionssitzungen (s. Kapitel 4.1).
- Erarbeitung der individuellen Ziele mit Eltern und Jugendlichen (ab 11 Jahren) mit Hilfe des Therapiezielbogens (ZIEBO) bis zu 8 Wochen nach Therapiebeginn entsprechend den Anweisungen im Manual (s. Kapitel 2.5).
- Besprechung der erarbeiteten individuellen Ziele im Rahmen der Supervision (Sitzung 1) ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn (s. Kapitel 4.2).
- Eintragung der über den ZIEBO ermittelten individuellen Ziele in die Anwendung REDCap (Einladung zur Befragung erfolgt über E-Mail) spätestens 12 Wochen nach Therapiebeginn (s. Kapitel 2.5).
- Besprechung der Rückmeldebefunde im Rahmen der Supervision ca. 3, 6, 9 und 12 Monate nach Therapiebeginn (Sitzungen 2–5; s. Kapitel 4.2).
- Integration der Rückmeldebefunde in die therapeutische Arbeit (s. Kapitel 3.3).

### 5.2 SupervisorInnen

Führen TherapeutInnen im Rahmen des Projekts OPTIE Therapien in der Feedbackgruppe durch, so stehen pro behandeltem Patienten folgende supervisionsbezogenen Aufgaben an:

- Koordinierung und Durchführung von fünf halben Einzelsupervisionssitzungen (s. Kapitel 4.1).
- Besprechung der individuellen Ziele von Eltern und Jugendlichen (Kinder ab 11 Jahren) ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn (Sitzung 1; s. Kapitel 4.2).
- Besprechung der Rückmeldebefunde ca. 3, 6, 9 und 12 Monate nach Therapiebeginn (Sitzungen 2–5; s. Kapitel 4.2).

## Anhang A Übersicht Fragebögen Rückmeldesystem

### A.1 Symptomatik Kind: Brief Problem Monitor (BPM; E, J)

Mit dem Brief Problem Monitor (BPM) sollen psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Urteil der Eltern (19 Items) und des/der Jugendlichen (19 Items) erfasst werden. In beiden Beurteilerperspektiven gibt es je drei Subskalen (*Internale Probleme*, *Externale Probleme*, *Aufmerksamkeitsprobleme*) sowie eine *Gesamtskala*, wobei hohe Werte jeweils eine starke Symptomausprägung bedeuten (Wertebereich 0 bis 2).

### A.2 Individuelle Therapieziele: Therapiezielbogen (ZIEBO; E, J)

Mit dem Therapiezielbogen soll der Fortschritt bei der Erreichung von Therapiezielen erfasst werden. Es handelt sich dabei um die individuellen Ziele von Eltern (max. 4 Ziele) und Jugendlichen (max. 4 Ziele), die der/die TherapeutIn entsprechend den Vorgaben im Manual mit den TeilnehmerInnen (Eltern, Jugendliche ab 11 Jahren; s. Kapitel 2.1) erarbeiten muss (ideographischer Ansatz). Hohe positive Werte entsprechen einer Veränderung in die gewünschte Richtung (Wertebereich –1 bis 3).

### A.3 Therapiemotivation: Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala (KJBMS; E, J)

Die Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala (KJBMS) soll intrinsische Aspekte der Therapiemotivation im Urteil der Eltern (8 Items) und des/der Jugendlichen (8 Items) erfassen. In beiden Beurteilerperspektiven werden eine *Gesamtskala* sowie zwei Subskalen gebildet. Die Subskala *Problemwahrnehmung* bezieht sich in beiden Perspektiven auf die Wahrnehmung der Schwierigkeiten des/der Jugendlichen. Die Subskala *Behandlungsbereitschaft* erfasst die Bereitschaft des jeweiligen Informanten zur Teilnahme an der Therapie. Hohe Werte bedeuten eine hohe Behandlungsmotivation (Wertebereich 1 bis 5).

### A.4 Therapiebeziehung: Therapiebeziehungsskala (TBS; E, J, T)

Die Therapiebeziehungsskala soll die Qualität der therapeutischen Beziehung aus Sicht der Eltern (2 Items), des/der Jugendlichen (5 Items) und des/der TherapeutIn (4 Items) erfassen. Während im Jugendlichenurteil eine *Gesamtskala* gebildet wird, werden im Eltern- und TherapeutInenurteil lediglich die *Einzelitems* interpretiert. Hohe Skalen- bzw. Itemwerte entsprechen einer guten Beziehungsqualität (Wertebereich 1 bis 5).

#### A.5 Therapiewirksamkeit: Therapiewirkungsskala (TWS; E, J)

Die Therapiewirkungsskala dient der Erfassung der wahrgenommenen Effektivität der Behandlung im Urteil der Eltern (6 Items) und des/der Jugendlichen (6 Items). Es werden eine *Gesamtskala* zur Erfassung der allgemeinen Wirksamkeit der Therapie sowie zwei Subskalen gebildet. Die Subskala *Einsicht* soll durch die Therapie neu gewonnene Erkenntnisse erfassen, die Subskala *Änderung* dient der Erhebung von Änderungen auf der Ebene des Verhaltens, der Gefühle und Kognitionen. Je höher die Skalenwerte, desto höher die wahrgenommene Effektivität der Therapie (Wertebereich 1 bis 5).

#### A.6 Therapiecompliance: Compliance-Fragebogen (CF; T)

Der Compliance-Fragebogen erfasst im Urteil des Therapeuten die Therapietreue des Kindes (3 Items) und der Eltern (3 Items). Es wird jeweils ein Gesamtwert gebildet, wobei hohe Werte hohe Therapietreue bedeuten (Wertebereich 0 bis 3).





**UNIKLINIK  
KÖLN**

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)



## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### *Fragebögen Bezugspersonen*

<b>Name PatientIn:</b>	
<b>Name TherapeutIn:</b>	
<b>Wer beantwortet den Fragebogen (z. B. Mutter)?</b>	
<b>Ausgegeben am:</b>	
<b>Messzeitpunkt:</b>	

**Ausgefüllt am:** \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de

**BRIEF PROBLEM MONITOR (BPM-P/6-18)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zu Problemen von Kindern und Jugendlichen**

<p><i>Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern und Jugendlichen beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie innerhalb der letzten <b>14 Tage</b> bei Ihrem Kind zu beobachten war.</i></p> <p><i>Wenn diese Eigenschaft <b>genau so</b> zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer <b>2</b> an, wenn die Eigenschaft <b>etwas</b> auftrat, die Ziffer <b>1</b>, wenn sie für das Kind <b>nicht zutrifft</b> die Ziffer <b>0</b>. <u>Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.</u></i></p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            INT = internale Probleme            AUF = Aufmerksamkeitsprobleme            EXT = externale Probleme            TOT = Gesamtprobleme (alle Items)</p>			nicht zutreffend (soweit bekannt)	etwas zutreffend	genau zutreffend
			0	1	2
01	AUF	Verhält sich zu jung für sein/ ihr Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	EXT	Streitet oder widerspricht viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	AUF	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	AUF	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	AUF	Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	EXT	Zerstört Sachen, die Familienmitgliedern oder anderen gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	EXT	Gehorcht nicht zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	EXT	Gehorcht nicht in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	INT	Fühlt sich wertlos oder unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	AUF	Ist impulsiv oder handelt, ohne zu überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	INT	Ist zu furchtsam oder ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	INT	Hat zu starke Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	INT	Ist befangen oder wird leicht verlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	AUF	Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	EXT	Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	EXT	Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	EXT	Bedroht andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	INT	Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	INT	Macht sich zu viel Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEZIELBOGEN (ZIEBO-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Erreichung der Therapieziele**

<i>Bitte beurteilen Sie für <b>die letzten 14 Tage</b>, wie sehr Sie Ihre Therapieziele erreicht haben. Bitte wählen Sie die Stufe, welche die Stärke der Veränderung am besten beschreibt.</i>						
<i>Haben Sie eine Verbesserung seit Therapiebeginn erzielt?</i>		verschlechtert	keine Verbesserung	etwas verbessert	deutlich verbessert	erheblich verbessert, eigtl. kein Problem mehr
<b>Ihre Therapieziele</b>		-1	0	1	2	3
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KINDER- UND JUGENDLICHEN-BEHANDLUNGSMOTIVATIONSSKALA (KJBMS-E)

Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Behandlungsmotivation bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen

<p>Unten finden Sie Aussagen darüber, was Eltern oder Bezugspersonen über ihr Kind und seine Therapie denken. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie Sie aktuell dazu stehen und wählen die passende Antwort aus. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            PW = Problemwahrnehmung            BB = Behandlungsbereitschaft            TOT = Gesamtwert (alle Items)</p>			stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll zu
			1	2	3	4	5
01	PW	Das Verhalten meines Kindes führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder woanders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	PW	Das Verhalten meines Kindes macht mein Leben schwerer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	PW	Die Art, wie mein Kind über sich denkt, macht mir Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	BB	Ich bin bereit, in meinem Leben Einiges zu verändern, damit es meinem Kind wieder besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	BB	Ich möchte Hilfe, um die Probleme meines Kindes zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	BB	Wegen der Probleme meines Kindes erscheint mir eine Therapie eine gute Idee zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	BB	Meine Teilnahme an der Therapie ist wichtig, damit es meinem Kind wieder besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	BB	Es ist meine Entscheidung, dass mein Kind eine Therapie bekommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzungen</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
1	Haben Sie selbst in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab **Seite 6** (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter zu **Seite 8** (Ende)

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Therapiebeziehung**

<p>Unten stehen Fragen zu den Therapiesitzungen mit Ihrem/r Therapeuten. Bitte beantworten Sie die Fragen.</p> <p>Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            ET = Eltern -&gt; TherapeutIn            TE = TherapeutIn -&gt; Eltern</p>			sehr schlecht	schlecht	zufriedenstellend	gut	exzellent
			1	2	3	4	5
01	ET	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zu Ihrem/r TherapeutIn in den Sitzungen bewerten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	TE	Was denken Sie, wie <u>Ihr/e TherapeutIn</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEWIRKUNGSSKALA (TWS-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Wirkung der Therapie**

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen zu den Therapiesitzungen mit Ihrem/r TherapeutIn. Bitte lesen jede Aussage durch und kreuzen dabei jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, was Ihnen die Therapiesitzungen Ihrer Meinung nach gebracht haben. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</p> <p>Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            EIN = Einsicht            ÄND = Änderung            TOT = Gesamtwert (alle Items)</p>			nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
			1	2	3	4	5
01	EIN	Ich verstehe die Gefühle meines Kindes jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	EIN	Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit den Problemen meines Kindes umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	EIN	Ich verstehe jetzt besser, was die Stärken meines Kindes sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen, was sich in Ihrem Leben durch die Therapie verändert hat. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und kreuzen dabei jeweils die Antwort dazu an, die am besten beschreibt, was Sie denken.</p> <p>Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.</p> <p><b>Nach den Sitzungen...</b></p>			nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
			1	2	3	4	5
04	ÄND	...habe ich <i>etwas ausprobiert</i> , was mein/e TherapeutIn vorgeschlagen hat. *Wenn der/die TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, geben Sie bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	ÄND	...habe ich etwas <i>regelmäßig so gemacht</i> , wie ich es in der Therapie gelernt habe. *Wenn Sie nichts gelernt haben, geben Sie bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	ÄND	...habe ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!**





**UNIKLINIK  
KÖLN**

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)



## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### Fragebögen Jugendliche

Name PatientIn:	
Name TherapeutIn:	
Ausgegeben am:	
Messzeitpunkt:	

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de

**BRIEF PROBLEM MONITOR (BPM-Y/11-18)****Kurzfragebogen für Jugendliche zu Problemen**

<p>Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Jugendliche beschreiben. Bitte gib für jede Eigenschaft/jedes Verhalten an, inwieweit es auf dich <b>innerhalb der letzten 14 Tage</b> zutraf.</p> <p>Wenn es <b>genau so</b> zutraf, kreuze die Ziffer <b>2</b> an. Kreuze die Ziffer <b>1</b> an, wenn es <b>etwas</b> für dich zutraf. Wenn es für dich <b>nicht zutraf</b>, kreuze die Ziffer <b>0</b> an. Bitte beantworte alle Fragen so gut du kannst.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            INT = internale Probleme            AUF = Aufmerksamkeitsprobleme            EXT = externale Probleme            TOT = Gesamtprobleme (alle Items)</p>			nicht zutreffend	etwas zutreffend	genau zutreffend
			0	1	2
01	AUF	Ich verhalte mich zu jung für mein Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	EXT	Ich streite häufig oder widerspreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	AUF	Ich bringe angefangene Aufgaben nicht zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	AUF	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	AUF	Ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	EXT	Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	EXT	Ich gehorche meinen Eltern nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	EXT	Ich gehorche in der Schule nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	INT	Ich fühle mich wertlos oder unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	AUF	Ich tue etwas ohne zu überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	INT	Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	INT	Ich habe zu starke Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	INT	Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	AUF	Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	EXT	Ich bin eigensinnig, dickköpfig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	EXT	Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	EXT	Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	INT	Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	INT	Ich mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEZIELBOGEN (ZIEBO-J)****Kurzfragebogen für Jugendliche zur Erreichung der Therapieziele**

<i>Bitte beurteile für <b>die letzten 14 Tage</b>, wie sehr Du das Therapieziel erreicht hast. Bitte wähle die Stufe, welche die Stärke der Veränderung am besten beschreibt.</i>						
<i>Hast Du eine Verbesserung seit Therapiebeginn erzielt?</i>		verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	deutlich verbessert	erheblich verbessert, eigtl. kein Problem mehr
<b>Deine Therapieziele</b>		-1	0	+1	+2	+3
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## KINDER- UND JUGENDLICHEN-BEHANDLUNGSMOTIVATIONSSKALA (KJBMS-J)

### Kurzfragebogen zur Behandlungsmotivation von Kindern und Jugendlichen

<p>Unten findest du Aussagen, wie Kinder und Jugendliche über ihr Leben und ihre Therapie denken. Bitte gib für jede Aussage an, wie Du <b>aktuell</b> dazu stehst und wähle die passende Antwort aus. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            PW = Problemwahrnehmung            BB = Behandlungsbereitschaft            TOT = Gesamtwert (alle Items)</p>			stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll zu
			1	2	3	4	5
01	PW	Mein <i>Verhalten</i> führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit meinen Freunden oder woanders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	PW	Durch mein Verhalten mache ich mir mein Leben schwerer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	PW	Manche meiner Gefühle stören mich wirklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	BB	Ich möchte Hilfe, um meine aktuellen Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	BB	Eine Therapie zu machen, ist eine gute Idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	BB	Wenn ich weiterhin zur Therapie gehe, wird mein Leben besser werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	BB	Ich mache eine Therapie, weil ich das möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	PW	Durch meine <i>Gefühle</i> habe ich Probleme zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzungen</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
1	Hast Du in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab **Seite 6** (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter zu **Seite 8** (Ende)

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-J)****Kurzfragebogen für Kinder und Jugendliche zur Therapiebeziehung**

Unten stehen Fragen zu den Therapiesitzungen mit deinem/r TherapeutIn. Bitte beantworte jede Frage.			nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
Denke dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.			1	2	3	4	5
<b>Skalenabkürzungen</b> TOT = Gesamtwert (alle Items)							
01	TOT	Sind die Sitzungen so gelaufen, wie Du es wolltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	TOT	Hast Du die Sachen verstanden, die dein/e TherapeutIn in den Sitzungen gesagt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	TOT	Hast Du mit deinem/deiner TherapeutIn in den Sitzungen gemeinsam an Problemen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	TOT	Hattest Du in den Sitzungen das Gefühl, dass dein/e TherapeutIn zu dir steht, egal wie Du dich verhalten hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	TOT	Hattest Du in den Sitzungen das Gefühl, dein/e TherapeutIn hat verstanden, wie Du dich fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEWIRKUNGSSKALA (TWS-J)****Kurzfragebogen für Kinder und Jugendliche zur Wirkung von Psychotherapie**

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen zu den Therapiesitzungen mit deinem/r TherapeutIn. Bitte lies jede Aussage durch und kreuze dabei jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, was dir die Therapiesitzungen deiner Meinung nach gebracht haben. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</p> <p>Bei der Beantwortung denke bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.</p> <p><b>Skalenabkürzungen</b>            EIN = Einsicht            ÄND = Änderung            TOT = Gesamtwert (alle Items)</p>			nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
			1	2	3	4	5
01	EIN	Ich verstehe meine Gefühle jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	EIN	Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit meinen Problemen umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	EIN	Ich verstehe jetzt besser, was meine Stärken sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen, was sich in Deinem Leben durch die Therapie verändert hat. Bitte lies jede Aussage durch und kreuze dabei jeweils die Antwort dazu an, die am besten beschreibt, was Du denkst.</p> <p>Bei der Beantwortung denke bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.</p>			nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
<b>Nach den Sitzungen...</b>			1	2	3	4	5
04	ÄND	...habe ich <i>etwas ausprobiert</i> , was mein/e TherapeutIn vorgeschlagen hat. *Wenn der/die TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, gib bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	ÄND	...habe ich <i>etwas regelmäßig so gemacht</i> , wie ich es in der Therapie gelernt habe. *Wenn Du nichts gelernt hast, gib bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	ÄND	...habe ich mein Verhalten <i>zu Hause</i> verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für deine Rückmeldung!**



## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### Fragebögen TherapeutInnen

<b>Name PatientIn:</b>	
<b>Name TherapeutIn:</b>	
<b>Hauptbezugsperson Therapie (z. B. Mutter):</b>	
<b>Ausgegeben am:</b>	
<b>Messzeitpunkt:</b>	

**Ausgefüllt am:** \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de

**THERAPIEZIELDEFINITION PATIENT/IN (ZIEBO-T)**

Kurzfragebogen zur Erreichung der Therapieziele von PatientInnen

<b>Therapiezieldefinition Jugendliche</b>	
<i>Mit Hilfe des Manuals „Zielbeurteilungsbogen (ZIEBO) – Anleitung im Rahmen des Projekts OPTIE“ haben Sie gemeinsam mit dem/der PatientIn individuelle Therapieziele definiert und diese in der Supervision besprochen. Bitte tragen Sie diese Ziele hier ein.</i>	
Datum: _____ Name PatientIn: _____	
<b>Therapieziel &amp; Nr.</b>	
+3 erheblich verbessert	
+2 deutlich verbessert	
+1 etwas verbessert	
0 unverändert	
-1 verschlechtert	

**THERAPIEZIELDEFINITION ELTERN (ZIEBO-T)**

Kurzfragebogen zur Erreichung der Therapieziele von Eltern

<b>Therapiezieldefinition Eltern</b>	
<i>Mit Hilfe des Manuals „Zielbeurteilungsbogen (ZIEBO) – Anleitung im Rahmen des Projekts OPTIE“ haben Sie gemeinsam mit den Eltern individuelle Therapieziele definiert und diese in der Supervision besprochen. Bitte tragen Sie diese Ziele hier ein.</i>	
Datum: _____ Name PatientIn: _____ Name BeurteilerIn: _____	
<b>Therapieziel &amp; Nr.</b>	
+3 erheblich verbessert	
+2 deutlich verbessert	
+1 etwas verbessert	
0 unverändert	
-1 verschlechtert	

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzung PatientIn</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>
		<b>1</b>	<b>0</b>
<b>1</b>	<b>Hat Ihr/e PatientIn in den letzten 6 Wochen an mindestens einer Psychotherapiesitzung teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab Seite 5 (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter ab Seite 6

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-T)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Therapiebeziehung mit PatientInnen**

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu der Therapiebeziehung mit Ihrem/r PatientIn.			sehr schlecht	schlecht	zufriedenstellend	gut	exzellent
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.							
<b>Skalenabkürzungen</b> TK = TherapeutIn -> Kind KT = Kind -> TherapeutIn Anm.: Für die Skalen TE und ET s. Seite 7			1	2	3	4	5
01	TK	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zum/r PatientIn in den Sitzungen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	KT	Was denken Sie, wie Ihr/e <u>PatientIn</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPLIANCEFRAGEBOGEN (CFB-T)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Zusammenarbeit mit PatientInnen**

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Verhalten des/r PatientIn ist.			gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	wurde nicht aufgefördert
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.			0	1	2	3	9
<b>Skalenabkürzungen</b> CK = Compliance Kind CE = Compliance Eltern							
01	CK	Der/die PatientIn hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	CK	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	CK	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzung Eltern</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
2	Hat die Bezugsperson in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab **Seite 7** (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter zu **Seite 8** (Ende)

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-T)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Therapiebeziehung mit Eltern**

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu der Therapiebeziehung mit der Bezugsperson Ihres/Ihrer PatientIn.			sehr schlecht	schlecht	zufriedenstellend	gut	exzellent
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.			1	2	3	4	5
<b>Skalenabkürzungen</b> TE = TherapeutIn -> Eltern ET = Eltern -> TherapeutIn Anm.: Für die Skalen TK und KT s. Seite 5							
03	TE	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zur Bezugsperson in den Sitzungen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	ET	Was denken Sie, wie die <u>Bezugsperson</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPLIANCEFRAGEBOGEN (CFB-T)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Zusammenarbeit mit Eltern**

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Verhalten der Bezugsperson ist.			gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	wurde nicht aufgefodert
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.			0	1	2	3	9
<b>Skalenabkürzungen</b> CK = Compliance Kind CE = Compliance Eltern							
04	CE	Die Bezugsperson hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	CE	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen Fragen beantwortet und gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	CE	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!**





## Zielbeurteilungsbogen (ZIEBO)

### Anleitung im Rahmen des Projekts OPTIE

1	Übersicht.....	1
2	Zielgruppen.....	1
3	Inhalte von Therapiezielen .....	2
4	Zeitliche Rahmenbedingungen.....	2
5	Entwicklung der Therapieziele .....	3
6	Beispiele.....	7
	Anhang A: Therapiezieldefintion Jugendliche.....	9
	Anhang B: Therapiezieldefintion Eltern .....	11

## 1 Übersicht

Der Zielbeurteilungsbogen (ZIEBO) ist entwickelt worden auf der Basis der Zielerreichungsskalierung (goal attainment scaling; vgl. Kiresuk & Sherman, 1983; Mintz & Kiesler, 1982). Diese Fassung stellt eine leicht modifizierte Version des von Döpfner und Steinhausen (2012) im Rahmen des Kinder-Diagnostik-Systems (KIDS) publizierten Zielbeurteilungsbogens dar.

Im Rahmen des Projekts OPTIE ist der ZIEBO Bestandteil des Rückmeldesystems. Er richtet sich hier an Eltern von Kindern und Jugendlichen sowie an Jugendliche (ab 11 Jahren). Der organisatorische Prozess ist dabei wie folgt geregelt: Die individuellen Ziele werden zu Behandlungsbeginn mit den Beteiligten erarbeitet (innerhalb von 8 Wochen nach Therapiebeginn) und sollen dann im Rahmen einer halben projektbezogenen Einzelsupervisionssitzung gemeinsam mit dem/der SupervisorIn finalisiert werden (ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn). Die final festgelegten individuellen Therapieziele werden dann für das Rückmeldesystem übernommen (spätestens 10 Wochen nach Therapiebeginn) und können im Anschluss bewertet werden.

## 2 Zielgruppen

Zielgruppen für die Erarbeitung der individuellen Ziele sind:

- Eltern
- Jugendliche (ab 11 Jahren)

Mit *Eltern* ist ein leiblicher Elternteil oder eine Bezugsperson gemeint, die das Kind bzw. den/die Jugendliche/n während der Therapie begleitet. In die Studie werden Familien mit Kindern im Alter von 6;00 bis 17;11 Jahren eingeschlossen. Die individuellen Ziele sind von allen Eltern unabhängig von der Altersgruppe des Kindes zu berücksichtigen. Nehmen beide Elternteile an der Behandlung teil, muss eine Person bestimmt werden. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass nur der/die Jugendliche in der Therapie ist. In solchen Fällen entfallen die individuellen Ziele der Eltern.

Bei den *Jugendlichen* handelt es sich um das PatientInnenurteil, das im Rahmen des Projekts erst bei Kindern ab dem 11. Lebensjahr erhoben werden soll. Auf die individuellen Ziele von Kindern unter 11 Jahren wird aufgrund von messtheoretischen Überlegungen verzichtet (Reliabilität, Validität).

### 3 Inhalte von Therapiezielen

Die Therapieziele sollten möglichst verhaltensnah operationalisiert werden, entwicklungsge- recht und potenziell erreichbar sein. Für die Jugendlichen wie auch die Eltern können sie sich be- ziehen auf:

- **Veränderung der Symptomatik beim Kind/Jugendlichen** (Denken, Fühlen, Handeln; z. B. Unruhe, Essverhalten, aggressives Verhalten, Ängste)
- **Veränderung des Funktionsniveaus beim Kind/Jugendlichen** (z. B. bessere Beziehungen zu Eltern, mehr Freizeit, mehr Freunde, bessere Schulleistungen)

Für die Eltern können sich die Therapieziele zusätzlich auch beziehen auf:

- **Veränderung des eigenen (Erziehungs-)Verhaltens** (z. B. ich möchte in der Erziehung kon- sequenter sein)
- **Veränderung des eigenen Funktionsniveaus** (z. B. ich möchte eine bessere Beziehung zu meinem Kind haben)

Die Ziele der Eltern und Jugendlichen müssen nicht identisch sein, sollten aber möglichst Über- schneidungen enthalten, insbesondere wenn identische Lebensbereiche einbezogen werden (z. B. Therapieziele für zu Hause). Weiterhin müssen sie mit dem/der TherapeutIn gemeinsam erarbei- tet werden; d. h. es können nur Therapieziele definiert werden, die auch der/die TherapeutIn als sinnvoll erachtet und die zusätzlich mit dem/der zuständigen SupervisorIn abgestimmt sind.

### 4 Zeitliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen des Projekts sind bei dem Verfahren folgende zeitliche und organisatorische Vor- gaben zu berücksichtigen: (a) Die individuellen Ziele sollen mit den TeilnehmerInnen innerhalb von Projekt OPTIE – ZIEBO (Version 2, Anfang März 2020)

8 Wochen nach Therapiebeginn erarbeitet werden. (b) Im Anschluss sollen diese in der Supervision reflektiert und auf ihre Eignung für die Therapie diskutiert werden (ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn). (c) Die final abgestimmten Therapieziele müssen von den TherapeutInnen spätestens 10 Wochen nach Therapiebeginn in die Webanwendung des Rückmeldesystems eingetragen werden (Einladung zur Eingabe erfolgt per E-Mail), damit die Eltern und Jugendlichen im Anschluss die Items bewerten können. Die Beurteilung erfolgt dann alle 6 Wochen. Dabei sollen die Eltern und Jugendlichen die letzten 2 Wochen beurteilen.

Weiterhin können 6 und 9 Monate nach Therapiebeginn pro Person jeweils zwei weitere Therapieziele definiert werden. Dies ist optional und richtet sich nach dem individuellen Bedarf. Die TherapeutInnen erhalten auch hier wieder entsprechende Einladungen zur Teilnahme an der Onlinebefragung, wo dann die neu definierten Ziele übernommen werden können.

## 5 Entwicklung der Therapieziele

Im Folgenden wird beispielhaft die Erarbeitung von individuellen Zielen mit den Eltern beschrieben. Die genannten Schritte sollten analog für die Zieldefinition mit Jugendlichen angewendet werden.

- 1. Erarbeiten Sie gemeinsam mit den Eltern die einzelnen Problembereiche, deren Verminderung Ziel der Therapie sind und grenzen sie diese gegeneinander ab.** Zu Beginn sind das meist relativ globale Beschreibungen (Ich möchte, dass mein Kind nicht so unruhig ist, nicht so viel Streit hat, keine Angst vor ... mehr hat, mehr Freunde hat, sich in der Schule besser konzentrieren kann). Versuchen Sie mit den Eltern, die einzelnen Problembereiche zunächst grob voneinander abzugrenzen. Hilfreich sind folgende Fragen:
  - Was möchten Sie für Ihr Kind in der Therapie erreichen?
  - Was möchten Sie für sich selbst in der Therapie erreichen?
  - Welches Verhalten/Problem soll sich ändern, damit Sie die Therapie als hilfreich einschätzen können?
- 2. Suchen Sie gemeinsam mit den Eltern maximal 4 Probleme/Ziele heraus und versuchen Sie gemeinsam, das aktuelle Problem möglichst konkret zu definieren.** Erarbeiten Sie mit den Eltern den Kontext, in dem das Problem auftritt sowie die Intensität/Häufigkeit in den letzten beiden Wochen. Dabei muss nicht das gesamte Problem in allen Details definiert werden, sondern man kann sich auf Kernprobleme/-symptome begrenzen, deren Veränderung für die Eltern wichtig sind. Beispiele für Problemdefinitionen können sein:

- Verweigert fast täglich seine Hausaufgaben oder beginnt sie nur unter großem Protest. Macht die Hausaufgaben meist nicht zu Ende.
- Nässt jede Nacht in sein Bett ein.
- Hat ständig Zuckungen im Gesicht (mindestens fünfmal pro Stunde).
- Muss jeden Tag insgesamt ein bis zwei Stunden seine Hände waschen. Benutzt dabei täglich 250 ml Flüssigseife.
- Wirkt die meiste Zeit über traurig und lustlos, reagiert nur wenig, wenn er angesprochen wird. Ist die meiste Zeit über in seinem Zimmer.
- Hat deutliches Untergewicht (wiegt aktuell 35 kg).
- Hat Angst, fremde oder auch wenig bekannte Erwachsene anzusprechen und gibt kaum Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie etwas gefragt wird.
- Hat fast jeden Tag Streit mit seinem Vater (z. B. Anschreien, Türen knallen).

**3. Definieren Sie anhand der Probleme gemeinsam mit den Eltern entsprechende Therapieziele und entwickeln Sie diesbezüglich Abstufungen.** Dabei gilt:

- Verschlechterungen des Problems werden im ZIEBO als -1 eingetragen.
- Die aktuelle Ausprägung des Problems wird als 0 kodiert (unverändert).
- Die Stufe +1 stellt eine leichte Verbesserung dar (Zwischenstufe).
- Mit der Stufe +2 soll gekennzeichnet werden, wenn eine deutliche Verbesserung erreicht wurde. Erfragen Sie von den Eltern, wie stark sich das Problem verändern müsste/wie das Problem aussehen müsste, damit sie mit der Therapie voll zufrieden sein können.
- Die Stufe +3 gibt an, dass das Problem erheblich verbessert wurde, d. h. wenn es eigentlich kein Problem mehr ist und es so ist, wie bei anderen Kindern/Familien auch. Das heißt nicht unbedingt, dass das Problem überhaupt nicht mehr auftritt, aber dass es so selten/in so geringer Intensität auftritt, dass es als unproblematisch eingeschätzt werden kann.

**4. Bringen Sie die Ziele, die Sie definiert haben, gemeinsam mit den Eltern in eine Rangreihe (1 = wichtigstes Ziel, usw.) und notieren Sie diese auf dem hierfür vorgesehenen Bogen *Therapiezieldefinition Eltern* (s. Anhang B).**

**5. Besprechen Sie die Therapieziele im Rahmen einer projektfinanzierten halben Einzelsupervisionssitzung, ob sie für die Therapie geeignet sind (ca. 8 Wochen nach Therapiebeginn).**

**6. Tragen Sie die finalen Therapieziele in die Webanwendung REDCap ein (spätestens 10 Wochen nach Therapiebeginn; Einladung zur Eingabe erfolgt per E-Mail, ist selbsterklärend).**

- 7. Die Eltern werden im Anschluss in einem Abstand von 6 Wochen dazu befragt (Bestandteil des Rückmeldesystems).**

## Literatur

- Döpfner, M., & Steinhausen, H.-C. (2012). *Kinder-Diagnostik-System (KIDS), Band 3: Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1983). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443–453.
- Mintz, J. & Kiesler, D. J. (1982). Individualized measures of psychotherapy outcome. In P. C. Kendall & J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 491–534). New York: Wiley.

## 6 Beispiele

### Hausaufgaben machen

+3	Macht seine Hausaufgaben fast immer ohne Aufforderung, ohne zu murren und macht sie meist eigenständig zu Ende.
+2	Beginnt seine Hausaufgaben nach Aufforderung meist ohne Protest, muss noch gelegentlich ermahnt werden, sie zu Ende zu bringen.
+1	Macht Hausaufgaben erst nach einigen Auseinandersetzungen an den meisten Tagen, jedoch ohne Wutausbrüche und bringt sie auch nach Aufforderungen häufiger zu Ende.
0	Verweigert fast täglich seine Hausaufgaben oder beginnt sie nur unter großem Protest und häufig auch mit Wutausbrüchen. Macht die Hausaufgaben meist nicht zu Ende.
-1	Verweigert Hausaufgaben vollständig.

### Einnässen

+3	Nässt überhaupt nicht mehr ins Bett ein. Braucht dafür keine Unterstützung mehr.
+2	Nässt die meisten Nächte nicht mehr ein (noch mit etwas Unterstützung).
+1	Hat mehrere trockene Nächte oder nässt nur noch geringe Mengen ein (mit Unterstützung: Wecken, Klingelhose, Verstärkung).
0	Nässt fast jede Nacht in sein Bett ein.
-1	Nässt jede Nacht große Mengen ein.

### Tics

+3	Hat überhaupt keine Zuckungen im Gesicht mehr.
+2	Hat noch gelegentlich Zuckungen im Gesicht, kann sie aber gut kontrollieren und auch über Stunden hinweg unterdrücken.
+1	Hat häufig Zuckungen im Gesicht, kann sie gelegentlich kontrollieren. Es gibt jedoch fast jeden Tag auch mal längere Zeit ohne Tics (1 Std. oder mehr).
0	Hat ständig Zuckungen im Gesicht. Es vergeht kaum eine Stunde, in der die Tics nicht auftreten.
-1	Hat permanent sehr starke Zuckungen im Gesicht oder an anderen Körperstellen.

### Waschzwang

+3	Wäscht die Hände nicht häufiger und nicht länger als andere; macht sich keine übermäßigen Sorgen wegen Ansteckung.
+2	Wäscht die Hände gelegentlich noch etwas intensiver als andere. Muss nicht mehr immer Seife benutzen. Macht sich gelegentlich noch Sorgen bezüglich Ansteckung, kann diese aber begrenzen.
+1	Muss jeden Tag weniger als 6- bis 7-mal und insgesamt weniger als 20 Minuten seine Hände waschen. Benutzt dabei mehr Seife als nötig. Hat noch deutliche Angst vor Ansteckung.
0	Muss jeden Tag ca. 6- bis 7-mal und insgesamt mehr als eine Stunde seine Hände waschen. Benutzt dabei extrem viel Seife. Hat sehr starke Angst vor Ansteckung.
-1	Wäscht noch häufiger und deutlich länger als 1 Std. seine Hände oder auch andere Körperteile.

**Depressivität**

+3	Wirkt die meiste Zeit über ausgeglichen, hat Interesse an Dingen, kann sich freuen, reagiert auf andere und ist die meiste Zeit aktiv.
+2	Wirkt nur noch selten traurig oder lustlos, reagiert meist, wenn er angesprochen wird. Zieht sich nur selten zurück.
+1	Wirkt noch häufig traurig und lustlos, reagiert gelegentlich, wenn er angesprochen wird. Zieht sich nicht mehr so stark zurück.
0	Wirkt die meiste Zeit über traurig und lustlos, reagiert nur wenig, wenn er angesprochen wird. Zieht sich die meiste Zeit zurück.
-1	Wirkt durchweg sehr traurig und ist völlig lustlos, reagiert nicht, wenn er angesprochen wird. Zieht sich fast nur noch zurück.

**Untergewicht**

+3	Wiegt 44 kg (25. Perzentile)
+2	Wiegt 41 kg
+1	Wiegt 38 kg
0	Wiegt 35 kg
-1	Wiegt 33 kg

**Soziale Ängste**

+3	Hat keine Angst, fremde Erwachsene anzusprechen und gibt immer Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie etwas gefragt wird. Kann sich auch länger mit Erwachsenen unterhalten.
+2	Muss sich meist noch überwinden, fremde Erwachsene anzusprechen. Es gelingt ihr aber meistens. Wenig bekannte Erwachsene kann sie gut ansprechen. Gibt immer Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie etwas gefragt wird.
+1	Hat noch deutliche Angst, fremde oder auch wenig bekannte Erwachsene anzusprechen. Es gelingt ihr jedoch einige Male. Gibt fast immer Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie etwas gefragt wird.
0	Hat starke Angst, fremde oder auch wenig bekannte Erwachsene anzusprechen. Vermeidet das weitgehend. Gibt kaum Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie etwas gefragt wird.
-1	Vermeidet total, fremde oder auch wenig bekannte Erwachsene anzusprechen und gibt keine Antwort, wenn sie von jemandem außerhalb der Familie angesprochen wird.

**Streit mit Eltern**

+3	Hat fast keinen Streit mit den Eltern. Kann sich bei Konflikten meist gut beherrschen und sich angemessen mit den Eltern auseinandersetzen.
+2	Hat die meisten Tage keinen ausgeprägten Streit mit den Eltern. Kann sich bei Konflikten überwiegend gut beherrschen und sich angemessen mit den Eltern auseinandersetzen.
+1	Es gibt einzelne Tage, an denen es keinen ausgeprägten Streit gab.
0	Hat fast jeden Tag heftigen Streit mit den Eltern.
-1	Es gibt fast nur noch Streit mit den Eltern mit heftigen Auseinandersetzungen.

**Konsequentes Erziehungsverhalten**

+3	Es gelingt mir so gut wie immer, mein Kind konsequent um 21:00 Uhr ins Bett zu bringen und dafür zu sorgen, dass es im Bett bleibt. Es gibt selten Ausnahmen.
+2	Es gelingt mir meistens, mein Kind konsequent um 21:00 Uhr ins Bett zu bringen und dafür zu sorgen, dass es im Bett bleibt. Es gibt gelegentlich Ausnahmen.
+1	Es fällt mir an den meisten Tagen schwer, mein Kind konsequent um 21:00 Uhr ins Bett zu bringen und dafür zu sorgen, dass es im Bett bleibt.
0	Es fällt mir jeden Tag schwer, mein Kind konsequent um 21:00 Uhr ins Bett zu bringen und dafür zu sorgen, dass es im Bett bleibt. Das klappt nur ein- bis zweimal pro Woche.
-1	Ich schaffe es nie, mein Kind konsequent um 21:00 Uhr ins Bett zu bringen und dafür zu sorgen, dass es im Bett bleibt.



## **THERAPIEZIELDEFINITION JUGENDLICHE**

### **Kurzfragebogen zur Erreichung der Therapieziele von PatientInnen**

Erarbeiten und definieren Sie **bis zu vier** Therapieziele gemeinsam mit dem/der **Jugendliche/n** (ab 11 Jahren). Anschließend ordnen Sie diese Ziele gemeinsam mit dem/der Jugendliche/n nach ihrer Relevanz für das Gelingen der Psychotherapie (01 = wichtigstes Ziel) und tragen die Ziele und die dazugehörigen Stufendefinitionen jeweils einzeln in das nachfolgende Dokument ein. Diskutieren Sie die Ziele im Rahmen der hierfür vorgesehenen Einzelsupervision und aktualisieren Sie das Dokument. Die Ziele und Stufendefinitionen müssen spätestens 10 Wochen nach Therapiebeginn in das Online-Portal eingetragen werden (Einladung zur Befragung erfolgt per E-Mail).

Die Therapieziele sollten möglichst verhaltensnah operationalisiert werden und potenziell erreichbar sein. Für den/die Jugendliche/n können sie sich beziehen auf:

- **Veränderung der Symptomatik** (Denken, Fühlen, Handeln; z. B. Unruhe, Essverhalten, aggressives Verhalten, Ängste)
- **Veränderung des Funktionsniveaus** (z. B. bessere Beziehungen zu Eltern, mehr Freizeit, mehr Freunde, bessere Schulleistungen)

<b>Therapiezieldefinition Jugendliche</b>	
Datum: _____ Name Patientin: _____	
<b>Ziel</b> <small>(Bitte geben Sie auch die Ziel-Nr. an)</small>	
+3 erheblich verbessert	
+2 deutlich verbessert	
+1 etwas verbessert	
0 unverändert	
-1 verschlechtert	

## **THERAPIEZIELDEFINITION ELTERN**

### **Kurzfragebogen zur Erreichung der Therapieziele von Bezugspersonen**

Erarbeiten und definieren Sie **bis zu vier** Therapieziele gemeinsam mit einem **Elternteil** des/der PatientIn. Anschließend ordnen Sie diese Ziele gemeinsam mit dem Elternteil nach ihrer Relevanz für das Gelingen der Psychotherapie (01 = wichtigstes Ziel) und tragen die Ziele und die dazugehörigen Stufendefinitionen jeweils einzeln in das nachfolgende Dokument ein. Diskutieren Sie die Ziele im Rahmen der hierfür vorgesehenen Einzelsupervision und aktualisieren dieses Dokument. Die Ziele und Stufendefinitionen müssen spätestens 10 Wochen nach Therapiebeginn in das Online-Portal eingetragen werden (Einladung zur Befragung erfolgt per E-Mail).

Die Therapieziele sollten möglichst verhaltensnah operationalisiert werden und potenziell erreichbar sein. Für die Eltern können sie sich beziehen auf:

- **Veränderung der Symptomatik beim Kind/Jugendlichen** (Denken, Fühlen, Handeln; z. B. Unruhe, Essverhalten, aggressives Verhalten, Ängste)
- **Veränderung des Funktionsniveaus beim Kind/Jugendlichen** (z. B. bessere Beziehungen zu Eltern, mehr Freizeit, mehr Freunde, bessere Schulleistungen)
- **Veränderung des eigenen (Erziehungs-)Verhaltens** (z. B. ich möchte in der Erziehung konsequenter sein)
- **Veränderung des eigenen Funktionsniveaus** (z. B. ich möchte eine bessere Beziehung zu meinem Kind haben)

<b>Therapiezieldefinition Eltern</b>	
Datum: _____ Name Patientin: _____ Name BeurteilerIn: _____	
<b>Ziel</b> <small>(Bitte geben Sie auch die Ziel-Nr. an)</small>	
+3 erheblich verbessert	
+2 deutlich verbessert	
+1 etwas verbessert	
0 unverändert	
-1 verschlechtert	

**INTERVIEW-VERSION DER  
SYMPTOMS AND FUNCTIONING SEVERITY SCALE (SFSS-I)**  
VERSION 0.20



Externalisierende Auffälligkeiten			
Item	Skala	Exploration	Rating
<p><b>01</b> Fällt es schwer, aufzupassen oder sich zu konzentrieren (<i>Have a hard time paying attention</i>)</p>	I	<p><b>B:</b> Fällt es ___ schwer, aufzupassen und sich zu konzentrieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fällt es ihm/ihr schwer, längere Zeit aufmerksam bei einer Sache zu bleiben (z. B. Hausaufgaben, in der Schule)? Wenn er/sie spielt oder etwas Bestimmtes macht, hört er/sie oft damit auf oder unterbricht es, weil er/sie sich von allem Möglichen ablenken lässt (z. B. Geräusch draußen, anderes Spielzeug, eigenen Gedanken) oder weil ihm/ihr etwas anderes eingefallen ist, was er/sie lieber machen möchte? Macht er/sie viele Flüchtigkeitsfehler, z. B. bei den Hausaufgaben? Scheint er/sie nicht zuzuhören, wenn andere mit ihm /ihr sprechen?</li> <li>Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu Hause?</li> <li>bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten in diesen Situationen</u>? In mehr oder weniger als der Hälfte der Situationen (z. B. [fast] immer – in den meisten Situationen – in ein paar Situationen – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme in solchen Situationen <u>nicht</u> auf?</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/an wenigen Tagen pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/an mehreren Tagen 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. fast immer/jeden Tag</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Deutlich reduzierte Daueraufmerksamkeit (weniger als die Hälfte der Dauer, die dem Alter entsprechend erwartet werden kann) in vielen Situationen, z. B. im Unterricht, bei Unterhaltungen, beim Lesen oder Spielen, beim Fernsehen oder lässt sich bei fast allen Tätigkeiten schon von geringfügigen Reizen ablenken (z. B. durch eigene Gedanken an eine spätere Verabredung oder wenn jemand am Fenster vorbeifährt, zur Tür herein kommt, ein Vogel zwitschert). Ist nur begrenzt steuerbar.</p>
<p><b>02</b> Fällt es schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist (<i>Hard time waiting turn</i>)</p> <p>Fokus liegt auf einer <b>mehr oder minder</b></p>	I	<p><b>B:</b> Fällt es ___ schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gibt es solche Situationen? Wie sieht das genau aus? Lässt er/sie sich von außen dann noch steuern? Wie reagiert er/sie auf Aufforderungen in solchen Situationen? Kann er /sie zum Beispiel bei <u>Gesellschaftsspielen abwarten</u>? Z. B. wieder zu</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/an wenigen Tagen pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/an mehreren Tagen 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. fast immer/jeden Tag</p>

<p><b>explizit von außen gestellten Anforderung, die Kind nicht einhalten kann.</b></p> <p><b>Abgrenzung</b> Item 04 „Unterbricht andere“: Fokus liegt auf Problemsituation, die <b>primär vom Kind ausgelöst</b> wird (z. B. platzt in Gespräche am Tisch).</p>		<p>würfeln, setzen zu dürfen oder will immer die Spielfiguren anderer (für sie) setzen)? Versucht, sich in einer Warteschlange an der Kasse nach vorne zu mogeln oder klagt über die Situation? Kann nicht abwarten, bis er/sie im Unterricht aufgerufen wird? Will er/sie immer als erstes in die Klasse? Ist insgesamt unruhig oder zappelig in Situationen, in denen er/sie abwarten muss?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u></li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u></li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten in diesen Situationen</u> (z. B. [fast] immer – in den meisten Situationen – in ein paar Situationen – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme in solchen Situationen <u>nicht</u> auf?</li> </ul>	<p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Kann z. B. bei Spielen, in Gruppensituationen oder in einer Warteschlange (fast) nie abwarten, bis er/sie an der Reihe ist. Drängt sich (fast) immer vor, kann kaum Rücksicht auf andere nehmen. Ist nur begrenzt steuerbar.</p>
<p><b>03 Fällt es schwer, ruhig sitzen zu bleiben (Have a hard time sitting still)</b></p> <p>Fokus liegt auf einer <b>mehr oder minder explizit von außen gestellter Anforderung, die Kind nicht einhalten kann.</b></p> <p><b>Abgrenzung</b> Item 04 „Unterbricht andere“: Fokus liegt auf Problemsituation, die <b>primär vom Kind ausgelöst</b> wird (z. B. platzt in Gespräche am Tisch).</p>	I	<p><b>B:</b> Fällt es ___ schwer, ruhig sitzen zu bleiben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sehen solche Schwierigkeiten bei ihm/ihr aus? Rutscht er/sie auf dem Stuhl herum oder steht plötzlich auf? Z. B. zu Hause beim Essen am Tisch? Im Restaurant? Beim Fernsehen? Im Wartezimmer beim Arzt? Im Unterricht? Im Sitzkreis? Bei den Hausaufgaben? Im Bus oder in der Bahn? Spielt er/sie beim Sitzen mit Gegenständen auf dem Tisch herum? Fällt es ihm/ihr schwer, Arme und Beine still zu halten?</i></li> <li>• Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u>?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/an wenigen Tagen pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/an mehreren Tagen 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. fast immer/jeden Tag</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Zappelt nahezu ständig in fast allen Situationen, kann kaum ruhig sitzen bleiben. Ist nur begrenzt steuerbar.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Häufigkeit</b> <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten in diesen Situationen (z. B. [fast] immer – in den meisten Situationen – in ein paar Situationen – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme in solchen Situationen nicht auf?</i></li> </ul>	
<p><b>04</b> <b>Unterbricht andere</b> <i>(Interrupted others)</i></p> <p>Fokus liegt auf Problemsituation, die primär vom Kind ausgelöst wird.</p> <p><b>Abgrenzung</b> Item 02 „Fällt es schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist“: Fokus liegt auf mehr oder minder explizit von außen gestellte Anforderung, die Kind nicht einhalten kann (z. B. im Unterricht aufgerufen zu werden, beim Würfelspiel abzuwarten).</p>	I	<p><b>B:</b> Unterbricht ___ andere?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sehen solche Schwierigkeiten bei ihm/ihr aus? Platzt er/sie in Gespräche, Spiele oder Aktivitäten anderer hinein? Stört er/sie andere Kinder scheinbar grundlos beim Spielen? Redet er/sie dazwischen, wenn jemand telefoniert? Ruft er/sie die Antworten in die Klasse hinein, wenn eigentlich andere Kinder antworten sollten; spricht er/sie oft dazwischen oder beantwortet Fragen, die an andere gestellt wurden? Benutzt er/sie Dinge anderer Kinder, ohne vorher zu fragen oder ohne Erlaubnis?</i></li> <li>• <b>Lebensbereiche</b> <i>In welchen Lebensbereichen/Situationen passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– im Kindergarten?</li> <li>– in der Schule?</li> <li>– zu Hause?</li> <li>– bei anderen Gelegenheiten?</li> </ul> </li> <li>• <b>Häufigkeit</b> <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten in diesen Situationen (z. B. [fast] immer – in den meisten Situationen – in ein paar Situationen – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme in solchen Situationen nicht auf?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/an wenigen Tagen pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/an mehreren Tagen 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. fast immer/jeden Tag</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Unterbricht oder stört andere in (fast) allen Situationen, z. B. platzt in Gespräche, Spiele oder Aktivitäten anderer (fast) immer hinein.</p>
<p><b>05</b> <b>Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen</b> <i>(Hard time controlling temper)</i></p> <p>Fokus liegt hier auf der Kontrolle</p>	C/I	<p><b>B:</b> Hat ___ ein aufbrausendes Temperament und fällt es ihm/ihr schwer, sich zu beherrschen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sieht das bei ihm/ihr aus, wenn er/sie aufbrausend wird? Bei was für Gelegenheiten passiert das? Z. B., wenn er/sie etwas erledigen soll (z. B. Zimmer aufräumen; wenn er/sie</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, etwas häufiger und intensiver als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität 1- bis 2-mal pro Woche 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität fast</p>



<p>aufschäumenden <b>Affekts</b>.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 06</b> "Wirft Gegenstände, wenn er/sie die Beherrschung verliert": Sehr spezifisches Verhalten, das hier auch berücksichtigt werden kann, aber nicht darauf beschränkt ist.</p> <p><b>Item 08</b> "Streitet mit Erwachsenen": Schwerpunkt liegt auf der inhaltlich <b>verbalen Auseinandersetzung</b>.</p>	<p>nicht bekommt, was er/sie will (z. B. Süßigkeiten); wenn ihm/ihr etwas nicht gelingt (z. B. beim Basteln); wenn er/sie beim Spielen verliert (z. B. beim Computerspielen); wenn er/sie angerempelt wird? Was macht er/sie dann (z. B. laut sprechen oder schreien, schimpfen, aufgeregt sein, vom Tisch aufspringen und gehen)? Wie lange dauert so etwas? Wie beruhigt er/sie sich dann wieder? Wie lange braucht er/sie um sich selbst zu beruhigen? Kann er/sie von anderen beruhigt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbereiche                  In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? Was kann der <u>Anlass</u> sein? (Exploriere Art und Stärke)                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u> (ggü. Kindern und/oder Erziehern)?</li> <li>- in der <u>Schule</u> (ggü. Kindern und/oder Lehrern)?</li> <li>- zu <u>Hause</u> (ggü. Geschwistern und/oder Eltern)?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit                  Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. fast jeden Tag – 1- bis 2-mal pro Woche – 1- bis 2-mal im Monat – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>jeden Tag in mehreren Lebensbereichen</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Wird zu Hause und anderswo auch bei kleinsten Anlässen aufbrausend, kann seine Gefühle kaum kontrollieren und ist auch von anderen fast nicht zu beruhigen.</p>
<p><b>06</b> <b>Wirft Gegenstände, wenn er/sie die Beherrschung verliert</b>                  (Throw things when mad)</p> <p>Fokus liegt auf einem <b>spezifischen Verhalten</b> im Rahmen des <b>Affekts Wut/Zorn</b>.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 05</b> "Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen": Item kann auch das Werfen von Gegenständen umfassen, ist aber nicht darauf begrenzt und breiter gefasst.</p>	<p>C</p> <p><b>B:</b> Wenn ___ die Beherrschung verliert, kommt es dann vor, dass er/sie mit Gegenständen um sich wirft?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In welchen <u>Situationen</u> (bei Streitsituationen mit Eltern, Geschwistern oder anderen Kindern/Erwachsenen; beim Spielen oder beim Sport, wenn er/sie verliert; in Leistungssituationen, wenn er/sie z. B. die Hausaufgaben nicht schafft; wenn er/sie nicht bekommt, was er/sie will? Wie sieht das aus? Was wirft er/sie dann? Ist das zielgerichtet? Ist das eher berechnend oder eher aus dem Zorn heraus? Soll jemand verletzt oder etwas kaputt gemacht werden?</li> <li>• Lebensbereiche                  In welchen <u>Lebensbereichen</u> kommt es zu den <u>Situationen</u>?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u>?</li> </ul> </li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden                  1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, etwas häufiger und intensiver als alterstypisch                  2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität ca. 1-mal pro Woche                  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität mehr als 1-mal pro Woche</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Wirft immer wieder zu Hause und anderswo mit Gegenständen auf andere Menschen, wenn er/sie wütend ist.</p>

<p><b>Item 09</b> „Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen“: Item kann auch das Werfen von Gegenständen umfassen, ist aber nicht darauf begrenzt und breiter gefasst. Zusätzlich kann es auch das Werfen von Gegenständen außerhalb von Streitigkeiten mit anderen umfassen.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei anderen Gelegenheiten?</li> <li>• Häufigkeit <i>Ist es im letzten halben Jahr zu solchen Situationen gekommen?</i> <i>Wenn ja, wie häufig (z. B. fast täglich – mehrmals pro Woche – einmal pro Woche – selten oder nie)?</i></li> </ul>	
<p><b>07</b> <b>Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen</b> <i>(Disobey adults)</i></p> <p>Fokus liegt auf <b>Regeleinhaltung bei Erwachsenen in einer konkreten Situation.</b></p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 08</b> <i>“Streitet mit Erwachsenen“</i>: Fokus liegt hier auf der inhaltlich verbalen Auseinandersetzung (z. B. anderer Meinung sein, diskutieren).</p>	C	<p><b>B:</b> Hält sich __ nicht an Regeln von Erwachsenen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sieht das aus, wenn er/sie Regeln nicht befolgt oder gegen Verbote verstößt? (z. B. beim An- und Ausziehen; bei den Mahlzeiten; beim Spielen; bei den Hausaufgaben; in der Öffentlichkeit; z. B. Bus, Einkaufen; beim Fernsehen; wenn Besuch kommt; beim Autofahren? Was sind das für Regeln und Verbote? Was macht er/sie dann? Wobei widerspricht er/sie? Umgeht er/sie Anweisungen, Regeln und Verbote offen oder heimlich?</i></li> <li>• Lebensbereiche <i>In welchen Lebensbereichen/Situationen passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Kindergarten?</li> <li>- in der Schule?</li> <li>- zu Hause?</li> <li>- bei anderen Gelegenheiten?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten (z. B. täglich oder fast täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, etwas häufiger und intensiver als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität, 2- bis 3-mal pro Woche 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität fast jeden Tag in mehreren Lebensbereichen</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Verstößt zu Hause und anderswo jeden Tag auch immer wieder gegen dieselben grundlegenden Regeln.</p>
<p><b>08</b> <b>Streitet mit Erwachsenen</b> <i>(Argue with adults)</i></p> <p>Fokus liegt auf der <b>inhaltlich verbalen Auseinandersetzung.</b></p>	C	<p><b>B:</b> Streitet __ häufig mit Erwachsenen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sieht das aus? Was macht er/sie dann (z. B. laut diskutieren, widersprechen, schreien, schimpfen, verletzende Äußerungen, anderer Meinung sein, sich nicht verstanden)</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, etwas häufiger und intensiver als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität 2- bis 3-mal pro Woche</p>

<p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 05</b> „Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen“:                  Item kann auch Streit mit Erwachsenen umfassen, ist aber nicht darauf begrenzt und breiter gefasst.   <b>Item 07</b> „Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen“:                  Fokus liegt auf <b>Regeleinhaltung bei Erwachsenen</b> in einer konkreten Situation.   <b>Item 09</b> „Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen“:                  Fokus liegt auf <b>Verhalten</b> im Sinne einer <b>physischen Auseinandersetzung</b> (z. B. schubsen, zupacken, Weg versperren).</p>	<p><i>fühlen)? Wie lange kann der Streit dauern? Wie geht er zu Ende? Wie lange braucht er/sie, um sich wieder zu beruhigen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebensbereiche  <i>In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? Was kann der <u>Anlass</u> sein? Was muss ein Erwachsener tun, damit ____ mit ihm streitet? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu <u>Hause</u>?</li> <li>bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>Häufigkeit  <i>Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. <u>täglich</u> oder <u>fast täglich</u> – 2-3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)?</i></li> </ul>	<p>3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität fast jeden Tag in mehreren Lebensbereichen</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Gerät fast jeden Tag in heftige Auseinandersetzungen mit Eltern, Lehrern, Erziehern und anderen Erwachsenen.</p>
<p><b>09</b> <b>Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen</b>  <i>(Get into fights with family/friends)</i></p> <p>Fokus liegt auf <b>Verhalten</b> im Sinne einer <b>physischen Auseinandersetzung</b>.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 08</b> „Streitet mit Erwachsenen“:                  Fokus liegt auf der <b>inhaltlich verbalen Auseinandersetzung</b> (z. B. diskutieren, laut reden).</p>	<p>C</p> <p><b>B:</b> Gerät ____ mit der Familie oder mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen und Streitereien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Gibt es solche Situationen? Wie sieht das genau aus (z. B. schubsen, treten, zupacken, den Weg versperren, in die Ecke drängen, spucken)? Von wem geht der Streit aus? Was war das Schlimmste, was bisher in einer solchen Situation passiert ist? Wie enden solche Situationen meist?</i></li> <li>Lebensbereiche  <i>In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? Was kann der <u>Anlass</u> sein? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu <u>Hause</u>?</li> </ul> </li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden                  1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, häufiger oder intensiver als alterstypisch                  2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität (ca. 2- bis 3-mal im Monat)                  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität (ca. 1-mal pro Woche oder häufiger)</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Beginnt ein- oder mehrmals pro Woche in mehreren Lebensbereichen intensive körperliche Auseinandersetzungen.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das <u>in den letzten 6 Monaten</u> (z. B. mehr als 1-mal pro Woche – ca. 1-mal pro Woche – ca. 2- bis 3-mal im Monat – selten oder nie)?</li> </ul>	
10	<p><b>Gerät durch regelbrechendes oder unsoziales Verhalten in Schwierigkeiten</b> (Get into trouble)</p> <p>Fokus liegt auf (a) <b>Zerstörung von Eigentum</b>, (b) <b>Betrug/Diebstahl</b> und (c) schwere <b>Regelverstöße</b>.</p> <p><u>Abgrenzung</u> <b>Item 11</b> „Verbringt Zeit mit Kindern, die Dinge anstellen“: Fokus liegt auf Kontakt mit Gleichaltrigen in Schwierigkeiten.</p> <p><b>Item 12</b> „Lügt, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen“: Dieser Inhalt wird bei Item 10 ausgeschlossen.</p> <p><b>Item 14</b> „Bedroht oder schikaniert andere“: Dieser Inhalt wird bei Item 10 ausgeschlossen.</p>	C	<p><b>B:</b> Gerät ___ durch sein/ihr regelbrechendes oder unsoziales Verhalten in Schwierigkeiten?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie genau sehen solche Situation aus? Kommt es vor, dass er/sie Sachen/Spielzeug von anderen kaputt macht oder beschädigt (z. B. Häuserwände beschmieren)? Hat er/sie schon einmal etwas geklaut (z. B. im Supermarkt, Handys)? Hat er/sie schon einmal gezündelt? Schwänzt er/sie die Schule oder ist schon einmal von zu Hause wegelaufen? Wie haben Sie davon erfahren?</li> <li>• Lebensbereiche In welchen Lebensbereichen kommt es zu den Situationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u>?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit Ist es im letzten halben Jahr zu solchen Situationen gekommen? Wenn ja, wie häufig (z. B. mehr als 1-mal pro Woche – ca. 1-mal pro Woche – ca. 2- bis 3-mal im Monat – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, häufiger und intensiver als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität (ca. 2- bis 3-mal im Monat) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität (ca. 1-mal pro Woche oder häufiger)</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Gewohnheit:</b> Gerät zu Hause und in der Schule fast ständig in Schwierigkeiten, weil er/sie Dinge absichtlich kaputt macht oder beschädigt.</p>
11	<p><b>Verbringt Zeit mit Kindern, die sich nicht an Regeln halten oder unsozial sind</b> (Hang out with kids in trouble)</p> <p>Im Fokus steht der Kontakt zu</p>	C	<p><b>B:</b> Verbringt ___ Zeit mit anderen Kindern/Jugendlichen, die sich nicht an Regeln halten oder unsozial sind?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fällt Ihnen so jemand ein? Was machen diese Kinder (z. B. andere Kinder ärgern, hänseln, Bein stellen, andere Kinder bedrängen oder sich körperlich aggressiv verhalten; anderen</li> </ul>	<p>0 kein persönlicher Kontakt 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlicher persönlicher Kontakt, ohne intensive Bindung 2 deutlich ausgeprägt: z. B. regelmäßiger persönlicher Kontakt (z. B. wöchentlich) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr intensiver und (fast)</p>

<p>Gleichaltrigen, die Verhaltensnormen oder Regeln brechen.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 10</b> „Stellt Sachen an, durch die er/sie in Schwierigkeiten gerät“:  Fokus liegt auf <b>eigenen Schwierigkeiten</b>.</p>		<p><i>Kindern Dinge wegnehmen; Sachen beschädigen, z. B. Häuserwände beschmierem; zünden; klauen, z. B. im Supermarkt, Handys; Drogen nehmen; Schule schwänzen)?</i>  <i>Woher kennt er/sie die Kinder/Jugendlichen? Wie viel Zeit verbringt er/sie mit den Gleichaltrigen? Was passiert bei solchen Treffen? Haben Sie versucht, den Kontakt zu unterbinden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbereiche  <i>In welchen Lebensbereichen kommt es zu den Situationen?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>– in der <u>Schule</u>?</li> <li>– zu <u>Hause</u>?</li> <li>– bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit  <i>Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. fast täglich – mehrmals pro Woche – einmal pro Woche – selten oder nie)?</i></li> </ul>	<p>täglicher Kontakt</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Gewohnheit:</b>  Verbringt täglich mehrere Stunden mit Problemkindern.</p>
<p><b>12</b> <b>Lügt, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen</b>  <i>(Lies to get things)</i></p>	C	<p><b>B:</b> Lügt ____, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Wie sieht das aus, wenn er/sie lügt? Merken Sie das, wenn er/sie lügt? Wenn ja warum? Verstrickt sich er/sie immer weiter in Lügen oder findet er/sie zurück zur Wahrheit? Warum lügt er/sie (z. B. um fehlende Hausaufgaben zu erklären, um nicht zum Sport zu müssen, um Schulden nicht zurückzahlen, um Sachschaden zu erklären, um Personenschaden zu erklären, um Versprechen nicht einzuhalten (z. B. Zimmer aufzuräumen), um anzugeben, Vorteile zu erhalten, Strafen zu vermeiden)? Was war die schlimmste Lüge, von der Sie wissen, die er/sie jemals erzählt hat?</i></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbereiche  <i>In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? Was kann der <u>Anlass</u> sein? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>– in der <u>Schule</u>?</li> </ul> </li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden  1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, häufiger und intensiver als alterstypisch (ca. 1-2 mal im Monat)  2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität ca. 1-mal pro Woche  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr starke Intensität mehr als 1-mal pro Woche</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Belügt Eltern oder Großeltern mehrmals pro Woche, um z. B. mehr Geld zu bekommen oder um Strafen zu entgehen.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Hause?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das <u>in den letzten 6 Monaten</u> (z. B. mehr als 1-mal pro Woche – ca. 1-mal pro Woche – ca. 1- bis 2-mal im Monat – selten oder nie)?</li> </ul>	
13	<p><b>Ärgert andere absichtlich</b> (Annoy others on purpose)</p> <p>Fokus liegt auf der <b>Intention</b> andere Kinder oder Erwachsene zu provozieren oder zu ärgern</p> <p><b>Abgrenzung:</b> <b>Item 07</b> „Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen“: Fokus liegt auf der mangelnden <b>Regeleinhaltung bei Erwachsenen</b> in einer konkreten Situation.</p> <p><b>Item 08</b> „Streitet mit Erwachsenen“: Fokus liegt auf der <b>inhaltlich verbalen Auseinandersetzung mit Erwachsenen</b>.</p> <p><b>Item 09</b> „Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen“: Fokus liegt auf dem <b>Verhalten</b> im Sinne einer <b>physischen Auseinandersetzung</b> (z. B. schubsen, zupacken, Weg versperren).</p>	C	<p><b>B:</b> Kommt es vor, dass ___ andere absichtlich ärgert?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Wie sieht das aus, wenn er/sie andere provoziert oder verärgert? Was macht er/sie dann</u> (z. B. mit Worten, wie etwas Gemeines sagen oder jemanden anderen verleumdend; Taten ,wie etwas kaputt machen, nicht folgen, z. B. Zimmer aufräumen, jemand Drittes ausschließen? Wie lange dauert das an? Kann er/sie dann kaum damit aufhören)?</li> <li>• Lebensbereiche <u>In welchen Lebensbereichen/Situationen passiert das (nicht)?</u> (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>- im <u>Kindergarten</u> (ggü. Kindern und/oder Erziehern)?</li> <li>- in der <u>Schule</u> (ggü. Kindern und/oder Lehrern)?</li> <li>- zu <u>Hause</u> (ggü. Geschwistern und/oder Eltern)?</li> <li>- bei anderen Gelegenheiten?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das <u>in den letzten 6 Monaten</u> (z. B. täglich oder fast täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, häufiger und intensiver als alterstypisch (1- bis 3-mal pro Woche) 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität 2- bis 3-mal pro Woche 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. starke Intensität fast täglich in mehreren Lebensbereichen</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Hat täglich zu Hause und anderswo Spaß daran, andere zu ärgern und tut dies bei fast jeder Gelegenheit.</p>
14	<p><b>Bedroht oder schikaniert andere</b> (Threaten or bully others)</p>	C	<p><b>B:</b> Bedroht oder schikaniert ___ andere?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Wie sieht das aus, wenn er/sie andere schikaniert oder bedroht? Was macht er/sie dann</u> (z. B. ruft</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich, etwas häufiger und intensiver als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. starke Intensität ca. 1- bis 2-</p>

