

# Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen (PsychU)



## Abschlussbericht

an das **Bundesministerium für Gesundheit**

Hamburg, 31.12.2022

Svenja Mertens<sup>1</sup>, Hannah Schmidt<sup>2</sup>, Ingo Menrath<sup>2</sup>, Kaja Kristensen<sup>3</sup>, Stefanie Witt<sup>3</sup>, Julia Quitmann<sup>3</sup>, Silke Pawils<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Lübeck), Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

<sup>3</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie, Arbeitsgruppe Lebensqualität

# 1 Titel und Verantwortliche

## Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen (PsychU)

Projektlaufzeit:	01.01.2020 – 31.12.2022
Förderkennzeichen:	ZMVI1-2518KIG003
Fördersumme:	442.657 €
Projektleitung:	PD Dr. Silke Pawils
Projektmitarbeitende:	M.Sc. Svenja Mertens, M.Sc. Hannah Schmidt, PD Dr. Ingo Menrath, M.Sc. Kaja Kristensen, Dr. Stefanie Witt, PD Dr. Julia Quitmann
Kontakt:	PD Dr. Silke Pawils Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) Institut für Medizinische Psychologie Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter Martinistrasse 52 20246 Hamburg Tel.: 040-74105-3995 Fax: 040-74105-4940 Email: s.pawils@uke.de

# Inhaltsverzeichnis

1	Titel und Verantwortliche .....	2
2	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	5
3	Zusammenfassung.....	6
4	Einleitung.....	7
4.1	Ziele .....	9
5	Erhebungs- und Auswertungsmethodik.....	11
5.1	Machbarkeitsstudie.....	11
5.1.1	Studiendesign .....	11
5.1.2	Rekrutierung der Kinder- und Jugendarztpraxen .....	11
5.1.3	Beschreibung des Studienablaufs in der Kinder- und Jugendarztpraxis .....	12
5.1.4	Outcome-Parameter.....	13
5.1.5	Beschreibung der Datenerhebungsinstrumente .....	14
5.2	Instrumentenprüfung.....	19
5.2.1	Studiendesign .....	19
5.2.2	Stichprobenrekrutierung .....	20
5.2.3	Beschreibung der eingesetzten Instrumente .....	21
5.3	Qualitätssicherung.....	22
5.4	Ethik.....	23
5.5	Statistische Analysen .....	23
6	Durchführung, Arbeits- und Zeitplan .....	25
7	Ergebnisse.....	26
7.1	Psychodiagnostisches Screening in der U-Untersuchung (Machbarkeitsstudie) .....	26
7.1.1	Beschreibung der Kinder- und Jugendarztpraxen .....	26
7.1.2	Beschreibung der Familien .....	28
7.1.3	Outcome-Parameter „Akzeptanz“ .....	34
7.1.4	Outcome-Parameter „Praktikabilität“ .....	38
7.1.5	Outcome-Parameter „Nutzen und Relevanz“ .....	39

7.1.6	Outcomeparameter „Wirkung“ .....	40
7.1.7	Vergleichende Bewertung von MEF und SDQ .....	42
7.1.8	Voraussetzungen zur Implementierung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten .....	44
7.2	Instrumentenprüfung .....	44
7.2.1	Stichprobenbeschreibung .....	44
7.2.2	Konstruktvalidität .....	46
	Psychometrische Kennwerte .....	48
7.2.3	Inhaltsvalidität .....	50
7.2.4	Rückmeldung zum MEF seitens Eltern und Ärztinnen und Ärzten .....	51
8	Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung .....	56
8.1	Mehrwert einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten .....	56
8.2	Vergleich der MEF- und SDQ-Bedingung gegenüber TAU .....	57
8.3	Instrumentenprüfung (MEF) .....	58
8.4	Empfehlungen hinsichtlich einer möglichen Implementierung .....	59
8.5	Limitationen und Stärken der PsychU-Studie .....	60
8.6	Fazit und Ausblick .....	61
9	Gender Aspekte .....	62
10	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	62
10.1	Kongresse und Vorträge .....	62
10.2	Geplante Publikationen .....	62
10.3	Studentische Abschlussarbeiten .....	62
11	Verwertung der Projektergebnisse .....	63
12	Danksagung .....	63
13	Literatur .....	64
	Anhang .....	i

## 2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1</b> Ablauf der PsychU-Machbarkeitsstudie .....	13
<b>Abbildung 2</b> Einteilung der Stichprobe mithilfe der CBCL 1½-5 .....	47
<b>Tabelle 1</b> Überblick über Outcome-Parameter und verwendete Datenerhebungsinstrumente bewertet durch Praxen (P) oder Eltern (E) .....	19
<b>Tabelle 2</b> Überblick über Stichproben und die überprüften Merkmale des MEF.....	22
<b>Tabelle 3</b> Merkmale der teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen (N = 19) .....	26
<b>Tabelle 4</b> Beschreibung der Familien in der Kinder- und Jugendarztpraxis (N = 3,138) .....	29
<b>Tabelle 5</b> Elternberichtete psychische Auffälligkeiten (SDQ) (N = 1,151).....	30
<b>Tabelle 6</b> Bejahte Items Hauptstudie Bedingung MEF U7a .....	31
<b>Tabelle 7</b> Bejahte Items Hauptstudie Bedingung MEF U8 & U9 .....	32
<b>Tabelle 8</b> Wahrgenommene Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit von SDQ und MEF aus Sicht von Eltern in der Interventionsgruppe (N = 2,197) .....	34
<b>Tabelle 9</b> Erfassung psychischer Auffälligkeiten und Versorgungsprozesse aus Sicht von Eltern (N = 357) .....	36
<b>Tabelle 10</b> Angaben der Eltern aus dem Freitextfeld (N = 127) .....	37
<b>Tabelle 11</b> Ärztliche Maßnahmen (N = 3,138) .....	41
<b>Tabelle 12</b> Angaben zu weiteren ärztlichen Maßnahmen aus dem Freitextfeld (N = 137) <sup>1</sup> .....	42
<b>Tabelle 13</b> Vergleichende Bewertung der strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten durch Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten (n = 14).....	43
<b>Tabelle 14</b> Darstellung der soziodemographischen Merkmale der Stichprobe (N = 369) .....	45
<b>Tabelle 15</b> Häufigkeiten der Zustimmung zu MEF-Items in absoluten Zahlen und Prozenten.....	46
<b>Tabelle 16</b> Normvergleich der CBCL 1½-5 Syndromskalen durch Einstichproben t-Test .....	48
<b>Tabelle 17</b> Anteil der Zustimmung zur Baseline und Test-Retest Erhebung und ICC's (N = 222) .....	49
<b>Tabelle 18</b> Ergebnisse des Cognitive Debriefings zum MEF .....	51
<b>Tabelle 19</b> Verbesserungsvorschläge zum MEF aus Sicht von Eltern und Ärztinnen und Ärzten .....	54

### 3 Zusammenfassung

**Hintergrund:** In der Kinder- und Jugendmedizin spielen Neue Morbiditäten, zu denen auch psychische Auffälligkeiten zählen, eine zunehmend bedeutsame Rolle. Ziel der Machbarkeitsstudie „Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen“ (PsychU) war, zu prüfen, welchen Mehrwert eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U7a bis U9 gegenüber der Routinebehandlung (treatment as usual; TAU) bietet und welches Verfahren in U-Untersuchungen geeignet ist. In der Nebenstudie (Instrumentenprüfung) sollten psychometrische Kennwerte und die Inhaltsvalidität des Mannheimer Elternfragebogens (MEF) überprüft werden. **Methoden:** In der Machbarkeitsstudie wurde eine zweiarmige Interventionsgruppe (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ vs. Mannheimer Elternfragebogen, MEF) mit einer Kontrollgruppe (TAU) verglichen. Die clusterrandomisierte Gruppenzuordnung der 19 teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen erfolgte auf Praxisebene, wobei die beiden Bedingungen SDQ und MEF in der Interventionsgruppe nach der Hälfte der Erhebungszeit im Cross-Over-Design getauscht wurden. In der Interventionsgruppe bearbeiteten teilnahmebereite Eltern in der Wartezeit der U7a-, U8- und U9-Vorsorgeuntersuchung per Tablet soziodemographische Fragen und einen strukturierten Fragebogen zu psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder (MEF bzw. SDQ). Das Ergebnis wurde in der U-Untersuchung mit den Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen besprochen, die bei Bedarf weitere Maßnahmen zur vertiefenden Psychodiagnostik/-behandlung empfehlen konnten. In der TAU-Bedingung wurden nur soziodemographische Daten und ärztlich empfohlene Maßnahmen erhoben. Die Endpunkte waren Akzeptanz, Praktikabilität, Nutzen und Relevanz sowie die Wirkung der beiden Fragebögen im Vergleich zu TAU. Diese wurden durch die Teilnahmerate, Tabletbefragungen und vertiefende Eltern-Telefoninterviews, Fokusgruppen mit den Praxisteams sowie die ärztliche Weiterleitungsrate erfasst. In der Instrumentenprüfung wurden die interne Konsistenz sowie die Faktorenstruktur des MEF (Version U7a) anhand einer in 81 Kindertagesstätten rekrutierten Elternstichprobe überprüft. Zudem fanden Fokusgruppen mit Eltern von Klein- und Vorschulkindern (n = 16) und Einzelinterviews mit Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen aus der Machbarkeitsstudie (n = 19) zur Prüfung der Inhaltsvalidität statt. **Ergebnisse:** An der Machbarkeitsstudie nahmen 3,138 der 3,624 angesprochenen Eltern teil (Teilnehmerrate: 86,6 %). In den Eltern-Telefoninterviews (n = 348) wiesen beide Verfahren gleichermaßen eine hohe Akzeptanz auf. Die Fokusgruppeninterviews mit den Praxisteams (n = 19) zeigten, dass eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung praktikabel erscheint. Sowohl die Eltern in den Telefoninterviews als auch die Praxisteams in den Fokusgruppen schätzen eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten mehrheitlich als relevant ein. Hinsichtlich der Wirkung zeigte sich in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe eine höhere ärztliche Weiterleitungsrate; dennoch sind für eine dauerhafte Implementierung aus Sicht der Praxisteams strukturelle Veränderungen notwendig. Diese betreffen das Gesundheitssystem (z.B. Vergütung des Mehraufwands), die Praxen (z.B. Möglichkeiten zur digitalen Erhebung) und die Patienten sowie Patientinnen (z.B. Maßnahmen für Familien mit Sprachbarrieren). In der Instrumentenprüfung des MEF ein deutlicher Modifikationsbedarf identifiziert. **Diskussion:** Eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde durch die Beteiligten als sinnvoll eingeschätzt; dabei sind jedoch strukturelle Veränderungen notwendig. Derzeit kann der bereits ausreichend validierte SDQ in tablet-basierter Form empfohlen werden. Eine Modifikation und Adaption des MEF auf Basis der Ergebnisse der Instrumentenprüfung wäre wünschenswert.

## 4 Einleitung

### **Neue Morbiditäten in der Kinder- und Jugendmedizin**

Die Kinder- und Jugendmedizin ist zunehmend mit sogenannten Neuen Morbiditäten konfrontiert. Hierzu zählen insbesondere psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen. Nach Angaben des Zusatzmoduls zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA; Klasen et al., 2017) im Rahmen der zweiten Welle des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) weisen etwa 10,6 % der Vorschulkinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren psychische Auffälligkeiten auf. Hierbei wurden psychische Auffälligkeiten als Elternberichte mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) erfasst. Grundsätzlich gehen psychische Auffälligkeiten mit einem hohen Risiko für individuelle, familiäre und gesellschaftliche Belastungen einher und können Entwicklungspfade maßgeblich ungünstig beeinflussen (Holz et al., 2021). Aufgrund der hohen Persistenz bis in das Erwachsenenalter ist die Früherkennung und die bedarfsgerechte Einleitung von weiterführenden Diagnostik- oder Behandlungsmaßnahmen daher von besonderer Bedeutung (Holz et al., 2021). Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen stellen aufgrund ihrer hohen gesellschaftlichen Akzeptanz und der oft jahrelangen Betreuung der Kinder und Jugendlichen grundsätzlich einen guten Zugang zu Familien dar. Sie führen die bewährten Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen) durch, die mehrheitlich in Anspruch genommen werden oder bereits in einzelnen Bundesländern gesetzlich verpflichtend sind. Der zweiten Welle der KiGGS-Studie zufolge liegt die Teilnahmequote bis zur U9-Untersuchung bei über 95% (Schmidtke et al., 2018).

### **U-Untersuchungen**

Die U-Untersuchungen beinhalten eine Bewertung individueller gesundheitlicher Risiken und eine darauf abgestimmte Beratung der Eltern (Schmidtke et al., 2018). Dies ist wichtig, um mögliche Gefährdungen für die körperliche oder psychosoziale Entwicklung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (2022) betont in seinen Richtlinien zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern neben den somatischen Erkrankungen auch die Bedeutsamkeit der frühzeitigen Erkennung von Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten. Dennoch werden insbesondere Verhaltensauffälligkeiten in der U-Untersuchung häufig nicht ausreichend erkannt und im Gelben Untersuchungsheft dokumentiert (Weithase et al., 2017). Mögliche Gründe (z.B. begrenzte zeitliche Ressourcen; unzureichende Evaluation von strukturierten Verfahren im Kontext von U-Untersuchungen) wurden in Deutschland bislang nicht systematisch untersucht. Weiterhin liegen Hinweise vor, dass es bei der Einschätzung von psychischen Auffälligkeiten sowie einem weiterführenden Hilfebedarf zu Diskrepanzen zwischen der Fremdeinschätzung durch medizinisches Fachpersonal sowie der Selbsteinschätzung durch Familien kommen kann (Hoffer und Bengel, 2020; Jungmann et al., 2017). Durch den Einsatz eines strukturierten

Verfahrens zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten der U-Untersuchung können Familien stärker in den Einschätzungsprozess einbezogen werden und wichtige Informationen einbringen (Kleinert und Barth, 2014). Dies kann helfen, Familien mit Unterstützungsbedarf in der ambulanten pädiatrischen Versorgung systematisch zu erkennen und frühzeitig an adäquate Hilfen zu überweisen.

### **Screening-Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten**

Prinzipiell ist eine Erweiterung von U-Untersuchungen um eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten vorstellbar. Für klinische Settings, beispielsweise in Kinder- und Jugendpsychiatrien, liegen bereits etablierte diagnostische Verfahren und Goldstandards zur Früherkennung psychischer Auffälligkeiten vor (Barkmann et al., 2010). Ein Beispiel für ein validiertes und häufig in der Klinik und der Forschung genutztes diagnostisches Verfahren zur Identifikation psychischer Auffälligkeiten im Alter von 1½ bis 5 Jahren stellt die Child Behavior Checklist 1½-5 (CBCL 1½-5; Achenbach & Ruffle, 2000) dar. Die CBCL 1½-5 erfasst mit 102 Items elterliche Einschätzungen hinsichtlich der Kompetenzen und Probleme ihrer Klein- und Vorschulkinder. Aufgrund der Bearbeitungszeit von etwa 20 Minuten ist dieses diagnostische Verfahren im Kontext der Wartezeit einer U-Untersuchung jedoch als wenig praktikabel einzuschätzen. Stattdessen wäre ein zeitökonomisches Screeningverfahren relevant, das an den spezifischen Kontext der U-Untersuchungen angepasst ist. Folgende Kriterien sollten dabei berücksichtigt werden: a.) Akzeptanz: Teilnahmebereitschaft der Familien, gerechtfertigter Mehraufwand aus Sicht der Kinder- und Jugendarztpraxisteams, b.) Praktikabilität: Vereinbarkeit mit den Anforderungen der U-Untersuchungen und den Routineabläufen; Integrierbarkeit in den vorgegebenen und abrechenbaren Zeitrahmen für U-Untersuchungen, c.) Relevanz und Nutzen: (Zeit-)ökonomische Erfassung von psychischen Auffälligkeiten, die sich nachweislich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken, d.) Wirkung: Verbesserung der Erfassung und Weiterleitung von Familien mit Kindern mit psychischen Auffälligkeiten mithilfe von strukturierten Verfahren gegenüber der Routinebehandlung.

Im Vorfeld dieser Studie wurde zudem eine systematische Literaturrecherche zur strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der internationalen pädiatrischen Routineversorgung durchgeführt. Die Methodik und Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche sind im Anhang dargestellt. Hierbei zeigte sich, dass international in pädiatrischen Routineuntersuchungen überwiegend der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) Verwendung findet (Biel et al., 2015; Hamre Sveen et al., 2016; Hattangadi et al., 2020; Janiak-Baluch et al., 2014; Hourigan et al., 2015; Theunissen et al., 2015). In diesen Studien wurde der SDQ in Routineuntersuchungen zur Prävalenzschätzung der von Eltern berichteten psychischen Auffälligkeiten (Biel et al., 2015), der Bestimmung der Screening-Effektivität des SDQ bei persistierenden Auffälligkeiten im Vergleich zu vorübergehenden Auffälligkeiten (Hamre Sveen et al., 2016) sowie einer Erhebung der psychischen Auffälligkeiten bei dreijährigen Kindern um eine Verbindung zu elterlichem Stress zu überprüfen (Hattangadi et al., 2020). Des Weiteren setzten Janiak-



Baluch et al. (2014) den SDQ in Routineuntersuchungen ein, um den Zusammenhang psychischer Störungen und späteren Verhaltensauffälligkeiten zu überprüfen. Hourigan et al. (2015) zielten mithilfe des Einsatzes des SDQ in Routineuntersuchungen darauf ab, den Unterstützungsbedarf für Kinder mit Verhaltensproblemen zu identifizieren. Eine vergleichende Studie drei verschiedener Instrumente (darunter der SDQ) wurde durch Theunissen et al. (2015) in Routineuntersuchungen durchgeführt.

In Deutschland wird neben dem SDQ derzeit in ambulanten Kinder- und Jugendarztpraxen häufig der vom Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen vertriebene Mannheimer Elternfragebogen (MEF; Esser, 2019) eingesetzt, welcher auch Bestandteil von Selektivverträgen mit Krankenkassen ist. Der MEF wurde vor 22 und zuletzt vor 12 Jahren im Rahmen von zwei Diplomarbeiten durch den Entwickler des Bogens betreut psychometrisch geprüft (Borys, 2000; Poltz, 2010; siehe Punkt 5.2.1). Eine systematische, externe Validierung des Fragebogens fehlt jedoch bislang. Zudem wurden beide Verfahren, der MEF und der SDQ, bislang noch nicht vergleichend und unter Einbezug eines Mixed-Methods Ansatzes mit quantitativen und qualitativen Methoden hinsichtlich der Akzeptanz, der Praktikabilität, des Nutzens und der Relevanz sowie der Wirkung gegenüber einer Routinebehandlung aus Sicht von Praxisteams und Eltern evaluiert.

#### 4.1 Ziele

Die Studie Psychodiagnostisches Screening in U-Untersuchungen (PsychU) verfolgte zwei übergeordnete Ziele, die im Folgenden dargestellt werden.

##### **Ziele der PsychU-Machbarkeitsstudie (Hauptstudie)**

Die PsychU-Machbarkeitsstudie untersuchte in einem cluster-randomisierten, prospektiven Kontrollgruppendesign (1) die Akzeptanz, (2) die Relevanz, (3) die Praktikabilität und den Nutzen sowie die (4) Wirkung von zwei strukturierten Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten (SDQ und MEF) in der U7a bis zur U9 Untersuchung gegenüber einer Routinevorsorgeuntersuchung ohne eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten (treatment as usual, TAU). Das Ziel war es, Einschätzungen hinsichtlich des Mehrwerts einer zusätzlichen Erfassung psychischer Auffälligkeiten aus Sicht aller Beteiligten (Praxisteams, Eltern) zu treffen und Empfehlungen für ein geeignetes Verfahren im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen U-Untersuchung abzuleiten.

### **Ziele der PsychU-Instrumentenprüfung (Nebenstudie)**

Die PsychU-Instrumentenprüfung verfolgte das Ziel, psychometrische Kennwerte und die Inhaltsvalidität des MEF zu prüfen. Hierzu wurde eine Stichprobe von Eltern mit Kindern im Alter der U7a in Kindertagesstätten rekrutiert und um das Ausfüllen der Child Behavior Checklist sowie dem MEF gebeten. Die Inhaltsvalidität wurde durch qualitative Fokusgruppen-Interviews mit Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen aus der PsychU-Machbarkeitsstudie sowie mit testnaiven Eltern aus der Kontrollbedingung der PsychU-Machbarkeitsstudie geprüft, um mögliche Modifikationsbedarf des MEF zu ermitteln.

## 5 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 5.1 Machbarkeitsstudie

Im Folgenden werden die Erhebungs- und Auswertungsmethodik der PsychU-Machbarkeitsstudie beschrieben.

#### 5.1.1 Studiendesign

Im Antrag war ein dreiarmliges Studiendesign mit einer clusterrandomisierten Zuordnung von insgesamt 12 Kinder- und Jugendarztpraxen zu den drei Gruppen MEF, SDQ oder TAU vorgesehen. Um eine praxisinterne, vergleichende Bewertung der beiden Verfahren SDQ und MEF auch innerhalb einer Praxis vornehmen zu können, wurde ein zweiarmliges Studiendesign mit einer Interventionsgruppe mit zwei Bedingungen (MEF bzw. SDQ) und einer Kontrollgruppe (TAU) umgesetzt. In den Kinder- und Jugendarztpraxen in der Interventionsgruppe wurde das jeweilige Verfahren (MEF bzw. SDQ) im Rahmen eines Cross-Over-Designs nach der Hälfte der Datenerhebungszeit getauscht. Die Randomisierung zur Interventions- oder Kontrollgruppe fand auf Praxisebene statt.

#### 5.1.2 Rekrutierung der Kinder- und Jugendarztpraxen

Im März 2020 wurden alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen in Hamburg und Schleswig-Holstein, die Mitglied im Bundesverband der deutschen Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen (BVKJ; n = 153) sind, über die beiden Landesvertreter in den jeweiligen Bundesländern per Mail über die Zielsetzung der PsychU-Machbarkeitsstudie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Auch alle niedergelassenen Kinder- und Jugendarztärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen in den beiden Bundesländern, die nicht Mitglieder im BVKJ waren (n=114), wurden im März 2020 postalisch kontaktiert und ebenfalls zur Teilnahme eingeladen. Mit interessierten Praxisteams wurden vorab offene Fragen telefonisch geklärt und strukturelle Merkmale der Praxis mithilfe eines Strukturbogens erhoben (siehe Punkt 5.1.5). Anschließend wurde ein Schulungstermin (ca. 30 min) vor Ort vereinbart, um die Praxisteams mit dem Material und den Abläufen vertraut zu machen. Angestrebt wurde ein Datenerhebungszeitraum von 18 Monaten, wobei individuelle Wünsche der Kinder- und Jugendarztpraxen sowie die aktuelle Corona-Lage und die damit verbundenen Kapazitäten für Studienteilnahmen in den Praxen berücksichtigt wurden. Insgesamt nahmen über den gesamten Studienzeitraum hinweg (01.10.2020 – 15.06.2022) 19 Kinder- und Jugendarztpraxisteams teil, wobei immer zwölf Praxen zeitgleich an der Rekrutierung beteiligt waren. Die Charakteristika und die Dauer der Datenerhebung der teilnehmenden Praxen sind Tabelle 1 zu entnehmen. Alle Praxen erhielten für die Studienteilnahme mindestens 750 Euro als Aufwandsentschädigung. Zudem erhielt das gesamte Praxispersonal (ausgenommen Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen) insgesamt zwei Wunschgutscheine im Wert von 50 Euro zu Beginn sowie am Ende der Datenerhebung. Die

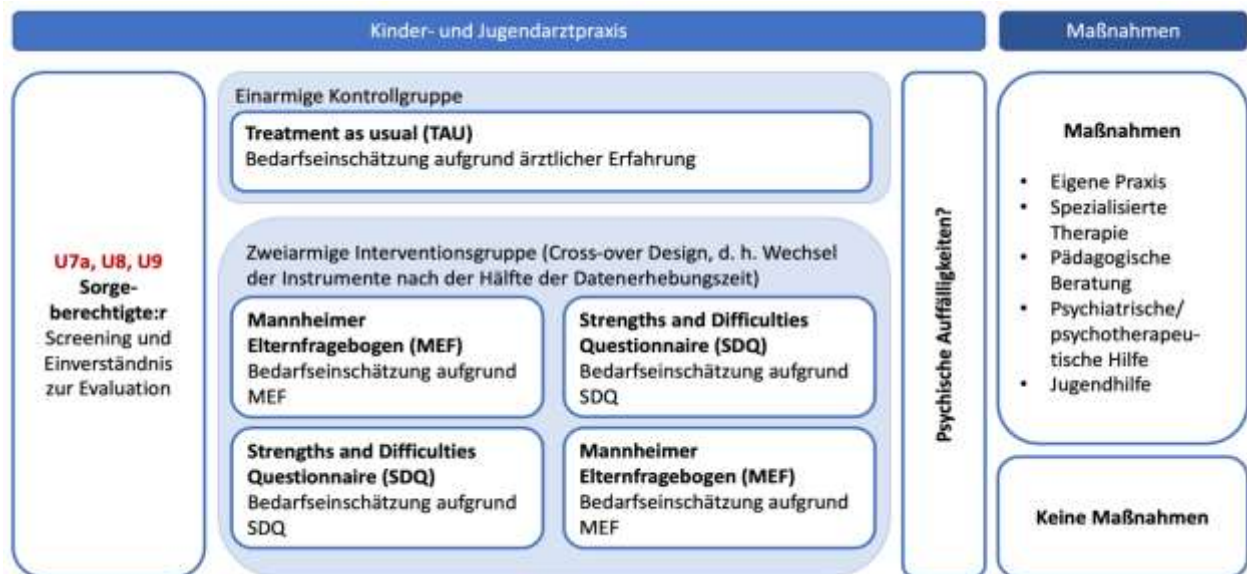
Praxisinhabende erhielten je nach Anzahl der Monate, in denen Daten erhoben wurden, eine gestaffelte Aufwandsentschädigung bis zu 2.235 Euro, mindestens jedoch 450 Euro.

### 5.1.3 Beschreibung des Studienablaufs in der Kinder- und Jugendarztpraxis

**Studienablauf in der Praxis:** Alle Eltern, die mit ihrem Kind zur U7a-, U8- oder U9-Untersuchung in die Kinder- und Jugendarztpraxis kamen, wurden durch die medizinischen Fachangestellten über das Ziel, den Ablauf und die Gewährleistung des Datenschutzes im Rahmen der PsychU-Machbarkeitsstudie mithilfe einer schriftlichen Teilnahmeinformation aufgeklärt. Ein Ausschlusskriterium zur Studienteilnahme stellten Selektivverträge mit Krankenkassen dar, die eine Bearbeitung des MEF in Papierform vorsahen. Ausgeschlossen wurden zudem Eltern, die keine Lese- und Schreibkompetenz in den Sprachen Deutsch oder Farsi, Russisch, Türkisch, Englisch und Arabisch aufwiesen. Für die Sprachen Farsi, Russisch, Türkisch, Englisch und Arabisch wurden entsprechende Übersetzungen der Datenerhebungsinstrumente bereitgestellt (siehe Punkt 5.1.5). Im Falle einer Ablehnung der Studienteilnahme wurden Nicht-Teilnahme-Karten mit Gründen der Ablehnung von den medizinischen Fachangestellten ausgefüllt (siehe Punkt 5.1.5). Teilnahmebereite Eltern willigten zunächst schriftlich zur Teilnahme ein. In allen Bedingungen füllten die Eltern anschließend per Tablet standardisierte Fragen zur Soziodemographie (Alter und Geschlecht des Kindes) sowie zur besuchten U-Untersuchung (U7a U8 oder U9) sowie eine Frage zur coronabedingten Belastung des Kindes während der Wartezeit aus (Details siehe 5.1.5). In den Interventionsbedingungen wurde zusätzlich der MEF oder SDQ ausgefüllt sowie zwei Items zur Verständlichkeit und Ausfüllbarkeit des ausgefüllten Verfahrens (Details siehe 5.1.5). Anschließend wurde das Tablet durch die Eltern an die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen übergeben, welche die U-Untersuchung durchführten. In der Interventionsgruppe konnten die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen nach Eingabe eines Passwortes die Ergebnisse des MEF bzw. SDQ einsehen; in der Kontrollgruppe wurde nach der Eingabe des Passwortes kein weiteres Ergebnis angezeigt. Nach Abschluss der U-Untersuchung erfassten alle Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen in allen drei Bedingungen per Tablet, ob bzw. falls ja, welche Maßnahmen zur weiteren Psychodiagnostik oder Behandlung psychischer Auffälligkeiten empfohlen wurden (Details siehe 5.1.5). Für die Teilnahme an der PsychU-Machbarkeitsstudie erfolgte keine Vergütung für die Eltern. Der Studienablauf ist in Abbildung 1 dargestellt.

