

# Kjp-Qualität

## Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

### **Anhang zum Abschlussbericht**

- Juli 2006 -

In diesem Zusatzband "Anhang zum Abschlussbericht - Juli 2006" werden zunächst soziodemographische Vergleichsdaten, basierend auf einer Gegenüberstellung von Projektstichprobe und Allgemeinbevölkerung, dargestellt. Im zweiten Teil des Anhangs sind alle im Rahmen des Projektes verwendeten Instrumente (unterteilt nach relevanten Unterlagen zur Durchführung der Telefoninterviews, Zusatzinformationen für Eltern und schriftlichen Fragebögen) zusammengestellt.

F. Mattejat, M. Trosse, K. John, M. Bachmann & H. Remschmidt

Wie geht's?





## **Inhaltsverzeichnis**

Inhaltsverzeichnis .....	3
1. Vergleich der Soziodemografie des kjp-Qualitätsprojekts mit der Allgemeinbevölkerung .....	5
1.1 Vergleich der Soziodemografie der Kinder und Jugendlichen .....	6
1.2 Vergleich der Soziodemografie der befragten Personen .....	9
1.3 Tabellenverzeichnis.....	18
2. Verwendete Instrumente.....	19
2.1 Telefoninterviews	
2.2 Zusatzinformationen für Eltern	
2.3 Schriftliche Fragebögen	



## **1. Vergleich der Soziodemografie des kjp-Qualitätsprojekts mit der Allgemeinbevölkerung**

Die im Folgenden dargestellten soziodemographischen Vergleiche beruhen auf Berechnungen im Rahmen der Projekt-Zwischenauswertung im März 2006 (N=768); dabei werden die Ergebnisse des kjp-Qualitätsprojekts zur Allgemeinbevölkerung in Bezug gesetzt. Ähneln die Stichprobe der kjp-Qualitäts-Teilnehmer einem repräsentativen Ausschnitt der Bevölkerung oder unterscheidet sie sich in bestimmten Aspekten vom Durchschnitt?

Erste Bezugsquelle ist die repräsentative telefonische Elternbefragung, die im Rahmen des DFG-Projekts „Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (Trosse & Mattejat, 2005) durchgeführt wurde. Für diese Studie wurden 1008 Personen, die gemeinsam mit Kindern zwischen 6 und 18 Jahren im Haushalt leben, telefonisch befragt. Eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe findet sich u.a. im Manual zum ILK, das derzeit im Rahmen des Marburger Systems zur Qualitätssicherung und Therapieevaluation bei Kindern und Jugendlichen (MARSYS) zur Veröffentlichung vorbereitet wird (Mattejat & Remschmidt, im Druck, 2006). Des Weiteren werden Daten des Statistischen Bundesamtes zum Vergleich herangezogen. Die Zahlen von Schülerinnen und Schülern entstammen den Grund- und Strukturdaten 2003/2004 (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2004) auf Grundlage der ständigen Konferenz der Kultusminister. Außerdem werden die Mikrozensus der Jahre 2002 und 2004 zum Vergleich herangezogen.

Der jährlich erhobene Mikrozensus ist eine Zufallsstichprobe, die Daten von 390000 Haushalten, insgesamt 830000 Personen, also 1% der Bevölkerung, erfragt (Statistisches Bundesamt, 2003b, Statistisches Bundesamt, 2005b). Die Angaben aus dem Mikrozensus beziehen sich auf eine festgelegte Berichtswoche, in der Regel eine Woche im April ohne Feiertage (vgl. Engstler & Menning, 2003). Welche der beschriebenen Datenquellen zum jeweiligen Vergleich herangezogen wird, ist den entsprechenden Tabellen zu entnehmen.

Generell wird als vergleichende Bezugsgruppe der Allgemeinbevölkerung nur die Bevölkerung des früheren Bundesgebietes herangezogen. 87% (N=597) der befragten Personen (N=685) kommen aus Westdeutschland aber nur N=88 Teilnehmer des kjp-Qualitätsprojekts leben in den neuen Bundesländern. Diese Teilstichprobe ist zu gering, um auf ihrer Grundlage verlässliche Aussagen zu machen. Die Vergleiche zwischen der kjp-Patientenstichprobe und der Allgemeinbevölkerung werden daher auf Grundlage der 597 Teilnehmer der 8 Praxen aus dem früheren Bundesgebiet gezogen. Auch die

Vergleichstichproben, der Mikrozensus 2002 (Statistisches Bundesamt, 2003b) und die repräsentative telefonische Elternbefragung „Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (Trosse & Matthejat, 2005), werden für diesen Zweck auf die Teilnehmer aus dem früheren Bundesgebiet reduziert.

## 1.1 Vergleich der Soziodemografie der Kinder und Jugendlichen

Vorwegnehmend sei angemerkt, dass die prozentuale Verteilung der Kinder und Jugendlichen im kjp-Qualitätsprojekt nach Alter, Geschlecht und Schulform erwartungsgemäß nicht der Altersverteilung des westlichen Bundesgebiets entspricht. Vielmehr ist die Stichprobe des kjp-Qualitätsprojekts mit einem hohen Anteil männlicher Grundschüler charakteristisch für den ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (Remschmidt & Walter, 1989, Jungmann & Roosen-Runge, 2004).