			<p>Schimpfworte/gemeine Dinge/Drohungen nach; schüchtert ein oder schikaniert; droht mit Prügelein; baut sich vor anderen auf und droht ihnen an, ihnen etwas zu tun; schubst oder stellt ein Bein; schlägt anderen etwas aus der Hand oder nimmt anderen etwas weg, z. B. Stift, Pausenbrat)? Bei wem macht er/sie das?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? Was kann der <u>Anlass</u> sein? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu <u>Hause</u>?</li> <li>bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das <u>in den letzten 6 Monaten</u> (z. B. mehr als 1-mal pro Woche – ca. 1-mal pro Woche – ca. 1- bis 2-mal im Monat – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>mal pro Monat 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. starke Intensität 1-mal pro Woche</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Droht oder schikaniert Klassenkameraden an mehreren Tagen pro Woche.</p>
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>				
Item	Skala	Exploration	Rating	
<p><b>15 Fällt es schwer, Freude und Spaß zu haben</b> (Have a hard time having fun)</p> <p>Fokus liegt auf <b>Mangel an positivem Affekt</b>. Entweder weil wenige positive Aktivitäten bestehen oder weil es zu einem Freudeverlust an sonst positiven Aktivitäten gekommen ist</p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 16</b> „Fängt schnell an zu weinen“: Fokus liegt auf dem <b>Verhalten</b> Weinen.</p>	D	<p><b>B:</b> Fällt es ___ schwer Freude und Spaß zu haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Wie</u> sieht das bei ihm/ihr aus (z. B. hat er/sie die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an fast allem was er/sie macht, hat z. B. mit Gleichaltrigen keinen Spaß, z. B. beim Spielen, bei Ausflügen? Auch nicht mehr an Freizeitbeschäftigungen, die er/sie einmal gerne gemacht hat, z. B. Musik, Computer, Fernsehen, Sport? Hat er/sie an nichts mehr Spaß und zu nichts mehr Lust und/oder wirkt oft gelangweilt?)</li> <li>Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u> (z. B. an Spielen)?</li> </ul> </li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/ca. 1-mal pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (ca. 2- bis 3-mal) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Reagiert auf nahezu alles gleichgültig und lustlos. Hat zu Hause und anderswo keinerlei Spaß an Aktivitäten und eigentlich schönen Tätigkeiten (z. B. hat keinen Spaß an Hobbies, spielt nicht viel).</p>	

<p><b>Item 17 „Wirkt unglücklich oder traurig“:</b> Fokus liegt auf <b>negativem Affekt</b> (z. B. niedergeschlagen sein, sich leer fühlen).</p> <p><b>Item 19 „Hat wenig oder keine Energie“:</b> Fokus liegt auf <b>Antrieb</b> (z. B. schlapp sein, erschöpft sein).</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- in der <u>Schule</u> (z. B. in Pause zu spielen)?</li> <li>- zu <u>Hause</u> (z. B. sich zu verabreden)?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u> (z. B. ins Kino zu gehen, Sport zu machen)?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten in diesen Situationen</u> (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf?</li> </ul>	
<p><b>16 Fängt schnell an zu weinen</b> (Cry easily)</p> <p>Fokus liegt auf dem <b>Verhalten</b> Weinen.</p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 17 „Wirkt unglücklich oder traurig“:</b> negativer Affekt auch ohne konkreten Verstärkerverlust oder Sanktion.</p>	D	<p><b>B: Fängt __ schnell an zu weinen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hat __ schnell Tränen in den Augen? Was sind das für Situationen (z. B. Wunsch wird nicht erfüllt, z. B. länger wach bleiben, Süßigkeiten nicht zu bekommen; wird geärgert; verliert etwas; ihm/ihr wird etwas weggenommen; ihm/ihr gelingt etwas nicht, z. B. beim Spielen, beim Lernen oder beim Sport)? Wenn er/sie wütend ist oder Angst hat? Wie lange dauern die Situationen an? Wie reagiert er/sie, wenn man ihn/sie fragt, was los ist?</li> <li>• Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Kindergarten?</li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u>?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder nur in bestimmten Situationen mit ersichtlichem Grund</p> <p>1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/ca. 1-mal pro Woche</p> <p>2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (ca. 2- bis 3-mal) täglich</p> <p>3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Fängt zu Hause und anderswo regelmäßig auch bei kleineren Anlässen an zu weinen.</p>
<p><b>17 Wirkt unglücklich oder traurig</b> (Feel unhappy or sad)</p> <p>Fokus liegt auf negativem <b>Affekt</b> (ggf.</p>	D	<p><b>B: Wirkt __ unglücklich oder traurig?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Woran merkt man, dass er/sie traurig ist? Ist er/sie dann z. B. niedergeschlagen, fühlt sich leer, ist schlecht gelaunt, ist den Tränen nah? Spricht er/sie darüber? Wie lange dauern solche</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder nur in bestimmten Situationen mit ersichtlichem Grund</p> <p>1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/ca. 1-mal pro Woche</p> <p>2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren</p>



<p><b>auch ohne situativen Auslöser</b>, negative Gedanken werden hier nicht berücksichtigt (z. B. Wertlosigkeit).</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 19</b> „Hat wenig oder keine Energie“: Fokus liegt auf <b>Antrieb</b> (schlapp sein, erschöpft sein).</p> <p><b>Item 18</b> „Fühlt sich wertlos und hat wenig Selbstvertrauen“: Fokus liegt auf <b>Gedanken</b> (z. B. sich Dinge nicht zutrauen).</p> <p><b>Item 15</b> „Fällt es schwer, Freude und Spaß zu haben“: Fokus liegt auf <b>Mangel an positivem Affekt</b> (z. B. mit Gleichaltrigen keinen Spaß haben, an Lieblingsaktivitäten keinen Spaß haben).</p> <p><b>Item 22</b> „Fängt schnell an zu weinen“: Fokus liegt auf dem <b>Verhalten</b> Weinen.</p>		<p><i>Phasen? Kann er/sie dann davon abgelenkt werden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebensbereiche  <i>In welchen Lebensbereichen kommt es zu den Situationen?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu <u>Hause</u>?</li> <li>bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>Häufigkeit  <i>Ist es im letzten halben Jahr zu solchen Situationen gekommen (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf?</i> </li> </ul>	<p>Situationen/mehrmals pro Woche (2- bis 3-mal)  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>  Ist zu Hause und anderswo fast ständig unglücklich oder traurig.</p>
<p><b>18</b> <b>Fühlt sich wertlos und hat wenig Selbstvertrauen</b>  <i>(Feel worthless)</i></p> <p>Hierzu gehören <b>Gefühle</b> der Unzulänglichkeit, Minderwertigkeit, des Versagens und der Wertlosigkeit.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 16</b> „Fängt schnell an zu weinen“: Fokus liegt auf dem <b>Verhalten</b> Weinen.</p> <p><b>Item 17</b> „Wirkt unglücklich oder traurig“:</p>	<p>D</p>	<p><b>B:</b> Fühlt sich ___ manchmal wertlos und hat wenig Selbstvertrauen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Wie sieht das bei ihm/ihr aus? Traut er/sie sich insgesamt wenig zu, z. B. beim Spielen, beim Lernen oder beim Sport oder hat starke Zweifel an sich? Haben Sie den Eindruck, dass er/sie glaubt, viele Dinge nicht so gut wie andere zu können? Wirkt er/sie so, als fühle er/sie sich minderwertig oder als Versager/in? Hat aktuell kein Vertrauen in die eigene Person und die eigenen Fähigkeiten, glaubt aktuell, auch relativ geringe Anforderungen nicht bewältigen zu können? Äußert er/sie, unfähig, untüchtig, ungeschickt, unattraktiv und nichts wert zu sein? Äußert er/sie, sich selbst nicht zu mögen?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder alterstypisch vorhanden  1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/1-mal pro Woche  2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (2- bis 3-mal)  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>  Wertet sich und seine Leistungen bei jeder Gelegenheit massiv ab.</p>

<p>Fokus liegt auf negativem <b>Affekt</b> wie niedergeschlagen sein, sich leer fühlen, den Tränen nahe sein.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebensbereiche <i>In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>– in der <u>Schule</u>?</li> <li>– zu <u>Hause</u>?</li> <li>– bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit <i>Wenn man an das letzte halbe Jahr denkt, kam das da häufig (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)?</i></li> </ul>	
<p><b>19 Hat wenig oder keine Energie</b> <i>(Have little or no energy)</i></p> <p>Fokus liegt auf <b>Antrieb</b>.</p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 17</b> „Wirkt unglücklich oder traurig“: Fokus liegt auf negativem <b>Affekt</b> (niedergeschlagen sein, sich leer fühlen, den Tränen nahe sein).</p> <p><b>Item 18</b> „Fühlt sich wertlos und hat wenig Selbstvertrauen“: Fokus liegt auf <b>Gedanken</b> (Zweifel an sich haben, sich Dinge nicht zutrauen).</p>	D	<p><b>B: Hat __ wenig oder keine Energie?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sehen solche Schwierigkeiten bei ihm/ihr aus? Wirkt er/sie die meiste Zeit über matt, schlapp oder wie ohne jeden Antrieb und erschöpft auf Sie, auch dann, wenn er/sie gar nichts Anstrengendes getan hat? Z. B. beim Spielen, beim Lernen oder beim Sport? Ist er/sie oftmals tagsüber müde, auch wenn er/sie genug geschlafen hat? Ist ihm/ihr alles zu viel? Liegt er/sie viel im Bett? Muss er/sie sich viel ausruhen? Kommt er/sie nicht in die Gänge (nicht wegen mangelnder Organisationsfähigkeit)? Wirkt er/sie als sei er/sie wie am Stuhl festgefroren?</i></li> <li>• Lebensbereiche <i>In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>– in der <u>Schule</u>?</li> <li>– zu <u>Hause</u>?</li> <li>– bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit <i>Wie häufig passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/1-mal pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (2- bis 3-mal) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Durchgängiger Energieverlust an fast allen Tagen, liegt fast immer durchgängig im Bett. Schafft es nicht, seine Hausaufgaben zu bewältigen oder auch eigentlich angenehme Tätigkeiten durchzuführen.</p>

<p><b>20</b> <b>Macht sich über viele Dinge Sorgen</b> (Worry about a lot of things)</p> <p>Fokus liegt auf <b>Gedanken</b> bzgl. zurückliegender und zukünftiger Ereignisse. Wenn es sich primär um die Sorge handelt, ausgelacht zu werden (Item 23 „Fürchtet sich, ausgelacht zu werden“), sollte dies nur dort kodiert werden.</p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 23</b> „Fürchtet sich, ausgelacht zu werden“: Spezifischer Gedanke, der von dem Item 20 mit umschlossen werden kann, aber nicht darauf beschränkt ist.</p>	<p>A</p>	<p><b>B:</b> Macht sich ___ über viele Dinge Sorgen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Wie sehen solche übermäßigen Sorgen bei ihm/ihr aus? Wozu macht er/sie sich Sorgen (z. B. Hat er/sie insgesamt vielfältige Befürchtungen und Sorgen z. B. zur eigenen Zukunft; zur eigenen Gesundheit; zum Verlust von Beziehungen; dass jemandem etwas passieren könnte, z. B. den Eltern; von anderen getrennt zu sein; zu eigenen Leistungen; dass er/sie etwas falsch macht)?</i></li> <li>• Lebensbereiche <i>In welchen Lebensbereichen kommt es zu den Situationen?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- im Kindergarten?</li> <li>- in der Schule?</li> <li>- zu Hause?</li> <li>- bei anderen Gelegenheiten?</li> </ul> </li> <li>• Häufigkeit <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten in diesen Situationen (z. B. fast jeden Tag bei verschiedenen Ereignissen – 1-2 mal pro Woche bei verschiedenen Ereignissen – 1 mal pro Monat bei verschiedenen Ereignissen – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme nicht auf?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. gelegentlich bei verschiedenen Ereignissen; Ängste und Sorgen sind etwas häufiger oder ausgeprägter als alterstypisch 2 deutlich ausgeprägt: z. B. häufig bei verschiedenen Ereignissen; Ängste und Sorgen sind häufiger und ausgeprägter als alterstypisch 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. sehr häufig bei verschiedenen Ereignissen; Ängste und Sorgen sind häufig und stark ausgeprägt</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Hat jeden Tag übermäßige Sorgen bezüglich einer oder mehrerer (auch ganz alltäglicher) Ereignisse oder Tätigkeiten (wie Arbeit, Schulleistungen, Beziehungen, Nachrichten). Überlegt ständig, was alles Schreckliches passieren könnte.</p>
<p><b>21</b> <b>Ist nervös/schüchtern</b> (Feel nervous/shy)</p> <p>Fokus liegt auf dem <b>Affekt</b> und hier im Speziellen auf dem <b>ängstlichen Affekt</b> (z. B. in <b>sozialen Situationen</b> oder <b>unbekannten, wenig vertrauten Situationen</b>).</p> <p><b>Abgrenzung</b> <b>Item 22</b> „Fühlt sich angespannt“: Fokus liegt auf der <b>psychophysischen Komponente</b> vom Affekt (z. B. Ruhelosigkeit)</p>	<p>A</p>	<p><b>B:</b> Wirkt ___ nervös bzw. schüchtern?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>In welchen Situationen ist das, z. B. beim Zusammensein mit anderen; in unbekanntem oder wenig vertrauten Situationen? Wie sieht das aus? Ist er/sie dann unsicher oder ängstlich? Sieht man die Angst/Sorge im Gesicht? Guckt er/sie weg? Spricht er/sie dann nicht oder wenig? Wirkt er/sie passiv oder wie erstarrt? Zieht er/sie sich zurück? Klammert er/sie sich an Erwachsene? Berichtet er/sie von Angst oder Nervosität? Wie entwickelt sich die Situation? Beruhigt er/sie sich die Situation dann wieder?</i></li> <li>• Lebensbereiche <i>In welchen Lebensbereichen/Situationen passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/1-mal pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (2- bis 3-mal) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Erstarrt auf dem Schulhof und ist unfähig zu sprechen, wenn es von seiner Lehrerin oder von einem Mitschüler angesprochen wird.</p>

<p><b>Item 23</b> „Fürchtet sich, ausgelacht zu werden“: Fokus liegt auf <b>Gedanken</b> (z. B. Kind berichtet von Angst, andere würden im Sportunterricht lachen).</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- im Kindergarten?</li> <li>- in der <u>Schule</u>?</li> <li>- zu <u>Hause</u>?</li> <li>- bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten in diesen Situationen</u> (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf</li> </ul>	
<p><b>22</b> <b>Fühlt sich angespannt</b> (Feel tense)  Fokus liegt auf der <b>psychophysischen Komponente</b> vom Affekt (z. B. Ruhelosigkeit).  <b>Abgrenzung</b> <b>Item 21</b> „Ist nervös/schüchtern“: Fokus liegt auf dem <b>Affekt</b> und hier im Speziellen auf dem <b>ängstlichen Affekt</b> (z. B. in <b>sozialen Situationen</b> oder <b>unbekannten, wenig vertrauten Situationen</b>).</p>	A	<p><b>B:</b> Wirkt ___ angespannt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es solche Situationen, z. B. beim Spielen, beim Lernen, beim Sport? Was sind die Auslöser? Wie äußert sich die Anspannung? Wirkt er/sie wie getrieben/wie auf dem Sprung? Hat er/sie Muskelverspannungen? Wirkt er/sie sehr angestrengt? Kann er/sie sich dann nicht konzentrieren? Berichtet er/sie von Gedankenkreisen? Wirkt er/sie dann überdreht? Wirkt er/sie dann ruhelos? Wie lange dauern diese Zustände? Kann er/sie dann abgelenkt werden?</li> <li>• Lebensbereiche In welchen <u>Lebensbereichen/Situationen</u> passiert das (nicht)? (Exploriere Art und Stärke)</li> <li>• im Kindergarten?</li> <li>• in der <u>Schule</u>?</li> <li>• zu <u>Hause</u>?</li> <li>• bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> <li>• Häufigkeit Wie <u>häufig</u> passierte das in den <u>letzten 6 Monaten</u> (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – einmal pro Woche – selten oder nie)?</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder alterstypisch vorhanden oder nur in bestimmten Situationen 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/ca. 1-mal pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren Situationen/mehrmals pro Woche (2- bis 3-mal) 3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b> Ist täglich angespannt und dadurch in seiner/ihrer Funktionsfähigkeit eingeschränkt.</p>
<p><b>23</b> <b>Fürchtet sich, ausgelacht zu werden</b> (Feel afraid others laugh)  Fokus liegt auf <b>Gedanken</b>; Sorgen können</p>	A	<p><b>B:</b> Fürchtet sich ___ davor, von anderen ausgelacht zu werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Worauf bezieht sich die Angst (z. B. vor der Klasse sprechen, auf den Sportunterricht, auf den Schulbus, auf dem Spielplatz? Berichtet er/sie von sich aus von den Ängsten oder berichtet</li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder alterstypisch vorhanden 1 leicht ausgeprägt: z. B. in wenigen Situationen/ca. 1-mal pro Woche 2 deutlich ausgeprägt: z. B. in mehreren</p>

<p>real begründet oder unbegründet sein. Gedanken werden manchmal nur auf Nachfragen berichtet bzw. können manchmal nur erschlossen werden.</p> <p><b>Abgrenzung</b>  <b>Item 21</b> „Ist nervös/schüchtern“: Fokus liegt auf dem <b>Affekt</b> und hier im Speziellen auf dem <b>ängstlichen Affekt</b> (Weggucken, nicht sprechen, an Erwachsenen anklammern).</p>		<p><i>er/sie auf Nachfragen davon? Berichten Dritte, z. B. Lehrer, von den Ängsten? Falls niemand von den Ängsten berichtet, woran merken Sie, dass er/sie Angst hat? Ziehen die Ängste, ausgelacht zu werden Verhaltenskonsequenzen nach sich (z. B. Situation wird gemieden)? Kann er/sie sich von den Ängsten distanzieren?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lebensbereiche  <i>In welchen Lebensbereichen kommt es zu den Situationen?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>im <u>Kindergarten</u>?</li> <li>in der <u>Schule</u>?</li> <li>zu <u>Hause</u>?</li> <li>bei <u>anderen Gelegenheiten</u>?</li> </ul> </li> <li>Häufigkeit  <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten in diesen Situationen (z. B. (fast) täglich – 2- bis 3-mal pro Woche – 1-mal pro Woche – selten oder nie)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf?</i></li> </ul>	<p>Situationen/mehrmals pro Woche (ca. 2- bis 3-mal)                  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. in vielen Situationen/(fast) täglich</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Befürchtet immer, wenn er/sie die Klasse betritt, von vielen Mitschülern ausgelacht zu werden und ist davon sehr überzeugt, dass das Befürchtete eintreten wird.</p>
<p><b>24</b> Fällt es schwer ein- oder durchzuschlafen oder hat andere Schlafprobleme?                  (Have a hard time sleeping)</p>	<p>A</p>	<p><b>B:</b> Fällt es ____ schwer zu schlafen und hat er/sie andere Schlafprobleme?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Wie sehen solche Schlafschwierigkeiten bei ihm/ihr aus (z. B. kann schlecht einschlafen oder schläft nicht durch und wird immer wieder nachts oder sehr früh morgens wach? Hat er/sie einen unruhigen oder schlechten Schlaf? Wälzt er/sie sich viel im Bett herum? Wirkt er/sie über Tag bei vielen Aktivitäten sehr schläfrig? Hat er/sie Alpträume? Kann er/sie nicht oder nur schlecht alleine (ein)schlafen?</i></li> <li>Häufigkeit  <i>Wie häufig passierte das in den letzten 6 Monaten (z. B. [fast] jede Nacht – 1- bis 2-mal pro Woche – 2- bis 3-mal pro Monat)? Wie oft treten diese Probleme <u>nicht</u> auf?</i></li> </ul>	<p>0 nicht (nennenswert) vorhanden oder nur in bestimmten Situationen                  1 leicht ausgeprägt: z. B. 2- bis 3-mal pro Monat                  2 deutlich ausgeprägt: z. B. 1- bis 2-mal pro Woche                  3 sehr stark ausgeprägt: z. B. (fast) jede Nacht</p> <p><b>Beispiel für sehr stark ausgeprägte Symptomatik:</b>                  Wacht in jeder Nacht mehrfach auf und kann erst nach längerer Zeit wieder einschlafen. Wacht jeden Morgen mehrere Stunden vor dem Wecken auf. Ist jeden Tag schläfrig.</p>



**UNIKLINIK  
KÖLN**

**INTERVIEW-VERSION DER  
SYMPTOMS AND FUNCTIONING SEVERITY SCALE (SFSS-I)**

Bitte notieren Sie auf diesem Bogen ihre klinische Einschätzung auf Basis der Antworten im Elterninterview.

<b>Patient*in:</b>		<b>0</b> nicht vorhanden			
<b>Informant*in (z.B. Mutter, Vater):</b>		<b>1</b> leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt			
<b>Kürzel Urteiler*in:</b>		<b>2</b> deutlich ausgeprägt, Kriterium erfüllt			
<b>Datum und Uhrzeit:</b>		<b>3</b> sehr stark ausgeprägt			
<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>					
<b>hyperaktiv oder impulsiv</b>					
01	Fällt es schwer aufzupassen oder sich zu konzentrieren	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
02	Fällt es schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
03	Fällt es schwer, ruhig sitzen zu bleiben	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
04	Unterbricht andere	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
05	Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen <b>(aggressiv/ impulsiv)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>aggressiv- dissozial</b>					
06	Wirft Gegenstände, wenn er/sie die Beherrschung verliert	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
07	Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
08	Streitet mit Erwachsenen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
09	Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
10	Gerät durch regelbrechende oder unsoziales Verhalten in Schwierigkeiten	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
11	Verbringt Zeit mit Kindern, die sich nicht an Regeln halten oder unsozial sind	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
12	Lügt, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
13	Ärgert andere absichtlich	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
14	Bedroht oder schikaniert andere	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>					
<b>depressiv</b>					
15	Fällt es schwer, Freude und Spaß zu haben	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
16	Fängt schnell an zu weinen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
17	Wirkt unglücklich oder traurig	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
18	Fühlt sich wertlos und hat wenig Selbstvertrauen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
19	Hat wenig oder keine Energie	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>ängstlich</b>					
20	Macht sich über viele Dinge Sorgen	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
21	Ist nervös/schüchtern	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
22	Fühlt sich angespannt	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
23	Fürchtet sich, ausgelacht zu werden	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
24	Fällt es schwer ein- oder durchzuschlafen oder hat andere Schlafprobleme	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

**Dokumentation der Verblindung (Durch den Interviewer)**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Entscheidend ist, ob Sie durch das Interview über die Familie Informationen erhalten haben, durch die Sie einen Rückschluss auf die Behandlungsgruppe, den Messzeitpunkt oder das (vorzeitige) Ende der Therapie ziehen können.

In welcher Behandlungsgruppe befindet sich die Familie?

- Weiß ich nicht
- OPTIE-Feedback
- OPTIE-Routine
- AKiP-Routine
- Beendete Therapie

Um welchen Messzeitpunkt handelt es sich?

- Weiß ich nicht
- Prämessung
- Zwischenmessung
- Postmessung

**Zusätzliche Informationen (Bestenfalls nach dem Interview erfragen)**

Ist die Therapie vorzeitig beendet worden?

- Weiß ich nicht
- Ja
- Nein

Bei „Ja“: Wann wurde die Therapie beendet? \_\_\_\_\_

**Interviewdokumentation (Durch die Interviewenden auszufüllen)**

Existiert eine Audio-Aufnahme des Interviews?

- Ja → Weiter mit Schritt 1
- Ja, aber fehlerhaft (bspw. Interviewpartner nur schwer verständlich, da Telefon zu leise oder Audio unterbrochen, da Batterien während des Interviews leer) → Weiter mit Schritt 1
- Nein → Weiter mit Schritt 2

1. Abspeichern der Interview-Aufnahme im Ordner:

V:\KJP\Forschung\OPTIE\_rate

Jede Familie hat dort einen eigenen Ordner, benannt nach der jeweiligen Chiffre (=„Familienordner“). Existiert kein entsprechender Ordner, muss ein neuer mit dem Chiffre erstellt werden (bspw. wenn es sich um ein Prae-Interview handelt). Im jeweiligen Ordner die Audio-Datei unter folgender Nomenklatur abspeichern:

“A00000\_Int\_TX(\_Teil1)” (A00000=Chiffre; TX=Messzeitpunkt [Prae=T1, Int=T2, Post=T3]; Teil1=Zusatzangabe, wenn bspw. die Audioaufnahme unterbrochen wurde und das Gesamtinterview somit aus zwei Teilen besteht)

2. Sollte keine Audioaufnahme existieren, im Familienordner (Siehe 1.) ein Word-Dokument abspeichern, in dem vermerkt wird, dass keine Aufnahme existiert und warum. Benennung des Dokuments in gleicher Nomenklatur wie in Schritt 1.

3. Rückgabe der Interviewnotizen und des ausgefüllten Codierbogens über das OPTIE-Postfach.

4. Ist das Interview in der OPTIE-Ordnerstruktur abgespeichert, die original Aufnahme vom Audio-Gerät löschen.

Chiffre: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Datum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| (TT.MM.JJ)

Kürzel Interviewer: |\_|\_|\_|

**Interview-Rating – Notizen**

<b>Item-Nr.</b>	<b>Notizen</b>	<b>Bewertung</b>
<b>Item 1: Fällt es schwer, aufzupassen oder sich zu konzentrieren</b>		
<b>Item 2: Fällt es schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist</b>		
<b>Item 3: Fällt es schwer, ruhig sitzen zu bleiben</b>		
<b>Item 4: Unterbricht andere</b>		
<b>Item 5: Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen (aggressiv/impulsiv)</b>		
<b>Item 6: Wirft Gegenstände, wenn er/sie die Beherrschung verliert</b>		
<b>Item 7: Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen</b>		



<b>Item 8: Streitet mit Erwachsenen</b>		
<b>Item 9: Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen</b>		
<b>Item 10: Gerät durch regelbrechendes oder unsoziales Verhalten in Schwierigkeiten</b>		
<b>Item 11: Verbringt Zeit mit Kindern, die sich nicht an Regeln halten oder unsozial sind</b>		
<b>Item 12: Lügt, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen</b>		
<b>Item 13: Ärgert andere absichtlich</b>		
<b>Item 14: Bedroht oder schikaniert andere</b>		
<b>Item 15: Fällt es schwer, Freude oder Spaß zu haben</b>		

<b>Item 16:</b> Fängt schnell an zu weinen		
<b>Item 17:</b> Wirkt unglücklich oder traurig		
<b>Item 18:</b> Fühlt sich wertlos oder hat wenig Selbstvertrauen		
<b>Item 19:</b> Hat wenig oder gar keine Energie		
<b>Item 20:</b> Macht sich über viele Dinge Sorgen		
<b>Item 21:</b> Ist nervös/schüchtern		
<b>Item 22:</b> Fühlt sich angespannt		
<b>Item 23:</b> Fürchtet sich, ausgelacht zu werden		
<b>Item 24:</b> Fällt es schwer ein- oder durchzuschlafen		



CHIFFRE: \_\_\_\_\_

INTERVIEWRATER: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

**MODIFIZIERTE DEUTSCHE GLOBALE BEURTEILUNG DES PSYCHOSOZIALEN FUNKTIONSNIVEAUS (GBPF)**

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (zum jetzigen Zeitpunkt der Behandlung)	
<p>Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten <b>zum jetzigen Zeitpunkt der Behandlung</b>. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden.                      Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;</li> <li>• Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);</li> <li>• Schulische bzw. berufliche Anpassung;</li> <li>• Interessen und Freizeitaktivitäten.</li> </ul>	
0	Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
1	Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
2	Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten, Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
4	Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen.
5	Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
6	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung/Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, alleine zurechtzukommen.
7	Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung/Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
8	Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und/ oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
9	Information fehlt.

## OPTIE – SOP Studieneinschluss

### OPTIE – SOP Ambulanzleitung (AL)

Aufgabe	Dokument
<b>1 Informationsempfang Screener &amp; Studienteam</b>	
⇒ <u>Screeener</u> : Alle Familien, die das Alterskriterium (6;0 bis 17;11 Jahren) erfüllen, werden für OPTIE gescreent und ein OPTIE-Screenerbogen in das OPTIE-Postfach gelegt. Screener stellt den Fall bei Erfüllung <b>aller</b> Einschlusskriterien (1-5) nach dem Screeningtermin in Access auf „zur OPTIE Randomisierung bereit“. Das Studieninteresse <b>nicht</b> mehr erfragt.	
⇒ <u>Studienteam</u> : Stellt den Status in Access spätestens <b>zwei Wochen</b> nach Screening auf „zur Therapeutenzuteilung bereit“, wenn die Familie <b>kein Interesse</b> äußert und gibt bei „Teilnahme Forschungsprojekt“ den OPTIE-Status „KEINE“ an. Bei Studieninteresse stellt das Studienteam den Status spätestens drei Wochen nach Screening auf „zur Therapeutenzuteilung bereit“ und gibt bei „Teilnahme Forschungsprojekt“ den OPTIE-Status „EG, KG oder KEINE“ an.	
<b>2 Zuordnung AKiP Standard &amp; OPTIE</b>	
⇒ <u>Studienteilnahme</u> : Familien mit Studienteilnahme bekommen einen Therapeuten aus der gleichen Behandlungsgruppe zugewiesen. In Ausnahmefällen kann die Familie einem Therapeuten aus der anderen Behandlungsgruppe zugeteilt werden und erhält damit die Behandlungsgruppe des Therapeuten (erzwungene Randomisierung).	
⇒ <u>AKiP Standard</u> : Familien (a) ohne Studieninteresse oder (b) ohne Einverständniserklärung 3 Wochen nach Screeningtermin gehen in die AKiP Standardbehandlung über und können frei auf alle Therapeuten verteilt werden.	

## OPTIE – SOP Studieneinschluss

### OPTIE – SOP Screener

Aufgabe	Dokument
<p><b>1 Einschlusskriterien &amp; Studienvorstellung</b></p> <p>⇒ <u>Einschlusskriterien</u>: Bei allen PatientInnen im Alter von 6;00 bis 17;11 Jahren (mit und ohne Interesse) Dokument <i>Einschlusskriterien</i> ausfüllen und in das OPTIE Postfach legen.</p> <p>⇒ <u>Studienvorstellung</u>: Studienziel (Optimierung der Behandlung), Studienteam wird Familie in Kürze kontaktieren und Ablauf für Familie etc. erklären.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einschlusskriterien</li> <li>• Studienvorstellung</li> </ul>
<p><b>2 Ausgabe Einverständniserklärungen Videoscreening</b></p> <p>⇒ <u>Einverständniserklärungen Familie</u>: Das Studienteam versendet bei Interesse alle Unterlagen für Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche (<i>Einholen</i> der Unterlagen erfolgt ebenfalls durch Studienteam).</p>	
<p><b>3 Informationsweiterleitung Studienteam, Ambulanzleitung &amp; Therapeuten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>OPTIE-Postfach</u>: Dokument <i>Einschlusskriterien</i> vollständig ausgefüllt in das Postfach OPTIE im Postraum legen (hinten links).</li> <li>• <u>Status Access</u>: Familien mit Studieninteresse werden in Frontend 2020 auf „zur OPTIE Randomisierung bereit“ gestellt.</li> <li>• <u>Fallübergabe Therapeut</u>: Bei Teilnahme der Familie zusätzlich zur Schwerpunktambulanz den OPTIE Status in DIAMON hinterlegen.</li> </ul>	

## OPTIE – SOP Studieneinschluss

### OPTIE – SOP Studienteam – Prämessung

Aufgabe	Dokument
<p><b>1 Organisation Kontaktaufnahme Familie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Kontaktwege</u>: Primär Telefon; alternativ Brief, Fax, Email (akip-optie@uk-koeln.de).</li> <li>•</li> </ul>	
<p><b>2 Studieninfo &amp; Einverständniserklärungen für Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche</b></p> <p>⇒ <u>Studienaufklärung</u>: Persönliche <i>Information</i> nach dem Bedarf der Familien (möglichst 1. Telefonat).</p> <p>⇒ <u>Einverständniserklärungen</u>: <i>Einholung</i> der elektronischen Unterschriften (<u>mindestens von einem</u> Sorgeberechtigten + Kind) bis max. drei Wochen nach Screening. Fehlende originale Einverständniserklärungen per Post bis max. vier Wochen nach E-Mail AL Patientenverteilung, danach individuelle Rücksprache mit Herrn Hautmann</p> <p>⇒ <u>Emailadressen</u>: Abfrage der Emailadresse von Bezugsperson und ggf. Jugendlichem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einverständniserklärung Sorgeberechtigte</li> <li>• Einverständniserklärung Kind/Jugendlicher</li> </ul>
<p><b>3 Diagnostik AKiP &amp; OPTIE</b></p> <p>⇒ <u>Klinisches Interview OPTIE</u>: <i>Durchführung</i> des Interviews (2. Telefonat, ggf. persönlich).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisches Interview OPTIE</li> </ul>
<p><b>4 Randomisierung &amp; Informationsweiterleitung Ambulanzleitung</b></p> <p>⇒ <u>Randomisierung</u>: Bei Vorliegen der notwendigen Einverständniserklärungen (Unterschriften <u>eines</u> Sorgeberechtigten, Kind) in elektronischer Form. <b>Nur bei Familien, in denen beide Elternteile erreichbar sind!</b></p> <p>⇒ <u>Freigabe in Access</u>: Immer spätestens nach drei Wochen Info über (a) Teilnahme Familie und ggf. (b) Behandlungsgruppe (Status in Access).</p>	

## SOP – Rekrutierung Studienfamilien

### 1. Eingang neuer Screening-Bögen

1.1. Vor Arbeitsbeginn OPTIE-Postfach im Postraum im 1. OG kontrollieren

1.2. Neu erhaltende Screening-Bögen sortieren: Kriterien erfüllt vs. Ausgeschlossen

1.2.1. Ausgeschlossene Screenings in Access in die Tabelle „*tbIScrEx*“ eingeben und anschließend in den Ordner „*Ausgeschlossene Studienfamilien*“ abheften

**Tabelle: *tbIScrEx*** (Frontend: *op\_studDat\_Frontend\_Rekrutierung*)

Variablen-Name	Beschreibung
<i>ID_OP_Scre</i>	OPTIE-ID für die Ausgeschlossenen Fälle (E_NUMMER)
<i>Ks_e</i>	Kürzel des Mitarbeitenden bei der Eingabe
<i>Dat_E</i>	Eingabedatum
<i>Chi*</i>	Chiffre
<i>J_nna</i>	Nachname Patient:in
<i>J_vna</i>	Vorname Patient:in
<i>Scr*</i>	Screeener:in
<i>Scr_dat*</i>	Datum Screening
<i>Age*</i>	Alter
<i>Cas*</i>	CASCAP-D
<i>Amb*</i>	Indikation ambulante Psychotherapie
<i>Deu*</i>	Ausreichend Deutschkenntnisse
<i>Sv*</i>	SonstigeVorraussetzungen
<i>Si`*</i>	Studentinteresse
<i>Scre_cas*</i>	Symptomatik im Screening nach dem CASCAP-D

*\*Informationen werden dem Screening-Bogen entnommen*

- 1.2.2.** Screenings mit 6-mal „Ja“: In Access in die Tabelle „tblFam“ eintragen, K\_NUMMER vergeben und vorläufige Papierakte anlegen aus 1) Screenerbogen, 2) Ambulanzbogen, 3) ggf. Screening-E-Mail, 4) OPTIE-Falldoku 1 und in den Ordner „gescreente Familien“ unter dem Reiter „Kontaktieren“ abheften

**Tabelle: tblFam** (Frontend: *op\_studDat\_Frontend\_Rekrutierung*)

Variablen-Name	Beschreibung
<i>ID_OP</i>	OPTIE-ID für die Eingeschlossenen Fälle (K_NUMMER)
<i>Chi*</i>	Chiffre
<i>ks</i>	Kürzel der Studienmitarbeitenden
<i>J_nna**</i>	Nachname Patient:in
<i>J_vna**</i>	Vorname Patient:in
<i>J_ges**</i>	Geschlecht Patient:in
<i>J_geb**</i>	Geburtsdatum Patient:in
<i>J_tnf</i>	Teilnahme am Rückmeldesystem/OPTIE-Diagnostik für Patient:innen $\geq$ 11 Jahren: „0“= Nein; „-1“= Ja
<i>E_nna*</i>	Nachname primäre Bezugsperson
<i>E_vna*</i>	Vorname primäre Bezugsperson
<i>E_ges*</i>	Geschlecht primäre Bezugsperson
<i>E_bez*</i>	Beziehung zu Patien:tin (z. B. „KM“ für Kindesmutter, „KV“ für Kindesvater, „Bezugsbetreuerin“)
<i>E_tnf</i>	Teilnahme der primären Bezugsperson am Rückmeldesystem/OPTIE-Diagnostik: „0“= Nein; „-1“= Ja
<i>E_2nna</i>	Nachname sekundäre Bezugsperson
<i>E_2vna</i>	Vorname sekundäre Bezugsperson
<i>E_2ges</i>	Geschlecht sekundäre Bezugsperson
<i>E_2bez</i>	Beziehung der sekundären Bezugsperson zu Patien:tin (z. B. „KM“ für Kindesmutter, „KV“ für Kindesvater, „Betreuerin“)



<i>Adr**</i>	Straße und Hausnummer
<i>PLZ**</i>	Postleitzahl
<i>ort**</i>	Wohnort
<i>Scr*</i>	Screeener:in
<i>Scr_dat*</i>	Datum Screening
<i>J_tel_1**</i>	Primäre Jugendlichen Rufnummer
<i>J_tel_2</i>	Sekundäre Jugendlichen Rufnummer
<i>E_tel_1**</i>	Primäre Bezugsperson Rufnummer
<i>E_tel_2</i>	Sekundäre Bezugsperson Rufnummer
<i>Son_tel</i>	Sonstige Kontaktperson Rufnummer
<i>Son_tel_nna</i>	Sonstige Kontaktperson Nachname
<i>Son_tel_vna</i>	Sonstige Kontaktperson Vorname
<i>J_em</i>	Jugendlichen E-Mail-Adresse
<i>E_em</i>	Primäre Bezugsperson E-Mail-Adresse
<i>Son_em</i>	Sonstige Kontaktperson E-Mail
<i>Son_em_nna</i>	Sonstige Kontaktperson Vorname
<i>Son_em_vna</i>	Sonstige Kontaktperson Nachname
<i>Sorge</i>	Sorgerecht
<i>Scre_dat*</i>	Screening Datum
<i>Scre_em**</i>	Screening E-Mail bzw. Angabe über screening in der Ambulanzdatenbank
<i>Scre_cas</i>	CASCAP-D: „1“= <i>External</i> , „2“= <i>Intrernal</i> ; „3“= <i>Both</i>
<i>Scre_tel*</i>	Telefonisches Screening bzw. Video-Screening
<i>Info_send</i>	Datum, an dem die Studieninformationen per E-Mail und Postalisch versandt wurden
<i>VG</i>	Vorgespräch

VG_dat	Datum Vorgespräch
Audio	Audioaufnahme bei Telefoninterviews gestattet
SA**	Schwerpunktambulanz
EV_dl*	Deadline, zu der die Einverständniserklärung eingegangen sein muss (= „scre_dat“ + 21 Tage)
EV_ot	Einverständniserklärung pünktlich eingegangen? (=spätestens zu „EV_dl“; „1“= Ja; „0“ = Nein)
EV_dat	Datum Einverständniserklärung
Rand_dat	Randomisierungsdatum
BG	Behandlungsgruppe
AL_em_dat	E-Mail an Ambulanzleitung, dass der Fall in OPTIE eingeschlossen wurde bzw. Angabe über Teilnahme an OPTIE in der Ambulanzdatenbank

---

\*Informationen werden dem Screening-Bogen entnommen

\*\*Informationen werden der Ambulanzdatenbank entnommen (siehe „SOP – Screening und Patient:innenverteilung“)

1.3. Parallel zu der Kontrolle des OPTIE-Posteingangs nach Screening-Bögen immer auch das OPTIE E-Mail-Postfach nach neuen Screening-E-Mails prüfen

**1.3.1. ALTE** Vorgehensweise: Screener:innen schreiben eine Screening-E-Mail an die Ambulanzleitung und setzen OPTIE in CC. Der E-Mail kann entnommen werden, ob die Patient:innen alle Einschlusskriterien erfüllt haben

- Neue Screening-E-Mails ausdrucken, an SHKs weitergeben und den Ambulanzbogen ausdrucken lassen
- E-Mails den Papierakten zuordnen; ggf. eine neue Papierakte mit vorläufig erstellten 1) *Screening-Bogen*, 2) *Ambulanzbogen*, 3) *Screening-E-Mail*, 4) *OPTIE-Falldoku 1* anlegen, K\_NUMMER vergeben, in Access anlegen und in Ordner „gescreente Familien“ unter den Reiter „Kontaktieren“ abheften

**1.3.2. NEUE** Vorgehensweise: SHKs prüfen bei Arbeitsantritt in der Ambulanzdatenbank, ob neue Fälle gescreent wurden → „für OPTIE Randomisierung bereit“

- **Wenn ja, dann** den Ambulanzbogen ausdrucken lassen
- neue Papierakte mit vorläufig erstellten 1) *Screening-Bogen*, 2) *Ambulanzbogen*, 3) *Screening-E-Mail*, 4) *OPTIE-Falldoku 1* anlegen, K\_NUMMER vergeben, in Access

cess anlegen und in Ordner „gescreente Familien“ unter den Reiter „Kontaktieren“ abheften

## 2. Kontaktaufnahme mit Familien:

- 2.1. Vorgespräch mit Studienaufklärung führen
- 2.2. Ggf. Termin für Prä-Interview vereinbaren (OPTIE Terminkalender)
- 2.3. E-Mail-Adressen einholen (Eltern und ggf. von Jugendlichen)
- 2.4. Einverständniserklärung (EV) vorab per E-Mail senden lassen mit einer Unterschrift eines Elternteils + Unterschrift Kind, damit randomisiert werden kann → Original muss dennoch per Post versendet werden!

## 3. Eingang Einverständniserklärung (EV):

- 3.1. *Einverständniserklärungen Studienfamilien*: ggf. Drucken (bei digitalem Eingang), Unterschreiben und Stempeln, Eingang auf der *OPTIE-Falldoku 1* und in Access eintragen, *blaue Hängeakte* anlegen und in den entsprechend nummerierten Hängeakten-Kasten nach Chiffre geordnet einsortieren
- 3.2. Randomisieren (Randomisierungstool: *TENALEA*): Geschlecht & Symptomatik (*Int, Ext, Both*) beachten
- 3.3. E-Mail als Antwortmail an Ambulanzleitung über Teilnahme/Nichtteilnahme und ggf. Behandlungsgruppe versenden. E-Mail drucken und in Akte abheften
  - 3.3.1. NEUES Vorgehen: In der Ambulanzdatenbank das Forschungsprojekt hinterlegen (siehe SOP „*SOP – Screening und Patient:innenverteilung*“)
- 3.4. *Einverständniserklärung Studientherapeut:innen*: Randomisieren (Randomisierungstool: *TENALEA*): Geschlecht & Alter ( $\leq 30$ ,  $> 30$ ) beachten und in Excel eintragen; Infomail an Fr. Woitecki

## 4. Verteilung:

- 4.1. E-Mail der Ambulanzleitung zur Verteilung drucken
- 4.2. Weiteres Vorgehen siehe SOP „*SOP\_Passungs\_Mails*“

## 5. Rekrutierung ungeklärte Screening-Fälle

### 5.1. Studieninteresse unklar

- Individuelle Begrüßung mit Vorstellung: *„Sie hatten am.../gestern ein Gespräch mit Frau/Herrn [Screener:in]. Da ging es um Ihren Sohn/Tochter [VORNAME]. Wie Frau/Herr [Screener:in] vielleicht schon angesprochen hat, melde ich mich um Ihnen unser Forschungsprojekt OPTIE vorzustellen, da Sie und Ihr Kind sehr gut in unsere Studie passen würden.“*
- Informationen zu dem Projekt: Großes Projekt: über 300 Familien bereits eingeschlossen (Rekrutierung)
- Vorteile der Teilnahme für die Familie erläutern: *„Wir suchen zurzeit noch viele Studienteilnehmer:innen und können in diesem Rahmen auch den Prozess zum Therapiestart etwas beschleunigen. Ich würde Ihnen das Projekt gerne vorstellen. Haben Sie vielleicht so 5 bis 10 Minuten Zeit für mich? Dann können Sie ganz in Ruhe überlegen ob Sie teilnehmen möchten oder nicht.“*
- Hinweis für die Familie: Wartelisten lang durch Corona, kein Versprechen, aber grundsätzlich an Universität angebunden, forschungsinteressiert, Wartezeit könnte sich verkürzen, genauer Zeitrahmen, normalerweise 3-4 Wochen

#### 5.1.1. Wenn Teilnahmeinteresse ja, dann

- Studieninteresse auf Screening-Bogen auf „ja“ kreuzen
- Studieninfos per Mail schicken
- Studieninfos postalisch zuschicken

### 5.2. Kein Studieninteresse

- Individuelle Begrüßung mit Vorstellung: *„Sie hatten am.../gestern ein Gespräch mit Frau/Herrn [Screener:in]. Da ging es um Ihren Sohn/Tochter [VORNAME]. Dabei wurden Sie auch über das Studienprojekt OPTIE aufgeklärt und hatten angegeben, dass Sie kein Interesse hätten. Ist das richtig?“*

#### 5.2.1. Wenn ja, dann:

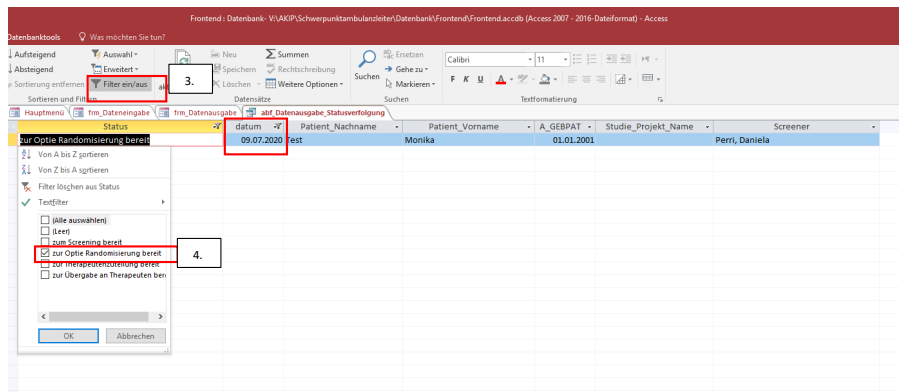
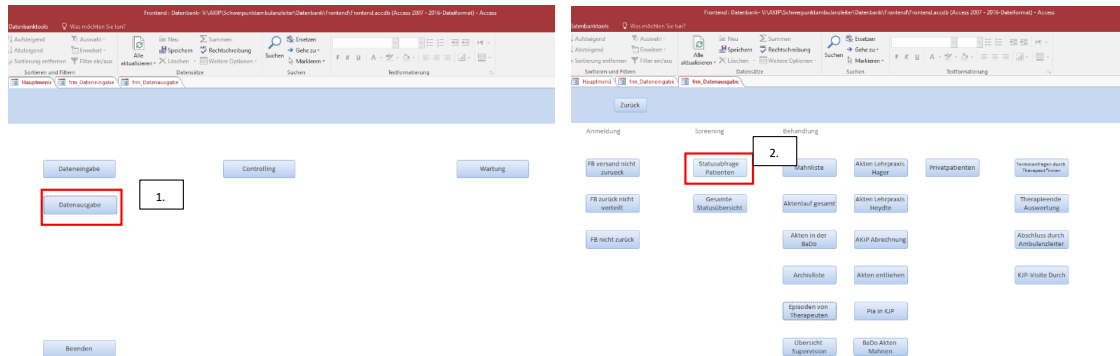
- *„Sie wundern sich wahrscheinlich, warum ich dann nochmal anrufe.“*
- Auf Wartezeiten eingehen: Manchmal kann Prozess durch Studienteilnahme beschleunigt werden
- *„Wir suchen zurzeit noch viele Studienteilnehmer:innen. Darf ich vielleicht einmal nachfragen, was bei Ihnen ausschlaggebend gewesen ist, nicht teilzunehmen?“*
- Gründe anhören, Verständnis vermitteln (Nicht-Teilnahme sollte NICHT stigmatisiert werden!)

- *„Zurzeit dauert es mit der Therapeutenverteilung einige Wochen bis Monate. Diesen Prozess können wir etwas beschleunigen, da wir noch eine Studenttherapeut:innen mit freien Patient:innenkapazitäten haben. Würde das vielleicht etwas an Ihrem Interesse ändern?“*
- weitere Unklarheiten klären
  - 5.2.1.1. Wenn ja dann:**
  - *„Wunderbar. Dann würde ich Ihnen das Projekt gerne vorstellen. Haben Sie 5 bis 10 Minuten Zeit für mich?“* → Studienaufklärung starten
  - 5.2.1.2. Wenn nein dann:**
  - *„Vielen Dank, das ist kein Problem. Ich bedanke ich mich für Ihre Zeit und das freundliche Telefonat und wünsche Ihnen und Ihrem Kind alles Gute.“*

## SOP – Screening und Patient:innenverteilung

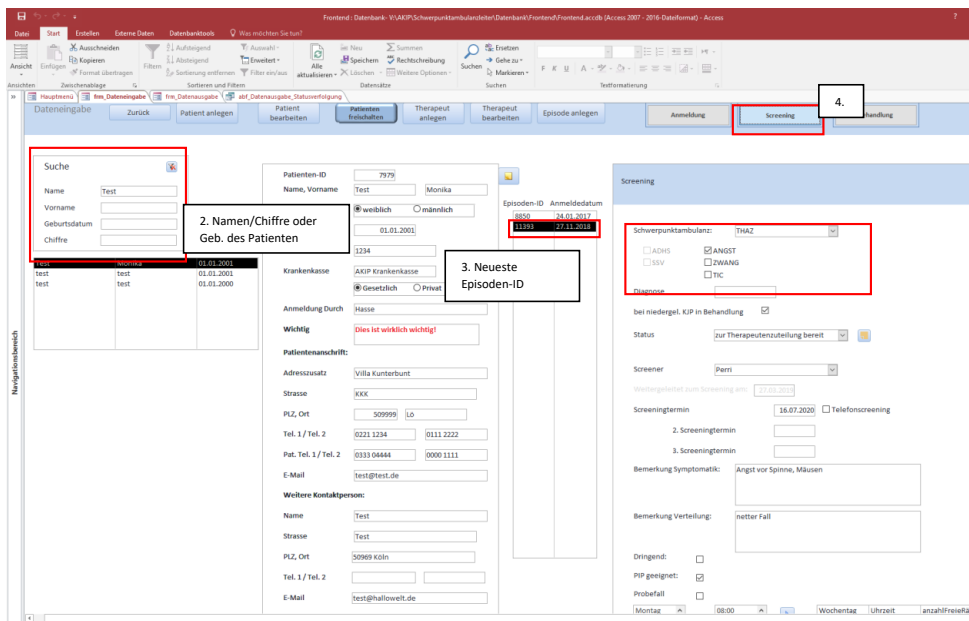
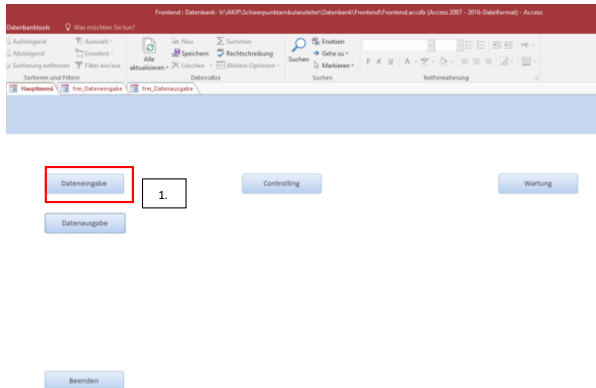
### 1. Screening

- Die Screener:innen geben in Frontend direkt ein, ob die Patient:innen an OPTIE interessiert sind.  
**ACHTUNG: Die Screener:innen E-Mail fällt weg!**
- Folgende Datei öffnen: ["V:\AKIP\Schwerpunktambulanzleiter\Datenbank\Frontend2020"]
- Feld „Datenausgabe“ öffnen → Statusabfrage Patient:innen → Filter aktivieren → „zur OPTIE Randomisierung bereit“ = Fälle, die von OPTIE geprüft werden (21 Tage Frist läuft ab Datum der Dateneingabe)



**2. Schwerpunktambulanz für Diagnostikunterlagen in Access übertragen**

- Folgende Datei öffnen: [V:\AKIP\Schwerpunktambulanzleiter\Datenbank\Frontend]
- Feld „Dateneingabe“ öffnen → Patientennamen/Chiffre oder Geburtsdatum in Feld „Suche“ eingeben → neueste „Episoden-ID“ auswählen → „Screening“ anklicken → Schwerpunktambulanz ablesen



**3. Nach Randomisierung oder Ablehnung der Studienteilnahme**

- Feld „Dateneingabe“ öffnen → neueste „Episoden-ID“ auswählen → Screening → „Teilnahme an Forschungsprojekt“: „keine“ ; „OPTIE-EG“ (Feedback); „OPTIE-KG“ (Routine)

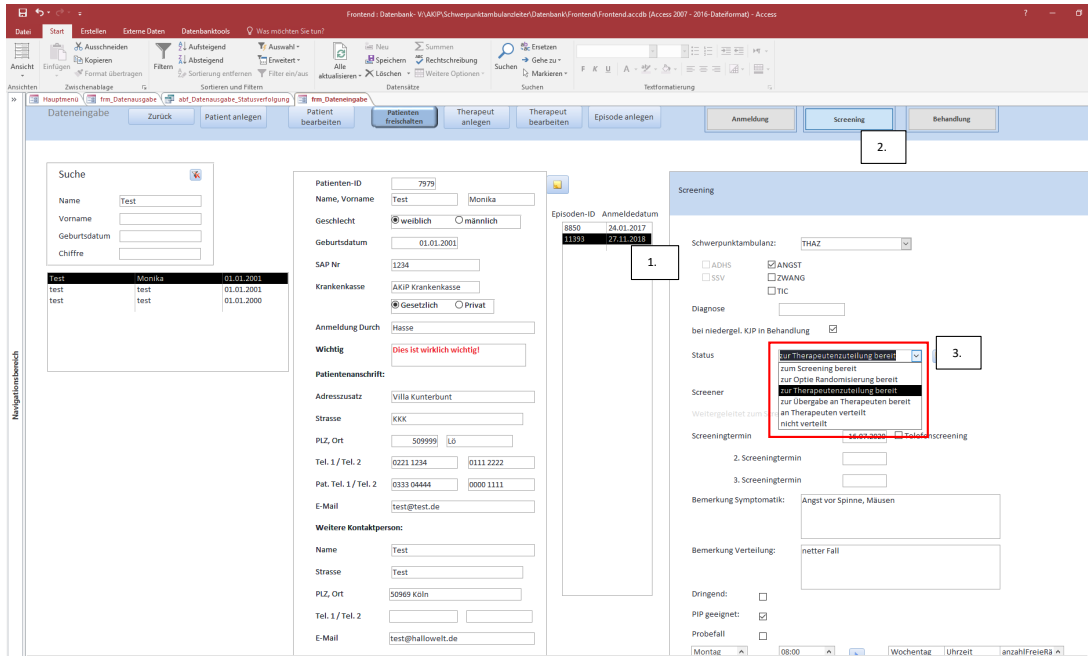
The first screenshot shows the main menu with 'Dateneingabe' highlighted by a red box and labeled '1.'. Below it are buttons for 'Controlling' and 'Wartung'. A 'Beenden' button is also visible.

The second screenshot shows the 'Screening' form. The 'Episoden-ID' field is highlighted with a red box and labeled '2.'. The form includes fields for 'Anmeldedatum', 'Schwerpunktkombi', 'Diagnose', 'Status', 'Screeningtermin', and 'Bemerkung Symptomatik'. A red box labeled '3.' is placed over the 'Screening' button.

The third screenshot shows the 'Patienten-Einschließen' form. The 'Teilnahme an Forschungsprojekt' dropdown menu is highlighted with a red box and labeled '4.'. The dropdown options are 'keine', 'OPTIE-EG', and 'OPTIE-KG'. Below the dropdown, there is a note: '... wird erst entschieden, wenn eine Studie/Projekt der "keine". Ebenfalls muss ein Übergabedatum, ...'.

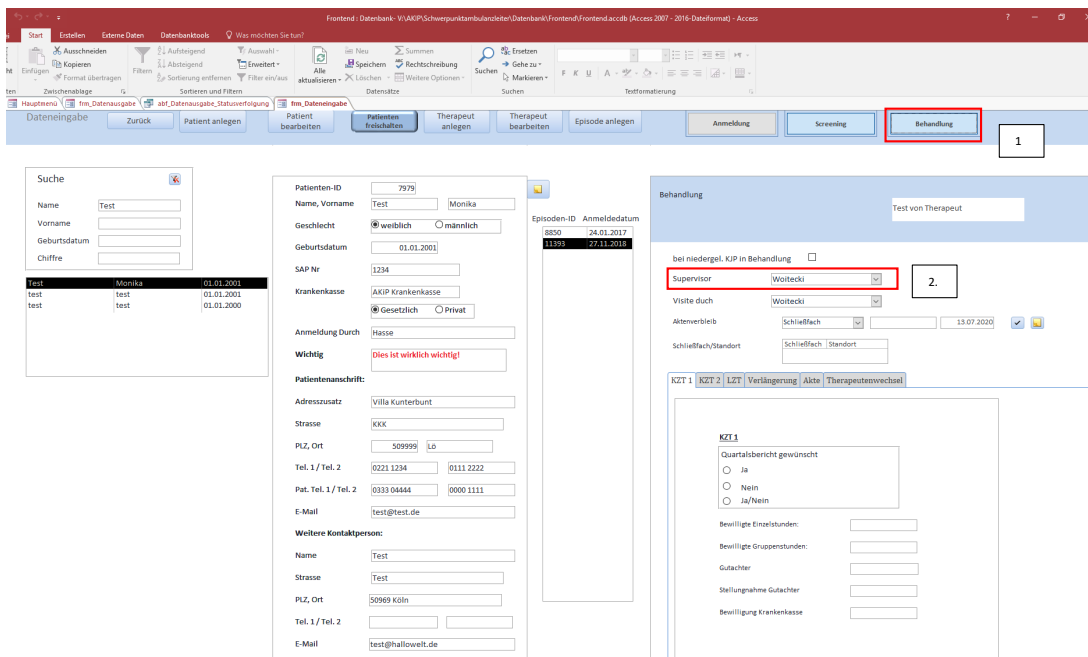


- Feld „Dateneingabe“ öffnen → neueste „Episoden-ID“ auswählen → Screening → Status OPTIE ändern!!!: „Therapeutenzuteilung bereit“  
 → Ohne diesen Schritt kann die Ambulanzleitung die Patient:innen nicht verteilen!!



4. Patient:innenzuteilung

- Es erfolgt weiterhin eine E-Mail mit der Zuordnung „Patient:in – Therapeut:in“
- Feld „Dateneingabe“ öffnen → neueste „Episoden-ID“ auswählen → Behandlung → Supervisor ablesen



### **SOP – Erstgespräch OPTIE-Therapeut:innen**

- Zeitpunkt:** Passung bei erste/r OPTIE-Patient:in
- Modalität:** Routine primär telefonisch, persönlich auch möglich  
Feedback primär persönlich, GoTo-Meeting auch möglich
- Dauer:** Routine: 5-10 Minuten  
Feedback: 30-60 Minuten

**Ziele des Erstgesprächs:** Aufklären über Organisation, d. h. Studienabläufe, Erwartungen und Unterstützungsangebote

### **Routine-Therapeut:innen**

**Instruktion:**

1. Haben Sie vielleicht schon Fragen?
2. OPTIE-Abläufe der Routinegruppe erläutern
  - Diagnostik und Interviews
    - Vor/Zu Beginn der Therapie (Therapeut:in verantwortlich, E-Mail Erinnerung durch OPTIE)
    - Nach 6 Monaten (Therapeut:in verantwortlich, E-Mail Erinnerung durch OPTIE)
    - Nach 12 Monaten bzw. vorheriger Abschluss der Therapie (Therapeut:in verantwortlich, E-Mail Erinnerung durch OPTIE) (ggf. auch Abschluss der Therapie)
  - Therapie-Abschluss und –Abbruch
    - Bitte Info an Studienteam per E-Mail
  - Bei weiterem Bedarf Einladung ins OPTIE-Büro

**Dokumente:**

Allgemeine Studieninformationen

OP\_Fahrplan\_Routine  
Checkliste OPTIE (bei Bedarf)  
Fragebögen OPTIE  
Checkliste

### **Feedback-Therapeuten**

**Instruktion:**

1. Alle o.g. Infos für Routine-Therapeut:innen
2. Ergänzende OPTIE Abläufe der Feedbackgruppe erläutern
  - Online-Befragungen und regelmäßiges telefonisches Monitoring
    - Angaben für die Rückmeldeberichte, deshalb regelmäßig beantworten
    - Voraussichtlicher erster Therapietermin (ungefähr 3 Wochen nach Gespräch)
    - wenn (noch) keine Therapie stattgefunden hat, bitte auch online eintragen (gerne auch an die Familie weitergeben)
    - insgesamt 9 Befragungen i. d. R. alle 6 Wochen (richtet sich nach dem ersten Therapietermin)

**Dokumente:**

Allg. Studieninformationen

OP\_Fahrplan\_Feedback  
Checkliste OPTIE  
Fragebögen OPTIE  
Checkliste  
Kurzeinführung therap.  
Rückmeldesystem  
OP\_04\_FB\_Ther\_3.12  
OP\_04\_FB\_Jugend\_4.11  
OP\_04\_FB\_Eltern\_5.08

- Befragung 1 ist noch vor Therapiebeginn; Zeitpunkt von Befragung 2 und alle Folgebefragungen orientieren sich am geplanten oder tatsächlichen Therapiestart (wird über REDCap erfasst und soll den Therapeut:innen angegeben werden)
  - für Therapeut:innen i. d. R. zwischen 30 Sekunden und 4 Minuten (direkt erledigen)
  - wenn nach 5 Tagen nicht ausgefüllt, erinnern wir per E-Mail
  - bitte IMMER ausfüllen, egal, ob es Therapietermine gegeben hat oder nicht
- ZIEBO-Angaben werden früh gefordert
    - Unterlagen ZIEBO werden versendet
    - Empfehlung: Ziele mit Eltern (ggf. mit Jugendlichen) möglichst früh im Therapieprozess definieren
    - Ca. 8 Wochen nach Therapiestart erste OPTIE-Einzel-Supervision (25 min) und dort dann Zielformulierung schärfen
    - Ziele müssen 8-10 Wochen nach Therapiestart online eintragen werden; erstes Rating von Eltern/Jugendlichen erfolgt 12 Wochen nach Therapiestart
- ZIEBO Manual  
Beispiel Zielabstufungen
- Rückmeldeberichte und wie sie gedacht sind
    - Geht nur an Therapeut:innen, nicht an die Familie
    - Nicht als Leistungskontrolle, sondern als Hilfe gedacht (Orientierung, Gesprächs- und Interventions-Anstoß → dieser sollte mit den Supervisor:innen abgestimmt werden)
    - Grobe Übersicht über den aktuellen Stand und den Therapieverlauf (9 Stück)
    - Rückmeldebericht in die Therapie integrieren; Form der Integration kann in Absprache mit dem/der Supervisor:in frei bestimmt werden
    - Enthält Anweisungen zum Studienverlauf
- Beispiel Rückmeldebericht
- Die 5 OPTIE-Supervisionen und wie sie gedacht sind
    - 5 halbe Sitzungen Einzelsupervision (25 Minuten), die von OPTIE finanziert sind
    - Alle Supervisor:innen nehmen an OPTIE teil
    - Notieren auf Supervisionsnachweis und in Akten, wie bisher üblich
    - Sitzung 1: Besprechung ZIEBO (siehe oben; ca. 8 Wochen nach Therapiestart)
    - Sitzungen 2-4: Alle zwei Rückmeldeberichte (Nr. 3, 5, 7 nach ca. 3, 6, 9 Monaten). Wie hilft der aktuelle Rückmeldebericht dabei, die Therapie auf die Bedürfnisse der Patient:innen abzustimmen?
    - Sitzung 5: Besprechung letzter Rückmeldebericht (Nr. 9 nach ca. 12 Monaten); Reflektion zu Abschluss der OPTIE-Therapie
- Anwesenheitsnachweis  
Einzel

**SOP – Passungs-Mails****Tabelle: tblFam**

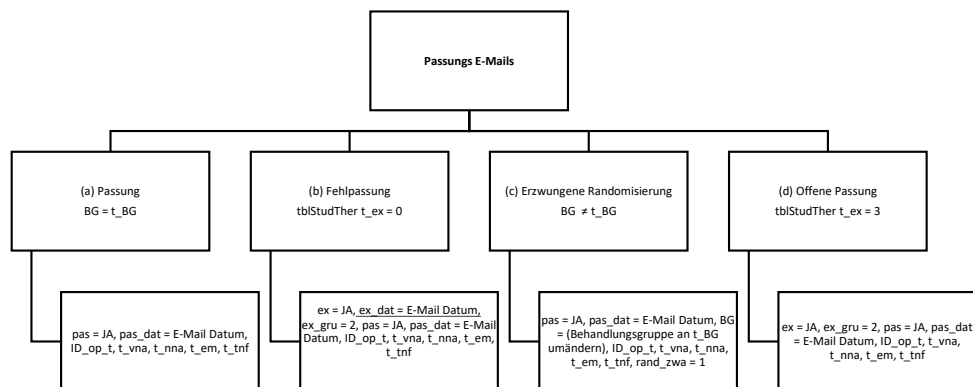
<b>Variablen-Name</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Anmerkungen</b>
<i>BG</i>	Behandlungsgruppe Patient	
<i>pas</i>	Verteilung des Studienpatienten zu einem Studientherapeuten	
<i>pas_dat</i>	Datum E-Mail über Verteilung des Studienpatienten zu einem Therapeuten (nicht zwingend Studientherapeut)	
<i>ID_op_t</i>	ID OPTIE Therapeut	
<i>t_vna</i>	Nachname Therapeut	
<i>t_nna</i>	Vorname Therapeut	
<i>t_ges</i>	Geschlecht Therapeut	
<i>t_em</i>	E-Mail Therapeut	
<i>t_tnf</i>	Teilnahme der Therapeuten	
<i>Ex</i>	Abbruch der Studie	
<i>ex_dat</i>	Datum Abbruch der Studie	
<i>ex_gru</i>	Grund für Abbruch der Studie/ Aktivität eines Patienten	
<i>rand_zwa</i>	Zwangsrandomisierung	

**Tabelle: tblStudTher**

<b>Variablen-Name</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Anmerkungen</b>
<i>t_BG</i>	Behandlungsgruppe Therapeut:in	
<i>t_ex</i>	Teilnahme OPTIE widerrufen	

**Arbeitsschritte**

1. Die Ambulanzleitung sendet eine E-Mail an die behandelnden Therapeut:innen bei Zuteilung zu einem Fall. OPTIE wird in CC gesetzt. Dies ist eine „Passungs-E-Mail“.
2. Passungs-E-Mails, die bearbeitet wurden, werden mit der jeweiligen Mitarbeitendenfarbe (z. B. NG = Pink) zur Nachvollziehbarkeit markiert
3. Passungs-E-Mails können verschieden ausfallen und müssen entsprechend der folgenden Schritte bearbeitet werden:

**a. Passung**

- Die Behandlungsgruppe (=BG) der Patient:innen und der BG der Therapeut:innen stimmen überein
- E-Mail und Anhang ausdrucken und mit der **K\_NUMMER** beschriften
- In Access *pas = JA, pas\_dat = E-Mail Datum, ID\_op\_t, t\_vna, t\_nna, t\_em, t\_tnf = 1* ausfüllen
- Ausdruck der E-Mail in die Akte abheften

**b. Fehlpassung**

- Behandelnde Therapeut:innen nehmen **NICHT** an OPTIE teil und hat dies auch schon ausdrücklich kommuniziert (*tblStudTher: t\_ex = 0*)
- E-Mail und Anhang ausdrucken und mit **K\_NUMMER** beschriften
- In Access *ex = JA, ex\_dat = E-Mail Datum, ex\_gru = 2, pas = JA, pas\_dat = E-Mail Datum, ID\_op\_t, t\_vna, t\_nna, t\_em, t\_tnf = 0* ausfüllen
- Ausdruck der E-Mail in die Akte abheften

**c. Erzwungene Randomisierung**

- BG der Patient:innen stimmen nicht mit der BG der Therapeut:innen überein
- E-Mail und Anhang ausdrucken und mit **K\_NUMMER** beschriften & dazuschreiben, dass es sich um eine erzwungene Randomisierung handelt
- In Access *pas = JA, pas\_dat = E-Mail Datum, BG an Behandlungsgruppe des Therapeuten anpassen, ID\_op\_t, t\_vna, t\_nna, t\_em, t\_tnf = 1* ausfüllen, *rand\_zwa = 1* umstellen
- Antwort E-Mail an Therapeut:in mit Ambulanzleitung und Screener:in in CC: „Die Familie nimmt an OPTIE-**[Routine/Feedback]** teil“
- Ausdruck der E-Mail in die Akte abheften

**d. Offene Passung**

- Behandelnde Therapeut:innen haben sich noch **NICHT dazu geäußert**, an OPTIE teilzunehmen (*tblStudTher: t\_ex = 3*)

- E-Mail und Anhang ausdrucken und mit **K\_NUMMER** beschriften
- In Access *ex* = JA, *ex\_dat* = E-Mail Datum, *ex\_gru* = 2, *pas* = JA, *pas\_dat* = E-Mail Datum, *ID\_op\_t*, *t\_vna*, *t\_nna*, *t\_em*, *t\_tnf* = 9 ausfüllen
- Ausdruck der E-Mail in die Akte abheften
- E-Mail an behandelnde Therapeut:innen versenden und um Kontaktaufnahme bitten → Möglichkeit der Studienteilnahme besteht; folgenden Text verwenden und gelb markierte Stellen entsprechend anpassen:  
„Liebe/r Frau/Herr [Name Therapeut],

die o.g. Patientenfamilie nimmt an der Studie OPTIE teil. Allerdings kann die Intervention nur dann korrekt durchgeführt werden, wenn auch Sie als **behandelnder Therapeut/behandelnde Therapeutin** an der Studie teilnimmt. Da die angegebenen Zeiten der Familie und das Störungsbild gut auf Ihre Wünsche gepasst haben, haben Sie **den Patienten/die Patientin** zugeteilt bekommen.