**Telefonische Nachbefragung:** Alle Eltern, die an der PsychU-Machbarkeitsstudie in der Praxis teilnahmen, konnten zudem Kontaktdaten für eine optionale telefonische Nachbefragung angeben (Details siehe 5.1.5). Es wurde angestrebt, eine Teilstichprobe von  $n = 219$  Eltern telefonisch zu befragen. Ausgeschlossen wurden Eltern, die keine Telefonnummer angaben, nach drei telefonischen Kontaktversuchen nicht erreichbar waren oder sich am Telefon nachträglich gegen eine Teilnahme

entschieden. Die Teilnahme an der telefonischen Nachbefragung wurde mit einem Drogeriegutschein in Höhe von 10 Euro vergütet.



**Abbildung 1** Ablauf der PsychU-Machbarkeitsstudie

#### 5.1.4 Outcome-Parameter

Um den Mehrwert einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der Interventionsgruppe gegenüber TAU zu erfassen, wurden vorab insgesamt vier Outcome-Parameter festgelegt, die im Folgenden beschrieben werden.

**Akzeptanz [Eltern]:** Die Akzeptanz wurde durch drei Faktoren erfasst. Zum einen wurden die Teilnehmerate der Eltern bzw. die Gründe der Nicht-Teilnahme erfasst, die seitens der medizinischen Fachangestellten mithilfe von Nicht-Teilnehmendenkarten erhoben wurden. Zusätzlich bewerteten teilnehmende Eltern in der Interventionsgruppe unmittelbar nach der Bearbeitung des jeweiligen Fragebogens (MEF bzw. SDQ) mithilfe von zwei fünf-stufigen Items die Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit des jeweiligen Verfahrens (siehe 5.1.5). Drittens wurden telefonische Nachbefragungen mit einer zufällig gezogenen Teilstichprobe von Eltern durchgeführt, um die Akzeptanz und Wünsche hinsichtlich einer konkreten Implementierung mithilfe von leitfadengestützten Interviews vertiefend zu erheben.

**Praktikabilität [Praxen]:** Zur Bewertung der Praktikabilität wurden in jeder Praxis leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews mit den medizinischen Fachangestellten durchgeführt (Details siehe 5.1.5). Aufgrund der Coronalage konnte alternativ auf eine Videokonferenz ausgewichen werden.

**Relevanz und Nutzen [Praxen]:** Die Relevanz und der Nutzen einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurden ebenfalls mithilfe von leitfadengestützten Interviews mit den Kinder- und

Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen erhoben. Die Interviews mit diesen fanden unmittelbar nach der Befragung der medizinischen Fachangestellten statt (siehe „Praktikabilität“).

**Wirkung [Praxen und Eltern]:** Die Wirkung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde anhand einer Gegenüberstellung der ärztlich empfohlenen Maßnahmen in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe erfasst.

#### 5.1.5 Beschreibung der Datenerhebungsinstrumente

Im Folgenden werden alle Datenerhebungsinstrumente der PsychU-Machbarkeitsstudie in der chronologischen Reihenfolge des Studienablaufs dargestellt. Alle Instrumente befinden sich im Anhang.

**Strukturbefragung [Ärzte und Ärztinnen]:** Alle teilnahmebereiten Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen wurden vor Studienbeginn telefonisch mit einem Strukturbogen hinsichtlich folgender Praxismerkmale befragt: Ort der Praxis, Zusammensetzung des Praxisteam, Schwerpunkt der Praxis, Anzahl der U-Untersuchungen pro Quartal und Vorerfahrungen mit einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten sowie Vorerfahrungen hinsichtlich eines Einsatzes von Tablets.

**Nicht-Teilnahme-Karten [Medizinische Fachangestellte]:** Bei Ablehnung einer Studienteilnahme durch die Eltern wurden folgende Merkmale durch die medizinischen Fachangestellten festgehalten: Geschlecht des Kindes, U-Untersuchung, Selektivverträge mit Krankenkassen als Ausschlusskriterium und Grund der Ablehnung (Ablehnung einer tablet-basierten Erhebung, Ablehnung einer wissenschaftlichen Datenerhebung, unzureichende Verständigung, zu persönliche Daten, keine empfundene Notwendigkeit, kein Interesse sowie eine Freitextangabe). Die Nicht-Teilnahme-Karten wurden in der Praxis gesammelt und quartalsweise durch die betreuende Study Nurse abgeholt.

**Tablet-Befragung in der Praxis [Eltern]:** Bei schriftlicher Einwilligung der Eltern zur Studieneinnahme, erhielten diese durch die medizinischen Fachangestellten ein Tablet zur Bearbeitung eines Fragebogens in der Wartezeit der U-Untersuchung ausgehändigt. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurden nach einem kurzen Einleitungstext das Alter und Geschlecht des Kindes mithilfe von standardisierten Fragen erhoben. Zudem wurde erfragt, welche Person den Fragebogen beantwortet (Mutter, Vater, sonstige). Nur in der Interventionsgruppe folgte anschließend die Bearbeitung eines strukturierten Verfahrens zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten (SDQ oder MEF), die im Folgenden kurz dargestellt werden.

**SDQ [Eltern in der Interventionsgruppe]:** Der SDQ bezieht sich auf die letzten sechs Monate und besteht aus 25 Items, die auf einer dreistufigen Likert-Skala („nicht zutreffend“, „teilweise zutreffend“ und „eindeutig zutreffend“) beantwortet werden können. Es werden folgende Bereiche mit jeweils fünf Items erfragt: Emotionale Probleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Probleme im Umgang mit

Gleichaltrigen, Verhaltensauffälligkeiten und prosoziales Verhalten. Neben einem Gesamtproblemwert, welcher bis auf die Skala prosoziales Verhalten alle Items enthält, wird für jeden Bereich ein Summenwert berechnet. Dieser kann in die Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ und „auffällig“ eingeordnet werden. Für die U7a- und U8-Untersuchung wurde die SDQ-Elternversion für zwei- bis vier-jährige Kinder eingesetzt (Goodman, 2005; Klasen et al., 2003). Für die U9-Untersuchung wurde SDQ-Elternversion für 4- bis 17-jährige Kinder genutzt. Beide Versionen unterscheiden sich nur in der Formulierung weniger Items. Beispielsweise wird in der Elternversion für 2- bis 4-jährige Kinder das Item „Lügt oder mogelt häufig“ durch „Verhält sich Erwachsenen oft widerwillig“ ersetzt und das Item „Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo“ mit „Kann gegenüber anderen boshaft sein“ ersetzt.

**MEF [Eltern in der Interventionsgruppe]:** Der MEF bezieht sich auf die letzten sechs Monate und umfasst entweder 23 (U7a-Untersuchung) oder 56 Items (U8- und U9-Untersuchungen). Die Items des MEF wurden aus dem Mannheimer Elterninterview (MEI) abgeleitet, um psychische Auffälligkeiten zeitökonomisch und strukturiert zu erfassen (Esser et al., 1989). Es werden folgende Bereiche erfasst: Einschlafstörungen (Item 1, 3); Durchschlafstörungen (Item 2, 3); Essstörungen (Item 4, 5, 6); Trennungsangst (Item 7, 8); Phobien (Item 9,10); Hyperkinetische Störungen (Item 11, 12, 13); Oppositionelles Verhalten/ Aggressivität (Item 14, 15, 16); Schüchternheit/ Mutismus (Item 17); Distanzlosigkeit (Item 18, 19) und Autismus (Item 20, 21, 22, 23). Alle Items können mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ beantwortet werden (Poltz, 2010). Bei bejahten Items sollte eine vertiefende Exploration durch die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen erfolgen oder eine konkrete Beispielsituation bei den Eltern erfragt werden, um abzuschätzen, inwieweit das erfragte Verhalten eine Problematik im Alltag darstellte. Eine Kategorisierung auf Basis der einzelnen Items ist jedoch nicht vorgesehen (Poltz, 2010).

In der Interventionsgruppe wurden die Eltern nach Abschluss der Bearbeitung des SDQ bzw. MEF mithilfe eines jeweils fünfstufigen Items zur Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit befragt. In der Kontrollbedingung entfiel die strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten und die Bewertung der Ausfüllbarkeit (5-stufige Likert-Skala von „sehr leicht“ bis „sehr schwer“) und Verständlichkeit (5-stufige Likert-Skala von „leicht verständlich“ bis „unverständlich“). Sowohl Eltern in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe beantworteten abschließend ein Item zur corona-bedingten Belastung ihres Kindes („*In den vergangenen Monaten hat die Ausbreitung des Coronavirus zu zahlreichen Veränderungen in der Gesellschaft geführt. Mein Kind wirkte auf mich durch die coronabedingten Veränderungen...*“). Die Belastung konnte auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr stark belastet“ bis „nicht belastet“ bewertet werden. Mit einem Dialogfeld wurden die Eltern anschließend dazu aufgefordert, das Tablet bei der Durchführung der U-Untersuchung an die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen auszuhändigen.

**Maßnahmen [Ärzte und Ärztinnen]:** In der Interventions- und Kontrollgruppe wurde die reguläre U-Untersuchung durch die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen durchgeführt, wobei in der Interventionsgruppe zusätzlich das Ergebnis der strukturierten Befragung zu den psychischen Auffälligkeiten eingesehen werden konnte. Nach Abschluss der U-Untersuchung wurde per Tablet durch die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen festgehalten, ob den Eltern Maßnahmen zur weiteren Diagnostik oder Behandlung psychischer Auffälligkeiten empfohlen wurden. Wenn die Frage bejaht wurde, konnten folgende Kategorien ausgewählt werden (Mehrfachantwort möglich): „Niederschwellige Angebote in der eigenen Praxis“ (mit den Unterkategorien: „Beratung in der eigenen Praxis“, „Kontakt zur Kindertagesstätte/Tagesmutter/(Vor-)Schule“), „Spezialisierte Therapien“ (Unterkategorien: „Ergotherapie“, „Logopädie“), „Pädagogische Beratung“ (mit den Unterkategorien: „Beratungsstelle“, „Frühförderung“, „Elterntaining“), „Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung“ (mit den Unterkategorien: „Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychiaterin/Psychotherapeut sowie Psychotherapeutin“, „Verschreibung von psychiatrischen Medikamenten“, „Einweisung stationäre, psychiatrische Einrichtung“), „Maßnahmen der Jugendhilfe“ (mit den Unterkategorien: „Freie Träger der Jugendhilfe“, „Gefährdungsmeldung an Jugendamt, Polizei oder Rechtsmedizin“). Weitere Maßnahmen konnten zudem als Freitext ergänzt werden.

**Telefonische Nachbefragung [Eltern]:** In einem leitfadengestützten, strukturierten Telefoninterview wurde die Eltern ca. zwei Wochen nach der Teilnahme in der Kinder- und Jugendarztpraxis zu folgenden, übergeordneten Themenbereichen vertiefend befragt: Akzeptanz eines strukturierten Verfahrens für psychische Auffälligkeiten in der U-Untersuchung, Wünsche hinsichtlich des Ortes (Praxis vs. daheim), Modus der Erhebung (Tablet vs. Papierform) sowie Bereitschaft, auch zukünftig einen Fragebogen zu psychischen Auffälligkeiten in U-Untersuchungen auszufüllen. Hierbei konnten Schulnoten von 1 bis 6 vergeben werden. Nur bei Eltern in der Interventionsgruppe wurde erfragt, inwiefern die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen die Ergebnisse des Fragebogens besprochen haben und ob bei bestehenden Auffälligkeiten weiterführende Maßnahmen empfohlen wurden bzw. diese auch umgesetzt wurden. In der Kontrollgruppe wurde alternativ erfragt, inwiefern die psychische Gesundheit des Kindes in der U-Untersuchung thematisiert wurde. Mit einer offenen Frage wurden in beiden Gruppen mögliche Wünsche im Hinblick auf eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten erfragt. Abgeschlossen wurde das Telefon-Interview mit Fragen zu corona-bedingten Belastungen und zur Soziodemographie der Familie. Neben dem Alter und der Partnerschaftssituation der interviewten Person wurden auch der Wohnort des Kindes, die Haushaltgröße und ein möglicher Migrationshintergrund in Anlehnung an die soziodemographische Erhebung in der KiGGS-Studie – Welle 2 erfragt (Lampert et al., 2018). Zur Einschätzung des sozioökonomischen Status wurde eine Adaption der MacArthur Scale genutzt, die auch beispielsweise in der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) des Robert Koch-Instituts verwendet wird (Lampert et al., 2018). Dabei schätzen sich die Eltern auf einer zehnstufigen Leiter selbst



hinsichtlich ihres sozioökonomischen Status ein. Die letzte Frage bildet die Erhebung des jeweils höchsten Schulabschlusses beider Elternteile, die ebenfalls in Anlehnung an die KiGGS-Studie Welle 2 erfolgte (Lampert et al. 2018).

**Fokusgruppen [Praxisteams]:** In der Interventionsgruppe wurden zwei Fokusgruppengespräche mit den Praxisteams durchgeführt. Das erste Fokusgruppengespräch wurde zum Instrumentenwechsel nach der Hälfte der Datenerhebungszeit (T1) und das zweite zum Ende der gesamten Datenerhebung (T2) geführt. In der Kontrollgruppe fand nur ein Fokusgruppengespräch nach Abschluss der gesamten Datenerhebung (T2) statt, da hier kein Instrumentenwechsel vorgenommen wurde. Während der Interviews wurden die Antworten zusammenfassend notiert. Nach Einverständnis der interviewten Person wurden die Gespräche mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und für die Überprüfung und Ergänzung der Notizen genutzt. Die Aufzeichnung wurde anschließend vernichtet. Der teilstrukturierte Leitfaden (siehe Anhang) war für eine zeitliche Dauer von 30 bis 45 Minuten ausgelegt und umfasste jeweils folgende Teilaspekte:

- (1) Ansprache der Eltern:** Mit offenen Fragen wurden praxisinterne Abläufe bei der Ansprache der Eltern, mögliche Selektionseffekte oder Herausforderungen bei der Ansprache der Eltern und eine prozentuale Einschätzung der Erreichbarkeit der Eltern erfragt. Zudem wurde die Nutzung von fremdsprachlichen Materialien erfragt.
- (2) Tablet-basierte Befragung während der Wartezeit:** Im zweiten Themenblock wurden der Ort, der zeitliche Umfang und die Praktikabilität der Befragung für die Eltern (u.a. bei paralleler Betreuung des Kindes) erfragt. Weiterhin wurde erhoben, wie die Weitergabe des Tablets an die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen funktioniert.
- (3) Besprechung der Ergebnisse:** In der Interventionsgruppe wurde gefragt, inwieweit das jeweilige Instrument (SDQ vs. MEF) als hilfreich zur Einschätzung psychischer Auffälligkeiten wahrgenommen wird und wie das Ergebnis in die U-Untersuchung besprochen wird. Zudem wurden Herausforderungen bei der Ergebnisbesprechung sowie das Vorgehen bei der Ergebnisdokumentation erfragt. In der Kontrollgruppe, in der kein Instrument genutzt wurde, wurde abweichend erfragt, inwiefern psychische Auffälligkeiten in der U-Untersuchung allgemein thematisiert werden.
- (4) Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung:** In der Interventionsgruppe wurde erfragt, inwiefern das Instrument als hilfreich hinsichtlich der Entscheidung bezüglich weiterführender Maßnahmen wahrgenommen wurde. Zudem wurden Reaktionen der Eltern bei der Kommunikation der Maßnahmen, die Integrierbarkeit der Fragebögen in die U-Untersuchung und die Bereitschaft, dass die Praxis den Fragebogen nach der Studie weiterverwendet, erfragt. In der Kontrollgruppe wurde offen gefragt, inwiefern der Eindruck bestehe, dass aufgrund der Maßnahmen-Abfrage eine Sensibilisierung hinsichtlich des Themas psychische Auffälligkeiten

geschehen ist. Es wurde außerdem erhoben, wie sicher sich die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen bei der Auswahl einer passenden Maßnahme fühlen.

**(5) Bewertung von MEF und SDQ:** Nur in der Interventionsgruppe erfolgte zusätzlich nach Abschluss der Datenerhebung (T2) eine vergleichende Bewertung von MEF und SDQ. Hierzu wurden die Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen gebeten, fünf Punkte auf die zwei Instrumente zu folgenden Bewertungspunkten zu verteilen: (1) Praktikabilität/Einsatzbarkeit im Praxisalltag, (2) Verständlichkeit der Fragen durch die Eltern, (3) Nutzen/Mehrwert für die Untersuchung und (4) Nutzen/Mehrwert bei der Entscheidungsfindung, ob eine Weiterleitung zur weiterführenden Psychodiagnostik/Behandlung sinnvoll erscheint. Außerdem wurde erfragt, ob und falls ja, welches Instrument nach Abschluss der Studie weiterhin in der Praxis eingesetzt werde. Sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe wurde zudem ein möglicher Optimierungsbedarf des MEF (Version U7a) aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen befragt. Hierzu wurde das jeweilige Verfahren vorgelegt und mithilfe von offenen Fragen die Relevanz der einzelnen Items sowie einen möglichen Modifizierungsbedarf erfragt.

Alle Outcome-Parameter und verwendeten Datenerhebungsinstrumente der PsychU-Machbarkeitsstudie werden in Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 1** Überblick über Outcome-Parameter und verwendete Datenerhebungsinstrumente bewertet durch Praxen (P) oder Eltern (E)

Instrument	Variablen/Teilprozesse	Stichproben- beschreibung	Akzeptanz	Praktikabilität	Wirkung	Bedingungen
Strukturbogen	alle	P				alle
Tabletbefragung	Untersuchung, Geschlecht, Alter, ausfüllende Person	E				alle
	Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit		E			MEF SDQ
	Belastung durch pandemiebedingte Einschränkungen	E				alle
	Ergebnis Screening	E			E	MEF SDQ
	Maßnahmen				P	alle
Nicht-Teilnahme-Karte	U-Untersuchung, Geschlecht	E				alle
	Grund für die Nicht-Teilnahme		E			alle
Telefonischer Interviewleitfaden	Akzeptanz eines Fragebogens im Rahmen der U-Untersuchungen		E			alle
	Besprechung der Ergebnisse/psychischen Gesundheit		E			alle
	Kommunikation der Maßnahmen		E	E	E	alle
	Umsetzung der Maßnahmen		E		E	alle
	Soziodemografie	E				alle
Fokusgruppen	Ansprache der Familien		P			alle
	Tablet-basierte Befragung während der Wartezeit			P		alle
	Besprechung der Ergebnisse			P		MEF SDQ
	Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung			P	P	alle

## 5.2 Instrumentenprüfung

Im Folgenden wird die Auswertungs- und Erhebungsmethodik der PsychU-Instrumentenprüfung (Nebenstudie) beschrieben.

### 5.2.1 Studiendesign

**Ursprünglich geplantes Studiendesign:** Zum Zeitpunkt der Antragstellung lagen zwei Diplomarbeiten vor, in denen bereits vorläufige Analysen zur Sensitivität und Spezifität durchgeführt und optimale Cut-Off Werte einer früheren MEF-Version ermittelt wurden (Borys, 2000; Poltz, 2010). Nach Prüfung der beiden zur Instrumentenbewertung vorliegenden Diplomarbeiten (Borys, 2000; Poltz, 2010) und intensiver Auseinandersetzung mit der Fragebogenstruktur des MEF zeigte sich, dass der MEF als explorativer Gesprächsleitfaden zu verstehen und als ein Ausgangsbogen für ein Gespräch zwischen Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen und Eltern dient, um die psychosoziale Entwicklung des

Kindes zu besprechen. Diese Einschätzung wurde vom Entwickler des MEF, Prof. Esser, bestätigt, so dass sich auf dieser Grundlage die ursprünglich im Antrag benannten Parameter (Sensitivität, Spezifität und diagnostische Validität) nicht berechnen ließen. **Tatsächliches Studiendesign:** Die Instrumentenprüfung des MEF bezog sich daher nicht auf die Prüfung der Konstruktvalidität durch eine Kreuzvalidierung des MEF mit der CBCL, sondern abweichend auf die Prüfung der psychometrischen Kennwerte und der Inhaltsvalidität des MEF. Die Reliabilität wurde durch die Prüfung der internen Konsistenz sowie durch die Prüfung der Test-Retest-Reliabilität nach zwei Wochen untersucht. Des Weiteren wurde eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) durchgeführt, um die Struktur des MEF zu untersuchen. Die Inhaltsvalidität wurde mehrperspektivisch mithilfe von qualitativen Fokusgruppen mit Eltern von Kindern im Klein- und Vorschulalter sowie Praxisteams aus der PsychU-Machbarkeitsstudie untersucht, um mögliche Optimierungsvorschläge abzuleiten.

### 5.2.2 Stichprobenrekrutierung

**Ursprünglich geplante Rekrutierung der Stichprobe:** Ursprünglich sollte die Kreuzvalidierung des MEF (Version U7a) mit der CBCL als begleitendes Projekt parallel zur PsychU-Machbarkeitsstudie durchgeführt werden. Es war geplant, mindestens vier kinder- und jugendärztliche Praxen (je zwei Praxen in Hamburg und in Schleswig-Holstein) in die Studie einzuschließen. **Tatsächliche Rekrutierung der Stichprobe:** Aufgrund der Corona-Pandemie und um die PsychU-Machbarkeitsstudie aufgrund der begrenzten Ressourcen der Kinder- und Jugendarztpraxen nicht zu gefährden, musste von der geplanten Rekrutierungsstrategie abgewichen werden. Stattdessen wurde eine Rekrutierung über Kindertagesstätten vorgenommen. Alle Träger von Kindertagesstätten und deren Dachverbände in Hamburg und Schleswig-Holstein wurden durch das Projektteam postalisch über die Studie aufgeklärt und um ihre Teilnahme gebeten. Von 293 kontaktierten Kindertagesstätten erklärten sich 81 zur Studienteilnahme bereit. Teilnahmebereite Kindertagesstätten erhielten quartalsweise die Fragebogenpakete inklusive Einverständniserklärung und vorfrankierter Rückumschläge per Post. Die Pädagogen und Pädagoginnen verteilten diese an die Eltern, deren Kind im Laufe des Quartals Geburtstag hatte – analog zur U7a. Somit konnte gewährleistet werden, dass sich der Erhebungszeitpunkt mit dem Zeitfenster für die U-Untersuchung deckte. Da der MEF für die U7- und U7a-Untersuchungen identisch ist, wurden zusätzlich Eltern von Kindern im entsprechenden Alter der U7-Untersuchung rekrutiert, um trotz pandemiebedingter Hindernisse die geplante Stichprobengröße zu erreichen. In der Einverständniserklärung hatten die Eltern die Möglichkeit, einem Retest des MEF zuzustimmen. Im Falle des Einverständnisses wurde der jeweiligen Familie zwei Wochen nach Ausfüllen des Fragebogens ein Retestbogen mit einem vorfrankierten Rückumschlag zugesandt. Die Rekrutierungsdauer in den Kindertagesstätten erstreckte sich von Januar 2021 bis Oktober 2021. Die von den Eltern ausgefüllten und postalisch zugeschickten Fragebögen wurden bis zum 31.01.2022 entgegengenommen. Als Incentive erhielten die Eltern auf Wunsch eine Auswertung der CBCL-Diagnostik Ihres Kindes.

### 5.2.3 Beschreibung der eingesetzten Instrumente

#### **CBCL 1½-5**

Die CBCL für Kinder im Alter von eineinhalb bis fünf Jahren (CBCL 1½-5) erfasst die elterliche Einschätzung zu Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden ihrer Kinder (Achenbach & Ruffle, 2000). Die CBCL 1½-5 wurde international validiert und in zahlreichen epidemiologischen und klinischen Studien sowie in der Einzelfalldiagnostik eingesetzt (Axelrod et al., 2020; Plück et al., 2013; Rescorla et al., 2019; Theunissen et al., 2015). Insgesamt können 99 Items mit einer dreistufigen Likert-Skala (überhaupt nicht, manchmal, häufig) bewertet und zu folgende Syndromskalen zusammengefasst werden: Ängstlichkeit/Depressivität, emotional reaktives Verhalten, somatische Probleme, sozialer Rückzug, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsprobleme, Schlafprobleme und andere Probleme. Die Rohwerte können anschließend in Transformations-Werte (T-Werte) umgerechnet werden, die einen Vergleich mit einer Normstichprobe ermöglichen. Deutsche Normen für die Auswertung liegen bislang nicht vor. Für den Gesamtwert und die Skalen Internalisierendes und externalisierendes Verhalten liegt ein T-Wert ab 60 im grenzwertigen Bereich und ab 64 im klinisch auffälligen Bereich. Für die einzelnen Syndromskalen werden T-Werte zwischen 65 und 69 als grenzwertig und Werte über 70 als klinisch auffällig eingestuft. Für die deutschsprachige Fassung der CBCL 1½-5 ist die faktorielle Validität der Subskalen bestätigt. Die internen Konsistenzen der Subskalen und der übergeordneten Skalen fallen weitestgehend ähnlich wie in der Originalfassung des Instrumentes aus.

#### **MEF U7a**

Der MEF U7a wurde unter 5.1.5 beschrieben. Ergänzt wurden im Rahmen eines Cognitive Debriefings Fragen zur Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit der Fragen. Weiterhin wurde erfragt, inwiefern die Fragen die psychosoziale Entwicklung des Kindes adäquat abbilden, inwiefern die Fragen relevant sind und ob es weitere wichtige psychosoziale Themen gibt, die beim MEF nicht adressiert wurden.

#### **Qualitative Fokusgruppen mit Eltern von Kindern im Klein- und Vorschulalter**

Zum Ende der Datenerhebung der PsychU-Machbarkeitsstudie wurden insgesamt n = 16 testnaive Eltern aus der Kontrollgruppe für qualitative Fokusgruppengespräche per Videokonferenz rekrutiert. Pro Videokonferenz wurden je zwei bis vier Eltern eingeladen. Dabei wurden die einzelnen Items des MEF vorgelegt, die von den Eltern hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Relevanz beurteilt wurden. Zudem konnten Vorschläge zur Optimierung gemacht werden. Insgesamt wurden sieben Kleingruppen-Interviews zwischen Januar und März 2022 durch mindestens zwei Projektarbeitskräften durchgeführt. Die Aussagen der Eltern in den Interviews wurden schriftlich festgehalten und nach Abschluss aller Fokusgruppen durch mindestens zwei Projektarbeitskräfte unabhängig voneinander inhaltlich kategorisiert.

## Qualitative Interviews mit Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen

Am Ende der Datenerhebung der PsychU-Machbarkeitsstudie wurden alle Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen im Rahmen der Abschlussbefragungen hinsichtlich der Verständlichkeit und Relevanz sowie eines möglichen Optimierungsbedarfs des MEF befragt. Ähnlich wie bei den qualitativen Fokusgruppen mit den Eltern wurden die einzelnen Items den Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen vorgelegt und mit offenen Fragen erfragt, inwiefern Items verständlich und relevant sind oder ob Items optimiert oder ganz gestrichen werden sollten. Die Interviews wurden durch mindestens eine Projektarbeitskraft durchgeführt. Die Aussagen wurden ebenfalls schriftlich festgehalten und nach Abschluss aller Interviews durch mindestens eine Projektarbeitskraft inhaltlich kategorisiert.