Altersverteilung (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität 6-21 Jahre**			Repräsentative Telefonbefragung 6-18 Jahre**			Statistisches Bundesamt* 6-18 Jahre**	
	N	%	KI*** %	N	%	KI %	N in Tausend	%
6 – 9 Jahre	289	56,4	52-60	293	34,0	31-37	2.768	29,6
10 - 14 Jahre	182	35,5	32-40	348	40,3	37-43	3.744	40,1
15 – 16 Jahre	36	7,0	5-9	132	15,3	13-17	1.450	15,5
17 – 21 Jahre	5	1,0	0-2	90	10,4	8-12	1.381	14,8
<b>Gesamt</b>	<b>512</b>	<b>100</b>		<b>863</b>	<b>100</b>		<b>9.343</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Grund- und Strukturdaten 2003/2004, S.389.

\*\* Alter der Kinder der jeweiligen Grundgesamtheit

\*\*\* Konfidenzintervall, 95%

Tab. 1-1: Vergleich der Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen

Wie aus Tabelle 1-1 ersichtlich, sind die 6-9-jährigen Kinder mit 56,4% im kjp-Qualitätsprojekt erwartungsgemäß prozentual stärker vertreten als bei den Kindern und Jugendlichen der Gesamtbevölkerung (29,6%). Die Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen im kjp-Qualitätsprojekt unterscheidet sich deutlich von der Verteilung der entsprechenden Altersgruppe der Gesamtbevölkerung.

Auch die Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des kjp-Qualitätsprojekts auf die Schulformen entspricht nicht derjenigen der Gesamtbevölkerung. Tabelle 1-2 verdeutlicht die Unterschiede.

Besuchte Schulform (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt 2002*	
	N	%	KI** %	N	%	KI %	N in Tausend	%
Grundschule	289	60,6	57-65	280	36,8	33-41	2773,2	34,3
Weiterführende Schule	160	33,5	30-38	471	62,0	58-66	4987,3	61,6
Sonderschule	28	5,9	4-8	9	1,2	0-2	329,7	4,1
<b>Gesamt***</b>	<b>477</b>	<b>100</b>		<b>760</b>	<b>100</b>		<b>8090,2</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Grund- und Strukturdaten 2003/2004, S. 60-63.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* nur Kinder der entsprechenden Schulformen

*Tab. 1-2: Vergleich der Verteilung auf die besuchten Schulformen der Kinder und Jugendlichen*

Der Altersverteilung der kjp-Qualitätsstichprobe entsprechend, besucht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein deutlich größerer Teil der Patientinnen und Patienten die Grundschule. Auch der Anteil an Sonderschülern ist in der kjp-Stichprobe deutlich höher als in der repräsentativen Telefonbefragung und den vom Statistischen Bundesamt erhobenen Daten.

Signifikante Unterschiede gibt es auch bei der in Tabelle 1-3 beschriebenen Geschlechterverteilung. Die Konfidenzintervalle der Jungen aus dem kjp-Projekt (58-66%) und der repräsentativen Telefonbefragung (49-55%) weisen keinerlei Überschneidung auf. Dabei entspricht die Geschlechterverteilung im früheren Bundesgebiet (Jungenanteil 51,3%) derjenigen der repräsentativen Telefonbefragung.

Geschlecht Kinder u. Jugendliche v. 6 – 21 J. (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt*	
	N	%	KI** %	N	%	KI %	N in Tausend	%
weiblich	229	38,4	34-42	412	47,7	45-51	4.547	48,7
männlich	368	61,6	58-66	451	52,3	49-55	4.796	51,3
<b>Gesamt</b>	<b>597</b>	<b>100</b>		<b>863</b>	<b>100</b>		<b>9.343</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Grund- und Strukturdaten 2003/2004, S.389 f..

\*\* Konfidenzintervall, 95%

*Tab. 1-3: Vergleich der Geschlechterverteilung der Kinder und Jugendlichen*

Wie aus Tabelle 1-4 hervorgeht, leben 82,5% der Kinder und Jugendlichen des kjp-Projekts mit Vater und Mutter in einem Haushalt, 16,3% nur mit der Mutter und 1,2% nur mit dem Vater. Dies entspricht den Zahlen der Allgemeinbevölkerung.

Zusammenleben Kind-Eltern(teil) (früheres Bundesgebiet, 6 – 18-jährige)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt 2004*	
	N	%	KI**%	N	%	KI %	N in 1000	%
mit Vater und Mutter	485	82,5	80-86	758	87,8	86-90	11.270	81,5
nur mit der Mutter	96	16,3	13-19	94	10,9	9-13	2.090	15,1
nur mit dem Vater	7	1,2	0-9	11	1,3	0-2	0.473	3,4
<b>Gesamt</b>	<b>596***</b>	<b>100</b>		<b>863</b>	<b>100</b>		<b>13.833</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b), Mikrozensus 2004, Tabelle 2.2.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* 8 Kinder leben weder mit Vater noch mit Mutter zusammen

Tab. 1-4: Vergleich der Daten zum Zusammenleben mit den Eltern

Tabelle 1-5 zeigt mit wie vielen Geschwistern die Kinder gemeinsam aufwachsen.

Anzahl Geschwister (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Stat. Bundesamt*	
	N	%	KI**%	N	%	KI %	N in 1000	%
0	133	22,6	20-26	249	28,9	26-32	2.888	22,9
1	311	52,9	49-57	407	47,2	44-50	5.953	47,2
2	110	18,7	16-22	161	18,7	16-22	2.598	20,6
3 und mehr	34	5,8	4-8	46	5,2	4-6	1.173	9,3
<b>Gesamt</b>	<b>597***</b>	<b>100</b>		<b>863</b>	<b>100</b>		<b>12.612</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Engstler & Menning (2003), Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, S.28 u. S.215.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* 8 Kinder leben nicht in der Familie

Tab. 1-5: Vergleich der Anzahl der Geschwister in den Familien der Kinder und Jugendlichen, bezogen auf Familien mit Kindern unter 18 Jahren

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Angaben des Statistischen Bundesamtes und den beiden anderen Befragungen zeigt sich in der Kategorie drei und mehr Geschwister. Dies ist möglicherweise auf den im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt geringeren Anteil an Familien mit Migrationshintergrund zurückzuführen (siehe Tabelle 1-8), die häufiger als deutsche Familien mehr als 3 Kinder haben. In den telefonischen Befragungen ist diese Gruppe wahrscheinlich unterrepräsentiert.