Gerne würde ich Ihnen das Projekt OPTIE einmal kurz vorstellen, vielleicht haben Sie ja auch Lust, hier mitzuwirken, sodass die Familie die Interventionen erhalten kann :) In der Routine-Gruppe gibt es keinen Mehraufwand für Sie und in der Feedback-Gruppe gibt es sogar finanzielle Vorteile (bis zu 237.50€ pro Fall an Ausbildungskosten reduzieren). Zudem können wir Sie in den Ambulanz-Abläufen unterstützen, da wir auch alle in der Therapeutenausbildung sind :)

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns bei Ihrem nächsten AKiP-Tag im OPTIE-Büro 4.001 besuchen würden und wir Sie für eine Teilnahme gewinnen könnten :)

Liebe Grüße

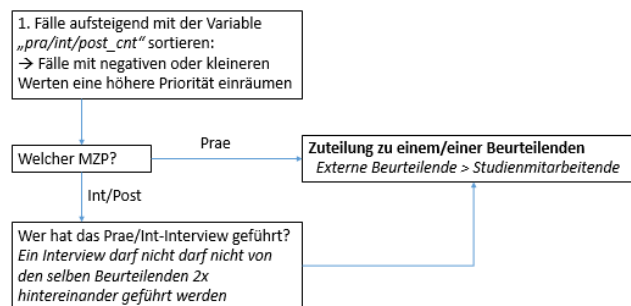
[Name Studienmitarbeiter]“

## SOP – OPTIE Interviewplanung, Durchführung & Dokumentation

### 1. Organisation

#### 1.1. Vereinbarung von Interviewterminen

- Zur Vereinbarung von Interviewterminen sollen die Access-Abfragen „qPraePla“, „qIntPla“ und „qPostPla“ in der *op\_studDat\_Frontend\_Interview* genutzt werden.
- Dort sind alle Fälle enthalten, in denen ein Interview durchgeführt werden soll (auch Familien ohne Passung/Therapieende, die weiter begleitet werden).
- Variablen „prae/int/post\_cnt“ geben an, wie viel Tage regulär noch übrig sind, um das Interview durchzuführen. Negative Zahlen geben an, wie viele Tage der Fall noch in der regulären Zeitspanne ist (z.B. -48 Tage). Der Countdown startet **vier Wochen vor** dem geplanten Messzeitpunkt (-56 Tage) und endet **vier Wochen nach** dem geplanten Messzeitpunkt (0). Das Interview sollte möglichst nah am dem geplanten Messzeitpunkt durchgeführt werden (-28 Tage).
- Wenn die Familien mehrfach nicht zu erreichen sind, dann können bei laufenden Fällen die Therapeut:innen angeschrieben werden und gefragt werden, ob das Studienteam am Anfang der Therapiesitzung einen Termin mit der Familie vereinbaren kann.
- Folgendes Flussdiagramm zeigt die Priorisierung und Zuteilung der Interviews an Beurteilende:



- Im Gespräch mit der Familie die E-Mail-Adresse kontrollieren.
- Die Familie soll bei der Vereinbarung darauf hingewiesen werden, dass die Familie auf Wunsch eine Woche vor dem vereinbarten Termin durch das Studienteam an das Interview erinnert werden kann.

- Nach der Vereinbarung müssen folgende Variablen in der Access-Abfrage „qDokInw“ ausgefüllt werden:

Variablen-Name	Beschreibung
Prae/Int/Post	Datum an dem das Interview stattfinden soll: dd.mm.yyyy
Prae/Int/Post_pla	Status der Interview-Organisation: 1 = "geplant"
Prae/Int/Post_ks_r	Kürzel der Beurteilenden, die das Interview durchführen sollen: 1 = NG; 4 = AR; 5 = TR; 7 = FO, 10=JR

- Zudem wird die Chiffre, die Telefonnummer, der/die Informant:in (z.B KM, KV) und ein Kurzhinweis über den/die Patient:in (Sohn/Tochter) in den Outlook-Termin eingetragen.
- Der/die entsprechende Beurteiler:in muss auch zu dem Outlook-Termin eingeladen werden.

**Ratings**

Update  
senden

An...	<u>Nina Geldermann</u>
Betreff	Interviewspanne NG
Ort	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Beginn	Fr 08.07.2022 <input style="width: 20px;" type="text"/> 09:30
Ende	Fr 08.07.2022 <input style="width: 20px;" type="text"/> 11:00

Chiffre:  
Interviewpartner:in:  
Tel:

- Der Familie im Anschluss den Termin per E-Mail **nach Wunsch** bestätigen.

Liebe **Frau X/Herr Y**,

hiermit bestätigen wir Ihnen Ihren Termin für das **erste/zweite/letzte** telefonische Interview in der Studie OPTIE am:

**dd.mm.yyyy**  
**hh:mm bis ca hh:mm Uhr**

Liebe Grüße  
i.A. Felix Oswald

\_\_\_\_\_  
OPTIE-Signatur



**1.2. Erinnerung der Familien an Interviewtermine**

- Dazu zunächst einmalig versuchen die Familien per Telefon zu erreichen.
- Grundfrage des Gesprächs sollte sein: „*Sie haben am dd.mm.yyyy von hh:mm bis ca hh:mm Uhr einen Termin für ein Telefonisches Interview für unsere Studie ausgemacht. Ist das bei Ihnen noch aktuell oder ist in der Zwischenzeit etwas dazwischengekommen?*“
- Falls die Familie nicht an das Telefon geht, wenn möglich auf den Anrufbeantworter sprechen.
- Sollte die Familien keinen Anrufbeantworter eingeschaltet haben, der Familie eine Erinnerungs-Mail schicken:

Liebe Frau X/Herr Y,

hiermit möchten wir Sie auf das telefonische Interview in der Studie OPTIE am dd.mm.yyyy von hh:mm bis ca hh:mm Uhr aufmerksam machen.

Falls in der Zwischenzeit bei Ihnen etwas dazwischengekommen ist und Sie den Termin nicht mehr wahrnehmen können, würden wir Sie bitten sich telefonisch oder per E-Mail zu melden, sodass wir einen neuen Termin finden können.

Liebe Grüße  
iA Felix Oswald

---

OPTIE-Signatur

Ratings											
 Update senden	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: right;">An...</td> <td><u>Nina Geldermann</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Betreff</td> <td>Interviewspanne NG X111111</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ort</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Beginn</td> <td>Do 23.06.2022  10:00</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ende</td> <td>Do 23.06.2022  11:30</td> </tr> </table>	An...	<u>Nina Geldermann</u>	Betreff	Interviewspanne NG X111111	Ort		Beginn	Do 23.06.2022  10:00	Ende	Do 23.06.2022  11:30
An...	<u>Nina Geldermann</u>										
Betreff	Interviewspanne NG X111111										
Ort											
Beginn	Do 23.06.2022  10:00										
Ende	Do 23.06.2022  11:30										

Chiffre: X111111 (Sohn)  
Tel: 0123 4567891 (KM)

Erinnerung durch FO am 16.06.2022 erfolgt.

## 2. Verblindung

### 2.1. Allgemeines

- Jedes Interview soll möglichst verblindet durchgeführt werden, sodass keine doppelten Ratings notwendig sind.
- Die höchste Priorität hat die Verblindung der **Behandlungsgruppe**. Es soll aber auch der **Messzeitpunkt** verblindet werden.
- Die Interviewenden sind blind gegenüber der Behandlungsgruppe, wenn sie die Gruppe nicht kennen oder falsch zuordnen. Sie gelten als verblindet gegenüber dem Messzeitpunkt, wenn eine Familie an zwei aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten nicht vom gleichen Beurteilendeninterviewt wird und dieser Beurteilenden aktuellen Messzeitpunkt nicht kennt oder falsch zuordnet.
- Konnte ein Interview gegenüber der Behandlungsgruppe nicht verblindet durchgeführt und geratet werden, so wird es von einem anderen Beurteilenden erneut blind geratet.

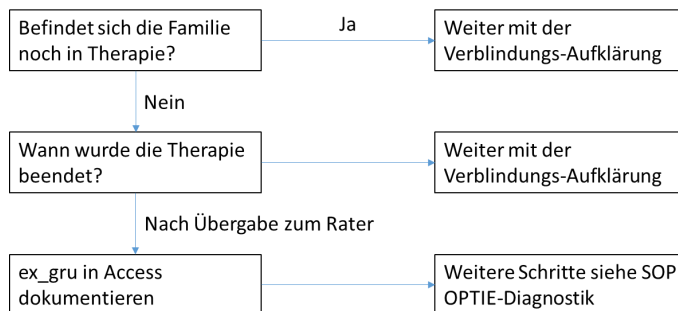
### 2.2. Organisierte Verblindung

Ein Studienmitarbeitender ruft die Familie zum vereinbarten Termin an und instruiert die Familie. Im Anschluss wird die Familie an einen Beurteilenden über die „Übergabe“-Funktion der Telefonanlage weitergeleitet.

- Zunächst abklären, ob es noch aktuell ist, dass die Kontaktperson das Interview führen kann. Manchmal können bspw. Arztbesuche dazwischenkommen.

*„Haben sich spontan Termine ergeben, durch die es Ihnen nicht möglich ist, in der nächsten Stunde das Interview zu führen?“*

- Informationen erfragen, ob die Familie noch in Therapie ist oder diese beendet wurde und wann:



- Der Familie erklären was Verblindung bedeutet:

*„Unsere Interviewende sind verblindet. Das heißt, sie wissen nur sehr wenig über Sie und Ihren Sohn/Ihre Tochter. Die Interviewenden wissen beispielsweise nicht, in welcher Behandlungsgruppe Sie sind, wie lange die Therapie schon andauert (Messzeitpunkt) und ob die Therapie bereits (vorzeitig) beendet ist. Dadurch können die Interviewenden Ihre Angaben unvoreingenommen bewerten.“*

- Die Informationen benennen, die die Familie möglichst nicht erzählen sollte, durch die eine Verblindung nicht mehr sichergestellt wird:

*„Die Interviewenden wissen Ihren Namen nicht. Dies hat den Hintergrund, dass unsere Mitarbeitenden durch Ihren Namen Rückschlüsse ziehen könnten, in welcher Bedingung oder zu an welchem Zeitpunkt in der Therapie Sie sich gerade befinden. Wenn es möglich ist, sagen Sie dem Interviewenden nicht, in welcher Behandlungsgruppe Sie sich befinden, also z.B. ob Sie an einer regelmäßigen Online-Umfrage teilnehmen oder ob Sie bereits so ein Interview durchgeführt haben. Die Fragen des Interviews beziehen sich auf das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten. Versuchen Sie, wenn möglich, nicht zu erzählen, dass beispielsweise etwas besser wurde durch die Therapie.“*

- Allgemeine Informationen zu dem Interview vermitteln:

*„Bei dem Interview geht es darum, dass die Interviewenden einen Eindruck vom Erleben und Verhalten Ihrer Tochter/Ihres Sohnes bekommen. Wir werden nicht danach fragen das Verhalten auf einer Skala einzuschätzen, sondern wollen ein Gefühl für Ihr Kind bekommen. Die Fragen werden sich auf den Zeitraum der letzten 6 Monate beziehen. Außerdem würden wir gerne erfahren, wie Ihr Kind sich in unterschiedlichen Situationen verhält – bspw. in der Schule, zu Hause, beim Spielen mit Freunden, bei Freizeitaktivitäten.“*

- Der/dem Gesprächspartner:in aber auch den Druck nehmen, sodass ein flüssiges Gespräch möglich ist.

*„Machen Sie sich aber bitte keinen Druck oder Gedanken darüber was Sie sagen (dürfen) und was nicht. Wichtiger ist, dass wir einen differenzierten Eindruck bekommen. Falls Sie uns Informationen geben, die die Anonymisierung und Verblindung aufheben, ist das gar nicht schlimm. Wir werden das Interview dann entsprechend unkenntlich machen.“*

### 2.3. Verblindung externe Beurteilende

- Externe Beurteilende, die keine Studienmitarbeitende sind, bekommen 1x pro Woche 5 Interview-Termine vom Studienteam (aktuell JR) zugeteilt.
- Externe Beurteilende erhalten per Mail folgende Informationen: Nachname der Kontaktperson, Chiffre, Telefonnummer und Geschlecht des/der Patient:in
- Daraufhin vereinbaren die externen Beurteilenden die Interview-Termine eigenständig.
- Zu Beginn sollen auch externe Beurteilende die Familie entsprechend instruieren (siehe 2.2). Da externe Beurteilende keine Studienmitarbeitende sind, können sie durch den Familiennamen keine Rückschlüsse auf die Behandlungsgruppe oder den Messzeitpunkt ziehen. Daher wird der Name nicht verblindet.
- Informationen, die eine Verblindung aufheben:
  - Regelmäßiges ausfüllen einer Online-Befragung/Regelmäßiges Feedback zur Therapie
  - Mehrere Therapiestunden haben schon stattgefunden
  - Es wurde bereits ein Interview durchgeführt
- Um eine MZP-Verblindung sicherzustellen, sollen die Informationen zu einer möglichen Beendigung der Therapie (im Unterschied zum Vorgehen bei 2.) im Anschluss erhoben werden.

### 3. Interview-Ausfall

- Sollte die Familie aus bekannten Gründen den Interviewtermin nicht wahrnehmen können, ist folgendes Vorgehen zu beachten:
  1. Zunächst mit der Kontaktperson einen neuen Termin vereinbaren (Dazu ist es notwendig vor dem Interviewstart auf einem Computer eingeloggt zu sein und den Outlook-Kalender geöffnet zu haben). Wenn dies nicht möglich ist, weil bspw. die Mutter keinen Terminkalender zur Hand hatte, vereinbaren Studienmitarbeitende (NG, FO, AL, BE, JR, LV) dann einen neuen Termin.
  2. Den Ersatztermin unbedingt im OPTIE-Kalender eintragen und OPTIE dazu einladen. In jedem Fall eine E-Mail mit Chiffre an AKiP-OPTIE, in der Dokumentiert ist, warum das Interview nicht so wie geplant stattfinden konnte:  
*„X111111 konnte nicht erreicht werden“; „Interview konnte nicht durchgeführt werden, da der Vater einen spontanen Termin hat. Interview wird am ... um ... Uhr nachgeholt.“*

**3.1. Nachträgliche Verblindung durch zweites Rating**

- Interviews, die gegenüber der Behandlungsgruppe (BG) nicht blind durchgeführt worden sind, müssen neu geratet werden
- Der/Die zweite Beurteilende darf nicht derselbe/dieselbe Beurteilende des Interviews sein, das neu bewertet wird
- Wenn in einer Interviewspanne keine Interviews eingebucht worden sind oder ein Termin ausfällt, dann sucht sich die Person eigenständig das nächste Interview aus der Excel Tabelle heraus:

V:\KJP\Forschung\OPTIE-Rate

1. Die 2. Beurteilenden tragen ihr eigenes Kürzel in die Spalte neben das Interview, damit deutlich ist, dass dieses Interview bereits vergeben ist
2. Die 2. Beurteilenden tragen das Datum des Doppelratings in die Excel-Tabelle und legen den Kodierbogen in das Auswertungsfach im OPTIE-Büro
3. Anmerkungen zu den Audiodateien (z.B. unvollständige Aufnahme, undeutlicher Ton, Verraten der Behandlungsgruppe o. MZP) bitte in der Excel Tabelle notieren. Dabei möglichst präzise Angaben machen: z.B. „Tonaufnahme von 03:14-07:46 unverständlich“

	A	B	C	D	E
1	chi	1. Rater	2. Rater	Datum	Anmerkungen
2	C090305	NG	FO	25.06.2020	vollständig
3	W130613-1	NG	TR	30.06.2020	Items 20-24 fehlen
4	W130613-2	NG			
5	K290708	NG			
6	S200713	NG			

#### 4. Dokumentation

##### 4.1. Allgemeine Dokumentation

- Zur Dokumentation der durchgeführten Interviews steht die Access-Abfrage „qDokInw“ zur Verfügung.
- Folgende Variablen müssen dabei dokumentiert werden:

Variablen-Name	Beschreibung
Prae/Int/Post	Datum an dem das Interview stattgefunden hat: <i>dd.mm.yyyy</i>
Prae/Int/Post_pla	Status der Interview-Organisation: <i>0 = "Nicht geplant"; 1 = "geplant"; 2 = "durchgeführt"; 3 = „nicht durchgeführt“; 9 = "unbekannt"</i>
Prae/Int/Post_audio	Gibt es eine Audio Aufnahme des Prä-Interviews? <i>0 = "nein"; 1 = "ja"; 2 = "ja, aber fehlerhaft"; 9 = "nicht relevant"</i>
Prae/Int/Post_ks_r	Kürzel der Beurteilenden: <i>1 = NG; 4 = AR; 5 = TR; 7 = FO; 10=JR</i>
Prae/Int/Post_urt	Informant:in des Interviews <i>1="leibliche Mutter"; 2= „Stiefmutter“; 3= „Adoptivmutter“; 4= „Pfleagemutter“; 5= „Großmutter“; 6= „Verwandte“; 7= „Bezugsbetruerin“; 11= „leiblicher Vater“; 12= „Stiefvater“; 13= „Adoptivvater“; 14= „Pflegevater“; 15= „Großvater“; 16= „Verwandter“; 17= „Bezugsbetreuer“; 20= „Patient:in“; 88= Sonstige Bezugsperson“</i>
Prae/Int/Post_copy	Datum, an dem eine Kopie des Interview an die zuständigen Therapeut:innen übergeben wurde: <i>dd.mm.yyyy</i>
Prae/Int/Post_bli_bg	Ist das Interview gegenüber der Behandlungsgruppe verblindet? <i>0 = „Nein“; 1 = „Ja“; 8 = „Es existiert kein Interview“; 9 = „Noch nicht geprüft“</i>
Prae/Int/Post_bli_mzp	Ist das Interview gegenüber dem MZP verblindet? <i>0 = „Nein“; 1 = „Ja“; 8 = „Es existiert kein Interview“; 9 = „Noch nicht geprüft“</i>
Prae/int/post_dr_pla	Status der Organisation des Doppelten Ratings: <i>0 = „Nicht notwendig“ (In den Fällen, in denen die BG verblindet ist)</i> <i>1 = „Notwendig, noch nicht geratet“ (In den Fällen, in denen die BG <u>nicht</u> verblindet ist)</i> <i>[2 = „Doppelt geratet“; 9 = „Offen“] → idR nicht zu kodieren</i>

#### 4.2. Dokumentation der Verblindung

- Ob und in welcher Form ein verblindetes Rating stattgefunden hat, soll auf dem Kodierbogen dokumentiert werden.
- Hierzu sollen folgende Frage auf dem Bogen ergänzt werden:

In welcher Behandlungsgruppe befindet sich die Familie?

- Weiß ich nicht
- OPTIE-Feedback
- OPTIE-Routine

Ist der Hinweis zur Behandlungsgruppe auf der Audiodatei zu hören:  Ja  Nein

Um welchen Messzeitpunkt handelt es sich?

- Weiß ich nicht
- Prämessung
- Zwischenmessung
- Postmessung

Ist der Hinweis zum Messzeitpunkt auf der Audiodatei zu hören:  Ja  Nein

#### Zusätzliche Informationen (Bestenfalls nach dem Interview erfragen)

Ist die Therapie vorzeitig beendet worden?

- Weiß ich nicht/nicht abgefragt
- Ja
- Nein

Bei „Ja“: Wann wurde die Therapie beendet? \_\_\_\_\_

- Zudem erfolgt die Dokumentation über folgende Variablen in „qDokInw“:
  - *Prae/int/post\_bli\_bg*: Behandlungsgruppe verblindet? – Ja/Nein/noch nicht geprüft
  - *Prae/int/post\_bli\_mzp*: Messzeitpunkt verblindet? – Ja/Nein/noch nicht geprüft
  - *Prae/int/post\_dr\_pla*: Doppelrating notwendig? - notwendig/nicht notwendig/ bereits erfolgt



### 4.3. Audio-Dateien

#### Interviewdokumentation (Durch die Interviewenden auszufüllen)

Existiert eine Audio-Aufnahme des Interviews?

- o Ja → Weiter mit Schritt 1
- o Ja, aber fehlerhaft (bspw. Interviewpartner nur schwer verständlich, da Telefon zu leise oder Audio unterbrochen, da Batterien während des Interviews leer) → Weiter mit Schritt 1
- o Nein → Weiter mit Schritt 2

#### 4.3.1. Abspeichern der Interview-Aufnahme im Ordner:

V:\KJP\Forschung\OPTIE\_rate

- Jede Familie hat dort einen eigenen Ordner, benannt nach der jeweiligen Chiffre (=„Familienordner“). Existiert kein entsprechender Ordner, muss ein neuer mit der Chiffre erstellt werden (bspw. wenn es sich um ein Prae-Interview handelt). Im jeweiligen Ordner die Audio-Datei unter folgender Nomenklatur abspeichern:
- „A00000\_Int\_TX[\_Teil1]“ (A00000=Chiffre; TX=Messzeitpunkt [Prae=T1, Int=T2, Post=T3]; Teil1=Zusatzangabe, wenn bspw. die Audioaufnahme unterbrochen wurde und das Gesamtinterview somit aus zwei Teilen besteht)
- Sollte keine Audioaufnahme existieren, im Familienordner (Siehe 1.) ein Word-Dokument abspeichern, in dem vermerkt wird, dass keine Aufnahme existiert und warum. Benennung des Dokuments in gleicher Nomenklatur wie in Schritt 1.
- Rückgabe der Interviewnotizen und des ausgefüllten Kodierbogens über das OPTIE-Postfach oder als PDF per E-Mail an [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de).
- Ist das Interview in der OPTIE-Ordnerstruktur abgespeichert, die original Aufnahme vom Audio-Gerät löschen.
- Im Zuge der Dokumentation kontrolliert ein/e Studienmitarbeitende die Qualität und Vollständigkeit der Audioaufnahme und vermerkt Abweichungen in der Access-Datenbank („qDokInw“ unter Prae/Int/Post\_audio) und dem Kodierbogen.

**4.4. Kopie für Therapeut:innen**

- Der Kodierbogen, sowie die Interviewnotizen werden für die zuständigen Therapeut:innen kopiert.
- Dazu wird auch ein Anschreiben (Serienbrief) ausgedruckt. Diese ist in folgendem Ordner zu finden: *V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\06 Interview\Interviewratings.*

- Für jeden Messzeitpunkt gibt es ein eigenes Dokument:

*Prae = Ans\_Ther\_T1                      Int = Ans\_Ther\_T2                      Post = Ans\_Ther\_T3*

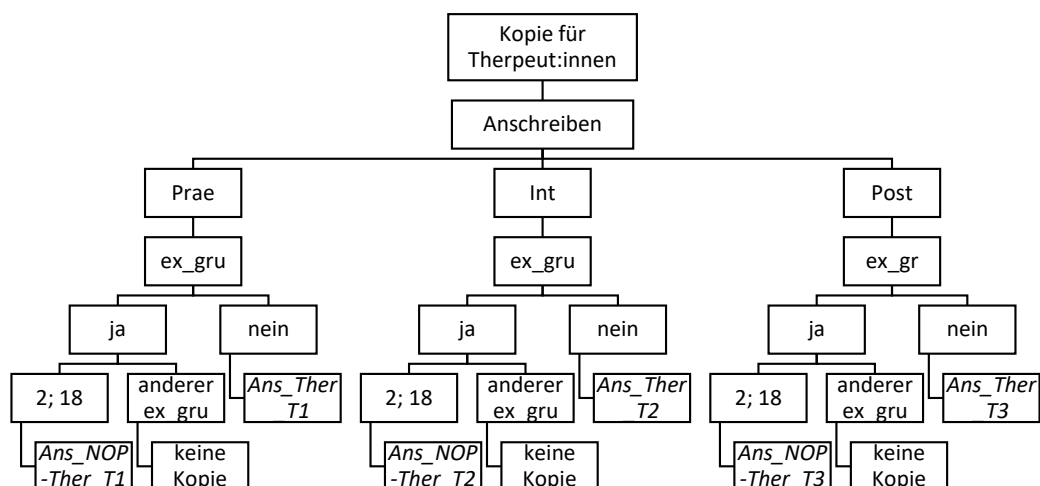
- Sollte das Anschreiben keine Adressat:innen haben, muss geprüft werden, ob noch keine Passung vorliegt oder ob die Familie an eine/n AKiP-Routine-Therapeut:in übergeben wurde.

- Liegt noch keine Passung vor, werden die Kopien (ohne Anschreiben) im Auswertungs-Fach in Schrank 4s gelagert.

- Wurde die Familie an eine/n AKiP-Routine-Therapeuten:in übergeben, im E-Mail Postfach den Namen des/der zuständigen Therapeuten:in herausfinden und das Anschreiben für Nicht-OPTIE-Therapeut:innen ausfüllen und ausdrucken. Dieses ist auch im „.../Interviewratings“-Ordner zu finden:

*Prae = Ans\_NOP-Ther\_T1                      Int = Ans\_NOP-Ther\_T2                      Post = Ans\_NOP-Ther\_T3*

- Einmal pro Woche muss das Fach mit den Kopien der Ratings überprüft werden, ob bereits eine Passung vorliegt. Ist dies der Fall, das entsprechende Anschreiben ausdrucken.



#### 4.5 Daten in SPSS eintragen

V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\06 Interview\OP\_Inw\_Data\_Version\_12

Variable	Beschreibung	Mögliche Werte
OP_ID	K_ddmmyy	
MZP	Messzeitpunkt	1= „Prae“; 2= „Int“; 3= „Post“
DR	Doppelrating	1= „Ja“; 0= „Nein“
I1-24	Symptom and Functioning Severity Scale Interviewversion (SFSS-I) items 1-24	0= „nicht vorhanden“; 1= „leicht ausgeprägt“; 2= „deutlich ausgeprägt“; 3= „sehr stark ausgeprägt“; 9= „fehlt“
CGI	Vorhanden?	1= „ja, vorhanden“
CGI_globalbeurteilung	Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung	0-9
CGI_symptomatik	Nicht mehr relevant für OPTIE	9= fehlt
CGI_gesamtsituation	Nicht mehr relevant für OPTIE	9= fehlt
Datum	Durchführungsdatum	tt.mm.jjjj
Rater	Nummer der Beurteilenden	1= „NG“; 4= „AR“; 5= „TR“; 7= „FO“; 10= „JR“
Dauer	Zeitangabe in Sekunden	ssss

### **SOP – OPTIE Inter-Rater-Reliabilität (IRR)**

#### **1. Vorbereitung**

- Für die Berechnung der Inter-Rater-Reliabilität der neu entwickelten *Symptoms and Functioning severity Scale – Interviewversion* werden bereits durchgeführte Interviews erneut beurteilt.
- Dazu werden 65 Interviews des Messzeitpunktes T1 erneut verblindet geratet. Dabei ist das Ziel, eine möglichst hohe Interraterübereinstimmung zu erzielen.
- Die 65 Interviews werden zufällig gezogen und der Reihe nach geratet (*V:\KJP\Forschung\OPTIE\Mitarbeiter\Jana Rausch\IRR-Interviews\Übersichtsdokument\_IRR*). Es werden fünf Interviews pro Woche geratet.

#### **2. Durchführung**

- Folgende Regeln sind beim IRR zu beachten:
  1. Die Interrater sind klinische Urteiler (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Ausbildung).
  2. Die Interviews werden anhand der deutschen Interviewfassung des „SPSS-I“ beurteilt (*V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\06 Interview\SFSS\_Int23ng*).
  3. Unverständliche Tonabschnitte (z. B. Rauschen auf der Tonaufnahme) oder falsch erfragte Items (z.B. bei Selbstwert nach Auslachen gefragt), die ein Urteil nicht machen lassen, werden mit einer „9“ codiert. Dies sollte nur in Ausnahmefällen codiert werden.
  4. Die Urteiler bewerten die Ausprägung des jeweiligen Items anhand der 1) Symptomintensität und der 2) Häufigkeit des Auftretens in Kombination. Dabei wird ein altersentsprechendes Verhalten der klinischen Urteiler berücksichtigt. Schwanken die Urteiler in seiner Bewertung, so wird die Häufigkeit stärker gewichtet.
  5. Kommentare der Originalrater, wie „das ist ja alterstypisch“, „das ist ja normal“ dürfen das Urteil der Inter-Rater nicht beeinflussen.

#### **3. Dokumentation**

- Für die Dokumentation werden die folgenden Dokumente verwendet:
  1. *V:\KJP\Forschung\OPTIE\Mitarbeiter\Nina Geldermann\Interviews\IRR-Schulung\Interview\_Notizbogen\_IRR\_Formular*
  2. *V:\KJP\Forschung\OPTIE\Mitarbeiter\Nina Geldermann\Interviews\IRR-Schulung\OPTIE-SFSS\_Kodierbogen\_IRR\_Formular.ng*
  3. *V:\KJP\Forschung\OPTIE\Mitarbeiter\Nina Geldermann\Interviews\IRR-Schulung\CGIcheck\_rate01\_IRR*
- Für die Dokumentation siehe *SOP\_Interview\_07: 4.5 Daten in SPSS eintragen*

**SOP – OPTIE-Visite****Abfrage: qVISPla (Frontend Rekrutierung)**

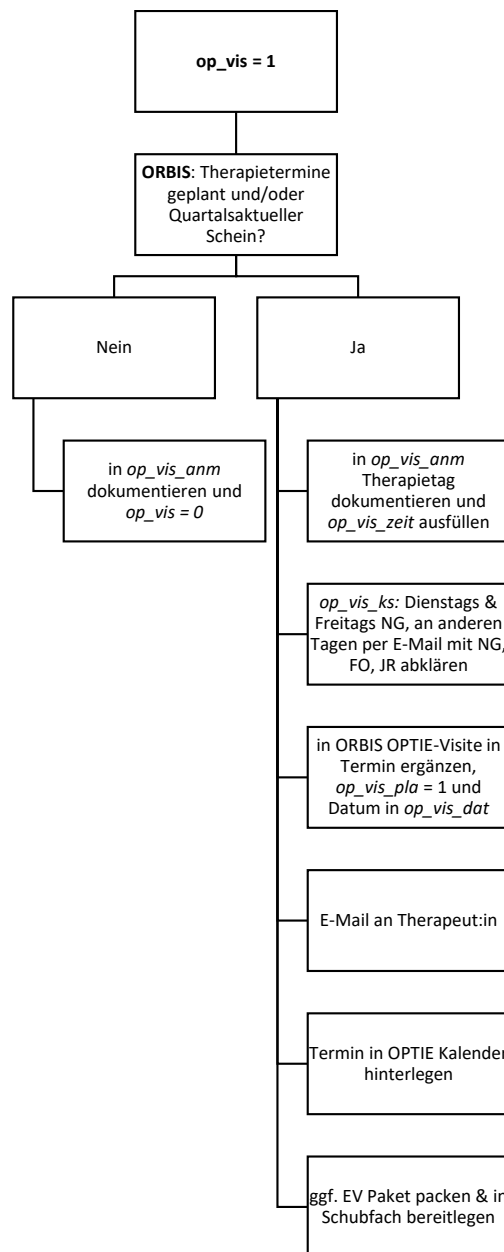
Variablen-Name	Beschreibung
ID_op	OPTIE-ID
chi	Chiffre
J_vna	Vorname Patient:in
J_nna	Nachname Patient:in
t_vna	Vorname Therapeut:in
t_nna	Nachname Therapeut:in
Op_vis_anm	OPTIE Visite Anmerkung/Grund der Visite (z. B. Therapatietag, Interviewplanung)
Op_vis_pla	OPTIE Visite Planungsstatus
Op_vis_dat	OPTIE Visite Datum
Op_vis_zeit	Therapieuhrzeit
Op_vis_ks	Kürzel des/der Mitarbeitenden, der/die die Visite durchführt
Op_vis*	1 = OPTIE Visite kann durchgeführt werden (Therapie läuft noch) 0 = OPTIE Visite kann nicht durchgeführt werden (Therapie ist schon beendet worden)

\*Die Variable *op\_vis* wird in den Monitorings zu *qMonEV* (Frontend Rekrutierung) durch NG auf 1= „Ja“ und in *qIntPla* und *qPostPla* (Frontend Interview) von JR auf 1= „Ja“ gestellt. In der Abfrage „*qVisPla*“ unter der Variable „*op\_vis\_anm*“ wird kommentiert, ob es um die Planung eines Interviews oder eine Korrektur der EV geht.

**1. Organisation der Visite**

**1.1. Planung OPTIE Visite:**

Eine OPTIE-Visite wird immer dann geplant, wenn die Studienfamilie nach mehrfachen telefonischen oder schriftlichen Kontaktversuchen nicht erreicht werden konnte. Dies ist vor allem bei der Projektorganisation (Korrektur von Studiendokumenten) und Durchführung von Messzeitpunkten (Interview) relevant.



**1.2. ORBIS Patientensuche, Scheingültigkeit & Terminplanung**

- Erscheint eine neue Familie in der Abfrage „qVisPla“, so muss zunächst geprüft werden, ob mit der Familie weiterhin Therapietermine geplant sind.
- Dazu muss man sich von NG, FO oder JR in Orbis einloggen lassen und die folgenden Schritte durchführen:

Patient:innenname in das Suchfeld eingeben

Patient:in auswählen

Richtigen Schein = HSA-AUSBIL und Scheingültigkeit des aktuellen Quartals/letzten Quartals

Links öffnet sich das Feld Termine, diesen mit einem Doppelklick auswählen

Dann sind alle noch offenen Termine einsehbar, Therapietag & Therapieraum

- Die Informationen zu den Therapieterminen werden in *op\_vis\_anm* und *op\_vis\_zeit* übertragen.

### 1.3. Zuteilung OPTIE Visite

- Die Variable „*op\_vis\_ks*“ gibt an, welche/r Mitarbeitende die OPTIE-Visite übernimmt. Die Verfügbarkeit ergibt sich grundsätzlich aus den Arbeitszeiten vor Ort. Visiten werden dienstags und freitags immer an (NG) verteilt. An anderen Tagen (insbesondere den Tagen, an denen keine OPTIE-Mitarbeitende arbeiten) wird eine E-Mail an (NG), (FO) und (JR) adressiert abgeschickt mit der Frage, wer die OPTIE Visite durchführen kann.
- Sobald feststeht, welche/r Mitarbeitende die OPTIE-Visite übernimmt, wird in „*qVisPla*“ die Variable „*op\_vis\_ks*“ entsprechend umgestellt werden.

### 1.4. Termin in Access anlegen & Termin in Orbis eintragen

- Die Variable „*op\_vis\_pla*“ wird von 0 auf 1 umgestellt und das Datum der geplanten OPTIE-Visite in die Variable „*op\_vis\_dat*“ eingetragen.
- In Orbis kann die OPTIE-Visite als Anmerkung zum bestehenden Therapietermin angefügt werden. Hierfür bitte den Termin nach Anleitung aus 2.1 öffnen und die Bemerkung „OPTIE Visite“ einfügen und speichern.

### 1.5. Eintragen der OPTIE Visite in Outlook

- Sobald feststeht, wer die die OPTIE-Visite übernehmen kann, wird der Termin der Visite in Outlook im Kalender als OPTIE-Visite mit dem Kürzel des/der Mitarbeitenden eingetragen und der/die Mitarbeitende als Teilnehmer eingefügt.
- In das Textfeld des Termins müssen folgende Informationen aus „*qMonEV*“ und Orbis hinterlegt werden: Chiffre, benötigte EV' s (KM, KV, Patient:in) bzw. Ansprechpartner:in für das ausstehende Interview, Name des/der Therapeut:in, Nummer des Raums in dem der Therapietermin stattfindet.
- Zusätzlich wird der Termin mit einer roten Markierung hinterlegt: Im Terminfeld in Outlook unter „Kategorisieren“ das rote Banner für die OPTIE-Visite anklicken.

### 1.6. E-Mail Therapeut:innen

- Nach der internen Planung eines Visiten-Termins wird der/die zuständige Therapeut:in per E-Mail kontaktiert. Bitte hierfür den vorbereiteten Serienbrief für die Therapeut:innen verwenden (V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\02 Teilnahme Familien\Einverständniserklärung\Visite). Unter Angabe der OPTIE-ID wird der/die zuständige Therapeut:in automatisch eingefügt. Das erstellte Dokument wird kopiert und über die rechte Maustaste (nicht die STRGv) wieder eingefügt. Die E-Mail-Adresse und der Betreff sind Teil des Serienbriefs und werden in die entsprechenden Felder eingetragen.



- ➔ Sollte der/die Therapeut:in einer OPTIE-Visite nicht zustimmen, bitte (NG) kontaktieren und alternative Lösung absprechen
- ➔ Rückfragen der Therapeut:innen bitte mit Festangestellten bzw. falls möglich mit (NG) besprechen

#### 1.7. EV Paket packen & in Schubfach bereitlegen

- Im *Frontend Rekrutierung* in der Abfrage „qMonEV“ wird geprüft, welche EV's korrigiert werden müssen und ein EV-Paket mit allen benötigten EV Dokumenten für die Visite vorbereitet.
- Bei einer nachträglich korrigierten EV müssen alle betreffenden Personen zusätzlich formlos schriftlich auf dem Dokument bestätigen, dass sie vom Zeitpunkt des Studienantritts an mit der Studienteilnahme einverstanden waren. Deshalb wird das Dokument mit einem Post-It versehen mit dem Hinweis: „Bitte den Zusatzsatz berücksichtigen: „Hiermit bestätige, dass ich mit der Teilnahme an der Studie OPTIE zum \*Datum einfügen\* einverstanden war.“, Vielen Dank!“
- Die EV mit Post-It wird in eine Aktenhülle und einen Umschlag gepackt. Dieser soll **nicht den Umschlag verschlossen werden**.
- Da der Termin wahrscheinlich nicht direkt stattfindet, wird der Umschlag mit einem Post-It beklebt, auf dem der Name, das Datum und die Raumbezeichnung steht und in das Schubfach „OPTIE-Visite“ im Hauptbüro hinterlegt. So kann der/die Mitarbeitende, der die Visite durchführt, sich den zugehörigen Umschlag entnehmen.

### SOP – Monitoring Diagnostik

#### Allgemeines

Abfrage „qMonDiag“

Variablen-Name	Beschreibung	Anmerkungen
Ex-gru, ex_dat	Ex-Grund und Datum des Ex-Grunds  Ex_gru=2 ,8; 15 und 18 ist OPTIE Hauptsächlich verantwortlich für Diagnostik	
E_dia_ka	Bei ex_gu Teilnahme Status: über Redcap oder Diamon	
BG	Behandlungsgruppe 1= „Feedback“; 2= „Routine“	
Prae_/ Int_/ Post_dia_dat	Datum „dd.mm.yyyy“, an dem die Diagnostikunterlagen weggeschickt wurden/ Erinnerungsmail an Therapeut:in	
Prae_/ Int_/ Post_dia_send_out	Wurde die OPTIE Diagnostik an die Familie geschickt? 0 = „Nein“, 1 = „Ja – per Post“, 2 = „ja, Erinnerungsmail“	Standardwert: 0 = „Nein“
Prae_/ Int_/ Post_stat_mon_diag	Status des Monitorings zu den Diagnostikunterlagen: „Status OK“, „OP-Diagnostik verschicken“, „Therapeut:in an Int-/ Post-Diagnostik erinnern“ (per Mail)	Diese Variable wird über Bedingungen erzeugt (nicht- veränderbar)
Prae_/ Int_/ Post_dia_vol	Ist die Diagnostik vollständig bei DIAMON eingegeben?  0 = „Nein“, 1 = „Ja“, 2 = „1. Erinnerung“, 3 = „2. Erinnerung“, 4 = „3. Erinnerung“, 5 = „1. nicht erreicht“, 6 = „2. nicht erreicht“, 7 = „3. nicht erreicht“, 8 = „Nicht notwendig“, 9 = „Unbekannt“	
Prae_/ Int_/ Post_stat_diag_vol	Status des Monitorings ob Diagnostik vollständig bei DIAMON eingegeben:  „Status Ok“, „Monitoring DIAMON/RedCap“, „Therapeut:in erneut erinnern“, „Familie erneut erinnern“	

**1. Ablauf**

**1.1. Monitoring Diagnostik verschicken**

**1.1.1. Diagnostik an Familien Verschicken**

**!Vor dem Verschicken der Diagnostik/ Erinnerungsmail, Einträge bei DIAMON kontrollieren!**

**Link:** <https://akip-diagnostik.uk-koeln.de>

1. In der Abfrage: „qMonDiag“ die Variable „ID\_op“ bis „j\_nna“ fixieren (rechte Maustaste; Felder fixieren)
2. In der Abfrage: „qMonDiag“ die Variable „prae/int/post\_stat\_mon\_dia“ durch die Filter-Option, die Fälle ausblenden lassen, bei denen der „Status OK“ ist.
3. Wenn bei „prae/int/post\_stat\_mon\_dia“ der Status „OP Diagnostik verschicken“ angezeigt wird, dann das Anschreiben „OP\_Diag\_Ansch\_Fam\_Prae/Int/Post“ nutzen.

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\03 Diagnostikunterlagen\Monitoring“

4. Das ausgedruckte Anschreiben unterschreiben und mit den Fragebögen verschicken, die in der Datei angezeigt werden. Diese können durch die folgenden Tabellen kontrolliert werden.

**! Änderung 25.01.2021: Dritte Seite beachten → Falls hier ersichtlich, Therapeut:innen CGI (&FBB) mit Hilfe des Anschreibens ins Fach im Postraum legen.**

5. Nach verschicken, das entsprechende Datum in der Variable „Prae\_ / Int\_ / Post\_dia\_dat“ eintragen, sowie die Variable „Prae\_ / Int\_ / Post\_dia\_send\_out“ auf „-1 = Ja, per Post verschickt“ stellen.

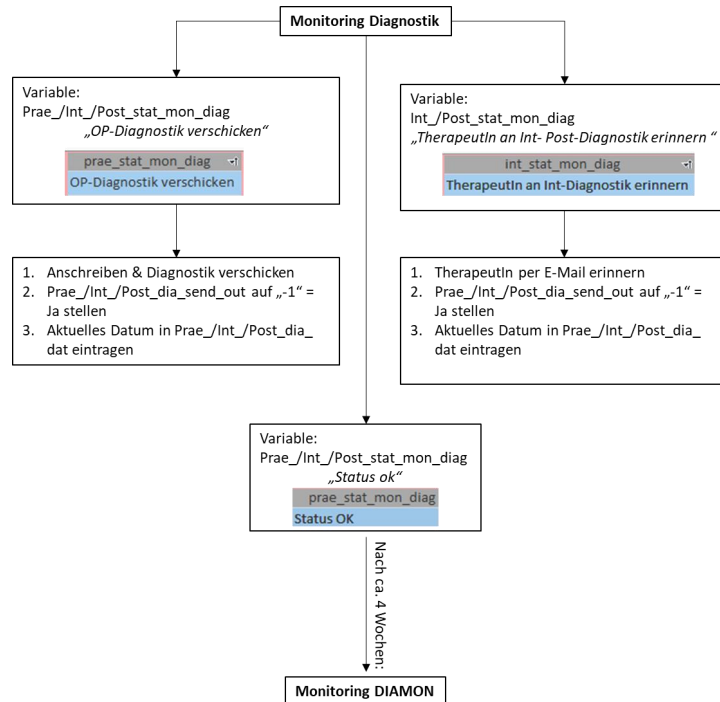
<b>Bado Messzeitpunkt</b>	<b>OPTIE Messzeitpunkte</b>
Eingangsdagnostik (am Anfang der Therapie)	Prä Diagnostik
ZMP1 (nach 6 Monaten nach Bado Datum)	Int Diagnostik
ZMP2 (nach 12 Monaten nach Bado Datum)	Post Diagnostik
Abschlussdiagnostik (kann jeder Zeit erfolgen)	Kann sowohl auf Int oder Post fallen(± 8 Wochen berücksichtigen)

Zuständigkeit der Diagnostik					
Abkürzung	Name	OPTIE			
		Messzeitpunkte	Prae	Int	Post
<b>Farbkodierung</b>		OPTIE/ OPTIE Therapeut:innen = Therapeut:innen sind zuständig, wenn Therapie noch stattfindet= Indirekte Erhebung			
<b>Eltern/ Bezugspersonen</b>	KIDSCREEN	KIDSCREEN-10 Index	X	X	X
	TES-E	Therapieerwartungsskala, deutsche Erstübersetzung Treatment Outcome Expectations Scale	X		
	CBCL/6-18R	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Child Behavior CheckList)	X		X
	FBB-Screen	Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen	X	X	X
	FBB-E**	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung***			X
	BPM-Y/6-18	Brief Problem Monitor <i>Nur für die Routinegruppe</i>		X	
<b>Jugendliche (ab 11 Jahre)</b>	KIDSCREEN	KIDSCREEN-10 Index	X	X	X
	TES-J	Therapieerwartungsskala, deutsche Erstübersetzung Treatment Outcome Expectations Scale	X		
	YSR/6-18R	Fragebogen für Jugendliche	X		X
	SBB-Screen	Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen	X	X	X
	FBB-P**	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung***			X
	BPM-Y/6-18	Brief Problem Monitor <i>Nur für die Routinegruppe</i>		X	
<b>Therapeut:innen</b>	CGI***	Clinical Global Impression Scale	X	X	X
	FBB-T***	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung			X
<b>Lehrer:innen</b>	TRF/6-18R*	Lehrkräftefragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen	X		X
*entfällt, wenn Familie Kontaktaufnahme nicht wünscht (siehe EV oder Variable LF)					
** entfällt, bei exgru = 8, 15, 18 wenn der Bogen schon bei der Abschlussdiagnostik ausgefüllt worden ist					
*** *entfällt, bei frühzeitigen Therapieende (ex= 8, 15)					

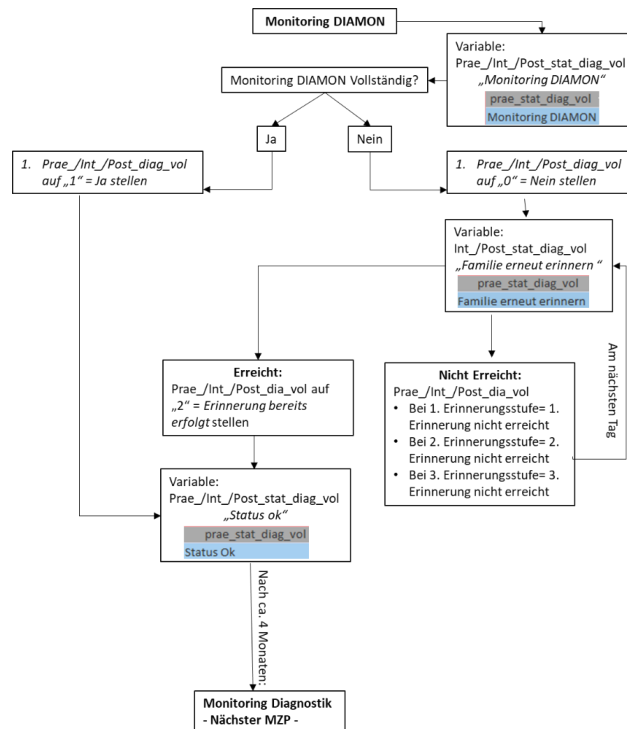
**2.2.3. Erinnerung an die Therapeut:innen:**

**!Vor dem Verschieken der Diagnostik/ Erinnerungsmail, Einträge bei DIAMON kontrollieren!**

1. Wenn bei „prae/int/post\_stat\_mon\_dia“ der Status „**Therapeut:in erinnern**“ angezeigt wird, dann die Vorlage „20-09-01\_OP\_Diag\_Mail\_Th“ per E-Mail verschicken.  
 → Beim einfügen „**nur Text übernehmen**“ (ansonsten werden die Codes in der E-Mail angezeigt) „V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\03 Diagnostikunterlagen\Monitoring“
2. Nach verschicken der Mail, das entsprechende Datum in der Variable „Int\_ / Post\_dia\_dat“ eintragen, sowie die Variable „Int\_ / Post\_dia\_send\_out“ auf „2 = Ja- Erinnerungsmail“ stellen.
3. „Prae/Post\_mon\_dia“ „TRF verschicken“ taucht bei Fällen auf, bei denen sonst die Diagnostik über RedCAP verschickt wird  
 → Anschreiben und Diagnostik verschicken („V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\03 Diagnostikunterlagen\ Monitoring\21-01-25\_OP\_Diag\_Ansch\_Fam\_NurTRF“).
4. Im Anschluss entsprechendes Datum in der Variable „Prae/Post\_dia\_dat“ eintragen, sowie die Variable „Prae / Post\_dia\_send\_out“ auf „-1 = Ja-per Post“ stellen.







### 2.3 Fehlerquellen

- Fehlpassung: FBB-Screen sind die Therapeut:innen zuständig (hier Familie nicht wie in Datenbank vorgeschlagen erinnern)
- Wenn OPTIE Fragebögen nicht in DIAMON hinterlegt sind, Fall in Redcap Diagnostik überprüfen

### 2.4 Häufige Anliegen

1. ZMP1/ZMP2 überlappt sich mit Abschluss Diagnostik:
  - ➔ dann können die doppelten OPTIE-Fragebögen entschuldigt werden (KIDSCREEN, CGI, TES, FBB-T/E/P) die anderen Fragbögen müssen von Screener:in entschuldigt werden
2. Zeitfenster max. 6 Wochen vor dem geplanten Messzeitpunkt und 6 Wochen nach dem optimalen Datum
  - ➔ Maximum 12 Wochen

### 3. Eintragen der Diagnostik

1. Nach Eintreffen von Diagnostik zunächst kontrollieren, wie der Status bei DIAMON ist
  - a. Therapie findet statt: Diagnostik Bögen bei DIAMON eintragen, Kopie in OPTIE-Akte und Original der Therapeut:in ins Fach legen

- b.** Therapie findet nicht mehr statt: Fragebögen in Redcap eintragen und Original Bögen in OPTIE Akte abheften



## **SOPS – elektronische Diagnostik OPTIE**

### **1. OPTIE Messzeitpunkte**

- Im Rahmen von OPTIE finden *Prä-, Zwischen- und Postmessungen* statt, die an die Basisdokumentation der Ausbildungsambulanz (=BaDo) angebunden sind (s. Checkliste OPTIE). Mit der Einführung der elektronischen Datenerhebung (DIAMON) über die Tabletanwendung sollen die Fragebögen grundsätzlich ausschließlich von den Therapeut:innen erhoben werden

### **2. Das OPTIE-Team tritt in die Verantwortung der Einholung der OPTIE spezifischer Diagnostik, wenn**

- a) die Familie randomisiert wurde, aber **KEINE** Studientherapeut:innen gefunden wurden (**=fehlende Passung**)
- b) Die **Therapie vor** dem studienspezifischen Zeitraum von **12 Monaten abgeschlossen oder abgebrochen** wird

#### **A) fehlende Passung:**

Studienteam klärt mit der Familie, ob die Familie dennoch mit der Erhebung von studienspezifischen Daten einverstanden ist; damit sind entweder Fragebögen gemeint, die nur auf der Checkliste OPTIE gefordert sind oder ZMP 2, der die Abschlussmessung für OPTIE darstellt und der entsprechend umfangreich ist und über das Standardvorgehen der BaDo hinausgeht. In jedem Fall wird die Familie in DIAMON **nicht** als OPTIE-Fall geführt, sodass KEINE OPTIE-Bögen in DIAMON abgefragt werden.

A.1.) *Wenn nein*, dann gilt die Familie als Studienabbrecher und die Familie wird nach dem üblichen Prinzip für Studienabbrecher abgeschlossen.

A.2.) *Wenn ja*, dann erfragt das Studienteam bei der Familie, ob die Diagnostik elektronisch über REDCap eingeholt werden kann, oder ob die Familie Papierdiagnostik ausfüllen möchte. Entscheidet sich die Familie für die elektronische Diagnostik, dann orientiert sich das Studienteam an dem SOP „SOP\_REDCap\_Diagnostik“.

#### **B) Therapieende vor 12 Monaten:**

Bei Therapien, die vor 12 Monaten beendet wurden, erhebt das Studienteam alle ausstehenden Fragebögen der OPTIE Checkliste (siehe A.2.), wenn die BaDo Abschlussmessung länger als 6 Wochen zurückliegt.

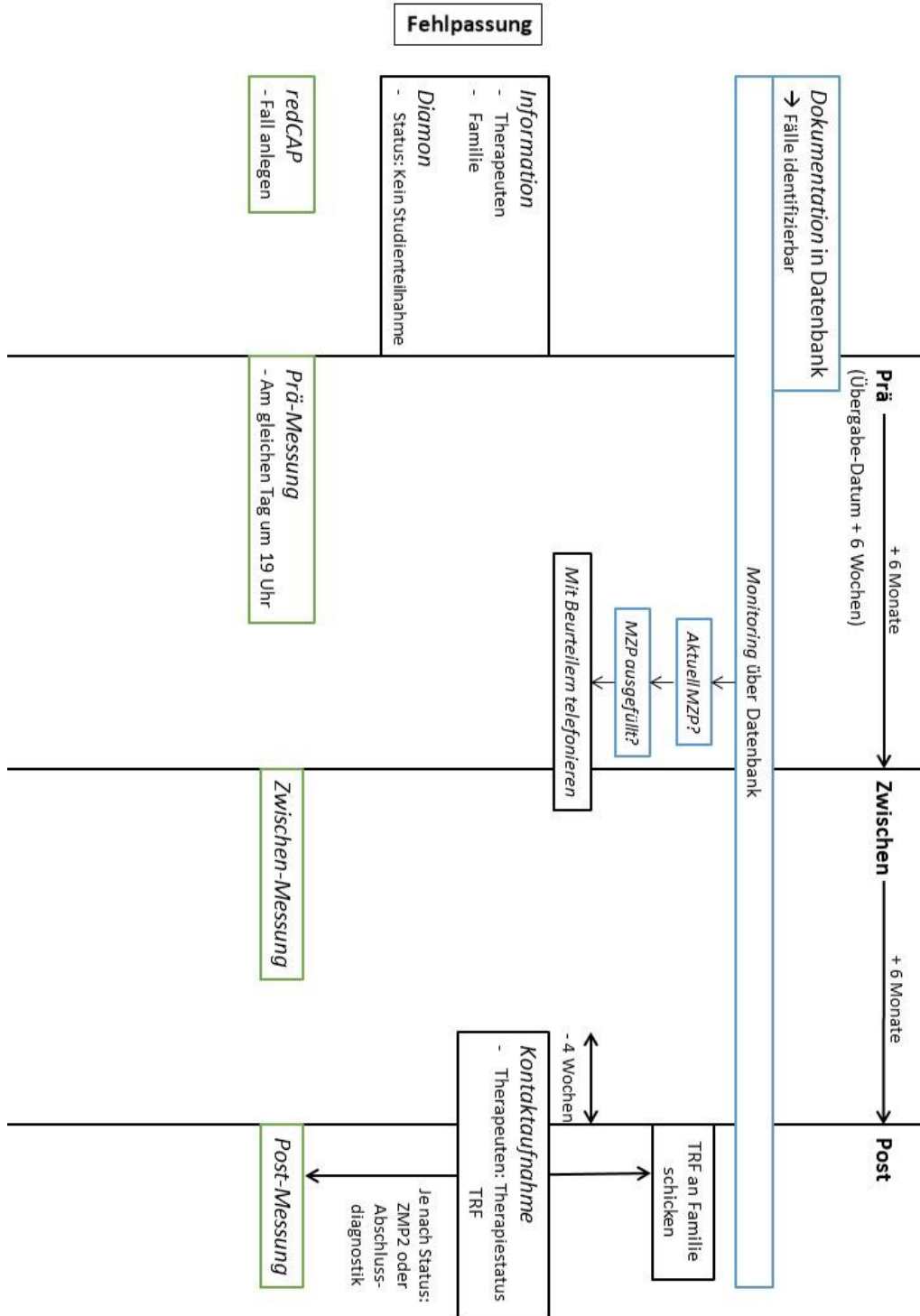
Bei Familien, die die Therapie abgebrochen haben, klärt das Studienteam, ob die Familie dennoch mit der Erhebung von weiteren, studienspezifischen Daten einverstanden ist.

B.1.) *Wenn nein*, dann gilt die Familie als Studienabbrecher und die Familie wird nach dem üblichen Prinzip für Studienabbrecher abgeschlossen.

B.2.) *Wenn ja*, dann kümmert sich das Studienteam eigenverantwortlich um das Einholen der OPTIE spezifischen Diagnostik (siehe A.2.)

**SOP – REDCap Diagnostik**

**1. Allgemeines**



## 2. Kontaktabsprachen

### !ACHTUNG!

- Die Variablen „t\_dia\_ka“ & „e\_dia\_ka“ sind elementar wichtig und müssen möglichst schnell kodiert werden!
- Ohne eine entsprechende Kodierung (0, 1 oder 2) wird keine Diagnostik erhoben!

### 2.1. Kontaktabsprache mit Therapeut:innen

#### Wann wird dies Notwendig?

- Sobald eine Fehlpassung erfolgt (Studienfamilie, wird einem Nicht-Studientherapeut:innen zugeteilt)
- **! Sollte die Therapie vorzeitig beendet oder abgebrochen werden (z.B. ex\_gru=15) oder aus irgend einem anderen Grund keine Therapie mehr stattfinden, ist eine weitere Teilnahme der Therapeut:innen nicht notwendig, da dieser keine Patient:innen zum Beurteilen mehr hat !**

#### Wie erfolgt eine Kontaktabsprache?

- Per E-Mail (Vorlage siehe: V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\03 Diagnostikunterlagen\REDCap\Anschreiben\OP\_Ans\_Ther\_NON\_Pas)

#### Monitoring

- Abfrage: qDiaKa
- Sollte die Variable „t\_dia\_ka“ in Access auf „9 = Unbekannt“ stehen, zunächst prüfen, ob die Therapie vorzeitig beendet wurde. Sollte keine Therapie mehr stattfinden, ist eine Teilnahme der Therapeut:innen nicht mehr notwendig („t\_dia\_ka“ auf „0 = Nein“ stellen).
- Sollte die Therapeut:in sich bereits aktiv gegen eine Teilnahme bei OPTIE entschieden haben („t\_tnf“ = 0 oder „t\_ex“ = 0). Sollte dies der Fall sein, die Variable „t\_dia\_ka“ auf „0 = Nein“ stellen.
- Wenn „t\_ex“ = 0 und „t\_tnf“ = 9 → „t\_dia\_ka“ UND „t\_tnf“ auf „0 = Nein“ stellen
- Wenn „t\_dia\_ka“ = 9 und „t\_ex“ = 1/3 und „t\_tnf“ = 1/9: Prüfen, ob der/die Therapeut:in bereits einen solchen Fall hatte und entsprechende Information kopieren. (Sollten die Therapeut:innen bspw. Sich bereits für die Erhebung bei REDCap entschieden haben, entsprechendes im neuen Fall kodieren)
- In den übrigen Fällen: E-Mail Vorlage an die Therapeut:innen verschicken. Im Anschluss die Variable „t\_dia\_ka“ auf „3 = Kontaktversuch - Mail“ stellen, das Datum in „t\_dia\_ka\_dat“ eintragen, sowie sein entsprechendes Kürzel in der Variable „t\_dia\_ka\_dat“ vermerken.
- Sollte die Variable „t\_dia\_ka“ in Access auf „3 = Kontaktversuch - Mail“ stehen und das Datum der Variable „t\_dia\_ka\_dat“ länger als zwei Wochen vergangen sein, das E-Mail Postfach kontrollieren, ob sich die/der Therapeut:in zurückgemeldet hat. Entsprechende Rückmeldung (Nicht-Rückmeldung = 0 =Nein) in der Variable „t\_dia\_ka“ kodieren, das Datum in „t\_dia\_ka\_dat“ aktualisieren, sowie sein entsprechendes Kürzel in der Variable „t\_dia\_ka\_dat“ vermerken.

Dokumentation

Variable	Zahl	Bedeutung	Wann wird codiert
t_dia_ka	0	Nein	Wenn Therapeut:innen die Fragebögen nicht ausfüllen möchte
	1	Ja –REDCap	Therapeut:innen füllt Fragebögen über REDCap aus.
	2	Ja – Papier	Therapeut:innen füllt Fragebögen klassisch aus.
	3	Mail verschickt	E-Mail Vorlage an Therapeut:innen versendet
	9	Unbekannt	Wenn keins der anderen zutrifft
t_dia_ka_dat	Datum, an dem etwas unternommen wurde.		
t_dia_ka_ks	Kürzel der Mitarbeitenden, die den Arbeitsschritt ausgeführt haben.		

## 2.2. Kontaktabsprache mit Eltern

### Wann wird dies Notwendig?

- Sobald eine Fehlpassung erfolgt (Studienfamilie, wird einem/einer Nicht-Studientherapeut:in zugeteilt)
- Sobald die Therapie vor 12 Monaten beendet wird

### Wie erfolgt eine Kontaktabsprache?

- Per Telefon

### Gesprächsleitfaden:

#### 1. Information:

- *Keine Verfügbarkeit eines/einer passenden Studientherapeut:in – Das ist kein Nachteil! Die Familie erhält weiterhin eine Therapie.*
- *Bzw. Therapie wurde vor Ende von 12 Monaten beendet – Wir würden weiterhin Daten erheben wollen.*
- *Für Familie gibt es zwei Möglichkeiten: Studienabbruch (für uns ungünstig) oder weitere Teilnahme (Rein diagnostische Studienteilnahme).*
- *Weitere Teilnahme bedeutet: Max. drei klinische Interviews per Telefon (ca. 30-60 Minuten), sowie Fragebögen (mehr Bearbeitungszeit je nach MZP)*
- *„Für uns wären die Daten sehr wichtig und Sie würden uns und unserer Studie damit sehr weiterhelfen!“*
- *Erhebung der Fragebögen einmal über Online-System „REDCap“ möglich – einen Link dazu erhalten Sie automatisch zu den Messzeitpunkten per E-Mail.*
- *Wir können Ihnen die Fragebögen auch per Post als Papierversion zukommen lassen. Sie würden uns dann die ausgefüllten Fragebögen über einen Rücksendeumschlag zurückschicken.*
- *Erhebungsmethode gilt für Eltern und Jugendlichen (ab 11 Jahren).*
- *Lehrendenteilnahme: Lehrende sollen Patient:innen diagnostisch einschätzen. Das Studienprojekt wird zu den Lehrenden keinen Kontakt haben, sondern es geht lediglich darum, von den Lehrenden einen Fragebogen zu erheben.*

2. Weiter Teilnahme an der Studie abklären:

- Ist Familie bereit weiterhin teilzunehmen?
- Will die Familie die Fragebögen Online eingeben oder als Papierversion?

3. Auf Rückfragen warten:

- Haben Sie Fragen oder Anmerkungen? Falls nicht können Sie uns zu den üblichen Arbeitszeiten erreichen.

#### Monitoring

- Abfrage: *qDiaKa*
- Sollte die Variable „*e\_dia\_ka*“ in Access auf „9 = Unbekannt“ stehen, die Familie telefonisch versuchen zu erreichen. Bei erfolgreicher Kontaktabsprache das Ergebnis durch Kodierung der Variable „*e\_dia\_ka*“ festhalten, das Datum in „*e\_dia\_ka\_dat*“ eintragen, sowie sein entsprechendes Kürzel in der Variable „*e\_dia\_ka\_dat*“ vermerken. Wird die Familie nicht erreicht, die Variable „*e\_dia\_ka*“ auf „3 = Kontaktversuch - Telefon“ stellen, das Datum in „*e\_dia\_ka\_dat*“ eintragen, sowie sein entsprechendes Kürzel in der Variable „*e\_dia\_ka\_dat*“ vermerken
- Sollte die Variable „*e\_dia\_ka*“ in Access auf „3 = Kontaktversuch - Telefon“ stehen und das Datum der Variable „*e\_dia\_ka\_dat*“ mindestens einen Tag her sein, erneut die Familie versuchen zu erreichen. Bei Kontaktabsprache oder nicht erreichen, entsprechend wie oben angegeben kodieren.
- In der Variable „*LF*“ durch „0“ kodieren, dass die Eltern keine diagnostische Erhebung von den Lehrenden wünschen, durch „1“ kodieren, dass sie es erlauben.