**Tabelle 2** Überblick über Stichproben und die überprüften Merkmale des MEF

	Stichproben- beschreibung	Psychometrie	Inhaltsvalidität
Elternstichprobe aus der Kindertagesstätte (n = 369)	X	X	
Fokusgruppen mit testnaiven Eltern aus der Kontrollgruppe der PsychU-Machbarkeitsstudie (n = 16)	X		X
Interviews mit Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen aus der PsychU-Machbarkeitsstudie (n = 19)	X		X

### 5.3 Qualitätssicherung

In der PsychU-Machbarkeitsstudie wurden alle teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen im Vorfeld durch zwei Projektarbeitskräfte umfassend geschult. Die Schulung fand mit dem gesamten Praxisteam in den Räumlichkeiten der Praxis vor Ort statt. Alle Praxisteams erhielten zudem ein Studienmanual mit allen relevanten Studieninformationen sowie einen Projektflyer. Somit konnten bei Bedarf neues Personal im Praxisteam ohne großen Aufwand nachgeschult werden. Zusätzlich wurden alle teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen jeweils durch eine study nurse betreut, welche die Praxis je nach individueller Absprache im vier bis acht Wochenrhythmus besuchte und bei Rückfragen telefonisch zur Verfügung stand. Für die Implementierung im Vorfeld der PsychU-Machbarkeitstudie wurde zusätzlich ein Nutzenden-Beirat eingebunden. Dieser bestand aus insgesamt elf Eltern mit Kindern im Alter der U7a- bis U9-Untersuchung, die in der Kinderklinik am UKSH Lübeck im Rahmen der Wartezeit durch eine Studienmitarbeiterin rekrutiert wurden, um das tablet-basierte Vorgehen hinsichtlich der Machbarkeit und Verständlichkeit zu testen. Die Auswahl der Maßnahmen für weiterführende Psychodiagnostik oder Therapien wurden vorab von dem ärztlichen Leiter der PsychU-Studie mit niedergelassenen Kinder- und

Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen (n = 5) in Lübeck, die nicht an der PsychU-Studie teilnahmen, zusammengetragen und abgestimmt. Der Leitfaden für die telefonische Nachbefragung der Eltern wurde durch das Projektteam für die Studie entwickelt und vorab anhand von fünf Befragungen mit Eltern aus der Interventionsgruppe pilotiert. Im Rahmen der umfassenden Einarbeitung erhielten alle studentischen Hilfskräfte, die als interviewende Person die telefonische Nachbefragung durchführten, in Form von Standard Operating Procedures (SOPs) standardisierte Sätze zur Begrüßung, zur Vorstellung der Studie und zu mögliche Rückfragen und Reaktionen während des Interviews. Für eine optimale Stichprobenausschöpfung wurden die Eltern unter den angegebenen Telefonnummern an verschiedenen Tagen und zu verschiedenen Uhrzeiten versucht zu erreichen. Nach etwa fünf erfolglosen Kontaktversuchen zu verschiedenen Tagen und Uhrzeiten wurde die Kontaktaufnahme eingestellt.

In der PsychU-Instrumentenprüfung fand zur Sicherstellung der richtigen Dateneingabe von MEF und CBCL stichprobenartig eine doppelte Dateneingabe statt. Die qualitativen Interviews wurden in der Regel durch mindestens zwei Projektarbeitskräfte geführt und ausgewertet. Dabei wurden Differenzen im Projektteam bis zur Konsensbildung diskutiert. Zur Sicherstellung einer wissenschaftlich fundierten Projektumsetzung wurden im etwa 14-tägigen Turnus arbeitsgruppeninterne Projektkonferenzen abgehalten. Zudem stand eine Steuerungsgruppe, bestehend aus den beiden Landesvertretungen des Bundesverbandes der Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen (BVKJ) in Hamburg und Schleswig-Holstein, während der gesamten Projektlaufzeit beratend zur Verfügung. Die gesamte Projektlaufzeit wurde von einem Wissenschaftlichen Beirat begleitet. Diesem gehörten Vertretungen des BVKJ auf Landes- und Bundesebene und der BVKJ Service GmbH, Vertretungen der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin an. Insgesamt fanden drei Treffen via Online-Konferenz am Beginn der Datenerhebung (17.06.2020), gegen Ende der Datenerhebung (24.11.2020) sowie nach Abschluss der Auswertung (31.08.2022) statt, um die Rekrutierungs- und Datenerhebungsstrategie sowie die Ergebnisinterpretation zu diskutieren.

## 5.4 Ethik

Das Forschungsvorhaben wurde von der Lokalen Psychologischen Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin (LPEK) geprüft und am 04.07.2020 (Aktenzeichen: LPEK-0117) befürwortet. Anschließend wurde das Vorhaben im Rahmen eines Zweitvotums an der Universität Lübeck geprüft und am 10.08.2020 (Aktenzeichen: 20-310) ebenfalls befürwortet.

## 5.5 Statistische Analysen

In der PsychU-Machbarkeitsstudie und der PsychU-Instrumentenprüfung wurden zur Prüfung von Gruppenunterschieden chi-Quadrat-Tests, t-Tests und Mann-Whitney-U Test, abhängig vom Datenniveau,

durchgeführt. Für alle Analysen wurde ein Signifikanzniveau von 5% festgelegt. Für T-Tests und das non-parametrische Äquivalent, den Mann-Whitney-U Test, wurde Pearsons  $r$  als Effektstärke berechnet. Für die Chi-Quadrat Tests wurde Cramer  $V$  angesetzt. Beide Effektmaße können in die Kategorien schwach ( $r < 0,3$ ), moderat ( $r$  zwischen 0,3 und 0,5) und stark ( $r > 0,7$ ) eingeteilt werden. In der PsychU-Instrumentenprüfung erfolgte die Prüfung der Repräsentativität der Stichprobe durch einen Vergleich der Studienpopulation mit Daten der KIGGS Studie für zwei- bis dreijährige Kinder. Zur Prüfung der Test-Retest-Reliabilität wurden Interclass correlation coefficients berechnet. In der explorativen Faktorenanalyse wurden alle 23 Items des MEF U7a einbezogen und Kaiser-Meyer-Olkin-Werte berechnet. Um das Maß der Stichprobeneigung zu beurteilen, wurden die Schwellenwerte nach Kaiser und Rice (1974) herangezogen. Alle Angaben aus den qualitativen Interviews wurden inhaltlich durch zwei Projektarbeitskräfte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) kategorisiert und vergleichend analysiert. Die Kodierung wurde von zwei Projektarbeitskräften vorgenommen und die Ergebnisse wurden gemeinsam im Team besprochen.



## 6 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Die vorab festgelegten Meilensteine blieben während des gesamten Projektzeitraums unverändert. Der erste Meilenstein (M1=Ethikantrag, Instrumentenerstellung, Datenschutz) konnte fristgerecht bis Ende Juni 2020 erreicht werden. Die Rekrutierung der Praxen (M2) begann fristgerecht mit dem Start des Projekts. Die Nachrekrutierung einer Praxis bei vorzeitiger Beendigung der Studienteilnahme lief durchgehend in der gesamten Projektlaufzeit weiter. Der dritte Meilenstein (M3 = Datenerhebung Screening) startete fristgerecht mit der ersten teilnehmenden Praxis im Oktober 2020, allerdings musste die Datenerhebung aufgrund der Corona-Pandemie deutlich gegenüber der ursprünglich geplanten Laufzeit bis März 2022 verlängert werden. Ebenso mussten die beiden folgenden Meilensteine um jeweils 10 Monate verlängert werden (M5 = Datenerhebung Akzeptanz; M6 Datenerhebung Praktikabilität), da diese stark abhängig von der Datenerhebung in den Praxen war. Durch das Abweichen von der ursprünglich geplanten Rekrutierungsstrategie, die Ausweitung des Rekrutierungszeitraumes und die veränderte Fallzahlberechnungen konnten ausreichend viele Familien rekrutiert werden, um die geplanten statistischen Analysen zu gewährleisten. Im Hinblick auf die Instrumentenprüfung wurde der siebte Meilenstein (M7 = Validierung) ebenfalls aufgrund der Corona-Pandemie um drei Monate verlängert. Die abschließende Datenauswertung (M8) und das Verfassen des Schlussberichts (M9) erfolgten durch die kostenneutrale Verlängerung mit einer Verzögerung und endete am 31.12.2022.

## 7 Ergebnisse

### 7.1 Psychodiagnostisches Screening in der U-Untersuchung (Machbarkeitsstudie)

#### 7.1.1 Beschreibung der Kinder- und Jugendarztpraxen

Insgesamt nahmen 19 Kinder- und Jugendarztpraxen in Hamburg und Schleswig-Holstein im Zeitraum September 2020 bis Juni 2022 an der Machbarkeitsstudie teil. Die Teilnahmedauer variierte, je nach individueller Absprache mit der Praxis, zwischen 3 und 20 Monaten ( $M = 9,6$  Monate;  $SD = 5,6$ ). Laut den Angaben im Strukturbogen wies keine der Praxen vorab Erfahrungen mit einer routinemäßigen tablet-basierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Rahmen der U-Untersuchung auf. Vereinzelt wurde der MEF im Vorfeld der Studie in allen Praxen im Rahmen von verpflichtenden Selektivverträgen mit bestimmten Krankenkassen eingesetzt. Die Merkmale der teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen anhand des vorab ausgefüllten Strukturbogens werden in Tabelle 3 beschrieben. Insgesamt brachen zwei Praxen (beide Interventionsbedingung) die Teilnahme vorzeitig ab. Eine Praxis gab coronabedingte Überlastungen als Grund an (SDQ-Bedingung, städtische Gemeinschaftspraxis, Abbruch nach vier Monaten), eine weitere Praxis gab praxisinterne Umstrukturierungen als Grund des vorzeitigen Abbruchs an (MEF-Bedingung, städtische Gemeinschaftspraxis, Abbruch nach 11 Monaten).

**Tabelle 3** Merkmale der teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen ( $N = 19$ )

	Praxisteam	Schwerpunkt der Praxis (falls vorhanden)	Einwohnerzahl der Gemeinde oder Stadt	Randomisierung
1	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (3)	Atemerkrankungen und Hauterkrankungen (u.a. Angebot von Schulungen)	Ca. 3,500	IG (29.09.2020 bis 10.04.2022)
2	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (3-4)	Kein Schwerpunkt	Ca. 80,000	IG (15.11.2021 bis 10.05.2022)
3	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (3)	Kein Schwerpunkt; zeitweise Kinderorthopädie und Logopädie	Ca. 9,000	IG (13.10.2020 bis 12.05.2022)
4	Ärztinnen und Ärzte (4); MFA (5-6)	Kein Schwerpunkt	Ca. 7,500	IG (27.11.2020 bis 01.06.2022)
5	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (6)	Homöopathie, Reisemedizin, psychosomatische Grundversorgung, Asthma, Neurodermitis	Ca. 10,000	IG (20.10.2020 bis 09.06.2022)
6	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (4)	Dermatologie, Nephrologie, Pulmonologie	Ca. 25,000	IG (20.04.2021 bis 17.11.2021)

7	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (4)	Neonatologie, Psychosomatik	Ca. 4,000	IG (06.10.2020 bis 14.09.2021)
8	Ärztinnen und Ärzte (3); MFA (6)	Neuropädiatrie	Ca. 33,000	IG (18.09.2020 bis 02.05.2022)
9	Ärztinnen und Ärzte (3); MFA (4)	Anthroposophische Medizin, Ernährungsberatung, Schlafberatung und Erziehungsberatung, chronische Erkrankungen	Ca. 35,000	IG (28.06.2021 bis 17.08.2022)
10	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (2)	Allergologie, manuelle Therapie, Hypnose & Hypnotherapie, Familientherapie	Ca. 16,000	IG (07.06.2021 bis 11.05.2022)
11	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (3-4)	Kein Schwerpunkt	Ca. 28,000	IG (16.12.2021 bis 21.07.2022)
12	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (7)	Kinderkardiologie, Homöopathie	Ca. 31,000	IG (30.11.2021 bis 09.06.2022)
13	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (5)	Psychotherapie und Psychosomatik	Ca. 10,000	KG (18.03.2021 bis 13.06.2022)
14	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (3-4)	Kein Schwerpunkt	Ca. 17,000	KG (18.03.2021 bis 08.06.2022)
15	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (3)	Kein Schwerpunkt	Ca. 35,000	KG (06.10.2020 bis 20.10.2021)
16	Ärztinnen und Ärzte (3); MFA (3)	Neonatologie, Pulmonologie, Allergologie, Diabetologie	Ca. 200,000	KG (12.02.2021 bis 06.05.2022)
17	Ärztinnen und Ärzte (1); MFA (0)	Homöopathie	Ca. 18,000	KG (11.11.2020 bis 24.09.2021)
18	Ärztinnen und Ärzte (2); MFA (4)	Kein Schwerpunkt	Ca. 17,000	IG (18.11.2020 bis 30.04.2021; <u>abgebrochen</u> )
19	Ärztinnen und Ärzte (5); MFA (9)	Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neonatologie, psychosomatische Grundversorgung	Ca. 35,000	IG (16.11.2021; <u>abgebrochen</u> )

Anmerkungen: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe (Treatment As Usual). MFA = Medizinische Fachangestellte, Medizinischer Fachangestellter.

### 7.1.2 Beschreibung der Familien

Insgesamt wurden 3,624 Familien durch die medizinischen Fachangestellten in den teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen auf eine mögliche Teilnahme an der PsychU-Machbarkeitsstudie angesprochen. Hiervon nahmen 3,138 Familien an der Studie teil (Teilnahmerate: 86,6 %).

Es wurden mithilfe der von den medizinischen Fachangestellten ausgefüllten Nicht-Teilnahmekarten folgende Gründe der Eltern angegeben (Mehrfachantwort möglich): Ablehnung einer wissenschaftlichen Datenerhebung (n = 207), Ablehnung einer tablet-basierten Datenerhebung (n=323), sprachliche Barrieren (n = 83), zu persönliche Informationen (n = 79), keine empfundene Notwendigkeit (n = 47), kein Interesse (n = 209) und sonstige Gründe (n = 49). Die Merkmale der teilnehmenden Familien sind in Tabelle 4 dargestellt.

Hier wird deutlich, dass es keine systematischen Unterschiede zwischen den Bedingungen hinsichtlich Alter und Geschlecht des Kindes und der U-Untersuchung, zu der die Familien in die Praxis gekommen sind, gibt. Signifikante Unterschiede gibt es jedoch bezüglich der ausfüllenden Person ( $p = .031$ ) und in der Beurteilung der Corona-bedingten Belastung des Kindes ( $p = .003$ ), da die Kinder in der Bedingung MEF signifikant weniger belastet waren als in der SDQ-Bedingung.

**Tabelle 4** Beschreibung der Familien in der Kinder- und Jugendarztpraxis (N = 3,138)

	<b>Gesamt (N = 3,138)</b>	<b>TAU (n = 941)</b>	<b>SDQ (n = 1,151)</b>	<b>MEF (n = 1,046)</b>	<b>p</b>
Alter des Kindes, M (SD) <sup>1</sup>	4,1 (1,0)	4,0 (0,9)	4,1 (1,0)	4,0 (1,0)	.343 <sup>1,a</sup>
Fehlende Werte	268 (24,1%)	10 (1,1%)	188 (16,3%)	70 (6,7%)	
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Geschlecht des Kindes					.600 <sup>2, b</sup>
Männlich	1641 (52,3)	484 (51,4)	615 (53,4)	542 (51,8)	
Weiblich	1490 (47,5)	456 (48,5)	533 (46,3)	501 (47,9)	
Divers	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Fehlende Werte	7 (0,2)	1 (0,1)	3 (0,3)	3 (0,3)	
Ausfüllende Person					.031 <sup>2, b</sup>
Mutter	2668 (85,0)	774 (82,3)	1000 (86,9)	894 (85,5)	
Vater	445 (14,2)	159 (16,9)	140 (12,2)	146 (14,0)	
Sonstig	18 (0,6)	6 (0,6)	8 (0,7)	4 (0,4)	
Fehlende Werte	7 (0,2)	2 (0,2)	3 (0,3)	2 (0,2)	
U-Untersuchung					.870 <sup>3, b</sup>
U7a	1078 (34,4)	334 (35,5)	378 (32,8)	366 (35,0)	
U8	1045 (33,3)	309 (32,8)	383 (33,3)	353 (33,7)	
U9	990 (31,5)	295 (31,3)	368 (32,0)	327 (31,3)	
Fehlende Werte	25 (0,8)	3 (0,3)	22 (1,9)	0 (0)	
Corona-bedingte Belastung des Kindes					.003 <sup>4, a</sup>
Sehr stark belastet	95 (3,0)	31 (3,3)	38 (3,3)	26 (2,5)	
Eher belastet	296 (9,4)	108 (11,5)	115 (10,0)	73 (7,0)	
Etwas belastet	1.141 (36,4)	329 (35,0)	442 (38,4)	370 (35,4)	
Kaum belastet	994 (31,7)	289 (30,7)	354 (30,8)	351 (33,6)	
Nicht belastet	578 (18,4)	181 (19,2)	192 (16,7)	205 (19,6)	
Fehlende Werte	34 (1,1)	3 (0,3)	10 (0,9)	21 (2,0)	

Anmerkungen: TAU = Treatment As Usual (Kontrollgruppe), SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, MEF = Mannheimer Elternfragebogen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung. Signifikanz basierend auf: <sup>a</sup> ANOVA; <sup>b</sup> Chi-Quadrat; Gültige Werte: <sup>1</sup> n = 2,870; <sup>2</sup> n = 3,131; <sup>3</sup> n = 3,113; <sup>4</sup> n = 3,104.

### Psychische Auffälligkeiten in den beiden Interventionsbedingungen (SDQ und MEF)

Im Folgenden werden die elternberichteten psychischen Auffälligkeiten ihrer Kinder in den beiden Interventionsbedingungen (SDQ; MEF) dargestellt.

#### Ergebnisse des SDQ

Insgesamt sind laut den Ergebnissen des SDQ 108 Kinder (9,4%) als auffällig einzuordnen, 57 (5,0%) Kinder als grenzwertig und 983 (85,4%) Kinder sind als unauffällig einzuordnen. Die Ergebnisse der Subskalen

Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen, emotionale Probleme und prosoziales Verhalten sind in Tabelle 5 dargestellt. Für den Gesamtauffälligkeitswert wurden die ersten vier Subskalen zusammengefasst.

**Tabelle 5** Elternberichtete psychische Auffälligkeiten (SDQ) (N = 1,151)

	<b>U7a</b> <b>(n = 378)</b>	<b>U8</b> <b>(n = 383)</b>	<b>U9</b> <b>(n = 368)</b>	<b>Gesamt</b> <b>(n = 1,151)</b>
<b>Subskala 1: Hyperaktivität<sup>1</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	327 (86,5%)	326 (85,1%)	315 (85,6%)	983 (85,4%)
Grenzwertig, n (%)	16 (4,2%)	16 (4,2%)	22 (6%)	57 (5,0%)
Auffällig, n (%)	35 (9,3%)	38 (9,9%)	31 (8,4%)	108 (9,4%)
<b>Subskala 2: Verhaltensprobleme<sup>2</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	178 (47,1%)	202 (52,7%)	239 (64,9%)	627 (54,5%)
Grenzwertig, n (%)	66 (17,5%)	62 (16,2%)	52 (14,1%)	187 (16,2%)
Auffällig, n (%)	134 (35,4%)	117 (30,5%)	77 (20,9%)	335 (29,1%)
<b>Subskala 3: Probleme mit Gleichaltrigen<sup>3</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	301 (79,6%)	325 (84,9%)	325 (88,3%)	966 (83,9%)
Grenzwertig, n (%)	29 (7,7%)	29 (7,6%)	17 (4,6%)	76 (6,6%)
Auffällig, n (%)	48 (12,7%)	27 (7%)	26 (7,1%)	107 (9,3%)
<b>Subskala 4: Emotionale Probleme<sup>4</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	342 (90,5%)	342 (89,3%)	312 (84,8%)	1.016 (88,3%)
Grenzwertig, n (%)	16 (4,2%)	13 (3,4%)	17 (4,6%)	47 (4,1%)
Auffällig, n (%)	20 (5,3%)	25 (6,5%)	39 (10,6%)	85 (7,4%)
<b>Subskala 5: Prosoziales Verhalten<sup>5</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	336 (88,9%)	348 (90,9%)	338 (91,8%)	1.042 (90,5%)
Grenzwertig, n (%)	32 (8,5%)	24 (6,3%)	21 (5,7%)	79 (6,9%)
Auffällig, n (%)	10 (2,6%)	9 (2,3%)	9 (2,4%)	28 (2,4%)
<b>Gesamtauffälligkeit SDQ (Subskala 1-4)<sup>6</sup></b>				
Unauffällig, n (%)	305 (80,7%)	322 (84,1%)	316 (85,9%)	959 (83,3%)
Grenzwertig, n (%)	39 (10,3%)	22 (5,7%)	34 (9,2%)	99 (8,6%)
Auffällig, n (%)	34 (9,0%)	37 (9,7%)	18 (4,9%)	91 (7,9%)

Gültige Werte: <sup>1</sup> n = 1,148; <sup>2</sup> n = 1,149; <sup>3</sup> n = 1,149; <sup>4</sup> n = 1,148; <sup>5</sup> n = 1,149; <sup>6</sup> n = 1,149. SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

## Ergebnisse des MEF

In der MEF-Bedingung bejahten 12,3 % der Eltern ein Item (U7a = 16,4 %; U8 = 9,1 %; U9 = 11,3 %). Weitere 73,9 % der Eltern bejahten mehr als ein Item (U7a = 62,8 %; U8 = 81,0 %; U9 = 78,6 %). Eine detaillierte Übersicht der bejahten Items wird in den Tabellen 6 (U7a) und 7 (U8 und U9) dargestellt.

**Tabelle 6** Bejahte Items Hauptstudie Bedingung MEF U7a

MEF-Item	N	N (stimmt)	% (stimmt)
1. Mein Kind kann mind. dreimal pro Woche schlecht schlafen	362	51	14,1
2. Mein Kind wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt mind. eine Stunde wach.	361	32	8,9
3. Mein Kind schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen.	360	57	15,8
4. Mein Kind hat meistens nur wenig Appetit.	364	70	19,2
5. Mein Kind ist untergewichtig	362	12	3,3
6. Mein Kind ist extrem wählerisch beim Essen	365	120	32,9
7. Mein Kind kann sich schlecht von der Mutter trennen	364	61	17,0
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. ¼ Stunde)	362	23	6,4
9. Mein Kind hat vor vielen Dingen panische Angst	363	19	5,2
10. Mein Kind ist überaus schreckhaft	364	13	3,6
11. Mein Kind ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	361	88	24,4
12. Mein Kind ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	362	83	22,9
13. Mein Kind scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	357	95	26,6
14. Mein Kind hat täglich einen Wutanfall	356	93	26,1
15. Mein Kind ist zuhause ständig ungehorsam	357	40	11,2
16. Mein Kind zerstört häufig Gegenstände	356	27	7,6
17. Mein Kind hat große Angst vor fremden Erwachsenen	357	54	15,1
18. Mein Kind spricht fast jede fremde Person an	356	41	11,5
19. Mein Kind geht schon nach kurzer Zeit mit einer fremden Person überall mit	356	22	6,2
20. Mein Kind wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	357	16	4,5
21. Mein Kind reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	356	6	1,7
22. Mein Kind ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (Blick ins Leere, reagiert nicht)	356	13	3,7
23. Mein Kind ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	354	50	14,1

**Tabelle 7** *Bejahte Items Hauptstudie Bedingung MEF U8 & U9*

MEF-Item	N	N (stimmt)	% (stimmt)
1. Mein Kind kann mind. dreimal pro Woche schlecht schlafen (liegt mind. eine Stunde wach)	680	79	11,6
2. Mein Kind wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt dann mind. eine Stunde wach	676	32	4,7
3. Mein Kind schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	676	110	16,3
4. Mein Kind hat meistens nur wenig Appetit	680	123	18,1
5. Mein Kind ist untergewichtig	678	26	3,8
6. Mein Kind ist extrem wählerisch beim Essen	679	246	36,2
7. Mein Kind klagt bei Aufregungen über Bauchschmerzen	680	88	12,9
8. Mein Kind kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	681	10	1,5
9. Mein Kind klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	680	9	1,3
10. Mein Kind kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	680	4	0,6
11. Mein Kind hat Migräne	672	1	0,1
12. Mein Kind hat Asthma	667	11	1,6
13. Mein Kind hat Heuschnupfen	663	19	2,9
14. Mein Kind stottert	664	18	2,7
15. Mein Kind nässt mind. einmal pro Woche ein	663	83	12,5
16. Mein Kind kotet mind. einmal pro Monat ein	663	28	4,2
17. Mein Kind hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwinkertic, Räuspertic)	665	29	4,4
18. Mein Kind kaut Fingernägel...	667	107	16,0
19. Mein Kind hat deswegen häufig blutende Verletzungen	668	10	1,5
20. Mein Kind kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen...	667	110	16,5
21. Mein Kind hat deswegen auch im Kindergarten Probleme	668	20	3,0
22. Mein Kind hat panische Angst			
- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	667	49	7,3
- vor fremden Menschen	667	12	1,8
- vor Blitz, Donner, Dunkelheit	665	45	6,8
- vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	666	63	9,5
23. Mein Kind ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich...	664	145	21,8
24. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	658	76	11,6



<b>MEF-Item</b>	<b>N</b>	<b>N (stimmt)</b>	<b>% (stimmt)</b>
25. Mein Kind ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	663	42	6,3
26. Mein Kind ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	663	128	19,3
27. Mein Kind ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	653	86	13,2
28. Mein Kind ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	665	236	35,5
29. Mein Kind ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	654	81	12,4
30. Mein Kind ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	666	123	18,5
31. Mein Kind rennt ohne zu schauen auf die Straße	662	90	13,6
32. Mein Kind scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	660	116	17,6
33. Mein Kind hat täglich einen Wutanfall	660	119	18,0
34. Mein Kind ist zuhause ständig ungehorsam	660	91	13,8
35. Mein Kind ist im Kindergarten häufig ungehorsam	656	28	4,3
36. Mein Kind hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	663	15	2,3
37. Mein Kind quält manchmal Tiere	663	12	1,8
38. Mein Kind prügelt sich häufig mit anderen Kindern...	661	13	2,0
39. Mein Kind hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen	663	31	4,7
40. Mein Kind hat Angst vor fremden Erwachsenen	662	56	8,5
41. Mein Kind hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	662	22	3,3
42. Mein Kind nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	662	99	15,0
43. Mein Kind spricht fast jede fremde Person an	662	117	17,7
44. Mein Kind geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überallhin mit	655	50	7,6
45. Mein Kind weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	658	188	28,6
46. Mein Kind sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	660	42	6,4
47. Mein Kind kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	659	10	1,5
48. Mein Kind ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	660	51	7,7
49. Mein Kind hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts alleine machen	661	53	8,0
50. Mein Kind wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	659	9	1,4

MEF-Item	N	N (stimmt)	% (stimmt)
51. Mein Kind reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	659	17	2,6
52. Mein Kind ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (Blick ins Leere, reagiert nicht)	658	26	4,0
53. Mein Kind ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	655	68	10,4
54. Mein Kind streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	639	249	39,0
55. Mein Kind kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	639	27	4,2
56. Mein Kind ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	636	28	4,4

### 7.1.3 Outcome-Parameter „Akzeptanz“

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Outcome-Parameters „Akzeptanz“ aus Sicht der Eltern dargestellt.

#### Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit von SDQ und MEF

Die Ergebnisse hinsichtlich der wahrgenommenen Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit von SDQ und MEF aus der Interventionsgruppe sind in Tabelle 8 dargestellt. Insgesamt wurden beiden Verfahren überwiegend als gut ausfüllbar und verständlich eingeschätzt, wobei der MEF gegenüber dem SDQ als leichter ausfüllbar wahrgenommen wurde ( $p < .001$ ;  $r = .113$ ).

**Tabelle 8** Wahrgenommene Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit von SDQ und MEF aus Sicht von Eltern in der Interventionsgruppe (N = 2,197)

	SDQ (n = 1,151)	MEF (n = 1,046)	p <sup>a</sup>
	n (%)	n (%)	
Ausfüllbarkeit			<.001 (.113 <sup>b</sup> )
Sehr leicht	475 (41,3)	545 (52,1)	
Leicht	462 (40,1)	354 (33,8)	
Weder leicht noch schwer	192 (16,7)	124 (11,9)	
Schwer	12 (1,0)	7 (0,7)	
Sehr schwer	0 (0)	2 (0,2)	
Fehlende Werte	10 (0,9)	14 (1,3)	
Verständlichkeit			.242
Leicht verständlich	758 (65,9)	711 (68,0)	
Verständlich	354 (30,8)	272 (26,0)	
Akzeptabel	28 (2,4)	38 (3,6)	
Schwer verständlich	3 (0,3)	3 (0,3)	
Unverständlich	2 (0,2)	4 (0,4)	
Fehlende Werte	6 (0,5)	18 (1,7)	

Gültige Werte: <sup>1</sup> n = 2,173; <sup>2</sup> n = 2,173; Signifikanz basierend auf: <sup>a</sup> Mann-Whitney-U-Test, <sup>b</sup> Pearson-Korrelationskoeffizient r

### **Ergebnisse der leitfadengestützten Telefon-Interviews mit Eltern aus allen Bedingungen**

Insgesamt wurden 348 Telefon-Interviews mit Eltern aus allen drei Bedingungen etwa zwei Wochen nach der Teilnahme an der Machbarkeitsstudie geführt. Die Charakteristik der telefonisch nachbefragten Teilstichprobe wird im Anhang beschrieben. In Tabelle 9 ist die Einschätzung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten (in Schulnoten) im Rahmen der U-Untersuchung aus Sicht der Eltern dargestellt. Es zeigt sich ein geringer Unterschied in der Bereitschaft, auch zukünftig einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit des Kindes auszufüllen ( $p = .034$ ). Hier ist die Bereitschaft in den beiden Interventionsbedingungen MEF und SDQ signifikant höher. Sonst zeigen sich hinsichtlich der Akzeptanz des Verfahrens und der eingesetzten Instrumente keine signifikanten Unterschiede.