Die Kinder des kjp-Projekts haben zudem signifikant häufiger ein Geschwisterkind als die Teilnehmer der anderen Befragungen, in der kjp-Stichprobe sind Einzelkinder also eher unterrepräsentiert. Dies widerspricht der Annahme, Einzelkinder wiesen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf.

## 1.2 Vergleich der Soziodemografie der befragten Personen

In 91% der Fälle wurde das Telefoninterview mit der Mutter geführt. Die Geschlechterverteilung der befragten Personen steht damit in keinerlei Zusammenhang zur in Tabelle 1-6 dargestellten Geschlechterverteilung der Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren im früheren Bundesgebiet.

Geschlecht der befragten Person (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt* (18 bis 64 J.)	
	N	%	KI %	N	%	KI %	N in 1000	%
weiblich (Mutter)	546	91,9	90-94	650	75,3	72-78	8544	50,5
männlich (Vater)	48	8,1	6-10	213	24,7	22-28	8385	49,5
<b>Gesamt</b>	<b>594***</b>	<b>100</b>		<b>863</b>	<b>100</b>		<b>16929</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Engstler & Menning (2003), Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, S.206.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* 3 befragte Personen sind weder Vater noch Mutter

Tab. 1-6: Vergleich der Geschlechterverteilung der befragten Personen

Aufgrund der im kjp-Qualitätsprojekt vorherrschenden Dominanz der weiblichen Befragten werden die im Folgenden betrachteten soziodemografischen Daten nicht in Bezug zur Gesamtbevölkerung gesetzt, sondern mit den Daten der weiblichen Bevölkerung des früheren Bundesgebiets verglichen.

Vergleicht man die Stichproben, wie in Tabelle 1-7, hinsichtlich ihrer Altersverteilung (jünger= 21 bis 30 Jahre, älter= 30 bis 65 Jahre) zeigt sich, dass im kjp-Qualitätsprojekt mit 11,2% weniger jüngere Mütter befragt wurden als vom Statistischen Bundesamt (17,1%). Allerdings sind diese Zahlen nur bedingt vergleichbar, da die Befragung des Statistischen Bundesamts auch Frauen ohne Kinder einbezieht, wohingegen für die repräsentative Telefonbefragung und das kjp-Projekt nur Frauen mit Kindern im Haushalt befragt wurden.

Alter der befragten Person (früheres Bundesgebiet, Frauen)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt*	
	N	%	KI** %	N	%	KI %	N in 1000	%
21 bis 30 Jahre	61	11,2	8-14	24***	3,8	2-6	3.348	17,1
31 bis 65 Jahre	485	88,8	86-92	614	96,2	94-98	16.186	82,9
<b>Gesamt</b>	<b>546</b>	<b>100</b>		<b>638****</b>	<b>100</b>		<b>19.534</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Grund- und Strukturdaten 2003/2004, S.389.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* Bei einer Stichprobengröße  $n < 30$  können die vorliegenden statistischen Maße nur als grobe Vergleiche dienen (Bortz, 2005).

\*\*\*\* 12 Personen machten keine Angaben bzw. waren zum Erhebungszeitpunkt bereits älter als 65 Jahre

*Tab. 1-7: Vergleich der Altersverteilung der befragten weiblichen Personen*

Tabelle 1-8 zeigt, dass im kjp-Projekt prozentual weniger Frauen mit ausländischer Staatsangehörigkeit (7,7%) befragt wurden als im Bundesvergleich (9,8%). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Teilnahme am Telefoninterview einen einigermaßen sicheren Umgang mit der deutschen Sprache voraussetzt und einige Familien aufgrund starker Sprachschwierigkeiten nicht am kjp-Projekt teilnehmen konnten (siehe Gliederungspunkt 4.1.1 im ersten Band)

Staatsangehörigkeit, (früheres Bundesgebiet, Frauen)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt* (Frauen bis 65 Jahre in Haushalten ab 2 Personen)	
	N	%	KI**%	N	%	KI %	N in 1000	%
Deutsche Staatsangehörigkeit	504	92,3	90-94	611	94,0	92-96	2401	90,2
Ausländische Staatsangehörigkeit	42	7,7	6-10	39	6,0	4-8	261	9,8
<b>Gesamt</b>	<b>546</b>	<b>100</b>		<b>650</b>	<b>100</b>		<b>2662</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Statistisches Bundesamt (2003b), Mikrozensus 2002, Tabelle 1907.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

*Tab. 1-8: Vergleich der Staatsangehörigkeiten der befragten weiblichen Personen*

Auch der Familienstand der Mütter des kjp-Qualitätsprojekts unterscheidet sich deutlich von den anderen Vergleichsdaten, während sich die Angaben der repräsentativen Telefonbefragung und des Statistischen Bundesamtes ähneln. Bei der Interpretation der in Tabelle 1-9 beschriebenen Daten ist wiederum zu beachten, dass die Daten des Statistischen Bundesamtes auch Haushalte ohne Kinder umfassen.