#### Dokumentation

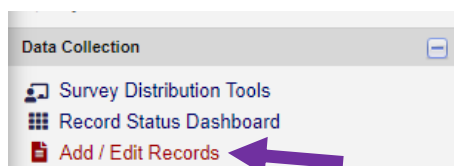
Variable	Zahl	Bedeutung	Wann wird codiert
<i>e_dia_ka</i>	0	Nein	Wenn Familie nicht mehr an der Studie teilnehmen möchte → Hier auch noch „ <i>ex</i> “, „ <i>ex_gru</i> “ und „ <i>ex_dat</i> “ ausfüllen
	1	Ja –REDCap	Familie füllt Fragebögen über REDCap aus.
	2	Ja – Papier	Familie füllt Fragebögen klassisch aus.
	3	Kontaktversuch - Telefon	Kontaktversuch per Telefon erfolgt, allerdings niemand erreichbar.
	9	Unbekannt	Wenn keins der anderen zutrifft – Standardeinstellung.
<i>e_dia_ka_dat</i>		Datum, an dem etwas unternommen wurde: Wurde bspw. versucht die Familie zu kontaktieren, dies auch Codieren.	
<i>e_dia_ka_ks</i>		Kürzel des/der Mitarbeitenden, der/die den Arbeitsschritt ausgeführt hat.	

### 3. Eingabe REDCap

- Abfrage: *qDiaEinRed*

Datenbank mind. Einmal pro Woche sichten und neue Diagnostik-Fälle in REDCap eingeben:

1. Datenbank sichten (Abfrage: *qDiaEinRED*), Feedbackfälle, die nicht in REDCap sind, identifizieren (Lücken bei *dia\_dat\_ein = „“*)
2. Überprüfen, ob Fall vollständige Daten hat (Lücken in angezeigten Variablen?); Wenn ja, E-Mail an FO.
3. Wird ein offener Fall angezeigt, dann zunächst das heutige Datum bei „*dia\_dat\_ein*“ eintragen, sowie sein entsprechendes Kürzel in der Variable „*dia\_dat\_ein\_ks*“ vermerken
4. REDCap-Projekt „*OPTIE-Monitoring und Feedback*“ öffnen
5. „*Add/Edit Records*“



6. „Enter new or existing OPTIE-ID“ → Arm 4: *t\_diag* (Über Dropdown-Menü auswählen) → *ID\_op* eingeben

**NEW OPTIE-ID (K\_XXX) K\_000**  
Arm 4: *t\_diag*

Data Collection Instrument	1	2	3	0
Eingangsdaten (D-EIN-T)				<input checked="" type="radio"/>
Entlassdaten-Diagnostik				<input checked="" type="radio"/>
Clinical Global Impressions (CGI) (survey)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-T) (survey)			<input type="radio"/>	

- Eingangsdaten ausfüllen → Variablen aus Datenbank **KOPIEREN**
  - „Komplette Erhebung (*ex\_gru!=2*)“ auf „Nein“ stellen, wenn in der Variable „*ex\_gru*“ eine „2 = keine Passung von Patient und Therapeut“ kodiert ist. Sollten andere Gründe kodiert sein (*ex\_gru = 3 | 8 | 11 | 12 | 15*), auf „Ja“ stellen.
  - Das Item „*Teilnahme Therapeuten*“ in RedCAP entspricht der Variable „*t\_dia\_ka*“ in Access.
  - Die Switches, welcher MZP verschickt werden soll, entsprechend der Variable „*MZP*“ in der Abfrage ein bzw. ausstellen. (Sollte bspw. ein Fall bereits in der Zwischen-Diagnostik I sein, „Eingangsdiagnostik versenden?“ auf „Nein“ stellen).
  - Zum Abschluss den „Form Status“ am Ende auf „Complete“ stellen.
7. Schritt 5 & 6 für verbleibende(n) Informanten (*e\_diag* & *j\_diag*) wiederholen.

**SOP – Diagnostik in RedCap**Tabelle: *qMonDiagRedCAP* kontrollieren (Access-Datenbank: *op\_stud\_dat\_Frontend\_RedCap*):

Variable	Beschreibung	To do	Anmerkungen
<i>Rc_stat_mon_</i>	Zeigt Status an		
<i>diag</i>	- Status Ok - RedCap - Erinnerung		
<i>Rc_diag_mon_</i>	Datum der letzten	Nach jeder	DD.MM.YYYY
<i>_dat</i>	Überprüfung	Überprüfung anpassen	
<i>Rc_diag_mon_</i>	Prä-Messung Status	Nach Überprüfungen	Standardwert 9=unbekannt nicht
<i>_prae</i>		in REDCap, in <i>Rc_diag_mon_prae</i> 0-4 eintragen:	notwendig 0= unvollständig 1= vollständig 2= Teilweise vollständig 3=Erinnerung erfolgt 4=Niemand erreicht 5= keine weitere Kontaktaufnahme
<i>Rc_diag_mon_</i>	Zwischen-Messung	Nach Überprüfungen	Siehe <i>Rc_diag_mon_prae</i>
<i>_int</i>	Status	in REDCap 0-4 eintragen:	
<i>Rc_diag_mon_</i>	Post-Messung Status	Nach Überprüfungen	Siehe <i>Rc_diag_mon_prae</i>
<i>_post</i>		in REDCap 0-4 eintragen:	
<i>Rc_diag_anm</i>	Anmerkungen		
<i>Rc_diag_mon_</i>	Mitarbeiter	Kürzel eintragen	
<i>_ks</i>			
<i>MZP_rcd</i>	Zeigt welche Messung benötigt wird an		
<i>t_dia_ka</i>	Erwartete Fragebögen vom Therapeuten		<i>t_dia_ka</i> = 0: Therapeut füllt keine Fragebögen aus
<i>e_dia_ka</i>	Erwartete Fragebögen von Eltern		<i>e_dia_ka</i> = 0: Familie füllt keine Fragebögen aus

**1. Fragebögen die erhoben werden müssen**

**Tabelle 1: Prä**

	<b>Prä</b>	
	<i>Fehlpassung</i>	<i>Andere</i>
<b>Eltern</b>	KIDSCREEN TES-E	KIDSCREEN TES-E CBCL FBB-Screen
<b>Jugendliche (ab 11 Jahre)</b>	KIDSCREEN TES-J	KIDSCREEN TES-J YSR SBB-Screen

**Tabelle 2: Int**

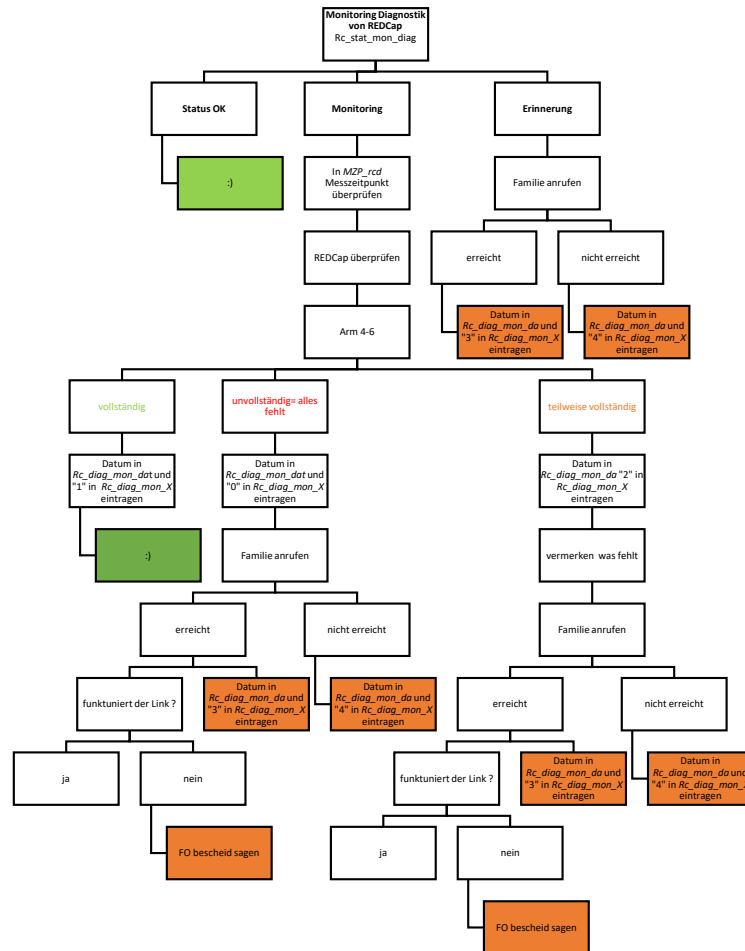
	<b>Int</b>			
	<i>Feedback</i>		<i>Routine</i>	
	<i>Fehlpassung</i>	<i>Andere</i>	<i>Fehlpassung</i>	<i>Andere</i>
<b>Eltern</b>	KIDSCREEN	KIDSCREEN FBB-Screen	KIDSCREEN BPM-P	KIDSCREEN BPM-P FBB-Screen
<b>Jugendliche (ab 11 Jahre)</b>	KIDSCREEN	KIDSCREEN SBB-Screen	KIDSCREEN BPM-Y	KIDSCREEN BPM-Y SBB-Screen
<b>Therapeut:innen</b>	CGI	CGI	CGI	CGI

**Tabelle 3: Post**

	<b>Post</b>	
	<i>Fehlpassung</i>	<i>Andere</i>
<b>Eltern</b>	KIDSCREEN FBB-E	KIDSCREEN FBB-E CBCL FBB-Screen
<b>Jugendliche (ab 11 Jahre)</b>	KIDSCREEN FBB-P	KIDSCREEN FBB-P YSR SBB-Screen
<b>Therapeut:innen</b>	CGI FBB-T	CGI FBB-T



2. Flussdiagramm

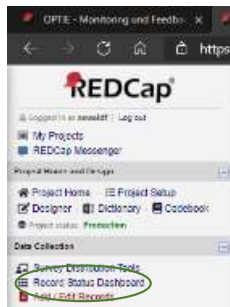


**3. Bei REDCap einsehen, ob Kinder-und Jugendliche, Eltern und Therapeut:innen Diagnostik ausgefüllt haben**

- a) Zunächst prüfen ob der jeweilige Urteilende grundsätzlich Fragebögen ausfüllen soll:
  - $t\_dia\_ka = 0$ : Therapeut:in füllt keine Fragebögen aus
  - $e\_dia\_ka = 0$ : Familie füllt keine Fragebögen aus
- b) Auf [https://www.zks-redcap.uni-koeln.de/redcap\\_v10.0.16/Home/index.php](https://www.zks-redcap.uni-koeln.de/redcap_v10.0.16/Home/index.php) einloggen und „My Projects“ auswählen



- c) Unter „my Projects“ „OPTIE- Monitoring und Feedback auswählen
- d) Unter „Data Collection“ öffnen von „Record Status Dashboard“



- e) Jeden einzelnen Arm auf die vorgesehenen Fragebögen (siehe Tabelle 1;2;3) und Messzeitpunkt in Tabelle: *qMonDiagRedCAP* unter der Variablen MZP\_rcd kontrollieren.

Arm 1: 1 Arm 2: 2 Arm 3: 3 Arm 4: 1\_dag Arm 5: e\_dag Arm 6: 1\_dag

Data Collection Instrument	0 Daten	1 Prä	2 Int	3 Post
Eingangsdaten (D-EIN-E)	●			
DISYPS-III: FBB-SCREEN (survey)		○	○	✓
CBCL/6-18R (survey)		○		✓
KIDSCREEN-10 Index Elternversion (survey)		○	○	✓
Therapie-Erwartungs-Skala-Eltern (TES-E) (survey)		○		
Brief Problem Monitor (BPM-P/6-18)-D (survey)			○	
Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-E) (survey)				✓
Delete all data on event:	✗			✗

f) Arm 4:t\_diag (Therapeut:innen) auswählen

Arm 1: t	Arm 2: e	Arm 3: j	Arm 4: t_diag	Arm 5: e_diag	Arm 6: j_diag
	0		2	3	
OPTIE-ID (K_XXX)	Eingangsdaten (D-EIN-T)	Entlassdaten-Diagnostik	Clinical Global Impressions (CGI)	Clinical Global Impressions (CGI)	Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-T)

g) Arm 5:e\_diag (Eltern) auswählen

Arm 1: t	Arm 2: e	Arm 3: j	Arm 4: t_diag	Arm 5: e_diag	Arm 6: j_diag							
	0	1		2		3						
OPTIE-ID (K_XXX)	Eingangsdaten (D-EIN-E)	DISYPS-III: FBB-SCREEN	CBCL/6-18R	KIDSCREEN-10 Index Elternversion	Therapie-Erwartungs-Skala-Eltern (TES-E)	DISYPS-III: FBB-SCREEN	KIDSCREEN-10 Index Elternversion	Brief Problem Monitor (BPM-P/6-18)-D	DISYPS-III: FBB-SCREEN	CBCL/6-18R	KIDSCREEN-10 Index Elternversion	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-E)

h) Arm 6:J\_diag (Jugendliche) auswählen

Arm 1: t	Arm 2: e	Arm 3: j	Arm 4: t_diag	Arm 5: e_diag	Arm 6: J_diag							
	0	1		2		3						
OPTIE-ID (K_XXX)	Eingangsdaten (D-EIN-J)	DISYPS-III: SBB-SCREEN	YSR/11-18R	KIDSCREEN-10 Index Kinder- und Jugendliche	Therapie-Erwartungs-Skala-Jugendliche (TES-J)	DISYPS-III: SBB-SCREEN	KIDSCREEN-10 Index Kinder- und Jugendliche	Brief Problem Monitor (BPM-Y/11-18)-D	DISYPS-III: SBB-SCREEN	YSR/11-18R	KIDSCREEN-10 Index Kinder- und Jugendliche	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB-P)

#### 4. Dokumentationen in Tabelle: qMonDiagRedCAP

- Status von Rc\_stat\_mon\_diag kontrollieren und die nächsten Schritte dem Flussdiagramm entnehmen und folgen

#### 5. Ist die Diagnostik unvollständig Eltern anrufen und erinnern

- Ggf. Links zur Befragung erneut manuell per Mail senden:  
V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\10 Datenbank und Monitoring
- Mailvorlage namens: 21-08-05\_qMonDiagRedCAP\_AutoMail

ACHTUNG! Zuvor unter qMonDiag prüfen, ob Diagnostik schon postalisch versendet wurde.

**SOP Datenbank – REDCap****1.0 Allgemeines:**

Abfrage „qMonAss“

Variablen-Name	Beschreibung	Anmerkungen
Anm_ass	Dokumentation des Arbeitsprozesses und der Vollständigkeit	
MonAss_sta	Datum des Befragungsbegins für Assessment X (Achtung: zu Ass 0 gehört RB 1, zu Ass 1 gehört RB 2 usw.)	
Ass_nr	Name des Assessments (0, 0t, 1, 1t, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)	
Ass_ct	Countdown noch X Tage um Befragung auszufüllen (-10 bis 0 Tage; positive Werte nach letztem offiziellem Befragungstermin) -> für Monitoring auf -5 bis 0 Filtern	
Snc_dat_ein	Tage seit Dateneingabe in REDCap (zählt aufwärts 0, 1, 2, 3, ...)	
Snc_t_dat_1	Tage seit erstem Therapietermin (zählt aufwärts 0, 1, 2, 3, ...)	
T_dat_ein	Therapiestart	
assStat_0-9	Daten der Befragungen	

**Dokumentation in Access**

Bitte immer zu Anfang des Felds folgende Kommunikationsformel eintragen:

**Kürzel Mitarbeitende GROSSBUCHSTABEN = Sender:in (Verantwortliche:r)**  
**Kürzel Mitarbeitende kleinbuchstaben = Adressat:in**  
**Datum im Format JJJJ-MM-TT**

Beispiel: „NGdg2020-04-14: in REDCap eintragen“, „DGdgfo2020-03-23: Therapieziel Therapeut:in erfragen“, „FOalbe2019-12-08: Telefonnummer Jugendliche erfragen“

Neuere Anmerkungen bitte immer am Anfang der Spalte (links) einfügen, damit der aktuelle Arbeitsschritt schneller sichtbar ist. Anmerkungen mehrerer Daten bitte mit Semikolon (;) trennen.

Arbeitsschritt(e) offen:

- **nächsten Arbeitsschritt formulieren**
- **Zwischenstand eintragen**

Arbeitsschritt(e) erledigt:

- **nur die zugehörige Anmerkung löschen**

**Monitoring Teilnahme Onlinebefragungen über Access und REDCap (AL, PB, FO)****2.1 Überblick wann was erwartet wird**

Assesment	Kommentar	t	e	J
0	„voraussichtlicher erster Therapietermin und Supervisor:in“ wird erst bei 0t abgefragt „Entlassdatum“ kann bei jeder Befragung eingetragen werden		X	X
0t	T_dat1 + Supervisor:in eintragen!! (in E-Mail erinnern, wie wichtig das ist) Mail mit Terminübersicht an Therapeut:in, Eltern und ggf. Jugendlichen schicken  und "V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\10 Datenbank und Monitoring\20-06-09_OP_ASSdat_AutoMail.docx" senden	X		
1		X	X	X
1t	ZIEBO-Ziele werden separat in qMonZIEBO monitoriert	X		
2		X	X	X
3		X	X	X
4	ZIEBO Ziele sind freiwillig	X	X	X
5		X	X	X
6	ZIEBO Ziele sind freiwillig	X	X	X
7		X	X	X
8		X	X	X
9		X		

**2.2. Ablauf**

1. Schon bei **Erstkontakt mit der Familie** darauf hinweisen, dass Studienteam sich bei Feedbackfamilien elektronisch und telefonisch erkundigt, wie es um die Befragungsteilnahme steht.
2. In Datenbank (Abfrage: „qMonAss“) nachschauen, für welchen Befragungszeitpunkt von REDCap Befragungen versendet wurden (ass\_nr). Hierunter die Fälle identifizieren, in denen noch 6 Tage oder weniger bis zum faktischen Befragungsende verbleiben (ass\_cnt > -5, -4, -3, -2, -1, 0) [Ausgenommen davon sind die Assessments 0t Therapiestart & 1t ZIEBO. Hier müssen die Angaben auch über das offizielle Befragungsende hinaus eingeholt werden; auch bei positiven Werten von ass\_cnt.]. Grundsätzlich gilt, je weniger Tage bis zum Befragungsende, desto schneller sollten die Informant:innen überprüft und ggf. kontaktiert werden (siehe 3.).
3. **Bewertung Antwortverhalten (Kontaktaufnahme nötig?):** Anhand der OPTIE-ID (ID\_op) im **REDCap-Record Status Dashboard** nachschauen, welche Informant:innen noch nicht geantwortet haben (Ausrutscher oder die Regel?). Hierbei bitte *j\_tnf* beachten (es nehmen nicht alle Kinder/Jugendlichen an den Assessments teil). Erst wenn (nochmaliges) Durchführen von 3.) gezeigt hat, dass Therapeut:in oder Familie nicht geantwortet hat:
4. **Fehlersuche und telefonische Kontaktabsprachen zur Teilnahme.** Solange der Fall in Access angezeigt wird und eine Beurteiler:in (Eltern, Jugendlicher, Therapeut:in) noch nicht geantwortet hat, **mehrmals an drei Tagen Kontaktversuche, um Beurteiler:in zu erreichen** (möglichst zu unterschiedlichen Zeiten). Wenn Kontakt mit dem/r Therapeut:in aufgenommen wird, bitte immer Teilnahmeverhalten aller zugehörigen Fälle monitorieren.

**Stand des Falls immer aktualisieren in *anm\_ass*.**

## Notation:

**Immer mit Präfix** (Kürzel der Empfänger:innen entfällt hier):

- „[*ass\_nr*][Kürzel Sender:in][*JJJ-MM-TT*]: [Anmerkungstext]“

**Bestandteile Anmerkungstext** (getrennt nach Informant:innen t, e, j):

- Unter **BEAN**: notieren, welche/r Informant:in bereits geantwortet hat (Werte: „-“, „vollst“, „t“, „e“, „j“). BEAN steht für „beantwortete“.
- Unter **KV**: notieren, zu welchem der restlichen Informant:innen bereits an wie vielen Tagen mehrere Kontaktversuche erfolgt sind. KV steht für „Kontakt-Versuch“ (Format: z. B. „t\_1“, „e\_0“, „j\_2“).
- Unter **KA**: notieren, welche Absprache beim Kontakt mit Informant:innen getroffen wurde KA steht für „Kontakt-Absprache“.

## Beispiele:

- „0FO2019-11-09: **BEAN**: j; **KV**: t\_0, e\_2“
- „1DG2020-05-09: **BEAN**: vollst.“
- „0tAL2020-04-03: **BEAN**: -; **KV**: t\_1, e\_2, AB mit Bitte um Rückruf bis 2020-04-07 besprochen“
- „3BE2020-04-03: **BEAN**: -; **KV**: t\_0, e\_2, j\_2; **KA**: bis 2020-04-23 intern klären ob E-Mailadresse korrekt, dann Rückruf“
- „2NG2020-04-03: **BEAN**: e, t; **KV**: j\_3; **KA**: j füllt bis 2020-04-26 aus“

**Übersicht Verlauf und Monitoring eines typischen Assessments**

Ausnahme:

- Für die Therapiezieldefinitionen (1t) haben die Therapeut:innen 14 Tage Zeit, d. h. der Countdown beginnt bei -14, monitoriert werden soll jedoch ebenfalls ab -5 (und auch darüber hinaus). => siehe qMonZIEBO
- Mit den Familien wird ein anderes Datum fünf Tage früher als „Befragungsende offiziell“ kommuniziert, sind diese 5 Tage abgelaufen, beginnt das Monitoring bei qmonass

Tage bis zum Befragungsende (faktisch)	Tage bis zum Befragungsende (offiziell)	Ablauf Monitoring Familien	Ablauf Monitoring Therapeut:innen
-10	-5	Mail-Einladung (innerhalb von fünf Tagen ausfüllen)	Mail-Einladung (innerhalb von fünf Tagen ausfüllen)
-09	-4		
-08	-3		
-07	-2	Mail-Reminder (automatisch durch redcap)	Mail-Reminder
-06	-1		
-05	0	Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	Mail-Reminder "V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Serienbrief_Erinnerung_Therapeuten_redcap.docx"
-04		Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	
-03		Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	Telefonische KV & KA mit Beurteiler:innen, wenn bei den letzten 2 Messzeitpunkten nicht ausgefüllt wurde. Vor Anruf Rücksprache mit FO
-02		Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	
-01		Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	ACHTUNG: Telefonanmerkung zu Therapeut:innen beachten
0		Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	
> 0		„Frist überschritten“ (außer bei 0t und 1t) Telefonische KV & KA mit Beurteiler:in	

**3.1 Ziele der Telefonate mit den Familien (Jugendliche i. d. R. über Eltern erreichbar):****Vorbereitung:**

- **„qmonASS“ und RedCAP kontrollieren**
  - o Wurden die letzten Befragungen ausgefüllt?
  - o Anmerkung Familien Tabelle
  
- a) Erinnern an die laufende Befragung**

*„Wir möchten uns erkundigen, ob unsere aktuelle Befragung zum Therapieverlauf bei Ihnen angekommen ist. Vor fünf Tagen haben wir Ihnen einen Link per E-Mail zugeschickt, die Befragung wurde aber noch nicht ausgefüllt.“*
  
- b) Hintergründe Nichtteilnahme**

*„Manchmal gibt es technische Probleme, weil z. B. die falsche E-Mailadresse in unserer Datenbank vermerkt ist oder eine E-Mail im Spamordner gelandet ist.“ „Haben Sie die Mail gesehen? Was stand dem im Weg, dass Sie die Befragung beantworten?“ „Gibt es einen Weg Ihre/n Tochter/Sohn zur Befragung zu motivieren? Wäre es Ihnen lieber wenn wir ihre/n Tochter/Sohn auf dem Handy anrufen bzw. den Link an die E-Mail-Adresse zu schicken?“*
  
- c) Informieren über OPTIE-Abläufe**

*„Nach Ablauf der 5-Tages-Frist erkundigen wir uns (ab jetzt) immer telefonisch nach den Hintergründen, dass bisher keine Befragung ausgefüllt wurde.“ „Sie bekommen alle 6 Wochen einen Link zur Befragung zugeschickt, allerdings gilt die Befragung nur für wenige Tage. So gehen wir sicher, dass ihre Antworten sich auch auf unterschiedliche Zeitpunkte beziehen.“ „Auch, wenn keine Therapie stattfindet, bitte klicken Sie auf den Link und öffnen die Befragung. Dort können Sie uns dann jeweils angeben, dass in der letzten Zeit keine Therapie stattfand. So bleiben wir auch über den aktuellen Stand informiert. Damit wir wissen wo die Therapie steht, brauchen wir Ihre Angaben.“*

*„Wir möchten den Therapeut:innen helfen, den Therapieverlauf besser im Auge zu behalten. Hierfür brauchen wir Ihre Antworten!“ „Das Ausfüllen dauert weniger als 10 Minuten (wenn keine Therapie stattfand weniger als 5 Minuten!).“ „Je öfter Sie uns antworten, umso besser kann Frau/Herr XYZ die Therapie auf das abstimmen, was für Ihre Familie wichtig ist“*
  
- d) Klare Kontaktabsprachen**

*„Haben Sie heute Zeit die Befragung auszufüllen?“ „Zum Ausfüllen der Befragung können wir Ihnen nur noch XX zusätzliche Tage geben.“ „Bis wann würden Sie die Befragung ausfüllen?“ „Können wir Ihnen dabei irgendwie behilflich sein?“*



### 3.2 Ziele der Telefonate mit den Therapeut:innen:

ACHTUNG: erst E-Mail schicken, wenn bei den letzten 2 Messzeitpunkten nicht ausgefüllt worden ist, Rücksprache mit FO

("V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Serienbrief\_Erinnerung\_Therapeuten\_redcap.docx")

Vor einem Anruf die Kommentarspalte kontrollieren (eventuell möchten die Therapeut:innen nicht auf Ihrer privaten Nummer oder Ihrem Urlaub angerufen werden)

Wenn Kontakt mit den Therapeut:innen aufgenommen wird, bitte immer das **Teilnahmeverhalten bei allen zugehörigen Fälle monitorieren**: Primär soll das Teilnahmeverhalten der Therapeut:innen besprochen werden. Im Telefonat mit den Therapeut:innen soll „lückenhafte“ bzw. „Nicht-Teilnahme“ behoben werden. Zeigen sich große Lücken beim Teilnahmeverhalten der Familie, soll auch das besprochen werden. Besprochen werden soll also nicht nur das aktuelle Teilnahmeverhalten, sondern auch Schwierigkeiten bisheriger Befragungen.

#### Vorbereitung:

- Dürfen wir anrufen? Email: automatische Antwort Urlaub beachten
- Mehrere Fälle kontrollieren: Was fehlt uns noch?
  - o *tblStudTher* zunächst unter „*anm\_t*“ nachschauen, was zum Teilnahmeverhalten über alle Fälle vermerkt wurde (Falls die Informationen in „*anm\_t*“ nicht aktuell sind, sollte die Abfrage
  - o „*qMonAss*“ alphabetisch nach der Variable „*t\_nna*“ sortiert werden. Hierdurch können alle zugehörigen Fälle gefunden werden.
    - das frühere Teilnahmeverhalten von RedCAP notieren, d. h. jeweils „vollst.“ „lückenhaft“ und „bisher keine Teilnahme“ vermerken.
    - 0t (Erster Therapietermin) und 1t (ZIEBO) kontrollieren

#### a) Erinnern an die laufende Befragung

*„Wir möchten uns erkundigen, ob unsere aktuelle Befragung zum Therapieverlauf bei Ihnen angekommen ist. Vor fünf Tagen haben wir Ihnen einen Link per E-Mail zugeschickt, die Befragung wurde aber noch nicht ausgefüllt.“*

#### b) Hintergründe Nichtteilnahme

*„Manchmal gibt es technische Probleme, weil z. B. die falsche E-Mailadresse in unserer Datenbank vermerkt ist oder eine E-Mail im Spamordner gelandet ist.“ „Haben Sie die Mail gesehen? Was stand dem im Weg, dass Sie die Befragung beantworten?“*

#### c) Informieren über OPTIE-Abläufe

*„Nach Ablauf der 5-Tages-Frist erkundigen wir uns (ab jetzt) immer telefonisch nach den Hintergründen, dass bisher keine Befragung ausgefüllt wurde.“ „Sie bekommen alle 6 Wochen einen Link zur Befragung zugeschickt, allerdings gilt die Befragung nur für wenige Tage. So gehen wir sicher, dass ihre Antworten sich auch auf unterschiedliche Zeitpunkte beziehen.“ „Auch, wenn keine Therapie stattfindet, bitte klicken Sie auf den Link und öffnen die Befragung. Dort können Sie uns dann jeweils angeben, dass in der letzten Zeit keine Therapie stattfand. So bleiben wir auch über den aktuellen Stand informiert. Damit wir wissen wo die Therapie steht, brauchen wir Ihre Angaben.“*

*„Wir möchten Ihnen helfen, den Therapieverlauf von XX besser im Auge zu behalten. Hierfür brauchen wir Ihre Antworten!“ „Das Ausfüllen dauert weniger als 4 Minuten (wenn keine Therapie stattfand weniger als eine Minute!)“*

**d) Hintergründe offener voraussichtlicher erster Therapietermin (aus 0t)**

*„Zum Versenden der kommenden Befragungen für Sie und die Familie brauchen wir noch Ihre Angabe zum voraussichtlichen ersten Therapietermin.“ „Haben Sie den zugehörigen Link noch? Gegebenenfalls schicken wir Ihnen den Link für die Therapie von [Vorname Patient:in] auch gerne erneut zu.“ „Was schätzen Sie denn, wann die Therapie voraussichtlich starten kann?“ „Ab wann können Sie denn abschätzen, wann der erste Therapietermin voraussichtlich stattfinden soll?“*

**e) Hintergründe offene ZIEBO-Angaben (aus 1t)**

*„Für die Familie von [Vorname Patient:in] bräuchten wir auch noch die Therapieziele. Dann kann die Familie den Therapiefortschritt schon bei der nächsten Befragung bewerten.“ „Haben Sie den zugehörigen Link noch? Gegebenenfalls schicken wir Ihnen den Link für die Therapie von [Vorname Patient:in] auch gerne erneut zu.“ „Wir brauchen nur mind. ein Therapieziel pro Informant:in (Eltern/Jugendliche)“ „Brauchen Sie noch Unterstützung bei der Definition der Therapieziele? (PDF nochmal versenden/ WiMi hilft)“ „Ggf. senden Sie uns eine E-Mail um die vorher angegebenen Therapieziele nochmal zu korrigieren.“ „Ab wann können Sie denn abschätzen, wann Sie die Therapieziele eintragen können?“*

**f) Nutzung Rückmeldeberichte**

*„Alle 6 Wochen erhalten Sie einen Rückmeldebericht zum Therapieverlauf. Sind Ihnen die Hinweise am Ende unserer Rückmeldeberichte aufgefallen? Am Ende jedes Rückmeldeberichts erhalten Sie Hinweise für die nächsten Schritte im Projekt, darin steht z. B. ob Sie zur Besprechung des Rückmeldeberichts die nächste OPTIE-Supervision vereinbaren sollten. Bitte schauen Sie immer in die Rückmeldeberichte!“*

**g) Terminvereinbarungen mit den Supervisor:innen**

*„Bitte nehmen Sie die OPTIE-Supervisionstermine wahr. Wir fragen uns, wie aktuell der Kontakt zur/m Supervisor:in ist.“ „Das sind insgesamt 5 halbe Supervisionsstunden, die von OPTIE finanziert werden.“ „Am Ende der Rückmeldeberichte finden Sie Hinweise, wann jeweils der nächste OPTIE-Supervisionstermin zur Besprechung des Therapieverlaufs vereinbart werden soll.“*

**h) Einladung OPTIE-Sprechstunde**

*bei Unklarheiten persönlich ins OPTIE-Büro zu kommen oder telefonisch Kontakt aufzunehmen unter -35666*

**i) Klare Kontaktabsprachen**

*„Haben Sie heute Zeit die Befragung auszufüllen?“ „Zum Ausfüllen der Befragung können wir Ihnen noch zusätzliche XX Tage geben.“ „Können wir Ihnen dabei irgendwie behilflich sein?“ „Bis wann würden Sie die Befragung ausfüllen? (Angabe zum ersten Therapietermin machen/Therapieziele definieren)“*

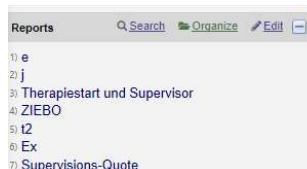
## OPTIE- SOPs Rückmeldeberichte

### I. Alte r- und csv-Dateien verschieben

1. Ordner öffnen: V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Ber05\data\datRed
2. R- & csv-Dateien der letzten Berichterstellung (Dateiname *OPTIEMonitoringUndFe-E\_DATA\_JJJ-MM-TT\_HHSS*), sowie die Datensätze („newRB\_YYY.MM.DD.RData“, „parbeh\_YYYY.MM.DD.RData“, „parbeh2\_YYYY.MM.DD.RData“, „datRed-Full\_YYYY.MM.DD.RData“,) in den Ordner *x\_alt* verschieben.

### II. Neue r- und csv-Dateien erzeugen

1. Login bei REDCap.

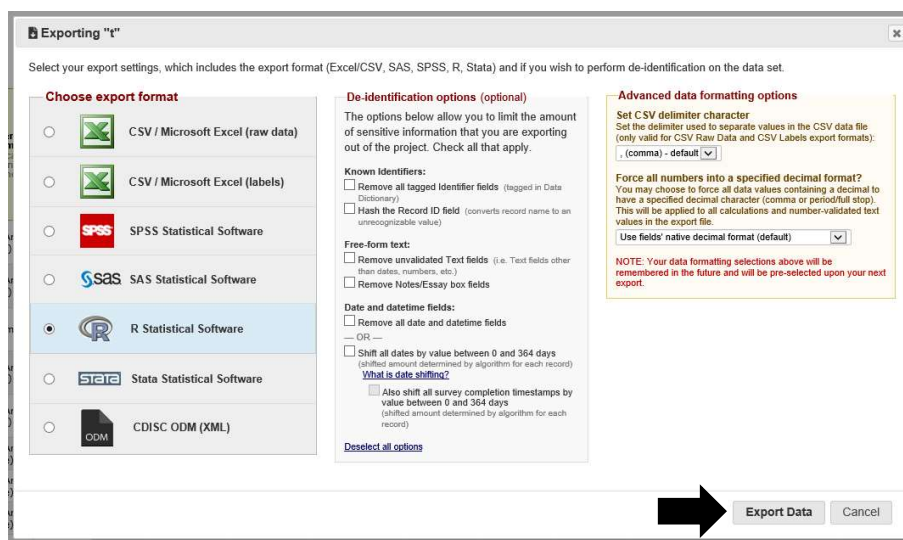


Anmerkung: Die folgenden Schritte gelten für den Export der Reports 1) t2 (= Therapeuten), 2) e (= Eltern/Bezugsperson) und 3) j (= Jugendliche) und müssen für alle drei durchgeführt werden.

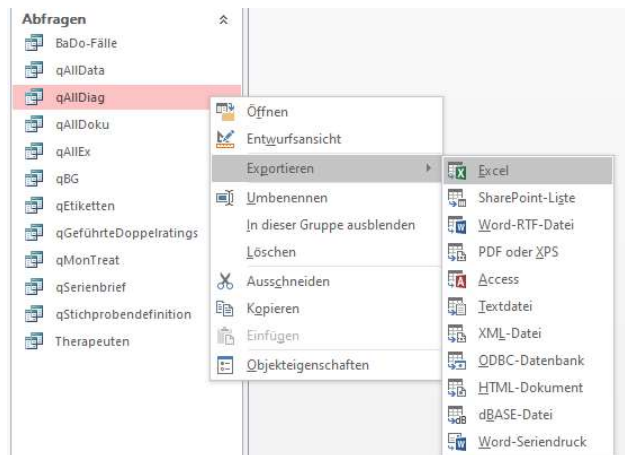
2. Im jeweiligen Report die Daten exportieren:



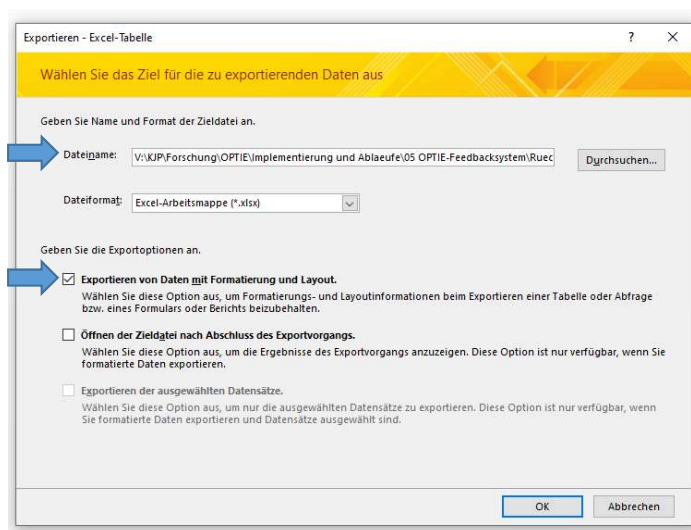
3. Exportformat für R Statistical Software auswählen, keine weiteren De-Personalisierungs- und Datenformatierungsoptionen auswählen:



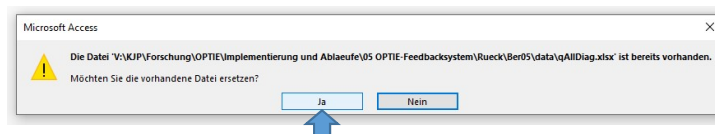




4. Im nun erschienenen Fenster folgenden Speicherpfad auswählen und ein Häkchen bei der Option „Exportieren von Daten mit Formatierung und Layout“ auswählen:  
V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Ber05\data



5. Die Excel-Tabellen existieren in einer alten Version bereits. Diese müssen nun überschrieben werden.



6. Diesen Vorgang für beide Abfragen wiederholen („qAllDiag“ und „qAllEx“).

**V. Individuelle Rückmeldeberichte/Allgemeiner Kontrollbericht erzeugen**

1. Im Ordner `V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Ber05` die r-Datei `datIndRep_fo` öffnen.
2. Im Skript die folgenden Befehle mit Str. + Enter ausführen. Nach Ende der Ausführung mit dem nächsten Befehl weitermachen:

Nr.	Funktion	Zweck	Zeile
1	<code>rm(list= ls())</code>	Arbeitsverzeichnis leeren,	10
2	<code>library(###)</code>	Pakete laden	16 – 19
3	<code>setwd</code> <code>getwd</code> <code>source()</code>	Verbindung Arbeitsverzeichnisse vorbereiten	25 – 39
4	<code>rm(list= ls())</code>	Arbeitsverzeichnis leeren	43
5	verschiedene Funktionen	Rückmeldebericht vorbereiten	50 – 124
5	verschiedene Funktionen	Rückmeldebericht + individuelle Berichte erstellen lassen  Abwarten bis durchgelaufen (Pro RB ca. 2 Minuten)	146 – 149
6	<code>funRepCon()</code>	Allgemeiner Rückmeldebericht	156
7	<code>source(..."parbeh_fo.R")</code> <code>source(..."newex_fo.R")</code>	Teilnahmeverhalten errechnen und neue Abgeschlossene Fälle identifizieren	158 – 159

3. Abwarten bis Konsole fertig ist
4. R schließen. „Don't save“

### **SOP – Rückmeldeberichte verschicken**

#### **Ablauf:**

1. In der Abfrage „qMon\_RB\_Frontend\_RecCap“ die Variable „rueck\_ver“ für die aktuellen Fälle ergänzen aus der Excel Tabelle *Rueck\_ver\_YY-mm-dd*

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\08 Ueberblick\Statistiken\Rueckmeldequoten Feedbacksystem“

2. Die Rückmeldeberichte in Farbe und doppelseitig im OPTIE Büro (4.OG R.001) ausdrucken z.B: RB\_Nddmmyy\_NR. (nicht Kontrolle und nicht NA)

**Achtung:** In *tblStudTher* prüfen, welche Therapeut:Innen die keine ausgedruckte Version wollen!

Rückmeldeberichte zu finden unter:

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Ber05\Latex\repTemp“

3. Serienbrief Anschreiben für jeden Rückmeldebericht generieren und ausdrucken

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\RB\_1\_Anshr\_t\_dg.docx“

4. Anschreiben und Rückmeldebericht in die Therapeut:innen- Postfächer legen
5. Die Rückmeldeberichte per E-Mail (über OPTIE-E-Mail) an Therapeut:innen & Supervisor:innen, bei den **Rückmeldeberichten 1, 3, 5, 7 und 9** das neue Abrechnungsformular zur Abrechnung der OPTIE Supervision anhängen

➔ Beim einfügen „**nur Text übernehmen**“ (ansonsten werden die Codes in der E-Mail angezeigt)

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\10 Datenbank“

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Anwesenheitsnachweis\_OPTIE-Einzel.pdf“

6. Für die verschickten Rückmeldeberichte einen Ordner im Format: **YYYY-MM-DD** erstellen

„V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Abläufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\Rueck\Ber05\Latex\repTemp“

**Fehlerquellen:** Nach jedem Fehler der behoben wurde, das Word Dokument neu öffnen

1. Kein Supervisor:in ist angegeben
  - ➔ In Access aus RedCap übernehmen
  - ➔ Falls kein/e Supervisor:in in RedCap hinterlegt ist, in E-Mail darum bitten einer/emSupervisor:in mitzuteilen
2. Die Nummer des Rückmeldeberichts fehlt
  - ➔ T-dat 1 fehlt (RedCap nachsehen)

**SOP – Monitoring ZIEBO****Einholen der verspäteten ZIEBO Angaben**

Tabelle: qMonZiebo kontrollieren:

Variablen- Name	Zeitpunkt in Tagen	Beschreibung	To do	Anmerkungen
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	-14	Status 9 = "Zu prüfen"	/	
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	0		RedCAP Eingabe prüfen	Z_mon Standardwert: 9="Zu Prüfung" muss von Studienteam auf 1-5 umgestellt werden
<i>Z_mon_dat</i>	0		Datum eintragen von Überprüfung	
<i>Z_mon</i>	0		Wert ändern	Standardwert: 9="Zu Prüfung" muss von Studienteam auf 1=umgestellt werden
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	14	t_rueck_z = 0;2;3; 4;	1. E-Mail Erinnerung*	V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE- Feedbacksystem\ZIEBO\Monitoring\op_mail_ th_1e
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	14	t_rueck_z = 5	1. E-Mail Nachfrage*	V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE- Feedbacksystem\ZIEBO\Monitoring\op_mail_ th_1n
<i>Z_mon_dat</i>	14		Datum eintragen von E-Mail	
<i>Z_mon</i>	14		Wert ändern	1="Kontrolle auf RedCAP" muss von Studienteam auf 2 „Mail“ umgestellt werden
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	42	t_rueck_z = 0; 2; 3; 4; 5	2. E-Mail Erinnerung*	V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE-

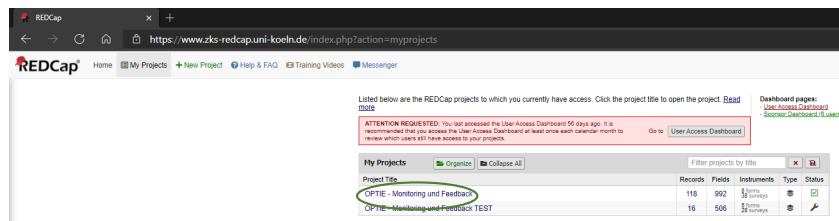


				Feedbacksystem\ZIEBO\Monitoring\op_mail_th_2e
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	42	t_rueck_z = 5	2. E-Mail Nachfrage*	V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE- Feedbacksystem\ZIEBO\Monitoring\op_mail_th_2n
<i>Z_mon_dat</i>	42		Datum eintragen von E-Mail	
<i>Z_mon</i>	42		Wert ändern	2 „Mail“ muss von Studententeam auf 3 „2. Mail“ umgestellt werden
<i>Snc_Ass_Ziebo</i>	98	t_rueck_z = 0; 2; 3; 4; 5	E-Mail über Dr. Döpfner*	
<i>Z_mon_dat</i>	98		Datum eintragen von E-Mail	
<i>Z_mon</i>	98		Wert ändern	3 „2. Mail“ muss von Studententeam auf 4 „3. Mail über MD“ umgestellt werden

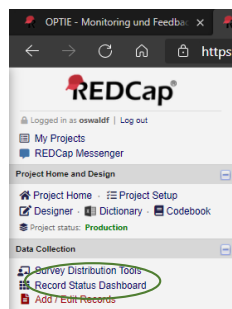
\* bevor eine E-Mail verschickt wird RedCAP auf Status überprüfen

**1. Bei REDCap einsehen, ob Therapeut:innen die Ziele eingegeben haben:**

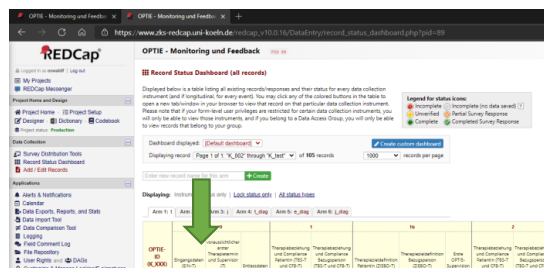
- a) Auf [https://www.zks-redcap.uni-koeln.de/redcap\\_v10.0.16/Home/index.php](https://www.zks-redcap.uni-koeln.de/redcap_v10.0.16/Home/index.php) einloggen und „My Projects“ auswählen



- b) Unter „my Projects“ „OPTIE- Monitoring und Feedback“ auswählen  
 c) Unter „Data Collection“ öffnen von „Record Status Dashboard“



- d) Arm 1:t (Therapeuten) auswählen



- e) Zeile „1b“ überprüfen ob Therapeut Daten eingegeben hat

**ACHTUNG:** Bei Kindern unter 11 Jahren erscheint automatisch ein grüner Haken in der Überblicksansicht. Daher immer den Fall öffnen.

	Therapeuten Definition (2580-7)	Therapeuten Begegnung (2580-7)	Erst OPTIE- Suspension
1a	✓	✓	○
1b	✓	✓	○
1c	✓	✓	○
1d	✓	✓	○
1e	✓	✓	○
1f	✓	✓	○
1g	✓	✓	○
1h	✓	✓	○
1i	✓	✓	○
1j	✓	✓	○
1k	✓	✓	○
1l	✓	✓	○
1m	✓	✓	○
1n	✓	✓	○
1o	✓	✓	○
1p	✓	✓	○
1q	✓	✓	○
1r	✓	✓	○
1s	✓	✓	○
1t	✓	✓	○

## 2. Status in „t\_rueck\_z“ zu 0-5 ändern

t_rueck_z_stat	z_mon_dat	z_mon	SnC_Ass_Ziebo	t_rueck_z	anm_ZIEBO
Status OK			0	-9	9
Status OK			0	-6	9
RedCAP prüfen			0	1	0
RedCAP prüfen			0	5	5

- 0 = "Unvollständig"
- 1 = "Vollständig"
- 2 = "Zielabstufungen fehlen"
- 3 = "J\_Ziel fehlt"
- 4 = "E\_Ziel fehlt"
- 5 = "Kann aktuell nicht eingetragen werden"

## 3. E-Mail \*

Wenn „t\_rueck\_z“ einen Wert von 0;2;3;4;5 hat, dann eine je nach Zeitpunkt zutreffende E-Mail senden (V:\KJP\Forschung\OPTIE\Implementierung und Ablaeufe\05 OPTIE-Feedbacksystem\ZIEBO\Monitoring\op\_mail\_th\_X) an Therapeuten schicken (siehe Tabelle)

\* bevor eine E-Mail verschickt wird RedCAP auf Status überprüfen

## 4. E-Mail Status eintragen

In „z\_mon\_dat“ das Datum eintragen und in „z\_mon“ den Status ändern wie folgt:

t_rueck_z_stat	z_mon_dat	z_mon	SnC_Ass_Ziebo	t_rueck_z	anm_ZIEBO
Status OK			0	-9	9
Status OK			0	-6	9
RedCAP prüfen			0	1	0
RedCAP prüfen			0	5	5

- 0 = Standardwert= „Noch keine Monitoring“
- 1= „Kontrolle RedCAP“
- 2= „1. Mail“
- 3= „2. Mail“
- 4= „Mail über MD“

## 5. E-Mail an Herrn Döpfner

Wenn nach 98 Tagen noch nichts in RedCAP eingetragen wurde, dann eine E-Mail an Herrn Döpfner schicken

\*bevor eine E-Mail verschickt wird RedCAP auf Status überprüfen

**SOP – SMS Monitoring****Abfrage: qMonRcSMS (Frontend RedCap)**

Variablen-Name	Beschreibung
<i>ID_op</i>	OPTIE-ID
<i>chi</i>	Chiffre
<i>rc_sms_stat</i>	Status Versenden einer SMS
<i>rc_sms_vol</i>	Vollständigkeit Assessment nach SMS-Erinnerung
<i>j_sms</i>	Einverständnis Zusendung SMS: 0= <i>Nein</i> ; 1= <i>Ja</i> ; 8= <i>nicht relevant</i> ; 8= <i>Unbekannt</i>
<i>j_vna</i>	Vorname des/der Jugendlichen
<i>j_nna</i>	Nachname des/der Jugendlichen
<i>j_tel_1</i>	Telefonnummer des/der Jugendlichen
<i>j_tel_2</i>	Alternative Telefonnummer des/der Jugendlichen
<i>rc_sms_send</i>	Zu welchem Assessment wurde eine Einladung per SMS gesendet?
<i>rc_sms_dat</i>	Wann wurde die Assessment-Einladung per SMS gesendet?
<i>rc_j_vol</i>	Vollständig ausgefülltes Assessment in RedCap
<i>ass_nr2</i>	Assessment-Nummer des aktuell laufenden Befragung
<i>e_nna</i>	Nachname des/der Sorgeberechtigten
<i>e_tel_1</i>	Telefonnummer des/der Sorgeberechtigten
<i>e_tel_2</i>	Alternative Telefonnummer des/der Sorgeberechtigten
<i>assSta_0 bis assSta_9</i>	Assessment-Nummer
<i>BG</i>	Behandlungsgruppe: 1= <i>Feedback</i> ; 2= <i>Routine</i>
<i>ex</i>	Studienausschluss: 1= <i>Ja</i> ; 0 = <i>Nein</i>
<i>dat_ein</i>	Falleingabe in RedCap
<i>t_dat_1</i>	Erster Therapietermin
<i>j_tnf</i>	Teilnahme des/der Jugendlichen am Rückmeldesystem

## 1. Erinnerungs-SMS an Jugendliche einstellen

- 1.1. Zunächst wird mit den Sorgeberechtigten und den Jugendlichen telefonisch abgeklärt, ob der/die Jugendliche per SMS kontaktiert und an die Feedback-Befragung erinnert werden darf.
- 1.2. Ob der/die Jugendliche per SMS kontaktiert werden darf, wird in „qMonRcSMS“ bei der Variable „j\_sms“ (1= Ja, 0=nein oder 9= unbekannt) kodiert.
- 1.3. Bei 1= „ja“ Handynummern des/der Jugendlichen in „j\_tel\_1“ hinterlegen.

## 2. Versenden von Erinnerungs-SMS an Jugendliche

- 2.1. Die zu erinnernden Jugendlichen sind per Messzeitpunkt ersichtlich durch die Statusvariable „rc\_sms\_stat“ („Assessment X per SMS schicken“). Gleichzeitig mit dem Herausschicken der Erinnerungs-Mail, die den Link für die Befragung enthält, senden wir den Jugendlichen nachmittags (sodass diese nicht in der Schule gestört werden) eine SMS mit folgendem Text:

Hallo [j\_vna]!

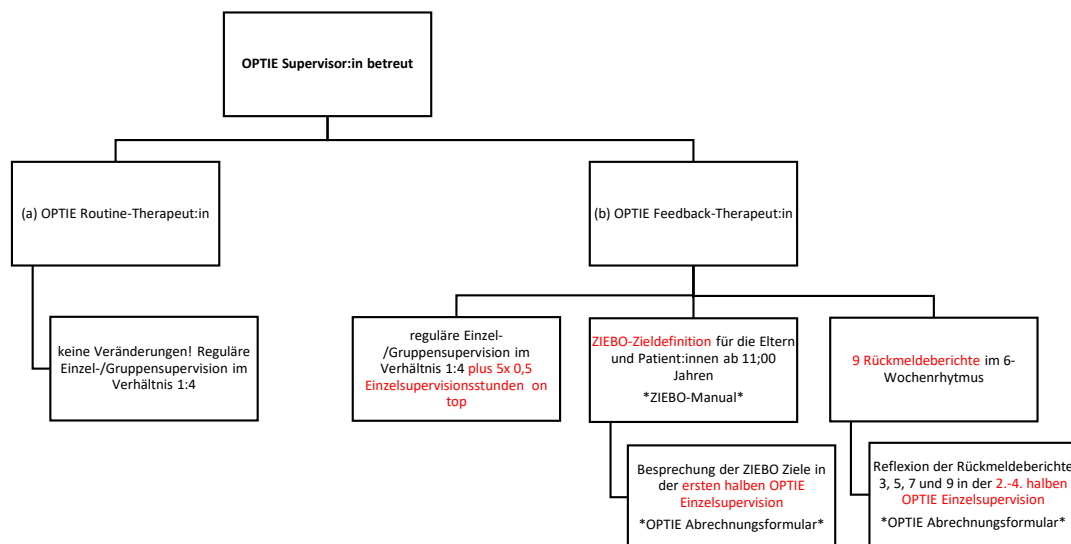
Hiermit erinnern wir dich an die nächste OPTIE Umfrage. Klicke gerne auf diesen Link, um direkt die Umfrage zu starten: [\[Link zur Umfrage einfügen\]](#).

Falls es gerade schlecht bei dir passt, ist das kein Problem. Es wäre jedoch toll, wenn du spätestens in drei Tagen deine Antworten eingetragen hast. Danke!

Wir wünschen dir noch einen schönen Tag!

Dein Studienteam OPTIE ☺

- 2.2. Hiernach muss die Variable „rc\_sms\_send“ auf das herausgeschickte Assessment eingestellt werden (z. B. wenn die Erinnerung an Assessment 2 verschickt wurde, muss „rc\_sms\_send“ auf „ASS2“ gestellt werden). Hiernach springt die Statusvariable „rc\_sms\_stat“ auf „Status Ok“. Bei der Variable „rc\_sms\_dat“ das Datum der herausgeschickten SMS eintragen.
- 2.3. Es soll 2x in der Woche (einmal am Anfang und einmal am Ende der Woche) ein Monitoring stattfinden.
- 2.4. Hierfür ebenfalls Abfrage qMonRcSMS öffnen. Die Variable „rc\_sms\_stat“ gibt an, welche Fälle monitoriert werden müssen. Fall in RedCap prüfen. Die Variable „rc\_sms\_send“ auf das aktuelle Datum einstellen. Die Variable „rc\_j\_vol“ ausfüllen (0-8= ASSxx vollständig, -99= unbekannt/unvollständig).

**SOP – OPTIE Supervisor:innen**

Die Therapeut:innen sind einer OPTIE-Behandlungsgruppe zugelost worden (Routine vs. Feedback) und erfahren bei der Patient:innen-Übergabe, ob es sich um einen OPTIE-Patienten handelt.

- Therapeut:innen in der Routinegruppe** haben keine Veränderungen zur regulären AKiP-Therapie. Die Supervision wird wie gewohnt im Verhältnis 1:4 durchgeführt. Bei der Routine-Gruppe gibt es **keine** Kostenerstattung von Supervisionsstunden.
- Therapeuten der Feedbackgruppe** erhalten **zusätzlich** zu dem regulären 1:4 Supervisionsverhältnis **5x0,5 Einzelsupervisionsstunden** bei dem/der fallbetreuenden Supervisor:in. Diese werden vom Projekt OPTIE finanziert und sind für die Feedbacktherapeut:innen **kostenfrei**.

**Ablauf der Feedbackgruppe:**

- Die Eltern, Patient:innen (ab 11 J.) und die Therapeut:innen füllen alle 6 Wochen nach Therapieart (1. vereinbarter Termin mit der Familie) eine Befragung zur Therapie aus.
- Die Ergebnisse der Befragung werden ca. 2 Wochen später in Form eines Rückmeldeberichtes per E-Mail an die Therapeut:innen und die Supervisor:innen (in CC) versendet.
- In den **ersten 8 Wochen** der Therapie erarbeiten die Therapeut:innen mit den Familien die Therapieziele anhand des ZIEBO-Manuals (*OP\_ZIEBO\_11*) und vereinbaren mit Ihren Supervisor:innen die **erste halbe OPTIE Einzelsupervision**. Diese dient zur Besprechung und Anpassung der ZIEBO-Ziele. Pro Beurteiler sind 1-4 ZIEBO-Zielabstufungen möglich.
- Im weiteren Verlauf der Therapie nehmen die Therapeut:innen bei **jedem ungeraden Rückmeldebericht (3,5,7 und 9)** die weiteren **vier halben OPTIE Einzelsupervisionsstunden** wahr, um den jeweils aktuellsten Rückmeldebericht zu besprechen und die Therapieplanung daran anzupassen.

**WICHTIG: Die Abrechnung der OPTIE-Supervision erfolgt über einen gesonderten Abrechnungszettel (Anwesenheitsnachweis, OPTIE\_Einzel).** Alle regulären Supervisionstermine werden **OHNE** einen Vermerk, dass es sich um einen OPTIE-Fall handelt, abgerechnet!

### **SOP – OPTIE Signaturen**

**Mit Cloud-Link:** für die E-Mail-Kommunikation mit Therapeut:innen und Supervisor:innen (Hausintern)

---

Projekt OPTIE  
Prozessfeedback in der  
Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9  
50969 Köln

Studienleitung: PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Manfred Döpfner  
AnsprechpartnerIn: Nina Geldermann, Jana Rausch und Felix Oswald

Telefon: +49 221 – 478 35666  
E-Mail: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)

Homepage: <http://www.akip.uk-koeln.de>  
Studienmaterialien: <https://uni-koeln.sciebo.de/s/OPRvh8m0inimEJg>  
Sprechstunde: Montags bis mittwochs und freitags von 10-17 Uhr

---

**Ohne Cloud-Link:** für die E-Mail-Kommunikation mit Familien und Wohngruppen (Hausextern)

---

Projekt OPTIE  
Prozessfeedback in der  
Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9  
50969 Köln

Studienleitung: PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Manfred Döpfner  
AnsprechpartnerIn: Nina Geldermann, Jana Rausch und Felix Oswald

Telefon: +49 221 – 478 35666  
E-Mail: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)

Homepage: <http://www.akip.uk-koeln.de>  
Sprechstunde: Montags bis mittwochs und freitags von 10-17 Uhr

---



AKiP

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln

## **OPTIE**

**Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der  
Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen  
und externalen Störungen**

# **Studienprotokoll**

Version 5  
vom 11.03.21

Gefördert durch den Innovationsausschuss beim  
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)  
Förderkennzeichen: 01VSF18027



*Studienprotokoll OPTIE***Inhaltsverzeichnis**

<b>Glossar</b>	<b>iv</b>
<b>Versionsänderungen</b>	<b>vi</b>
<b>Einleitung</b>	<b>ix</b>
<b>I Hintergrund</b>	<b>1</b>
<b>1 Theorie und Empirie therapeutischer Rückmeldesysteme</b>	<b>2</b>
1.1 Chancen für die Verlaufsbeobachtung und Verlaufsrückmeldung . . . . .	2
1.2 Inhalte und Ziele therapeutischer Rückmeldesysteme . . . . .	2
1.3 Evaluationsstudien bei Erwachsenen . . . . .	4
1.4 Evaluationsstudien bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	5
<b>2 Studienziele und Hypothesen</b>	<b>5</b>
<b>II Methodik</b>	<b>6</b>
<b>3 Studienübersicht und Studiendesign</b>	<b>7</b>
<b>4 Studienteilnahme</b>	<b>7</b>
4.1 Rekrutierung . . . . .	7
4.2 Einschlusskriterien . . . . .	7
4.3 Randomisierung . . . . .	8
4.4 Ethik und gesetzliche Bestimmungen . . . . .	8
<b>5 Behandlung</b>	<b>9</b>
5.1 Behandlungsgruppen . . . . .	9
5.1.1 Routinegruppe . . . . .	9
5.1.2 Feedbackgruppe . . . . .	9
5.2 Das therapeutische Rückmeldesystem . . . . .	9
5.2.1 Verlaufsbeobachtung . . . . .	9
5.2.2 Verlaufsrückmeldung . . . . .	11
5.2.3 Supervision . . . . .	11
<b>6 Erhebung</b>	<b>11</b>
6.1 Informanten . . . . .	11
6.2 Messzeitpunkte . . . . .	12
6.3 Ergebnisparameter . . . . .	12
<b>7 Statistik</b>	<b>13</b>
7.1 Stichprobenkalkulation . . . . .	13

*Studienprotokoll OPTIE*

7.2	Intent-to-treat- und Per-protocol-Stichprobe . . . . .	14
7.3	Primäranalyse . . . . .	14
<b>III</b>	<b>Implementierung AKiP</b>	<b>15</b>
<b>8</b>	<b>Übersicht Projektablauf</b>	<b>16</b>
<b>9</b>	<b>AKiP-Screening</b>	<b>16</b>
9.1	Überprüfung Einschlusskriterien . . . . .	18
9.2	Kurze Studieninformation . . . . .	18
9.3	Einverständniserklärung – Ausgabe . . . . .	18
<b>10</b>	<b>OPTIE Untersuchung</b>	<b>18</b>
10.1	Untersuchung I . . . . .	18
10.1.1	Einverständniserklärung – Einholen . . . . .	19
10.1.2	Diagnostik OPTIE und AKiP – Ausgabe und Einholen . . . . .	19
10.2	Untersuchungen II und III . . . . .	20
<b>11</b>	<b>OPTIE Randomisierung</b>	<b>20</b>
<b>12</b>	<b>Behandlung</b>	<b>20</b>
12.1	Studientherapeuten und Studiensupervisoren . . . . .	20
12.2	Therapeutisches Rückmeldesystem . . . . .	20
12.2.1	Verlaufsbeobachtung . . . . .	20
12.2.2	Supervision . . . . .	21
<b>Anhang</b>		<b>22</b>
<b>A</b>	<b>Förderantrag Innovationsfonds</b>	<b>23</b>
<b>B</b>	<b>Studieninformation und Einverständniserklärung</b>	<b>40</b>
B.1	Therapeuten . . . . .	40
B.2	Eltern/Sorgeberechtigte . . . . .	48
B.3	Kinder/Jugendliche . . . . .	56
<b>C</b>	<b>Instrumente I – Ergebnisparameter</b>	<b>62</b>
C.1	Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS; Athay et al., 2012; Bickman et al., 2010) . . . . .	62
C.2	Clinical Global Impression Scales (CGI; Remschmidt et al., 2012) . . . . .	64
C.3	Therapieerwartungsskala (TES; Bickman et al., 2010) . . . . .	66
C.3.1	Eltern . . . . .	66
C.3.2	Kinder/Jugendliche . . . . .	68
C.4	Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6–18R; Döpfner et al., 2014) . . . . .	70
C.5	Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R; Döpfner et al., 2014) . . . . .	75

*Studienprotokoll OPTIE*

C.6	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6–18R; Döpfner et al., 2014) . . . . .	80
C.7	Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (FBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dortgen, 2017) . . . . .	85
C.8	Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (SBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dortgen, 2017) . . . . .	90
C.9	KIDSCREEN-10 Index (KIDSCREEN; KIDSCREEN Group Europe, 2006) . . . . .	95
C.9.1	Eltern . . . . .	95
C.9.2	Kinder/Jugendliche . . . . .	97
C.10	Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Matzejat & Remschmidt, 1999) . . . . .	99
C.10.1	Therapeut . . . . .	99
C.10.2	Eltern/Sorgeberechtigte . . . . .	102
C.10.3	Kinder/Jugendliche . . . . .	105
<b>D</b>	<b>Instrumente II - therapeutisches Rückmeldesystem</b>	<b>108</b>
D.1	Fragebögen Eltern/Sorgeberechtigte . . . . .	108
D.2	Fragebögen Kinder/Jugendliche . . . . .	117
D.3	Fragebögen Therapeuten . . . . .	126
	<b>Literatur</b>	<b>133</b>

*Studienprotokoll OPTIE***Glossar**

- AKiP** Ausbildungs- und Forschungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln.
- BPM/6–18** Brief Problem Monitor (Döpfner et al., im Druck).
- CASCAP-D** Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (Döpfner et al., 1999).
- CBCL/6–18R** Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 2014).
- CF** Compliance-Fragebogen; modifizierte Fassung von Görtz-Dorten und Döpfner (2008).
- CGI** Clinical Global Impression Scale (Guy, 1976).
- FBF** Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Mattejat & Remschmidt, 1999).
- FBF-SCREEN** Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017).
- Intention-to-treat** Stichprobe bezieht sich auf die Gesamtheit aller eingeschlossenen Patienten.
- KIDSCREEN** KIDSCREEN-10 Index (KIDSCREEN Group Europe, 2006).
- KJBMS** Kinder- und Jugendlichen-Behandlungsmotivationskala; deutsche Erstübersetzung Motivation for Youth's Treatment (Bickman et al., 2010).
- Per-protocol** Stichprobe bezieht sich auf die Patientengruppe ohne relevante Protokollverletzungen.
- PiA** Psychotherapeut/in in Ausbildung.
- PiP** Psychotherapeut/in im Praktikum.
- Post** Messzeitpunkt nach dem Ende der 12-monatigen Interventionszeit (Monat 13).
- Prä** Messzeitpunkt vor Behandlungsbeginn (Monat 0).
- RCI** Reliable Change Index (Jacobson & Truax, 1991).
- SBB-SCREEN** Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen (Döpfner & Görtz-Dorten, 2017).
- SFSS** Symptoms and Functioning Severity Scale (Athay et al., 2012; Bickman et al., 2010).
- TBS** Therapiebeziehungsskala; deutsche Erstübersetzung Therapeutic Alliance Quality Scale für Jugendliche bzw. Therapeutic Alliance Quality Rating für Eltern und Therapeuten (Bickman et al., 2010).