**Tabelle 9** Erfassung psychischer Auffälligkeiten und Versorgungsprozesse aus Sicht von Eltern (N = 357)

	TAU (n = 100)	MEF (n = 129)	SDQ (n = 128)	p	Cramer's V / Pearson's r
Akzeptanz einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung (in Schulnoten), M (SD)	1,86 (0,9)	1,9 (0,7)	2,0 (0,8)	.433 <sup>a</sup>	r = .069
Wartezeit der U-Untersuchung als geeigneter Zeitpunkt zur strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten (in Schulnoten), M (SD)	1,8 (0,9)	1,8 (0,9)	1,9 (1,1)	.732 <sup>a</sup>	r = .042
Bereitschaft, zukünftig einen Fragebogen auszufüllen, n (%)	94 (94,9)	128 (99,2)	127 (99,2)	.034 <sup>b</sup>	V = .138
Fehlende Werte, n (%)	1 (1)	0 (0)	0 (0)		
Tablet gegenüber Papierformaten praktikabler, n (%)	81 (88,0)	114 (89,8)	114 (91,2)	.749 <sup>b</sup>	V = .041
Fehlende Werte, n (%)	8 (8)	2 (0,02)	3 (0,02)		
Besprechungen des Fragebogens mit dem Arzt/ der Ärztin, n (%)	97 (97)	117 (90,7)	112 (87,5)	.325 <sup>b</sup>	V = .083
Fehlende Werte, n (%)	3 (3)	12 (9,4)	12 (9,4)		
Empfehlung von weiterführenden Maßnahmen durch den Arzt/ die Ärztin, n (%)	38 (38)	58 (45)	49 (38,3)	.206 <sup>b</sup>	V = .148
Fehlende Werte, n (%)	62 (62)	71 (55)	79 (61,7)		

Anmerkungen: TAU = Treatment As Usual (Kontrollgruppe), SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, MEF = Mannheimer Elternfragebogen. M: Mittelwert; SD: Standardabweichung. Signifikanz basierend auf: <sup>a</sup> ANOVA; <sup>b</sup> Chi-Quadrat

Darüber hinaus wurden im Freitextfeld Verbesserungsvorschläge hinsichtlich einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Rahmen der U-Untersuchung benannt, die in Tabelle 10 dargestellt sind.

**Tabelle 10** Angaben der Eltern aus dem Freitextfeld (N = 127)

Anmerkung	Anzahl n(%)
Situation nicht angemessen oder zu wenig Zeit	23 (6,4)
Ausfüllbar in Abhängigkeit von Länge der Wartezeit, des Patientenaufkommens, Alters und Stimmung des Kindes und Umfang des Fragebogens <sup>1</sup>	18 (5,0)
Screening positiv bewertet	18 (5,0)
Präferenz, den Fragebogen <b>zu Hause</b> oder nach dem Termin auszufüllen	16 (4,5)
Fragebogen negativ bewertet <sup>2</sup>	14 (3,9)
Wunsch nach Information über Befragung oder Zusenden des Fragebogens vor dem Termin	13 (3,6)
Keine oder kaum Wartezeit oder pandemiebedingt kein Wartebereich	11 (3,1)
Bedenken bzgl. Umgang mit Technik, Datenschutz beachten, Hygiene bei Tabletnutzung <sup>3</sup>	9 (2,5)
Medium, auf dem Fragebogen ausgefüllt wird sei egal	9 (2,5)
Gleichgültig, ob der Fragebogen <b>zu Hause</b> oder in Praxis ausgefüllt wird	8 (2,2)
Tablet positiv bewertet	7 (2)
Während der Untersuchung ausgefüllt, nicht in der Wartezeit <sup>4</sup>	7 (2)
Möglichkeit bieten, das Kind während des Ausfüllens im Wartezimmer zu beschäftigen	5 (1,4)
Papierformat präferiert	4 (1,1)
Mehr offene Fragen erwünscht	2 (0,6)
Einführung in den Fragebogen durch das Praxispersonal oder Infomaterial auslegen	2 (0,6)
Wunsch nach Wahlmöglichkeit bzgl. des Mediums vor Ort <sup>5</sup>	1 (0,3)
Einfache Sprache / mehr Erklärungen anbieten	1 (0,3)
Sonstiges <sup>6</sup>	12 (3,4)

<sup>1</sup>problematisch bei zu kurzer Wartezeit, zu vielen anderen Patienten im Wartezimmer

<sup>2</sup>Fragestellungen, Antwortmöglichkeiten

<sup>3</sup>Fehleranfälligkeit, Zugänglichkeit, Ausfüllen mit Kindern, Datenschutz

<sup>4</sup>Hier wurde den Patienten das Tablet erst im Behandlungsraum gegeben, Verbesserungsvorschlag: Tablet direkt zu Beginn erhalten)

<sup>5</sup>Wahlmöglichkeit zwischen Papier- und digitaler Form

<sup>6</sup>Beispielhaft: Fragebogen sei nicht für Kinder mit Pflegegrad geeignet, Elternteil habe keine Meinung, keine Verbesserungsvorschläge, Screening sollte für alle verpflichtend sein

#### 7.1.4 Outcome-Parameter „Praktikabilität“

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Outcome-Parameters „Praktikabilität“ einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten aus Sicht der medizinischen Fachangestellten (n = 25; 100% weiblich) dargestellt, die mithilfe von leitfadengestützten qualitativen Interviews erfasst wurden.

##### **Praktikabilität einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Praxisalltag**

Insgesamt gaben alle medizinischen Fachangestellten in den leitfadengestützten Interviews überwiegend an, dass die zusätzliche strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten bereits ein fester Bestandteil in der Praxisroutine geworden ist. Die Aufklärung und anschließende Bearbeitung dauerte in der Regel zwischen 5 und 10 Minuten und konnte im Rahmen der Wartezeit umgesetzt werden, ohne dass diese verlängert werden mussten. Die Eltern mussten bei der Bearbeitung und der Handhabung der Tablets in der Regel nicht unterstützt werden.

*„Das ist bei uns schon zur Routine geworden. Lediglich das Erklären und Ausfüllen der Einverständniserklärung braucht ein paar Minuten Zeit; ab und zu sind Eltern misstrauisch, wenn sie etwas unterschreiben sollen. Aber dies würde ja entfallen, wenn der Fragebogen regulär genutzt wird.“*

##### **Herausforderungen bei der Ansprache der Familien**

Insgesamt gaben alle (n = 19) medizinischen Fachangestellte an, dass in seltenen Fällen Familien nicht angesprochen wurden, wenn der Praxisalltag zu viel Aufmerksamkeit erforderte. Zudem erfolgte gelegentlich bei bekannten psychischen Problemen der Kinder und der Familien sowie bei bekannten schweren Entwicklungsstörungen vermehrt keine Ansprache.

*„Bei psychisch erkrankten Eltern sind Fragen zur Psyche schwierig - wenn ein schwieriges familiäres Umfeld vorliegt, spricht man die Eltern ungern an, Fragebogen in solchen Fällen oft auch überflüssig.“*

Auf die Nachfrage nach weiteren Herausforderungen bei der Ansprache der Eltern wurden von allen Praxisteams unzureichende Deutschkenntnisse der Familien genannt. Obwohl übersetzte Varianten der Aufklärungsbögen und der beiden Verfahren SDQ und MEF in den Sprachen Englisch, Farsi, Türkisch, Arabisch und Russisch in allen Praxen durch das Projektteam angeboten wurden, kamen diese in keiner der teilnehmenden Praxen zum Einsatz:

*„Wir haben keine fremdsprachlichen Materialien genutzt, weil diese ohnehin schwierig zu besprechen sind“*

Als ein weiterer herausfordernder Faktor bei der Ansprache benannten zwölf Praxisteams kulturelle Unterschiede.

*„In bestimmten Kulturen sind psychische Auffälligkeiten ein heikles Thema und tabuisiert. Häufig wird die Kindesmutter wird hierfür verantwortlich gemacht und stigmatisiert.“*

Zudem wurde von drei Praxen der soziale Hintergrund und ein niedriger Bildungshintergrund als ein herausfordernder Faktor bei der Ansprache genannt.

#### 7.1.5 Outcome-Parameter „Nutzen und Relevanz“

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Outcome-Parameters „Nutzen und Relevanz“ einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte dargestellt, die mithilfe von leitfadengestützten qualitativen Interviews erfasst wurden (n = 16, davon 11 Interviews mit der Interventionsgruppe und fünf Interviews mit der Kontrollgruppe).

#### **Ergebnisbesprechung und Dokumentation in der Interventionsgruppe**

Insgesamt gaben acht von elf Ärztinnen und Ärzten in der Interventionsgruppe an, die Besprechung der Ergebnisse routinemäßig in die U-Untersuchung zu integrieren. Weitere zwei Ärztinnen und Ärzte gaben an, die Ergebnisse nur bei bestehenden Auffälligkeiten zu besprechen. Ein Arzt gab an, die Ergebnisse aus Zeitmangel nicht regulär zu besprechen. Insgesamt wurde von keiner der teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten bedeutsame Probleme beim Besprechen der Ergebnisse angegeben, da in der Regel ein gutes und langjähriges Vertrauensverhältnis zwischen Praxisteams und den Familien bestehe.

Hinsichtlich der Dokumentation gaben acht der elf befragten Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten an, die Ergebnisse nur bei bestehenden Auffälligkeiten in der Patientenakte festzuhalten. Weitere drei Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten gaben an, alle Ergebnisse zu dokumentieren. Im Hinblick auf den SDQ wurde benannt, dass eine Schnittstelle mit der praxisinternen Software im Hinblick auf eine langfristige Implementierung unabdingbar sei. Im Hinblick auf den MEF wurde die defizitorientierte Befragung kritisiert:

*„Es werden nur Defizite des Kindes abgefragt. Das verunsichert viele Eltern, die einige Items bejahen und sich dann fragen: Ist mein Kind normal?“*

#### **Nutzen und Relevanz**

Die meisten Ärztinnen und Ärzte (n = 10) gaben an, dass die Ergebnisse der strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten hilfreich sei, um den bestehenden Eindruck zu objektivieren.

*„Das Ergebnis überrascht nicht, aber es hilft, das subjektive Bauchgefühl zu bestätigen“*

Ein Mehrwert bestehe unabhängig vom eingesetzten Instrument dahingehend, dass der Einsatz sowohl die Familien als auch die Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte für die Thematik sensibilisiere.

*„Das (...) hilft, die Aufmerksamkeit auch nochmal auf das Thema psychische Gesundheit zu richten“*

Zudem diene der Einsatz eines strukturierten Verfahrens als ein hilfreicher Einstieg, um über schwierige Themen ins Gespräch zu kommen.

*„Die Verfahren sind ein guter „Eisbrecher“ – insbesondere um über herausfordernde oder schambehaftete Themen ins Gespräch zu kommen“*

Als herausfordernde Aspekte einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde instrumentenübergreifend benannt, dass keine Vergütung für den Mehraufwand besteht (n = 12) sowie unzureichend Zeit, um Ergebnisse in der U-Untersuchung zu besprechen (n = 12).

*„Ohne eine entsprechende Vergütung sehe ich nicht, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen einen solchen Bogen regelhaft einsetzen.“*

Darüber hinaus bestehe die Problematik, dass aufgrund langer Wartezeiten eine Weiterleitung in psychotherapeutische Hilfe oder andere Maßnahmen häufig schwierig ist.

*„Dies stellt schon fast eine ethische Problematik dar: Es wird eine Thematik angesprochen, die anschließend nicht bedarfsgerecht aufgefangen werden kann.“*

#### 7.1.6 Outcomeparameter „Wirkung“

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Outcomeparameters „Wirkung“ dargestellt, der durch die empfohlenen ärztlichen Maßnahmen zur weiterführenden Psychodiagnostik und -behandlung in allen drei Bedingungen nach Abschluss der U-Untersuchung tablet-basiert erfasst wurde. Weiterhin wurden Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte in der Interventionsgruppe um eine vergleichende Einschätzung von MEF und SDQ gebeten. Abschließend wurden alle Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte befragt, welche Voraussetzungen für eine dauerhafte Implementierung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten aus ihrer Sicht erfüllt sein müssten.

#### **Ärztliche Maßnahmen zur vertiefenden Psychodiagnostik/-behandlung**

In der Tabelle 11 sind die empfohlenen ärztlichen Maßnahmen zur weiterführenden Psychodiagnostik und -behandlung in den drei Bedingungen TAU, SDQ und MEF darstellt. Hierbei wurde unterteilt in die Kategorien „Niederschwellige Angebote in der eigenen Praxis“, „Spezialisierte Therapien“, „Pädagogische Beratung“, „Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung“ und „Maßnahmen der Jugendhilfe“. Es bestand die Möglichkeit, sich für Oberkategorien und/oder Unterkategorien zu entscheiden.



**Tabelle 11** Ärztliche Maßnahmen (N = 3,138)

	<b>Gesamt (N = 3,138) N (%)</b>	<b>TAU (n = 941) n (%)</b>	<b>SDQ (n = 1,151) n (%)</b>	<b>MEF (n = 1,046) n (%)</b>	<b>p<sup>a</sup> (TAU vs. Intervention)</b>
Niederschwellige Angebote in der eigenen Praxis	984 (31,4)	129 (13,7)	404 (35,1)	451 (43,1)	<.001
Beratung in der eigenen Praxis	966 (30,8)	125 (13,3)	394 (34,2)	447 (42,7)	
Kontakt zu Kindertagesstätte/ Schule	47 (1,5)	23 (2,4)	14 (1,2)	10 (1,0)	
Spezialisierte Therapien	280 (8,9)	105 (11,2)	83 (7,2)	92 (8,8)	<.001
Ergotherapie	102 (3,3)	28 (3)	40 (3,5)	34 (3,3)	
Logotherapie	224 (7,1)	91 (9,7)	65 (5,6)	68 (6,5)	
Pädagogische Beratung	177 (5,6)	73 (7,8)	53 (4,6)	51 (4,9)	<.001
Beratungsstelle	61 (1,9)	17 (1,8)	28 (2,4)	16 (1,5)	
Frühförderung	112 (3,6)	54 (5,7)	26 (2,3)	32 (3,1)	
Elterntaining	42 (1,3)	13 (1,4)	11 (1)	18 (1,7)	
Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung	37 (1,2)	20 (2,1)	7 (0,6)	10 (1)	<.001
Kinder- und Jugendpsychotherapie	4 (0,1)	0 (0)	2 (0,2)	2 (0,2)	
Verschreibung von psychiatrischer Medikation	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Einweisung in stationäre Psychiatrie	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Maßnahmen der Jugendhilfe	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,2)	0 (0)	1.000
Freie Träger der Jugendhilfe	2 (0,1)	0 (0)	2 (0,2)	0 (0)	
Gefährdungsmeldung	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Andere	137 (4,4)	60 (6,4)	52 (4,5)	25 (2,4)	

Signifikanz basierend auf: <sup>a</sup> Chi-Quadrat

Aus den Freitext-Angaben liegen darüber hinaus folgende Informationen zu den ärztlich empfohlenen Maßnahmen vor (Tabelle 12). Der Großteil der Angaben bezog auf sich auf weitere medizinische Empfehlungen oder Vermittlungen sowie psychische Auffälligkeiten. Geplante Kontrolluntersuchungen wurden ebenfalls häufig vermerkt.

**Tabelle 12** Angaben zu weiteren ärztlichen Maßnahmen aus dem Freitextfeld (N = 137)<sup>1</sup>

	Anzahl (%)
Medizinische Empfehlung/Vermittlung	71 (51,8)
Pädaudiologie	19 (13,9)
Osteopathie	10 (7,3)
Sprach-/Sprechauffälligkeiten	9 (6,5)
Hals-Nasen-Ohren-Arzt/Ärztin	8 (5,8)
Humangenetik	4 (2,9)
Physiotherapie	4 (2,9)
Koordinationstraining	4 (2,9)
Neuropädiatrie	3 (2,2)
Andere <sup>2</sup>	10 (7,3)
Psychologische Auffälligkeiten	17 (12,4)
Verhaltensauffälligkeiten	11 (8,0)
Gewichtsauffälligkeit	2 (1,5)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	2 (1,5)
Selbstwert	1 (0,7)
Hochbegabungsberatung	1 (0,7)
Kontrolluntersuchung	15 (10,9)
Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) oder Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	14 (10,2)
Kein Behandlungsbedarf seitens Eltern	5 (3,6)
Jugendamt	2 (1,5)
Sonstiges <sup>3</sup>	36 (26,3)

Anmerkung.

<sup>1</sup>N = 137 bezieht auf die Gesamtzahl der Angaben im Freitextfeld;

<sup>2</sup>Andere Angaben, die jeweils einmal gegeben wurden, z.B. Kieferorthopädie, Urotherapie etc.

<sup>3</sup>z.B. Kind zeigt unauffällige Entwicklung, Heilpädagogik, Frühförderung etc.

### 7.1.7 Vergleichende Bewertung von MEF und SDQ

In Tabelle 13 wird eine vergleichende Bewertung von MEF und SDQ durch die Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten (n = 14) in der Interventionsgruppe dargestellt. Generell ist daraus abzulesen, dass beide Instrumente sowohl positive als auch negative Aspekte aufweisen, weitestgehend aber sehr ähnlich seitens der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten bewertet wurden. Es zeigte sich eine leichte Tendenz zugunsten des MEF hinsichtlich der Praktikabilität im Praxisalltag, der jedoch vorwiegend darin bestand, dass dieses Verfahren ohne Tablets eingesetzt werden kann. Ansonsten wurde vor allem die MEF-Version für die U8- und U9-Untersuchung als zu lang empfunden. Die 25 Items des SDQ wurden als verständlich, kurz und umfassend eingestuft.

**Tabelle 13** Vergleichende Bewertung der strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten durch Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten (n = 14)

Leitfragen	Bewertung des SDQ, M (SD) (in Schulnoten)	Rückmeldung zum SDQ	Bewertung des MEF, M (SD) (in Schulnoten)	Rückmeldung zum MEF
<b>Praktikabilität im Praxisalltag</b>	2,1 (0,5)	Zeitökonomisches Instrument mit 25 Items (+) Skalenbildung und Item-Inventierung notwendig, daher nur digitaler Einsatz möglich (-)	2,9 (0,5)	Einfache Auswertung; bessere Handbarkeit (+) Relevanz des kindlichen Verhaltens im Alltag müsste besser erfasst werden (-) Version U8/U9 deutlich zu lang (56 Items) (-)
<b>Akzeptanz/ Verständlichkeit der Items durch die Eltern</b>	2,4 (0,6)	Validiertes Instrument; Fragen sind gut verständlich (+) Es werden auch Stärken durch die Skala Prosoziales Verhalten erfasst (+)	2,7 (0,6)	Klar beschriebene Verhaltensweisen (+) Einfache Fragen nach (psycho-)somatischen Symptomen erleichtern Zugang zu teilweise herausfordernden Themen; weniger Stigmatisierung (+) Viele Items sind zu direktiv formuliert, dies erhöht das Risiko für sozial erwünschte Antworten (-) Es fehlen Items zum Sozialverhalten und zu emotionalen Probleme (-) Viele Items bilden unproblematisches Alltagsverhalten ab (-) Fragebogen ist zu lang (-)
<b>Mehrwert für U-Untersuchung</b>	2,7 (0,9)	<b>Beide Verfahren:</b> Erleichtern den Zugang zum Thema („Eisbrecher“) bzw. sensibilisieren; objektivieren den eigenen Eindruck Nicht ausreichend Zeit, um Ergebnisse differenziert zu besprechen; zudem Weiterleitung häufig nicht möglich (ethisches Problem)	2,2 (0,9)	<b>Beide Verfahren:</b> Erleichtern den Zugang zum Thema („Eisbrecher“) bzw. sensibilisieren; objektivieren den eigenen Eindruck Nicht ausreichend Zeit, um Ergebnisse differenziert zu besprechen; zudem Weiterleitung häufig nicht möglich (ethisches Problem)
<b>Unterstützung bei Weiterleitung zur Psychodiagnostik/-therapie</b>	2,6 (0,6)		2,5 (0,6)	

Anmerkung: Mit „(+)" markierte Aussagen zeigen Aspekte an, die als positiv wahrgenommen werden. Mit „(-)" markierte Aussagen zeigen Aspekte an, die als negativ wahrgenommen werden. MEF = Mannheimer Elternfragebogen; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire.

### 7.1.8 Voraussetzungen zur Implementierung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten

Im Hinblick auf die Voraussetzungen zur Implementierung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung aus Sicht von Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten werden folgende drei Ebenen unterschieden: Makroebene (= Gesundheitssystem); Mesoebene (= Praxisebene) und Mikroebene (= Patientinnen- und Patienten-Ebene). Im Hinblick auf die Ebene des Gesundheitssystems wurden eine angemessene Vergütung und ein ausreichendes lokales oder praxisinternes Angebot, um Versorgung bei bestehenden psychischen Auffälligkeiten zu gewährleisten. Im Hinblick auf die Mesoebene wurde eine Schnittstelle mit dem Dokumentationssystem sowie eine Schulung des Praxisteams zur Interpretation (z.B. Unterschied Screening vs. Diagnostik; Interpretation und Umgang mit Ergebnissen) benannt. Im Hinblick auf das Instrument selbst wurde der Einbezug von Ressourcen und Stärken des Kindes benannt, sodass nicht eine ausschließlich defizitorientierte Abfrage entsteht. Zudem sollten Möglichkeiten für Familien mit Sprachbarrieren entwickelt werden.

## 7.2 Instrumentenprüfung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Instrumentenprüfung dargestellt. Diese umfasst einerseits eine psychometrische Prüfung des MEF. Weiterhin wurde die Inhaltsvalidität mithilfe von qualitativen Interviews mit testnaiven Eltern, die Kinder im Alter der U7a haben sowie mit testnaiven Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten aus der TAU-Bedingung geführt.

### 7.2.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen 369 Eltern in den Kindertagesstätten an der PsychU-Instrumentenprüfung teil. In Tabelle 14 sind die soziodemographischen Merkmale dieser Stichprobe gegenüber einer Referenzstichprobe der KIGGS-Studie für 2-3-jährige Kinder – Welle 1 dargestellt. Mit Ausnahme der Geschlechterverteilung wich die Verteilung der soziodemographischen Variablen der Stichprobe dahingehend von Referenzdaten aus der KIGGS Studie ab, dass in der PsychU- gegenüber der KIGGS Stichprobe ein höheres Bildungsniveau und ein höheres monatliches Nettoeinkommen vorlag und die Familien überwiegend im städtischen Raum wohnten (Tabelle 14).

**Tabelle 14** Darstellung der soziodemographischen Merkmale der Stichprobe (N = 369)

Soziodemographische Merkmale	PsychU		KIGGS*		
	M	SD			
Alter des Kindes in Monaten (N = 368)					
U7	24,8	0,1			
U7a	36,7	0,2			
Alter der Eltern					
Mutter (N = 343)	35,7	4,4			
Vater (N = 335)	38,6	6,0			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>χ<sup>2</sup></b>	<b>p-wert</b>
Geschlecht des Kindes (N = 368)				1,367	0,242
Weiblich	186	50,5	47,5		
Männlich	182	49,5	52,5		
Familiensituation				32,850	<0,001
Bei den leiblichen Eltern lebend	343	93,0	91,0		
Bei der Mutter leben (alleinerziehend)	14	3,8	6,9		
Bei dem Vater lebend (alleinerziehend)	1	0,3	0		
Bei der Mutter mit Partner oder Partnerin	2	0,5	1,6		
Bei dem Vater mit Partner oder Partnerin	1	0,3	0		
Sonstiges	8	2,2	0,5		
Haushaltsgröße (N = 362)					
2	10	2,8			
3	157	43,4			
4	153	42,3			
5	34	9,4			
6 oder mehr	8	2,3			
Gemeindegroße (N = 343)				1189,5	<0,001
< 5.000 Einwohner	20	5,8	26,2	0	
≥ 5.000 Einwohner bis < 20.000 Einwohner	15	4,4	30,0		
≥ 20.000 Einwohner bis < 100.000 Einwohner	7	2,0	26,5		
≥ 100.000 Einwohner	301	87,8	17,3		
Höchster Bildungsabschluss der Eltern (N = 358)				120,83	<0,001
Anderen Schulabschluss, Schüler, keinen Abschluss	3	0,8	0,4		
Haupt-/Volksschul-/ ersten allgemeinen Abschluss	5	1,4	5,1		
Realschulabschluss	41	11,5	34,2		
Fachhochschulreife	33	9,2	10,9		
Abitur	276	77,1	49,4		
Höchster beruflicher Abschluss der Eltern (N = 356)				281,56	<0,001
anderer Ausbildungsabschluss	1	0,3	0,4		
Ohne Berufsabschluss und nicht in Ausbildung	2	0,6	0,9		
Noch in beruflicher Ausbildung	1	0,3	0,9		
Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre)	48	13,5	27,6		
Beruflich-schulische Ausbildung	27	7,6	11,8		
Abschluss einer Fachhochschule, Berufs- oder	23	6,5	18,0		
Fachakademie	18	5,1	13,4		
Abschluss an einer Fachhochschule, Ingenieurschule	236	66,3	27,0		
Abschluss an einer Universität oder Hochschule					
Haushalts-Nettoeinkommen (N = 362)				885,32	<0,001
< 1.000€	2	0,6	2,4		
≥ 1.000 € bis < 1.500€	4	1,1	6,6		
≥ 1.500 € bis < 2.000€	11	3,0	10,2		
≥ 2.000 € bis < 3.000€	30	8,3	35,6		
≥ 3.000 € bis < 4.000€	71	19,6	26,3		
≥ 4.000 € bis < 5.000€	80	22,1	11,9		
≥ 5.000	164	45,3	7,2		

Anmerkungen: KIGGS Daten aus Welle 1 für 2 bis 3 Jährige Kinder

### 7.2.2 Konstruktvalidität

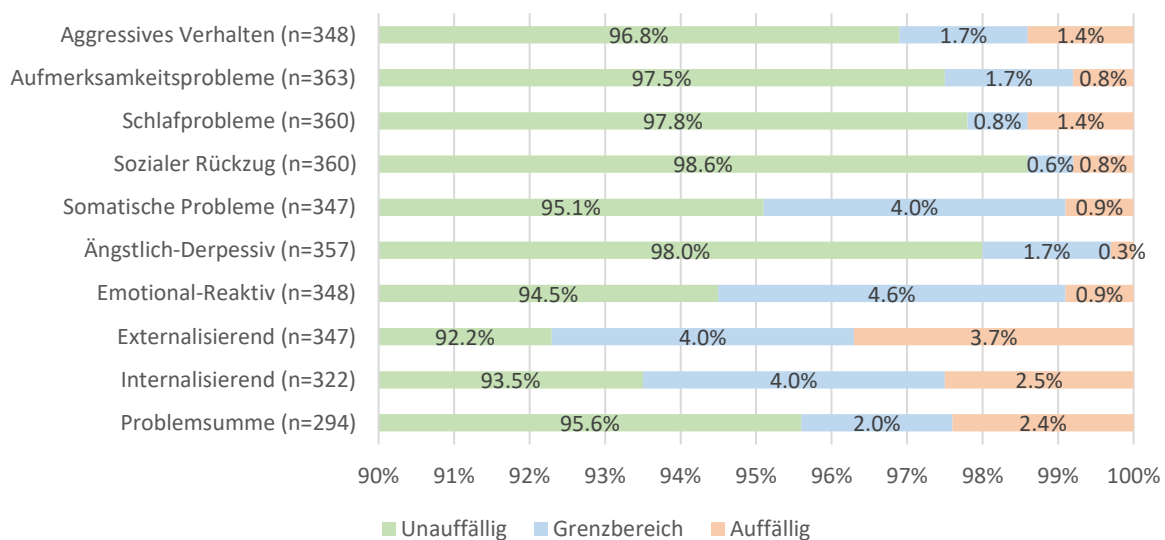
Die absoluten und relativen Häufigkeiten der Zustimmung der einzelnen MEF-Items sind in Tabelle 15 dargestellt. Die Zustimmung zu einzelnen Items variierten zwischen 0,5% bei Item 21 und 30,2% bei Item 14. Eine eher hohe Zustimmung (>20%) war zudem bei Item 6 und Item 13 festzustellen.