Familienstand (früheres Bundesgebiet, Frauen)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt* (Frauen von 20 - 65 Jahren in Haushalten ab 2 Personen)	
	N	%	KI**%	N	%	KI %	N in 1000	%
verheiratet und zusammen lebend	391	71,6	68-76	521	80,2	77-83	11270	81,5
verheiratet und getrennt lebend	50	9,2	7-11	13***	2,0	1-3	387	2,8
ledig	37	6,8	5-9	36	5,5	4-8	565	4,1
geschieden	65	11,9	9-15	68	10,5	9-13	971	7,1
verwitwet	3***	0,5	0-2	12***	1,8	0-10	166	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>546****</b>	<b>100</b>		<b>650</b>	<b>100</b>		<b>13359</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Statistisches Bundesamt (2005b), Mikrozensus 2004, Tabelle 2.2.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* Bei einer Stichprobengröße  $n < 30$  können die vorliegenden statistischen Maße nur als grobe Vergleiche dienen (Bortz, 2005).

\*\*\*\* 3 Personen machten keine Angaben

*Tab. 1-9: Vergleich des Familienstands der befragten weiblichen Personen*

71,6% der Mütter des kjp-Qualitätsprojekts sind verheiratet und leben mit ihrem Ehepartner zusammen - deutlich weniger als in der Stichprobe des Statistischen Bundesamts. Hier wird ein prozentualer Anteil von 81,5% ermittelt, der deutlich außerhalb des Konfidenzintervalls der kjp-Qualitätsstichprobe (68%-76%) liegt. Dafür leben die Befragten des kjp-Qualitätsprojekts häufiger getrennt vom Ehepartner, sind geschieden oder ledig. Die entsprechenden Konfidenzintervalle umfassen in keinem der Fälle den Prozentwert der Mikrozensus-Stichprobe.

Die Erwerbstätigkeit der befragten Mütter, dargestellt in Tabelle 1-10, entspricht weitestgehend den Angaben des Statistischen Bundesamtes. Die Hälfte der im kjp-Projekt befragten Frauen arbeitet Teilzeit, 17,4% sind vollbeschäftigt und ca. ein Drittel ist zum Zeitpunkt der Befragung nicht erwerbstätig.

Erwerbstätigkeit (Mütter mit Kindern zw. 6 und 14 J., früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt*	
	N	%	KI**%	N	%	KI %	N in 1000	%
35 bzw. 36 Stunden und mehr	82	17,4	14-20	63	13,1	5-24	566	17,3
weniger als 35 bzw. 36 Stunden	233	49,6	45-55	241	50,0	49-63	1642	49,9
erwerbslos/ nicht erwerbstätig/ beurlaubt	153	32,6	29-37	178	36,9	21-38	1079	32,8
<b>Gesamt</b>	<b>470***</b>	<b>100</b>		<b>482</b>	<b>100</b>		<b>3290</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Engstler & Menning (2003), Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, S.245.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\*2 Personen machten keine Angaben

*Tab. 1-10: Vergleich des Umfangs der Erwerbstätigkeit von Frauen mit Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren*

Hinsichtlich des höchsten erreichten Schulabschlusses gibt es sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung. Tabelle 1-11 zeigt, dass 2,8% der Frauen der kjp-Qualitätsstichprobe keinen Schulabschluss haben. Ein Drittel hat den Hauptschulabschluss erreicht, 42,8% einen mittleren Schulabschluss und 21,8% haben das (Fach)Abitur gemacht. Setzt man diese Zahlen ins Verhältnis zu den in der repräsentativen Telefonbefragung erhaltenen, zeigt sich, dass das Bildungsniveau in der kjp-Stichprobe tendenziell niedriger ist. Mehr Frauen haben keinen Schulabschluss und auch der Anteil an Hauptschülerinnen ist höher. Der Anteil an Abiturientinnen ist in beiden Stichproben gleich hoch, dafür haben aber weniger Mütter der kjp-Stichprobe einen mittleren Bildungsabschluss.

Im Vergleich von repräsentativer Telefonbefragung und den Angaben des statistischen Bundesamtes fällt auf, dass die Frauen der Telefonbefragung deutlich seltener keinen Schulabschluss haben und auch seltener das (Fach)Abitur. Ersteres dürfte darauf zurückzuführen sein, dass Migrantinnen und Frauen aus der Unterschicht, die häufig keinen Schulabschluss haben, schlechter per Festnetz-Telefon zu erreichen sind (Salentin, 2002). Dagegen dürfte der Anteil der Frauen mit (Fach)Hochschulreife geringer sein, da Akademikerinnen seltener Kinder bekommen und deshalb in der telefonischen Elternbefragung weniger oft vertreten sind.

Schulabschlüsse (30- bis 39-jährige Frauen früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt*	
	N	%	KI** %	N	%	KI %	N in 1000	%
kein Schulabschluss	8***	2,8	1-5	3***	1,2	0-2	343	6,5
Hauptschulabschluss	94	33,0	27-39	61	23,7	2-6	1581	30,0
mittlerer Bildungsabschluss	122	42,8	37-49	138	53,7	48-60	1840	34,9
(Fach)Hochschulreife	61	21,4	16-26	55	21,4	16-26	1508	28,6
<b>Gesamt</b>	<b>285****</b>	<b>100</b>		<b>257</b>	<b>100</b>		<b>5272</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Bundesministerium für Bildung und Forschung (2004), Grund- und Strukturdaten 2003/2004, S. 400ff.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* Bei einer Stichprobengröße  $n < 30$  können die vorliegenden statistischen Maße nur als grobe Vergleiche dienen (Bortz, 2005).