*Studienprotokoll OPTIE*

- TES** Therapieerwartungsskala; deutsche Erstübersetzung Treatment Outcome Expectations Scale (Bickman et al., 2010).
- TRF/6–18R** Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Döpfner et al., 2014).
- TWS** Therapiewirkungsskala; deutsche Erstübersetzung Youth Counseling Impact Scale v.2 für Jugendliche bzw. Neuentwicklung für Eltern (Bickman et al., 2010).
- YSR/11–18R** Fragebogen für Jugendliche (Döpfner et al., 2014).
- ZIEBO** Therapiezielbogen; modifizierte Fassung von Döpfner und Steinhausen (2012).
- Zwischen** Messzeitpunkt nach der Hälfte der 12-monatigen Interventionszeit (Monat 7).

*Studienprotokoll OPTIE***Versionsänderungen****Version 6****Stichprobenkalkulation (Abschnitt 7.1, S. 13)**

- Erhöhung der geplanten Stichprobengröße, um für Familien zu kompensieren, denen nach der Randomisierung kein Studientherapeut zur Verfügung gestellt werden konnte.

**Version 5****Stichprobenkalkulation (Abschnitt 7.1, S. 13)**

- Erhöhung der geplanten Stichprobengröße, um für Familien zu kompensieren, denen nach der Randomisierung kein Studientherapeut zur Verfügung gestellt werden konnte.

**Version 4****Randomisierung (Abschnitt 4.3, S. 8)**

- Unterscheidung von regulärer und erzwungener Randomisierung wurde ergänzt.

**Ergebnisparameter (Abschnitt 6.3, S. 12)**

- Im Urteil Kliniker verblindet soll bei den *Clinical Global Impression Scales* (CGI; Remschmidt et al., 2012) nur noch die Skala *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung* erhoben werden und die Skala *Erfolg der Behandlung für die Symptomatik* sowie die Skala *Erfolg der Behandlung für die Gesamtsituation des Patienten* sollen entfallen. Hintergrund ist, dass durch die Verblindung die benannten Skalen nicht angemessen erhoben werden können.

**OPTIE Randomisierung (Abschnitt 11, S. 20)**

- Ergänzung um die Möglichkeit der erzwungenen Randomisierung.

**Studieninformation und Einverständniserklärung (Abschnitt B.1, S. 40)**

- In der Studieninformation für Therapeuten Ergänzung um die Möglichkeit der erzwungenen Randomisierung.

**Version 3****Einschlusskriterien (Abschnitt 4.2, S. 7)**

- Das Ausschlusskriterium der Indikation für eine stationäre Psychotherapie entfällt und wird durch das Einschlusskriterium der Indikation für eine ambulante Psychotherapie ersetzt.
- Es werden zusätzlich ausreichende Deutschkenntnisse mindestens eines Sorgeberechtigten gefordert.

**Randomisierung (Abschnitt 4.3, S. 8)**

- Die Randomisierung der Therapeuten zu den Behandlungsbedingungen soll stratifiziert nach Geschlecht und Alter erfolgen.

*Studienprotokoll OPTIE***Ethik und gesetzliche Bestimmungen (Abschnitt 4.4, S. 8)**

- Zusätzliche Berücksichtigung einer Einverständniserklärung für Therapeuten.
- Auf die Einverständniserklärung des Lehrers wird verzichtet (Anfrage Ethikkommission über E-Mail am 15.05.19; Antwort vom 26.06.19).
- Auf die Kurzfassung der Einverständniserklärung für Eltern/Sorgeberechtigte wird verzichtet; die Langfassung wird weiterhin beibehalten (Anfrage Ethikkommission über E-Mail am 22.05.19; Antwort vom 26.06.19).
- Die Patienteninformation und Einverständniserklärungen für Eltern/Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche wurden aktualisiert (u. a. Verzicht auf Videoaufnahmen zugunsten von Tonaufzeichnungen, Speicherung der E-Mailadresse der Teilnehmer).

**Das therapeutische Rückmeldesystem (Abschnitt 5.2, S. 9)**

- Vollständige Überarbeitung des Abschnitts zur Verlaufsbeobachtung.
- Vollständige Überarbeitung der im Rahmen des Rückmeldesystems eingesetzten Fragebögen.

**Ergebnisparameter (Abschnitt 6.3, S. 12)**

- Vollständige Überarbeitung der sekundären Ergebnisparameter.

**Implementierung AKiP (Abschnitt III, S. 15)**

- Verzicht auf die Einverständniserklärung für Eltern/Sorgeberechtigte (Kurzfassung) und Lehrer.

**Version 2****Einschlusskriterien (Abschnitt 4.2, S. 7)**

- Das Einschlusskriterium der Diagnose einer internalen oder externalen Störung entfällt und wurde durch das liberalere Kriterium von internalen oder externalen Auffälligkeiten beim Kind ersetzt.

**Implementierung AKiP (Abschnitt III, S. 15)**

- Die organisatorischen Abläufe zur Integration des Projekts in die AKiP-Ausbildungsambulanz wurden allgemein überarbeitet und weiter konkretisiert.
- Weiterhin wurde auf Anmerkung der Ethikkommission hin korrigiert, dass die Patienten erst in die Studie eingeschlossen werden, wenn das Einverständnis beider Eltern/Sorgeberechtigter vorliegt.

**Online-Befragung (Abschnitt 12.2.1, S. 20)**

- Die Verlaufsbeobachtung im Rahmen des therapeutischen Systems sind nun als Online-Befragung geplant, die über das System REDCap realisiert werden.

**Ergebnisparameter (Abschnitt 6.3, S. 12)**

- Der primäre Ergebnisparameter wurde ersetzt. Neuer primärer Ergebnisparameter ist die *Symptoms and Functioning Severity Scale* (SFSS; Athay et al., 2012; Bickman et al., 2010) in der deutschen Interviewfassung.

---

*Studienprotokoll OPTIE*

**Randomisierung (Abschnitt 4.3, S. 8)**

- Die Randomisierung der Familien erfolgt nun unter Berücksichtigung einer Schichtenbildung (Stratifikation). Hierfür werden sowohl der Faktor Geschlecht (männlich, weiblich) wie auch der Faktor Auffälligkeit berücksichtigt (nur internal, nur external, internal und external).

**Wegeunfallversicherung**

- Da die Teilnehmer keine studienbedingten Wege auf sich nehmen werden, wird auf eine Wegeunfallversicherung verzichtet. Die entsprechenden Passagen sind aus dem Ethikantrag sowie den Patientinformationen und Einwilligungserklärungen gestrichen worden.

**Version 1**

Bei der Ethikkommission erste eingereichte Fassung des Prüfplans vom 19.12.2018.



*Studienprotokoll OPTIE***Einleitung**

Dies ist das Studienprotokoll der randomisiert kontrollierten Studie *Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen (OPTIE)*. Ziel der Untersuchung ist die Entwicklung und Überprüfung eines therapeutischen Rückmeldesystems (Verlaufsmonitoring, Verlaufsrückmeldung, Supervision) für die ambulante Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen. Therapeutischen Rückmeldesystemen wird ein wichtiger Stellenwert für die Individualisierung und Verbesserung der Behandlung beigemessen (Stichwort personalisierte Medizin). Im Erwachsenenbereich konnten bereits positive Befunde ermittelt werden, wobei insbesondere Patienten mit ungünstigen Therapieverläufen zu profitieren scheinen. Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besteht national wie international ein Defizit an Wirksamkeitsüberprüfungen.

Über die Dauer von drei Jahren soll an der Psychotherapieambulanz des *Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)* ein therapeutisches Rückmeldesystem überprüft werden. Die Evaluation erfolgt über ein cluster-randomisiertes Parallelgruppendesign mit zwei Behandlungsarmen (Routine, Feedback). In der Routinebedingung wird allein die Standardtherapie angeboten. Die Feedbackbedingung erhält neben der Standardtherapie zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem bestehend aus den drei Komponenten Verlaufsbeobachtung, Verlaufsrückmeldung und Supervision. Zielstichprobe sind 500 Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren mit internalen und externalen Auffälligkeiten. Für die Erfassung von Behandlungsunterschieden wurden ein primärer und mehrere sekundäre Ergebnisparameter definiert. Diese werden zu drei Messzeitpunkten vor, während und nach der Behandlung erhoben und schließen fünf Beurteilerperspektiven ein (verblindeter Kliniker, Therapeut, Eltern, Kind/Jugendlicher, Lehrer). Die Hauptanalyse bezieht sich auf die Gesamtgruppe aller eingeschlossenen Kinder (Intent-to-treat-Stichprobe) und untersucht Gruppenunterschiede hinsichtlich der Veränderung.

Die Studie vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert (Förderkennzeichen: 01VSF18027; Antrag s. Anlage A, 23). Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie handelt es sich dabei unseres Wissens nach um die erste randomisierte Kontrollgruppenstudie in Deutschland zu dem Thema. Erweist sich das Rückmeldesystem als wirksam, kann es die ambulante Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen verbessern.

## **Teil I**

### **Hintergrund**

*Studienprotokoll OPTIE***1 Theorie und Empirie therapeutischer Rückmeldesysteme****1.1 Chancen für die Verlaufsbeobachtung und Verlaufsrückmeldung**

Es kann als gesichert gelten, dass Psychotherapie für die Behandlung verschiedener psychischer Störungen wirksam ist (Lambert, 2013). Dennoch existieren unverändert auch Defizite in der therapeutischen Versorgung. Neben Patienten, die von einer Psychotherapie klinisch bedeutsam profitieren, gibt es immer wieder auch solche mit Verschlechterungen im Therapieverlauf. Im Erwachsenenbereich werden Quoten von bis zu 10 Prozent berichtet (Hansen et al., 2002), im Kinder- und Jugendbereich sogar von bis zu 24 Prozent (Warren et al., 2010). Hinzu kommen hohe Abbruchquoten, die in der Verhaltenstherapie altersübergreifend bei etwa 25 Prozent liegen (Fernandez et al., 2015).

Weiterhin bereitet es Therapeuten nicht nur häufig Probleme, Verschlechterungen im Therapieverlauf zu erkennen (Hatfield et al., 2010), sondern auch Vorhersagen über das individuelle Ansprechen von Patienten auf Psychotherapie zu machen (Hannan et al., 2005). Letzteres gilt insbesondere bei Patienten mit unerwünschten Therapieerläufen. Defizite in der klinischen Beurteilung lassen sich dabei auch nur unzureichend durch zunehmende Berufserfahrung kompensieren (Spengler & Pilipis, 2015). Ausbildungstherapeuten erzielen teilweise sogar bessere Resultate als erfahrene Therapeuten (Budge et al., 2013). Damit unterscheiden sich Psychotherapeuten von anderen Berufsgruppen (z. B. Mathematiker, Testpiloten), bei denen mit zunehmender Erfahrung in der Regel auch ein Zuwachs in den professionellen Fertigkeiten verbunden ist (Shanteau, 1992). Es kommt erschwerend hinzu, dass Therapeuten ihre eigenen Kompetenzen häufig unrealistisch hoch einschätzen. So gaben in einer Untersuchung 25 Prozent aller Behandler an, zu den besten 10 Prozent der Therapeuten zu gehören, keiner wertete seine Kompetenzen als unterdurchschnittlich (Walfish et al., 2012).

Den nur schwachen Zusammenhang von Berufserfahrung und therapeutischer Expertise führen Tracey et al. (2014) unter anderem auf ein Informationsdefizit von Therapeuten zurück, wie sich ihre Interventionen auf den Patienten auswirken. In Übereinstimmung mit aktuellen Positionspapieren zum Stand der Psychotherapieforschung (Emmelkamp et al., 2014) und Übersichtsarbeiten zu therapeutischen Rückmeldesystemen (Lutz et al., 2015) bewerten Tracey et al. (2014) therapeutische Rückmeldesysteme als wichtigen Ansatz zur Behandlungsoptimierung. Therapeutisches Feedback wird darüber hinaus im Kontext aktueller Paradigmen der Psychotherapie wie personalisierter Behandlung (personalized interventions; Ng & Weisz, 2016) oder evidenzbasierter Praxis (evidence-based practice; Duncan & Reese, 2013) diskutiert und als bedeutsam bewertet. Mit Nutzungsquoten von teilweise lediglich 12 Prozent werden therapeutische Rückmeldesysteme in der Praxis bisher aber nur unzureichend eingesetzt (Ionita & Fitzpatrick, 2014). Besonders die Forschung im Kinder- und Jugendbereich ist als defizitär zu werten (Gondek et al., 2016; Ng & Weisz, 2016).

**1.2 Inhalte und Ziele therapeutischer Rückmeldesysteme**

Die Idee für ein therapeutisches Rückmeldesystem wird häufig Ken Howard und Kollegen zugeschrieben (Howard et al., 1996; vgl. Tracey et al., 2014). Unter dem Begriff der sogenannten

*Studienprotokoll OPTIE*

patientenorientierten Psychotherapieforschung wurde ein Paradigma aufgestellt, „that is concerned with the monitoring of an individual’s progress over the course of treatment and the feedback of this information to the practitioner, supervisor, or case manager“ (Howard et al., 1996, S. 1095). In der englischsprachigen Literatur werden in diesem Zusammenhang unterschiedliche Begriffe wie Routine Outcome Monitoring (Carlier et al., 2012), Measurement Feedback System (Bickman et al., 2012), Patient-Reported Outcome Measure Feedback (Krägeloh et al., 2015) oder auch Progress Monitoring (Overington & Ionita, 2012) verwendet.

Als zentrales Ziel von therapeutischen Rückmeldesystemen kann die Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie angesehen werden, was insbesondere für Patienten mit ungünstigen Therapieverläufen bzw. für Therapieabbrecher relevant ist. Rückmeldesysteme können dazu genutzt werden, Risikopatienten frühzeitig zu identifizieren und die Behandlungsplanung anzupassen. Im Sinne des Ansatzes einer partizipativen Entscheidungsfindung (Angell et al., 2015) kann der Therapeut die Befunde in den therapeutischen Prozess einbringen und mit dem Patienten besprechen, um Adhärenz und Behandlungsmotivation zu fördern. Neben dem individuellen Nutzen ist bei therapeutischen Rückmeldesystemen auch eine gesellschaftliche bzw. gesundheitsökonomische Dimension relevant. Werden Daten von Rückmeldesystemen zentralisiert gesammelt und patientenübergreifend ausgewertet, kann zur Qualitätssicherung ein Benchmarking über Institutionen hinweg erfolgen (vgl. Lueger & Barkham, 2010).

Die beiden zentralen Komponenten von therapeutischen Rückmeldesystemen sind das Monitoring des Therapieprozesses (Informationserhebung) und das Feedback (Informationsrückmeldung). Bezogen auf das Monitoring lassen sich Rückmeldesysteme unter anderem nach den erfassten Inhalten, der Frequenz und der Form der Erhebung (z. B. Papier, elektronisch) sowie dem Informanten (z. B. Kind, Eltern) unterscheiden. Relevante Dimensionen des Feedbacks sind der Adressat, an den die Rückmeldung gerichtet ist (z. B. Patient, Therapeut) und der Inhalt der Rückmeldung (z. B. deskriptiv, bewertend, unterstützend).

In der Literatur werden verschiedene Empfehlungen zu therapeutischen Rückmeldesystemen gegeben (Kelley & Bickman, 2009; van Sonsbeek et al., 2014). Die dabei verwendeten Messinstrumente sollten demnach kurz sein, regelmäßig eingesetzt werden, sich inhaltlich an den Bedürfnissen und Erfordernissen von Patienten und Klinikern orientieren, möglichst mehrere Beurteilerperspektiven berücksichtigen, psychometrischen Anforderungen genügen (z. B. Änderungssensitivität) und neben dem primären Ergebnisparametern (z. B. Symptomatik, Funktionsniveau, Lebensqualität) auch prozessorientierte Merkmale (z. B. therapeutische Beziehung, Therapiemotivation) berücksichtigen. Die Rückmeldung sollte zeitnah und schriftlich erfolgen und idealerweise neben den diagnostischen Befunden auch Empfehlungen über das weitere therapeutische Vorgehen beinhalten.

Für den Erwachsenenbereich stehen mittlerweile eine Reihe von therapeutischen Rückmeldesystemen zur Verfügung (für eine Übersicht s. Overington & Ionita, 2012). Ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Systemen besteht dabei in dem Inhalt der Rückmeldung, der von (a) weitgehend deskriptiv über (b) bewertend bis hin zu (c) therapeutisch unterstützend sein kann. Die eher deskriptiven Systeme beschränken sich beispielsweise auf eine graphische Darstellung der Patientenangaben über die Zeit.

Bewertende Systeme gehen darüber hinaus und nehmen eine Einschätzung des Patienten

*Studienprotokoll OPTIE*

bzw. des Therapieverlaufs vor. Dafür werden verschiedene Ansätze mit teils sehr unterschiedlichen Voraussetzungen verwendet. Mehrere Rückmeldesysteme nehmen Bezug auf die Arbeit von Jacobson und Truax (1991) zur klinischen Signifikanz; für das Feedback werden dann entsprechende Normalisierungsraten und ein Index für statistisch bedeutsame Veränderungen berücksichtigt (Reliable Change Index [RCI]; z. B. Barkham et al., 2013; Kopta et al., 2015). Der Ansatz von Lambert et al. (2001) ist als noch weitreichender anzusehen. Unter Einbeziehung des initialen Schweregrads und der Dauer der Therapie wird hier dem Behandler rückgemeldet, ob der individuelle Therapieverlauf von einer Norm abweicht.

Unterstützende therapeutische Rückmeldesysteme, also der dritte Typ von Feedbacksystemen, sind in der Regel für Patienten mit ungünstigen Therapieverläufen gedacht (z. B. White et al., 2015). Sie dienen der Aufdeckung möglicher Hindernisse im Behandlungsprozess (z. B. therapeutische Beziehung, Therapiemotivation) und geben Empfehlungen für das weitere therapeutische Vorgehen.

### 1.3 Evaluationsstudien bei Erwachsenen

Im Erwachsenenbereich sind Feedback-Interventionen bereits mehrfach untersucht worden und die Befunde werden in verschiedenen Meta-Analysen (Knaup et al., 2009; Shimokawa et al., 2010) und Übersichtsarbeiten zusammenfassend diskutiert (Boyce & Browne, 2013; Carlier et al., 2012; Davidson et al., 2015; Gondek et al., 2016; Krägeloh et al., 2015; Marshall et al., 2006).

Diese Arbeiten gehen übereinstimmend davon aus, dass Feedback geeignet ist, verschiedene Bereiche des Therapieprozesses positiv zu beeinflussen und beispielsweise die Kommunikation von Therapeut und Patient zu verbessern oder die Behandlung schneller an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen (Carlier et al., 2012; Marshall et al., 2006). Wird aber das zentrale Ergebnismaß, die psychische Gesundheit von Patienten betrachtet, ist die Befundlage schwach und es werden lediglich geringe Effekte berichtet. Meta-analytisch wurden kleine Effektstärken (Hedges  $g$ ) in der Höhe von  $-0.10$  zugunsten der Feedback-Bedingung gefunden (Knaup et al., 2009). In systematischen Übersichtsarbeiten lag der Vorteil von Feedback-Bedingungen bei etwa der Hälfte der Studien (Carlier et al., 2012; Gondek et al., 2016) oder weniger (Boyce & Browne, 2013).

Vieles deutet auf stärkere Effekte von Feedback-Rückmeldesystemen hin, wenn speziell Patienten mit unerwünschten Therapieverläufen betrachtet werden (Davidson et al., 2015; Gondek et al., 2016). In der englischsprachigen Literatur wird in diesem Zusammenhang von Patienten gesprochen, die Not-On-Track (NOT) sind. In Abhängigkeit von der Stichprobe (Intent-to-Treat-, Per-Protocol-Stichprobe) und der Intensität des Feedbacks konnten für diese Patientengruppe dann Effektstärken (Hedges  $g$ ) von  $-0.28$  bis hin zu  $-0.70$  ermittelt werden (Shimokawa et al., 2010). Dieser Befund ist insofern plausibel, als dass bei Patienten mit Problemen im therapeutischen Prozess am ehesten Raum für Verbesserung besteht und eine Rückmeldung dieser Befunde dann besonders sinnvoll erscheint.

Davidson et al. (2015) merken allerdings kritisch an, dass die Forschung zu therapeutischen Rückmeldesystemen häufig mit Patienten aus universitären Beratungsstellen mit minder-

*Studienprotokoll OPTIE*

schweren Symptomen durchgeführt wurde. Werden hingegen neuere Studien mit schwerer beeinträchtigten Patienten berücksichtigt (z. B. Simon et al., 2012), bewerten die Autoren therapeutische Rückmeldesysteme für die Gruppe der Personen mit unerwünschten Therapieverläufen weiterhin als wirksam, sehen die Effektstärken dann aber als reduziert an.

**1.4 Evaluationsstudien bei Kindern und Jugendlichen**

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es kaum Forschung zu therapeutischen Rückmeldesystemen und die Studienlage ändert sich nur langsam. Carlier et al. (2012) konnten für ihre Übersichtsarbeit noch keine randomisierte Kontrollgruppenstudie ermitteln. In van Sonsbeek et al. (2014) wird über das Studienprotokoll einer unseres Wissens nach bisher unveröffentlichten Studie berichtet. In der systematischen Übersichtsarbeit von Gondek et al. (2016) wurden nun zwei Studien zu Patienten im Jugendalter berücksichtigt (Bickman et al., 2011; Lester, 2012). Diese aktuell verfügbaren Befunde weisen auf die Wirksamkeit des Ansatzes hin. Für die Gesamtgruppe der Patienten sind in Abhängigkeit von der Beurteilerperspektive (Eltern, Jugendlicher, Kliniker) kleine Effektstärken in der Höhe von  $-0.18$  bis  $-0.27$  berichtet worden (Bickman et al., 2011).

**2 Studienziele und Hypothesen**

Ziel der Studie ist die Evaluation eines therapeutischen Rückmeldesystem in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen. Das therapeutische Rückmeldesystem besteht aus den drei Komponenten Verlaufsbeobachtung, Verlaufsrückmeldung und Supervision. Zielgruppe sind Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren mit internalen und externalen Auffälligkeiten.

Es wird angenommen, dass die Behandlung mit dem therapeutischen Rückmeldesystem gegenüber der reinen Standardbehandlung einen Behandlungsvorteil hat. Entsprechend bisheriger Befunde werden für die Gesamtgruppe aller Kinder nach Behandlungsende Gruppenunterschiede mit Effektstärken im kleinen bis mittleren Bereich erwartet.

## **Teil II**

### **Methodik**

*Studienprotokoll OPTIE***3 Studienübersicht und Studiendesign**

Die Evaluation des therapeutischen Rückmeldesystems erfolgt über ein cluster-randomisiertes Parallelgruppendesign mit zwei Behandlungsbedingungen (Routine, Feedback). Die Studie wird durchgeführt an der Ausbildungsambulanz von AKiP (s. Abschnitt 4.1). Für den Studieneinschluss müssen die Teilnehmer bestimmte Einschlusskriterien erfüllen (s. Abschnitt 4.2). Die Zuordnung zu den Behandlungsgruppen erfolgt per Zufall, wobei nicht nur die Teilnehmer sondern auch die Therapeuten randomisiert werden (s. Abschnitt 4.3). Für die Studiendurchführung müssen rechtliche und ethische Vorgaben beachtet werden (s. Abschnitt 4.4). In der Routinebedingung wird die Standardtherapie angeboten. Die Feedbackbedingung erhält neben der Standardtherapie zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem (s. Abschnitt 5.1). Das therapeutische Rückmeldesystem setzt sich aus den drei Komponenten Verlaufsbeobachtung, Verlaufsrückmeldung und Supervision zusammen (s. Abschnitt 5.2). Diagnostisch werden klinische Interviews und Fragebögen eingesetzt, wobei insgesamt fünf Beurteilerperspektiven berücksichtigt werden (s. Abschnitt 6.1). Es werden ein primärer und mehrere sekundäre Ergebnisparameter voneinander unterschieden (s. Abschnitt 6.3), die zu drei Messzeitpunkten vor, zwischen und nach der Interventionsphase erhoben werden (s. Abschnitt 6.2). Um Behandlungsunterschiede in der Höhe von kleinen bis mittleren Effektstärken aufdecken zu können, sind zur Bestimmung der Stichprobengröße Powerkalkulationen durchgeführt worden (s. Abschnitt 7.1). Für spätere Analysen werden eine Intent-to-treat- und eine Per-Protocol-Stichprobe definiert und voneinander abgegrenzt (s. Abschnitt 7.1). Die Primäranalyse ist im Vorfeld definiert und bezieht sich auf die Intent-to-treat-Stichprobe (s. Abschnitt 7.1).

**4 Studienteilnahme****4.1 Rekrutierung**

Die Studie wird vollständig in die reguläre Versorgung der Psychotherapieambulanz von AKiP integriert. Bei AKiP befinden sich ca. 150 Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung, die im Rahmen der Praktischen Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie unter Supervision Psychotherapien durchführen und im Richtlinienverfahren abrechnen. Diese Therapeuten behandeln jährlich knapp 600 Patienten (Neuaufnahmen) im Alter von 4 bis 21 Jahren. Die Anzahl der neu behandelten Patienten pro Jahr mit der Diagnose einer externalen oder einer internalen Störung liegt bei ca. 290.

**4.2 Einschlusskriterien**

Da die Therapien im Rahmen der Routineversorgung stattfinden, ist der Umfang der Einschlusskriterien auf ein Minimum beschränkt:

- Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren
- Internale und/oder externale Auffälligkeiten beim Kind
- Indikation für eine ambulante Psychotherapie beim Kind



*Studienprotokoll OPTIE*

- Ausreichende Deutschkenntnisse mindestens eines Sorgeberechtigten

Die Operationalisierung von internalen oder externalen Auffälligkeiten erfolgt über das *Psychopathologischen Befund-System für Kinder und Jugendliche* (CASCAP-D; Döpfner et al., 1999) im klinischen Urteil. Unter den Items zur Beurteilung der Psychopathologie außerhalb der Explorationssituation („anderer Kontext“) soll mindestens ein Item aus den Bereichen externaler oder internaler Symptome als mindestens „2 = deutlich“ kodiert sein. Für externalisierende Symptome sind das die Dimensionen „Oppositionell-dissoziales Verhalten“ (8 Items) sowie „Aktivität und Aufmerksamkeit“ (4 Items). Für internalisierende Symptome sind es die Dimensionen „Angst“ (7 Items) und „Stimmung und Affekt“ (11 Items).

**4.3 Randomisierung**

Es werden sowohl Patienten wie auch Therapeuten den Behandlungsbedingungen (Routine, Feedback) per Zufall zugewiesen. Die Randomisierung erfolgt stratifiziert, wobei bei den Patienten als Faktoren das Geschlecht (männlich, weiblich) und der Störungsbereich (nur internal, nur external, beides) berücksichtigt werden und bei den Therapeuten das Geschlecht (männlich, weiblich) und das Alter ( $\leq 30$ ,  $> 30$ ). Die Zuweisung der Behandler zu einer Behandlungsgruppe erfolgt einmalig und wird danach nicht wiederholt. Die Randomisierung von Therapeuten und Patienten wird unabhängig voneinander durchgeführt.

Familien mit einem bestimmten Randomisierungsergebnis sollen vom Grundsatz einen Therapeuten aus der ihr zugeordneten Behandlungsgruppe erhalten, also Familien aus der Feedbackgruppe einen Feedback-Studientherapeuten und Familien aus der Kontrollgruppe einen Kontrollgruppen-Studientherapeuten (reguläre Randomisierung). Steht den Familien wegen mangelnder Verfügbarkeit jedoch kein Studientherapeut aus der passenden Behandlungsgruppe zur Verfügung (Feedback, Kontrolle), kann ihnen als Ausnahme auch ein Studientherapeut aus der jeweils anderen Behandlungsgruppe zugeordnet werden (erzwungene Randomisierung). Die Familien erhalten in diesen Fällen die Behandlung, die durch den Studientherapeuten vertreten wird, also bei Zuordnung zu einem Feedback-Studientherapeuten die Feedbackbehandlung und bei Zuweisung zu einem Kontrollgruppen-Studientherapeuten die Kontrollgruppenbehandlung.

**4.4 Ethik und gesetzliche Bestimmungen**

Das therapeutische Rückmeldesystem stellt einen Heilversuch dar. Für die Studie gelten die in der Deklaration von Helsinki formulierten ethischen Richtlinien (World Medical Association, 2013), die Berufsordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2007) und das Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (DSG NRW). Die Studienteilnehmer (Therapeuten, Eltern/Sorgeberechtigte, Kinder/Jugendliche) werden über die Fragestellung und den Gang der Untersuchung aufgeklärt. Therapeuten sowie unabhängig davon beide Elternteile/Sorgeberechtigte müssen schriftlich das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie erklären, bei Kindern/Jugendlichen ist eine Willenserklärung erforderlich (s. Anhang B *Studieninformation und Einverständniserklärung*, S. 40). Auf eine separate Einverständniserklärung des Lehrers wird verzichtet, da die Therapien im Rahmen

*Studienprotokoll OPTIE*

der Routineversorgung stattfinden und für die Studie keine über die Standarddiagnostik hinausgehenden Daten erfasst werden. Andere als notwendig erachtete Interventionen werden durch die Studie nicht eingeschränkt. In der Feedbackgruppe sind für die Familien keine Risiken erkennbar, die über denen der Standardbehandlung liegen. Vor dem Einschluss des ersten Behandlungsfalls muss ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln vorliegen.

## **5 Behandlung**

### **5.1 Behandlungsgruppen**

Es werden zwei Behandlungsbedingungen berücksichtigt (Feedback, Routine). Die studienbezogene Interventionsdauer beträgt 12 Monate.<sup>1</sup>

#### **5.1.1 Routinegruppe**

Die Routinegruppe dient als Kontrollbedingung. Die Familien erhalten die Standardbehandlung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage an der Psychotherapieambulanz von AKiP. Es handelt sich um eine leitliniengerechte Therapie im Rahmen der Grundversorgung. Studienseits gibt es keine zusätzlichen Vorgaben bzgl. der Form und des Inhalts der Therapien.

#### **5.1.2 Feedbackgruppe**

Es handelt sich um die Interventionsbedingung, deren Wirksamkeit überprüft werden soll. Familien der Feedbackbedingung erhalten wie die Routinebedingung die Standardbehandlung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. Zusätzlich wird in der Gruppe das therapeutische Rückmeldesystem angeboten (s. Abschnitt 5.2).

### **5.2 Das therapeutische Rückmeldesystem**

Das therapeutische Rückmeldesystem wird in der Feedbackbedingung angeboten und setzt sich aus drei Komponenten zusammen: (a) Verlaufsbeobachtung, (b) Verlaufsrückmeldung und (c) Supervision.

#### **5.2.1 Verlaufsbeobachtung**

##### **Informanten**

Im Rahmen des Rückmeldesystem werden bis zu drei Teilnehmergruppen befragt: (a) Eltern, (b) Jugendliche und (c) TherapeutInnen.

Mit Eltern (E) sind die leiblichen Eltern oder andere Bezugspersonen gemeint, die das Kind bzw. den Jugendlichen während der Therapie begleiten. Nehmen beide Elternteile an der Behandlung teil, muss eine Person für die Beurteilung bestimmt werden. In Einzelfällen kann

---

<sup>1</sup>Bei Bedarf werden die Therapien im Anschluss ganz regulär im Rahmen der Routineversorgung fortgeführt.

### Studienprotokoll OPTIE

es vorkommen, dass nur der Jugendliche in der Therapie ist. In solchen Fällen entfällt das Urteil der Eltern.

Bei den Jugendlichen (J) handelt es sich um das Patientenurteil, das bei Kindern ab dem 11. Lebensjahr erhoben wird. Auf eine frühere Erfassung wird aufgrund von messtheoretischen Überlegungen verzichtet (Reliabilität, Validität).

Mit Therapeut (T) ist der Behandler gemeint. Das Urteil soll in jeder Therapie erfasst werden.

#### Erhebungsform

Die Befragungen im Rahmen des Rückmeldesystems sollen per Online-Erhebung erfolgen und werden über die Webanwendung REDCap (Research Electronic Data Capture; Webseite: [https://zks.uni-koeln.de/zks\\_koeln\\_redcap.html](https://zks.uni-koeln.de/zks_koeln_redcap.html)) realisiert. Alle Teilnehmergruppen werden zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten per E-Mail eingeladen. Die Nachrichten enthalten einen Link, der zu den Befragungen weiterleitet.

Verfügen TeilnehmerInnen nicht über die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Online-Befragung, kann die Beantwortung auch per Papierfragebogen erfolgen.

#### Frequenz

Im Verlauf der projektbezogenen Interventionsdauer von 12 Monaten werden bei Eltern und Jugendlichen neun Befragungen und bei Therapeuten acht Befragungen im Abstand von ca. 6 Wochen durchgeführt. Für Eltern und Jugendliche starten diese mit dem Therapiebeginn und für Therapeuten ca. 6 Wochen danach.

Pro Erhebung stehen den Teilnehmern für die Bearbeitung jeweils 10 Tage zur Verfügung. Werden innerhalb dieser Frist Items nicht beantwortet, gelten sie als fehlend.

Die Befragungen erfolgen unabhängig von den durchgeführten Therapiestunden. Sie finden also auch dann statt, wenn seit der letzten Befragung keine Sitzung durchgeführt wurde. Allerdings entfallen in solchen Fällen bestimmte Fragebögen.

#### Inhalte

Das therapeutische Rückmeldesystem beinhaltet die Dimensionen Symptomatik Kind, individuelle Therapieziele, Therapiemotivation, Therapiebeziehung, Therapiewirksamkeit, Therapiecompliance. Für die Erfassung werden folgende Verfahren eingesetzt (Beurteilerperspektive in Klammern; s. Anlage D, S. 108):

- Symptomatik (E, J) – *Brief Problem Monitor* (BPM/6–18; Döpfner et al., im Druck)
- Individuellen Therapieziele (E, J) – *Therapiezielbogen* (ZIEBO; modifizierte Fassung; Döpfner & Steinhausen, 2012)
- Behandlungsmotivation (E, J) – *Kinder- und Jugendlichen-Behandlungsmotivationskala* (KJBMS; deutsche Erstübersetzung *Motivation for Youth's Treatment*; Bickman et al., 2010)

### Studienprotokoll OPTIE

- Therapeutische Beziehung (E, J, T) – *Therapiebeziehungsskala* (TBS; deutsche Erstübersetzung *Therapeutic Alliance Quality Scale* für Jugendliche bzw. *Therapeutic Alliance Quality Rating* für Eltern und Therapeuten; Bickman et al., 2010)
- Therapiewirksamkeit (E, J) – *Therapiewirkungsskala* (TWS; deutsche Erstübersetzung *Youth Counseling Impact Scale v.2* für Jugendliche bzw. Neuentwicklung für Eltern; Bickman et al., 2010)
- Therapiecompliance (K) – *Compliance-Fragebogen* (CF; modifizierte Fassung; Görtz-Dorten & Döpfner, 2008)

#### 5.2.2 Verlaufsrückmeldung

Es erfolgt eine Rückmeldung über die Befunde der Verlaufsbeobachtung. Dabei handelt es sich primär um eine graphische Aufbereitung der diagnostischen Ergebnisse, bei der der Verlauf der Prozessparameter über die Zeit abgebildet wird. Neben diesen primär deskriptiven Befunden sollen die Rückmeldungen um zusätzliche Informationen ergänzt werden (z. B. Reliable Change Index [RCI]; Jacobson & Truax, 1991).

#### 5.2.3 Supervision

Therapeuten der Feedbackbedingung erhalten zusätzlich fünf halbe Supervisionssitzungen (je 25 Minuten), die speziell der Besprechung der Verlaufsbeobachtungen dienen. Die erste Sitzung findet zu Therapiebeginn statt und hat die Erarbeitung der individuellen Problemliste zum Gegenstand. Es soll sichergestellt werden, dass die individuellen Probleme sich sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Prozesshebung eignen. Supervisionssitzungen zwei bis fünf erfolgen nach den Verlaufsbeobachtungen und dienen der Besprechung der Befunde. Soweit sinnvoll werden in diesen Sitzungen Empfehlungen zur Adaption der Therapie gegeben.

## 6 Erhebung

### 6.1 Informanten

Bei der Erfassung der Ergebnisparameter wird ein Multi-Informanten-Ansatz verfolgt, bei dem fünf Beurteilerperspektiven berücksichtigt werden:

- Kliniker verblindet
- Therapeut
- Eltern
- Jugendlicher
- Lehrer

Bei dem verblindeten Kliniker (K) handelt es sich um Studienpersonal, das zumindest teilverblindet ist. Die Verblindung gilt gegenüber der Studienbedingung, eine Verblindung gegenüber dem Messzeitpunkt wird hingegen nicht sicher gewährleistet werden können.

Der Therapeut (T) ist der maßgebliche Behandler in der Therapie. Das Urteil soll in jeder Behandlung erfasst werden.

### Studienprotokoll OPTIE

Mit Eltern (E) sind die leiblichen Eltern oder andere Bezugspersonen gemeint, die das Kind bzw. den Jugendlichen während der Therapie begleiten. Nehmen beide Elternteile an der Behandlung teil, muss eine Person für die Beurteilung bestimmt werden. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass nur der Jugendliche in der Therapie ist. In solchen Fällen entfällt das Urteil der Eltern.

Bei den Jugendlichen (J) handelt es sich um das Patientenurteil, das bei Kindern ab dem 11. Lebensjahr erhoben werden soll. Auf eine frühere Erfassung wird aufgrund von messtheoretischen Überlegungen verzichtet (Reliabilität, Validität).

## 6.2 Messzeitpunkte

Vor, während und nach dem 12-monatigen Interventionszeitraum werden drei Messungen durchgeführt:

- Prä (Monat 0): Messung vor Behandlungsbeginn
- Zwischen (Monat 7): Messung nach der Hälfte der 12-monatigen Interventionszeit
- Post (Monat 13): Messung nach dem Ende der 12-monatigen Interventionszeit

## 6.3 Ergebnisparameter

### Primärer Ergebnisparameter

Als primärer Ergebnisparameter ist definiert im verblindeten klinischen Urteil (s. Anhang C):

- Gesamtskala *Symptoms and Functioning Severity Scale* (SFSS; deutsche Interviewfassung; Athay et al., 2012; Bickman et al., 2010)

### Sekundäre Ergebnisparameter

Im Folgenden werden die sekundären Ergebnisparameter in den jeweiligen Beurteilerperspektiven benannt (s. Anhang C):

- Kliniker verblindet
  - Subskalen *Symptoms and Functioning Severity Scale* (SFSS; deutsche Interviewfassung; Athay et al., 2012; Bickman et al., 2010)
  - *Clinical Global Impression Scales* (CGI; Remschmidt et al., 2012), allerdings nur die Skala *Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung*
- Therapeut
  - *Clinical Global Impression Scales* (CGI; Remschmidt et al., 2012)
  - *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB; Mattejat & Remschmidt, 1999)
- Eltern
  - *Therapieerwartungsskala* (TES; *Treatment Outcome Expectations Scale*; Bickman et al., 2010)

*Studienprotokoll OPTIE*

- *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (CBCL/6–18R; Döpfner et al., 2014)
- *Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen* (FBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
- *KIDSCREEN-10 Index* (KIDSCREEN; KIDSCREEN Group Europe, 2006)
- *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB; Mattejat & Remschmidt, 1999)
- Jugendliche
  - *Therapieerwartungsskala* (TES; *Treatment Outcome Expectations Scale*; Bickman et al., 2010)
  - *Fragebogen für Jugendliche* (YSR/11–18R; Döpfner et al., 2014)
  - *Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen* (SBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)
  - *KIDSCREEN-10 Index* (KIDSCREEN; KIDSCREEN Group Europe, 2006)
  - *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB; Mattejat & Remschmidt, 1999)
- Lehrer
  - *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen* (TRF/6–18R; Döpfner et al., 2014)

## 7 Statistik

### 7.1 Stichprobenkalkulation

Anhand der aktuell zur Verfügung stehenden Literatur sind für die Gesamtgruppe aller Kinder und Jugendlichen Effekte im kleinen bis mittleren Bereich zu erwarten. Um die dafür erforderliche Stichprobengröße zu kalkulieren, wurde eine Analyse mit dem Programm G\*Power durchgeführt (Faul et al., 2007). Vereinfachend wurde eine Überprüfung der Effekte mittels Kovarianzanalyse angenommen (abhängige Variable = Ergebnis Post; unabhängige Variable = Behandlungsbedingung; Kovariate = Ergebnis Prä). Wird von einem  $\alpha$ -Fehler von 0,05, einer Power von 0,80 und bei Cohens  $f$  von einer Effektstärke im kleinen bis mittleren Bereich von 0,15 ausgegangen, liegt die erforderliche Stichprobengröße bei 351 Familien. Um Schwund- und Cluster-Effekte zu berücksichtigen, sollten ursprünglich 25 Prozent mehr Patienten eingeschlossen werden; die zu erreichende Gesamtstichprobe lag damit zunächst bei 439 Familien. Im Studienverlauf zeigte sich jedoch eine deutlich höhere Verlustrate. Eine der Hauptschwierigkeiten war dabei die Zuteilung von einer Studienfamilie zu einem Studientherapeuten und nicht alle Studienfamilien konnten entsprechend versorgt werden und mussten wieder in die Standardversorgung überführt werden. Um diesen Schwund zusätzlich zu kompensieren, wurde die insgesamt zu erreichende Stichprobengröße auf 500 Familien angesetzt.

*Studienprotokoll OPTIE***7.2 Intent-to-treat- und Per-protocol-Stichprobe**

Für die Analysen werden zwei Stichproben voneinander abgegrenzt (Intention-to-treat, Per-protocol). Die Intention-to-treat-Stichprobe bezieht sich auf alle Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden und zwar unabhängig davon, ob die Patienten die ihnen zugewiesene Intervention erhalten haben oder nicht und ob im Interventionszeitraum Protokollverletzungen festgestellt wurden. Die Per-protocol-Stichprobe hingegen schließt nur Patienten ohne relevante Protokollverletzungen ein.

**7.3 Primäranalyse**

Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit des therapeutischen Rückmeldesystems. Die Primäranalyse zur Überprüfung dieser Fragestellung soll sich auf die Intention-to-treat-Stichprobe und den primären Ergebnisparameter beziehen.

Die Auswertung von Gruppenunterschieden auf dem primären und den sekundären Ergebnisparametern erfolgt über Mehrebenenmodelle für Längsschnittdaten (Raudenbush & Bryk, 2002). Ein Behandlungsvorteil des therapeutischen Rückmeldesystems gilt als belegt, wenn über den Interventionszeitraum in der Feedbackbedingung im Vergleich zur Routinebedingung stärkere Veränderungen in die gewünschte Richtung beobachtet werden (z. B. Symptomreduktion). Für die Analyse sollen alle drei Messzeitpunkte berücksichtigt werden (Prä, Zwischen, Post). Bei Bedarf werden für die Mehrebenenanalyse bis zu drei Ebenen berücksichtigt (Messzeitpunkte, Patienten, Therapeuten).

## **Teil III**

### **Implementierung AKiP**



*Studienprotokoll OPTIE***8 Übersicht Projektablauf**

Die Studie soll in die Abläufe der AKiP-Ausbildungsambulanz integriert werden. In Abhängigkeit von den Projektaufgaben werden diese vom Projektteam selbst, von AKiP oder in Kooperation durchgeführt (s. Abbildung 1, S. 17).

**AKiP-Screening**

Das AKiP-Screening wird in der bereits bestehenden Form weiter fortgeführt. Für die Studie müssen drei zusätzliche Punkte berücksichtigt werden: (a) Eine Überprüfung der studienbezogenen Einschlusskriterien; (b) bei Interesse der Familien die mündliche Einholung des Einverständnisses zur Kontaktaufnahme durch das Studienteam OPTIE (mit schriftlicher Dokumentation); (c) die Ausgabe der Einverständniserklärungen für die Teilnehmergruppen Eltern/Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche (Details siehe Abschnitt 9, S. 16).

**OPTIE Untersuchung I**

Familien mit Studieninteresse nehmen im Anschluss an Untersuchung I teil. Diese wird vom Studienteam OPTIE durchgeführt und hat zwei Bestandteile: (a) Das Einholen der Einverständniserklärungen für die Teilnehmergruppen Eltern/Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche; (b) die Durchführung der Prämessung und (soweit möglich) der Eingangsdiagnostik bei AKiP (Details siehe Abschnitt 10, S. 18).

**OPTIE Randomisierung**

Wenn sowohl die von beiden Eltern/Sorgeberechtigten als die vom Kind unterschriebene Einverständniserklärung vorliegen, können die Familien per Randomisierung einer Behandlungsgruppe zugeordnet werden und einen entsprechenden Therapeuten zugewiesen bekommen (Details siehe Abschnitt 11, S. 20).

**Behandlung**

Die Behandlungen werden entsprechend dem Prüfplan und den darin festgelegten organisatorischen Rahmenbedingungen durchgeführt (Details siehe Abschnitt 12, S. 20).

**OPTIE Untersuchung II und III**

Bei den Untersuchungen II und III handelt es sich um die Zwischen- und die Postmessung nach 6 bzw. 12 Monaten Behandlungszeit. Wie in Untersuchung I auch soll hier ebenfalls die AKiP- und studienbedingte Diagnostik erhoben werden (Details siehe Abschnitt 10, S. 18).

**AKiP Standard**

Mit AKiP Standard sind alle Therapien an der AKiP-Ausbildungsambulanz gemeint, die nicht oder nicht mehr von der Studie begleitet werden (s. Abbildung 1, S. 17). Dabei kann es sich um Familien handeln, die nie an der Studie teilgenommen haben (z. B. kein Interesse, Einschlusskriterien nicht erfüllt) oder um Familien mit bereits beendeter Studienteilnahme.

**9 AKiP-Screening**

Bei AKiP-Screening handelt es sich um das bei AKiP bereits bestehende Screening (vgl. Abbildung 1). Dieses wird ganz regulär fortgeführt. Für die Studiendurchführung müssen

## Studienprotokoll OPTIE

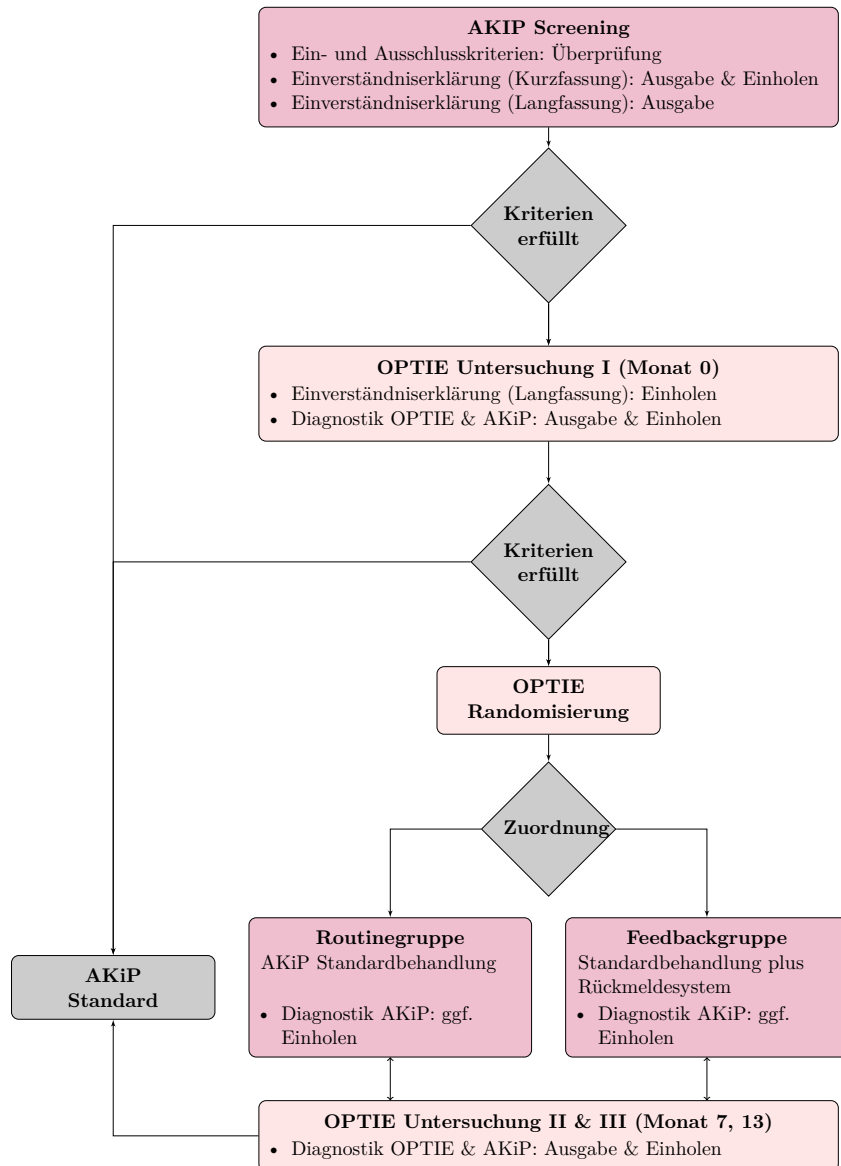


Abbildung 1. Patientenfluss und Integration von OPTIE in die Abläufe von AKiP.

### Studienprotokoll OPTIE

folgende zusätzliche Punkte berücksichtigt werden:

- Überprüfung Einschlusskriterien
- Kurze Studieninformation
- Einverständniserklärung – Ausgabe

#### 9.1 Überprüfung Einschlusskriterien

Bei dem Screeningtermin sollen die studienbezogenen Einschlusskriterien überprüft werden (siehe Abschnitt 4.2 *Einschlusskriterien* (S. 7)).

#### 9.2 Kurze Studieninformation

Die Familien sollen in kurzer Form über die Studie informiert und nach ihrem Teilnahmeinteresse gefragt werden. Dabei geht es nicht um eine detaillierte persönliche Aufklärung, da diese im nächsten Schritt vom Studienteam OPTIE übernommen werden würde (s. Abschnitt 10.1 *Untersuchung I*, S. 18). Damit das Projektteam mit den Familien dennoch Kontakt aufnehmen kann, soll das mündliche Einverständnis der Eltern/Sorgeberechtigten dazu eingeholt werden (mit schriftlicher Dokumentation).

#### 9.3 Einverständniserklärung – Ausgabe

Die Familien erhalten von dem Screener zusätzlich die Einverständniserklärungen für die Studie für Eltern/Sorgeberechtigte und Kinder/Jugendliche ausgeteilt (s. Anhang B *Studieninformation und Einverständniserklärung*, S. 40). Eine vollständige Unterzeichnung der Unterlagen am Screeningtermin selbst wird in aller Regel nicht möglich sein, da die Einverständniserklärung für Eltern/Sorgeberechtigte von beiden Teilen unterschrieben werden muss.

### 10 OPTIE Untersuchung

Im Rahmen der Studie werden vom Studienteam OPTIE drei Untersuchungen durchgeführt (Untersuchung I bis III). Dabei handelt es sich um die Erhebung der primären und sekundären Ergebnisparameter zu den drei Messzeitpunkten (Prä, Zwischen, Post; s. Abschnitt 6 *Erhebung*, S. 11). In Untersuchung I müssen die Teilnehmer zusätzlich über die Studie ausführlich aufgeklärt und die Einverständniserklärungen müssen eingeholt werden.

Neben diesen rein projektspezifischen Anforderungen ist das Studienteam OPTIE auch dafür verantwortlich, die Studie in die Ambulanz zu integrieren und dort Aufgaben zu übernehmen. Dies betrifft insbesondere die zumindest teilweise Übernahme der AKiP-spezifischen Diagnostik (Eingangs-, Zwischen- und ggf. Abschlussdiagnostik) sowie die Organisation des Projektes.

#### 10.1 Untersuchung I

Bei Untersuchung I handelt es sich um die Eingangsmessung, die nach dem AKiP Screening erfolgt (vgl. Abbildung 1, S. 17). Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

*Studienprotokoll OPTIE*

- Einverständniserklärung – Einholen
- Diagnostik OPTIE und AKiP – Ausgabe und Einholen

**10.1.1 Einverständniserklärung – Einholen**

In Untersuchung I sind alle Studienteilnehmer ausführlich über den Zweck und Ablauf der Studie aufzuklären (s. Abschnitt 4.4 *Ethik und gesetzliche Bestimmungen*, S. 8). Bei einer Teilnahme an der Studie sind die entsprechenden Einverständniserklärungen einzuholen. Dies betrifft die beiden folgenden Teilnehmergruppen:

- Eltern/Sorgeberechtigte
- Kinder/Jugendliche

Für alle Zielgruppen stehen entsprechende Studieninformationen und Einverständniserklärungen zur Verfügung (s. Anhang B *Studieninformation und Einverständniserklärung*, S. 40), die im Rahmen des AKiP-Screenings bereits an die Familien weitergeleitet wurden (s. Abschnitt 9 *AKiP-Screening*, S. 16). Für die Studienteilnahme sind die Einverständniserklärungen beider Eltern/Sorgeberechtigten und die des Kindes/Jugendlichen zwingend erforderlich.

Für das Einholen der Einverständniserklärungen stehen dem Studienteam OPTIE ab dem Screeningtermin insgesamt 3 Wochen Zeit zur Verfügung. Wenn die Unterlagen innerhalb der Zeitspanne nicht eingeholt werden können, entfällt die Studienteilnahme und die Familien gehen in die AKiP Standardversorgung über (vgl. Abbildung 1, S. 17). Hintergrund ist, dass die studienbedingten Verzögerungen in der Behandlung weitestmöglich reduziert werden sollen.

Sobald die Unterlagen vorliegen bzw. nach Ablauf der Frist ist die Ambulanzleitung über den Stand zu informieren. Im Anschluss kann dann die Randomisierung erfolgen (s. Abschnitt 11 *OPTIE Randomisierung*, S. 20) und die Familien können einem Therapeuten zugewiesen werden.

**10.1.2 Diagnostik OPTIE und AKiP – Ausgabe und Einholen**

Bei der studienbezogenen Diagnostik handelt es sich um ein klinisches Interview sowie um Fragebögen (s. Abschnitt 6.3 *Ergebnisparameter*, S. 12). Zusätzlich soll zur Entlastung der Therapeuten auch die AKiP Standarddiagnostik soweit wie möglich miterhoben werden. Im Falle von Untersuchung I handelt es sich dabei um die Eingangsdiagnostik.

Der Kontakt mit dem Studienteam kann persönlich, fernmündlich oder postalisch erfolgen. Das klinische Interview kann per Telefon durchgeführt werden. Es dürfen keine rein studienbedingten persönliche Termine vereinbart werden, um die studienbezogene Mehrbelastung der Familien auf ein Minimum zu beschränken. Als persönliche Termine kommen in Frage der Tag des Screenings sowie der Tag des ersten regulären Therapietermins.

Alle diagnostischen Verfahren, die an dem Tag des ersten Therapietermins noch nicht erhoben werden konnten, gehen in den Verantwortungsbereich des Therapeuten über; ausgenommen sind hier rein projektbezogene Fragebogen, die dann entfallen.

*Studienprotokoll OPTIE***10.2 Untersuchungen II und III**

Bei den Untersuchungen II und III handelt es sich um die Zwischenmessung nach 6 Monaten Intervention und die Postmessung nach der 12-monatigen studienbezogenen Interventionsphase. Soweit möglich sollen in diesem Rahmen analog zur Untersuchung I die Zwischenmessung bzw. die Abschlussdiagnostik bei AKiP vom Studienteam OPTIE mit übernommen werden.

**11 OPTIE Randomisierung**

Voraussetzung für die Randomisierung ist, dass sowohl von den Kindern/Jugendlichen wie auch den Eltern/Sorgeberechtigten die unterzeichneten Einverständniserklärungen vorliegen, die im Vorfeld vom Studienteam OPTIE im Rahmen der Untersuchung I eingeholt wurden (s. Abschnitt 10.1.1, S. 19). Die Randomisierung erfolgt unabhängig voneinander sowohl auf der Ebene der Familien wie auch auf der der Therapeuten (für methodische Hintergründe s. Abschnitt 4.3 *Randomisierung*, S. 8). Die Familien sollen wann immer möglich nach der Randomisierung einen Studientherapeuten aus der gleichen Behandlungsbedingung zugewiesen bekommen (reguläre Randomisierung; s. Abschnitt 4.3 *Randomisierung*, S. 8). Sollte aus organisatorischen Gründen aus der vorgesehenen Behandlungsgruppe kein Studientherapeut zur Verfügung stehen, so kann als Ausnahme ein Studientherapeut aus der jeweils anderen Behandlungsgruppe zugewiesen werden (erzwungene Randomisierung; s. Abschnitt 4.3 *Randomisierung*, S. 8).

**12 Behandlung****12.1 Studientherapeuten und Studiensupervisoren**

In die Studie werden sowohl PiAs als auch PiPler einbezogen. Die Aufnahme einer Studienfamilie kann immer dann erfolgen, wenn Therapeuten einen neuen Fall annehmen wollen, also unabhängig vom Stadium ihrer Ausbildung. Die Studienteilnahme ist für die Therapeuten wie auch die Supervisoren freiwillig.

**12.2 Therapeutisches Rückmeldesystem****12.2.1 Verlaufsbeobachtung****Online-Befragung**

Die Verlaufsbeobachtungen im Rahmen des Feedbacksystems werden auf elektronischem Wege mit dem System REDCap erhoben. REDCap wird vom Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Universität zu Köln bereitgestellt ([https://zks.uni-koeln.de/zks\\_koeln\\_redcap.html](https://zks.uni-koeln.de/zks_koeln_redcap.html)) und ist eine sichere Webanwendung zum Erstellen, Verwalten und Erfassen von klinischen Daten. Die Verlaufsbeobachtungen erfolgen im Rahmen von Online-Befragungen, zu denen die Teilnehmer per Email eingeladen werden.

*Studienprotokoll OPTIE***Beginn Verlaufsbeobachtung**

Die erste Verlaufsbeobachtung im Rahmen des therapeutischen Rückmeldesystems erfolgt innerhalb der ersten fünf Therapiekontakte.

**12.2.2 Supervision****Behandlungsgruppe**

Eine studienbedingte zusätzliche Supervision wird nur für die Feedbackgruppe angeboten. Für die Routinegruppe gibt es im Kontext der Studie kein zusätzliches Supervisionsangebot.

**Format und Umfang**

Die studienbedingte Supervision erfolgt in Einzelsupervision. Therapeuten können selbst entscheiden, ob die reguläre (nicht-studienbedingte) Supervision im Rahmen der Einzel- oder der Gruppensupervision stattfinden soll. Wird der Fall für die Gruppensupervision ausgewählt, wird der studienbedingte Supervisionsanteil davon getrennt und separat in Einzelsupervision durchgeführt.

# Anhang

*Studienprotokoll OPTIE*

**A Förderantrag Innovationsfonds**



## 1 Synopse

Allgemeine Informationen zum Projekt	
<b>(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/ Antragsteller</b>	PD Dr. Christopher Hautmann (Dipl.-Psych.); Tel.: +49 221 47889873; E-Mail: christopher.hautmann@uk-koeln.de Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner (Dipl.-Psych.); Tel.: +49 221 47876770; E-Mail: manfred.doepfner@uk-koeln.de Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln, Pohlstraße 9, 50969 Köln
<b>Beteiligte Einrichtungen/ Konsortialpartner</b>	<u>Biometrie</u> : Univ.-Prof. Dr. Martin Hellmich (Dipl.-Math.); Tel.: +49 221 4786509; E-Mail: martin.hellmich@uni-koeln.de Institut für Medizinische Statistik und Bioinformatik (IMSB), Universität zu Köln, Kerpener Straße 62, 50924 Köln
<b>Projekttitle/Akronym</b>	Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen (OPTIE)
<b>Themenfeld</b>	Nr. 3b: Patientensicherheit, Qualitätssicherung und -förderung – nachhaltige Qualitätsförderung
<b>Forschungsfeld/ Erkrankung/ Zielpopulation</b>	Prozess-Ergebnis-Forschung in der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren mit externalen und internalen Störungen
<b>Projektziele, Hypothese</b>	Ziel ist die Evaluation eines therapeutischen Rückmeldesystem (Verlaufsmonitoring und -feedback) in der Psychotherapie. Angenommen wird ein Behandlungsvorteil von Therapien mit Rückmeldung (Standardbehandlung plus Verlaufsmonitoring und -feedback) gegenüber Therapien ohne Rückmeldung (Standardbehandlung). Zentrale Ziele sind die Verbesserung der Prozessqualität durch die Personalisierung des psychotherapeutischen Angebots und die Verbesserung der Ergebnisqualität (Symptomatik, Funktionsniveau, Patientenzufriedenheit, Therapieabbruchquote, Therapiedauer).
<b>Studiendesign und Methodik</b>	Cluster-randomisierte Parallelgruppenstudie mit zwei Behandlungsarmen. Die Randomisierung erfolgt auf der Ebene der Therapeuten und der Patienten.
<b>Intervention/Maßnahme/ Untersuchungsgegenstand</b>	Für die Dauer von 12 Monaten erhalten die EG und die KG die Standardbehandlung. Zusatz EG: (i) Messung des Therapieverlaufs alle 3 Monate bzgl. zentraler Prozessparameter (Symptomatik, individuelle Probleme, Therapiebeziehung, Erfolgserwartung), (ii) Rückmeldung über Befunde (Reliable Change Index, Graphik), (iii) spezifische Supervision zu den Verlaufsbeurteilungen inklusive Empfehlung zur Adaptation der Therapie.
<b>Studienpopulation und Stichprobengröße</b>	Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren mit der Diagnose einer internalen oder externalen Störung nach ICD-10. Die Gesamtstichprobengröße liegt bei $N = 439$ .
<b>Region des Projekts</b>	Die Datenerhebung erfolgt an der Psychotherapieambulanz des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP).
<b>Datenbasis</b>	Multi-Informanten-Ansatz mit folgenden Beurteilerperspektiven: (a) Verblindetes klinisches Urteil, (b) Therapeutenurteil, (c) Selbsturteil Kind/Jugendlicher (ab 11;0 Jahren), (d) Elternteilurteil, (e) Lehrerurteil. Die Daten werden per Fragebogen bzw. klinischem Interview erfasst. Messungen erfolgen nach 0 (Baseline), 6 (Intermediär) und 12 (Post) Monaten.
<b>Datenanalyse</b>	Die Auswertung erfolgt über Mehrebenenmodelle. Es werden drei Ebenen berücksichtigt (Messzeitpunkte, Personen, Therapeuten). Behandlungseffekte werden über den dummykodierte Ebene-3-Prädiktor Behandlungsgruppe (EG, KG) überprüft.
<b>Beantragte Förderdauer</b>	36 Monate.
<b>Beantragte Fördermittel</b>	729.614,25 €
<b>Falls zutreffend: Wiedereinreichung</b>	
Entfällt.	

## OPTIE

**2 Antragsteller****2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte**

Name	Institution	Telefon, Fax, E-Mail	Verantwortlichkeit/Rolle
Hautmann, Christopher	Uniklinik Köln	Tel.: +49 221 478-89873 Fax: +49 221 478-76824 christopher.hautmann@uk-koeln.de	Projektleitung
Döpfner, Manfred	Uniklinik Köln	Tel.: +49 221 478-76770 Fax: +49 221 478-76824 manfred.doepfner@uk-koeln.de	Co-Projektleitung
Helmich, Martin	Universität zu Köln	Tel.: +49 221 478-6509 Fax: +49 221 478-6520 martin.hellmich@uni-koeln.de	Biometrie

**2.2 Erklärung:**

Hiermit wird erklärt, dass die Projektskizze nicht bei einem anderen Förderer eingereicht wurde.

**3 Projektziele****Forschungsfrage und Arbeitshypothese**

Primäres Ziel der Pilotstudie ist die Wirksamkeitsüberprüfung eines therapeutischen Rückmeldesystems (Verlaufsmonitoring und -feedback) für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Haupthypothese ist, dass für die Experimentalgruppe (EG; Standardbehandlung plus Verlaufsmonitoring und -feedback) gegenüber der Kontrollgruppe (KG; Standardbehandlung) auf den primären und sekundären Ergebnisparametern (Symptomatik, Funktionsniveau, Patientenzufriedenheit) in allen Beurteilerperspektiven (verblindetes klinisches Urteil, Therapeutenurteil, Elternurteil, Selbsturteil Kind/Jugendlicher, Lehrerurteil) ein Behandlungsvorteil nachgewiesen werden kann. Nebenhypothesen ist, dass in der Feedbackbedingung im Vergleich zur Kontrollbedingung die Therapieabbruchquoten sowie die Therapiedauern signifikant reduziert sind. Entsprechend bisheriger Befunde werden für die Gesamtgruppe aller Kinder kleine bis mittlere Effekte und für Kinder mit unerwünschten Therapieverläufen mittlere bis große Effekte erwartet.

**4 Beitrag zur Verbesserung der Versorgung****4.1 Verbesserung der Versorgung****Gegenwärtige Herausforderungen der psychotherapeutischen Versorgung und Chancen für ein therapeutisches Rückmeldesystem**

Trotz der allgemein anerkannten Wirksamkeit von Psychotherapie, vor allem der Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen (Lambert, 2013), existieren in der psychotherapeutischen Versorgung unverändert auch Defizite. Vor allem in der

## OPTIE

**Routineversorgung** profitiert ein bedeutsamer Anteil von Kindern und Jugendlichen nicht oder nicht genügend von der Verhaltenstherapie. So konnten Walter et al. (2015, 2017) bei Kindern und Jugendlichen zwar mittlere bis starke Symptomminderungen während einer Routine-Verhaltenstherapie belegen, doch zeigte **mehr als die Hälfte** der Patienten nach einer im Durchschnitt mehr als 40 Behandlungssitzungen dauernden Therapie immer noch Auffälligkeiten (Walter et al., 2017). Dabei sind auch **Verschlechterungen** im Therapieverlauf zu berücksichtigen. Im Erwachsenenbereich werden hier Quoten von bis zu 10 Prozent berichtet (Hansen, Lambert, & Forman, 2002) und im Kinder- und Jugendbereich sogar von bis zu 24 Prozent (Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, & Burlingame, 2010). Hinzu kommen hohe **Abbruchraten**, die in der Verhaltenstherapie altersübergreifend bei etwa 25 Prozent liegen (Fernandez, Salem, Swift, & Ramtahal, 2015). Für die Routine-Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen wurden Abbruchquoten von 18 Prozent berichtet (Walter et al., 2017). Weiterhin haben Therapeuten Schwierigkeiten bei der **Identifikation von Verschlechterungen** im Therapieverlauf (Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010) sowie bei der **Prognose auf das individuelle Ansprechen** von Patienten auf therapeutischen Maßnahmen (Hannan et al., 2005). Letzteres gilt insbesondere für Patienten mit unerwünschten Therapieverläufen. Diese **Defizite in der klinischen Beurteilung** lassen sich dabei auch nur unzureichend durch zunehmende Berufserfahrung kompensieren (Spengler & Pilipis, 2015). Den nur schwachen Zusammenhang von Berufserfahrung und therapeutischer Expertise führen Tracey, Wampold, Lichtenberg und Goodyear (2014) unter anderem auf ein **Informationsdefizit** von Therapeuten zurück, wie sich ihre Interventionen auf den Patienten auswirken.