**Tabelle 15** Häufigkeiten der Zustimmung zu MEF-Items in absoluten Zahlen und Prozenten

MEF-Item	N	N (stimmt)	% (stimmt)
1. Mein Kind kann mind. dreimal pro Woche schlecht schlafen	368	40	10,9
2. Mein Kind wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt mind. eine Stunde wach.	369	12	3,3
3. Mein Kind schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen.	365	60	16,4
4. Mein Kind hat meisten nur wenig Appetit.	367	31	8,4
5. Mein Kind ist untergewichtig	369	13	3,5
6. Mein Kind ist extrem wählerisch beim Essen	368	77	20,9
7. Mein Kind kann sich schlecht von der Mutter trennen	366	50	13,7
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. ¼ Stunde)	369	13	3,5
9. Mein Kind hat vor vielen Dingen panische Angst	369	10	2,7
10. Mein Kind ist überaus schreckhaft	369	12	3,3
11. Mein Kind ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	369	59	16,0
12. Mein Kind ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	368	70	19,0
13. Mein Kind scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	363	74	20,4
14. Mein Kind hat täglich einen Wutanfall	368	111	30,2
15. Mein Kind ist zuhause ständig ungehorsam	368	43	11,7
16. Mein Kind zerstört häufig Gegenstände	368	28	7,6
17. Mein Kind hat große Angst vor fremden Erwachsenen	368	20	5,4
18. Mein Kind spricht fast jede fremde Person an	368	52	14,1
19. Mein Kind geht schon nach kurzer Zeit mit einer fremden Person überall mit	365	34	9,3
20. Mein Kind wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	368	23	6,3
21. Mein Kind reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	367	2	0,5
22. Mein Kind ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (Blick ins Leere, reagiert nicht)	369	16	4,3
23. Mein Kind ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	367	22	6,0

Laut den Ergebnissen der CBCL 1½-5 (Skala Problemsumme) waren 2,4 % der Kinder als auffällig einzustufen, 2,0 % befanden sich im Grenzbereich und 95,6 % waren als unauffällig einzustufen. In

Abbildung 2 ist die Einteilung der Stichprobe getrennt nach den einzelnen Subskalen dargestellt. Um zu überprüfen, inwieweit die Anzahl der bejahten Items im MEF mit der Skala Problemsumme der CBCL 1½-5 im Verhältnis steht, wurden diese beiden Werte miteinander in Korrelation gesetzt. Hierbei ergab sich eine signifikante positive Korrelation ( $p < 0,001$ ;  $r = 0,276$ ), welche als schwach und damit nicht hinreichend für einen Beleg der Konstruktvalidität eingestuft wird. Dazu ist anzumerken, dass eine Aufsummierung der bejahten Items im MEF nicht der standardisierten Auswertung des Fragebogens entspricht und dies ausschließlich zur Bewertung des Zusammenhangs der beiden Instrumente an dieser Stelle genutzt wurde.



**Abbildung 2** Einteilung der Stichprobe mithilfe der CBCL 1½-5

Im Vergleich zu US-Normwerten fallen die Mittelwerte der einzelnen Skalen in Stichprobe durchgehend signifikant niedriger aus. Normen aus Deutschland liegen nur für die CBCL 6-18R vor. Die Mittelwerte dieser Stichprobe sowie der US-Normstichprobe sind in Tabelle 16 vergleichend dargestellt.

**Tabelle 16** Normvergleich der CBCL 1½-5 Syndromskalen durch Einstichproben t-Test

CBCL-Skala	Mittelwert	Mittelwert	t-Wert	p-Wert
	PsychU-Stichprobe	Normstichprobe		
Aggressives Verhalten (n = 348)	8,5	10,4	-6,4	<0,001
Aufmerksamkeitsprobleme (n = 363)	1,6	2,5	-11	<0,001
Schlafprobleme (n = 360)	2,6	2,8	-2,1	<0,05
Sozialer Rückzug (n = 360)	1,0	1,5	-7,7	<0,001
Somatische Probleme (n = 347)	1,3	1,8	-5,5	<0,001
Ängstlich-Depressiv (n = 357)	1,4	2,9	-17,3	<0,001
Emotional-Reaktiv (n = 348)	1,7	2,4	-6,6	<0,001
Externalisierend (n = 347)	10,0	12,9	-8,01	<0,001
Internalisierend (n = 322)	5,2	8,6	-13	<0,001
Problemsumme (n = 294)	22,4	33,3	-12,6	<0,001

### Psychometrische Kennwerte

#### Test-Retest

Insgesamt füllten 222 Eltern zwei Wochen nach Erhalt des ersten Fragebogenpaketes auch den zweiten Fragebogen aus (60% der Gesamtstichprobe). Die Interclass correlation coefficients (ICC's) lagen zwischen 0,163 (Item 9) und 0,793 (Item 5). Eine schwache Test-Retest Reliabilität nach Cohen (Cohen, 1960) wiesen sechs Items auf (Item 2, 8, 9, 17, 20 und 21), eine moderate Test-Retest Reliabilität wiesen 15 Items auf (Item 1, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19 und 23) und eine gute Test-Retest Reliabilität wiesen zwei Items (Item 5 und 22) auf. Insgesamt fällt die Zustimmung zu den Items zum zweiten gegenüber dem ersten Erhebungszeitpunkt höher aus. In Tabelle 17 die anteilige Zustimmung zur Baseline- und der Test-Retest Erhebung sowie die ICC's für das Retestsampl pro Item dargestellt.



**Tabelle 17** Anteil der Zustimmung zur Baseline und Test-Retest Erhebung und ICC's (N = 222)

MEF-Item	% (JA) Baseline	% (JA) Retest	ICC	Bewertung
1	12,2%	13,7%	0,6	Moderat
2	3,2%	3,7%	0,3	Schwach
3	14,9%	26,1%	0,6	Moderat
4	8,1%	14,3%	0,7	Moderat
5	3,6%	4,3%	0,8	Gut
6	19,8%	28,6%	0,7	Moderat
7	13,5%	21,7%	0,6	Moderat
8	3,2%	5,0%	0,2	Schwach
9	3,2%	2,5%	0,1	Schwach
10	1,4%	3,7%	0,7	Moderat
11	14,4%	24,2%	0,6	Moderat
12	22,5%	26,7%	0,7	Moderat
13	20,7%	19,9%	0,6	Moderat
14	32,4%	37,3%	0,7	Moderat
15	13,1%	19,3%	0,7	Moderat
16	7,7%	7,5%	0,6	Moderat
17	4,1%	5,6%	0,3	Schlecht
18	11,7%	13,0%	0,7	Moderat
19	10,8%	11,2%	0,5	Moderat
20	8,1%	9,3%	0,4	Schlecht
21	0,9%	2,5%	0,3	Schlecht
22	4,5%	6,2%	0,8	Gut
23	5,4%	9,9%	0,6	Moderat

Anmerkungen: Einordnung nach Cohen (Cohen, 1969), CC = Interclass correlation coefficient (Koo & Li, 2016)

### Explorative Faktorenanalyse

In der explorativen Faktorenanalyse wurden alle 23 Items des MEF U7a einbezogen. Die Überprüfung der inversen Korrelationsmatrix ergab, dass die Werte außerhalb der Diagonalen deutlich näher bei 0 lagen (Spanne:  $-0,498 - 0,218$ ) als die Werte auf der Diagonalen (Spanne:  $1,110 - 1,753$ ). Dies ist ein Hinweis, dass die Variablen sich grundsätzlich für eine Faktorenanalyse eignen. Der KMO-Wert lag bei 0,582 und ist nach Kaiser und Rice (1974) als schwach einzustufen. In der Hauptkomponentenanalyse lag die Kommunalität (die durch die extrahierten Faktoren erklärte Varianz der Variablen) zwischen 0,372 (Item 11) und 0,764 (Item 3). Die Hauptkomponentenanalyse wies auf das Vorliegen von neun Faktoren mit Eigenwerten grösser als 1,0 hin, wobei einige Eigenwerte nur knapp über dem Wert 1,0 lagen. Durch diese neun Faktoren konnte insgesamt 60,1% der Varianz erklärt werden (siehe Anhang III). Im Screeplot befand sich der „Ellenbogen“ bei dem dritten Faktor und deutet somit auf eine zwei-Faktoren Lösung hin (siehe Anhang IV). In Anhang V ist die rotierte Komponentenmatrix mit neun Faktoren zu sehen. Es sind einige Querladungen zu sehen, die vorliegt, wenn eine Variable zwei oder mehr Faktorladungen aufweist, die stärker als  $\pm .30$  sind. Zudem laden auf manche Faktoren weniger als vier Variablen, im Falle von Faktor 9 nur eine Variable. Inhaltlich lässt sich eine gewisse Übereinstimmung mit den in der Handanweisung beschriebenen Störungen erkennen wie zum Beispiel bei Faktor 2 und Faktor 3. Jedoch gibt es auch

größere Abweichungen in der Struktur (siehe Anhang V). So setzt sich zum Beispiel der erste Faktor aus Items zusammen, die laut Handanweisung den Störungen Phobien, Schüchternheit und Autismus zuzuordnen sind. Die Items zum Autismus wiederum ordnen sich vier verschiedenen Faktoren zu. Insgesamt lässt sich keine zufriedenstellende, inhaltlich sinnvolle und statistisch vertretbare Struktur ableiten.

### 7.2.3 Inhaltsvalidität

Zur Prüfung der Inhaltsvalidität des MEF wurden zwei Stichproben herangezogen. Zum einen wurden Eltern von Kindern im Alter der U7a aus den Kindertagesstätten unmittelbar nach dem Ausfüllen des Fragebogens nach ihrer Einschätzung des MEF gefragt. Weiterhin wurden aus der Kontrollgruppe der PsychU-Machbarkeitsstudie 16 Eltern von Kindern im Klein- und Vorschulalter sowie alle teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte qualitativ befragt.

#### **Ergebnisse der Kindertagesstätte-Stichprobe**

In Tabelle 18 sind die quantitativen Ergebnisse zum Cognitive Debriefing zu sehen. Mehrheitlich fanden die Eltern es sehr leicht oder leicht den Fragebogen auszufüllen.

**Tabelle 18** Ergebnisse des Cognitive Debriefings zum MEF

<b>Cognitive Debriefing</b>	n	%
<b>Ausfüllbarkeit der Fragen (N = 368)</b>		
sehr leicht	162	44,0
leicht	153	41,6
weder leicht noch schwer	46	12,5
schwer	6	1,6
sehr schwer	1	0,3
<b>Verständlichkeit der Fragen (N = 367)</b>		
leicht verständlich	226	61,6
verständlich	124	33,8
akzeptabel	16	4,4
schwer verständlich	0	0,0
unverständlich	1	0,3
<b>Adäquate Erfassung der psychosozialen Entwicklung des Kindes (N = 358)</b>		
stimme absolut zu		
stimme stark zu	38	10,6
stimme ziemlich zu	102	28,5
stimme etwas zu	139	38,8
stimme gar nicht zu	65	18,2
	14	3,9
<b>Relevanz der angesprochenen Themen hinsichtlich der psychosozialen Entwicklung des Kindes (N = 359)</b>		
stimme absolut zu	54	15,0
stimme stark zu	114	31,8
stimme ziemlich zu	125	34,8
stimme etwas zu	55	15,3
stimme gar nicht zu	11	3,1
<b>Nicht angesprochene Fragen oder Themen, die für die psychosoziale Entwicklung wichtig sind (N = 336)</b>		
stimme absolut zu	30	8,9
stimme stark zu	42	12,5
stimme ziemlich zu	78	23,2
stimme etwas zu	77	22,9
stimme gar nicht zu	109	32,4

#### 7.2.4 Rückmeldung zum MEF seitens Eltern und Ärztinnen und Ärzten

Im Folgenden sind allgemeine Rückmeldungen zum MEF aus Sicht von Eltern und Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten aufgeführt.

##### **Generelle Rückmeldungen der Eltern**

Insgesamt wurde die Länge des MEF von den Eltern als gut machbar eingeordnet. Zudem erfasse der MEF die psychosoziale Entwicklung des Kindes gut. Hinsichtlich der Formulierung wurde häufig sich eine Konkretisierung oder das Hinzufügen von Beispielen gewünscht.

*„Was heißt "ständig", was ist "extrem"? Da hätte ich gerne was Konkreteres.“*

*„Manche [Fragen] jedoch unpassend formuliert.“*

*„Empfinde ich als teilweise zu pauschal, um Aussagen über normale bzw. problematische Entwicklungen treffen zu können.“*

Zudem wurde angegeben, dass eine ausschließlich defizitorientierte Abfrage im Kontext von U-Untersuchungen als emotional belastend empfunden werden können:

*„Ich habe viel Sorgen um meinen Sohn und Sorge und Zweifel, wenn es um seine Entwicklung geht.“*

Weiterhin wurden Abstufungen beim Antwortformat gewünscht, um eine differenzierte Rückmeldung geben zu können, die auch die eigene Perspektive einbeziehen kann:

*„Bei einigen Fragen bräuchte man noch eine andere Antwortmöglichkeit.“*

*„Ich hätte gerne eine Spalte, in der ich eintragen könnte, ob das für mich als Elternteil ein Problem darstellt.“*

Positiv hervorgehoben hingegen wurde die Verständlichkeit und Länge der Items:

*„Es war gut verständlich, weil sie [die Fragen] klar, deutlich und knapp formuliert waren.“*

Einige Items wurden als unpassend zur Erfassung von problematischen Verhaltensweisen benannt, sondern eher die Autonomiephase als eine wichtige Entwicklungsphase in den Fokus gestellt. Hier könnte es beispielsweise helfen, in der Instruktion darauf hinzuweisen, dass bei der Einschätzung des Verhaltens Bezug auf gleichaltrige Kinder als eine Referenzgruppe genommen werden soll.

*„Einige Verhaltensweisen sind dem Alter entsprechend normal, z.B. Wutanfälle während der Autonomiephase“*

Zudem wünschten sich die Eltern Freitextfelder, in denen eigene Beobachtungen eingefügt werden können

*„Keine Möglichkeit eigene Beobachtungen zu ergänzen, nach denen nicht gefragt wird.“*

Weiterhin wurde der Wunsch geäußert, mithilfe von Freitextfeldern offen relevante Lebensereignisse, wie beispielsweise die Corona-Pandemie, zu erfragen. Auch wenn dies eine temporäre Situation darstellt, wären Angaben zur aktuellen Situation oder einschneidende Lebensereignisse wichtig, um das Verhalten im Kontext einordnen zu können.

*„Mir fehlt die Quarantäne“*

*„Es fehlt ein freies Feld, z.B. gab es im erfragten Zeitraum einschneidende Erlebnisse (Umzug, Geburt eines Geschwisterkindes, etc.)?“*

## **Generelle Rückmeldungen der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten**

Positiv hervorgehoben wurde von Seiten der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten das zeitökonomische Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung des MEF. Viele bemängelten jedoch die Fokussierung auf problematisches Verhalten. Dies könne Eltern im Kontext einer U-Untersuchung verunsichern und belasten. Um einen besseren Gesprächseinstieg zu gewährleisten und ein ganzheitliches Bild zu erhalten sollten daher ergänzend die Ressourcen und Stärken des Kindes adressiert werden.

*„Ich finde den MEF dahingehend schwierig, dass nur Probleme, nicht aber positive Entwicklungen angesprochen werden. Das kann die Eltern sehr verunsichern.“*

*„Mir fehlen hier die Stärken des Kindes, vor allem in Bezug auf das Sozialverhalten. Ist es empathisch, nimmt es Rücksicht auf andere Kinder ... all das kann ich in der Verhaltensbeobachtung in der U-Untersuchung nicht sehen.“*

*„Einstellung zur Kindertagesstätte: Geht das Kind gerne/ ungerne hin, fühlt es sich dort wohl?“*

Insgesamt seien aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte zu viele Items zu spezifischen Themen vorhanden (z.B. Autismus). Für eine U-Untersuchung seien jedoch insbesondere Fragen zur sozialen Interaktion im familiären Umfeld und in der Kindertagesstätte relevant bzw. Verhalten, das in der Untersuchung nicht unmittelbar beobachtet werden könne. Familiäre Hintergrundinformationen oder einschneidende Lebensereignisse seien wichtig zur Beurteilung der Problematik eines Verhaltens.

*„Wie ist das Verhalten bei einer Trennung vom Vater? Oder beim (Wieder-) treffen auf weitere Familienmitglieder, z.B. Oma, Cousine/Cousins, etc.?“*

*„Mir fehlt der Umgang mit anderen Kindern und das damit einhergehende Sozialverhalten.“*

Da im Kleinkindalter viele schnell aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte zu verzeichnen sind wünschten sie die Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzte eine kürzere abgefragte Zeitspanne.

*„Das sind teils ganz normale Phasen des Kindes. Ich finde, 6 Monate sind eine zu große Spannweite.“*

Weiterhin gebe es wichtige Themen, die unzureichend angesprochen würden. Bei einer Überarbeitung sollte insbesondere der Medienkonsum oder niedergedrückte Stimmung thematisiert werden.

*„Mir fehlt hier, nicht zuletzt aufgrund von Corona, aber auch unabhängig davon der Medienkonsum“*

*„Traurigkeit fehlt mir hier. Empfindet ihr Kind wenig Freude, oder sagt oft, dass es traurig ist?“*

## Item-spezifische Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge zum MEF

Eine detaillierte Darstellung zur Bewertung des MEF-Fragebogens sowie möglicher Änderungs- und Verbesserungsvorschläge aus Sicht der Eltern und Ärztinnen und Ärzte befindet sich in Tabelle 19. Da die Vorschläge zwecks Übersichtlichkeit und Verständlichkeit stark aggregiert wurden, wird hier auf eine Nennung der Häufigkeiten verzichtet. Insgesamt deckten sich auch viele Äußerungen der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten mit denen der Eltern, da mit einer verbesserten Ausfüllbarkeit auch die Beurteilung ärztlicherseits verbessert werden kann. Die meisten Verbesserungsvorschläge zielen auf eine zeitgemäßere und auf weniger extreme Formulierung der Items ab sowie auf das Konkretisieren anhand von Zeitspannen oder Beispielen.

**Tabelle 19** Verbesserungsvorschläge zum MEF aus Sicht von Eltern und Ärztinnen und Ärzten

Item	Rückmeldung oder Verbesserungsvorschläge
1. Kind kann mindestens dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mindestens 1 Stunde wach)	Phasenabhängig; muss in dieser Altersgruppe (dreijährige Kinder) nicht unbedingt ein pathologisches Verhalten abbilden.
2. Mein Kind wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt mind. eine Stunde wach.	Siehe Item 1.
3. Mein Kind schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen.	Unsicherheit im Antwortverhalten aufgrund der unklaren Formulierung/der doppelten Aussage: Kind schlafe in Elternbett, dies sei aber von allen Seiten akzeptiert und stelle somit kein Problem dar.
4. Mein Kind hat meistens nur wenig Appetit.	Keine Verbesserungsvorschläge.
5. Mein Kind ist untergewichtig	Im Kontext von U-Untersuchungen sei die Frage überflüssig, da das Kind ohnehin gewogen und gemessen wird.
6. Mein Kind ist extrem wählerisch beim Essen	Durch die Formulierung „extrem“ bestehe die Tendenz „stimmt nicht“ anzugeben. Zudem sei unklar, welches Essverhalten der Norm entspräche und ab wann ein Verhalten als „extrem“ einzustufen sei.
7. Mein Kind kann sich schlecht von der Mutter trennen	Item sei nicht zeitgemäß, da es nur auf die Mutter beziehe; ggf. ersetzen durch „enge Bezugspersonen“  Ggf. den Zusatz „in bekannten Situationen“ hinzufügen und einen Zeitrahmen festlegen, z.B. „an den meisten Tagen in der Woche“
8. Dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. ¼ Stunde)	Unklarheit, ob sich das Item auf das vorherige beziehe. Ggf. Item 7 und 8 zusammenfassen
9. Mein Kind hat vor vielen Dingen panische Angst	Keine Verbesserungsvorschläge
10. Mein Kind ist überaus schreckhaft	Keine Verbesserungsvorschläge
11. Mein Kind ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	Keine Verbesserungsvorschläge
12. Mein Kind ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	Keine Verbesserungsvorschläge

Item	Rückmeldung oder Verbesserungsvorschläge
13. Mein Kind scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	Keine Verbesserungsvorschläge
14. Mein Kind hat täglich einen Wutanfall	Konkretisieren was unter einem Wutanfall zu verstehen ist; Abgrenzung zu normalen und alterstypischen Entwicklungsaufgaben des Kindes erscheint insbesondere in dieser Altersgruppe wichtig
15. Mein Kind ist zuhause ständig ungehorsam	Der Wortlaut „ungehorsam“ sei veraltet und sollte ersetzt werden.
16. Mein Kind zerstört häufig Gegenstände	Keine Verbesserungsvorschläge
17. Mein Kind hat große Angst vor fremden Erwachsenen	Item 17 bis 19 könnten inhaltlich zusammengefasst werden, sodass Kapazität bleibt, um weitere (noch nicht inkludierte) Themen abzufragen.
18. Mein Kind spricht fast jede fremde Person an	Siehe 17.
19. Mein Kind geht schon nach kurzer Zeit mit einer fremden Person überall mit	Siehe 17.
20. Mein Kind wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	Missverständliche und ggf. veraltete Formulierung. Differenzierung notwendig zwischen übergriffigem Verhalten und Zärtlichkeiten, die auf Gegenseitigkeit beruhen.
21. Mein Kind reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	Item ggf. verallgemeinern (z.B. Unruhe/Angst nur in Bezug auf Veränderungen im Zimmer oder auch allgemein bei Veränderungen?)
22. Mein Kind ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (Blick ins Leere, reagiert nicht)	Der Wortlaut „Ohne Kontakt zu seiner Umgebung“ sei missverständlich. Ggf. „träumt“ oder „in sich gekehrt“ als eine weniger missverständliche Variante.
23. Mein Kind ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	Beispiele in Klammern anbringen, um das Antwortverhalten zu erleichtern.

## 8 Diskussion der Ergebnisse, Gesamtbeurteilung

Die Ziele der PsychU-Machbarkeitsstudie waren die Prüfung der Akzeptanz, der Praktikabilität, des Nutzens und der Relevanz sowie der Wirkung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U7a- bis U9-Untersuchung gegenüber der Routinebehandlung. Zudem wurden in der Instrumentenprüfung psychometrische Merkmale und die Inhaltsvalidität des MEF überprüft, welcher derzeit vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte vertrieben und aufgrund von Selektivverträgen mit bestimmten Krankenkassen in U-Untersuchungen eingesetzt wird.

### 8.1 Mehrwert einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten

Insgesamt kann die *Akzeptanz* einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten aus Sicht der Ergebnisse als hoch eingeschätzt werden. Hierfür sprechen die hohe Teilnehmerate an der Studie, die Ergebnisse der Tabletbefragung hinsichtlich einer insgesamt guten Ausfüllbarkeit und Verständlichkeit der beiden Verfahren MEF und SDQ in der Interventionsgruppe sowie die positiven Einschätzungen der Eltern aus den Telefoninterviews. Auch in früheren Studien zeigte sich, dass Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten aufgrund einer hohen gesellschaftlichen Akzeptanz einen guten Zugang zu Familien darstellen (Janiak-Baluch et al., 2014; Renner et al., 2010; Borg et al., 2014; Guyton et al., 2019) und sich U-Untersuchungen gut um ein Screening von psychosozialen Belastungen erweitern lassen (Belzer et al., 2015; Janiak-Baluch et al., 2014; Kleinert & Barth, 2015). Die Hauptgründe einer Nicht-Teilnahme an der PsychU-Machbarkeitsstudie waren insbesondere eine grundlegende Ablehnung von wissenschaftlichen Studien oder Bedenken bezüglich des Datenschutzes. Beides würde im Falle einer dauerhaften Implementierung entfallen.

Hinsichtlich der *Praktikabilität* ist eine tablet-basierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der Wartezeit der U-Untersuchung nach Einschätzung der medizinischen Fachangestellten als ein vertretbarer Mehraufwand zu bewerten. Zudem zeigte sich eine gute Handhabbarkeit der Tablets in der Praxisroutine. Lediglich die Aufklärung und das Einholen der Einverständniserklärung wurden als zeitaufwändig erlebt. Dies würde aber bei dauerhafter Implementierung entfallen. Es konnte bereits in anderen gesundheitlichen Kontexten gezeigt werden, dass Patientinnen und Patienten tablet-basierte Befragungen in großen Teilen akzeptieren (Graf et al., 2016). Graf et al. (2016) führten eine Studie zur Praktikabilität von e-basierten Erhebungsinstrumenten zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen durch. Es zeigte sich, dass die tablet-basierte Befragung gut akzeptiert wurde. Eine Ausnahme stellten lediglich Patientinnen mit höherem Lebensalter sowie schlechterem Gesundheitsstatus dar. Es konnten zudem keine Unterschiede im Antwortverhalten zwischen einer papier- und e-basierter Erhebung gefunden werden. Digitale Angebote in der Primärversorgung werden prinzipiell von Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten akzeptiert, insbesondere wenn zuvor bereits



Vorerfragungen im beruflichen oder privaten Bereich gab (Debatin, 2021; Hoch & Arets, 2021; Mühlensiepen et al., 2021).

Im Hinblick auf den *Nutzen und die Relevanz* sollten laut dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA; 2022) vorrangig psychische Auffälligkeiten erfasst werden, die sich nachweislich negativ auf die Entwicklung eines Kindes auswirken, durch den Kinder- und Jugendarzt ausreichend gut erfasst und in der eigenen Praxis behandelt oder in ein entsprechendes Netzwerk vermittelt werden können. Eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten bietet laut den Ergebnissen der befragten Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten keine „überraschenden“ Erkenntnisse; jedoch bestehe die Möglichkeit einer Objektivierung des eigenen Eindrucks und einer „Eisbrecher“-Funktion, um über schwierige Themen ins Gespräch zu kommen. Der Nutzen ist aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten stark abhängig vom eingesetzten Verfahren. Insgesamt sei aufgrund der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen in der Praxisroutine eine zeitökonomische Erfassung und Auswertung psychischer Auffälligkeiten wünschenswert.

Bei Betrachtung der *Wirkung* wurden in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe häufiger eine Wiedervorstellung in der eigenen Praxis empfohlen. Hierbei zeigte sich in der Interventionsgruppe kein Unterschied zwischen MEF und SDQ. Dies deutet auf eine Sensibilisierung bezüglich der Thematik durch das Einsetzen eines strukturierten Instruments hin, die unabhängig vom eingesetzten Instrument besteht (Jones et al., 2020; Scott & Lewis, 2015). Jones et al. (2020) beschreiben im Hinblick auf eine Studie zu einer Selbstmanagement Intervention bei Depressionen Effekte der wiederholten strukturierten Befragung der Kontrollgruppe, darunter positive Effekte der Aufmerksamkeit durch das Studienteam, Gesprächen mit dem Studienteam sowie eines erhöhten Bewusstseins der eigenen Stimmung und mentalen Gesundheit. Weiterhin sei das regelmäßige Interview ein auslösender Faktor dafür gewesen, das eigene Verhalten zu ändern.

Die Feststellung eines psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei jungen Familien ist vorrangig Aufgabe des medizinischen Fachpersonals. Mithilfe von strukturierten Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten können Eltern allerdings wichtige zusätzliche Informationen in den Prozess der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs einbringen wie Kleinert und Barth (2014) zeigen konnten.