\*\*\*\* 15 Personen machten keine Angaben bzw. hatten keinen der angegebenen Schulabschlüsse

*Tab. 1-11: Vergleich des höchsten allgemeinbildenden Schulabschlusses weiblicher Personen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren*

Bei der Frage nach der subjektiven Schichtzugehörigkeit stufen sich die Personen in eine der vorgegebenen Kategorien ein. Diese Angabe ist ein Indikator dafür, wie Personen ihren gesellschaftlichen Status im Vergleich zu anderen wahrnehmen.

Zur Schichtzugehörigkeit lagen keine Vergleichswerte des Statistischen Bundesamts nur für Frauen des früheren Bundesgebiets vor. Statt dessen werden in Tabelle 1-12 die Angaben von Männer und Frauen des früheren Bundesgebiets verglichen.

Subjektive Schichtzugehörigkeit, (früheres Bundesgebiet, Männer und Frauen)	kjp-Qualität			Repräsentative Telefonbefragung			Statistisches Bundesamt*	
	N	%	KI** %	N	%	KI %	N in 1000	%
Arbeiterschicht	145	24,3	21-27	146	18,0	15-21	--	25
Mittelschicht	326	54,7	51-59	451	55,6	54-60	--	61
Obere Mittelschicht/ Oberschicht	101	17,0	14-20	214	26,4	23-29	--	14
<b>Gesamt</b>	<b>596***</b>	<b>100</b>		<b>811****</b>	<b>100</b>		<b>--</b>	<b>100</b>

\* Quelle: Statistisches Bundesamt (2003a), Datenreport 2002, S. 577

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* 24 Personen machten keine oder folgende Angaben: „weiß nicht“, „keine der Schichten“.

\*\*\*\* 52 Personen machten keine oder folgende Angaben: „weiß nicht“, „keine der Schichten“.

*Tab. 1-12: Vergleich der subjektiven Schichtzugehörigkeit der befragten Personen*

Nach der Erhebung des Statistischen Bundesamts bezeichnet sich ein Viertel der Bevölkerung als zur Arbeiterschicht zugehörig, vergleichbar mit den entsprechenden 24,3% der im Rahmen des kjp-Projekts befragten Personen. In der repräsentativen Telefonbefragung beschreiben sich dagegen nur 18% als der Arbeiterschicht zugehörig.

Ein deutlich größerer Teil der Befragten der repräsentativen Telefonbefragung fühlt sich dagegen der Oberschicht bzw. der oberen Mittelschicht zugehörig (26,4%). Auch in der Stichprobe des kjp-Projekts ist dieser Personenanteil (17%) größer als im Bevölkerungsdurchschnitt (14%).

Abschließend wird das Einkommen der Befragten des kjp-Qualitätsprojekts mit entsprechenden Angaben aus der repräsentativen Telefonbefragung (Trosse & Matthejat, 2005) und dem Mikrozensus des Statistischen Bundesamts (Engstler & Menning, 2003) verglichen. Bei der Interpretation dieser Daten ist zu berücksichtigen, dass die Frage nach dem Einkommen im Mikrozensus und im kjp-Projekt unterschiedlich gestellt wird.

Bei der Telefonbefragung des kjp-Qualitätsprojekts und auch bei der repräsentativen Telefonbefragung wird in einem Satz nach dem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen gefragt, lediglich mit dem Zusatz versehen „Ich meine damit die Summe, die nach Abzug der Steuern und der Sozialversicherungsbeiträge übrig bleibt“. Ziel dieser telefonischen Befragungen war schließlich nicht eine detaillierte Erhebung des Einkommens der Haushalte sondern eine möglichst ökonomische Erhebung der Lebensqualität und (im kjp-Projekt) der Symptomatik der Kinder.

Im Mikrozensus wird die Menge des zur Verfügung stehendes Geldes dagegen ausführlich erfragt. Vor der eigentlichen Erhebung des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens wird nach dem Lebensunterhalt aus Rente, Pensionen, öffentlichen Zahlungen, sonstigen Einkünften und dem persönlichen monatlichen Nettoeinkommen gefragt. Zudem wird im Erläuterungsblatt des Mikrozensus-Fragebogens darauf hingewiesen, dass das anzugebende Einkommen auch Zuschüsse zum vermögenswirksamen Sparen, Vorschüsse, Werkswohnungsmieten u.ä. Beträge sowie Sachbezüge (Naturalbezüge, Deputate) umfasst. Außerdem wird konkretisiert, dass das Nettoeinkommen des Monats April angegeben werden soll. Darüber hinaus können die Befragten des Mikrozensus frei entscheiden, ob sie den Mikrozensus-Fragebogen mündlich oder schriftlich beantworten.

Die Befragten des Mikrozensus werden also sorgfältig und zeitaufwändig auf alle Komponenten des anzugebenden Einkommens hingewiesen, während in den telefonischen Befragungen eher eine grobe Schätzung des Haushaltseinkommens angestrebt wird. Es werden deshalb insgesamt niedrigere Angaben erwartet als beim Mikrozensus.

Die Angaben zum Einkommen werden für unterschiedliche Gruppen getrennt betrachtet – für Alleinerziehende und für Paare. Das Statistische Bundesamt definiert dabei Paare als verheiratete Paare mit Kindern. Die sogenannten Alleinerziehenden sind nicht verheiratete Personen mit Kindern, die mit oder ohne Lebenspartner in einem Haushalt leben. Diese Definition wurde bei den folgenden Berechnungen für das kjp-Qualitätsprojekt und die Repräsentative Telefonbefragung übernommen.