Therapeutische Rückmeldesysteme werden als wichtiger Ansatz zur **Verbesserung der Behandlungsplanung** angesehen (Tracey et al., 2014). Im Kontext aktueller Paradigmen der Psychotherapie wie der **personalisierten Behandlung** (personalized interventions; Ng & Weisz, 2016) und der **evidenzbasierten Praxis** (evidence-based practice; Duncan & Reese, 2013) wird ihnen ein bedeutsamer Stellenwert beigemessen. Mit nur **geringen Nutzungsquoten** von teilweise lediglich 12 Prozent werden therapeutische Rückmeldesysteme in der Praxis bisher aber nur unzureichend eingesetzt (Ionita & Fitzpatrick, 2014) und die Forschung speziell im Kinder- und Jugendbereich ist als besonders defizitär zu werten (Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton, & Wolpert, 2016; Ng & Weisz, 2016).

**Ziele therapeutischer Rückmeldesysteme**

Die beiden zentralen Komponenten von therapeutischen Rückmeldesystemen sind das **Monitoring des Therapieverlaufs** (Informationserhebung) und das **Feedback** (Informationsrückmeldung). Als zentrales Ziel von therapeutischen Rückmeldesystemen kann die **Verbesserung der Wirksamkeit von Psychotherapie** angesehen werden, was insbesondere für Patienten mit ungünstigen Therapieverläufen bzw. für Therapieabbrecher relevant ist. Rückmeldesysteme dienen als Instrument zur **Anpassung der Behandlungsplanung**, der frühzeitigen **Identifikation von Risikopatienten** und der **Reduktion von**

## OPTIE

**Behandlungsabbrüchen.** Im Sinne des Ansatzes einer **partizipativen Entscheidungsfindung** kann der Therapeut die Befunde in den therapeutischen Prozess einbringen und mit dem Patienten besprechen, um **Behandlungadhärenz** und **Behandlungsmotivation** zu fördern. Neben dem individuellen Nutzen ist bei therapeutischen Rückmeldesystemen auch eine gesellschaftliche bzw. **gesundheitsökonomische** Dimension relevant. Werden Daten von Rückmeldesystemen zentralisiert gesammelt und patientenübergreifend ausgewertet, kann zur **Qualitätssicherung** ein Benchmarking über Institutionen hinweg erfolgen (vgl. Lueger & Barkham, 2010).

#### **4.2 Innovationsgehalt des Projekts**

Im Erwachsenenbereich sind Feedback-Interventionen bereits mehrfach untersucht worden. Dabei kann als gesichert gelten, dass therapeutische Rückmeldesysteme geeignet sind, verschiedene Bereiche des Therapieprozesses wie die Therapeut-Patienten-Kommunikation und die individuelle Behandlungsplanung positiv zu beeinflussen (Carlier et al., 2012; Marshall, Haywood, & Fitzpatrick, 2006). Wird die Gesamtgruppe aller Patienten betrachtet, konnten meta-analytisch kleine Effektstärken (Hedges  $g$ ) in der Höhe von  $-0,10$  zugunsten der Feedback-Bedingung belegt werden (Knaup et al., 2009); in systematischen Übersichtsarbeiten lag der Vorteil von Feedback-Bedingungen bei etwa der Hälfte der Studien (Carlier et al., 2012; Gondek et al., 2016). Werden hingegen speziell Patienten mit unerwünschten Therapieverläufen betrachtet, werden Effektstärken (Hedges  $g$ ) von  $-0,28$  bis hin zu  $-0,70$  ermittelt (Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010).

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es hingegen kaum Forschung zu therapeutischen Rückmeldesystemen und die Studienlage ändert sich nur langsam. Carlier et al. (2012) konnten für ihre Übersichtsarbeit noch keine randomisierte Kontrollgruppenstudie ermitteln. Van Sonsbeek et al. (2014) berichten über das Studienprotokoll einer Untersuchung mit unseres Wissens bisher unveröffentlichten Daten. In der systematischen Übersichtsarbeit von Gondek et al. (2016) wurden nun zwei Studien zu Patienten im Jugendalter berücksichtigt. Diese aktuell verfügbaren Befunde weisen auf die Wirksamkeit des Ansatzes hin. Für die Gesamtgruppe der Patienten sind in Abhängigkeit von der Beurteilerperspektive (Eltern, Jugendlicher, Kliniker) eher kleine Effektstärken in der Höhe von  $-0,18$  bis  $-0,27$  berichtet worden (Bickman, Kelley, Breda, de Andrade, & Riemer, 2011). Dabei kann vermutet werden, dass auch hier speziell für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit unerwünschten Therapieverläufen eher höhere Effektstärken zu beobachten wären.

Mit dem geplanten Projekt soll für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie die unseres Wissens **erste randomisierte Kontrollgruppenstudie** zu dieser Fragestellung in Deutschland durchgeführt werden. Zentrale Ziele sind die Verbesserung der **Prozessqualität** durch die Personalisierung des psychotherapeutischen Angebots und die Verbesserung der **Ergebnisqualität** bezogen auf die Symptomatik, das Funktionsniveau, die Patientenzufriedenheit sowie die Therapieabbruchquote und die Therapiedauer.

## OPTIE

**5 Qualifikation und Vorerfahrung der Antragsteller**

PD Dr. *Christopher Hautmann* ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Er ist am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) Leiter des Bereichs AKiP-Evaluation. Sein Schwerpunkt liegt im Bereich der Psychotherapieforschung und hier im Speziellen bei expansiven Störungen. Er hat Expertise in den Bereichen der Beantragung, Durchführung, Auswertung und Publikation von Psychotherapiestudien. Seine Veröffentlichungen beziehen sich unter anderem auf die allgemeinen sowie die differentiellen Effekte von Therapie.

Univ.-Prof. Dr. *Manfred Döpfner* ist Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut. Er ist Leiter des Ausbildungsinstituts für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) und leitender Psychologe der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln. Er hat langjährige Erfahrung in der Entwicklung und Evaluation diagnostischer Verfahren und psychotherapeutischer Interventionen sowie in der Leitung multizentrischer Studien. Seine Publikationen beziehen sich unter anderem auf Diagnostikinstrumente, Therapiemanuale, Therapiestudien und Therapieleitlinien.

Univ.-Prof. Dr. *Martin Hellmich* (IMSB) verfügt über mehr als 20 Jahre an Erfahrungen in der statistischen Begleitung von medizinischen und insbesondere versorgungsbezogenen Forschungsprojekten sowie entsprechender Methodenforschung. Er ist Mitglied zweier Ethikkommissionen (Universität zu Köln, Ärztekammer Nordrhein).

**6 Wissenschaftliches und methodisches Vorgehen: Projektdurchführung****Ein- und Ausschlusskriterien**

Da die Therapien im Rahmen der Routineversorgung stattfinden sollen, ist der Umfang der Ein- und Ausschlusskriterien auf ein Minimum beschränkt. Einschlusskriterien sind:

- Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren.
- Diagnose einer internalen Störung (Angststörung, Depressive Störung, Posttraumatische Belastungsstörung, andere emotionale Störung) oder externalen Störung (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder Störung des Sozialverhaltens) nach ICD-10.

Ausschlusskriterium ist:

- Indikation für eine stationäre Behandlung oder eine andere intensive Intervention.

**Studiendesign, Messzeitpunkte und Informanten**

Als Studiendesign ist ein cluster-randomisiertes Parallelgruppendesign mit zwei Behandlungsarmen vorgesehen (EG: Standardbehandlung plus Verlaufsmoitoring und -feedback; KG: Standardbehandlung). Die Randomisierung erfolgt auf der Ebene der Behandler und der

## OPTIE

Patienten. Mit einer Randomisierung auf der Therapeutenebene ist gemeint, dass Therapeuten per Zufall entweder der EG-Bedingung oder der KG-Bedingung zugeordnet werden. Ist die Zuordnung einmal erfolgt, steht diese fest und wird im Verlauf der Studie nicht mehr verändert. Hintergrund ist die Sicherstellung der internen Validität. In einer Behandlungsgruppe soll nur das jeweils vorgesehene Behandlungsprotokoll durchgeführt werden. Würden Therapeuten in beiden Bedingungen eingesetzt werden, bestünde das erhöhte Risiko, dass Techniken der EG auch in der KG zum Einsatz kämen, was unterbunden werden soll. Zusätzlich werden auch die Patienten den Behandlungsbedingungen per Zufall zugeordnet. Im Anschluss erhalten sie einen Therapeuten aus der für sie zuständigen Behandlungsgruppe, der zum Zeitpunkt der Behandlungsaufnahme zur Verfügung steht.

Es werden vier Messungen durchgeführt: Unmittelbar vor Behandlungsbeginn (Baseline; Monat 0), nach der Hälfte der 12-monatigen Interventionszeit (Intermediär; Monat 6) und unmittelbar nach Ende der Interventionszeit (Post; Monat 12).

Es wird ein Multi-Informanten-Ansatz verfolgt, bei dem fünf Beurteilerperspektiven berücksichtigt werden: (a) Verblindetes klinisches Urteil, (b) Therapeutenurteil, (c) Elternurteil, (d) Selbsturteil Kind/Jugendlicher (ab 11;0 Jahren), (e) Lehrerurteil.

**Primäre und sekundäre Ergebnisparameter**

Als primäre Ergebnisparameter für die Bestimmung der Wirksamkeit der Intervention sind definiert:

- Im verblindeten klinischen Urteil Skala internale Störungen und Skala externale Störungen im *Interviewleitfaden zum Screening psychischer Störungen (ILF-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)*.

Als sekundäre Zielp Parameter sind festgelegt:

- Im verblindeten klinischen Urteil und Therapeutenurteil die Skala Verbesserung der *Clinical Global Impression Scale (CGI; Guy, 1976)*.
- Im unverblindeten klinischen Urteil die Skala internale Störungen und Skala externale Störungen im ILF-SCREEN.
- Im Elternurteil die Skala internale Probleme und Skala externale Probleme des *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R; Döpfner, Plück, & Kinnen, 2014)*.
- Im Selbsturteil der Kinder/Jugendlichen ab 11;0 Jahren die Skala internale Probleme und Skala externale Probleme des *Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R; Döpfner et al., 2014)*.
- Im Lehrerurteil die Skala internale Probleme und Skala externale Probleme des *Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R; Döpfner et al., 2014)*.

## OPTIE

- Im Elternurteil zur Messung des psychosozialen Funktionsniveaus die Gesamtskala der modifizierten *Weiss Functioning Impairment Rating Scale* (WFIRS; Dose, Hautmann, & Doepfner, 2016).
- Im Elternurteil, Selbsturteil der Kinder/Jugendlichen ab 11;0 Jahren und Therapeutenurteil die Skalen vom *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung* (FBB; Matzejat & Remschmidt, 1999).

**Verlaufsmonitoring – Fragebögen therapeutisches Rückmeldesystem**

Das Verlaufsmonitoring im Rahmen des therapeutischen Rückmeldesystems soll über Fragebögen erfolgen. Unter Berücksichtigung der Empfehlungen in der Literatur sollen die Fragebögen folgende Eigenschaften aufweisen: (a) Es stehen Fassungen für Therapeuten, Eltern und Kinder/Jugendliche (ab 11;0 Jahren) zur Verfügung. (b) Der Umfang der Fragebögen ist für die regelmäßige Anwendung kurz. (c) Die Fragebögen sollen die Prozessparameter Symptomatik, individuelle Probleme, Therapiebeziehung und Erfolgserwartung erfassen. (d) Die Items der Fragebögen sollen änderungssensitiv sein. (e) Die Fragebögen sollen von allen Teilnehmern am Ende einer Therapiesitzung in regelmäßigen Abständen ausgefüllt werden (hier: alle 3 Monate).

Der Prozessparameter Symptomatik soll über den *Brief Problem Monitor* (BPM/6-18; Döpfner, Breuer, & Rodenacker, im Druck) erfasst werden. Es handelt sich dabei um Kurzfassungen der Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist (CBCL/6-18R, YSR/11-18R, TRF/6-18R), die speziell für den wiederholten Einsatz im Kontext von Verlaufsmessungen konzipiert wurden. Der BPM/6-18 enthält Versionen für Eltern (BPM-E) und das Selbsturteil von Kindern/Jugendlichen ab 11;0 Jahren (BPM-S), die je 19 Items bzw. vier Skalen berücksichtigen (Skala internale Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Skala externale Probleme, Gesamtskala). Es stehen alters- und geschlechtsspezifische Normen zur Verfügung, die eine Einschätzung der individuellen Symptomstärke erlauben. Für das Projekt muss dann noch eine entsprechende Form für das klinische Urteil angepasst werden.

Bei dem Prozessparameter individuelle Probleme handelt es sich um die zentralen Schwierigkeiten der Kinder und Jugendlichen, die in der Therapie vermindert werden sollen (z. B. „Schreit, wenn er sein Zimmer aufräumen soll“, „Hat Angst, vor der Klasse zu reden“). Diese werden zu Beginn der Therapie unter Zuhilfenahme der Verhaltens- und Psychodiagnostik erarbeitet und sind Grundlage für die weitere therapeutische Arbeit. Bei den individuellen Problemen handelt es sich um einen ideographischen Ansatz, der als wichtige Ergänzung zur standardisierten Diagnostik angesehen wird (Döpfner & Steinhausen, 2012; Weisz et al., 2011).

Die Prozessparameter Therapiebeziehung und Erfolgserwartung sollen über eine Kurzfassung vom *Beziehungsfragebogen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (BeKi; Kinnen, Breuer, & Döpfner, 2011) erhoben werden. Der BeKi enthält Versionen für Eltern, Kinder/Jugendliche (ab 11;0 Jahren) und Therapeuten, die je nach Beurteilerperspektive 19 bzw. 28 Items umfassen. Die Therapeut-Kind-Beziehung wird über drei Skalen erfasst (Therapiemotivation, positive Arbeitsbeziehung, Compliance/Erfolgserwartung) und die Therapeut-

## OPTIE

Eltern-Beziehung über vier Skalen (Erfolgserwartung, emotionale Beziehung, positive Arbeitsbeziehung, negative Arbeitsbeziehung).

**Intervention Behandlungsgruppen**

In beiden Behandlungsbedingungen (EG, KG) wird die Routinebehandlung auf verhaltenstherapeutischer Grundlage an der Psychotherapieambulanz von AKiP durchgeführt. Dabei handelt es sich um leitliniengerechte Therapien im Rahmen der Grundversorgung. Studienbedingt wird die Interventionsdauer auf 12 Monate festgelegt; real können Therapien länger andauern, die Postmessung erfolgt aber 12 Monate nach Behandlungsbeginn.

Therapeuten der EG erhalten zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem bestehend aus Verlaufsmonitoring und -feedback. Das Monitoring wird eingangs der Therapie begonnen und alle 3 Monate wiederholt. Die zusätzlichen Behandlungskomponenten im Einzelnen sind: (i) Die Erfassung der Prozessparameter Symptomatik, individuelle Probleme, Therapiebeziehung und Erfolgserwartung im Urteil des Therapeuten, des Kindes/Jugendlichen (ab 11;0 Jahren) und des teilnehmenden Elternteils alle drei Monate per Fragebogen. (ii) Es erfolgt eine Rückmeldung über die Befunde der Erhebung. Dabei handelt es sich um eine graphische Aufbereitung der diagnostischen Ergebnisse, bei der der Verlauf der Prozessparameter über die Zeit abgebildet wird. Zusätzlich werden für jeden Patienten Angaben zum Reliable Change Index geleistet (RCI; Jacobson & Truax, 1991). (iii) Therapeuten der EG erhalten fünf einstündige Supervisionssitzungen (inklusive Vor- und Nachbereitung), die der Besprechung der Verlaufsbeobachtungen dienen. Die erste Sitzung findet zu Therapiebeginn statt und hat die Erarbeitung der individuellen Problemliste zum Gegenstand. Es soll sichergestellt werden, dass die individuellen Probleme sich sowohl für die therapeutische Arbeit als auch für die Prozessbeobachtung eignen. Supervisionssitzungen zwei bis vier erfolgen nach den Verlaufsbeobachtungen und dienen der Besprechung der entsprechenden Ergebnisse. Soweit sinnvoll werden in diesen Sitzungen Empfehlungen zur Adaptation der Therapie ausgesprochen. Supervisionssitzung fünf dient der kritischen Reflektion des Therapieverlaufs.

**Rekrutierung**

Die Studie wird in die reguläre Versorgung der Psychotherapieambulanz von AKiP integriert. Bei AKiP befinden sich ca. 150 Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung, die im Rahmen der Praktischen Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Vertiefungsgebiet Verhaltenstherapie unter Supervision Psychotherapien durchführen und im Richtlinienverfahren abrechnen. Diese Therapeuten behandeln jährlich knapp 600 Patienten (Neuaufnahmen) im Alter von 4 bis 21 Jahren. Die Anzahl der neu behandelten Patienten pro Jahr mit der Diagnose einer externalen oder einer internalen Störung liegt bei ca. 290.

**Kalkulation Stichprobengröße und Dauer Evaluationsstudie**

Anhand der aktuell zur Verfügung stehenden Literatur sind für die Gesamtgruppe aller Kinder und Jugendlichen Effekte im kleinen bis mittleren Bereich zu erwarten. Um die dafür



## OPTIE

erforderliche Stichprobengröße zu kalkulieren, wurde eine Analyse mit dem Programm G\*Power durchgeführt (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Angenommen wurde eine Überprüfung der Effekte mittels Kovarianzanalyse (AV = Outcome Post; UV = Behandlungsbedingung; Kovariate = Outcome Prä). Wird von einem  $\alpha$ -Fehler von 0,05, einer Power von 0,80 und bei Cohens  $f$  von einer Effektstärke im kleinen bis mittleren Bereich von 0,15 ausgegangen, liegt die erforderliche Stichprobengröße bei 351 Familien. Um Schwund- und Cluster-Effekte zu berücksichtigen, sollen 25 Prozent mehr Patienten eingeschlossen werden; die zu erreichende Gesamtstichprobe liegt dann bei 439 Familien. Unter der Annahme von 290 pro Jahr bei AKiP neu beantragten Therapien für Familien von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen liegt die erforderliche Rekrutierungsdauer entsprechend bei ca. 18 Monaten (6 Quartale) und es wird von einer Gesamtdauer des Projekts von 36 Monaten ausgegangen.

**Auswertung**

Hauptziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit des therapeutischen Rückmeldesystems im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Hierzu sollen in den beiden Behandlungsgruppen Veränderungen über die Zeit auf den Ergebnisparametern miteinander verglichen und auf Unterschiede geprüft werden. Die Auswertung erfolgt über Mehrebenenmodelle (Raudenbush & Bryk, 2002). Bei Bedarf sollen bis zu 3 Ebenen berücksichtigt werden (Messzeitpunkte, Patienten, Therapeuten), um die Abhängigkeit in den Daten sowohl für den Faktor Messwiederholung wie auch die Zuordnung von Patienten zu Therapeuten zu berücksichtigen. Ein Behandlungsvorteil der EG gegenüber der KG gilt als belegt, wenn die dummykodierte Ebene-3-Prädiktorvariable Behandlungsgruppe (EG, KG) signifikant wird.

Zusätzlich sollen die Effekte des Rückmeldesystems für Subgruppen von Patienten untersucht werden, wobei insbesondere Kinder und Jugendliche mit unerwünschten Therapieverläufen im Fokus stehen. Entsprechend bisheriger Befunde in der Literatur wird für diese Patientengruppe von stärkeren Effekten des therapeutischen Rückmeldesystems ausgegangen. Weiterhin sollen die Ergebnisparameter wie auch die Prozessvariablen sowohl für Moderator- wie auch Mediatoranalysen genutzt werden (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002).

Der Studie wird auch eine besondere Bedeutung mit Blick auf Therapieabbrecher beigemessen. In Interventionsstudien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie treten bei dieser Patientengruppe gehäuft fehlende Daten auf. In der Konsequenz gibt es meist nur sehr wenige Anhaltspunkte über den Therapieverlauf bzw. über den Schweregrad der Symptomatik zum Zeitpunkt des Therapieabbruches. Die Studie bietet gute Rahmenbedingungen, diese Patientengruppe näher zu untersuchen.

## OPTIE

**Arbeits-, Zeit- und Meilensteinplanung**

Tabelle 1. Projektaufgaben und Zeitplanung über die 3-jährige Studiendauer

Nr. Meilenstein	2019				2020				2021				2022	
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2
1 Überarbeitung Studienprotokoll	X													
2 Erstellung Diagnostikunterlagen		X												
3 Entwicklung Dateneingabesystem		X												
4 Datenschutzkonzept liegt vor		X												
5 Positives Ethikvotum liegt vor		X												
6 Vorbereitungsphase abgeschlossen		X												
7 <u>Patientenrekrutierung</u>		X	X	X	X	X	X	X						
8 <u>Überprüfung/Revision Rekrutierungsstrategie</u>				X	X	X	X							
9 Leistung ( <u>Datenerhebung, Intervention</u> )		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
10 Datenerhebung		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
11 Monitoring Behandlung/Adhärenz		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
12 <u>Rückmeldung Feedbackgruppe</u>			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
13 <u>Überprüfung/Adaption Rückmeldung</u>					X									
14 Deskription Stichprobe									X	X	X			
15 Vorbereitung Hauptanalyse										X	X	X		
16 Hauptanalyse												X	X	

**7 Risikofaktoren**

Da seit mehreren Jahren das Patientenaufkommen und die Anzahl der durchgeführten Therapien sehr stabil ist, sind die mit der Studiendurchführung verbundenen Risiken relativ begrenzt (vgl. Walter et al., 2015, 2017). Folgende potentielle Problembereiche können identifiziert werden:

- Es erklären sich nicht genügend Familien bereit, an der Studie teilzunehmen.  
Maßnahme: Die Durchführung der Hauptmesszeitpunkte ist Bestandteil der etablierten Routineversorgung, daher ist eine Verweigerung zur Teilnahme an der Studie, die Teil der Qualitätssicherung ist, eher unwahrscheinlich. Falls dies dennoch eintritt, werden Patienten gezielt über Medien eingeworben (z. B. Zeitungsannoncen, Internetportale). Zusätzlich kann der Patientenpool durch eine etablierte Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln erhöht werden.
- Familien nehmen nur unregelmäßig an den Therapien teil.  
Maßnahme: Das Teilnahmeverhalten wird protokolliert und kann bei der statistischen Auswertung berücksichtigt werden. Grundsätzlich soll die Standardbehandlung in den beiden Behandlungsbedingungen (EG, KG) die üblichen Bedingungen in der Routineversorgung abbilden und es werden keine besonderen Vorgaben bzgl. des Teilnahmeverhaltens gemacht. Da es sich aber um Ausbildungstherapien handelt, ist über die regulär stattfindenden

## OPTIE

Supervisionen sichergestellt, dass die erforderlichen Standards für eine leitliniengerechte Therapie eingehalten werden.

**8 Verwertungspotenzial****Direkte unmittelbare Ergebnisse des Projektes**

Das Projekt gibt Auskunft darüber, in welchem Umfang ein therapeutisches Rückmeldesystem bestehend aus Verlaufsmonitoring und -feedback die Prozess- und Ergebnisqualität von Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen verbessern kann. Die wichtigsten Ergebnisparameter in diesem Zusammenhang sind die Symptomatik und das Funktionsniveau der Kinder und Jugendlichen, die Zufriedenheit der Familien sowie die Therapiedauer und die Therapieabbruchquoten. Zudem sollen Risikopatienten frühzeitig identifiziert werden können, um ihnen zusätzliche Hilfestellung zu geben. Erweist sich das therapeutische Rückmeldesystem als wirksam, steht eine Behandlungsoption zur Verfügung, mit der das Behandlungsangebot sinnvoll individualisiert und die Qualität in der Versorgung erhöht werden kann.

Die zusätzlich geplanten Moderatoranalysen sollen Hinweise darauf geben, welche Merkmale der Eltern (z. B. Bildungsgrad, soziale Schicht, Alter, psychische Belastung) oder des Kindes (z. B. Alter, Geschlecht, Stärke der Symptomatik) Einfluss auf die Erfolgsparameter nehmen, womit sich ein zielgruppenspezifischer Einsatz der Intervention planen ließe.

**Übertragbarkeit auf die Versorgungssituation im Alltag**

Nahezu alle Elemente des Verlaufsmonitorings können ohne großen organisatorischen und mit nur begrenztem finanziellen Aufwand in die Routineversorgung integriert werden. Eine Ausnahme stellt lediglich die in der Behandlung der EG vorgesehene Supervision dar. Allerdings könnten hier die in der Routineversorgung etablierten Qualitätszirkel genutzt werden, um im Rahmen einer kollegialen Intervision diese Aufgaben zu übernehmen. Hierzu soll ein Manual für Qualitätszirkel zum Verlaufsmonitoring und Verlaufsfeedback entwickelt werden. Zudem ließe sich ein solches Rückmeldesystem problemlos in das für die ambulante Psychotherapie etablierte Gutachterverfahren implementieren, so dass Gutachtern eine verbesserte Grundlage für ihre Entscheidungen und für spezifische Empfehlungen bei der Fortführung der Therapie zur Verfügung stehen würde.

Mit zunehmender Erfahrung mit dem therapeutischen Rückmeldesystem und den dann typischerweise beobachteten Therapieverläufen ließe sich weiterhin darüber nachdenken, dass anstelle der Supervision automatisierte schriftliche Therapieempfehlungen für die Therapeuten entwickelt werden. Diese wären zwar vom Intensitätsgrad her nicht mit einer individuellen Supervision vergleichbar, dennoch könnten sie ggf. bei nur eingeschränkt zur Verfügung stehenden Ressourcen zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Darüber hinaus besteht die Option, das therapeutische Rückmeldesystem als Webapplikation zu entwickeln und so kostengünstig und flächendeckend einzusetzen.

## OPTIE

**Übertragbarkeit auf andere Bereiche der Gesundheitsversorgung**

Das Konzept des therapeutischen Rückmeldesystems wird in der Studie im Rahmen der ambulanten Versorgung überprüft, der Ansatz ließe sich aber auch auf den stationären Alltag übertragen. Darüber hinaus ist das Monitoring des Therapieverlaufs nicht nur für die Behandlung von psychischen Störungen relevant, sondern hat für die Behandlung von sehr vielen Erkrankungen einen wichtigen Stellenwert.

**9 Ethische/rechtliche Gesichtspunkte**

Das therapeutische Rückmeldesystem stellt einen Heilversuch dar. Für die Studie gelten die in der Deklaration von Helsinki formulierten ethischen Richtlinien (World Medical Association, 2013). Die Studienteilnehmer (Erziehungsberechtigte, Kind/Jugendlicher) werden über die Fragestellung und den Gang der Untersuchung aufgeklärt. Eltern müssen ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie geben, bei Kindern/Jugendlichen ist eine Willenserklärung erforderlich. Andere als notwendig erachtete Interventionen werden durch die Studie nicht eingeschränkt. Unerwünschte Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Der Projektantrag wird der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln vorgelegt.

**10 Finanzierungsplan**

<b>10.1</b>	<b>Personalausgaben</b>	<b>€</b>	
	<i>Projektleitung</i>	<i>1 x 50 %, E 14, 36 PM</i>	115.500,00
	<i>Supervision</i>	<i>1 x 65 %, E 13, 36 PM</i>	139.620,00
	<i>Biometrie</i>	<i>1 x 25 %, E 13, 36 PM</i>	53.700,00
	<i>Wissenschaftlicher Mitarbeiter</i>	<i>1 x 65 %, E13, 36 PM</i>	139.620,00
	<i>Wissenschaftliche Hilfskraft mit abgeschl. wissen. Hochschulbildung</i>	<i>1 x 19h/Woche, 36 PM, 14,39 €/h, 30 % AG Anteil, 4.348 Monatssatz</i>	55.635,22
	<i>Studentische Hilfskraft</i>	<i>2 x 19h/Woche, 36 PM, 9,21 €/h, 30% AG Anteil, 4.348 Monatssatz</i>	71.216,18
<b>10.1</b>	<b>Summe Personalausgaben</b>		<b>575.291.40</b>

## OPTIE

<b>10.2</b>	<b>Sachausgaben</b>	<b>€</b>
10.2.1	Aufträge an Dritte	
	<i>Entfällt</i>	
10.2.2	Reisen	
	<i>Pauschal beantragte Reisemittel</i>	9.000,00
10.2.3	Sonstige Sachausgaben	
	<i>Randomisierungssoftware ALEA (500,00 € p.a.)</i>	1.500,00
10.2.4	Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 10.1)	143.822,85
<b>10.2</b>	<b>Summe Sachausgaben</b>	<b>154.322,85</b>

<b>10.3</b>	<b>Investitionen (Einzelpreis &gt; 410 € netto)</b>	<b>€</b>
	<i>Entfällt</i>	
<b>10.3</b>	<b>Summe Investitionen</b>	

<b>10.4</b>	<b>Gesamtausgaben des Projekts</b>	<b>€</b>
10.4.1	Summe der Personalausgaben	575.291,40
10.4.2	Summe der Sachausgaben	154.322,85
10.4.3	Summe der Investitionen	
<b>10.4</b>	<b>Gesamtsumme der Ausgaben des Projekts</b>	<b>729.614,25</b>

## OPTIE

**11 Unterschriften**

Köln, den 05.12.18

Ort, Datum

C. HAUTMANN

M. DÖPFNER

**(Gesamt)Projektleitung/Konsortialführung**

Köln, den 05.12.18

Ort, Datum

M. HELLMICH

**Verantwortliche Person für die Methodik****12 Referenzen (max. 1 Seite)**

- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial. *Psychiatric Services*, 62, 1423–1429. doi:10.1176/appi.ps.002052011
- Carlter, I. V. E., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 104–110. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x
- Döpfner, M., Breuer, D., & Rodenacker, K. (im Druck). *Fragebogen zum Problem-Monitoring bei Kindern und Jugendlichen: Deutsche Fassungen des Brief Problem Monitor (BPM) von Thomas M. Achenbach - Manual für die Fassungen für Eltern und Lehrer von Kindern und Jugendlichen von 6 bis 18 Jahren und für Jugendliche von 11 bis 18 Jahren*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder und Jugendliche - III (DISYPS-III)*. Bern: Huber.
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner, M., & Steinhausen, H.-C. (2012). *KIDS 3 – Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Dose, C., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2016). Functional impairment in children with externalizing behavior disorders: Psychometric properties of the Weiss Functional Impairment Rating Scale–Parent Report in a German clinical sample. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication. doi:10.1177/1087054716661234
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2013). Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. In G. Stricker, T. A. Widiger, I. B. Weiner, G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology, Vol. 8: Clinical psychology (2nd ed.)* (pp. 489–513). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. doi:10.3758/bf03193146
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 1108–1122. doi:10.1037/ccp0000044
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 325–343. doi:10.1007/s10488-015-0710-5
- Guy, W. (1976). *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology – Revised (DHEW Publ No ADM 76–338)*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; NIMH Psychopharmacology Research Branch; Division of Extramural Research Programs.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155–163. doi:10.1002/jclp.20108

## OPTIE

- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329–343. doi:10.1093/clipsy/9.3.329
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 25–32. doi:10.1002/cpp.656
- Ionita, G., & Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55, 187–196. doi:10.1037/a0037355
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19. doi:10.1037/0022-006x.59.1.12
- Kinnen, C., Breuer, D., & Döpfner, M. (2011). Konzeption und erste Evaluation des Beziehungsfragebogens für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (BeKi). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 303–323.
- Kraemer, H. C., Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877–884. doi:10.1001/archpsyc.59.10.877
- Lambert, M. J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Lueger, R. J., & Barkham, M. (2010). Using benchmarks and benchmarking to improve quality of practice and services. In M. Barkham, G. E. Hardy, J. Mellor-Clark, M. Barkham, G. E. Hardy, & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. (pp. 223–256): Wiley-Blackwell.
- Marshall, S., Haywood, K., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: A structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12, 559–568. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Göttingen: Hogrefe.
- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57, 216–236. doi:10.1111/jcpp.12470
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298–311. doi:10.1037/a0019247
- Spengler, P. M., & Pilipis, L. A. (2015). A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment. *Journal of Counseling Psychology*, 62, 360–378. doi:10.1037/cou0000065
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218–229. doi:10.1037/a0035099
- van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. G., Veerman, J. W., & Tiemens, B. B. (2014). Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 3. doi:10.1186/1471-244x-14-3
- Walter, D., Dachs, L., Faber, M., Goletz, H., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., . . . Döpfner, M. (2017). Effectiveness of outpatient cognitive-behavioral therapy for adolescents under routine care conditions on behavioral and emotional problems rated by parents and patients: An observational study. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1007/s00787-017-1021-z
- Walter, D., Dachs, L., Faber, M., Goletz, H., Görtz-Dorten, A., Kinnen, C., . . . Döpfner, M. (2015). Alltagswirksamkeit ambulanter Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen im Urteil der Eltern in einer universitären Ausbildungsambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 44, 169–180. doi:10.1026/1616-3443/a000321
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 144–155. doi:10.1037/a0018544
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Frye, A., Ng, M. Y., Lau, N., Bearman, S. K., . . . Hoagwood, K. E. (2011). Youth top problems: Using idiographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 369–380. doi:10.1037/a0023307
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310, 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053

## OPTIE

**13 Anlagen**

Anlage Nr.	Bezeichnung	Beigefügt
1	Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 14 sowie Letter of Intent (LOI) der Kooperationspartner (inkl. Unterschrift) (max. 1 Seite pro Kooperationspartner).	<input type="checkbox"/>
2	Kurzlebensläufe der wesentlichen verantwortlichen Personen insbesondere für die Methodik (max. 1 Seite pro Person, inkl. Nennung der drei wichtigsten Publikationen mit Relevanz für das beantragte Projekt).	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. der Projektleitung bei Einzelprojekten).	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner.	<input type="checkbox"/>

**14 Vorlage zu Anlage 1: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung**

Name Kooperationspartner und Art der Unterstützung	LOI beigefügt
	<input type="checkbox"/>



*Studienprotokoll OPTIE*

**B Studieninformation und Einverständniserklärung**

**B.1 Therapeuten**



## Projekt OPTIE

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### *Studieninformation für TherapeutInnen*

Übersicht.....	1
Studienfamilien.....	2
Randomisierung.....	2
Diagnostik.....	2
Behandlung allgemein.....	3
Behandlung Routinegruppe.....	4
Behandlung Feedbackgruppe.....	4
Teilnahme und Kosten.....	4

#### **Übersicht**

##### *Was ist das Ziel der Studie?*

Das Ziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit eines therapeutischen Rückmeldesystems.

##### *Worum handelt es sich bei dem therapeutischen Rückmeldesystem?*

Das therapeutische Rückmeldesystem besteht aus den drei Komponenten (a) Verlaufsbeobachtung, (b) Verlaufsrückmeldung und (c) Supervision. Die Verlaufsbeobachtung dient der kontinuierlichen Erfassung von zentralen Therapieprozessparametern (z. B. Symptomatik, Therapiemotivation). Bei der Verlaufsrückmeldung werden die Ergebnisse der Befragung an die TherapeutInnen zurückgemeldet. In der Supervision werden unter anderem die Verlaufsbeobachtungen und deren Relevanz für die weitere Therapieplanung besprochen.

##### *Wie ist das Studiendesign und welche Behandlungsgruppen gibt es?*

Es handelt sich um eine randomisierte Kontrollgruppenstudie mit zwei Behandlungsarmen (Routine, Feedback). In der Routinegruppe wird die Standardbehandlung unter den sonst üblichen Bedingungen durchgeführt, sie dient als Kontrollgruppe. In der Feedbackgruppe wird neben der Standardbehandlung zusätzlich das therapeutische Rückmeldesystem angeboten.

### Studienfamilien

*Welche Familien werden eingeschlossen?*

Eingeschlossen werden Kinder und Jugendliche im Alter von 6;0 bis 17;11 Jahren, die interne oder externe Auffälligkeiten zeigen.

*Werden die Familien vor dem Studieneinschluss aufgeklärt und wer ist für den Studieneinschluss verantwortlich?*

Alle Kinder und ihre Sorgeberechtigten werden vor dem Studieneinschluss aufgeklärt und müssen vor einer Studienteilnahme ihr schriftliches Einverständnis dazu geben. Die Prüfung der Einschlusskriterien sowie die Einholung der Unterschriften erfolgt vor dem ersten Therapiekontakt und wird von den ScreenerInnen bzw. dem Studienpersonal organisiert.

*Können StudientherapeutInnen auch Familien behandeln, die nicht an der Studie teilnehmen?*

Die Behandlung von Nicht-Studienfamilien im Rahmen der praktischen Ausbildung ist grundsätzlich möglich und es gibt hier keinerlei Einschränkungen.

### Randomisierung

*Wer wird randomisiert und darf nach der Randomisierung die Behandlungsgruppe noch gewechselt werden?*

Die Randomisierung erfolgt auf den Ebenen der PatientInnen und TherapeutInnen, ~~d. h. und~~ beide Gruppen werden den beiden Behandlungsbedingungen (Routine, Feedback) per Zufall zugewiesen. Sobald die Behandlungsgruppe feststeht, kann diese vom Grundsatz nicht mehr gewechselt werden. Es gibt also TherapeutInnen, die in der Studie nur in der Routinegruppe sind, und andere, die nur in der Feedbackgruppe sind. ~~Im Anschluss dürfen~~ PatientInnen sollen in aller Regel auch nur von TherapeutInnen aus der jeweils gleichen Behandlungsbedingung therapiert werden. Steht einer Familie wegen mangelnder Verfügbarkeit jedoch kein Studientherapeut aus der passenden Behandlungsgruppe zur Verfügung, kann ihnen als Ausnahme jedoch auch ein Studientherapeut aus der jeweils anderen Behandlungsgruppe zugeordnet werden. Die Familien erhalten in diesen Fällen die Behandlung, die durch den Studientherapeuten vertreten wird. ~~Es gibt also TherapeutInnen, die in der Studie nur in der Routinegruppe sind, und andere, die nur in der Feedbackgruppe sind.~~ Die Organisation und Zuordnung der PatientInnen zu den TherapeutInnen werden von der Ambulanzleitung und dem Studienteam übernommen.

### Diagnostik

*Was ändert sich bei der Diagnostik?*

Für TherapeutInnen mit Studienteilnahme gibt es bei der Diagnostik von Familien mit Studienteilnahme drei wesentliche Veränderungen: (a) Die Eingangsdagnostik wird vor dem ersten Therapiekontakt bereits an die Familien ausgegeben; (b) es gibt für die Studie eine eigene

zusätzliche Diagnostik-Checkliste „Projekt OPTIE“; (c) das Studienteam bietet auf Anforderung hin Unterstützung, um die Diagnostik einzuholen.

*Wer gibt die Eingangsdiagnostik aus und wer ist für die Einholung verantwortlich?*

Familien mit Studienteilnahme erhalten die Eingangsdiagnostik bereits vor dem ersten Therapietermin über das Studienpersonal (Fragebögen Eltern, Kind, Lehrkraft). Die Familien werden gebeten, die Unterlagen zu dem ersten Therapietermin bereits ausgefüllt mitzubringen. Verantwortlich für die Einholung der Unterlagen bleiben weiterhin die TherapeutInnen.

*Was ist die Diagnostik-Checkliste „Projekt OPTIE“?*

Die Checkliste umfasst einige wenige studienspezifische Messinstrumente, die zusammen mit den sonst üblichen Diagnostik-Checklisten zu erheben sind und wird bei der Fallübergabe von dem/der ScreenerIn ausgehändigt. Der Mehraufwand ist sehr begrenzt.

*Wird neben der Eingangsdiagnostik auch die Zwischen- und Abschlussdiagnostik durch das Studienteam ausgegeben?*

Nein, das Studienteam gibt nur die Eingangsdiagnostik aus. Hintergrund ist, dass bei der Zwischen- und Abschlussmessung die TherapeutInnen im engeren Kontakt mit den Familien stehen und den Prozess besser betreuen können. Alle studienrelevanten Fragebögen befinden sich in der Therapeutenzentrale (Raum 1.007).

*Welche Unterstützung bietet das Studienteam bei der Einholung der Diagnostik?*

Das Studienteam bietet auf Anforderung hin Unterstützung bei der Einholung der Diagnostik an (Eingangs-, Zwischen- und Abschlussdiagnostik). Dies bietet sich bei eher aufwendigen Erhebungen an, wie dies beispielsweise bei Therapieabbrechern oder anderen Informanten ohne direkten persönlichen Kontakt der Fall sein kann (z. B. ErzieherIn, LehrerIn). Um entsprechende Unterstützung zu erhalten, bitte mit dem Studienteam Kontakt aufnehmen (Email: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)).

*Gibt es neben der Diagnostik-Checkliste Projekt OPTIE noch weitere studienbezogene Diagnostik?*

Neben der Diagnostik-Checkliste Projekt OPTIE gibt es ein diagnostisches Interview, das vom Studienteam mit den Sorgeberechtigten vor Therapiebeginn sowie 6 und 12 Monate danach durchgeführt wird. Die Erhebung ist teilverblindet und die Dauer beträgt ca. 45 bis 60 Minuten. Verantwortlich für die Organisation ist das Studienteam.

### **Behandlung allgemein**

*Wie lange dauert die studienspezifische Interventionszeit?*

Studientechnisch bedingt ist die Interventionszeit auf 12 Monate festgelegt.

*Was ist, wenn die Therapie kürzer oder länger dauern sollen?*

Die tatsächliche Therapiedauer orientiert sich am therapeutischen Bedarf. Therapien können also vor den 12 Monaten beendet oder danach fortgeführt werden. Die studienbedingte Interventionszeit bestimmt lediglich, wie lange in der Feedbackgruppe das therapeutische Rückmeldesystem maximal angeboten wird und wann die studienbedingten Messungen stattfinden sollen.

#### **Behandlung Routinegruppe**

*Welche Besonderheiten müssen bei der Behandlung beachtet werden?*

Die Behandlung findet unter den regulären Behandlungsbedingungen statt. Es muss lediglich die zusätzliche Checkliste OPTIE beachtet werden.

#### **Behandlung Feedbackgruppe**

*Welche Besonderheiten müssen bei der Behandlung beachtet werden?*

Es sind die Vorgaben im Rahmen des therapeutischen Rückmeldesystems zu beachten. Alle TherapeutInnen der Feedbackgruppe erhalten entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt (bei Interesse können diese bereits jetzt gerne angefragt werden, s. Kontaktdaten unten). Ebenfalls muss die zusätzliche Checkliste OPTIE beachtet werden. Daneben gibt es studienseitig keine weiteren Vorgaben und die Behandlungen können unter den sonst üblichen Bedingungen durchgeführt werden.

#### **Teilnahme und Kosten**

*Ist die Teilnahme an der Studie freiwillig?*

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Wenn Sie an der Studie nicht teilnehmen wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile für die Ausbildung.

*Welche möglichen Vorteile und Nachteile sind mit einer Studienteilnahme verbunden?*

Ein möglicher Nachteil besteht in dem leichten Mehraufwand bei der Eingangs-, Zwischen- und Abschlussmessung sowie bei der Verwendung des Rückmeldesystems. Mögliche Vorteile sind die Unterstützung bei der Diagnostik, dass die zusätzlichen Supervisionsstunden in der Feedbackgruppe kostenfrei sind und diese darüber hinaus für die psychotherapeutische Ausbildung anerkannt werden. Hierdurch können die Kosten der Ausbildung pro Patient um bis zu 237,50 Euro gesenkt werden.

*Wie kann ich an der Studie teilnehmen und an wen wende ich mich bei weiteren Fragen?*

Wenn Sie an der Studie teilnehmen wollen, unterschreiben Sie bitte die beiliegende Einverständniserklärung und legen diese in das Postfach Projekt OPTIE. Sollten Sie weitere Fragen zu der Studie haben, nehmen sie bitte unter den nachfolgenden Kontaktdaten mit dem Projekt Verbindung auf.

**Projekt OPTIE**

Studienleitung: PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Manfred Döpfner

AnsprechpartnerIn: Nina Geldermann, [Jana Rausch](#) und Felix Oswald

Raum: 4.001

Telefon: 0221 – 478 35666

Email: [akip-optie@uk-koeln.de](mailto:akip-optie@uk-koeln.de)

Bürozeiten: Montags bis mittwochs sowie freitags von 10-17 Uhr

## Forschungsprojekt OPTIE

### – Datenschutzerklärung –

In dieser Studie werden personenbezogene Informationen erhoben, gespeichert und ausgewertet. Dies erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, die im Folgenden aufgeführt sind. Die Teilnahme an der Studie und die Verwendung der darin erhobenen persönlichen Angaben setzt eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die Einwilligungserklärung ist eine Studienteilnahme nicht möglich.

Alle personenbezogenen Informationen (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) werden in einem sicheren elektronischen System gespeichert. Nach Beendigung der Studie werden diese über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren archiviert und im Anschluss gelöscht.

Zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung werden die Daten in pseudonymisierter Form weiterverarbeitet. Das bedeutet, dass mögliche Identifikationsmerkmale (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) durch einen Code ersetzt werden und eine Zuordnung der Daten zu einer Person nur noch über weitere Hilfsmittel möglich ist (Referenzliste). Diese Verbindung wird lediglich für die Koordination der Erhebung benötigt. Im Falle der Auswertung und Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten damit gewährleistet. Ein Rückschluss ist nur dann möglich, wenn eine Person, die die Daten auswertet, auch über die Referenzliste zum Entschlüsseln der Pseudonymisierung verfügt.

Es besteht ein Recht auf Widerruf hinsichtlich der Datenverarbeitung. In diesem Fall werden die von Ihnen bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht oder vollständig anonymisiert, es sei denn, Sie stimmen nach erfolgtem Widerruf dem ursprünglichen Verwendungszweck der bis dahin erhobenen Daten ausdrücklich zu.

Sie haben das Recht, Einblick in die von Ihnen erfassten Daten zu nehmen sowie eine unentgeltliche Kopie zu erhalten. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, haben Sie das Recht, diese korrigieren zu lassen.

Mit der Studienteilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Dritte zum Zwecke des Monitorings in die beim Studienleiter vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen können (z. B. Beauftragte der Ethikkommission), soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinden Sie die zuständigen Studienmitarbeiter/innen von der Schweigepflicht.

Die Speicherung und Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohlstraße 9, 50969 Köln. Der zuständige Datenschutzbeauftragte für die Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln. Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren. Zu diesem Zweck können Sie sich wenden an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.

**UNIKLINIK  
KÖLN**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)

## Forschungsprojekt OPTIE

### – Einwilligungserklärung für TherapeutInnen –

- Ich habe die Studieninformation gelesen und konnte mich über die Ziele und den Ablauf der Studie informieren. Ich kann jederzeit weitere Informationen zu der Studie erhalten.
- Ich möchte an der Studie teilnehmen und weiß auch, dass dies freiwillig ist.
- Ich habe jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.
- Meine Daten werden entsprechend geltender Datenschutzbestimmungen gespeichert und ausgewertet. Die Datenschutzerklärung habe ich erhalten und stimme den darin genannten Bedingungen zu.

---

Name TherapeutIn

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



*Studienprotokoll OPTIE*

**B.2 Eltern/Sorgeberechtigte**



## Forschungsprojekt OPTIE

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von  
Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### – Informationen über die Studie für Sorgeberechtigte –

Studienleitung:

PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9, 50969 Köln

#### Liebe Eltern, liebe Bezugspersonen,

ergänzend zu dem Beratungsgespräch möchten wir Ihnen mit diesem Schreiben weitere Hinweise zu der Studie OPTIE geben und Sie über die Ziele und den Ablauf der Untersuchung informieren.

#### 1. Warum führen wir diese Studie durch?

Am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) ist es unser Ziel, jeder Familie ein optimales Therapieangebot zu machen. Die Studie OPTIE soll uns dabei helfen, die Therapie noch besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Hierzu überprüfen wir die Wirksamkeit eines sogenannten therapeutischen Rückmeldesystems. Mit Hilfe dieses Systems könnten positive Entwicklungen, aber auch mögliche Hindernisse im Therapieverlauf zukünftig noch früher erkannt werden.

#### 2. Was ist ein therapeutisches Rückmeldesystem?

Ein therapeutisches Rückmeldesystem ist ein Hilfsmittel, das begleitend zur Psychotherapie eingesetzt wird. Dabei werden Sie und Ihr Kind (ab 11 Jahren) gebeten, zu wichtigen Therapiethemen Ihre Meinung zu sagen (z. B. aktuelle Beschwerden). Dabei werden Sie und Ihr Kind (ab 11 Jahren) gebeten, uns mittels Online-Befragung Ihre Meinung zu wichtigen Therapiethemen mitzuteilen (z. B. aktuelle Beschwerden). Die Ergebnisse dieser Befragungen werden den Therapeut/innen und Ihnen zurückgemeldet. In unserer Studie möchten wir überprüfen, welchen Effekt eine solche Rückmeldung auf die Therapie hat.

#### 3. Wie ist der Ablauf der Studie?

Ziel der Untersuchung ist die Überprüfung eines therapeutischen Rückmeldesystems. Um Aussagen über die tatsächliche Wirksamkeit machen zu können, müssen Behandlungen mit und ohne das Rückmeldesystem miteinander verglichen werden (s. Abbildung 1). Hierzu werden alle teilnehmenden Familien per Zufall einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt: (a) In der sogenannten Routinegruppe wird allein die Standardbehandlung (Leitlinientherapie) angeboten; (b) in der Feedbackgruppe erhalten die Familien die Standardbehandlung ergänzt durch das therapeutische Rückmeldesystem. Die Wahrscheinlichkeit für

die Zuordnung in eine der beiden Behandlungsgruppen liegt bei 50 Prozent. Die Behandlungsdauer ist auf 12 Monate festgelegt. Familien, die nach der Studie weiteren Therapiebedarf haben, werden im Anschluss daran ganz regulär weiterbehandelt.

Um die beiden Gruppen im Rahmen der Studie miteinander vergleichen zu können, werden insgesamt drei diagnostische Untersuchungen durchgeführt. Diese finden in beiden Gruppen kurz vor, während und nach der Behandlung statt (s. Abbildung 1). In diesen Untersuchungen werden ein sogenanntes klinisches Interview zur Symptomatik Ihres Kindes und weitere Fragebögen verwendet, um den Stand der Behandlung zu überprüfen. Zur Qualitätssicherung ~~wird das werden von den~~ klinischen Interviews ~~dabei Tonaufnahmen erstellt per Video aufgezeichnet~~ (siehe Datenschutzerklärung). Für die ~~Videoaufzeichnung Tonaufzeichnungen~~ ist eine gesonderte Einverständniserklärung von Ihnen erforderlich. Die Aufzeichnung ist dabei keine Voraussetzung für die allgemeine Studienteilnahme. Zur diagnostischen Untersuchung werden sowohl ihr Kind, Sie selbst, als auch (mit Ihrem Einverständnis) eine Lehrkraft Ihres Kindes einbezogen. Die diagnostischen Ergebnisse werden anschließend Ihnen und den Therapeut/innen zur Verfügung gestellt und können zusätzlich für die Therapie genutzt werden.

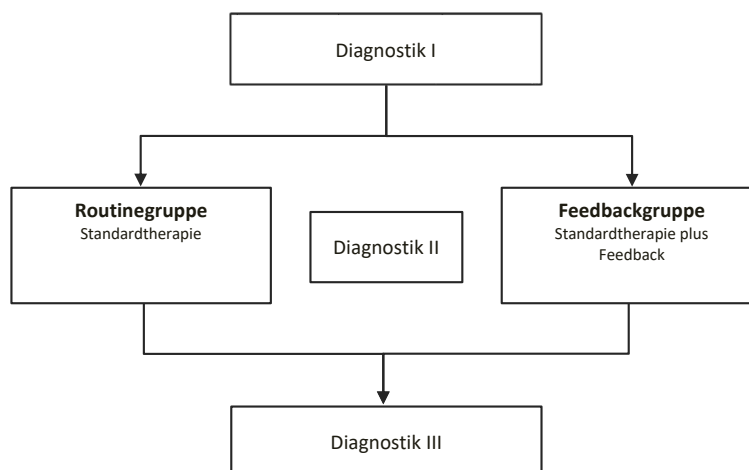


Abbildung 1: Ablauf der Studie OPTIE mit zwei Behandlungsgruppen und drei Untersuchungsterminen.

#### 4. Wer ist der Auftraggeber der Studie und wie viele Patient/innen werden an der Studie teilnehmen?

Die Studie wird vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert. Der G-BA unterstützt unter anderem Forschungsprojekte, die auf eine verbesserte Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind. Für die Studie sollen insgesamt 439 Familien gewonnen werden.

**5. Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?**

Die Teilnahme an der Studie dauert etwas länger als ein Jahr, das sind 12 Monate Behandlungszeit plus die diagnostische Vor- und die Nachuntersuchung. Bei Bedarf wird die Therapie im Anschluss unter den sonst üblichen Bedingungen einer Standardbehandlung (Leitlinientherapie) fortgeführt.

**6. Welches Risiko bzw. welcher Nutzen ist mit der Studienteilnahme verbunden?**

Wir sehen mit der Studie keine besonderen Risiken verbunden. Bei der Standardbehandlung handelt es sich um eine Therapie entsprechend den Behandlungsleitlinien. Das therapeutische Rückmeldesystem könnte ein wichtiger Beitrag für die personalisierte Behandlung sein. Wir können jedoch nicht mit Sicherheit sagen, ob der Einsatz von solchen Rückmeldesystemen das Therapieergebnis tatsächlich verbessert.

Die Studienteilnahme ist durch die drei Untersuchungstermine für alle Familien mit einem geringen Mehraufwand verbunden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass fast die gesamte studienbedingte Diagnostik auch im Rahmen der Routineversorgung stattfinden würde und die Befunde von praktischem Nutzen für die Therapie sind. Die Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln beraten und ist am [Datum] zustimmend bewertet worden.

**7. Welche anderen Behandlungsmöglichkeiten gibt es außerhalb der Studie?**

Wenn Sie nicht an der Studie teilnehmen, wird Ihnen die im Hause übliche Standardbehandlung angeboten (Leitlinientherapie).

**8. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der Studie?**

Durch die Studienteilnahme entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten. Die Kosten für die Behandlung werden von der zuständigen Krankenkasse übernommen. Die drei zusätzlichen Untersuchungstermine sind kostenfrei und finden im Rahmen der regulären Behandlung oder telefonisch statt. Wie bei ambulanter Psychotherapie üblich, müssen die Kosten für die Anfahrt zu den Behandlungsterminen von den Studienteilnehmern selbst getragen werden.

**9. Ist die Studienteilnahme freiwillig?**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Um an der Studie teilnehmen zu können, muss Ihr Kind ebenfalls sein Einverständnis geben. Bei einer Teilnahme können Sie und Ihr Kind die Studie jederzeit ohne die Angabe von Gründen beenden und ohne dass Ihnen dadurch Nachteile für die weitere Behandlung entstehen.

**10. Kann die Teilnahme an der Studie auch durch Andere vorzeitig beendet werden?**

Es ist möglich, dass der/die Therapeut/in entscheidet, die Teilnahme Ihres Kindes an der Studie vorzeitig zu beenden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Beschwerden Ihres Kindes zunehmen und

eine andere Behandlungsform notwendig erscheint. Der/die Therapeut/in würde in diesem Falle dann das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

#### **11. Was geschieht mit Ihren Daten?**

Während der Studie werden Informationen erhoben, niedergeschrieben und elektronisch gespeichert. Die Datenverarbeitung erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen (s. Datenschutzerklärung). Die für die Studie wichtigen Informationen werden im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung in pseudonymisierter Form ausgewertet. Pseudonymisiert bedeutet, dass für die Fallidentifikation nur ein Code verwendet wird und damit ein direkter Rückschluss auf eine Person nicht möglich ist. Sie haben das Recht, Einblick in Ihre Daten zu nehmen, die während der Studie erhoben werden. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, so haben Sie das Recht, diese durch die Studienmitarbeiter/innen korrigieren zu lassen. Weitere Einzelheiten, insbesondere die Möglichkeit zum Widerruf der Datenverarbeitung, entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung.

#### **12. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?**

Für Fragen und weitere Anliegen im Zusammenhang mit dieser Studie stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie erreichen uns unter den folgenden Kontaktdaten:

Forschungsprojekt OPTIE  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666

**Ihr OPTIE Studienteam**

## Forschungsprojekt OPTIE

### – Datenschutzerklärung –

In dieser Studie werden personenbezogene Informationen erhoben, gespeichert und ausgewertet. Dies erfolgt unter der Einhaltung von Datenschutzbestimmungen, die im Folgenden aufgeführt sind. Die Teilnahme an der Studie und die Verwendung der darin erhobenen persönlichen Angaben setzt eine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung voraus; das heißt, ohne die Einwilligungserklärung ist eine Studienteilnahme nicht möglich.

Alle personenbezogenen Informationen (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) werden in einem sicheren elektronischen System gespeichert. Nach Beendigung der Studie werden diese über einen Zeitraum von mindestens 10 Jahren archiviert und im Anschluss gelöscht.

Im Rahmen der Studie werden von drei diagnostischen ~~Untersuchungen auf Video (Bild und Ton) aufgezeichnet~~ Interviews Tonaufnahmen gemacht. Die Aufnahmen dienen der Qualitätssicherung und Überprüfung, wie zuverlässig unsere diagnostischen Ergebnisse sind. Es ist uns technisch leider nicht möglich, ~~Videodaten-Tonaufnahmen~~ so zu anonymisieren, dass nicht mehr erkennbar ist, welche Person darauf ~~zu sehen oder~~ zu hören ist. Allerdings wird sichergestellt, dass die Aufnahmen nur von autorisierten Studienmitarbeitern eingesehen werden dürfen. Eine Weitergabe der Aufnahmen an Dritte ist nicht zulässig.

Zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung werden die Daten in pseudonymisierter Form weiterverarbeitet. Das bedeutet, dass mögliche Identifikationsmerkmale (z. B. Name, Anschrift, E-Mailadresse) durch einen Code ersetzt werden und eine Zuordnung der Daten zu einer Person nur noch über weitere Hilfsmittel möglich ist (Referenzliste). Diese Verbindung wird lediglich für die Koordination der Erhebung benötigt. Im Falle der Auswertung und Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten damit gewährleistet. Ein Rückschluss ist nur dann möglich, wenn eine Person, die die Daten auswertet, auch über die Referenzliste zum Entschlüsseln der Pseudonymisierung verfügt.

Es besteht ein Recht auf Widerruf hinsichtlich der Datenverarbeitung. In diesem Fall werden die von Ihnen bis zu diesem Zeitpunkt erhobenen Daten gelöscht oder vollständig anonymisiert, es sei denn, Sie stimmen nach erfolgtem Widerruf dem ursprünglichen Verwendungszweck der bis dahin erhobenen Daten ausdrücklich zu.

Sie haben das Recht, Einblick in die von Ihnen erfassten Daten zu nehmen sowie eine unentgeltliche Kopie zu erhalten. Sollten Sie dabei Fehler feststellen, haben Sie das Recht, diese korrigieren zu lassen.

Mit der Studienteilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass autorisierte und zur Verschwiegenheit verpflichtete Dritte zum Zwecke des Monitorings in die beim Studienleiter vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen können (z. B. Beauftragte der Ethikkommission), soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Studie notwendig ist. Für diese Maßnahme entbinden Sie die zuständigen Studienmitarbeiter/innen von der Schweigepflicht.

Die Speicherung und Auswertung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohlstraße 9, 50969 Köln. Der zuständige Datenschutzbeauftragte für die Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln. Sie haben das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren. Zu diesem Zweck können Sie sich wenden an die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf.



**UNIKLINIK  
KÖLN**

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)



## Forschungsprojekt OPTIE

### – Einwilligungserklärung für Sorgeberechtigte –

- Wir haben die Studieninformation gelesen und sind über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert worden. Wir können jederzeit weitere Informationen zu der Studie erhalten.
- Wir möchten mit unserem Kind an der Studie teilnehmen und wissen auch, dass dies freiwillig ist.
- Wir und unser Kind haben jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme an der Studie zurückzutreten, ohne dass uns dadurch Nachteile für die weitere Behandlung entstehen.
- Wir sind damit einverstanden, über eine Zufallszuweisung einer von zwei Behandlungsgruppen zugeteilt zu werden (Routinegruppe oder Feedbackgruppe).
- Unsere Daten und die Daten unseres Kindes werden entsprechend der Datenschutzbestimmungen gespeichert und ausgewertet. Die entsprechende Datenschutzerklärung haben wir erhalten und stimmen den darin genannten Bedingungen zu.
- Wir sind damit einverstanden, dass die klinischen Interviews im Rahmen der diagnostischen Untersuchungen auf Video-mittels Tonaufnahme aufgezeichnet werden (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- ja Wir haben verstanden, dass es nicht möglich ist, Videodaten-Tonaufnahmen so zu anonymisieren, dass nicht mehr erkennbar ist, welche Person zu hören ist auf dem Video zu sehen ist.
- nein Wir wissen, dass die Videodateien-Tonaufnahmen nur von autorisierten Mitarbeiter/innen der Studie eingesehen werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Name Kind in Druckbuchstaben

- Wir entbinden das Studienpersonal von der Schweigepflicht gegenüber dem/r Lehrer/in \_\_\_\_\_ (Name der Lehrkraft) und erklären uns damit einverstanden, dass der/die Lehrer/in gegenüber dem Studienpersonal Informationen bezüglich des Verhaltens des Kindes weitergeben darf.

Für die Teilnahme des Kindes an der Studie ist die Zustimmung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Falls Sie das alleinige Sorgerecht besitzen, bestätigen Sie das bitte hier:

- Ja, ich habe die Alleinsorge für das genannte Kind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name & Unterschrift **erste/r Sorgeberechtigte/r**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name & Unterschrift **zweite/r Sorgeberechtigte/r**  
(ggf. durchstreichen)

~~Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt.~~

~~\_\_\_\_\_  
Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben~~

~~\_\_\_\_\_  
Datum~~ ~~\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studienmitarbeiter/in~~

**Wird von Studienmitarbeiter/innen ausgefüllt:**

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt.

\_\_\_\_\_  
Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studienmitarbeiter/in



*Studienprotokoll OPTIE*

**B.3 Kinder/Jugendliche**



## Forschungsprojekt OPTIE

Optimierung des Therapieerfolgs durch Prozessfeedback in der Verhaltenstherapie von  
Kindern und Jugendlichen mit internalen und externalen Störungen

### – Informationen über die Studie für Kinder und Jugendliche –

Studienleitung:

PD Dr. Christopher Hautmann & Univ.-Prof. Dr. Manfred Döpfner

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP)

Pohligstraße 9, 50969 Köln

Hallo,

wir möchten dich fragen, ob du an einer Studie teilnehmen möchtest, die bei uns in der Ambulanz durchgeführt wird. Damit du dich besser entscheiden kannst, werden wir dir mit diesem Informationsblatt die Studie etwas näher vorstellen.

#### 1. Warum führen wir diese Studie durch?

In unsere Ambulanz kommen Kinder, Jugendliche und Eltern, denen wir bei Problemen und Belastungen helfen wollen. Manchmal geht es um unangenehme Gefühle wie Angst oder Wut. Andere suchen Hilfe bei schwierigen Situationen, die sie nicht alleine bewältigen können. Mit unserer Untersuchung wollen wir herausfinden, ob wir mit einer neuen Therapiemethode Kindern und ihren Eltern noch besser helfen können. Mit der neuen Methode können wir vielleicht Hindernisse bei der Behandlung noch früher erkennen und so hoffentlich besser auf deine Bedürfnisse eingehen.

#### 2. Was ist das für eine neue Methode?

Bei der neuen Methode geht es um ein sogenanntes Rückmeldesystem. Bei einem Rückmeldesystem bekommen der Therapeut und du eine Rückmeldung darüber, wie gut die Therapie gerade läuft. Für so eine Rückmeldung brauchen wir deine Meinung (Kinder/Jugendliche ab 11 Jahren) und die Meinung von deinen Eltern. ~~Wir werden. Dabei werden wir~~ euch bitten, uns mittels Online-Befragung eure Meinung zu wichtigen Therapiethemen mitzuteilen, wichtige Fragen für die Therapie zu beantworten (z. B. zu aktuellen Beschwerden). Die Ergebnisse der Befragung werden danach an den Therapeuten, deine Eltern und dich zurückgemeldet. Wir möchten untersuchen, ob uns eure Antworten dabei helfen, dich noch besser zu verstehen und die Therapie noch besser an das anzupassen, was du brauchst.

#### 3. Wie ist der Ablauf der Studie?

Um sagen zu können, ob das therapeutische Rückmeldesystem tatsächlich hilft, möchten wir in der Studie zwei Patientengruppen miteinander vergleichen: Eine Gruppe, in der das System angeboten wird

und eine ohne das System. Wenn Familien an der Studie teilnehmen, entscheidet immer der Zufall, in welche Gruppe sie kommen.

Um die beiden Gruppen miteinander vergleichen zu können, wirst du zu drei Untersuchungen eingeladen. Diese finden kurz vor, während und nach der Behandlung statt. Bei den Terminen wirst du gebeten Fragebögen auszufüllen. Deine Eltern und vielleicht auch dein Lehrer nehmen auch an der Untersuchung teil.

#### **4. Wie lange dauert die Teilnahme an der Studie?**

Die Teilnahme an der Studie dauert etwas länger als ein Jahr, das sind 12 Monate Behandlungszeit und zusätzlich die Untersuchungen davor und danach. Bei Bedarf wird die Therapie im Anschluss ganz normal fortgeführt.

#### **5. Welche Nachteile hat eine Teilnahme an der Studie?**

Durch die drei Untersuchungstermine brauchen Familien, die an der Studie teilnehmen, etwas mehr Zeit. Fast alle Fragebögen werden aber normalerweise auch in der Therapie benutzt und sind damit auch für Deine Behandlung wichtig.

Bei einer Teilnahme an der Studie können wir nicht versprechen, ob du in die Patientengruppe mit oder ohne das Rückmeldesystem kommst. Darüber entscheidet allein der Zufall.

Kinder und Jugendliche in der Gruppe mit dem Rückmeldesystem haben während der Therapie auch ein bisschen mehr zu tun. Wir denken aber nicht, dass das besonders belastend ist.

#### **6. Hilft oder schadet das therapeutische Rückmeldesystem?**

Wir gehen nicht davon aus, dass mit dem Rückmeldesystem ein besonderes Risiko verbunden ist und bewerten es als sicher. Es könnte sein, dass wir mit dem System die Behandlung noch besser auf deine Bedürfnisse abstimmen können, es gibt aber keine Garantie dafür.

#### **7. Musst du an der Studie teilnehmen?**

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Sie ist dann möglich, wenn du und deine Eltern gemeinsam an der Studie teilnehmen wollen. Es entstehen dir keine Nachteile, falls du nicht teilnimmst. Du musst dann auch keinen Grund nennen, warum du nicht mitmachen willst. Wenn du nicht an der Studie teilnimmst, wird dir die übliche Therapie am Haus angeboten (Leitlinientherapie).