## 8.2 Vergleich der MEF- und SDQ-Bedingung gegenüber TAU

Insgesamt bestand aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten eine höhere Akzeptanz gegenüber dem SDQ aufgrund der bereits vorhandenen Validierung. Im internationalen Vergleich der in pädiatrischen Routineuntersuchungen eingesetzten Screening Instrumente liegt aktuell für den SDQ die beste Evidenzgrundlage vor (Biel et al., 2015; Borg et al., 2014; Green et al., 2021; Hamre

Sveen et al., 2016; Hattangadi et al., 2020; Hourigan et al., 2015; Janiak-Baluch et al., 2014, Theunissen et al., 2015). Der SDQ wurde in Routineuntersuchungen zur Prävalenzschätzung der von Eltern berichteten psychischen Auffälligkeiten (Biel et al., 2015), der Bestimmung der Screening-Effektivität des SDQ bei persistierenden Auffälligkeiten im Vergleich zu vorübergehenden Auffälligkeiten (Hamre Sveen et al., 2016) sowie einer Erhebung der psychischen Auffälligkeiten bei dreijährigen Kindern um eine Verbindung zu elterlichem Stress zu überprüfen (Hattangadi et al., 2020), eingesetzt. Janiak-Baluch et al. (2014) setzten den SDQ in Routineuntersuchungen ein, um den Zusammenhang psychischer Störungen und späteren Verhaltensauffälligkeiten zu überprüfen. Hourigan et al. (2015) zielten mithilfe des Einsatzes des SDQ in Routineuntersuchungen darauf ab, den Unterstützungsbedarf für Kinder mit Verhaltensproblemen zu identifizieren. Eine vergleichende Studie drei verschiedener Instrumente (darunter der SDQ) wurde durch Theunissen et al. (2015) in pädiatrischen Routineuntersuchungen durchgeführt. Eine Validierung und Normierung des MEF steht indes noch aus.

### 8.3 Instrumentenprüfung (MEF)

#### **Psychometrische Ergebnisse**

Die itembasierte Test-Retest Reliabilität des MEF ist in dieser Studie größtenteils als moderat bis schwach einzuordnen. Mögliche Gründe hierfür könnten die Corona-Situation und die wechselnden Maßnahmen hinsichtlich des Lockdowns und anderen Einschränkungen darstellen. In der explorativen Faktorenanalyse konnte auf Basis der Daten keine aussagekräftige Struktur identifiziert werden, da die Analyse durch Querladungen, schwache Ladungen auf Faktoren und Faktoren mit einer geringen Anzahl von Items gekennzeichnet war. Die zehn in der Handanweisung beschriebenen Störungsbilder des MEF spiegeln sich größtenteils nicht in der Faktorenstruktur wider. Laut Faustregel sind Faktorladungen von  $\pm .30$  bis  $\pm .40$  minimal akzeptabel, höhere Werte sind jedoch wünschenswert. Ein Faktor kann interpretiert werden, wenn mindestens 4 Variablen eine Ladung von  $\pm .60$  oder mehr aufweisen oder wenn mindestens 10 Variablen eine Ladung von  $\pm .40$  oder mehr aufweisen (Guadagnoli & Velicer, 1988). Das war in der Analyse des MEF nicht der Fall. Auch eine wiederholte Analyse mit einer 2-Faktoren-Lösung konnte nicht überzeugen. Insbesondere Items zum Autismus fanden sich in einer Vielzahl von Faktoren wieder.

#### **Inhaltsvalidität**

Die Ergebnisse aus den Eltern-Interviews sowie aus den Fokusgruppengesprächen mit den Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten aus den Interventions- und der TAU-Bedingung deuten darauf hin, dass mehrere Items des MEF überarbeitet und präzisiert werden sollten. Diese Verbesserungsvorschläge könnten übernommen werden, ohne die Struktur des MEF grundlegend zu verändern. Hierdurch könnte sich die Reliabilität des Instrumentes verbessern lassen. Insbesondere wurde eine differenziertere Abstufung gewünscht (derzeit dichotomes Antwortformat stimmt; stimmt nicht).

Weiterhin wurden Beispiele oder Definitionen für bestimmte Verhaltensweisen gewünscht. Zudem wurde das Instrument als zu schwächeorientiert wahrgenommen. Eine ausschließlich defizitorientierte Abfrage kann emotional belastend sein und verunsichern (Rashid & Ostermann, 2009). Eine Hinzunahme von Items zu den Stärken des Kindes und eine ressourcenorientierte Förderung der psychischen Gesundheit könnte dazu beitragen, die Eltern zu entlasten und einen besseren Gesprächseinstieg für Kinder- und Jugendärztin oder Kinder- und Jugendarzt zu ermöglichen (Bundesamt für Gesundheit, 2020), kann jedoch gleichzeitig zu einer zu hohen Fragenanzahl und Unübersichtlichkeit führen. Weiterhin wurde der Zeitraum von sechs Monaten insbesondere bei Klein- und Vorschulkindern als zu lang wahrgenommen. Als Optimierungsvorschlag könnte angebracht werden, dass deutlicher auf diesen Zeitraum hingewiesen werden sollte (in fett gedruckt z.B.) oder, dass der Zeitraum wie bei der CBCL auf zwei Monate verkürzt werden könnte. Abschließend könnte das Wording überarbeitet und hinsichtlich der Aktualität geprüft werden („(...) am Rockzipfel hängen“).

#### 8.4 Empfehlungen hinsichtlich einer möglichen Implementierung

Um eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten routinemäßig in die U-Untersuchungen zu integrieren, muss das diagnostische Vorgehen für den pädiatrischen Kontext angepasst werden:

- der Einsatz des SDQ als Kurzscreening ist empfehlenswert, allerdings nur mittels einer elektronischen Auswertungsunterstützung praktikabel (Tablet-Einsatz oder Praxiswebseite)
- der MEF muss inhaltlich und psychometrisch revidiert werden, um für einen Routineeinsatz empfohlen werden zu können.

Es lassen sich folgende Empfehlungen, unabhängig vom konkret eingesetzten Verfahren, hinsichtlich einer möglichen Implementierung ableiten. Zentral für eine Erhöhung der Akzeptanz aus Sicht der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten erscheint eine angemessene Vergütung des Mehraufwandes sowie eine entsprechende Schulung zum Einsatz und der Interpretation des Verfahrens. Einer digitalen Erfassung standen nur wenige Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten und Eltern aufgrund von Datenschutzbedenken negativ gegenüber. Es ist künftig zu erwarten, dass die Bereitschaft hinsichtlich einer digitalen Erfassung von Patientinnen und Patienten-Daten in Zukunft noch weiter steigen wird. Eine weitere Herausforderung ist ein häufig unzureichendes lokales Versorgungsnetz, beispielsweise im Hinblick auf weiterführende Interventionsangebote. Es stellt eine ethische Herausforderung dar, psychische Auffälligkeiten in der U-Untersuchung strukturiert zu erfassen ohne ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot im Anschluss anbieten zu können. Die derzeit laufende Studie Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern (PROMPt; [www.prompt-projekt.de](http://www.prompt-projekt.de); Wenger et al., 2021) knüpft an dieser Stelle an und hat zum Ziel, Kindern mit emotionalen - und Verhaltensproblemen mithilfe des SDQ in der Kinder- und Jugendarztpraxis zu identifizieren und die Zuweisung zu indikativen

Präventionsprogrammen zu implementieren und zu evaluieren. Zusätzlich sollen Barrieren und Prädiktoren für die Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen identifiziert und daraus Maßnahmen abgeleitet werden, um zukünftig eine optimierte Versorgungskette in der Routineversorgung zu schaffen und die Inanspruchnahmerate zu erhöhen.

Zudem erscheinen die Entwicklung und Evaluation von Maßnahmen für Familien mit Sprachbarrieren zentral. Keine der eingeschlossenen Kinder- und Jugendarztpraxen hat die für diese Studie übersetzten Materialien (arabisch, englisch, Farsi, türkisch, russisch) regulär genutzt. Eine digitale Anwendung mit Vorlesefunktion in verschiedenen Sprachen könnte hier künftig hilfreich sein.

### 8.5 Limitationen und Stärken der PsychU-Studie

Zu der PsychU-Machbarkeitsstudie ist anzumerken, dass es sich bei den zwölf teilnehmenden Kinder- und Jugendarztpraxen um eine kleine Stichprobe handelte. Trotz einer breiten Auswahl verschiedener Orte, der Einbeziehung von sowohl ländlichen als auch städtischen Kinder- und Jugendarztpraxen konnte nicht gewährleistet werden, dass es sich um eine repräsentative Auswahl in Schleswig-Holstein und Hamburg handelt. Da keine externe Validierung mit einem klinischen Interview stattfand ist die Sensitivität und Spezifität der beiden Verfahren nicht bestimmbar. Zudem war aufgrund des Einsatzes von Screening- anstelle von Diagnostikverfahren nicht bekannt, ob die Kinder tatsächlich manifeste psychische Auffälligkeiten im Sinne von diagnostischen Kriterien aufwiesen. Zudem wurden die Daten im Rahmen der Corona-Pandemie unter wechselnden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie erhoben, die einen ungünstigen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aufwies (Ravens-Sieberer et al., 2021). Eine wichtige Limitation der PsychU-Instrumentenprüfung stellte dar, dass durch das Studiendesgin (Erhebung in Kindertagesstätten) das in der Handanweisung vorgeschlagene Nachfragen bei bejahten Items, wie es bei der U7a Untersuchung vorgesehen wäre, nicht durchgeführt werden konnte. Zudem war die Stichprobe nicht repräsentativ (Eltern sind hoch ausgebildet, hoher SES, urban) und verglichen mit US-Normdaten der CBCL ist die Stichprobe weniger auffällig. Als methodische Limitation ist zu benennen, dass die Daten nicht für eine explorative Faktorenanalyse geeignet waren. Die Sensitivität und Spezifität konnten nicht bestimmt werden, da der MEF keine Einteilung in „auffällig“ und „unauffällig“ vornimmt. Positiv hervorgehoben werden kann der Einschluss von heterogenen Kinder- und Jugendarztpraxen, die ein breites Abbild der Versorgungslandschaft darstellen. Es wurden Praxen aus dem ländlichen und aus dem städtischen Gebiet und Einzel- und Gemeinschaftspraxen mit unterschiedlicher Anzahl von U-Untersuchungen eingeschlossen. Zudem waren die meisten Praxen testnaiv, d.h. es wurde vor Studienteilnahme kein strukturiertes Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten regulär in den U-Untersuchungen eingesetzt. Zudem zeigte sich eine annäherungsweise Gleichverteilung der Teilstichproben hinsichtlich des Geschlechts und der U-Untersuchung und es wurde insgesamt eine große Stichprobe befragt. Die PsychU-Studie stellte eine der ersten Studien in Deutschland dar, die systematisch

zwei strukturierte Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten gegenüber einer Kontrollbedingung verglichen hatte. Eine weitere Stärke war der Mixed-Methods-Ansatz unter Einbezug von quantitativen und qualitativen Daten sowie die Einbeziehung aller relevanten Akteure in die Studie (Ärztinnen und Ärzte, medizinische Fachangestellte und Eltern).

## 8.6 Fazit und Ausblick

Als Fazit lässt sich festhalten, dass der Einsatz eines strukturierten Verfahrens für psychische Auffälligkeiten aus Sicht von Praxisteam und Eltern mit einer hohen Akzeptanz, Praktikabilität sowie einen Nutzen und einer hohen Relevanz verbunden ist.

Dennoch sind beide überprüfte Verfahren, der MEF und SDQ, nicht uneingeschränkt zu empfehlen. Der SDQ, ist ein validiertes, normiertes Instrument zum Screening, welches in diversen Sprachen als Instrument in der Praxis zu empfehlen ist. Allerdings sollte die Erhebung und Auswertung in digitaler Form und mit einer Schnittstelle zur üblichen Praxisdokumentation zeitökonomisch erfolgen. Eine Revision des MEF erscheint zwingend und könnte, nach Validierung, möglicherweise eine Alternative zum SDQ darstellen, die keine digitale Umsetzung erfordert. Die in der ergänzenden PsychU-Instrumentenprüfung gewonnenen Erkenntnisse können bei einer Überarbeitung des MEF Berücksichtigung finden. Hierbei sollte insbesondere eine Umformulierung schwer verständlicher Items sowie ein Ersetzen von nicht problematischen Verhaltensweisen verfolgt werden. Bei einer Modifikation wäre eine partizipative Einbeziehung der anvisierten Zielgruppe sowie von Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern bzw. Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen in die Entwicklung und Formulierung von Items zur Optimierung der Itemverständlichkeit anzustreben.

Zudem sind bestimmte Voraussetzungen auf allen drei Ebenen für eine dauerhafte Implementierung wichtig. Eine qualitative Nachbefragung von Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten in Deutschland könnte Aufschluss darüber geben, inwiefern eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Kontext der ambulanten pädiatrischen Versorgung weiter optimiert und an die Bedarfe der Zielgruppe angepasst werden kann.

## 9 Gender Aspekte

Bei beiden Teilprojekten der PsychU-Studie, der Machbarkeitsstudie sowie der Instrumentenprüfung, konnten gleichermaßen männliche und weibliche Probandinnen und Probanden für die Studie gewonnen werden. Es wurde die dritte Ausprägung „divers“ zur Einordnung des Geschlechts angeboten, sowie bei jeglichen Ansprachen von Studienteilnehmenden und Kooperationen auf genderneutrale Sprache genutzt.

## 10 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

### 10.1 Kongresse und Vorträge

Das Projekt wurde im Rahmen von folgenden Kooperationen vorgestellt.

- Kinder- und Jugendärztekongress Berlin 2021
- Nachwuchstag Versorgungsforschung am Center of Health Care Research Hamburg 2021
- Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Magdeburg 2022
- Kinder- und Jugendärztekongress Düsseldorf 2022

### 10.2 Geplante Publikationen

Im Folgenden sind die Titel aller geplanten Publikationen im Zusammenhang mit der PsychU-Studie aufgelistet:

- Arbeitstitel: Strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U-Untersuchung von Klein- und Vorschulkindern: Nutzen und Praktikabilität aus Sicht von Kinder- und Jugendarztpraxen
- Arbeitstitel: Übersicht über international angewandten Screeninginstrumenten zur psychischen Auffälligkeit in Kinderarztpraxen

### 10.3 Studentische Abschlussarbeiten

Im Folgenden sind die Titel alle durchgeführten Bachelor- und Masterarbeiten und medizinische Doktorarbeiten aufgelistet:

- Angewandte Screeningverfahren zur Früherkennung von Depressionen in der ambulanten pädiatrischen Versorgung (Mona Loof)
- Screening instruments to assess mental health problems during pediatric routine check-ups: A systematic review (Deborah Falke)

## 11 Verwertung der Projektergebnisse

Die Ergebnisse der Studie weisen einerseits auf, dass sich eine strukturierte Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der Wartezeit der kinder- und jugendärztlichen U-Untersuchung gut realisieren lässt. Andererseits wurde deutlich, dass eine solche strukturierte Erfassung nur dann sinnvoll implementierbar sein wird, wenn das Verhalten des Kindes bei auffälligen Ergebnissen durch den Kinder- und Jugendarzt umfassend weiter exploriert wird und nicht unmittelbar einer Diagnose gleichgesetzt wird und weiterhin ein ausreichendes Versorgungsangebot zur Weiterleitung besteht. Hierzu sind vorab Schulungen notwendig. Zudem wurde deutlich, dass sich der Mehraufwand der Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten in einer finanziellen Entschädigung widerspiegeln muss, um die Akzeptanz zu erhöhen. Hinsichtlich eines konkreten Instruments ist derzeit aufgrund der vorliegenden umfangreichen Validierung der Einsatz des SDQ zu empfehlen. Eine Alternative könnte in Zukunft zudem eine modifizierte und anschließend validierte Version des MEF darstellen.

## 12 Danksagung

Wir möchten uns bei allen teilnehmenden Kinder- und Jugendärztinnen und Kinder- und Jugendärzten und medizinischen Fachangestellten für die Kooperation und die Datenerhebung bedanken. Darüber hinaus gilt unser besonderer Dank den Familien, die sich zur Teilnahme an der PsychU-Studie bereit erklärt haben. Weiterhin danken wir unseren engagierten studentischen Hilfskräften, Praktikantinnen und Praktikanten sowie Studierenden mit Qualifikationsarbeiten, die uns bei den telefonischen Interviews, der systematischen Literaturrecherche und bei der Praxisbetreuung vor Ort unterstützt haben. Dies sind im Einzelnen Lea Blunck, Meret Gödecke, Hannah Jörren, Sandy Jotzer, Carolin Radow, Wenke Schoof und Fabian Sigmund. Für die Unterstützung bei der Erstellung des Endberichts danken wir zusätzlich sehr herzlich Deborah Falke und Lea Seibert.

## 13 Literatur

- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in review*, 21(8), 265-271. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-265>
- Axelrod, M. I., Larsen, R. J., Jorgensen, K. & Stratman, B. (2020). Psychological differences between toilet trained and non-toilet trained 4-year-old children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26(2). <https://doi.org/10.1111/jspn.12319>
- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. & Brähler, E. (2010). Breitbandverfahren klinischer Ratingskalen zur Messung von Psychosyndromen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(4), 222–233. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000052>
- Belzer, F., Kleinert, L., Buchholz, A., Mall, V. & Barth, M. (2015). Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(4), 314-319. <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0513-2>
- Biel, M. G., Kahn, N. F., Srivastava, A., Mete, M., Banh, M. K., Wissow, L. S. & Anthony, B. J. (2015). Parent Reports of Mental Health Concerns and Functional Impairment on Routine Screening With the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Academic Pediatrics*, 15(4), 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.01.007>
- Borg, A. M., Salmelin, R., Kaukonen, P., Joukamaa, M., & Tamminen, T. (2014). Feasibility of the Strengths and Difficulties Questionnaire in assessing children's mental health in primary care: Finnish parents', teachers' and public health nurses' experiences with the SDQ. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(3), 229-238. <https://doi.org/10.2989/17280583.2014.923432>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2020). *Schlussbericht: Psychische Gesundheit in kinder- und hausärztlichen Versorgungspraxis*. [https://psychotherapie.ch/wsp/site/assets/files/9723/2020-07-zhdk-studie\\_m10\\_psychische\\_gesundheit\\_paediatische\\_hausaerztliche\\_versorgungspraxis\\_zhaw\\_schlussbericht\\_zhaw.pdf](https://psychotherapie.ch/wsp/site/assets/files/9723/2020-07-zhdk-studie_m10_psychische_gesundheit_paediatische_hausaerztliche_versorgungspraxis_zhaw_schlussbericht_zhaw.pdf) (abgerufen am 17.11.2022)
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Debatin, J. F. (2021). Digitale Innovationen in Deutschland: von Corona zur ePA. *Der Radiologe*, 61(4), 389–394. <https://doi.org/10.1007/s00117-021-00807-5>
- Borys, C. (2000). *Evaluation des Mannheimer Elternfragebogens - Selektion und diagnostische Zuordnung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen auf der Basis von Elternurteilen*. (Diplomarbeit, Universität Potsdam).
- Esser, G. (2019). Der Mannheimer Elternfragebogen als Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Rahmen der U-Untersuchungen [Schwerpunktthema 2019: Entwicklung als kinder- und jugendmedizinische Besonderheit]. Abgerufen am 27.10.2022, von <https://docplayer.org/162054135-Schwerpunktthema-2019-entwicklung-als-kinder-und-jugendmedizinische-besonderheit.html>
- Esser, G., Blanz, B., Geisel, B., & Laucht, M. (1989). *Mannheimer Elterninterview*. Beltz.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). Richtlinien des Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern („Kinder-Richtlinie“). [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2848/Kinder-RL\\_2022-04-21\\_iK-2022-06-23.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2848/Kinder-RL_2022-04-21_iK-2022-06-23.pdf) (abgerufen am 06.11.22).



- Graf, J., Simoes, E., Sokolov, A., Keilmann, L., Wallwiener, D., Brucker, S. & Wallwiener, M. (2016). Studie zur Praktikabilität von e-basierten Erhebungsinstrumenten zur Messung von Patient Reported Outcomes bei Brustkrebspatientinnen (ePROCOM): erste Ergebnisse. *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie*, 13(02). <https://doi.org/10.1055/s-0036-1583354>
- Green, A. E., Weinberger, S. J. & Harder, V. S. (2020). The Strengths and Difficulties Questionnaire as a Mental Health Screening Tool for Newly Arrived Pediatric Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 23(3), 494–501. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-01082-7>
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R. (2005). *German SDQ: Single-sided version without impact supplement*. SDQInfo. <https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German> (abgerufen am 17.11.2022)
- Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. (1988). Relation of Sample Size to the Stability of Component Patterns. *Psychological Bulletin*, 103(2), 265-275. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.265>
- Guyton, M. F., Yaker, M., Marks, A., Salandy, A., & Nui, L. (2019). 131. Measurement of Acceptability of A Brief Self-Report Screening Tool For Mental Health And Health Risk Behavior Among Adolescents In The Private Primary Care Pediatric Office. *Journal of Adolescent Health*, 64(2), 68. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.147>
- Hamre Sveen, T., Berg-Nielsen, T. S., Lydersen, S. & Wichstrøm, L. (2016). Screening for Persistent Psychopathology in 4-Year-Old Children. *Pediatrics*, 138(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1648>
- Hattangadi, N., Cost, K. T., Birken, C. S., Borkhoff, C. M., Maguire, J. L., Szatmari, P. & Charach, A. (2020). Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09861-5>
- Hoch, P. & Arets, J. (2021). Die Videosprechstunde als Modell der Akzeptanz digitaler Leistungen im Gesundheitswesen. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 37(04), 151–156. <https://doi.org/10.1055/a-1528-3793>
- Hoffer, R., & Bengel, J. (2020). Übereinstimmung von Eltern und Fachkräften in der Beurteilung von psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und Handlungsbedarf im Kindergartenalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 69(1), 3–21. <https://doi.org/10.13109/prkk.2020.69.1.3>
- Holz, N. E., Nees, F., Meyer-Lindenberg, A., Tost, H., Hölling, H., Keil, T., Brandeis, D., Romanos, M. & Banaschewski, T. (2020). Kohortenstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 92(3), 208–218. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-01018-4>
- Hourigan, S. E., Southam-Gerow, M. A. & Quinoy, A. M. (2014). Emotional and Behavior Problems in an Urban Pediatric Primary Care Setting. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(2), 289–299. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0469-z>
- Janiak-Baluch, B., de Vries, U., Petermann, F. & Lehmkuhl, G. (2014). Psychische Auffälligkeiten in der pädiatrischen Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162(1), 48-55. <https://doi.org/10.1007/s00112-013-3035-z>

- Jones, S. M., Shulman, L. J., Richards, J. E. & Ludman, E. J. (2020). Mechanisms for the testing effect on patient-reported outcomes. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 18, 100554. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2020.100554>
- Jungmann, T., Koch, K., & Böhm, J. (2017). Verhaltensauffälligkeiten in Kindertagesstätten aus Eltern- und Fachkraftperspektive im KOMPASS-Projekt: Ergebnisse und Implikationen für die Professionalisierung von pädagogischen Fachkräften für die Elternarbeit. *Frühe Bildung*, 6(1), 25–32. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000298>
- Kaiser, H. F. & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117. <https://doi.org/10.1177/001316447403400115>
- Klasen, H., Woerner, W., Rothenberger, A., & Goodman, R. (2003). Die deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) - Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(7), 491–502.
- Klasen, F., Meyrose, A. K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Kleinert, L. & Barth, M. (2014). Elternbeteiligung bei der Einschätzung des familiären Unterstützungsbedarfs in der Pädiatrie. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(2), 186–191. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0480-z>
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Beltz Juventa.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., & Kroll, L. E. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1) <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>
- Mühlensiepen, F., Knitza, J., Krusche, M., & Welcker, M. (2021). Telemedizin in der Rheumatologie: Akzeptanz, Chancen und Barrieren. *Arthritis und Rheuma*, 41(03), 175-182. <https://doi.org/10.1055/a-1383-2736>.
- Plück, J., Beiling, M., Hautmann, C., Kuschel, A., Heinrichs, N., Schmeck, K. & Döpfner, M. (2013). Die Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter mit dem Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1<sup>1/2</sup> – 5). *Diagnostica*, 59(3), 155–166. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000087>
- Poltz, N. (2010). *Diagnostik psychischer Auffälligkeiten mittels Fragebogen - Zur Kriteriumsvalidität des Mannheimer Elternfragebogens*. (Diplomarbeit, Universität Potsdam)
- Rashid, T., & Ostermann, R. F. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 488-498. <https://doi.org/10.1002/jclp.20595>

- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879–889. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Rescorla, L. A., Genaro, B., Ivanova, M. Y. & International ASEBA Consortium. (2019). International Comparisons of Emotionally Reactive Problems in Preschoolers: CBCL/1½–5 Findings from 21 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(6), 773–786. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1650366>
- Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A., & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4). <https://doi.org/10.17886/RKIGBE2018093>
- Scott, K. & Lewis, C. C. (2015). Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(1), 49–59. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.01.010>
- Theunissen, M. H., Vogels, A. G. & Reijneveld, S. A. (2012). Early Detection of Psychosocial Problems in Children Aged 5 to 6 Years by Preventive Child Healthcare: Has It Improved? *The Journal of Pediatrics*, 160(3), 500–504. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.038>
- Theunissen, M. H., Vogels, A. G., de Wolff, M. S., Crone, M. R. & Reijneveld, S. A. (2015). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial problems among 3 to 4-year olds. *BMC Pediatrics*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-015-0391-y>
- Włodarczyk, O., Pawils, S., Metzner, F., Kriston, L., Klasen, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0149-4>
- Weber, P. & Jenni, O. (2012). Screening in Child Health. *Deutsches Ärzteblatt international*, 109(24), 431–5. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0431>
- Weithase, A., Vogel, M., Kiep, H., Schwarz, S., Meißner, L., Herrmann, J., Rieger, K., Koch, C., Schuster, V. & Kiess, W. (2017). Qualität und Inanspruchnahme von Kindervorsorgeuntersuchungen in Deutschland. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 142(08), e42–e50. <https://doi.org/10.1055/s0043-100841>
- Weniger, M., Beesdo-Baum, K., Roessner, V., Hense, H. & Knappe, S. (2021). Wie gelingt die Prävention psychischer Beschwerden? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00838-9>

## Anhang

I.	Datenerhebungsinstrumente der Machbarkeitsstudie.....	ii
A.	Strukturfragebogen Praxen .....	ii
B.	Nicht-Teilnahme Karten .....	iii
C.	Tablet-Befragung in der Praxis .....	iv
D.	SDQ (Elternfragebogen 2-4 Jahre).....	x
E.	SDQ (Elternfragebogen 4-17 Jahre).....	xi
F.	MEF (Version U7a).....	xii
G.	MEF (Version U8/U9).....	xiii
H.	Telefonische Nachbefragung [Eltern].....	xv
I.	Fokusgruppen [Praxisteams]: Erster Befragungszeitpunkt .....	xxii
J.	Fokusgruppen [Praxisteams]: Zweiter Befragungszeitpunkt .....	xxv
II.	Tabelle: Stichprobenbeschreibung der telefonischen Eltern-interviews .....	xxviii
III.	Tabelle: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse - Erklärte Gesamtvarianz.....	xxix
IV.	Screeplot.....	xxx
V.	Tabelle: Rotierte Komponentenmatrix.....	xxxi
VI.	Systematische Literaturrecherche.....	xxxii
A.	Suchterm .....	xxxii
B.	Flowchart.....	xxxii
VII.	Protokolle des Wissenschaftlichen Beirats .....	xxxiii
A.	Protokoll vom 17.06.2020 .....	xxxiii
B.	Protokoll vom 24.11.2021 .....	xxxv
C.	Protokoll vom 31.08.2022 .....	xxxvii

# I. Datenerhebungsinstrumente der Machbarkeitsstudie

## A. Strukturfragebogen Praxen



### Strukturfragebogen

Vielen Dank für Ihr Interesse zur Teilnahme am Projekt PSYCH-U. Wir würden Ihnen gerne ein paar Fragen zu Ihrer Praxis stellen, um wichtige Rahmenbedingungen zu erheben.