In Tabelle 1-13 wird das Nettoeinkommen der Haushalte betrachtet. Dabei werden Paare und Alleinerziehende getrennt aufgeführt, zusätzlich wird nach der Kinderzahl der Haushalte unterschieden. Diese Daten werden mit den Angaben aus der repräsentativen Telefonbefragung und den Angaben des Mikrozensus verglichen.

Haushalts- Nettoeinkommen (früheres Bundesgebiet)	kjp-Qualitätsprojekt			Repräsentative Telefonbefragung			Mikrozensus *
	N	Euro	KI**	N	Euro	KI**	Euro
<b>Paare</b>							
ohne Kind	--			--			3.298
mit 1 Kind	49	2.813	2.454 – 3.172	83	3.125	2.731 – 3.518	3.123
mit 2 Kindern	176	2.753	2.594 – 2.911	181	2.914	2.704 – 3.124	3.620
mit 3 Kindern	94	3.115	2.680 – 3.551	78	2.831	2.495 - 3168	4.115
mit 4 Kindern***	23	3.389	2.815 – 3.963	21	2.498	1.977 – 3.018	--
<b>Alleinerziehende</b>							
mit 1 Kind	62	2.043	1.637 – 2.448	42	1.592	1.263 – 1.921	1.669
mit 2 Kindern	70	1.850	1.591 – 2.109	38	2.122	1.795 – 2.448	1.995
mit 3 Kindern***	12	1.867	1.407 – 2.327	10	1.510	985 – 2.035	--

\* Engstler & Menning (2003), Die Familie im Spiegel der Statistik, S. 265. Weitere Erläuterungen zur Datenbasis im Text.

\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\* Bei einer Stichprobengröße  $n < 30$  können die vorliegenden statistischen Maße nur als grobe Vergleiche dienen (Bortz, 2005).

*Tab. 1-13: Vergleich des monatlichen Haushalts-Netto-Einkommens, getrennt betrachtet nach verheirateten Paaren und Alleinerziehenden, bezogen auf die Anzahl der Kinder*

Beim Vergleich des monatlichen Haushaltsnettoeinkommens fällt zunächst der Unterschied zwischen Haushalten mit und ohne Kinder auf. Alleinerziehende haben über alle aufgeführten Erhebungen hinweg ein geringeres monatliches Haushaltsnettoeinkommen als Paare mit gleicher Kinderzahl.

Bei anderer Betrachtungsweise verringert sich dieser Unterschied, bleibt aber in der Tendenz bestehen: Das Äquivalenzeinkommen, auch als bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen bezeichnet, berücksichtigt die Kostenvorteile des gemeinsamen Wirtschaftens. Dazu wird die Anzahl der Haushaltsmitglieder in sogenannte Verbrauchereinheiten umgerechnet. Paare werden mit 1,5 Einheiten veranschlagt, Alleinerziehende mit einer Einheit und für jedes Kind werden 0,4 Einheiten angesetzt (Engstler & Menning, 2003). Tabelle 1-14 gibt einen Überblick über das bedarfsgewichtete Pro-Kopf-Einkommen.

Äquivalenzeinkommen (früheres Bundesgebiet)		kjp-Qualitätsprojekt			Repräsentative Telefonbefragung			Mikro- zensus*
		Verbraucher- einheiten**	N	Euro	KI***	N	Euro	KI***
<b>Paare</b>								
ohne Kind	1,5	--			--			2.199
mit 1 Kind	1,9	65	1.481	1.294 – 1.670	83	1.645	1.437 – 1.851	1.644
mit 2 Kindern	2,3	231	1.196	1.126 – 1.265	181	1.267	1.175 – 1.358	1.574
mit 3 Kindern	2,7	68	1.154	993 – 1.315	78	1.049	924 – 1.173	1.524
mit 4 Kindern****	3,1	22	1.079	925 – 1.233	21	805	638 - 973	--
<b>Alleinerziehende</b>								
mit 1 Kind	1,4	62	1.300	1.034 – 1.566	42	1.146	858 – 1.234	1.192
mit 2 Kindern	1,8	69	943	831 – 1.055	38	1.179	922 – 1.234	1.108
mit 3 Kindern****	2,2	16	789	568 – 1.010	10	618	434 - 802	--
mit 4 Kindern****	2,6	4	814	294 – 1.334	2	865	--	--

\* Engstler & Menning (2003), Die Familie im Spiegel der Statistik, S. 265. Weitere Erläuterungen zur Datenbasis im Text.

\*\* Zugrundegelegte Personenanzahl, Erläuterung im Text.

\*\*\* Konfidenzintervall, 95%

\*\*\*\* Bei einer Stichprobengröße  $n < 30$  können die vorliegenden statistischen Maße nur als grobe Vergleiche dienen (Bortz, 2005).

*Tab. 1-14: Vergleich des bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Einkommens (Äquivalenzeinkommen) getrennt betrachtet nach verheirateten Paaren und Alleinerziehenden, bezogen auf die Anzahl der Kinder*

Da die Daten des Mikrozensus, wie erläutert, in anderer Weise erhoben wurden als die der kjp-Qualitätsstudie und der repräsentativen Telefonbefragung, konzentriert sich dieser Vergleich der kjp-Stichprobe auf die im Rahmen der repräsentativen Telefonbefragung

erhobenen Daten. Dabei fällt auf, dass sich bezüglich des den Haushalten zur Verfügung stehenden Einkommens keine einheitlichen Trends erkennen lassen. Die Familien der kjp-Stichprobe haben weder eindeutig mehr Geld noch eindeutig weniger Geld zur Verfügung als die Familien, die an der repräsentativen Telefonbefragung teilnahmen. Jedoch lässt sich feststellen, dass Paaren mit Kindern deutlich mehr Geld zur Verfügung steht als Alleinerziehenden mit gleicher Kinderzahl. Und je mehr Kinder im Haushalt leben, um so geringer ist das pro Haushaltsmitglied zur Verfügung stehende bedarfsgewichtete Einkommen.