#### **8. Kannst du dich auch noch anders entscheiden?**

Auch wenn du jetzt unterschreibst, dass du an der Studie teilnehmen willst, kannst du dich später auch noch anders entscheiden und die Studie abbrechen. In dem Fall werden wir alles beenden, was mit der Studie zusammenhängt.

**9. Was machen wir mit deinen Daten und den Daten deiner Eltern?**

In einer solchen Studie sammeln wir viele Daten von dir und deinen Eltern. Gegebenenfalls beantwortet auch ein Lehrer ein paar Fragen über dein Verhalten. Alle Informationen werden aufgeschrieben, in einem Computer gespeichert und ausgewertet. Das sind zum Beispiel Angaben zu deinen Beschwerden, aber auch persönliche Informationen wie deinen Namen, [deine E-Mail-Adresse \(für Kinder ab 11 Jahren\)](#) und dein Geburtsdatum. Alle Daten werden mindestens 10 Jahre aufgehoben und danach wieder gelöscht.

Bei der Verwendung deiner Daten sind wir zum Datenschutz verpflichtet. Das heißt zum Beispiel, dass wir deine Daten in keinem Fall an Personen weitergeben, die nicht an der Studie beteiligt sind. Das heißt aber auch, dass wir persönliche Daten wie zum Beispiel deinen Namen nur hier in der Ambulanz verwenden. Sobald wir die Daten für die Studie auswerten, werden alle persönlichen Angaben gelöscht oder durch einen Code ersetzt. Ein Code ist eine Kombination aus Buchstaben und Zahlen. Damit stellen wir sicher, dass von deiner Teilnahme an der Studie niemand weiß.

Für den Schutz deiner Daten sind verschiedene Personen verantwortlich. Hier an der Ambulanz ist das Herr PD Dr. Christopher Hautmann, Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP), Pohligstraße 9, 50969 Köln. Der Datenschutzbeauftragte der Universität zu Köln ist Herr Alexander May, Albertus-Magnus-Platz, 50923 Köln.

**10. An wen kannst du noch Fragen stellen?**

Wenn du noch Fragen hast, kannst du dich gerne an deine Eltern oder an uns wenden. Wir beantworten alle deine Fragen sehr gerne. [Du erreichst uns unter den folgenden Kontaktdaten:](#)

[Forschungsprojekt OPTIE](#)  
[Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an](#)  
[der Uniklinik Köln \(AKiP\)](#)  
[Pohligstraße 9](#)  
[50969 Köln](#)  
[Tel.: 0221 – 478-35666](#)

[Dein Studienteam OPTIE](#)



**UNIKLINIK  
KÖLN**

Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)



## Forschungsprojekt OPTIE

### – Einwilligungserklärung für Kinder und Jugendliche –

- Ich habe die Information gelesen (oder vorgelesen bekommen) und habe verstanden, worum es in der Studie geht. Wenn ich das möchte, kann ich jederzeit weitere Informationen zur Studie bekommen.
- Ich bin damit einverstanden an der Studie teilzunehmen.
- Ich erkläre mich bereit, für die Untersuchungen Fragebögen auszufüllen.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich durch eine zufällige Aufteilung einer von zwei Gruppen zugeteilt werde: (a) Behandlung ohne das Rückmeldesystem, (b) Behandlung mit dem therapeutischen Rückmeldesystem.
- Ich weiß, dass in der Studie Daten von mir und meinen Eltern gesammelt werden. Mir wurde zugesichert, dass meine Daten geschützt werden und andere nichts von meiner Teilnahme an der Studie erfahren werden.

\_\_\_\_\_  
Name Kind / Jugendlicher in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kind / Jugendlicher

~~Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung der Erziehungsberechtigten eingeholt.~~

\_\_\_\_\_  
~~Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben~~

\_\_\_\_\_  
~~Datum~~

\_\_\_\_\_  
~~Unterschrift Studienmitarbeiter/in~~

**Wird von Studienmitarbeiter/innen ausgefüllt:**

~~Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Kinds/ Jugendlichen eingeholt.~~

<hr/>	
<u>Name Studienmitarbeiter/in Druckbuchstaben</u>	
<hr/>	
<u>Datum</u>	<u>Unterschrift Studienmitarbeiter/in</u>
<hr/>	

*Studienprotokoll OPTIE*

**C Instrumente I – Ergebnisparameter**

**C.1 Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS; Athay et al., 2012;  
Bickman et al., 2010)**



**UNIKLINIK  
KÖLN**

**DEUTSCHE INTERVIEWFASSUNG DER  
SYMPTOMS AND FUNCTIONING SEVERITY SCALE (SFSS)**

Bitte notieren Sie auf diesem Bogen ihre klinische Einschätzung auf Basis der Antworten im Elterninterview.

<b>Patient*in:</b>		<b>0</b> nicht vorhanden
<b>Informant*in (z.B. Mutter, Vater):</b>		<b>1</b> leicht ausgeprägt, Kriterium nicht erfüllt
<b>Name Urteiler*in:</b>		<b>2</b> deutlich ausgeprägt, Kriterium erfüllt
<b>Datum:</b>		<b>3</b> sehr stark ausgeprägt
<b>Externalisierende Auffälligkeiten</b>		
<b>hyperaktiv oder impulsiv</b>		
01	Fällt es schwer aufzupassen oder sich zu konzentrieren	<b>0 1 2 3</b>
02	Fällt es schwer, abzuwarten, bis er/sie an der Reihe ist	<b>0 1 2 3</b>
03	Fällt es schwer, ruhig sitzen zu bleiben	<b>0 1 2 3</b>
04	Unterbricht andere	<b>0 1 2 3</b>
05	Hat ein aufbrausendes Temperament und Schwierigkeiten, sich zu beherrschen ( <b>aggressiv/ impulsiv</b> )	<b>0 1 2 3</b>
<b>aggressiv- dissozial</b>		
06	Wirft Gegenstände, wenn er/sie die Beherrschung verliert	<b>0 1 2 3</b>
07	Hält sich nicht an Regeln von Erwachsenen	<b>0 1 2 3</b>
08	Streitet mit Erwachsenen	<b>0 1 2 3</b>
09	Gerät mit der Familie/mit Freunden in körperliche Auseinandersetzungen	<b>0 1 2 3</b>
10	Gerät durch regelbrechende oder unsoziales Verhalten in Schwierigkeiten	<b>0 1 2 3</b>
11	Verbringt Zeit mit Kindern, die sich nicht an Regeln halten oder unsozial sind	<b>0 1 2 3</b>
12	Lügt, um etwas zu bekommen oder um sich Vorteile zu verschaffen	<b>0 1 2 3</b>
13	Ärgert andere absichtlich	<b>0 1 2 3</b>
14	Bedroht oder schikaniert andere	<b>0 1 2 3</b>
<b>Internalisierende Auffälligkeiten</b>		
<b>depressiv</b>		
15	Fällt es schwer, Freude und Spaß zu haben	<b>0 1 2 3</b>
16	Fängt schnell an zu weinen	<b>0 1 2 3</b>
17	Wirkt unglücklich oder traurig	<b>0 1 2 3</b>
18	Fühlt sich wertlos und hat wenig Selbstvertrauen	<b>0 1 2 3</b>
19	Hat wenig oder keine Energie	<b>0 1 2 3</b>
<b>ängstlich</b>		
20	Macht sich über viele Dinge Sorgen	<b>0 1 2 3</b>
21	Ist nervös/schüchtern	<b>0 1 2 3</b>
22	Fühlt sich angespannt	<b>0 1 2 3</b>
23	Fürchtet sich, ausgelacht zu werden	<b>0 1 2 3</b>
24	Fällt es schwer ein- oder durchzuschlafen oder hat andere Schlafprobleme	<b>0 1 2 3</b>



*Studienprotokoll OPTIE*

**C.2 Clinical Global Impression Scales (CGI; Remschmidt et al., 2012)**



PATIENT: \_\_\_\_\_

THERAPEUT: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

### CLINICAL GLOBAL IMPRESSIONS (CGI)

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (zum jetzigen Zeitpunkt der Behandlung)	
<p>Diese Skala bezieht sich auf die psychosoziale Anpassung des Patienten <b>zum jetzigen Zeitpunkt der Behandlung</b>. Mit Ausnahme von sehr akuten Störungen (bei denen nur die letzten Tage oder Wochen beurteilt werden) sollten die letzten drei Monate vor der klinischen Untersuchung eingeschätzt werden. Die Kodierung sollte sich auf folgende Bereiche beziehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie;</li> <li>• Bewältigung von sozialen Situationen (allgemeine Selbständigkeit, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene und Ordnung);</li> <li>• Schulische bzw. berufliche Anpassung;</li> <li>• Interessen und Freizeitaktivitäten.</li> </ul>	
0	Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten. Gute zwischenmenschliche Beziehungen zu Familienangehörigen, Gleichaltrigen und zu Erwachsenen außerhalb der Familie; erfolgreiche Bewältigung aller sozialen Situationen und vielfältige Interessen und Freizeitaktivitäten.
1	Befriedigende soziale Anpassung insgesamt, aber mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen.
2	Leichte soziale Beeinträchtigung. Adäquate Anpassung in den meisten Bereichen, aber leichte Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen, die sich z. B. in Schwierigkeiten im Kontakt zu Gleichaltrigen, eingeschränkten sozialen Aktivitäten, Interessen, Schwierigkeiten im Umgang mit den Familienmitgliedern, ineffektiver Bewältigung von sozialen Situationen oder Problemen in den Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie zeigen können.
3	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen.
4	Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem Bereich, wie z. B. ausgeprägter Mangel an Freunden oder Unfähigkeit, neue soziale Situationen zu bewältigen.
5	Deutliche und übergreifende (durchgängige) soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen.
6	Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen. Benötigt manchmal Beaufsichtigung/Anleitung durch andere, um alltägliche Anforderungen zu bewältigen; unfähig, alleine zurechtzukommen.
7	Braucht beträchtliche Betreuung. Entweder unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene oder braucht zeitweise enge Beaufsichtigung/Betreuung, um Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden, oder schwere Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten.
8	Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung). Durchgängig unfähig zu minimaler körperlicher Hygiene und/ oder ständiges Risiko der Selbst- oder Fremdverletzung oder völliges Fehlen von Kommunikationsmöglichkeiten.
9	Information fehlt.

Erfolg der Behandlung für die <u>Symptomatik</u>	
1	entfällt, da nur Diagnose
2	völlig gebessert/geheilt
3	deutlich gebessert
4	etwas gebessert
5	unverändert
6	verschlechtert
9	nicht beurteilbar

Erfolg der Behandlung für die <u>Gesamtsituation des Patienten</u>	
1	entfällt, da nur Diagnose
2	völlig gebessert/geheilt
3	deutlich gebessert
4	etwas gebessert
5	unverändert
6	verschlechtert
9	nicht beurteilbar

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.3 Therapieerwartungsskala (TES; Bickman et al., 2010)**

**C.3.1 Eltern**

**THERAPIE-ERWARTUNGS-SKALA – ELTERN (TES-E)**

Ihre Erwartungen an die Therapie für Ihr Kind

<b>Name Patient:</b>				
<b>Wer beantwortet den Fragebogen (z. B. Mutter)?</b>				
<b>Datum:</b>				
<p>Wenn Eltern mit ihren Kindern eine Therapie beginnen, haben sie häufig unterschiedliche Erwartungen. Es folgt eine Liste von Aussagen dazu. Bitte kreuzen Sie dabei immer die Antwort an, die am besten beschreibt, was Sie von der Therapie erwarten. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.</p>		das erwarte ich <u>nicht</u> 1	ich bin nicht sicher 2	das erwarte ich 3
01	Die Therapie wird mir helfen, die Beziehung zu meinem Kind zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Therapie wird meinem Kind helfen zu lernen, wie es mit seinen <i>belastenden Gedanken</i> besser umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die Therapie wird meinem Kind helfen zu lernen, wie es mit seinen <i>unangenehmen Gefühlen</i> besser umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Die Therapie wird meinem Kind helfen zu lernen, wie es seine <i>eigenen Probleme</i> besser lösen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Die Therapie wird meinem Kind helfen, sein Verhalten <i>zu Hause</i> verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Die Therapie wird meinem Kind helfen, so zu leben, wie es leben möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Die Therapie wird meinem Kind helfen, seine Stärken zu nutzen, um seine Probleme in den Griff zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Die Therapie wird meinem Kind helfen, sein Verhalten <i>in der Schule*</i> zu verbessern. <small>*Wenn Ihr Kind momentan nicht zur Schule geht, geben Sie bitte an, was Sie erwarten würden, wenn es aktuell zur Schule ginge.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.3.2 Kinder/Jugendliche**

**THERAPIE-ERWARTUNGS-SKALA – JUGENDLICHE (TES-J)**

Deine Erwartungen an die Therapie

<b>Dein Name:</b>				
<b>Datum:</b>				
<p>Jugendliche, die eine Therapie beginnen, haben häufig unterschiedliche Erwartungen. Es folgt eine Liste von Aussagen dazu.</p> <p>Bitte kreuze dabei immer die Antwort an, die am besten beschreibt, was du von der Therapie erwartest. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.</p>		<i>das erwarte ich <u>nicht</u></i> 1	<i>ich bin nicht sicher</i> 2	<i>das erwarte ich</i> 3
01	<p>Die Therapie wird mir helfen, die Beziehung zu meinen Eltern* zu verbessern.</p> <p><small>*Mit Eltern sind hier die Personen gemeint, die sich am meisten um dich kümmern. Das können zum Beispiel auch Pflegeeltern oder Großeltern sein.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<p>Die Therapie wird mir helfen zu lernen, wie ich mit meinen <i>belastenden Gedanken</i> besser umgehen kann.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<p>Die Therapie wird mir helfen zu lernen, wie ich mit meinen <i>unangenehmen Gefühlen</i> besser umgehen kann.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<p>Die Therapie wird mir helfen zu lernen, wie ich <i>meine eigenen Probleme</i> besser lösen kann.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<p>Die Therapie wird mir helfen, mein Verhalten <i>zu Hause</i> zu verbessern.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<p>Die Therapie wird mir helfen, so zu leben, wie ich leben möchte.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<p>Die Therapie wird mir helfen, meine Stärken zu nutzen, um meine Probleme besser in den Griff zu bekommen.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<p>Die Therapie wird mir helfen, mein Verhalten <i>in der Schule*</i> zu verbessern.</p> <p><small>*Wenn du momentan nicht zur Schule gehst, antworte bitte, was du erwarten würdest, wenn du aktuell zur Schule gehen würdest.</small></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.4 Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen  
(CBCL/6–18R; Döpfner et al., 2014)**



# Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen

# CBCL/6-18R

Name des Kindes:		Berufstätigkeit der Eltern, auch wenn zurzeit nicht ausgeübt; bitte genaue Bezeichnung, z. B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:	
Geschlecht des Kindes: <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	Alter des Kindes (in Jahren):	Berufstätigkeit des Vaters: _____	Berufstätigkeit der Mutter: _____
Geburtsdatum des Kindes: Tag:       Monat:       Jahr:	Datum heute: Tag:       Monat:       Jahr:	Fragebogen ausgefüllt von (bitte Namen angeben): _____	
Besuchte Schule und Klasse: Besucht keine Schule <input type="checkbox"/>		Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
		Ihre Beziehung zu diesem Kind: <input type="checkbox"/> leiblicher Elternteil <input type="checkbox"/> Adoptivelternteil <input type="checkbox"/> Stiefelerteil <input type="checkbox"/> Pflegeelternteil <input type="checkbox"/> Großelternteil <input type="checkbox"/> Anderes (bitte beschreiben)	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Menschen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Sie können zusätzliche Bemerkungen dazu schreiben, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

<p><b>I. Nennen Sie bitte die Sportarten, die Ihr Kind am liebsten ausübt, z. B. Fußball, Radfahren, Schwimmen, Tischtennis usw.</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit dieser Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger    gleich viel    mehr    Ich weiß es nicht.</p>	<p>Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Sportart, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger gut    gleich gut    besser    Ich weiß es nicht.</p>
<p><b>II. Nennen Sie bitte die Lieblingsaktivitäten, Hobbys oder Spiele Ihres Kindes, z. B. Klavierspielen, Briefmarkensammeln, Singen, Lesen, mit Puppen oder Autos spielen usw. (außer Sport, Radiohören, Fernsehen).</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind damit, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger    gleich viel    mehr    Ich weiß es nicht.</p>	<p>Wie gut beherrscht Ihr Kind diese Aktivität, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger gut    gleich gut    besser    Ich weiß es nicht.</p>
<p><b>III. Gehört Ihr Kind irgendwelchen Organisationen, Vereinen oder Gruppen an?</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Wie aktiv ist Ihr Kind dort, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger aktiv    gleich aktiv    aktiver    Ich weiß es nicht.</p>	
<p><b>IV. Welche Arbeiten oder Pflichten übernimmt Ihr Kind innerhalb oder außerhalb des Haushalts, z. B. Spülen, Kinderhüten, Zeitungen austragen usw. (geben Sie sowohl bezahlte als auch unbezahlte Tätigkeiten bzw. Aufgaben an)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> keine</p> <p>a. _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p>	<p>Wie gut verrichtet Ihr Kind diese Arbeiten oder Pflichten, verglichen mit Gleichaltrigen?</p> <p>weniger gut    gleich gut    besser    Ich weiß es nicht.</p>	<p><small>CBCL/6-18R: Deutschsprachige Fassung der Child Behavior Checklist for Ages 6-18 von T.M. Achenbach.</small></p> <p><small>Urheberrechtlich geschützt! Nachdruck verboten!</small></p> <p><small>Copyright der Originalfassung © T.M. Achenbach 2001</small></p> <p><small>Copyright der deutschen Fassung © T.M. Achenbach 2014</small></p> <p><small>Deutsche Übersetzung Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist nach Lizenz 743-08-21-12</small></p> <p><small>Bezug: Testzentrale, Hogrefe Verlag GmbH &amp; Co. KG, www.testzentrale.de · Best. Nr. 01 433 06</small></p> <p>     </p>



<p><b>V. 1. Wie viele Freunde hat Ihr Kind?</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> einen <input type="checkbox"/> zwei bis drei <input type="checkbox"/> vier oder mehr (bitte Geschwister nicht mitzählen)</p> <p><b>2. Wie oft pro Woche unternimmt Ihr Kind etwas mit seinen Freunden außerhalb der Schulstunden?</b> (bitte Geschwister nicht mitzählen)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> weniger als einmal <input type="checkbox"/> ein- bis zweimal <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger</p>																																													
<p><b>VI. Verglichen mit Gleichaltrigen:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">schlechter</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">etwa gleich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">besser</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Einzelkind</td> </tr> <tr> <td>b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind allein?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		schlechter	etwa gleich	besser		a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelkind	b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	schlechter	etwa gleich	besser																																										
a. Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Einzelkind																																									
b. Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
c. Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
d. Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
<p><b>VII. 1. Gegenwärtige Schulleistungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> besucht keine Schule, weil (bitte beschreiben):</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">sehr schwach</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">unterdurchschnittlich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">durchschnittlich</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">überdurchschnittlich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Lesen, Deutsch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Rechnen oder Mathematik</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>andere Fächer e. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nicht Fächer wie g. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kunst, Musik, Sport usw.)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	a. Lesen, Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Fächer e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht Fächer wie g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kunst, Musik, Sport usw.)				
	sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich																																									
a. Lesen, Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
d. Naturwissenschaften (falls zutreffend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
andere Fächer e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
nicht Fächer wie g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																									
Kunst, Musik, Sport usw.)																																													
<p><b>2. Besucht Ihr Kind eine Sonder-/Förderschule bzw. hat es eine besondere Art der Beschulung (z. B. Integrationskind)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte genaue Beschreibung:</p>																																													
<p><b>3. Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und warum:</p>																																													
<p><b>4. Sind bei Ihrem Kind schon einmal Lernschwierigkeiten oder andere Probleme in der Schule aufgetreten?</b></p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben:</p> <p style="margin-left: 20px;">Wann fingen die Probleme an?</p> <p style="margin-left: 20px;">Haben diese Probleme aufgehört? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann:</p>																																													
<p><b>Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte beschreiben:</p>																																													
<p><b>Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind die meisten Sorgen?</b></p> <p>(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)</p>																																													
<p><b>Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind am besten?</b></p> <p>(evtl. bitte weiteres Blatt beifügen)</p>																																													

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Kindern und Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 6 Monate bei Ihrem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für Ihr Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für Ihr Kind unpassend erscheinen.

**0 = nicht zutreffend** (soweit bekannt)                      **1 = etwas oder manchmal zutreffend**                      **2 = genau oder häufig zutreffend**

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter..... 0 1 2</p> <p>2. Trinkt Alkohol ohne Erlaubnis der Eltern;<br/>bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>3. Streitet oder widerspricht viel..... 0 1 2</p> <p>4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende..... 0 1 2</p> <p>5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht... 0 1 2</p> <p>6. Entleert den Darm außerhalb der Toilette,<br/>kotet ein..... 0 1 2</p> <p>7. Gibt an, schneidet auf..... 0 1 2</p> <p>8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht<br/>lange aufpassen..... 0 1 2</p> <p>9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los;<br/>bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig<br/>oder überaktiv..... 0 1 2</p> <p>11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu<br/>abhängig..... 0 1 2</p> <p>12. Klagt über Einsamkeit..... 0 1 2</p> <p>13. Ist verwirrt oder zerstreut..... 0 1 2</p> <p>14. Weint viel..... 0 1 2</p> <p>15. Ist roh zu Tieren oder quält sie..... 0 1 2</p> <p>16. Ist roh oder gemein zu anderen oder<br/>schüchtert sie ein..... 0 1 2</p> <p>17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren..... 0 1 2</p> <p>18. Verletzt sich absichtlich oder versucht<br/>Selbstmord..... 0 1 2</p> <p>19. Verlangt viel Beachtung..... 0 1 2</p> <p>20. Zerstört seine/ihre eigenen Sachen ..... 0 1 2</p> <p>21. Zerstört Sachen, die den Eltern, Geschwistern<br/>oder anderen gehören ..... 0 1 2</p> <p>22. Gehorcht nicht zu Hause..... 0 1 2</p> <p>23. Gehorcht nicht in der Schule..... 0 1 2</p> <p>24. Isst schlecht..... 0 1 2</p> <p>25. Kommt mit anderen Kindern/Jugendlichen<br/>nicht aus..... 0 1 2</p> <p>26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,<br/>wenn er/sie sich schlecht benommen hat..... 0 1 2</p> <p>27. Ist leicht eifersüchtig..... 0 1 2</p> <p>28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo<br/>gegen die Regeln..... 0 1 2</p> <p>29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen<br/>oder Plätzen (Schule ausgenommen);<br/>bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>30. Hat Angst, in die Schule zu gehen..... 0 1 2</p> <p>31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken<br/>oder zu tun..... 0 1 2</p> <p>32. glaubt, perfekt sein zu müssen..... 0 1 2</p> | <p>33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand<br/>ihn/sie liebt..... 0 1 2</p> <p>34. glaubt, andere wollen ihm/ihr<br/>etwas antun..... 0 1 2</p> <p>35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen..... 0 1 2</p> <p>36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt<br/>zu Unfällen..... 0 1 2</p> <p>37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... 0 1 2</p> <p>38. Wird viel gehänselt..... 0 1 2</p> <p>39. Hat Umgang mit anderen, die in<br/>Schwierigkeiten geraten..... 0 1 2</p> <p>40. Hört Geräusche oder Stimmen, die<br/>nicht da sind; bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu<br/>überlegen..... 0 1 2</p> <p>42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen..... 0 1 2</p> <p>43. Lügt, betrügt oder schwindelt..... 0 1 2</p> <p>44. Kaut Fingernägel..... 0 1 2</p> <p>45. Ist nervös oder angespannt..... 0 1 2</p> <p>46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen<br/>(betrifft nicht die unter 10 erwähnte<br/>Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ 0 1 2</p> <p>47. Hat Alpträume..... 0 1 2</p> <p>48. Ist bei anderen Kindern/Jugendlichen<br/>nicht beliebt..... 0 1 2</p> <p>49. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2</p> <p>50. Ist zu furchtsam oder ängstlich..... 0 1 2</p> <p>51. Fühlt sich schwindelig oder benommen..... 0 1 2</p> <p>52. Hat zu starke Schuldgefühle..... 0 1 2</p> <p>53. Isst zu viel..... 0 1 2</p> <p>54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund..... 0 1 2</p> <p>55. Hat Übergewicht..... 0 1 2</p> <p>56. Hat folgende Beschwerden ohne bekannte<br/>körperliche Ursachen:<br/>a) Schmerzen (außer Kopf- oder<br/>Bauchschmerzen)..... 0 1 2<br/>b) Kopfschmerzen..... 0 1 2<br/>c) Übelkeit..... 0 1 2<br/>d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche,<br/>die durch Brille korrigiert sind); bitte<br/>beschreiben: _____ 0 1 2<br/>e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme... 0 1 2<br/>f) Bauchschmerzen..... 0 1 2<br/>g) Erbrechen..... 0 1 2<br/>h) andere Beschwerden; bitte beschreiben:..... 0 1 2</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
|---|--|

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
57. Greift andere körperlich an.....	0	1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
59. Spielt in der Öffentlichkeit an den eigenen Geschlechtsteilen.....	0	1 2
60. Spielt zu viel an den eigenen Geschlechtsteilen.....	0	1 2
61. Ist schlecht in der Schule.....	0	1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....	0	1 2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugend- lichen als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0	1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0	1 2
65. Weigert sich zu sprechen.....	0	1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____	0	1 2
67. Lläuft von zu Hause weg.....	0	1 2
68. Schreit viel.....	0	1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....	0	1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____	0	1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen.....	0	1 2
72. Zündelt gern oder hat schon Feuer gelegt.....	0	1 2
73. Hat sexuelle Probleme; bitte beschreiben: _____	0	1 2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....	0	1 2
75. Ist zu schüchtern oder zaghaft.....	0	1 2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen.....	0	1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.....	0	1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
80. Starrt ins Leere.....	0	1 2
81. Stiehlt zu Hause.....	0	1 2
82. Stiehlt anderswo.....	0	1 2
83. Hortet zu viele Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____	0	1 2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____	0	1 2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....	0	1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel.....	0	1 2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.....	0	1 2
89. Ist misstrauisch.....	0	1 2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....	0	1 2
91. Spricht davon, sich umzubringen.....	0	1 2
92. Redet oder wandelt im Schlaf; bitte beschreiben: _____	0	1 2
93. Redet zu viel.....	0	1 2
94. Hänzelt andere gern.....	0	1 2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....	0	1 2
96. Denkt zu viel an Sex.....	0	1 2
97. Bedroht andere.....	0	1 2
98. Lutscht am Daumen.....	0	1 2
99. Raucht, kaut oder schnupft Tabak.....	0	1 2
100. Hat Schwierigkeiten mit dem Schlafen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Schulstunden).....	0	1 2
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.....	0	1 2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0	1 2
104. Ist ungewöhnlich laut.....	0	1 2
105. Nimmt Drogen oder missbraucht Medikamente (außer Alkohol oder Tabak); bitte beschreiben: _____	0	1 2
106. Richtet mutwillig Zerstörung an.....	0	1 2
107. Nässt bei Tag ein.....	0	1 2
108. Nässt im Schlaf ein.....	0	1 2
109. Quengelt oder jammert.....	0	1 2
110. Bei Jungen: Möchte lieber ein Mädchen sein Bei Mädchen: Möchte lieber ein Junge sein.....	0	1 2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf.....	0	1 2
112. Macht sich zu viel Sorgen.....	0	1 2
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme Ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden: _____ _____ _____ _____	0	1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.  
---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank!

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.5 Fragebogen für Jugendliche (YSR/11–18R; Döpfner et al., 2014)**



<p><b>V. 1. Wie viele gute Freundinnen oder Freunde hast Du?</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> einen <input type="checkbox"/> zwei bis drei <input type="checkbox"/> vier oder mehr (bitte Geschwister nicht mitzählen)</p> <p><b>2. Wie oft pro Woche unternimmst Du etwas mit Deinen Freundinnen/Freunden außerhalb der Schulstunden?</b> (bitte Geschwister nicht mitzählen)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> weniger als einmal <input type="checkbox"/> ein- bis zweimal <input type="checkbox"/> dreimal oder häufiger</p>																																								
<p><b>VI. Im Vergleich mit anderen Jugendlichen Deines Alters:</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; width: 10%;">schlechter</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">etwa gleich</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">besser</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>a. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ich habe keine Geschwister</td> </tr> <tr> <td>c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d. Wie gut kannst Du Dich allein beschäftigen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		schlechter	etwa gleich	besser		a. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Geschwister	c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		d. Wie gut kannst Du Dich allein beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
	schlechter	etwa gleich	besser																																					
a. Wie verträgst Du Dich mit Deinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
b. Wie verträgst Du Dich mit anderen Kindern/Jugendlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ich habe keine Geschwister																																				
c. Wie verhältst Du Dich gegenüber Deinen Eltern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
d. Wie gut kannst Du Dich allein beschäftigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
<p><b>VII. Deine gegenwärtigen Schulleistungen:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich besuche keine Schule.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; width: 10%;">sehr schwach</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">unterdurchschnittlich</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">durchschnittlich</td> <td style="text-align: center; width: 10%;">überdurchschnittlich</td> </tr> <tr> <td>a. Lesen, Deutsch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Rechnen oder Mathematik</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>andere Fächer e. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g. _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>(Bitte benutze weitere Blätter, wenn der Platz bei den folgenden Fragen nicht ausreicht.)</p>		sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich	a. Lesen, Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	andere Fächer e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sehr schwach	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich																																				
a. Lesen, Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
b. Sachkunde, Geschichte oder Sozialkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
c. Rechnen oder Mathematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
d. Naturwissenschaften (weiterführende Schulen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
andere Fächer e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
(wie Erdkunde, Fremdsprachen; f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
nicht Fächer wie Kunst, Musik, Sport usw.) g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<p><b>Hast Du eine Krankheit, eine körperliche Behinderung oder Beeinträchtigung?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte beschreiben:</p>																																								
<p>Bitte beschreibe alle Sorgen und Probleme, die Du mit der Schule hast:</p>																																								
<p>Bitte beschreibe hier alle anderen Sorgen, die Du hast:</p>																																								
<p>Bitte beschreibe jetzt die Dinge, die Du an Dir selbst am besten findest:</p>																																								

Jetzt folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Jugendlichen auftreten können. Nach jeder Eigenschaft findest Du die Ziffern 0, 1, 2. Bei jeder Eigenschaft, die für Dich *jetzt oder in den letzten sechs Monaten genau so oder häufig zutrifft*, kreuzt Du bitte die Ziffer 2 an. Wenn die Eigenschaft *etwas oder manchmal* zutrifft, kreuzt Du bitte die Ziffer 1 an, und wenn sie für Dich *nicht zutrifft*, die Ziffer 0. Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, auch wenn Dir einige unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

- |   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| 1. Ich verhalte mich zu jung für mein Alter.....  | 0 1 2 | 32. Ich glaube, ich muss perfekt sein und<br>alles gut können.....   | 0 1 2 |
| 2. Ich trinke Alkohol ohne Erlaubnis meiner Eltern;<br>bitte beschreiben: _____                                       | 0 1 2 | 33. Ich glaube, dass mich niemand mag.....   | 0 1 2 |
| _____   |       | 34. Ich glaube, dass andere mir etwas antun wollen.....  | 0 1 2 |
| 3. Ich streite häufig oder widerspreche.....  | 0 1 2 | 35. Ich fühle mich wertlos oder unterlegen.....  | 0 1 2 |
| 4. Ich bringe angefangene Aufgaben<br>nicht zu Ende.....  | 0 1 2 | 36. Ich verletze mich häufig unabsichtlich.....  | 0 1 2 |
| 5. Es gibt nur sehr wenig, was mir Freude macht.....  | 0 1 2 | 37. Ich gerate oft in Raufereien oder Schlägereien.....  | 0 1 2 |
| 6. Ich mag Tiere.....   | 0 1 2 | 38. Ich werde oft gehänselt.....   | 0 1 2 |
| 7. Ich gebe an, schneide auf, prahle gern.....  | 0 1 2 | 39. Ich bin mit Kindern oder Jugendlichen<br>zusammen, die in Schwierigkeiten geraten.....                 | 0 1 2 |
| 8. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu<br>konzentrieren oder länger aufzupassen.....                                    | 0 1 2 | 40. Ich höre Geräusche oder Stimmen, die sonst<br>niemand zu hören scheint; bitte beschreiben: _____       | 0 1 2 |
| 9. Ich komme von bestimmten Gedanken nicht los;<br>bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 | _____  |       |
| _____   |       | 41. Ich tue etwas, ohne zu überlegen.....  | 0 1 2 |
| 10. Ich kann nicht lange stillsitzen.....   | 0 1 2 | 42. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen.....  | 0 1 2 |
| 11. Ich bin zu abhängig von Erwachsenen.....  | 0 1 2 | 43. Ich lüge oder schwindele.....  | 0 1 2 |
| 12. Ich fühle mich einsam.....  | 0 1 2 | 44. Ich kaue an meinen Fingernägeln.....   | 0 1 2 |
| 13. Ich bin durcheinander oder zerstreut.....   | 0 1 2 | 45. Ich bin nervös, reizbar oder angespannt.....   | 0 1 2 |
| 14. Ich weine viel.....   | 0 1 2 | 46. Teile meines Körpers zucken oder machen<br>nervöse Bewegungen; bitte beschreiben: _____                | 0 1 2 |
| 15. Ich bin ziemlich ehrlich.....   | 0 1 2 | _____  |       |
| 16. Ich bin gemein zu anderen.....  | 0 1 2 | 47. Ich habe Alpträume.....  | 0 1 2 |
| 17. Ich bin tagsüber verträumt oder in Gedanken<br>verloren.....  | 0 1 2 | 48. Ich bin bei anderen Kindern/Jugendlichen<br>nicht beliebt.....   | 0 1 2 |
| 18. Ich habe mich absichtlich verletzt oder versucht,<br>mich umzubringen.....  | 0 1 2 | 49. Ich kann bestimmte Dinge besser als die<br>meisten anderen Kinder.....                                 | 0 1 2 |
| 19. Ich möchte viel Aufmerksamkeit oder<br>Beachtung bekommen.....  | 0 1 2 | 50. Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich.....  | 0 1 2 |
| 20. Ich zerstöre meine eigenen Sachen.....  | 0 1 2 | 51. Ich fühle mich schwindelig oder benommen.....  | 0 1 2 |
| 21. Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören.....   | 0 1 2 | 52. Ich habe starke Schuldgefühle.....   | 0 1 2 |
| 22. Ich gehorche meinen Eltern nicht.....   | 0 1 2 | 53. Ich esse zu viel.....  | 0 1 2 |
| 23. Ich gehorche in der Schule nicht.....   | 0 1 2 | 54. Ich bin übermüdet ohne triftigen Grund.....  | 0 1 2 |
| 24. Ich esse nicht so gut, wie ich sollte.....  | 0 1 2 | 55. Ich habe Übergewicht.....  | 0 1 2 |
| 25. Ich komme mit anderen Kindern oder<br>Jugendlichen nicht zurecht.....   | 0 1 2 | 56. Ich habe folgende Beschwerden ohne bekannte<br>körperliche Ursachen:                                   |       |
| 26. Wenn ich etwas Unrechtes getan habe,<br>fühle ich mich nicht schuldig.....  | 0 1 2 | a) Schmerzen (außer Kopf- oder<br>Bauchschmerzen).....   | 0 1 2 |
| 27. Ich bin auf andere eifersüchtig.....  | 0 1 2 | b) Kopfschmerzen.....  | 0 1 2 |
| 28. Ich verstoße zu Hause, in der Schule oder<br>anderswo gegen die Regeln.....                                       | 0 1 2 | c) Übelkeit.....   | 0 1 2 |
| 29. Ich fürchte mich vor bestimmten Tieren,<br>Situationen oder Orten (außer der Schule);<br>bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche,<br>die durch Brille korrigiert sind); bitte<br>beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| _____   |       | e) Hautausschläge oder andere Haut-<br>probleme.....   | 0 1 2 |
| 30. Ich habe Angst, in die Schule zu gehen.....   | 0 1 2 | f) Bauchschmerzen.....   | 0 1 2 |
| 31. Ich habe Angst, etwas Schlimmes zu denken<br>oder zu tun.....   | 0 1 2 | g) Erbrechen.....  | 0 1 2 |
|   |       | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____  | 0 1 2 |
|   |       | _____  |       |
|   |       | _____  |       |
|   |       | _____  |       |

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
57. Ich greife andere körperlich an.....	0	1 2
58. Ich zupfe an der Haut oder kratze mich an anderen Körperstellen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
59. Ich kann ziemlich freundlich sein.....	0	1 2
60. Ich probiere gern etwas Neues aus.....	0	1 2
61. Ich bin schlecht in der Schule.....	0	1 2
62. Ich bin unbeholfen oder schwerfällig.....	0	1 2
63. Ich bin lieber mit Älteren zusammen als mit Jugendlichen meines Alters.....	0	1 2
64. Ich bin lieber mit Jüngeren als mit Jugendlichen meines Alters zusammen.....	0	1 2
65. Ich will nicht sprechen.....	0	1 2
66. Ich wiederhole bestimmte Handlungen immer wieder (wie unter Zwang); bitte beschreiben: _____	0	1 2
67. Ich laufe von zu Hause weg.....	0	1 2
68. Ich schreie viel.....	0	1 2
69. Ich bin verschlossen, behalte Dinge für mich.....	0	1 2
70. Ich sehe Dinge, die andere nicht zu sehen scheinen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
71. Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.....	0	1 2
72. Ich zünde gern oder habe schon Feuer gelegt.....	0	1 2
73. Ich kann mit meinen Händen geschickt umgehen.	0	1 2
74. Ich produziere mich gern oder spiele den Clown....	0	1 2
75. Ich bin zu schüchtern oder zaghaft.....	0	1 2
76. Ich schlafe weniger als die meisten Jugendlichen...	0	1 2
77. Ich schlafe tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Jugendlichen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
78. Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar.....	0	1 2
79. Ich habe Probleme mit dem Sprechen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
80. Ich setze mich für meine Rechte ein.....	0	1 2
81. Ich habe zu Hause gestohlen.....	0	1 2
82. Ich habe anderswo gestohlen.....	0	1 2
83. Ich horte zu viele Dinge, die ich nicht brauche; bitte beschreiben: _____	0	1 2
84. Ich tue Dinge, die andere Leute seltsam finden; bitte beschreiben: _____	0	1 2
85. Ich habe Gedanken oder Ideen, die andere Leute seltsam finden würden; bitte beschreiben: _____	0	1 2
86. Ich bin eigensinnig, dickköpfig.....	0	1 2
87. Meine Stimmung oder Gefühle wechseln plötzlich.....	0	1 2
88. Ich bin gern mit anderen Leuten zusammen.....	0	1 2
89. Ich bin misstrauisch.....	0	1 2
90. Ich fluche oder gebrauche unanständige Wörter....	0	1 2
91. Ich denke darüber nach, mich umzubringen.....	0	1 2
92. Ich bringe andere gern zum Lachen.....	0	1 2
93. Ich rede zu viel.....	0	1 2
94. Ich hänsele andere gern.....	0	1 2
95. Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament.....	0	1 2
96. Ich denke zu viel an sexuelle Dinge.....	0	1 2
97. Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.....	0	1 2
98. Ich bin hilfsbereit.....	0	1 2
99. Ich rauche, kaue oder schnupfe Tabak.....	0	1 2
100. Ich habe Schlafprobleme; bitte beschreiben: _____	0	1 2
101. Ich schwänze die Schule oder einzelne Schulstunden.....	0	1 2
102. Ich habe nicht genug Energie.....	0	1 2
103. Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0	1 2
104. Ich bin lauter als andere Jugendliche.....	0	1 2
105. Ich nehme Drogen oder missbrauche Medikamente (außer Alkohol und Tabak); bitte beschreiben: _____	0	1 2
106. Ich versuche, anderen gegenüber fair zu sein.....	0	1 2
107. Ich habe Spaß an einem guten Scherz.....	0	1 2
108. Ich nehme das Leben gern von der leichten Seite.....	0	1 2
109. Ich versuche, anderen Menschen zu helfen, wenn ich kann.....	0	1 2
110. Ich möchte gern dem anderen Geschlecht angehören.....	0	1 2
111. Ich bin zurückhaltend, nehme keinen Kontakt zu anderen auf.....	0	1 2
112. Ich mache mir viele Sorgen.....	0	1 2
<p>---&gt; Bitte prüfe nach, ob Du alle Fragen beantwortet hast.</p> <p>---&gt; Unterstreiche bitte diejenigen Probleme, die Dir Sorgen machen.</p>		

Was wäre Dir noch wichtig mitzuteilen in Bezug auf Deine Gefühle, Verhaltensweisen und Interessen?

Vielen Dank!



*Studienprotokoll OPTIE*

**C.6 Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen  
(TRF/6–18R; Döpfner et al., 2014)**

**Lehrerfragebogen über das Verhalten  
von Kindern und Jugendlichen**

**TRF/6-18R**

Name des Schülers/der Schülerin:		Berufstätigkeit der Eltern, auch wenn zurzeit nicht ausgeübt; bitte genaue Bezeichnung, z. B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Junge <input type="checkbox"/> Mädchen	Alter (in Jahren): 	Berufstätigkeit des Vaters: _____ Berufstätigkeit der Mutter: _____
Geburtsdatum des Schülers/der Schülerin:                     Tag Monat Jahr	Datum heute:                     Tag Monat Jahr	Fragebogen ausgefüllt von (bitte Namen angeben): _____ Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Schulklasse: _____ Schultyp und Name der Schule: _____		Ihre Funktion in der Schule (bitte beschreiben, z. B. Klassenlehrer, Beratungslehrer): _____

Dieser standardisierte Fragebogen ermöglicht es uns, das Verhalten dieses Schülers mit dem einer Vergleichsgruppe in Beziehung zu setzen. Um den Fragebogen nicht unnötig zu verlängern, verwenden wir im Folgenden immer die männliche Form. Selbstverständlich beziehen sich die Fragen gleichermaßen auf Schülerinnen und Schüler. Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten des Schülers einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Bitte schreiben Sie zusätzliche Bemerkungen dazu, wenn es Ihnen erforderlich erscheint.

I. Wie lange kennen Sie diesen Schüler schon? Seit \_\_\_\_\_ Monaten

II. Wie gut kennen Sie diesen Schüler?  nicht gut  ziemlich gut  sehr gut

III. Wie viele Unterrichtsstunden hat dieser Schüler bei Ihnen in der Woche? \_\_\_\_ Stunden

IV. Um welche Fächer bzw. welche Klasse handelt es sich? Bitte beschreiben Sie genau, z. B. drittes Schuljahr, Sachkunde; siebtes Schuljahr, E-Kurs Englisch; zwölfte Klasse, Leistungskurs Musik:

V. Ist für diesen Schüler schon einmal empfohlen worden, dass er eine Sonderschule oder Sonderklasse besuchen, den schulpсихologischen Dienst aufsuchen oder Nachhilfeunterricht erhalten soll?  
 ich weiß es nicht  nein  ja, bitte genaue Beschreibung:

VI. Hat dieser Schüler schon einmal eine Klasse wiederholt?  
 ich weiß es nicht  nein  ja, welche und warum:

VII. Gegenwärtige Schulleistungen. Bitte schätzen Sie den aktuellen Leistungsstand des Schülers in den einzelnen Schulfächern ein.

	stark unterdurchschnittlich	etwas unterdurchschnittlich	durchschnittlich	etwas überdurchschnittlich	stark überdurchschnittlich
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRF/6-18R: Deutschsprachige Fassung der Teacher's Report Form for Ages 6-18 von T.M. Achenbach.

Urheberrechtlich geschützt! Nachdruck verboten!  
Copyright der Originalfassung © T.M. Achenbach 2001  
Copyright der deutschen Fassung © T.M. Achenbach 2014  
Deutsche Übersetzung Arbeitsgruppe Child Behavior Checklist nach Lizenz 743-08-21-12

Bezug: Testzentrale, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
www.testzentrale.de · Besl. Nr. 01 433 08



VIII. Im Vergleich mit Schülern des gleichen Alters:							
	sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wie viel arbeitet er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie angemessen verhält er/sie sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wie viel lernt er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er/sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Ergebnisse von Schulleistungstests jüngeren Datums (sofern verfügbar):		
Name des Tests	Datum der Durchführung	Testergebnis
1.		
2.		
3.		

X. Ergebnisse von Intelligenz-, Fertigungs-, Eignungs- oder Reifetests (sofern verfügbar):		
Name des Tests	Datum der Durchführung	Testergebnis
1.		
2.		
3.		

(Bitte benutzen Sie für die folgenden Fragen ggf. zusätzliche Blätter!)

**Hat dieser Schüler eine Krankheit, eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung?**  
 nein     ja, bitte beschreiben:

**Worüber machen Sie sich bei diesem Schüler die meisten Sorgen?**

**Welche positiven Aspekte können Sie über diesen Schüler berichten?**

**Bitte notieren Sie weitere Informationen über das Arbeiten dieses Schülers, sein Verhalten oder seine Möglichkeiten und Fähigkeiten. (Eventuell bitte weitere Blätter einfügen.)**

Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die bei Schülerinnen und Schülern auftreten können. Nach jeder Eigenschaft finden Sie die Ziffern 0, 1, 2. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate bei diesem Schüler zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft genau so oder häufig zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für diesen Schüler nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige für diesen Schüler unpassend erscheinen.

0 = nicht zutreffend  
(soweit bekannt)

1 = etwas oder manchmal zutreffend

2 = genau oder häufig zutreffend

- |  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter .....   | 0 1 2 | 34. Glaubt, andere wollen ihm/ihr etwas antun .....   | 0 1 2 |
| 2. Summt oder macht seltsame Geräusche<br>im Unterricht.....   | 0 1 2 | 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen .....  | 0 1 2 |
| 3. Streitet oder widerspricht viel.....  | 0 1 2 | 36. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt<br>zu Unfällen.....   | 0 1 2 |
| 4. Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende.....  | 0 1 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien.....   | 0 1 2 |
| 5. Es gibt nur sehr wenig, was ihm/ihr Freude macht..  | 0 1 2 | 38. Wird viel gehänselt .....   | 0 1 2 |
| 6. Ist trotzig, ablehnend oder frech zu<br>den Lehrern/Lehrerinnen.....  | 0 1 2 | 39. Hat Umgang mit anderen, die in<br>Schwierigkeiten geraten .....   | 0 1 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf.....   | 0 1 2 | 40. Hört Geräusche oder Stimmen, die<br>nicht da sind; bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht<br>lange aufpassen.....   | 0 1 2 | 41. Ist impulsiv oder handelt, ohne zu<br>überlegen .....   | 0 1 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los;<br>bitte beschreiben: _____  | 0 1 2 | 42. Ist lieber allein als mit anderen zusammen .....  | 0 1 2 |
| 10. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig<br>oder überaktiv.....   | 0 1 2 | 43. Lügt, betrügt oder schwindelt.....  | 0 1 2 |
| 11. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu<br>abhängig.....   | 0 1 2 | 44. Kaut Fingernägel.....   | 0 1 2 |
| 12. Klagt über Einsamkeit.....   | 0 1 2 | 45. Ist nervös, reizbar oder angespannt.....  | 0 1 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut.....   | 0 1 2 | 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen<br>(betrifft nicht die unter 10 erwähnte<br>Zappeligkeit); bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 14. Weint viel.....  | 0 1 2 | 47. Ist überangepasst.....  | 0 1 2 |
| 15. Ist zappelig.....  | 0 1 2 | 48. Wird von anderen Schülern nicht gemocht.....  | 0 1 2 |
| 16. Ist roh oder gemein zu anderen oder<br>schüchtert sie ein .....  | 0 1 2 | 49. Hat Lernschwierigkeiten .....   | 0 1 2 |
| 17. Hat Tagträume oder ist gedankenverloren .....  | 0 1 2 | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich.....  | 0 1 2 |
| 18. Verletzt sich absichtlich oder versucht<br>Selbstmord.....   | 0 1 2 | 51. Fühlt sich schwindelig oder benommen .....  | 0 1 2 |
| 19. Verlangt viel Beachtung .....  | 0 1 2 | 52. Hat zu starke Schuldgefühle.....  | 0 1 2 |
| 20. Zerstört seine/ihre eigenen Sachen .....   | 0 1 2 | 53. Redet dazwischen.....   | 0 1 2 |
| 21. Zerstört die Sachen anderer.....   | 0 1 2 | 54. Ist übermüdet ohne triftigen Grund.....   | 0 1 2 |
| 22. Hat Schwierigkeiten, Anweisungen zu befolgen...  | 0 1 2 | 55. Hat Übergewicht .....   | 0 1 2 |
| 23. Gehorcht nicht in der Schule .....   | 0 1 2 | 56. Hat folgende Probleme ohne bekannte<br>körperliche Ursachen:  |       |
| 24. Stört andere Schüler.....  | 0 1 2 | a) Schmerzen (außer Kopf- oder<br>Bauchschmerzen) .....   | 0 1 2 |
| 25. Kommt mit anderen Schülern nicht aus .....   | 0 1 2 | b) Kopfschmerzen.....   | 0 1 2 |
| 26. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen,<br>wenn er/sie sich schlecht benommen hat.....                                | 0 1 2 | c) Übelkeit .....   | 0 1 2 |
| 27. Ist leicht eifersüchtig.....   | 0 1 2 | d) Augenbeschwerden (ausgenommen solche,<br>die durch Brille korrigiert sind); bitte<br>beschreiben: _____                    | 0 1 2 |
| 28. Verstößt zu Hause, in der Schule oder anderswo<br>gegen die Regeln .....   | 0 1 2 | e) Hautausschläge oder andere Haut-<br>probleme .....   | 0 1 2 |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situa-<br>tionen oder Plätzen (Schule ausgenommen);<br>bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | f) Bauchschmerzen .....   | 0 1 2 |
| 30. Hat Angst, in die Schule zu gehen .....  | 0 1 2 | g) Erbrechen .....  | 0 1 2 |
| 31. Hat Angst, etwas Schlimmes zu denken<br>oder zu tun.....   | 0 1 2 | h) andere Beschwerden; bitte beschreiben: _____   | 0 1 2 |
| 32. Glaubt, perfekt sein zu müssen.....  | 0 1 2 |   |       |
| 33. Fühlt oder beklagt sich, dass niemand<br>ihn/sie liebt.....  | 0 1 2 |   |       |

0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
57. Greift andere körperlich an.....	0	1 2
58. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt sich an Körperstellen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
59. Schläft im Unterricht ein.....	0	1 2
60. Ist apathisch oder unmotiviert.....	0	1 2
61. Ist schlecht in der Schule.....	0	1 2
62. Ist körperlich unbeholfen oder ungeschickt.....	0	1 2
63. Ist lieber mit älteren Kindern oder Jugendlichen als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0	1 2
64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen.....	0	1 2
65. Weigert sich zu sprechen.....	0	1 2
66. Tut bestimmte Dinge immer und immer wieder, wie unter einem Zwang; bitte beschreiben: _____	0	1 2
67. Stört in der Klasse.....	0	1 2
68. Schreit viel.....	0	1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich.....	0	1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind; bitte beschreiben: _____	0	1 2
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen.....	0	1 2
72. Arbeitet unordentlich.....	0	1 2
73. Verhält sich verantwortungslos; bitte beschreiben: _____	0	1 2
74. Produziert sich gern oder spielt den Clown.....	0	1 2
75. Ist zu schüchtern oder zaghaft.....	0	1 2
76. Zeigt aufbrausendes und unberechenbares Verhalten.....	0	1 2
77. Muss Forderungen sofort erfüllt bekommen, ist schnell frustriert.....	0	1 2
78. Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.....	0	1 2
79. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
80. Starrt ins Leere.....	0	1 2
81. Ist bei Kritik schnell verletzt.....	0	1 2
82. Stiehlt.....	0	1 2
83. Hortet zu viele Dinge, die er/sie nicht braucht; bitte beschreiben: _____	0	1 2
84. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____	0	1 2
85. Hat seltsame Gedanken oder Ideen; bitte beschreiben: _____	0	1 2
86. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.....	0	1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel.....	0	1 2
88. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt.....	0	1 2
89. Ist misstrauisch.....	0	1 2
90. Flucht oder gebraucht obszöne (schmutzige) Wörter.....	0	1 2
91. Spricht davon, sich umzubringen.....	0	1 2
92. Bleibt unter seinen Möglichkeiten, könnte mehr leisten.....	0	1 2
93. Redet zu viel.....	0	1 2
94. Hänzelt andere gern.....	0	1 2
95. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.....	0	1 2
96. Scheint sich übermäßig mit Sex zu beschäftigen.....	0	1 2
97. Bedroht andere.....	0	1 2
98. Kommt zu spät zur Schule oder zum Unterricht.....	0	1 2
99. Raucht, kaut oder schnupft Tabak.....	0	1 2
100. Erledigt aufgetragene Arbeiten nicht.....	0	1 2
101. Schwänzt die Schule oder fehlt unentschuldigt.....	0	1 2
102. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.....	0	1 2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.....	0	1 2
104. Ist ungewöhnlich laut.....	0	1 2
105. Missbraucht Alkohol oder nimmt Drogen (außer Tabak); bitte beschreiben: _____	0	1 2
106. Versucht zu sehr, anderen zu gefallen.....	0	1 2
107. Mag die Schule nicht.....	0	1 2
108. Hat Angst, Fehler zu machen.....	0	1 2
109. Quengelt oder jammert.....	0	1 2
110. Sieht ungepflegt aus.....	0	1 2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf.....	0	1 2
112. Macht sich zu viel Sorgen.....	0	1 2
113. Bitte beschreiben Sie hier Probleme, die der Schüler hat und die bisher noch nicht erwähnt wurden: _____	0	1 2
_____	0	1 2
_____	0	1 2
_____	0	1 2
_____	0	1 2
_____	0	1 2

---> Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.  
 ---> Unterstreichen Sie bitte diejenigen Probleme, die Ihnen Sorgen machen.

Vielen Dank!

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.7 Fremdbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen  
(FBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)**

**DISYPS-III: FBB-SCREEN****Beurteilungsbogen für Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen**

Name des Kindes bzw. der/des Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w

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

Schultyp / Art der Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

beurteilt von:  Vater  Mutter  Lehrer/-in  Erzieher/-in  anderer Person: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen beschreibt Verhaltensweisen und Verhaltensprobleme sowie emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen. **Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n ist. Wenn das nicht bekannt ist, kreuzen Sie bitte die 0 an.** Beurteilen Sie bitte alle Aussagen, so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Grau markierte Aussagen können Erzieher/-innen oder Lehrer/-innen in der Regel nur schlecht beurteilen. Für diese Aussagen kann die Beurteilung durch Erzieher/-innen oder Lehrer/-innen entfallen. Beurteilen Sie bitte ansonsten alle Aussagen, auch dann, wenn Ihnen einige Aussagen dem Alter des Kindes bzw. der/des Jugendlichen nicht angemessen erscheinen. Dieser Beurteilungsbogen wird sowohl zur Beurteilung von Kindern als auch von Jugendlichen eingesetzt.

Teil S		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S01.	Ist sehr unaufmerksam oder leicht ablenkbar oder beendet angefangene Dinge nicht.	0	1	2	3
S02.	Ist sehr impulsiv, kann beispielsweise nur schwer abwarten oder unterbricht andere häufig, oder handelt, ohne zu überlegen.	0	1	2	3
S03.	Ist sehr unruhig oder zappelig oder übermäßig aktiv. Zeigt eine Unruhe, die nur schwer zu begrenzen ist.	0	1	2	3
S04.	Wird häufig sehr wütend, ist schnell gereizt und verärgert.	0	1	2	3
S05.	Streitet sich viel, ärgert andere häufig oder widersetzt sich Regeln und Anweisungen.	0	1	2	3
S06.	Bedroht oder schikaniert andere oft oder beginnt häufig körperliche Auseinandersetzungen oder quält Tiere.	0	1	2	3
S07.	Lügt oder stiehlt.	0	1	2	3
S08.	Zerstört fremdes Eigentum.	0	1	2	3
S09.	Schwänzt die Schule oder bleibt nachts von zu Hause weg. (Bei Vorschulkindern bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
S10.	Leidet regelmäßig sehr stark, wenn sie/er sich von den Eltern trennen muss, z. B. um in die Schule zu gehen oder alleine zu schlafen, oder ist sehr besorgt, dass ihr/ihm selbst oder ihren/seinen Bezugspersonen etwas Schlimmes zustoßen könnte.	0	1	2	3
S11.	Reagiert bei vielen verschiedenen Ereignissen sehr ängstlich oder besorgt; hat insgesamt vielfältige Befürchtungen und Sorgen.	0	1	2	3
S12.	Hat eine ausgeprägte Angst, in Leistungssituationen zu versagen (z. B. in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn sie/er in der Klasse aufgerufen wird).	0	1	2	3
S13.	Hat eine ausgeprägte Angst vor Gleichaltrigen oder vermeidet den Kontakt zu ihnen. Hat Angst, von diesen negativ bewertet zu werden.	0	1	2	3
S14.	Hat eine ausgeprägte Angst vor Erwachsenen oder vermeidet den Kontakt zu ihnen. Hat Angst, von diesen negativ bewertet zu werden.	0	1	2	3

Bitte wenden

2

Für die grau markierten Aussagen kann die Beurteilung durch Erzieher/-innen oder Lehrer/-innen entfallen.		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S15.	Spricht in bestimmten Situationen nicht, in denen das Sprechen erwartet wird, obwohl sie/er sprechen kann.	0	1	2	3
S16.	Hat Angst vor Menschenmengen, geschlossenen oder offenen Plätzen (z. B. Geschäften, Marktplätzen), hat Angst, in Bussen oder Bahnen zu fahren.	0	1	2	3
S17.	Hat plötzliche Angstattacken mit starken körperlichen Reaktionen wie Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Beklemmungs- oder Schwindelgefühlen.	0	1	2	3
S18.	Hat Angst vor einzelnen Tieren (z. B. Hunden, Insekten), Objekten (z. B. Fahrstühlen, Höhen, Spritzen) oder einzelnen Situationen (z. B. Gewittern, Arztbesuchen).	0	1	2	3
S19.	Muss sich an ein sehr belastendes Ereignis (z. B. Unfall, Gewalterfahrung) immer wieder erinnern oder träumt davon oder vermeidet Situationen, Orte oder Personen, die an die Belastung erinnern.	0	1	2	3
S20.	Sagt, dass sie/er sich Sorgen macht um ihre/seine Gesundheit oder darüber, krank zu werden.	0	1	2	3
S21.	Hat Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen oder einen unruhigen oder schlechten Schlaf) oder Alpträume.	0	1	2	3
S22.	Wirkt die meiste Zeit über traurig; erscheint beispielsweise häufig den Tränen nahe.	0	1	2	3
S23.	Wirkt die meiste Zeit über mürrisch, gereizt oder schlecht gelaunt.	0	1	2	3
S24.	Hat die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an fast allen Tätigkeiten.	0	1	2	3
S25.	Wirkt die meiste Zeit über müde oder wie ohne jede Energie und erschöpft.	0	1	2	3
S26.	Wirkt so, als habe sie/er kein Selbstvertrauen oder kein Selbstwertgefühl. Wirkt so, als fühle sie/er sich minderwertig oder als Versager/-in.	0	1	2	3
S27.	Zieht sich von anderen Menschen zurück und will für sich alleine sein.	0	1	2	3
S28.	Äußert Gedanken, sich das Leben zu nehmen oder an den eigenen Tod, oder hat schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen. (Bei Vorschulkindern bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
S29.	Klagt über Bauch-/Kopfschmerzen oder andere Schmerzen oder körperliche Beschwerden.	0	1	2	3
S30.	Hat Probleme mit dem Essen (z. B. isst zu viel, zu wenig, hat Essattacken) oder mit dem Gewicht (Über- oder Untergewicht).	0	1	2	3
S31.	Hat Probleme beim Sprechen oder ist dabei nicht so geschickt wie andere im gleichen Alter.	0	1	2	3
S32.	Hat eine nur schwer leserliche Schrift oder ist mit ihren/seinen Händen nicht so geschickt wie andere im gleichen Alter.	0	1	2	3
S33.	Ist beim Laufen, Turnen, Klettern oder Ballspielen nicht so geschickt wie andere im gleichen Alter.	0	1	2	3
S34.	Hat Probleme beim Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen. Macht viel mehr Fehler als andere in ihrer/seiner Klasse. (Bei Vorschulkindern bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
S35.	Nässt tagsüber oder nachts ein oder kotet ein (macht in die Hose).	0	1	2	3
S36.	Hat insgesamt erhebliche Schwierigkeiten, sich mit anderen Menschen auszutauschen oder Gefühle und Interessen mit anderen zu teilen; spricht beispielsweise andere sehr selten oder auf eigenartige Weise an oder reagiert auf andere wenig.	0	1	2	3
S37.	Hat erhebliche Schwierigkeiten, mit anderen Menschen durch Blickkontakt, Gesichtsausdruck oder Körpersprache angemessen in Kontakt zu treten.	0	1	2	3
S38.	Hat erhebliche Schwierigkeiten, Beziehungen mit anderen Menschen aufzunehmen, aufrechtzuerhalten oder solche Beziehungen zu verstehen; entwickelt kaum Interesse an anderen Menschen oder kann keine Freundschaften schließen.	0	1	2	3

Bitte weiter auf der nächsten Seite



		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S39.	Hat insgesamt sehr begrenzte, sich immer wiederholende Sonderinteressen, führt bestimmte Handlungen immer wieder durch oder zeigt andere immer wiederkehrende ungewöhnliche Verhaltensweisen.	0	1	2	3
S40.	Lässt sich nicht trösten oder reagiert gefühlsmäßig wenig oder widersprüchlich auf andere.	0	1	2	3
S41.	Sucht Nähe (z. B. Körperkontakt) bei bekannten und fremden Personen in gleicher Weise oder versucht sehr stark, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.	0	1	2	3
S42.	Muss bestimmte Handlungen stets wiederholen, handelt wie unter einem Zwang (z. B. waschen, ordnen, kontrollieren).	0	1	2	3
S43.	Hat bestimmte unangenehme Gedanken, die sich ihr/ihm immer wieder aufdrängen (z. B. verunreinigt zu sein oder dass etwas Schlimmes passieren könnte).	0	1	2	3
S44.	Hat nervöse Zuckungen oder Bewegungen oder macht Geräusche, die immer wieder kommen und die sie/er kaum kontrollieren kann.	0	1	2	3
S45.	Hat sehr wechselhafte oder instabile Beziehungen zu anderen, zeigt starke Gefühlsschwankungen und Impulsivität.	0	1	2	3
S46.	Verletzt sich absichtlich selbst.	0	1	2	3
S47.	Sagt, dass sie/er etwas sieht oder hört, was sonst niemand sehen oder hören kann.	0	1	2	3
S48.	Raucht regelmäßig oder trinkt für ihr/sein Alter zu viel Alkohol oder nimmt Drogen zu sich. (Bei Vorschulkindern bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
S49.	Spielt extrem häufig oder lange mit dem Computer oder anderen Geräten (oder Glücksspiele) und lässt sich kaum davon abbringen. (Bei Vorschulkindern bitte 0 ankreuzen.)	0	1	2	3
S50.	Andere Verhaltensprobleme. Bitte beschreiben:	0	1	2	3
S51.	Andere Verhaltensprobleme. Bitte beschreiben:	0	1	2	3

<b>Teil F</b> Beurteilen Sie bitte zusätzlich noch, wie zutreffend die folgenden Aussagen sind, wenn mindestens eines der bislang beschriebenen Probleme für das Kind bzw. die/den Jugendliche/-n zutrifft. (Falls keine Probleme, bitte diesen Bereich durchstreichen.)  <i>Für die grau markierten Aussagen kann die Beurteilung durch Erzieher/-innen oder Lehrer/-innen entfallen.</i>		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
F01.	Die genannten Probleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Familienmitgliedern (z. B. Eltern, Geschwistern) erheblich.	0	1	2	3
F02.	Die genannten Probleme beeinträchtigen die Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb der Familie (z. B. Lehrer/-in, Erzieher/-in) erheblich.	0	1	2	3
F03.	Die genannten Probleme beeinträchtigen die Beziehungen zu anderen Kindern und Jugendlichen und die Beteiligung an Freizeitaktivitäten erheblich.	0	1	2	3
F04.	<i>Bei Schulkindern und berufstätigen Jugendlichen:</i> Die genannten Probleme beeinträchtigen die schulischen bzw. die beruflichen Leistungen erheblich. <i>Bei Kindergartenkindern:</i> Die genannten Probleme beeinträchtigen die Teilnahme an Aktivitäten im Kindergarten oder in der Kindertagesstätte.	0	1	2	3
F05.	Sie/er leidet unter den genannten Problemen erheblich.	0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



*Studienprotokoll OPTIE*

**C.8 Selbstbeurteilungsbogen zum Screening psychischer Störungen  
(SBB-SCREEN; Döpfner & Görtz-Dorten, 2017)**

**DISYPS-III: SBB-SCREEN****Beurteilungsbogen für Kinder und Jugendliche – 11 bis 18 Jahre**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Schultyp/Art der Berufsausbildung: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Dieser Beurteilungsbogen beschreibt Verhaltensweisen, die Kinder und Jugendliche haben können. **Kreuze bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend diese Beschreibung für dich ist.** Beurteile bitte alle Aussagen, auch dann, wenn dir einige Beschreibungen komisch erscheinen.