- 1.) In welcher Stadt oder Gemeinde befindet sich Ihre Praxis (Einwohneranzahl)?
- 2.) Nutzen Sie bereits standardisierte Fragebögen für ein Screening von psychischen Auffälligkeiten im Kindesalter?  
 ja  nein  
  - Wenn ja, welchen Fragebogen nutzen Sie?
  - Wären Sie bereit die Verwendung der Fragebögen für die Dauer des Projekts in den U-Untersuchungen U7a, U8 und U9 auszusetzen ?
  - Wenn nein, erheben Sie in einer anderen Form psychische Auffälligkeiten? (Bitte erläutern Sie wie...)
- 3.) Arbeiten Sie in einer Gemeinschaftspraxis oder arbeiten Sie allein in einer Praxis?  
  - Falls Sie in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten: wie viele Kollegen arbeiten neben Ihnen in der Praxis?
  - Falls Sie in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten: Hätten Ihre Kolleg:innen Interesse an unserer Studie teilnehmen? ja  nein
- 4.) Wie ist Ihr Praxisteam zusammengesetzt? (Anzahl der medizinischen Fachangestellten, ggf. Anzahl der angestellten Ärzte, weitere Angestellte)
- 5.) Wie viele U-Untersuchungen (U7a-U9) führen Sie durchschnittlich pro Jahr oder Quartal durch?
- 6.) Haben Sie bereits Erfahrung mit dem Einsatz von Tablets in Ihrer Praxis?  
 ja  nein
- 7.) Hat Ihre Praxis einen spezifischen Schwerpunkt (z.B. Diabetologie,...)?
- 8.) Gibt es Ihrer Meinung nach weitere relevante Punkte/Besonderheiten in Bezug auf Ihre Praxis und Ihre Patienten, die wir nicht erfragt haben?

Gefördert durch



## B. Nicht-Teilnahme Karten



Informationen über das Kind		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
U-Untersuchung	<input type="checkbox"/> U7a	<input type="checkbox"/> U8 <input type="checkbox"/> U9
Selektivvertrag	<input type="checkbox"/> ja (keine Ansprache)	

Was wird abgelehnt? (Bitte nur eine Antwort wählen)
<input type="checkbox"/> Screening am Tablet wird abgelehnt
<input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Datenerhebung wird abgelehnt

Grund der Ablehnung (Bitte nur eine Antwort wählen)
<input type="checkbox"/> Verständigung nicht ausreichend möglich
<input type="checkbox"/> Zu persönlich / intim / privat
<input type="checkbox"/> Notwendigkeit wird nicht gesehen
<input type="checkbox"/> Kein Interesse
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

© Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und  
Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.  
PSYCH-U Nicht-Teilnahme-Karte – Freigabe: PD Dr. S. Pawils (31.07.2020)



## C. Tablet-Befragung in der Praxis

Start

Liebe Eltern!

In unserer Praxis werden aktuell Fragen zum Verhalten Ihres Kindes noch im Vorfeld der Untersuchung auf einem Tablet abgefragt. Damit bekommt Ihr Kinderarzt/Ihre Kinderärztin rasch einen Überblick, ob Besonderheiten zu beachten sind

Bitte füllen Sie die Fragen gewissenhaft aus. Es gibt allerdings kein Richtig oder Falsch, es zählt nur Ihr Eindruck und Ihr persönliches Erleben mit Ihrem Kind.

Ihr Praxisteam

Mit der Befragung beginnen

Survey

Wartezeit vorbei

Seite 1

### Ihr Kind und dessen Verhalten

Im Folgenden erhalten Sie einige Fragen, die sich auf Ihr Kind und dessen Verhalten beziehen. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an das Praxis-Team.

Wie alt ist Ihr Kind?

Anzahl

Jahre

Anzahl

Monate

Welches Geschlecht hat Ihr Kind?

Männlich

Weiblich

Divers

Wer füllt diesen Fragebogen aus?

Mutter

Vater

Andere

## Seite 2

Im Folgenden bitten wir Sie, einige Fragen zum Verhalten Ihres Kindes **in den letzten 6 Monaten** zu beantworten. Hierbei gibt es keine richtige oder falsche Antwort, sondern es geht um Ihren persönlichen Eindruck!

Mein Kind...

Stimmt

Stimmt nicht

Bitte runterscrollen

...hat meistens nur wenig Appetit	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
...ist untergewichtig	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ist extrem wählerisch beim Essen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mindestens eine Viertelstunde)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
...hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
...ist überaus schreckhaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Seite 3

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die soeben beantworteten Fragen zum Verhalten Ihres Kindes. Hierbei gibt es keine richtige oder falsche Antwort, sondern es geht wieder um Ihren persönlichen Eindruck!

Wie war das Ausfüllen des Fragebogens gerade für Sie?

Sehr leicht

Leicht

Weder leicht noch schwer

Schwer

Sehr schwer

Finden Sie den Fragebogen verständlich?

Leicht verständlich

Verständlich

Akzeptabel

Schwer verständlich

Unverständlich

## Abschluss

In den vergangenen Monaten hat die Ausbreitung des Coronavirus zu zahlreichen Veränderungen in der Gesellschaft geführt. Mit Rückblick **auf die letzten sechs Monate**:

Wie hat Ihr Kind diese Maßnahmen (z.B. vorübergehende Schließung der Kitas, Kontaktsperrern) erlebt?

Mein Kind wirkte auf mich durch die coronabedingten Veränderungen...

sehr stark belastet

eher stark belastet

etwas belastet

kaum belastet

nicht belastet

Results ID:abc_asb	
...ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	Stimmt nicht
...ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	Stimmt
...scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	Stimmt
...hat täglich einen Wutanfall	Stimmt nicht
...ist zuhause ständig ungehorsam	Stimmt nicht
...zerstört häufig Gegenstände	Stimmt
...hat große Angst vor fremder	Stimmt
...spricht fast jede fremde Person an	Stimmt nicht
...geht schon nach kurzer Zeit mit fremder Person überall mit	Stimmt nicht
...wehrt sich gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	Stimmt nicht
...reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	Stimmt nicht
...ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere,	Stimmt
...ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	Stimmt

**Maßnahmen**  
 Ergreifen Sie Maßnahmen zur weiteren Psychodiagnostik oder Behandlung psychischer Auffälligkeiten?

Nein      Ja

Maßnahmen

Welche Maßnahmen ergreifen Sie? (Mehrfachantwort möglich)

- Niederschwellige Angebote in der eigenen Praxis
  - Beratung in der eigenen Praxis
  - Kontakt zur Kindertagesstätte/Tagesmutter/(Vor-)Schule
  
- Spezialisierte Therapien
  - Ergotherapie
  - Logopädie
  
- Pädagogische Beratung
  - Beratungsstelle
  - Frühförderung
  - Elterntraining
  
- Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung

Weitere Angaben/Ergänzungen

Maßnahmen bestätigen

Welche Maßnahmen ergreifen Sie? (Mehrfachantwort möglich)

- Logopädie
  
- Pädagogische Beratung
  - Beratungsstelle
  - Frühförderung
  - Elterntaining
  
- Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung
  - Kinder- und Jugendpsychiater\*in/-Psychotherapeut\*in
  - Verschreibung von psychiatrischen Medikamenten
  - Einweisung stationäre, psychiatrische Einrichtung
  
- Maßnahmen der Jugendhilfe
  - Freie Träger der Jugendhilfe
  - Gefährdungsmeldung an Jugendamt, Polizei oder Rechtsmedizin

Weitere Angaben/Ergänzungen

Maßnahmen bestätigen

D. SDQ (Elternfragebogen 2-4 Jahre)

**Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)**

2-4

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten beziehungsweise in diesem Schuljahr.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überlegt bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gegenüber anderen boshaft sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum: .....

Vater/Mutter/Spielgruppenleiter/Kindergartenlehrer/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen):

**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

© Robert Goodman, 2005

E. SDQ (Elternfragebogen 4-17 Jahre)

**Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)**

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten des Kindes in den letzten sechs Monaten beziehungsweise in diesem Schuljahr.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süssigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liebt zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift .....

Datum .....

Vater/Mutter/Lehrer/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen):

**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

© Robert Goodman, 2005

F. MEF (Version U7a)



Paed.Check® U7a – 34. bis 36. Monat

**Hier noch ein Fragebogen.  
Wieder entscheiden Sie, was Sie beantworten.**

Name:		Geburtsdatum:	
<b>Mein Kind ...</b>		Stimmt nicht	Stimmt
1.	kann mind. dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mind. eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt dann mind. eine Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	kann sich schlecht von der Mutter trennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	dabei kommt es zu langem Schreien oder Weinen (mind. eine Viertelstunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	hat vor vielen Dingen panische Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	ist überaus schreckhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	ist sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	ist mitunter beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	zerstört häufig Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	hat große Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	geht schon nach kurzer Zeit mit einer fremden Person überall mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mannheimer Elternfragebogen (MEF) nach G. Esser und M. Laucht

Ausgefüllt von Mutter  Vater  oder \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)



34

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.



**Ein paar alte und viele neue Fragen –  
und wie immer entscheiden Sie, welche Sie beantworten.**

Name:

Geburtsdatum:

**Mein Kind ...**

Stimmt  
nicht

Stimmt

1.	kann mind. dreimal pro Woche schlecht einschlafen (liegt mind. eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	wacht mind. einmal pro Nacht auf und liegt dann mind. eine Stunde wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	schläft nachts mit im Elternbett, obwohl wir das nicht gern sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	hat meistens nur wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ist extrem wählerisch beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	klagt bei Aufregungen häufig über Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	kann wegen dieser Bauchschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	klagt mehrmals pro Woche über Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	kann wegen dieser Kopfschmerzen nicht wie sonst spielen oder seine Freunde besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	hat Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	hat Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	stottert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	nässt mind. einmal pro Woche ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	kotet mind. einmal pro Monat ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	hat manchmal nervöse Zuckungen (z. B. Blinzeltic, Zwickertic, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	kaut Fingernägel ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	hat deswegen häufig blutende Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	kann sich sehr schlecht von der Mutter trennen ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	hat deswegen auch im Kindergarten Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	hat panische Angst		
	- vor Spinnen, Mäusen, Hunden oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vor fremden Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vor Blitz, Donner, Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Seite kann in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes bleiben.

Mannheimer Elternfragebogen (MEF) nach G. Esser und M. Laucht (Teil 1)



Mein Kind ...	Stimmt nicht	Stimmt
23. ist mehrmals im Monat traurig, weinerlich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. diese Stimmung steht meist in keinem Verhältnis zum auslösenden Ereignis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ist nur schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn es traurig ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ist zu Hause beim Spielen leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ist im Kindergarten sehr leicht ablenkbar und unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ist zu Hause (z. B. beim Essen) sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ist im Kindergarten sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ist beim Spielen sehr unvorsichtig und riskant in seinem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. rennt ohne zu schauen auf die Straße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. scheint bei gefährlichen Aktivitäten keine Angst zu kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ist zu Hause ständig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ist im Kindergarten häufig ungehorsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. hat Spaß daran, Dinge, die ihm nicht gehören, zu zerstören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. quält manchmal Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. prügelt sich häufig mit anderen Kindern ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. hat daher häufiger blaue Flecken und kleinere Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. hat Angst vor fremden Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. hat Angst vor fremden gleichaltrigen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. nimmt auf dem Spielplatz zu fremden Kindern keinen Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. spricht fast jede fremde Person an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. geht schon nach kurzer Zeit mit fremden Personen überallhin mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. weigert sich oft, mit fremden Erwachsenen zu sprechen, auch wenn es etwas gefragt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. sucht bei seinen Eltern keinen Trost, wenn es sich wehgetan hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. kommt nicht zu seinen Eltern, wenn es Angst hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ist noch sehr unselbständig, kann sich schlecht selbst beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. hängt am Rockzipfel der Mutter, will nichts allein machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. wehrt sich meistens gegen Zärtlichkeiten, will nicht schmusen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. reagiert mit panischer Angst, wenn in seinem Zimmer etwas verändert wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ist häufiger ohne Kontakt zu seiner Umgebung (blickt ins Leere, reagiert nicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ist gegenüber Schmerz sehr unempfindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. streitet sich jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. kann mit seinen Geschwistern nicht friedlich zusammen spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. ist in höchstem Maße eifersüchtig auf seine Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mannheimer Elternfragebogen (MEF) nach G. Esler und M. Laucht (Teil 2)

Ausgefüllt von Mutter  Vater  oder \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ (Datum)



## H. Telefonische Nachbefragung [Eltern]



### PSYCH-U Screening

#### Interviewleitfaden zur telefonischen Befragung der Eltern

ID \_\_\_\_\_

Datum des Interviews \_\_\_\_\_

Sprachliche Verständigungsprobleme  Ja  Nein

Interviewpartner  Mutter  Vater  
 Sonstig: \_\_\_\_\_

#### Einleitung:

Guten Tag, mein Name ist XXX. Ich bin Mitarbeiter\*in am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Spreche ich mit Frau/Herrn XXX?

Sie haben in Ihrer Kinderarztpraxis vor Kurzem einen Fragebogen vom Projekt „Psych-U Screening“ auf einem Tablet ausgefüllt und einer Teilnahme zugestimmt. Um das Projekt bewerten und verbessern zu können, möchten wir Sie heute zu Ihrer Meinung befragen. Die Befragung dauert voraussichtlich 15 Minuten. Sie sind damit einverstanden, jetzt teilzunehmen? Als Dankeschön für die Teilnahme an der telefonischen Befragung erhalten Sie von uns einen Drogerie-Gutschein im Wert von 10€. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Angaben nicht mit Ihrem Namen ausgewertet werden und nur anonym genutzt werden.

Bitte vergeben Sie zu folgenden Fragen Schulnoten von 1-6. Eine 1 bedeutet dabei „sehr gut“ und 6 „sehr schlecht“.

1. Wie bewerten Sie es, einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit Ihres Kindes im Rahmen der kinderärztlichen U-Untersuchung auszufüllen? (Schulnoten)					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:					

2. Inwiefern stellt die Wartezeit vor der kinderärztlichen U-Untersuchung einen geeigneten Zeitpunkt dar, um einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit Ihres Kindes auszufüllen? (Schulnoten)					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:					

3. Wie beurteilen Sie das Vorgehen, einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit am Tablet anstelle einer Papierversion zu bearbeiten? (Schulnoten)					
1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen/Verbesserungsvorschläge:					


4. Wären Sie auch in Zukunft dazu bereit, einen Fragebogen zur psychischen Gesundheit Ihres Kindes im Rahmen der U-Untersuchung auszufüllen?	
<input type="checkbox"/> Ja	
[Wenn ja:] Wie möchten Sie diesen Fragebogen ausfüllen?	<input type="checkbox"/> Tablet <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> in der Praxis <input type="checkbox"/> zu Hause
<input type="checkbox"/> Nein, aus folgendem Grund:	

(Filterfrage!)

5. Ist der Arzt/die Ärztin während der U-Untersuchung auf den Fragebogen eingegangen?
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein

(Frage 6 nur stellen, wenn Frage 5 mit JA beantwortet wurde)

6. Sind Ihnen weiterführende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen empfohlen worden?
<input type="checkbox"/> Ja
[Wenn ja:] Wurde die Maßnahme umgesetzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Nein

7. Haben Sie Verbesserungsvorschläge für das Vorgehen in der Wartezeit einen Fragebogen auszufüllen?


Psychische Gesundheit wird häufig im Zusammenhang mit der Nutzung von Medien in Verbindung gebracht. Daher interessiert uns die aktuelle Nutzung digitaler Medien (z.B. Fernsehen, Online-Spiele, Youtube) durch Ihr Kind.

8. Wie lang darf Ihr Kind durchschnittlich pro Tag digitale Medien nutzen?	
Stunden	Minuten

9. Wie häufig haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind zunehmend mehr Zeit mit der Nutzung digitaler Medien einfordert, um zufrieden zu sein?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie häufig fühlt sich Ihr Kind ruhelos, launisch, niedergeschlagen oder gereizt, wenn Sie versuchen, die Nutzung digitaler Medien zu reduzieren?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie häufig fordert Ihr Kind insbesondere bei schlechter Stimmung (z.B. Niedergeschlagenheit, Ärger) die Nutzung digitaler Medien ein?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie häufig kommt es aufgrund der Nutzung digitaler Medien zu Konflikten zwischen Ihnen und Ihrem Kind?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um **Ihre eigene Nutzung des Internets zu privaten Zwecken**. Bitte geben Sie die für Sie zutreffende Antwort an. Unter Internetnutzung wird der Zugang über Tablets, Smartphones oder andere internetfähige Geräte verstanden.

13. Wie häufig finden Sie es schwierig mit dem Internetgebrauch aufzuhören, wenn Sie online sind?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie häufig sagen Ihnen andere Menschen (z.B. Partner*innen, Kinder, Eltern, Freund*innen), dass Sie das Internet weniger nutzen sollten?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Wie häufig schlafen Sie zu wenig wegen des Internets?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Wie häufig vernachlässigen Sie Ihre Alltagsverpflichtungen, weil Sie lieber ins Internet gehen?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wie häufig gehen Sie ins Internet, wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen?				
Nie	Selten	Manchmal	Häufig	Sehr häufig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft fühlten Sie sich in den letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

18. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten			
Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit			
Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung			
Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Nicht in der Lage, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren			
Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Sie nach Ihrem Erleben der aktuellen Coronavirus-Situation und dem Erleben der hiermit verbundenen Maßnahmen fragen.

22. Wie stark belasten die Corona-Maßnahmen (z.B. vorübergehende Schließung der Kitas, Kontaktsperren) Ihren Familienalltag?		
<input type="checkbox"/> wenig	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> stark

23. Inwiefern fühlen Sie sich bei der Erziehung Ihres Kindes belastet?		
<input type="checkbox"/> Wenig	<input type="checkbox"/> Mittel	<input type="checkbox"/> Stark

24. Sind Ihnen Verhaltensänderungen Ihres Kindes in den Monaten aufgefallen, die durch das Coronavirus und den damit verbundenen Maßnahmen geprägt waren?
---

Nein       Ja, und zwar:

*Abschließend würden wir gerne einige persönliche Angaben erfragen, die natürlich ebenso vertraulich wie alle anderen Angaben von Ihnen behandelt werden.*

**25. Wie alt sind Sie bzw. der andere Elternteil des Kindes?**

Jahre (selbst)      Jahre (anderer Elternteil)

**26. Was trifft auf Sie hinsichtlich Ihrer Partnerschaft zu?**

- in einer festen Beziehung mit dem Kindsvater/der Kindsmutter
- in einer festen Beziehung mit einem anderen Partner
- alleinstehend
- Sonstiges:
- keine Angabe

**27. Bei wem lebt Ihr Kind?**

- bei den leiblichen Eltern
- bei der Mutter (alleinerziehend)
- bei dem Vater (alleinerziehend)
- bei der Mutter mit Partner\*in
- bei dem Vater mit Partner\*in
- Sonstiges:

**28. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingerechnet?**

Personen, davon      Kinder

**29. Seit wann ...**

**... leben Sie in Deutschland?**

- seit meiner Geburt
- seit \_\_\_\_\_, zuvor lebte ich in:
- Ich lebe nicht in Deutschland

**... lebt der andere Elternteil des Kindes in Deutschland?**

- seit der Geburt
- seit \_\_\_\_\_, zuvor lebte er/sie in:

<input type="checkbox"/> Er/Sie lebt nicht in Deutschland
<b>... lebt Ihr Kind in Deutschland?</b>
<input type="checkbox"/> seit der Geburt
<input type="checkbox"/> seit _____, zuvor lebte es in:

**30. Stellen Sie sich bitte eine Leiter mit 10 Sprossen vor, die zeigen soll, wo die Menschen in Deutschland stehen. Auf Sprosse 10 stehen die Menschen mit dem meisten Geld, der höchsten Bildung und den besten Jobs. Auf Sprosse 1 stehen Menschen mit dem wenigsten Geld, der niedrigsten Bildung und dem schlechtesten oder ohne Job. Wenn Sie an sich selbst denken: Auf welcher Sprosse würden Sie sich einordnen (1-10)?**

\_\_\_\_\_

<b>31. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie bzw. der andere Elternteil des Kindes?</b> (bei mehreren Abschlüssen, bitte nur den höchsten)		
	Mutter	Vater
Derzeit noch Schüler*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haupt-/Volksschul-/Ersten Allgemeinen Schulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderen Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Vielen Dank, dass Sie an der Befragung teilgenommen haben – das hilft der zukünftigen Versorgung von Kindern sehr. Wie zu Beginn der Befragung erwähnt, erhalten Sie von uns als Dankeschön für die Teilnahme an der telefonischen Befragung einen Drogerie-Gutschein im Wert von 10€. Wenn Sie einverstanden sind, dass wir Ihnen diesen per Post zuschicken, nennen Sie uns bitte Ihre Adresse\*.*

\_\_\_\_\_

*\*Die Postadresse wird ausschließlich für die Zusendung des Gutscheins genutzt, anschließend wird diese vernichtet.*

*Um Veränderungen des Mediennutzungsverhaltens Ihres Kind nach dem Ende der einschneidenden Maßnahmen und Kontaktbeschränkungen durch die aktuelle Corona-Pandemie zu erfassen, würden wir Sie gern nach 6 Monaten ein letztes Mal für ein kurzes Telefongespräch kontaktieren. Wären Sie hiermit einverstanden?*

Ja       Nein



## I. Fokusgruppen [Praxisteams]: Erster Befragungszeitpunkt



**Prozessaudit Kinderarztpraxen MEF/SDQ**  
Psychodiagnostisches  
Screening in U-Untersuchungen

Praxis	
Datum & Uhrzeit	
Teilnehmende	
Ort	

### Einstieg

Frage	Rückmeldung
Wer ist an dem Projekt beteiligt? • Ist das gesamte Praxisteam beteiligt? • Hängt das Projekt an einzelnen Personen?	
Was funktioniert gut, wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?	
Gibt es seitens der Praxis gewünschte Themen-Schwerpunkte für das Audit?	

### Teilprozess „Ansprache von Familien“

Frage	Rückmeldung
Wie läuft die Ansprache bei Ihnen ab? • Wo? • Wann? • Wer?	
Bereiten Sie die Ansprachen/das Ausfüllen des Fragebogens auf dem Tablet vor? Wenn ja, wie und wann?	
Werden alle Eltern angesprochen? Wenn nein, wann erfolgt keine Ansprache?	
Bitte schätzen Sie einmal, wie viele Eltern/Familien Sie im Praxisalltag erreichen (in %)?	
Was sind die größten Herausforderungen bei der Ansprache der Eltern?	
Welche Voraussetzungen müssten geschaffen werden, damit bei Ihnen mehr Ansprachen gelingen können?	
Falls vorhanden: Wie häufig nutzen Sie fremdsprachliche Materialien und welche Sprache am häufigsten?	
Ist (auch in Krankheits- oder Urlaubsfällen) immer ein:e Mitarbeiter:in vor Ort, die über die Erhebung Bescheid weiß?	

© Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung. PSYCH-U Einwilligungserklärung – Freigabe: PD Dr. S. Pawils (03.05.21)



Ist das Angebot in Ihrer Praxis bereits zur Routine geworden? Wenn nein, was sind die Herausforderungen?	
---	--

**Wie bewerten Sie den Teilprozess „Ansprache von Familien“ insgesamt?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Teilprozess „Tablet-basierte Befragung während der Wartezeit“**

Frage	Rückmeldung
Wo füllen die Eltern die Tablet-Befragung aus?	
Müssen Sie beim Ausfüllen des Fragebogens unterstützen? Wenn ja, in welchen Fällen?	
Muss die übliche Wartezeit für das Ausfüllen der Befragung verlängert werden?	
Inwieweit ist das Ausfüllen der Befragung für die Eltern während der Wartezeit praktikabel? (gleichzeitige Betreuung des Kindes usw.)	
Funktioniert die Weitergabe des Tablets an die Ärztin/den Arzt durch die Eltern?	

**Wie bewerten Sie den Teilprozess „Tablet-basierte Befragung während der Wartezeit“ insgesamt?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Wie bewerten Sie die Integration der Tablet-basierten Befragung in die Vorbereitung der U-Untersuchung insgesamt?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

**Ende Befragung MFAs – Anmerkungen MFAs**

Frage	Rückmeldung
Raum für Anmerkungen	

**Teilprozess „Besprechung der Ergebnisse“**

Frage	Rückmeldung
Inwieweit hilft Ihnen der Fragebogen MEF/SDQ bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit des Kindes?	



Inwieweit integrieren Sie die Besprechung der Ergebnisse des Fragebogens MEF/SDQ in die U-Untersuchung?	
Treten Probleme oder Hindernisse bei der Besprechung der Ergebnisse auf? Wenn ja, welche? (Sprachbarrieren etc.)	
Inwiefern verändert sich durch den Einsatz des Fragebogens MEF/SDQ die Erfassung von Anzeichen auf psychische Auffälligkeit?	
Dokumentieren Sie die Ergebnisse der Befragung und des Elterngesprächs zur psychischen Gesundheit? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie? (Patientenakte, Software etc.)</li> <li>• Wie lange dauert dies?</li> </ul>	

**Wie bewerten Sie den Teilprozess „Besprechung der Ergebnisse“ insgesamt?**



**Teilprozess „Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung“**

Frage	Rückmeldung
Beeinflusst die Nutzung des Fragebogens MEF/SDQ Ihre Entscheidung, ob weiterführende Maßnahmen ergriffen werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum/Warum nicht?</li> </ul>	
Inwieweit unterstützt Sie der Fragebogen MEF/SDQ bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen?	
Welche positiven oder negativen Reaktionen bei der Kommunikation der Maßnahmen haben Sie im Studienzeitraum erlebt?	

**Wie bewerten Sie den Teilprozess „Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung“ insgesamt?**



**Wie bewerten Sie die Integration des Fragebogens MEF/SDQ in die U-Untersuchung insgesamt?**



**Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie den Fragebogen MEF/SDQ nach Abschluss der Studie weiterverwenden?**



## J. Fokusgruppen [Praxisteams]: Zweiter Befragungszeitpunkt



**Prozessaudit Kinderarztpraxen MEF/SDQ**  
Psychodiagnostisches  
Screening in U-Untersuchungen

Praxis	
Datum & Uhrzeit	
Teilnehmende	
Ort	

### Teilprozess „Ablauf“

Frage	Rückmeldung
Gab es Veränderungen beim Ablauf des Screenings mit dem MEF/SDQ im Vergleich zu unserem letzten Gespräch? (Falls ja, inwiefern?)	

### Teilprozess „Besprechung der Ergebnisse“

Frage	Rückmeldung
Inwieweit hilft Ihnen der Fragebogen MEF/SDQ bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit des Kindes?	
Inwieweit integrieren Sie die Besprechung der Ergebnisse des Fragebogens MEF/SDQ in die U-Untersuchung?	
Treten Probleme oder Hindernisse bei der Besprechung der Ergebnisse auf? Wenn ja, welche? (Sprachbarrieren etc.)	
Inwiefern verändert sich durch den Einsatz des Fragebogens MEF/SDQ die Erfassung von Anzeichen auf psychische Auffälligkeit?	
Dokumentieren Sie die Ergebnisse der Befragung und des Elterngesprächs zur psychischen Gesundheit? <ul style="list-style-type: none"> <li>Wie? (Patientenakte, Software etc.)</li> <li>Wie lange dauert dies?</li> </ul>	

### Wie bewerten Sie den Teilprozess „Besprechung der Ergebnisse“ insgesamt?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



**Teilprozess „Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung“**

Frage	Rückmeldung
Beeinflusst die Nutzung des Fragebogens MEF/SDQ Ihre Entscheidung, ob weiterführende Maßnahmen ergriffen werden? • Warum/Warum nicht?	
Inwieweit unterstützt Sie der Fragebogen MEF/SDQ bei der Auswahl geeigneter Maßnahmen?	
Welche positiven oder negativen Reaktionen bei der Kommunikation der Maßnahmen haben Sie im Studienzeitraum erlebt?	

**Wie bewerten Sie den Teilprozess „Maßnahmen zur weiterführenden Diagnostik oder Behandlung“ insgesamt?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

<b>Begründung</b>	
-------------------	--

**Vergleich MEF und SDQ**

Sie haben in den vergangenen Monaten sowohl den SDQ als auch den MEF im Rahmen der U7a bis U9 eingesetzt.

Wir würden nun gern beide Verfahren vergleichen.  
Sie dürfen insgesamt 5 Punkte vergeben, die Sie auf SDQ und MEF aufteilen oder nur einem Instrument zuschreiben dürfen (gern mit Begründung)



Bitte vergleichen Sie beide Screeningverfahren hinsichtlich....

Frage	Punkte für SDQ	Rückmeldung	Punkte für MEF	Rückmeldung
Praktikabilität/Einsatzbarkeit im Praxisalltag				
Verständlichkeit der Fragen durch die Eltern				
Nutzen/Mehrwert für die U-Untersuchung				
Nutzen/Mehrwert bei der Entscheidungsfindung, ob eine Weiterleitung zur weiterführenden Psychodiagnostik/Behandlung sinnvoll erscheint				

Wie bewerten Sie den SDQ insgesamt?



Wie bewerten Sie den MEF insgesamt?