### **1.3 Tabellenverzeichnis**

<i>Tab. 1-1: Vergleich der Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen .....</i>	<i>6</i>
<i>Tab. 1-2: Vergleich der Verteilung auf die besuchten Schulformen der Kinder und Jugendlichen .....</i>	<i>7</i>
<i>Tab. 1-3: Vergleich der Geschlechterverteilung der Kinder und Jugendlichen .....</i>	<i>7</i>
<i>Tab. 1-4: Vergleich der Daten zum Zusammenleben mit den Eltern .....</i>	<i>8</i>
<i>Tab. 1-5: Vergleich der Anzahl der Geschwister in den Familien der Kinder und Jugendlichen, bezogen auf Familien mit Kindern unter 18 Jahren .....</i>	<i>8</i>
<i>Tab. 1-6: Vergleich der Geschlechterverteilung der befragten Personen .....</i>	<i>9</i>
<i>Tab. 1-7: Vergleich der Altersverteilung der befragten weiblichen Personen .....</i>	<i>10</i>
<i>Tab. 1-8: Vergleich der Staatsangehörigkeiten der befragten weiblichen Personen .....</i>	<i>10</i>
<i>Tab. 1-9: Vergleich des Familienstands der befragten weiblichen Personen .....</i>	<i>11</i>
<i>Tab. 1-10: Vergleich des Umfangs der Erwerbstätigkeit von Frauen mit Kindern im Alter von 6 bis 14 Jahren .....</i>	<i>12</i>
<i>Tab. 1-11: Vergleich des höchsten allgemeinbildenden Schulabschlusses weiblicher Personen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren .....</i>	<i>13</i>
<i>Tab. 1-12: Vergleich der subjektiven Schichtzugehörigkeit der befragten Personen.....</i>	<i>13</i>
<i>Tab. 1-13: Vergleich des monatlichen Haushalts-Netto-Einkommens, getrennt betrachtet nach verheirateten Paaren und Alleinerziehenden, bezogen auf die Anzahl der Kinder.....</i>	<i>15</i>
<i>Tab. 1-14: Vergleich des bedarfsgewichteten Pro-Kopf-Einkommens (Äquivalenzeinkommen) getrennt betrachtet nach verheirateten Paaren und Alleinerziehenden, bezogen auf die Anzahl der Kinder.....</i>	<i>16</i>

## **2. Verwendete Instrumente**

### **2.1 Telefoninterviews**

- Glossar zum Telefoninterview
- Glossar des MSR (Marburger Symptomrating)
- Materialien zum Telefoninterview:
  - T0: Laufzettel der Studienzentrale (Fax-Anmeldung zur Projektteilnahme)
  - T1-Telefoninterview: Interviewbeginn
  - T1-Telefoninterview: Interviewbogen
  - T2-Telefoninterview: Interviewbogen
  - T3-Telefoninterview: Interviewbogen
  - T3-Telefoninterview: Zusatzblatt zum Interviewbogen

### **2.2 Zusatzinformationen für Eltern**

- Informationsblatt I (Projektbeginn)
- Informationsblatt II (Projektbeginn)

### **2.3 Schriftliche Fragebögen**

- T1: Basisdokumentation Version 4 (Therapeut)
  - Im Anhang abgedruckt ist die auch im Internet unter <http://www.bkjpp.de/kinderpsychiatrie.htm> verfügbare Version 4 der Basisdokumentation. Im Rahmen des Projekts wurde die fast identische Version 3k verwendet.
- T1: MSR (Therapeut)
- T1: CBCL (Eltern)
- T1: ILK-Rating (Eltern)
- T1: ILK-Rating (Jugendliche)
- T1: ILK-Rating (Kinder)
- T2/T3: ILK-Rating, CBCL, FBB (Eltern)
- T2/T3: ILK-Rating, FBB (Jugendliche)



## 2.1 Telefoninterviews



# kjp-Qualität

## **Glossar**

**zum**

## **Telefoninterview**

Fritz Mattejat & Helmut Remschmidt  
2005

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
der Philipps-Universität Marburg  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt)



# Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Das standardisierte Telefoninterview – allgemeine Informationen	<b>4</b>
-----	
Der Interviewbogen – Erläuterungen	<b>5</b>
-----	
Telefoninterview zum Zeitpunkt T1	<b>6</b>
-----	
Telefoninterview zum Zeitpunkt T2	<b>7</b>
-----	
Telefoninterview zum Zeitpunkt T3	<b>8</b>
-----	
Zusatzblatt T3	<b>9</b>
-----	
Allgemeine Erläuterungen und Antwortvorschläge zu FAQ's	<b>10</b>
-----	

# Das standardisierte Telefoninterview

- Allgemeine Informationen -

## Das standardisierte Telefoninterview im kjp-Qualitätsprojekt

- wird mit einem Elternteil oder der Hauptbezugsperson des Kindes oder der/des Jugendlichen geführt;
- wird zu drei Zeitpunkten geführt:
  - T1, zum Zeitpunkt des Erstgesprächs,
  - T2, drei Monate nach Beginn der Behandlung,
  - T3, ein Jahr nach dem Erstgespräch;
- besteht aus
  - Fragen zur Lebenssituation des Kindes,
  - den Marburger Symptomskalen (MSS),
  - dem Modul „ILK Rating Eltern Klinik“ des Inventars zur Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen,
  - soziodemographischen Daten des Elternteils,
  - Fragen zur Lebenszufriedenheit des Elternteils;
- dauert ca. 15-20 Minuten.