Teil S		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S01.	Ich bin sehr unaufmerksam oder leicht ablenkbar oder ich beende angefangene Dinge nicht.	0	1	2	3
S02.	Ich bin sehr impulsiv. Ich kann beispielsweise nur schwer abwarten oder unterbreche andere häufig oder handle, ohne zu überlegen.	0	1	2	3
S03.	Ich bin sehr unruhig oder zappelig oder übermäßig aktiv. Ich habe immer eine innere Unruhe, die durch andere (Eltern, Lehrer/-innen) kaum begrenzt werden kann.	0	1	2	3
S04.	Ich werde häufig sehr wütend, ich bin schnell gereizt und verärgert.	0	1	2	3
S05.	Ich streite mich viel, ich ärgere andere häufig oder widersetze mich Regeln und Anweisungen.	0	1	2	3
S06.	Ich bedrohe oder schikaniere andere oft oder ich beginne häufig körperliche Auseinandersetzungen oder quäle Tiere.	0	1	2	3
S07.	Ich lüge oder stehle.	0	1	2	3
S08.	Ich zerstöre absichtlich fremdes Eigentum.	0	1	2	3
S09.	Ich schwänze die Schule oder bleibe nachts von zu Hause weg.	0	1	2	3
S10.	Es fällt mir sehr schwer, wenn ich mich von meinen Eltern trennen muss, z. B. um in die Schule zu gehen oder alleine zu schlafen, oder ich bin sehr besorgt, dass mir selbst oder meinen Eltern etwas Schlimmes zustoßen könnte.	0	1	2	3
S11.	Ich habe vor vielen verschiedenen Dingen Angst oder mache mir viele verschiedene Sorgen.	0	1	2	3
S12.	Ich habe eine starke Angst, in Leistungssituationen zu versagen (z. B. in der Schule, bei Klassenarbeiten, wenn ich in der Klasse aufgerufen werde).	0	1	2	3
S13.	Ich habe eine starke Angst vor Mädchen oder Jungen meines Alters oder ich vermeide den Kontakt zu ihnen. Ich habe Angst, von diesen negativ bewertet zu werden.	0	1	2	3
S14.	Ich habe eine starke Angst vor Erwachsenen oder vermeide den Kontakt zu ihnen. Ich habe Angst, von diesen negativ bewertet zu werden.	0	1	2	3
S15.	Obwohl ich sprechen kann, spreche ich in bestimmten Situationen nicht, in denen man das von mir erwartet.	0	1	2	3
S16.	Ich habe Angst vor Menschenmengen, geschlossenen oder offenen Plätzen (z. B. Geschäften, Marktplätzen), ich habe Angst, in Bussen oder Bahnen zu fahren.	0	1	2	3
S17.	Ich habe plötzliche Angstattacken mit starken körperlichen Beschwerden wie Herzklopfen, Schweißausbrüchen, Beklemmungs- oder Schwindelgefühlen.	0	1	2	3

Bitte wenden

2

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S18.	Ich habe Angst vor einzelnen Tieren (z. B. vor Hunden, Insekten), Objekten (z. B. vor Fahrstühlen, Höhen, Spritzen) oder einzelnen Situationen (z. B. vor Gewittern, Arztbesuchen).	0	1	2	3
S19.	Ich muss mich an ein sehr belastendes Ereignis (z. B. Unfall, Gewalterfahrung) immer wieder erinnern oder ich träume davon oder ich vermeide Situationen, Orte oder Personen, die mich daran erinnern.	0	1	2	3
S20.	Ich mache mir Sorgen um meine Gesundheit oder darüber, krank zu werden.	0	1	2	3
S21.	Ich habe Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafstörungen oder einen unruhigen oder schlechten Schlaf) oder Albträume.	0	1	2	3
S22.	Ich bin die meiste Zeit über traurig. Ich bin häufig den Tränen nahe.	0	1	2	3
S23.	Ich bin die meiste Zeit über mürrisch, gereizt oder schlecht gelaunt.	0	1	2	3
S24.	Ich habe die meiste Zeit über kein Interesse oder keine Freude an fast allen Tätigkeiten.	0	1	2	3
S25.	Ich bin die meiste Zeit über müde oder wie ohne jede Energie und erschöpft.	0	1	2	3
S26.	Ich habe kein Selbstvertrauen oder kein Selbstwertgefühl. Ich fühle mich minderwertig oder als Versager/-in.	0	1	2	3
S27.	Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück und will für mich alleine sein.	0	1	2	3
S28.	Ich denke daran, mich umzubringen oder an den eigenen Tod oder ich habe schon einmal versucht, mir das Leben zu nehmen.	0	1	2	3
S29.	Ich habe Bauch-/Kopfschmerzen oder andere Schmerzen oder körperliche Beschwerden.	0	1	2	3
S30.	Ich habe Probleme mit dem Essen (z. B. esse ich zu viel, zu wenig, habe Essattacken) oder dem Gewicht (Über- oder Untergewicht).	0	1	2	3
S31.	Ich habe Probleme beim Sprechen oder bin dabei nicht so geschickt wie andere in meinem Alter.	0	1	2	3
S32.	Ich habe eine nur schwer leserliche Schrift oder ich bin mit meinen Händen nicht so geschickt wie andere in meinem Alter.	0	1	2	3
S33.	Ich bin beim Laufen, Turnen, Klettern oder Ballspielen nicht so geschickt wie andere in meinem Alter.	0	1	2	3
S34.	Ich habe Probleme beim Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen. Ich mache viel mehr Fehler als andere in meiner Klasse.	0	1	2	3
S35.	Ich mache tagsüber oder nachts in die Hose.	0	1	2	3
S36.	Ich habe große Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen auszutauschen oder Gefühle und Interessen mit anderen zu teilen. Ich spreche andere Menschen sehr selten an. Andere sagen mir, dass ich Menschen auf eigenartige Weise anspreche oder auf sie reagiere.	0	1	2	3
S37.	Ich habe große Schwierigkeiten, mit anderen Menschen durch Blickkontakt, Gesichtsausdruck oder Körpersprache angemessen in Kontakt zu treten oder andere sagen mir das.	0	1	2	3
S38.	Ich habe große Schwierigkeiten, Beziehungen mit anderen Menschen aufzunehmen, aufrechtzuerhalten oder solche Beziehungen zu verstehen. Ich habe kaum Interesse an anderen Menschen. Ich kann keine Freundschaften schließen.	0	1	2	3
S39.	Ich habe ganz besondere Interessen und ich lasse mich kaum davon abbringen. Ich führe bestimmte Handlungen immer wieder durch oder andere sagen mir, dass ich ein ungewöhnliches Verhalten habe.	0	1	2	3
S40.	Ich lasse mich nicht von anderen trösten oder andere sagen mir, dass ich gefühlsmäßig wenig oder widersprüchlich auf andere reagieren würde.	0	1	2	3
S41.	Ich suche Nähe (z. B. Körperkontakt) bei bekannten und fremden Personen und mache da keine Unterschiede. Ich versuche sehr stark, die Aufmerksamkeit auf mich zu lenken.	0	1	2	3

Bitte weiter auf der nächsten Seite

		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
S42.	Ich muss bestimmte Handlungen stets wiederholen. Ich handle wie unter einem Zwang (z. B. waschen, ordnen, kontrollieren).	0	1	2	3
S43.	Ich habe bestimmte unangenehme Gedanken, die sich mir immer wieder aufdrängen (z. B. verunreinigt zu sein oder dass etwas Schlimmes passieren könnte).	0	1	2	3
S44.	Ich habe nervöse Zuckungen oder ich mache Bewegungen oder Geräusche, die immer wieder kommen und die ich kaum kontrollieren kann.	0	1	2	3
S45.	Ich habe sehr wechselhafte Beziehungen zu anderen. Ich habe starke Gefühlsschwankungen und bin impulsiv.	0	1	2	3
S46.	Ich verletze mich absichtlich selbst.	0	1	2	3
S47.	Ich sehe oder höre, was sonst niemand sehen oder hören kann.	0	1	2	3
S48.	Ich rauche regelmäßig oder trinke für mein Alter zu viel Alkohol oder nehme Drogen.	0	1	2	3
S49.	Ich spiele extrem häufig oder lange mit dem Computer oder anderen Geräten (oder Glücksspiele) und ich lasse mich kaum davon abbringen.	0	1	2	3
S50.	Andere Verhaltensprobleme. <i>Bitte beschreiben:</i>	0	1	2	3
S51.	Andere Verhaltensprobleme: <i>Bitte beschreiben:</i>	0	1	2	3

<b>Teil F</b> Die bisher beschriebenen Probleme können einen selbst, die eigenen Leistungen oder auch die Beziehungen zu anderen sehr belasten. Beurteile bitte zusätzlich noch folgende Aussagen, wenn zumindest eines der bislang beschriebenen Probleme für dich zutrifft. (Falls keine Probleme, bitte diesen Bereich durchstreichen.)		Wie zutreffend ist die Beschreibung?			
		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders
F01.	Die genannten Probleme belasten meine Beziehungen zu anderen in meiner Familie (z. B. zu Eltern, Geschwistern).	0	1	2	3
F02.	Die genannten Probleme belasten meine Beziehungen zu Erwachsenen außerhalb meiner Familie (z. B. Lehrer/-in, Erzieher/-in).	0	1	2	3
F03.	Die genannten Probleme belasten meine Beziehungen zu anderen Kindern und Jugendlichen oder ich kann mich deshalb nicht an Freizeitaktivitäten beteiligen.	0	1	2	3
F04.	Durch die genannten Probleme habe ich Schwierigkeiten mit meinen Leistungen in der Schule oder am Arbeitsplatz.	0	1	2	3
F05.	Die genannten Probleme belasten mich selbst sehr.	0	1	2	3

Vielen Dank für deine Mitarbeit!



*Studienprotokoll OPTIE*

**C.9 KIDSCREEN-10 Index (KIDSCREEN; KIDSCREEN Group Europe, 2006)**

**C.9.1 Eltern**



**KIDSCREEN-10 INDEX ELTERNVERSION**  
**Zur Gesundheit Ihres Kindes**

Liebe Eltern,

wie geht es Ihrem Kind? Wie fühlt es sich? Das möchten wir gerne von Ihnen wissen. Bitte überlegen Sie, wie es Ihrem Kind in der letzten Woche gegangen ist. Beantworten Sie dann bitte die folgenden Fragen, so wie Sie es von Ihrem Kind und seinen Erfahrungen wissen oder vermuten.

<b>Name Patient:</b>						
<b>Datum:</b>						
<b>Zur Gesundheit Ihres Kindes</b> Wenn Sie an die <u>letzte Woche</u> denken...						
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
01	Hat sich Ihr Kind fit und wohl gefühlt?	<i>überhaupt nicht</i> <input type="checkbox"/>	<i>ein wenig</i> <input type="checkbox"/>	<i>mittelmäßig</i> <input type="checkbox"/>	<i>ziemlich</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr</i> <input type="checkbox"/>
02	Ist Ihr Kind voller Energie gewesen?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
03	Hat sich Ihr Kind traurig gefühlt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
04	Hat sich Ihr Kind einsam gefühlt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
05	Hat Ihr Kind genug Zeit für sich selbst gehabt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
06	Konnte Ihr Kind in seiner Freizeit die Dinge machen, die es tun wollte?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
07	Hat sich Ihr Kind durch seine Mutter/seinen Vater gerecht behandelt gefühlt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
08	Hat Ihr Kind mit seinen Freunden Spaß gehabt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
09	Ist Ihr Kind in der Schule gut zurechtgekommen?	<i>überhaupt nicht</i> <input type="checkbox"/>	<i>ein wenig</i> <input type="checkbox"/>	<i>mittelmäßig</i> <input type="checkbox"/>	<i>ziemlich</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr</i> <input type="checkbox"/>
10	Konnte Ihr Kind gut aufpassen?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
11	Was denken Sie: Wie würde Ihr Kind seine Gesundheit <u>im Allgemeinen</u> beschreiben?	<i>ausgezeichnet</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>weniger gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>schlecht</i> <input type="checkbox"/>

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.9.2 Kinder/Jugendliche**

### KIDSCREEN-10 INDEX KINDER- UND JUGENDLICHENVERSION

#### Zu deiner Gesundheit

Hallo! Wie geht es dir? Wie fühlst du dich? Das möchten wir von dir wissen.

Bitte lies dir jede Frage genau durch. Was kommt dir als Antwort zuerst in den Sinn? Wähle das Kästchen aus, das am besten zu deiner Antwort passt, und kreuze es an.

Übrigens: Das ist keine Prüfung! Du kannst also nichts falsch machen. Wichtig ist aber, dass du alle Fragen beantwortest und dass deine Kreuze deutlich zu sehen sind. Bitte denke dabei an die letzte Woche, also an die letzten sieben Tage. Du musst deinen Fragebogen niemandem zeigen. Und niemand, der dich kennt, schaut deinen Fragebogen nachher an.

<b>Dein Name:</b>						
<b>Datum:</b>						
<b>Zu Deiner Gesundheit</b>						
Wenn Du an die <u>letzte Woche</u> denkst...		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
01	Hast du dich fit und wohl gefühlt?	<i>überhaupt nicht</i> <input type="checkbox"/>	<i>ein wenig</i> <input type="checkbox"/>	<i>mittelmäßig</i> <input type="checkbox"/>	<i>ziemlich</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr</i> <input type="checkbox"/>
02	Bist du voller Energie gewesen?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
03	Hast du dich traurig gefühlt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
04	Hast du dich einsam gefühlt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
05	Hast du genug Zeit für dich selbst gehabt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
06	Konntest du in deiner Freizeit die Dinge machen, die du tun wolltest?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
07	Haben deine Mutter/dein Vater dich gerecht behandelt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
08	Hast du mit deinen Freunden Spaß gehabt?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
09	Bist du in der Schule gut zurechtgekommen?	<i>überhaupt nicht</i> <input type="checkbox"/>	<i>ein wenig</i> <input type="checkbox"/>	<i>mittelmäßig</i> <input type="checkbox"/>	<i>ziemlich</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr</i> <input type="checkbox"/>
10	Konntest du gut aufpassen?	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>	<i>selten</i> <input type="checkbox"/>	<i>manchmal</i> <input type="checkbox"/>	<i>oft</i> <input type="checkbox"/>	<i>immer</i> <input type="checkbox"/>
11	Wie würdest du deine Gesundheit <u>im Allgemeinen</u> beschreiben?	<i>ausgezeichnet</i> <input type="checkbox"/>	<i>sehr gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>weniger gut</i> <input type="checkbox"/>	<i>schlecht</i> <input type="checkbox"/>

Version 1

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.10 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB; Matthejat & Renschmidt, 1999)**

**C.10.1 Therapeut**

F. Mattejat und H. Remschmidt

**Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)****Beurteilung der Behandlung durch den Therapeuten (FBB-T)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Station / Abt.: \_\_\_\_\_

Name des Therapeuten: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie bitten, die gerade abgeschlossene Behandlung auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Feststellung, inwieweit sie für diese Behandlung zutreffend ist. Beziehen Sie sich dabei auf den *gesamten Behandlungszeitraum* und nicht nur auf das Ende der Behandlung. Die Fragen, die sich auf *die Mutter* und *den Vater* beziehen, sind nur dann sinnvoll beantwortbar, wenn Mutter bzw. Vater in die Behandlung einbezogen waren. Wenn sich die Kontakte zu den Eltern auf das Anamnesegespräch und eine kurze Beratung beschränkten, müssen die elternbezogenen Fragen nicht bearbeitet werden. Sie sollen aber bearbeitet werden, wenn mehrere ausführliche Beratungs- bzw. Therapiekontakte stattgefunden haben (in der Regel ab zwei ausführlichen Beratungs- bzw. Therapiesprächen).

**Die Feststellung stimmt:**

0 = überhaupt nicht/niemals

1 = kaum/selten

2 = teilweise/manchmal

3 = überwiegend/meistens

4 = ganz genau/immer

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Aufwand und Nutzen standen bei dieser Behandlung in einem guten Verhältnis.             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Die Gespräche mit dem Patienten waren für mich anstrengend.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ich halte die Behandlung für erfolgreich.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ich habe mich über den Patienten geärgert.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Im Verlaufe der Behandlung haben sich die Beziehungen in der Familie positiv verändert. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Der Patient konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen.                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Der Patient hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Die Behandlung in der Klinik war für den Patienten hilfreich.                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten war für mich angenehm.                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Die Probleme des Patienten haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

<b>Die Mutter war in die Behandlung einbezogen</b> <input type="checkbox"/>						<b>nicht einbezogen</b> <input type="checkbox"/>
Die folgenden Fragen werden nur dann bearbeitet, wenn die Mutter einbezogen war.						
11. Die Gespräche mit der Mutter waren für mich anstrengend.	0	1	2	3	4	
12. Die Mutter hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten.	0	1	2	3	4	
13. Die Zusammenarbeit mit der Mutter war für mich angenehm.	0	1	2	3	4	
14. Die Mutter konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen.	0	1	2	3	4	
15. Im Verlaufe der Behandlung hat die Mutter ein besseres Verständnis für die Probleme ihres Kindes entwickelt.	0	1	2	3	4	
16. Ich habe mich über die Mutter geärgert.	0	1	2	3	4	
17. Im Verlaufe der Behandlung konnte die Mutter ihr Verhalten gegenüber ihrem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4	
18. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch problematische Erlebens- und Verhaltensweisen der Mutter gebessert, die nicht direkt etwas mit dem Patienten zu tun haben.	0	1	2	3	4	
<b>Der Vater war in die Behandlung einbezogen</b> <input type="checkbox"/>						<b>nicht einbezogen</b> <input type="checkbox"/>
Die folgenden Fragen werden nur dann bearbeitet, wenn der Vater einbezogen war.						
19. Die Gespräche mit dem Vater waren für mich anstrengend.	0	1	2	3	4	
20. Der Vater hat sich meinen Anregungen gegenüber ablehnend verhalten.	0	1	2	3	4	
21. Ich habe mich über den Vater geärgert.	0	1	2	3	4	
22. Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch problematische Erlebens- und Verhaltensweisen des Vaters gebessert, die nicht direkt etwas mit dem Patienten zu tun haben.	0	1	2	3	4	
23. Der Vater konnte meine Anregungen gut aufgreifen und nutzen.	0	1	2	3	4	
24. Im Verlaufe der Behandlung hat der Vater ein besseres Verständnis für die Probleme seines Kindes entwickelt.	0	1	2	3	4	
25. Die Zusammenarbeit mit dem Vater war für mich angenehm.	0	1	2	3	4	
26. Im Verlaufe der Behandlung konnte der Vater sein Verhalten gegenüber seinem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4	

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

*Studienprotokoll OPTIE*

**C.10.2 Eltern/Sorgeberechtigte**

F. Mattejat und H. Remschmidt

**Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)****Beurteilung der Behandlung durch die Eltern (FBB-E)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Kreuzen Sie bitte an: Vater  Mutter 

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Behandlung Ihres Kindes bei uns erfahren haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen.

Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die Behandlung Ihres Kindes zutreffen. Beziehen Sie sich dabei auf den **gesamten** Behandlungszeitraum und nicht nur auf das Ende der Behandlung.

**Die Feststellung stimmt:**

0 = überhaupt nicht / niemals

1 = kaum / selten

2 = teilweise / manchmal

3 = überwiegend / meistens

4 = ganz genau / immer

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Die Behandlung in der Klinik war für mein Kind hilfreich.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Der Therapeut hatte Verständnis für unsere Situation.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Ich wurde über Sinn und Zweck der Behandlung und über ihren Verlauf ausreichend informiert.    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie.               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ich hatte Vertrauen zu dem verantwortlichen Therapeuten.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Der Therapeut verstand das Wesentliche von den Problemen, die uns hierher gebracht haben.      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Der Therapeut hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Ich konnte mit dem Therapeuten offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Ich habe mich über den Therapeuten geärgert.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Der Therapeut war mir sympathisch.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Im Verlaufe der Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |





*Studienprotokoll OPTIE*

**C.10.3 Kinder/Jugendliche**

F. Mattejat und H. Remschmidt

**Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)****Beurteilung der Behandlung durch den Patienten (FBB-P)**

Name des Patienten: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Die Behandlung bei uns ist nun abgeschlossen oder bald zu Ende. Manches hat dir vielleicht gut gefallen, manches sicher weniger. Es interessiert uns sehr, wie du die Behandlung bei uns beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die du im Folgenden beantworten sollst.

Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den gesamten Behandlungszeitraum, nicht nur an das Ende der Behandlung. Wenn eine Feststellung deiner Meinung nach:

- überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an
- kaum oder selten stimmt, dann kreuze die 1 an
- teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an
- überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an
- ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.

Versuche dabei, deine Meinung offen und ehrlich zu sagen!

**Die Feststellung stimmt:**  
 0 = überhaupt nicht/niemals  
 1 = kaum/selten  
 2 = teilweise/manchmal  
 3 = überwiegend/meistens  
 4 = ganz genau/immer

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Die Behandlung in der Klinik war für mich hilfreich.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Der Therapeut hatte Verständnis für meine Situation.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Die Behandlung ist in allen Punkten optimal verlaufen.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Während der Behandlung hatte ich die Befürchtung, dass meine Probleme noch stärker werden könnten. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Die vielen Fragebögen waren mir lästig.  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ich hatte Vertrauen zu meinem Therapeuten.   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Der Therapeut verstand das Wesentliche von meinen Problemen.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Der Therapeut hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden.                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |





*Studienprotokoll OPTIE*

**D Instrumente II - therapeutisches Rückmeldesystem**

**D.1 Fragebögen Eltern/Sorgeberechtigte**

**UNIKLINIK  
KÖLN**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)

## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### *Fragebögen Bezugspersonen*

<b>Name PatientIn:</b>	
<b>Name TherapeutIn:</b>	
<b>Wer beantwortet den Fragebogen (z. B. Mutter)?</b>	
<b>Ausgegeben am:</b>	
<b>Messzeitpunkt:</b>	

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de

**BRIEF PROBLEM MONITOR (BPM-P/6-18)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zu Problemen von Kindern und Jugendlichen**

<p>Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern und Jugendlichen beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie innerhalb der letzten <b>14 Tage</b> bei Ihrem Kind zu beobachten war.</p> <p>Wenn diese Eigenschaft <b>genau so</b> zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer <b>2</b> an, wenn die Eigenschaft <b>etwas</b> auftrat, die Ziffer <b>1</b>, wenn sie für das Kind <b>nicht zutrifft</b> die Ziffer <b>0</b>. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.</p>		nicht zutreffend	etwas zutreffend	genau zutreffend
		0	1	2
01	Verhält sich zu jung für sein/ ihr Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Streitet oder widerspricht viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Zerstört Sachen, die Familienmitgliedern oder anderen gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Gehorcht nicht zu Hause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Gehorcht nicht in der Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Fühlt sich wertlos oder unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ist impulsiv oder handelt ohne zu überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ist zu furchtsam oder ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Hat zu starke Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ist befangen oder wird leicht verlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Bedroht andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Macht sich zu viel Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEZIELBOGEN (ZIEBO-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Erreichung der Therapieziele**

<p>Bitte beurteilen Sie für <b>die letzten 14 Tage</b>, wie sehr Sie Ihre Therapieziele erreicht haben. Bitte wählen Sie die Stufe, welche die Stärke der Veränderung am besten beschreibt.</p> <p><b>Ihre Therapieziele</b></p>		verschlechtert	keine Verbesserung	etwas verbessert	deutlich verbessert	erheblich verbessert, eigtl. kein Problem mehr
		-1	0	1	2	3
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### **KINDER- UND JUGENDLICHEN- BEHANDLUNGSMOTIVATIONSSKALA (KJBMS-E)**

**Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Behandlungsmotivation bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen**

<i>Unten finden Sie Aussagen darüber, was Eltern oder Bezugspersonen über ihr Kind und seine Therapie denken. Bitte geben Sie für jede Aussage an, wie Sie aktuell dazu stehen und wählen die passende Antwort aus. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</i>		<i>stimme gar nicht zu</i>	<i>stimme eher nicht zu</i>	<i>weder noch</i>	<i>stimme eher zu</i>	<i>stimme voll zu</i>
		1	2	3	4	5
01	Das <i>Verhalten</i> meines Kindes führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder woanders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Das Verhalten meines Kindes macht mein Leben schwerer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die Art, wie mein Kind über sich denkt, macht mir Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich bin bereit, in meinem Leben Einiges zu verändern, damit es meinem Kind wieder besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich möchte Hilfe, um die Probleme meines Kindes zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wegen der Probleme meines Kindes erscheint mir eine Therapie eine gute Idee zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Meine Teilnahme an der Therapie ist wichtig, damit es meinem Kind wieder besser geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Es ist meine Entscheidung, dass mein Kind eine Therapie bekommt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzungen</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
1	Haben Sie selbst in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab **Seite 6** (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter zu **Seite 8** (Ende)

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Therapiebeziehung**

<p>Unten stehen Fragen zu den Therapiesitzungen mit Ihrer Therapeutin. Bitte beantworten Sie die Fragen.</p> <p>Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.</p>		<i>sehr schlecht</i>	<i>schlecht</i>	<i>zufriedenstellend</i>	<i>gut</i>	<i>exzellent</i>
		1	2	3	4	5
01	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zu dem/r TherapeutIn in den Sitzungen bewerten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Was denken Sie, wie <u>der/die TherapeutIn</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEWIRKUNGSSKALA (TWS-E)****Kurzfragebogen für Bezugspersonen zur Wirkung der Therapie von Kindern und Jugendlichen**

Unten stehen verschiedene Aussagen zu den Therapiesitzungen mit Ihrer Therapeutin. Bitte lesen jede Aussage durch und kreuzen dabei jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, was Ihnen die Therapiesitzungen Ihrer Meinung nach gebracht haben. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.  Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten</b> <b>Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.		nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	absolut
		1	2	3	4	5
01	Ich verstehe die Gefühle meines Kindes jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit den Problemen meines Kindes umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich verstehe jetzt besser, was die Stärken meines Kindes sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unten stehen verschiedene Aussagen, was sich in Ihrem Leben durch die Therapie verändert hat. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und kreuzen dabei jeweils die Antwort dazu an, die am besten beschreibt, was Sie denken.  Denken Sie dabei bitte an die <b>beiden letzten</b> <b>Therapiesitzungen</b> zurück, an denen Sie teilgenommen haben.		nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	absolut
		1	2	3	4	5
<b>Nach den Sitzungen...</b>						
01	...habe ich <i>etwas ausprobiert</i> , was mein/e TherapeutIn vorgeschlagen hat. <small>*Wenn der/die TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, geben Sie bitte 1 „nicht zutreffend“ an.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	...habe ich etwas <i>regelmäßig so gemacht</i> , wie ich es in der Therapie gelernt habe. <small>*Wenn Sie nichts gelernt haben, geben Sie bitte 1 „nicht zutreffend“ an.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	...habe ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Rückmeldungen!**

*Studienprotokoll OPTIE*

**D.2 Fragebögen Kinder/Jugendliche**

**UNIKLINIK  
KÖLN****Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)**

## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### *Fragebögen Jugendliche*

<b>Name PatientIn:</b>	
<b>Name TherapeutIn:</b>	
<b>Ausgegeben am:</b>	
<b>Messzeitpunkt:</b>	

**Ausgefüllt am:** \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de

**BRIEF PROBLEM MONITOR (BPM-Y/11-18)****Kurzfragebogen für Jugendliche zu Problemen**

<p>Es folgt eine Liste von Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Jugendliche beschreiben. Bitte gib für jede Eigenschaft/jedes Verhalten an, inwieweit es auf dich <b>innerhalb der letzten 14 Tage</b> zutrif.</p> <p>Wenn es <b>genau so</b> zutrif, kreuze die Ziffer <b>2</b> an. Kreuze die Ziffer <b>1</b> an, wenn es <b>etwas</b> für dich zutrif. Wenn es für dich <b>nicht zutrif</b>, kreuze die Ziffer <b>0</b> an. <u>Bitte beantworte alle Fragen so gut du kannst.</u></p>		nicht zutreffend	etwas zutreffend	genau zutreffend
		0	1	2
01	Ich verhalte mich zu jung für mein Alter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich streite häufig oder widerspreche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich bringe angefangene Aufgaben nicht zu Ende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Ich kann nicht lange stillsitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich gehorche meinen Eltern nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Ich gehorche in der Schule nicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Ich fühle mich wertlos oder unterlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich tue etwas ohne zu überlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Ich bin zu furchtsam oder zu ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich habe zu starke Schuldgefühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich bin eigensinnig, dickköpfig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich mache mir viele Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**THERAPIEZIELBOGEN (ZIEBO-KJ)****Kurzfragebogen für Jugendliche zur Erreichung der Therapieziele**

Bitte beurteile für <b>die letzten 14 Tage</b> , wie sehr du das Therapieziel erreicht hat. Bitte wähle die Stufe, welche die Stärke der Veränderung am besten beschreibt.		verschlechtert	keine Veränderung	etwas verbessert	deutlich verbessert	erheblich verbessert, eigtl. kein Problem mehr
		-1	0	+1	+2	+3
Deine Therapieziele						
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **KINDER- UND JUGENDLICHEN- BEHANDLUNGSMOTIVATIONSSKALA (KJBMS-KJ)**

**Kurzfragebogen zur Behandlungsmotivation von Kindern und Jugendlichen**

<p><i>Unten findest du Aussagen, wie Kinder und Jugendliche über ihr Leben und ihre Therapie denken. Bitte gib für jede Aussage an, wie du <b>aktuell</b> dazu stehst und wähle die passende Antwort aus. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</i></p>		stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	weder noch	stimme eher zu	stimme voll zu
		1	2	3	4	5
01	Mein <i>Verhalten</i> führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit meinen Freunden oder woanders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Durch mein Verhalten mache ich mir mein Leben schwerer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Manche meiner Gefühle stören mich wirklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Ich möchte Hilfe, um meine aktuellen Probleme zu lösen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Eine Therapie zu machen, ist eine gute Idee.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Wenn ich weiterhin zur Therapie gehe, wird mein Leben besser werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Ich mache eine Therapie, weil ich das möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Durch meine <i>Gefühle</i> habe ich Probleme zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder woanders.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzungen</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
1	Hast du in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“, bitte weiter ab Seite 6 (nächste Seite)**

**Wenn „nein“, bitte weiter zu Seite 8 (Ende)**

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-KJ)****Kurzfragebogen für Kinder und Jugendlichen zur Therapiebeziehung**

<p>Unten stehen Fragen zu den Therapiesitzungen mit deinem/deiner TherapeutIn. Bitte beantworte jede Frage.</p> <p>Denke dabei bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.</p>		überhaupt nicht	nur ein bisschen	etwa	ziemlich	vollkommen
		1	2	3	4	5
01	Sind die Sitzungen so gelaufen, wie du es wolltest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Hast du die Sachen verstanden, die dein/e TherapeutIn in den Sitzungen gesagt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Hast du mit deinem/deiner TherapeutIn in den Sitzungen gemeinsam an Problemen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Hattest du in den Sitzungen das Gefühl, dass dein/e TherapeutIn zu dir steht, egal wie du dich verhalten hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Hattest du in den Sitzungen das Gefühl, dein/e TherapeutIn hat verstanden, wie du dich fühlst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**THERAPIEWIRKUNGSSKALA (TWS-KJ)****Kurzfragebogen für Kinder und Jugendliche zur Wirkung von Psychotherapie**

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen zu den Therapiesitzungen mit deiner Therapeutin. Bitte lies jede Aussage durch und kreuze dabei jeweils die Antwort an, die am besten beschreibt, was dir die Therapiesitzungen deiner Meinung nach gebracht haben. Dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten.</p> <p>Bei der Beantwortung denke bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.</p>		überhaupt nicht	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	vollkommen
		1	2	3	4	5
01	Ich verstehe meine Gefühle jetzt besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit meinen Problemen umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Ich verstehe jetzt besser, was meine Stärken sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Unten stehen verschiedene Aussagen, was sich in Deinem Leben durch die Therapie verändert hat. Bitte lies jede Aussage durch und kreuze dabei jeweils die Antwort dazu an, die am besten beschreibt, was du denkst.</p> <p>Bei der Beantwortung denke bitte an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> zurück.</p>		nicht zutreffend	nur ein bisschen	etwas	ziemlich	absolut
		1	2	3	4	5
<b>Nach den Sitzungen...</b>						
01	...habe ich <i>etwas ausprobiert</i> , was mein/e TherapeutIn vorgeschlagen hat. *Wenn der/die TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, gebe bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	...habe ich <i>etwas regelmäßig so gemacht</i> , wie ich es in der Therapie gelernt habe. *Wenn du nichts gelernt hast, gebe bitte 1 „nicht zutreffend“ an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	...habe ich mein Verhalten <i>zu Hause</i> verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für deine Rückmeldungen!**

*Studienprotokoll OPTIE*

**D.3 Fragebögen Therapeuten**

**UNIKLINIK  
KÖLN**Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
an der Uniklinik Köln (AKiP)

## Projekt OPTIE – Therapeutisches Rückmeldesystem

### *Fragebögen TherapeutInnen*

<b>Name PatientIn:</b>	
<b>Name TherapeutIn:</b>	
<b>Hauptbezugsperson Therapie (z. B. Mutter):</b>	
<b>Ausgegeben am:</b>	
<b>Messzeitpunkt:</b>	

Ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Ausbildungsinstitut für  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der  
Uniklinik Köln (AKiP)  
– Projekt OPTIE –  
Pohligstraße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 – 478-35666  
Email: akip-optie@uk-koeln.de



<b>Teilnahme Psychotherapiesitzung PatientIn</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
1	Hat Ihr/e PatientIn in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn „ja“,            bitte weiter ab Seite 3 (nächste Seite)  
Wenn „nein“,        bitte weiter ab Seite 4

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-K/J)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Therapiebeziehung mit PatientInnen**

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu der Therapiebeziehung mit Ihrem/r PatientIn.		sehr schlecht	schlecht	zufriedenstellend	gut	exzellent
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.		1	2	3	4	5
01	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zu dem/r PatientIn in den Sitzungen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Was denken Sie, wie der/die <u>PatientIn</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPLIANCEFRAGEBOGEN (CF-K/J)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Zusammenarbeit mit PatientInnen**

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Verhalten des/der PatientIn ist.		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	wurde nicht aufgefodert
Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.		0	1	2	3	9
01	Der/die PatientIn hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen zugehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Teilnahme Psychotherapiesitzung Bezugsperson</b>		<i>ja</i>	<i>nein</i>
		1	0
2	Hat die Bezugsperson in den letzten <b>6 Wochen</b> an <b>mindestens einer Psychotherapiesitzung</b> teilgenommen (Kontakt von mind. 10 Minuten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn „ja“,** bitte weiter ab **Seite 5** (nächste Seite)  
**Wenn „nein“,** bitte weiter zu **Seite 6** (Ende)

**THERAPIEBEZIEHUNGSSKALA (TBS-E)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Therapiebeziehung mit Bezugspersonen**

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen zu der Therapiebeziehung mit der Bezugsperson Ihres Patienten.  Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.		sehr schlecht	schlecht	zufriedenstellend	gut	exzellent
		1	2	3	4	5
01	Wie würden <u>Sie</u> Ihre Beziehung zu der Bezugsperson in den Sitzungen beschreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Was denken Sie, wie die <u>Bezugsperson</u> die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMPLIANCEFRAGEBOGEN (CF-E)****Kurzfragebogen für TherapeutInnen zur Zusammenarbeit mit Bezugspersonen**

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für das Verhalten der Bezugsperson ist.  Bitte denken Sie dabei an die <b>beiden letzten Therapiesitzungen</b> mit ihm/ihr zurück.		gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	wurde nicht aufgefodert
		0	1	2	3	4
01	Die Bezugsperson hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen Fragen beantwortet und gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Rückmeldungen!**

## Studienprotokoll OPTIE

**Literatur**

- Angell, B., Matthews, E., Stanhope, V., & Rowe, M. (2015). Shared decision making. In P. W. Corrigan & P. W. Corrigan (Eds.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 117–139). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14644-007>
- Athay, M. M., Riemer, M., & Bickman, L. (2012). The Symptoms and Functioning Severity Scale (SFSS): Psychometric evaluation and discrepancies among youth, caregiver, and clinician ratings over time. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 39*, 13–29. <https://doi.org/10.1007/s10488-012-0403-2>
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling & Psychotherapy Research, 13*, 3–13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>
- Bickman, L., Athay, M. M., Riemer, M., Lambert, W., Kelley, S. D., Breda, C., Tempesti, T., Dew-Reeves, S., Brannan, A. M., & Vides de Andrade, A. R. (2010). *Manual of the Peabody Treatment Progress Battery* (2nd). Vanderbilt University. [https://peabody.vanderbilt.edu/docs/pdf/cepi/ptpb\\_2nd\\_ed/PTPB\\_2010\\_Entire\\_Manual\\_UPDATE\\_31212.pdf](https://peabody.vanderbilt.edu/docs/pdf/cepi/ptpb_2nd_ed/PTPB_2010_Entire_Manual_UPDATE_31212.pdf)
- Bickman, L., Kelley, S. D., & Athay, M. (2012). The technology of measurement feedback systems. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*, 274–284. <https://doi.org/10.1037/a0031022>
- Bickman, L., Kelley, S. D., Breda, C., de Andrade, A. R., & Riemer, M. (2011). Effects of routine feedback to clinicians on mental health outcomes of youths: Results of a randomized trial. *Psychiatric Services, 62*, 1423–1429. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.002052011>
- Boyce, M. B., & Browne, J. P. (2013). Does providing feedback on patient-reported outcomes to healthcare professionals result in better outcomes for patients? A systematic review. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 22*, 2265–2278. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0390-0>
- Budge, S. L., Owen, J. J., Kopta, S. M., Minami, T., Hanson, M. R., & Hirsch, G. (2013). Differences among trainees in client outcomes associated with the phase model of change. *Psychotherapy, 50*, 150–157. <https://doi.org/10.1037/a0029565>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2007). *Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* (Report). [https://www.bptk.de/uploads/media/20060117\\_musterberufsordnung.pdf](https://www.bptk.de/uploads/media/20060117_musterberufsordnung.pdf)
- Carlier, I. V. E., Meuldijk, D., Van Vliet, I. M., Van Fenema, E., Van der Wee, N. J. A., & Zitman, F. G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: Evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 18*, 104–110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01543.x>

## Studienprotokoll OPTIE

- Davidson, K., Perry, A., & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 21–37. <https://doi.org/10.1111/papt.12032>
- Döpfner, M., Berner, W., Flechtner, H., Lehmkühl, G., & Steinhausen, H.-C. (1999). *Psychopathologisches Befund-System für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D): Befundbogen, Glossar und Explorationsleitfaden*. Hogrefe. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdx&AN=0123709&site=ehost-live>
- Döpfner, M., Breuer, D., & Rodenacker, K. (im Druck). *Fragebogen zum Problem-Monitoring bei Kindern und Jugendlichen: Deutsche Fassungen des Brief Problem Monitor (BPM) von Thomas M. Achenbach - Manual für die Fassungen für Eltern und Lehrer von Kindern und Jugendlichen von 6 bis 18 Jahren und für Jugendliche von 11 bis 18 Jahren*. Hogrefe.
- Döpfner, M., & Görtz-Dorten, A. (2017). *Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-5 für Kinder- und Jugendliche (DISYPS-III)*. Huber.
- Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach: Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)*. Hogrefe.
- Döpfner, M., & Steinhausen, H.-C. (2012). *KIDS 3 – Störungsübergreifende Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Hogrefe.
- Duncan, B. L., & Reese, R. J. (2013). Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. In G. Stricker, T. A. Widiger, I. B. Weiner, G. Stricker, T. A. Widiger & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology, vol. 8: Clinical psychology (2nd ed.)* (pp. 489–513). John Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., Andersson, G., Araya, R., Banos Rivera, R. M., Barkham, M., Berking, M., Berger, T., Botella, C., Carlbring, P., Colom, F., Essau, C., Hermans, D., Hofmann, S. G., Knappe, S., ... Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(Suppl. 1), 58–91. <https://doi.org/10.1002/mpr.1411>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J. K., & Ramtahal, N. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 1108–1122. <https://doi.org/10.1037/ccp0000044>
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 325–343. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0710-5>

## Studienprotokoll OPTIE

- Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2008). *Compliance-Fragebogen* [Unveröffentlichtes Manuskript], Universität zu Köln, Köln.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology – revised*. U.S. Department of Health, Education, Welfare.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 155–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H. B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 25–32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist, 51*, 1059–1064. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>
- Ionita, G., & Fitzpatrick, M. (2014). Bringing science to clinical practice: A Canadian survey of psychological practice and usage of progress monitoring measures. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 55*, 187–196. <https://doi.org/10.1037/a0037355>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12>
- Kelley, S. D., & Bickman, L. (2009). Beyond outcomes monitoring: Measurement feedback systems in child and adolescent clinical practice. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 363–368. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9162>
- KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Pabst.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T., & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 15–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053967>
- Kopta, M., Owen, J., & Budge, S. (2015). Measuring psychotherapy outcomes with the Behavioral Health Measure–20: Efficient and comprehensive. *Psychotherapy, 52*, 442–448. <https://doi.org/10.1037/pst0000035>
- Krägeloh, C. U., Czuba, K. J., Billington, D. R., Kersten, P., & Siegert, R. J. (2015). Using feedback from patient-reported outcome measures in mental health services: A scoping study and typology. *Psychiatric Services, 66*, 224–241. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400141>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). John Wiley.



## Studienprotokoll OPTIE

- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 159–172. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.159>
- Lester, M. C. (2012). *The effectiveness of client feedback measures with adolescents in an acute psychiatric inpatient setting* (Thesis).
- Lueger, R. J., & Barkham, M. (2010). Using benchmarks and benchmarking to improve quality of practice and services. In M. Barkham, G. E. Hardy, J. Mellor-Clark, M. Barkham, G. E. Hardy & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. (pp. 223–256). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9780470687994.ch9>
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research, 25*, 625–632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Marshall, S., Haywood, K., & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: A structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 12*, 559–568. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x>
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (1999). *Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)*. Hogrefe.
- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*, 216–236. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- Overington, L., & Ionita, G. (2012). Progress monitoring measures: A brief guide. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 53*, 82–92. <https://doi.org/10.1037/a0028017>
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (2nd). Sage.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Huber. <https://books.google.de/books?id=4R9-SwAACAAJ>
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 53*, 252–266. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(92\)90064-E](https://doi.org/10.1016/0749-5978(92)90064-E)
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research, 22*, 638–647. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.698918>
- Spengler, P. M., & Pilipis, L. A. (2015). A comprehensive meta-reanalysis of the robustness of the experience-accuracy effect in clinical judgment. *Journal of Counseling Psychology, 62*, 360–378. <https://doi.org/10.1037/cou0000065>

*Studienprotokoll OPTIE*

- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, *69*, 218–229. <https://doi.org/10.1037/a0035099>
- van Sonsbeek, M. A., Hutschemaekers, G. G., Veerman, J. W., & Tiemens, B. B. (2014). Effective components of feedback from Routine Outcome Monitoring (ROM) in youth mental health care: study protocol of a three-arm parallel-group randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *14*, 3. <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-3>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, *110*, 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 144–155. <https://doi.org/10.1037/a0018544>
- White, M. M., Lambert, M. J., Ogles, B. M., McLaughlin, S. B., Bailey, R. J., & Tingey, K. M. (2015). Using the Assessment for Signal Clients as a feedback tool for reducing treatment failure. *Psychotherapy Research*, *25*, 724–734. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1009862>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*, 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>



## Rückmeldebericht XXXXXXXX

Name Kind	Geschlecht Kind	Geb.-Datum Kind	Alter Kind
XXXXXXXXXXXXX	<input type="checkbox"/> Junge <input checked="" type="checkbox"/> Mädchen		14.2 Jahre
Beurteilerperspektiven	Name Bezugsperson	Beziehung Bezugsperson	Datum
<input checked="" type="checkbox"/> Kind (ab 11 Jahren)	XXXXXXXXXXXXX	leiblicher Vater	04.01.21
<input checked="" type="checkbox"/> Bezugsperson	Name Therapeut/in	Name Supervisor/in	Bericht-Nr.
<input checked="" type="checkbox"/> Therapeut/in	XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	6/9

### Inhalt

<b>Hinweise</b>	<b>2</b>
<b>Verlaufsbeurteilung Jugendliche/r</b>	<b>3</b>
Symptomatik	3
Therapiemotivation	3
Therapiebeziehung	3
Therapiewirksamkeit	3
Ind. Therapieziele	3
<b>Verlaufsbeurteilung Eltern</b>	<b>4</b>
Symptomatik	4
Therapiemotivation	4
Therapiebeziehung	4
Therapiewirksamkeit	4
Ind. Therapieziele	4
<b>Verlaufsbeurteilung Therapeut/in</b>	<b>5</b>
Therapiebeziehung	5
Therapiecompliance	5
<b>Anhang</b>	<b>6</b>
<b>A. Aktuelle Befragungsergebnisse (Nr. 6 vom 23.12.2020)</b>	<b>6</b>
A.1. Urteil Jugendliche/r	6
A.2. Urteil Eltern	9
A.3. Urteil Therapeut/in	12

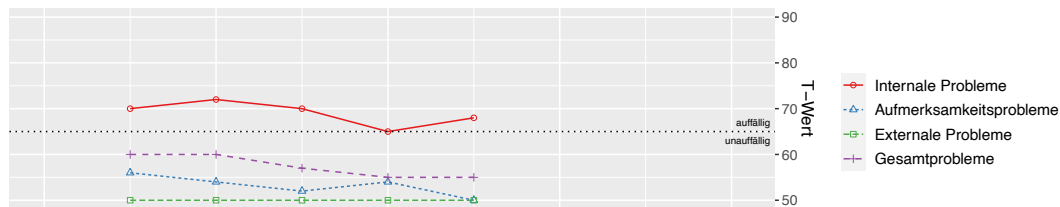
## Hinweise

### Anweisungen – Supervision

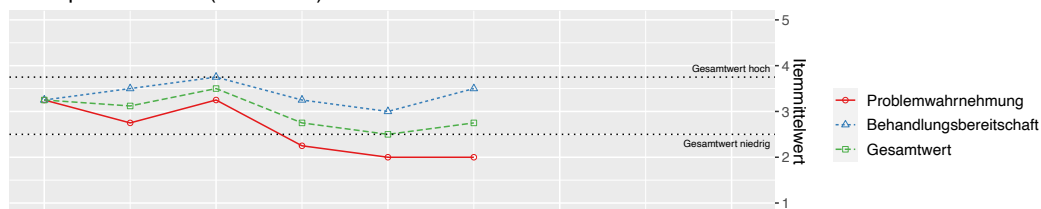
- Bitte besprechen Sie mit dem nächsten Rückmeldebericht (Nr. 7) die bisherigen Verlaufsbeurteilungen mit Ihrem/r Supervisor/in. Bitte vereinbaren Sie hierzu einen entsprechenden Termin (vierte halbe projektfinanzierte Einzelsupervision).
- Zur Abstimmung und weiteren Therapieplanung erhält der/die zuständige Supervisor/in eine Kopie dieses Berichts.

## Verlaufsbeurteilung Jugendliche/r

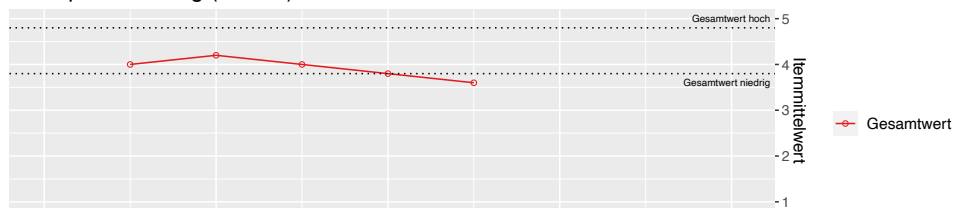
### Symptomatik (BPM-Y/11-18)



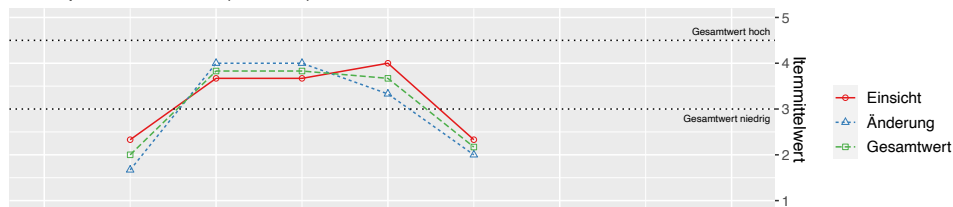
### Therapiemotivation (KJBMS-J)



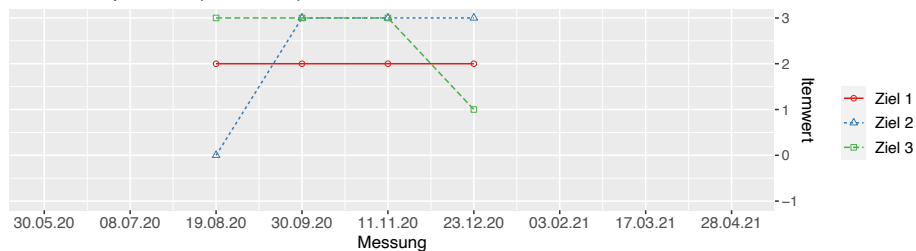
### Therapiebeziehung (TBS-J)



### Therapiewirksamkeit (TWS-J)



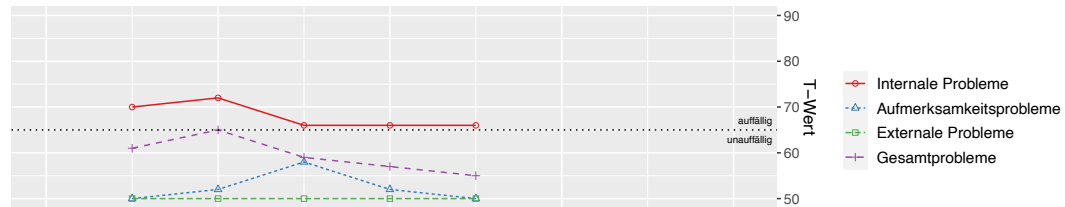
### Ind. Therapieziele (ZIEBO-J)



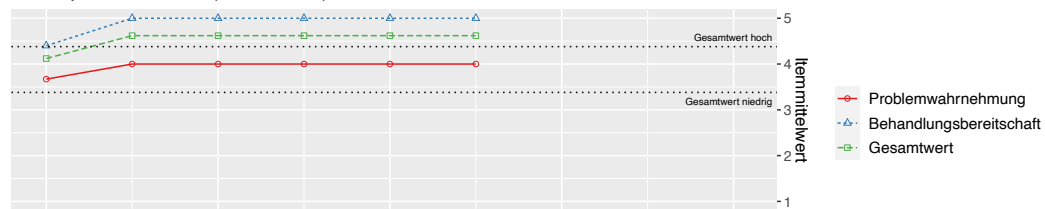
Nr.	Individuelles Ziel
1	Meinung (Kritik) frei äußern können
2	Vor anderen essen
3	Den Zwang stabilisieren

## Verlaufsbeurteilung Eltern

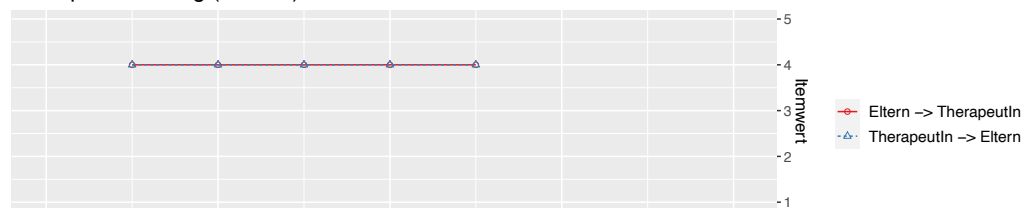
### Symptomatik (BPM-P/6-18)



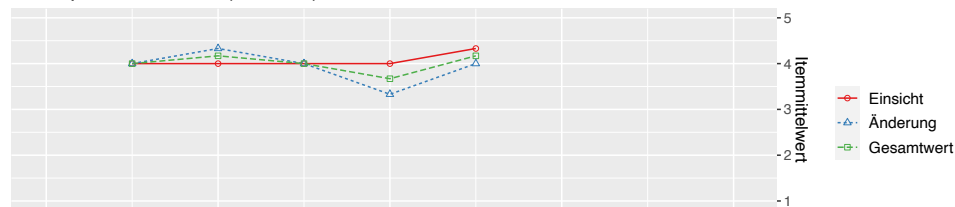
### Therapiemotivation (KJBMS-E)



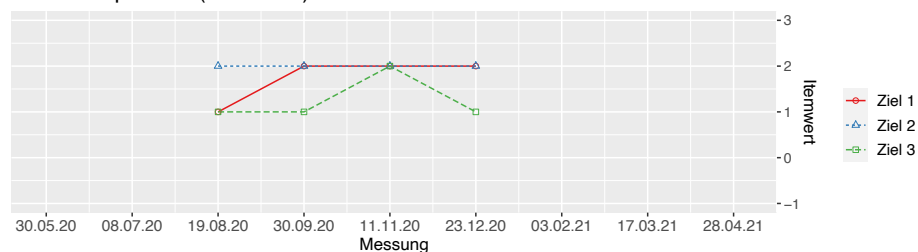
### Therapiebeziehung (TBS-E)



### Therapiewirksamkeit (TWS-E)



### Ind. Therapieziele (ZIEBO-E)

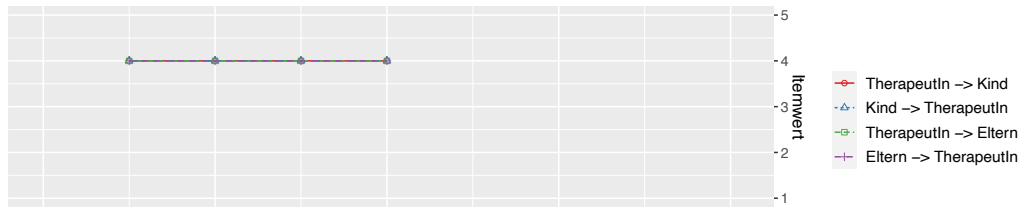


#### Nr. Individuelles Ziel

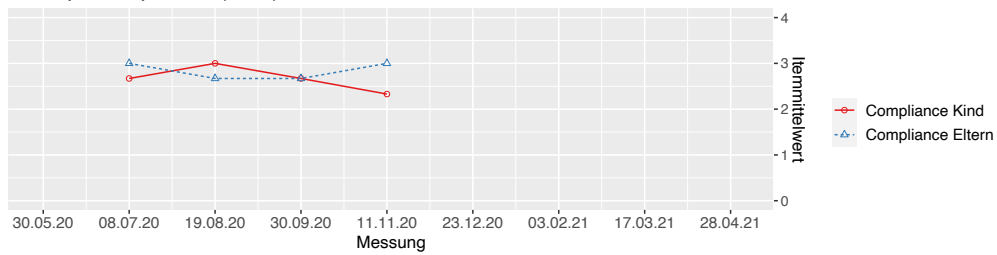
- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 1 | Genussvolles/Angstfreies Essen      |
| 2 | Sich im Unterricht trauen zu melden |
| 3 | Sich ihrer Stärken bewusst sein     |

## Verlaufsbeurteilung Therapeut/in

### Therapiebeziehung (TBS-T)



### Therapiecompliance (CFB)



# Anhang

## A. Aktuelle Befragungsergebnisse (Nr. 6 vom 23.12.2020)

### A.1. Urteil Jugendliche/r

#### Symptomatik –

#### Kurzfragebogen für Jugendliche zu Problemen (BPM-Y/11-18)

	0 = Nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = Etwas zutreffend	2 = Genau zutreffend
Nr. Inhalt	0	1	2
<b>Internale Probleme</b>			
9 Ich fühle mich wertlos oder unterlegen.			■
11 Ich bin zu furchtsam oder ängstlich.			■
12 Ich habe zu starke Schuldgefühle.			■
13 Ich bin befangen oder werde leicht verlegen.			■
18 Ich bin unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.			■
19 Ich mache mir viele Sorgen.			■
<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>			
1 Ich verhalte mich zu jung für mein Alter.			■
3 Ich bringe angefangene Aufgaben nicht zu Ende.			■
4 Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren oder länger aufzupassen.			■
5 Ich kann nicht lange stillsitzen.			■
10 Ich tue etwas ohne zu überlegen.			■
14 Ich bin unaufmerksam oder leicht ablenkbar.			■
<b>Externale Probleme</b>			
2 Ich streite häufig oder widerspreche.			■
6 Ich zerstöre Sachen, die anderen gehören.			■
7 Ich gehorche meinen Eltern nicht.			■
8 Ich gehorche in der Schule nicht.			■
15 Ich bin eigensinnig, dickköpfig.			■
16 Ich gerate leicht in Zorn, habe ein hitziges Temperament.			■
17 Ich habe anderen gedroht, sie zu verletzen.			■

#### Therapiemotivation –

#### Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala für Jugendliche (KJBMS-J)

	1 = Stimme gar nicht zu	2 = Stimme eher nicht zu	3 = Weder noch	4 = Stimme eher zu	5 = Stimme voll zu
Nr. Inhalt	1	2	3	4	5
<b>Problemwahrnehmung</b>					
1 Mein Verhalten führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit meinen Freunden oder woanders.					■
2 Durch mein Verhalten mache ich mir mein Leben schwerer.					■
3 Manche meiner Gefühle stören mich wirklich.					■
8 Durch meine Gefühle habe ich Probleme zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder woanders.					■
<b>Behandlungsbereitschaft</b>					
4 Ich möchte Hilfe, um meine aktuellen Probleme zu lösen.					■
5 Eine Therapie zu machen, ist eine gute Idee.					■
6 Wenn ich weiterhin zur Therapie gehe, wird mein Leben besser werden.					■
7 Ich mache eine Therapie, weil ich das möchte.					■



### Therapiebeziehung – Therapiebeziehungsskala für Jugendliche (TBS-J)

	1 = nicht zutreffend	2 = nur ein bisschen	3 = etwas	4 = ziemlich	5 = vollkommen
Nr. Inhalt					
<b>Gesamtwert</b>					
1 Sind die Sitzungen so gelaufen, wie du es wolltest?					3
2 Hast du die Sachen verstanden, die dein/e TherapeutIn in den Sitzungen gesagt hat?				4	
3 Hast du mit deinem/r TherapeutIn in den Sitzungen gemeinsam an Problemen gearbeitet?			3		
4 Hattest du in den Sitzungen das Gefühl, dass dein/e TherapeutIn zu dir steht, egal wie du dich verhalten hast?				4	
5 Hattest du in den Sitzungen das Gefühl, dein/e TherapeutIn hat verstanden, wie du dich fühlst?				4	

### Therapiewirksamkeit – Therapiewirkungsskala für Jugendliche (TWS-J)

	1 = nicht zutreffend	2 = nur ein bisschen	3 = etwas	4 = ziemlich	5 = vollkommen
Nr. Inhalt					
<b>Einsicht</b>					
1 Ich verstehe meine Gefühle jetzt besser.					3
2 Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit meinen Problemen umgehen kann.				2	
3 Ich verstehe jetzt besser, was meine Stärken sind.					4
<b>Änderung</b>					
4 Nach den Sitzungen habe ich etwas ausprobiert, was mein/e TherapeutIn vorgeschlagen hat. (*Wenn dein/e TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, gebe bitte 1 nicht zutreffend an.)				2	
5 Nach den Sitzungen habe ich etwas regelmäßig so gemacht, wie ich es in der Therapie gelernt habe. (*Wenn du nichts gelernt hast, gebe bitte 1 nicht zutreffend an.)				3	
6 Nach den Sitzungen habe ich mein Verhalten zu Hause verbessert.					3

### Ind. Therapieziele – Therapiezielbogen für Jugendliche (ZIEBO-J)

**Ziel 1:** Meinung (Kritik) frei äußern können

<b>+3 erheblich verbessert</b> Hanna kann ihre Meinung immer vor ihren Klassenkameraden frei äußern.					
<b>+2 deutlich verbessert</b> Hanna kann ihre Meinung manchmal vor ihren Klassenkameraden frei äußern.					4
<b>+1 etwas verbessert</b> Hanna kann ihre Meinung vor ihrer Therapeutin frei äußern.					
<b>0 unverändert</b> Hanna kann ihre Meinung vor ihren Eltern frei äußern.					
<b>-1 verschlechtert</b> Hanna kann ihre Meinung vor niemandem frei äußern.					

---

**Ziel 2:** Vor anderen essen**+3 erheblich verbessert**

Hanna isst Brot mit Butter/Schmieriges vor Klassenkameraden.

**+2 deutlich verbessert**

Hanna isst Snacks vor Klassenkameraden.

**+1 etwas verbessert**

Hanna isst alles vor ihren engen Freunden.

**0 unverändert**

Hanna isst alles vor ihrer Familie.

**-1 verschlechtert**

Hanna isst nur noch alleine.

---

**Ziel 3:** Den Zwang stabilisieren**+3 erheblich verbessert**

Hanna hat keine Zwänge.

**+2 deutlich verbessert**

Hanna hat fast keine Zwänge.

**+1 etwas verbessert**

Hanna hat kaum Zwänge.

**0 unverändert**

Hanna hat wenig Zwänge.

**-1 verschlechtert**

Hanna hat wieder mehr Zwänge.

## A.2. Urteil Eltern

### Symptomatik –

#### Kurzfragebogen für Eltern zu Problemen von Kindern und Jugendlichen (BPM-P/6-18)

		0 = nicht zutreffend (soweit bekannt)	1 = etwas zutreffend	2 = genau zutreffend
Nr.	Inhalt	0	1	2
<b>Internale Probleme</b>				
9	Fühlt sich wertlos oder unterlegen.			
11	Ist zu furchtsam oder ängstlich.			
12	Hat zu starke Schuldgefühle.			
13	Ist befangen oder wird leicht verlegen.			
18	Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.			
19	Macht sich zu viel Sorgen.			
<b>Aufmerksamkeitsprobleme</b>				
1	Verhält sich zu jung für sein/ ihr Alter.			
3	Bringt angefangene Aufgaben nicht zu Ende.			
4	Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen.			
5	Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv.			
10	Ist impulsiv oder handelt ohne zu überlegen.			
14	Ist unaufmerksam oder leicht ablenkbar.			
<b>Externale Probleme</b>				
2	Streitet oder widerspricht viel.			
6	Zerstört Sachen, die Familienmitgliedern oder anderen gehören.			
7	Gehorcht nicht zu Hause.			
8	Gehorcht nicht in der Schule.			
15	Ist störrisch, mürrisch oder reizbar.			
16	Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament.			
17	Bedroht andere.			

### Therapiemotivation –

#### Kinder- und Jugendlichenbehandlungsmotivationskala für Eltern (KJBMS-E)

		1 = Stimme gar nicht zu	2 = Stimme eher nicht zu	3 = Weder noch	4 = Stimme eher zu	5 = Stimme voll zu
Nr.	Inhalt	1	2	3	4	5
<b>Problemwahrnehmung</b>						
1	Das Verhalten meines Kindes führt zu Problemen zu Hause, in der Schule, mit Freunden oder woanders.					
2	Das Verhalten meines Kindes macht mein Leben schwerer.					
3	Die Art, wie mein Kind über sich denkt, macht mir Sorgen.					
<b>Behandlungsbereitschaft</b>						
4	Ich bin bereit, in meinem Leben Einiges zu verändern, damit es meinem Kind wieder besser geht.					
5	Ich möchte Hilfe, um die Probleme meines Kindes zu lösen.					
6	Wegen der Probleme meines Kindes erscheint mir eine Therapie eine gute Idee zu sein.					
7	Meine Teilnahme an der Therapie ist wichtig, damit es meinem Kind wieder besser geht.					
8	Es ist meine Entscheidung, dass mein Kind eine Therapie bekommt.					

**Therapiebeziehung –  
Therapiebeziehungsskala für Eltern (TBS-E)**

	1 = sehr schlecht	2 = schlecht	3 = zufriedenstellend	4 = gut	5 = exzellent
Nr.	Inhalt				
			1	2	3
			4	5	
<b>Eltern -&gt; TherapeutIn</b>					
1	Wie würden Sie Ihre Beziehung zu ihrem/r TherapeutIn in den Sitzungen bewerten?				
<b>TherapeutIn -&gt; Eltern</b>					
2	Was denken Sie, wie ihr/e TherapeutIn die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?				

**Therapiewirksamkeit –  
Therapiewirkungsskala für Eltern (TWS-E)**

	1 = nicht zutreffend	2 = nur ein bisschen	3 = etwas	4 = ziemlich	5 = vollkommen
Nr.	Inhalt				
			1	2	3
			4	5	
<b>Einsicht</b>					
1	Ich verstehe die Gefühle meines Kindes jetzt besser.				
2	Ich kann mir jetzt besser vorstellen, wie ich mit den Problemen meines Kindes umgehen kann.				
3	Ich verstehe jetzt besser, was die Stärken meines Kindes sind.				
<b>Änderung</b>					
4	Nach den Sitzungen habe ich etwas ausprobiert, was unsere TherapeutIn vorgeschlagen hat. (*Wenn der/die TherapeutIn nichts vorgeschlagen hat, geben Sie bitte 1 nicht zutreffend an.)				
5	Nach den Sitzungen habe ich etwas regelmäßig so gemacht, wie ich es in der Therapie gelernt habe. (*Wenn Sie nichts gelernt haben, geben Sie bitte 1 nicht zutreffend an.)				
6	Nach den Sitzungen habe ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind verbessert.				

**Ind. Therapieziele –  
Therapiezielbogen für Eltern (ZIEBO-E)**

**Ziel 1:** Genussvolles/Angstfreies Essen

**+3 erheblich verbessert**

Hanna nimmt selbstständig von allen Komponenten und ohne zu zögern einen Nachschlag.

**+2 deutlich verbessert**

Nach Ansage von uns nimmt Hanna von allen Komponenten einen Nachschlag.

**+1 etwas verbessert**

Hanna nimm einen Nachschlag vom 'gesunden' Essen.

**0 unverändert**

Hanna isst 'gesunde' Mahlzeiten bei Hunger.

**-1 verschlechtert**

Hanna lässt Mahlzeiten aus.

**Ziel 2:** Sich im Unterricht trauen zu melden**+3 erheblich verbessert**

Hanna meldet sich, ohne sich Gedanken zu machen.

**+2 deutlich verbessert**

Hanna meldet sich, wenn sie unsicher ist.

**+1 etwas verbessert**

Hanna meldet sich, wenn sie 80 Prozent sicher ist.

**0 unverändert**

Hanna meldet sich, wenn sie 100 Prozent sicher ist.

**-1 verschlechtert**

Hanna meldet sich gar nicht.

**Ziel 3:** Sich ihrer Stärken bewusst sein**+3 erheblich verbessert**

Hanna kann jederzeit selbstständig Stärken von sich benennen.

**+2 deutlich verbessert**

Hanna kann Stärken benennen, wenn sie danach gefragt wird.

**+1 etwas verbessert**

Hanna kann Stärken benennen, wenn wir ihr diese vorsagen.

**0 unverändert**

Hanna kann keine eigenen Stärken benennen.

**-1 verschlechtert**

Hanna benennt nur Schwächen.

### A.3. Urteil Therapeut/in

#### Therapiebeziehung – Therapiebeziehungsskala für Therapeuten (TBS-T)

	1 = sehr schlecht	2 = schlecht	3 = zufriedenstellend	4 = gut	5 = exzellent
Nr.	Inhalt				1 2 3 4 5
<b>TherapeutIn -&gt; Kind</b>					
1	Wie würden Sie Ihre Beziehung zum/r PatientIn in den Sitzungen beschreiben?				
<b>Kind -&gt; TherapeutIn</b>					
2	Was denken Sie, wie ihr/e PatientIn die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?				
<b>TherapeutIn -&gt; Eltern</b>					
3	Wie würden Sie Ihre Beziehung zur Bezugsperson in den Sitzungen beschreiben?				
<b>Eltern -&gt; TherapeutIn</b>					
4	Was denken Sie, wie die Bezugsperson die Beziehung zu Ihnen in den Sitzungen einschätzen wird?				

#### Therapiecompliance – Compliancefragebogen für Therapeuten (CFB)

	0 = gar nicht	1 = ein wenig	2 = weitgehend	3 = besonders	9 = nicht aufgefordert
Nr.	Inhalt				0 1 2 3 9
<b>Compliance Kind</b>					
1	Der/die PatientIn hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.				
2	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen zugehört.				
3	Der/die PatientIn hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).				
<b>Compliance Eltern</b>					
4	Die Bezugsperson hat die Therapieaufgabe(n) gemacht.				
5	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen Fragen beantwortet und gestellt.				
6	Die Bezugsperson hat in den Sitzungen aktiv mitgearbeitet (z. B. Arbeitsblätter, Übungen).				