Ende Befragung – Anmerkungen

Frage	Rückmeldung
Raum für Anmerkungen	

Setzen Sie einen der beiden Fragebögen nach Abschluss der Studie ein?  
 Falls ja, welchen Fragebogen setzen Sie ein (MEF, SDQ, beide)?



## II. Tabelle: Stichprobenbeschreibung der telefonischen Elterninterviews

	<b>TAU</b> <b>(n = 100)</b>	<b>MEF</b> <b>(n = 129)</b>	<b>SDQ</b> <b>(n = 128)</b>	<b>p</b>	<b>Cramer's V /</b> <b>Pearson's r</b>
Befragte Person, n (%) <sup>1</sup>				.129 <sup>a</sup>	V = .100
Mutter	80 (80.0)	111 (86.0)	115 (89.8)		
Vater	20 (20.0)	16 (12.4)	12 (9.4)		
Sonstige	0 (0.0)	2 (1.6)	1 (0.8)		
Fehlende Werte	0	0	0		
Alter der Eltern, n (%) <sup>2</sup>	98 (98.0)	128 (99.23)	126 (98.44)		
Befragte Person, M (SD) <sup>1</sup>	35.78 (5.086)	35.70 (5.677)	36.25 (4.685)	.699 <sup>b</sup>	r = .045
Anderer Elternteil, M (SD) <sup>2</sup>	36.79 (5.648)	38.05 (6.316)	37.57 (5.801)	.274 <sup>b</sup>	r = .086
Fehlende Werte	2 (2.0)	1 (0.78)	2 (1.56)		
Partnerschaft, n (%) <sup>3</sup>				.600 <sup>a</sup>	V = .113
In einer festen Partnerschaft mit dem Kindesvater/ der Kindesmutter	85 (85.0)	113 (88.3)	106 (83.5)		
In einer festen Partnerschaft mit einem anderen Partner/ einer anderen Partnerin	4 (4.0)	6 (4.7)	9 (7.1)		
Alleinstehend	10 (10.0)	9 (7.0)	12 (9.4)		
Sonstiges	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Fehlende Werte	0 (0.0)	1 (0.78)	1 (0.78)		

Signifikanz basierend auf: <sup>a</sup> Chi-Quadrat, <sup>b</sup> ANOVA; Gültige Werte: <sup>1</sup>n=357; <sup>2</sup>n=352; <sup>3</sup>n=355

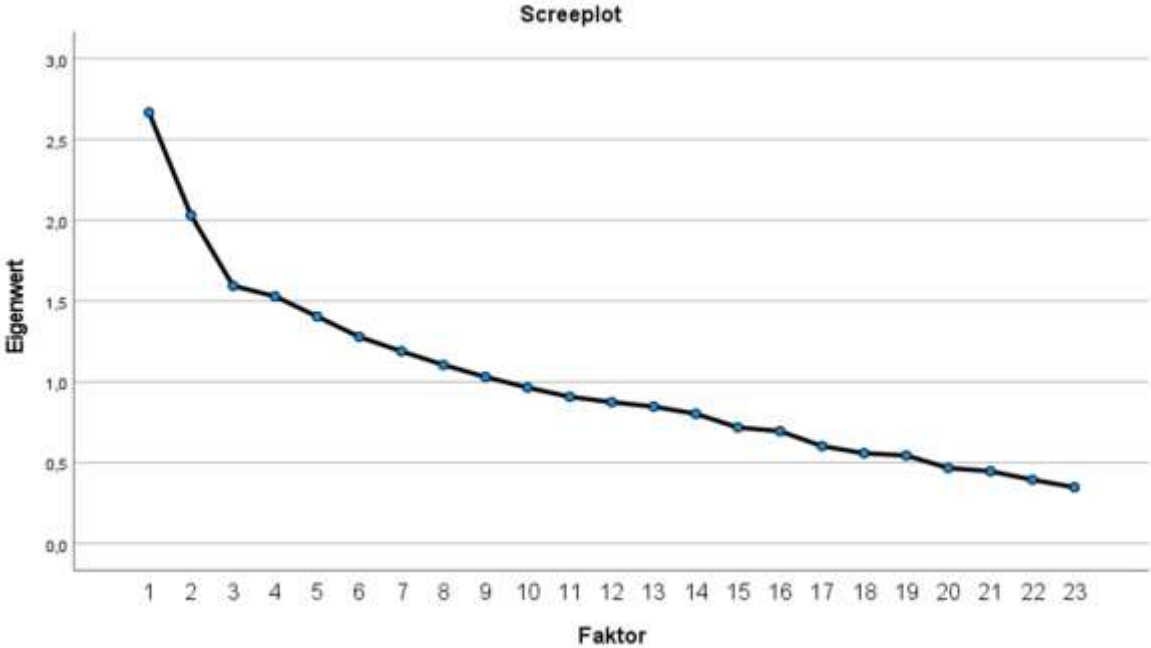
### III. Tabelle: Ergebnisse der Hauptkomponentenanalyse - Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte			Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumuliert e %	Gesamt	% der Varianz	Kumuliert e %	Gesamt	% der Varianz	Kumuliert e %
1	2,667	11,596	11,596	2,667	11,596	11,596	1,868	8,121	8,121
2	2,031	8,831	20,427	2,031	8,831	20,427	1,822	7,922	16,042
3	1,595	6,933	27,360	1,595	6,933	27,360	1,663	7,228	23,271
4	1,529	6,649	34,008	1,529	6,649	34,008	1,555	6,759	30,030
5	1,405	6,107	40,115	1,405	6,107	40,115	1,519	6,604	36,634
6	1,279	5,559	45,674	1,279	5,559	45,674	1,457	6,333	42,968
7	1,190	5,172	50,846	1,190	5,172	50,846	1,448	6,295	49,263
8	1,105	4,804	55,650	1,105	4,804	55,650	1,296	5,635	54,898
9	1,031	4,481	60,131	1,031	4,481	60,131	1,204	5,233	60,131
10	0,964	4,193	64,324						
11	0,908	3,947	68,271						
12	0,875	3,803	72,075						
13	0,847	3,681	75,756						
14	0,802	3,489	79,245						
15	0,718	3,121	82,365						
16	0,695	3,021	85,387						
17	0,602	2,619	88,006						
18	0,558	2,427	90,433						
19	0,544	2,367	92,800						
20	0,467	2,031	94,831						
21	0,447	1,943	96,774						
22	0,394	1,715	98,489						
23	0,348	1,511	100,000						

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.



IV. Screeplot



## V. Tabelle: Rotierte Komponentenmatrix

Item	Faktor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9 <sup>e</sup>	<b>0,776</b>	-0,016	0,082	0,050	-0,025	0,131	0,168	-0,006	-0,034
21 <sup>i</sup>	<b>0,753</b>	-0,060	0,058	-0,065	0,103	-0,046	0,039	-0,017	-0,079
17 <sup>h</sup>	<b>0,517</b>	0,065	0,018	0,021	-0,098	0,023	-0,164	-0,076	<b>0,458</b>
10 <sup>e</sup>	<b>0,511</b>	-0,021	-0,062	<b>0,357</b>	-0,107	0,142	-0,049	0,091	0,067
12 <sup>f</sup>	-0,045	<b>0,833</b>	0,175	-0,008	-0,044	0,055	-0,012	0,162	-0,061
13 <sup>f</sup>	-0,028	<b>0,811</b>	0,160	0,086	-0,073	-0,005	0,007	0,040	0,066
23 <sup>j</sup>	0,028	<b>0,592</b>	-0,121	0,078	<b>0,401</b>	-0,025	0,183	-0,292	0,104
15 <sup>g</sup>	0,055	-0,006	<b>0,732</b>	-0,117	0,111	-0,045	0,105	-0,112	0,194
16 <sup>g</sup>	-0,006	0,087	<b>0,699</b>	0,206	-0,064	0,010	0,102	0,012	-0,081
14 <sup>g</sup>	0,219	0,143	<b>0,531</b>	-0,115	0,012	0,040	-0,213	0,081	0,020
11 <sup>f</sup>	-0,129	0,157	<b>0,457</b>	0,145	0,076	0,276	0,112	-0,003	0,082
2 <sup>b</sup>	0,003	-0,003	0,021	<b>0,726</b>	0,002	0,072	-0,013	-0,066	0,062
1 <sup>a</sup>	0,161	0,069	0,052	<b>0,617</b>	-0,041	0,019	0,030	0,224	0,190
22 <sup>j</sup>	-0,071	0,129	0,042	<b>0,568</b>	<b>0,310</b>	-0,049	0,058	-0,266	-0,229
6 <sup>c</sup>	0,040	-0,001	0,037	-0,021	<b>0,790</b>	0,073	-0,009	0,056	0,062
4 <sup>c</sup>	-0,119	-0,054	0,099	0,130	<b>0,651</b>	0,019	0,090	<b>0,434</b>	0,067
8 <sup>d</sup>	0,100	0,048	0,054	0,137	0,046	<b>0,821</b>	-0,051	0,020	-0,116
7 <sup>d</sup>	0,078	-0,028	0,044	-0,053	0,027	<b>0,777</b>	-0,042	-0,004	0,208
19 <sup>i</sup>	0,137	0,112	-0,029	-0,107	0,121	-0,017	<b>0,744</b>	-0,225	0,010
18 <sup>i</sup>	0,039	0,009	0,132	0,057	0,066	-0,131	<b>0,625</b>	0,132	-0,145
20 <sup>j</sup>	-0,102	-0,057	0,022	0,115	-0,239	0,132	<b>0,558</b>	<b>0,322</b>	0,204
5 <sup>c</sup>	0,029	0,118	-0,062	-0,038	0,214	-0,006	0,049	<b>0,813</b>	-0,035
3 <sup>a,b</sup>	-0,063	0,037	0,141	0,133	0,156	0,082	0,011	0,017	<b>0,831</b>

Notizen: <sup>a</sup> = Einschlafstörungen; <sup>b</sup> = Durchschlafstörung; <sup>c</sup> = Essstörungen; <sup>d</sup> = Trennungsangst; <sup>e</sup> = Phobien; <sup>f</sup> = Hyperkinetische Störungen; <sup>g</sup> = Aggressivität; <sup>h</sup> = Schüchternheit/ Mutismus; <sup>i</sup> = Distanzlosigkeit; <sup>j</sup> = Autismus

## VI. Systematische Literaturrecherche

### A. Suchterm

**Term 1:** "mental health\*" OR "emotion\*" OR "psychological\*" OR "behavior\*" OR "psychiatric\*"

**Term 2:** "screen\*" OR "diagnos\*" OR "measur\*" OR "tool" OR "psychometric\*" OR "test\*" OR "item"  
OR "instrument"

**Term 3:** "child\*" OR "young age" OR "infant" OR "adolesc\*" OR "teen" OR "patient\*"

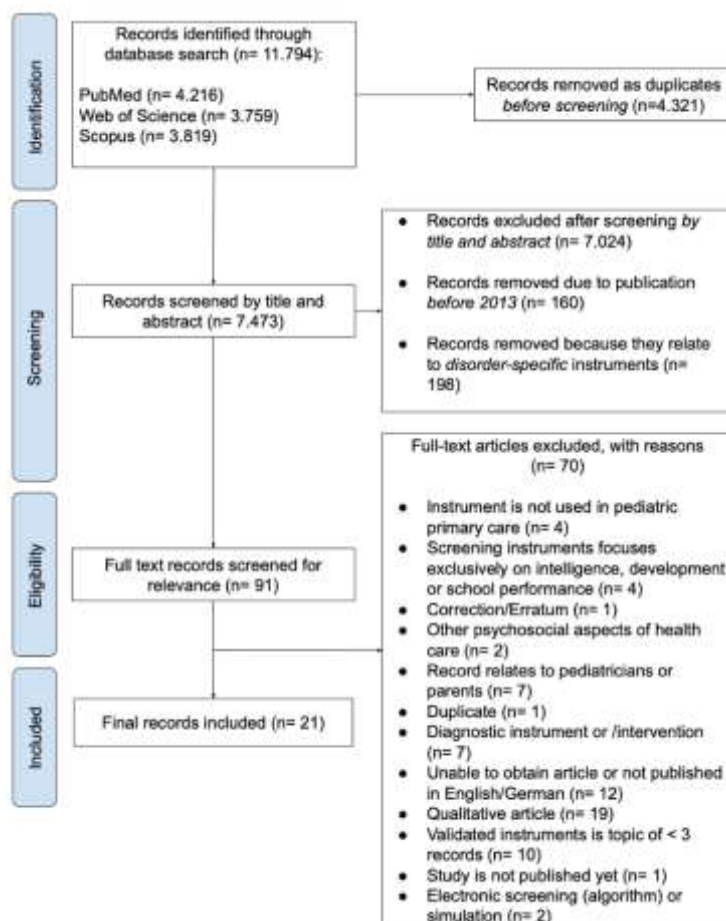
**Term 4:** "pediatric\*" OR "paediatric\*"

**Term 5:** "primary care" OR "outpatient" OR "ambulant\*"

**Term 6:** AND NOT "cognitive" OR "intelligence" OR "school performance"

Finale Datenbanksuche wurde in den Datenbanken (1) PubMed, (2) Web of Science und (3) Scopus im April 2021 durchgeführt.

### B. Flowchart



## VII. Protokolle des Wissenschaftlichen Beirats

### A. Protokoll vom 17.06.2020

- Teilnehmende
  - Projektgruppe: Ingo Menrath, Silke Pawils, Svenja Mertens, Hannah Hoffmann, Kaja Kristensen, Julia Quitmann, Stefanie Witt
  - Externe: Ralf van Heek, Sönke Sievert, Nikola Nitzschke, Michael Kölsch, Thomas Fischbach, Monika Bullinger
  
- Vorstellung der Teilnehmer und Arbeitsgruppen sowie deren Aufgaben
  - Projektgruppe
    - Planung und Durchführung der Studie
  - Wissenschaftlicher Beirat
    - BVKJ-Vertreter: Unterstützung bei der Rekrutierung; Beratung der Projektgruppe dahingehend, inwiefern die Studie in den Praxen umsetzbar ist
    - Kinder- und Jugendpsychiater: Inhaltliche Beratung zum psychosozialen Screening
  - Steuerungsgruppe
    - Wissenschaftliche Begleitung und inhaltliche Beratung
  
- Selektivverträge
  - Insgesamt ist in den betreffenden U-Untersuchungen eher geringe Fallzahl von Familien mit Selektivverträgen zu erwarten
  - Betrifft insbesondere Versicherte der Barmer Krankenkasse
  
- Rekrutierung der Praxen
  - Anmerkung Herr Fischbach
    - Am besten wäre es, komplett „testnaive“ Praxen für TAU zu finden
    - Differenzierte Erfassung, inwiefern Kinderärzte in der TAU nicht doch auch psychosoziale Aspekte auch ohne standardisiertes Screening erfassen
    - Die Aufwandsentschädigung von 750 Euro sollte ggf. doch erwähnt werden
  - Vorschlag von Frau Nitzschke zur Verbesserung der Rekrutierung
    - Persönlichen Kontakt vor Ort suchen; Vorstellung der Studie im Praxisteam
    - Bestehende Netzwerke der Kinder- und Jugendärzte ansprechen
  
- Instrumentenprüfung
  - Rückmeldung: Telefonische Nachbefragung und Erreichbarkeit könnte möglicherweise insbesondere bei sozial schwächer gestellten Familien ein Problem darstellen
  - Incentives einsetzen
  
- Endpunkt
  - Hinweis : MEF und SDQ sind nur Screening-Instrumente, ersetzen keine standardisierte Diagnostik und weisen eine hohe Sensibilität auf (Gefahr von „falsch positiven“ Treffern)
  - Der Endpunkt sollte daher differenzierter erfasst werden: Nicht nur Überweisung ja vs. nein

- z. B. Beratung durch den Kinderarzt („wait and see“) kann auch eine hilfreiche Strategie sein
  
- Offene Fragen vonseiten der Projektgruppe
  - Auswirkung der Coronasituation auf die Datenerhebung?
    - Rückmeldung der BVKJ-Vertreter: Ist eher als unproblematisch zu bewerten; die meisten Kinderarztpraxen führen weiterhin U-Untersuchungen durch
  - Diskrepanz hinsichtlich der abgefragten Zeiträume im MEF (6 Monate) und der CBCL 1.5-5 (2 Monate)?
    - Rückmeldung von Herrn Kölsch: Ebenfalls eher unproblematisch; die meisten Eltern beziehen sich aus Erfahrung nicht auf die Testinstruktion, sondern auf die Einschätzung der Situation im Hier und Jetzt

## B. Protokoll vom 24.11.2021

- Teilnehmende
  - Projektgruppe: Ingo Menrath, Silke Pawils, Svenja Mertens, Hannah Schmidt, Julia Quitmann, Stefanie Witt, Kaja Kristensen, Ute Thyen
  - Beirat: Ralf van Heek, Michael Kölch, Thomas Fischbach, Elisabeth Reineck, Claudia Haupt, Maike Heiser,
- Zwischenergebnisse der PsychU-Machbarkeitsstudie
  - Datenerhebung
    - Datenerhebung läuft aktuell in 12 Kinder- und Jugendarztpraxen in Hamburg und Schleswig-Holstein. Bei der Rekrutierung wurde die Einbeziehung möglichst heterogener Praxen angestrebt (im Hinblick auf mögliche Stadt-Land-Unterschiede; Größe der Praxis)
    - Bislang nahmen 2008 von 2366 angesprochenen Eltern teil (Drop-out: 15,2%; Ablehnung v.a. bei Datenschutzbedenken oder Sprachproblemen)
    - Cross-Over Design: Die Praxen wechseln nach der Hälfte der Erhebungszeit das Instrument zur besseren Vergleichbarkeit der Praktikabilität und zum Ausschluss von praxisspezifischen Besonderheiten
    - Screening der psychischen Auffälligkeiten bis xxxx
      - SDQ: 707 (82,7%) unauffällig, 78 (9,1%) grenzwertig, 70 (8,2%) auffällig
      - MEF: 440 (83,2%) mindestens ein Item bejaht. (Bejahtes Items entspricht einem Anhaltspunkt für eine Abklärung).
    - Akzeptanz/Relevanz durch die Eltern
      - Gute Verständlichkeit der Items bei beiden Instrumenten (MEF und SDQ)
      - Hohe Zustimmung bei Einschätzung der Bedeutsamkeit und der Machbarkeit eines psychodiagnostischen Screenings während der Wartezeit der U-Untersuchung
  - Praktikabilitätsbefragung/ Praxisteams (bislang 11 Gespräche)
    - Screening gut implementierbar, keine Verlängerung der Wartezeit notwendig
    - Hilft klinischen Eindruck zu festigen; sensibilisiert für dieses Thema; liefert i.d.R. keine unerwarteten Ergebnisse
    - SDQ nur digital implementierbar
- Rückmeldung des Beirats zur Machbarkeitsstudie
  - Wording: Es erscheint insbesondere beim MEF ratsam, von dem Begriff „Screening“ Abstand nehmen; ggf. den Begriff „Anhaltbogen“ verwenden
  - Nach dem Wechsel der Interventionsbedingungen (Cross-Over-Design) sollte geprüft werden, inwiefern auffällige Screeningergebnisse mit der Weiterleitungsrate durch den Kinder- und Jugendarzt übereinstimmen
  - Den Begriff „Weiterleitung“ klarer definieren; z.B. Maßnahmen differenziert darstellen und weitergehende Beratung in der eigenen Praxis oder Folgeterminvereinbarung gesondert ausweisen
- Zwischenergebnisse der Instrumentenprüfung

- Aufgrund der besseren Erreichbarkeit wurde die Kreuzvalidierung des MEF mit CBCL in Kitas und nicht in Kinder- und Jugendarztpraxen durchgeführt
  - Anreiz zur Teilnahme: Individuelle Auswertung/Rückmeldung zu den Fragebögen führt zu guter Teilnahme
  - Aktuell n=336 U7/U7a und n=398 in der U8/U9
  
- Rückmeldung des Beirats zur Instrumentenprüfung
  - Limitationen
    - Kreuzvalidierung sollte besser durch diagnostisches Interview erfolgen
    - Erreichbarkeit von sozial schwächer gestellten Familien könnte eingeschränkt sein – Sozialstatus prüfen
  
- Ausblick
  - Austausch mit Wissenschaftlichem Beirat nach Abschluss der Datenerhebung geplant, um die Dissemination der Ergebnisse gemeinsam zu planen

## C. Protokoll vom 31.08.2022

### 1.) Teilnehmende

Projektgruppe: M.Sc. Svenja Mertens<sup>1</sup>, M.Sc. Hannah Schmidt<sup>2</sup>, PD Dr. Ingo Menrath<sup>2</sup>, PD Dr. Silke Pawils<sup>1</sup>. Beirat: Prof. Dr. Michael Kölch<sup>3</sup>, Elisabeth Reineck<sup>4</sup>, Prof. Dr. Ute Thyen<sup>2</sup>, Dr. Stefan Renz

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Psychologie

<sup>2</sup> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

<sup>3</sup> Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

<sup>4</sup> Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte – Service GmbH

<sup>5</sup> Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte, Vizepräsident im Bundesvorstand

### 2.) Forschungsauftrag, Herausforderungen und Lösungswege

#### ***Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit***

- Cluster-randomisierter Vergleich von zwei strukturierten Verfahren zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten in der U7a bis U9 gegenüber einer Kontrollbedingung (Treatment As Usual, TAU). Überprüfte Instrumente: Mannheimer Elternfragebogen (MEF) und Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Endpunkte: (1) Akzeptanz, (2) Praktikabilität, (3) Nutzen/Relevanz und (4) Wirkung einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten gegenüber TAU

#### ***Herausforderungen bei der Auftragsumsetzung***

MEF ist kein Screeninginstrument

- Kein Cut-off/ Summenscore möglich
- Eingeschränkte Vergleichbarkeit von MEF und SDQ

#### ***Lösungsansatz***

Vorgehen bei der Auswertung des MEF

- Auswertung auf Einzelitemebene; keine Kategorisierung in psychische Auffälligkeiten, kein direkter Vergleich MEF und SDQ
- Stattdessen: Prüfung der empfohlenen Maßnahmen pro Bedingung (Kontrollbedingung vs. Interventionsbedingung); zudem Erfragung von möglichen Maßnahmen zur Optimierung und Revision des MEF aus Sicht von Ärzten und Ärztinnen mittels qualitativer Interviews in allen Bedingungen
- Cross-over Design
  - Alle Praxen der Interventionsgruppe nutzen SDQ sowie MEF (zeitversetzt)



- Somit ist eine vergleichende Bewertung der beiden Verfahren durch die Praxisteams möglich

### 3.) Deskriptive Ergebnisse

#### *Beschreibung der Praxen*

- Insgesamt nahmen 18 Praxen in Schleswig-Holstein und Hamburg im Zeitraum Oktober 2020 bis Juni 2022 teil (durchschnittliche Teilnahme in Monaten; M=9.76; SD=5.56; Range: 3-20)
- Bei der Rekrutierung wurde die Einbeziehung möglichst heterogener Praxen angestrebt (z.B. im Hinblick auf mögliche Stadt-Land-Unterschiede; Größe der Praxis)
- Überwiegend testnaive Praxen ohne Vorerfahrung hinsichtlich einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten; vorab wurde vereinzelt der MEF im Rahmen von Selektivverträgen mit bestimmten Krankenkassen eingesetzt
- Keine Vorerfahrung hinsichtlich einer regulären, tablet-basierten Befragung

#### *Beschreibung der Familien*

- Insgesamt nahmen 3.138 von 3.624 angesprochenen Familien im Rahmen der U7a bis U9 an der Studie teil (Ablehnungsrate: 14.4 %)
- Eine Ablehnung erfolgte insbesondere aufgrund von Datenschutzbedenken oder Sprachproblemen

### 4.) Endpunkte

#### (1) Akzeptanz

- Die Verständlichkeit der Items wurde durch die Eltern bei beiden Instrumenten (MEF und SDQ) als gut eingeschätzt Zustimmung
- Hohe Zustimmung bei Einschätzung der Bedeutsamkeit/ Machbarkeit einer strukturierten Erfassung psychischer Auffälligkeiten während der U-Untersuchung

#### (2) Praktikabilität

- Insgesamt hohe Teilnahmebereitschaft der Eltern, jedoch wurden praxisübergreifend drei zentrale Herausforderungen bei der Ansprache benannt: Kulturelle Unterschiede, bekannte psychische Belastungen der Familien, Sprachbarrieren
- Gute Praktikabilität im Praxisalltag (akzeptabler Mehraufwand, tabletgestützte Befragung während der Wartezeit gut implementierbar; keine Verlängerung der Wartezeit notwendig)

#### (3) Nutzen und Relevanz

- **Beide Verfahren:** **Positiv:** Hilft klinischen Eindruck zu festigen; sensibilisiert für dieses Thema; erleichtert den Zugang zum Thema („Eisbrecher“). **Herausfordernd:** Nicht ausreichend Zeit, um Ergebnisse differenziert zu besprechen; zudem Weiterleitung aufgrund von unzureichenden Versorgungsstrukturen häufig nicht möglich (ethisches Problem)
- **SDQ:** **Positiv:** Zeitökonomisches Instrument; Einbezug von Stärken (Skala „Prosoziales Verhalten“) erleichtert Zugang im Gespräch. **Herausfordernd:** Nur digital implementierbar
- **MEF:** **Positiv:** Einfache Auswertung; bessere Handbarkeit im Praxisalltag auch in Papierform. **Herausfordernd:** Version U8/U9 deutlich zu lang (56 Items). Wording zum Teil veraltet („ungehorsam“; „hängt am Rockzipfel der Mutter“,...).

#### (4) Wirkung

- Insgesamt erhöhte Anzahl von empfohlenen Maßnahmen in der Interventionsgruppe (SDQ, MEF) gegenüber der TAU-Gruppe – unabhängig vom gewählten Instrument

### 5.) Rückmeldung des Beirats

#### ***Mögliches Fazit für den Endbericht***

- Wording: SDQ - klares Screeningverfahren; MEF - Anhaltsbogen für ein Gespräch
- Grundsätzlich erscheint es wichtig, ein ausreichend validiertes Verfahren einzusetzen (spricht eher für den SDQ; Akzeptanz einer digitalen Datenerfassung wird zukünftig voraussichtlich zunehmen)
- Der MEF sollte vor einem flächendeckenden Einsatz zunächst in einem eigenständigen Projekt modifiziert und validiert werden; in aktueller Fassung nicht zu empfehlen

#### ***Statistische Auswertung***

- Vergleich von MEF und SDQ: Ggf. auf weiterführende statistische Vergleiche verzichten und die Ergebnisse nur deskriptiv darstellen, Fokus auf qualitativer Auswertung
- Möglicher Bias/ empfohlene Prüfung: Es wird vermutet, dass es einen systematischen Unterschied hinsichtlich der Maßnahmenempfehlung zwischen Schleswig-Holstein und Hamburg gibt (da in Schleswig-Holstein eine verpflichtende Teilnahme an allen drei überprüften U-Untersuchungen besteht; in Hamburg besteht ein verpflichtendes Einlade- aber nicht Teilnahmewesen: Risikofamilien gehen möglicherweise häufiger nicht zur U-Untersuchung)
- Ggf. eine Intention-to-treat Analyse für die empfohlenen Maßnahmen pro Bedingung berechnen

#### ***Implikationen für die Praxis/ weitere Forschung***

- Erreichbarkeit von Familien mit sprachlichen Barrieren muss verbessert werden
  - Diese wurden im Rahmen der PsychU-Studie trotz übersetzter Aufklärungs-/Screeningmaterialien häufig nicht angesprochen
  - Es braucht besondere Anstrengungen, um die Familien zu erreichen (z.B. verstärkte Einbindung von Dolmetschern und Dolmetscherinnen, übersetztes Informationsmaterial im Fall von Auffälligkeiten in der strukturierten Erhebung psychischer Auffälligkeiten)
- Schulung der Kinder- und Jugendärzten sowie Kinder- und Jugendärztinnen
  - In den Regionen, in denen sozial schwächer gestellte Familien leben, sind Versorgungsstrukturen häufig unzureichend. Daher sind insbesondere hier Qualitätszirkel zur Information über regionale Versorgungsangebote und die Kenntnis von differenzierten Hilfsangeboten wichtig.
  - Es ist Vorsicht vor Überpathologisierung/Defizitorientierung geboten; ggf. ist eine „Wait and See“ Strategie mit regelmäßigen Wiedervorstellungen in der eigenen Praxis bereits ausreichend.