**Vor dem Interview** sollte der Interviewer/die Interviewerin gelesen haben:

- das vorliegende **Glossar Telefoninterview kjp-Qualität**
- das **Glossar MSS – Marburger Symptomskalen**
- „Die Durchführung standardisierter Interviews: Ein Leitfaden“, von Peter Prüfer & Angelika Stiegler, ZUMA How-to-Reihe, Nr. 11, 2002.

**Für das Interview** wird benötigt

- der **Laufzettel**, d.h. das unterschriebene Anmeldeformular, um Namen und Adresse sowie das Alter des Kindes vorliegen zu haben,
- das **Glossar der MSS** (Marburger Symptomskalen),
- der entsprechende **Interview-Bogen** (T1, T2 oder T3);


**Allgemeines zur Durchführung:**

- Der Wortlaut der Fragen sollte möglichst genau eingehalten werden.
- Bei den Ratings ist jeweils die zutreffende Zahl anzukreuzen.

# Der Interviewbogen

- Erläuterungen -

## Bedeutung der unterschiedlichen Zeichen und Schriftarten:


	Beginn des Telefintextes / einer Frage
<b>„Fett und kursiv“</b>	Telefintext / Frage; muss vorgelesen werden
<i>Kursiv</i>	kann vorgelesen werden
nicht fett und nicht kursiv	wird nicht vorgelesen, z. B. Erläuterungen, Anweisungen oder Vorschläge

## Zur Erläuterung:

### Ein kommentierter Ausschnitt des Interviewbogens

Hier beginnt der Telefintext


Telefintext fett und kursiv in „Anführungszeichen“


 **„Jetzt habe ich eine Reihe von Fragen. Es sind ein paar Fragen zu Ihrer Familie, ein paar Fragen zu Ihrem Kind und ein paar Fragen zu Ihnen selber, Ist das okay? Wir beginnen mit einigen Fragen zur Familie.“**

(Falls man den Eindruck hat, die Person zu unruhig oder in irgendeiner Weise nicht in der Lage zu sein scheint das Interview zu führen, vorsichtig beenden, vielleicht nur einige Fragen stellen.)

Variablenname

Erläuterung für den Interviewer/ die Interviewerin

(wolebn)  **"Lebt \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) zu Hause ?"**

 **"Welche Personen leben noch zu Hause?"** ...Vater...Mutter...Geschwister.....Oma...Opa?"

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	(Ersatz) Vater: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nein (famvn)	<input type="text"/>	Geschwister (Anzahl) (famgn)
<input checked="" type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja	(Ers-) Mutter: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> ja <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> nein (fammn)	<input type="text"/>	Sonstige (Anzahl) (famsn)

Kästchen zum Ankreuzen

Kästchen zum Anzahl eintragen



## Telefoninterview zum Zeitpunkt T2

- **Wann anrufen?**
  - 1 Woche vor bis 4 Wochen nach dem angegebenen Datum T2 Soll (=Anmeldedatum plus 3 Monate)
- **Wen anrufen?**
  - Die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner ist auf dem Laufzettel kenntlich gemacht.
  - Bitte nur mit der Person sprechen, die zum Zeitpunkt T1 befragt wurde.
- **Die Frage „*Wurden Medikamente verordnet?*“**
  - impliziert, dass das Kind die Medikamente tatsächlich nimmt. Ist dies nicht der Fall, bitte vermerken.

## Telefoninterview zum Zeitpunkt T3

- **Wann anrufen?**
  - 2 Wochen vor bis 2 Monate nach dem angegebenen Datum T3 Soll (=Anmeldedatum plus 12 Monate)
- **Wen anrufen?**
  - Die Interviewpartnerin bzw. der Interviewpartner ist auf dem Laufzettel kenntlich gemacht.
  - Bitte immer nur mit der Person sprechen, die zu den Zeitpunkten T1 und T2 befragt wurde.
- **Die Frage „*Wurden Medikamente verordnet?*“**
  - impliziert, dass das Kind die Medikamente tatsächlich nimmt. . Ist dies nicht der Fall, bitte vermerken.
- **Für das Interview T3 wird zusätzlich benötigt**
  - das Zusatzblatt T3 (s.u.),
  - die Anzahl der Termine, die Kind und Eltern zum Zeitpunkt T2 in der Praxis wahrgenommen hatten.

## Zusatzblatt T3

- Erläuterungen -

### Anzahl der Termine

Wir wollen wissen, wie häufig Kind und/oder Eltern seit ihrer Anmeldung zur Studie in der Praxis waren, also die **Gesamtanzahl Termine in der Praxis , vom Zeitpunkt der Anmeldung bis T3.**

Dabei wird jeder persönliche Kontakt ab ca. 15 min. gezählt; Familiensitzungen mit min. einem Elternteil und dem Patienten werden sowohl bei den Eltern als auch beim Kind mitgezählt.

Die wenigsten Befragten können auf diese Frage sofort antworten, deshalb rantasten:

**„Den meisten Leuten fällt es schwer, sich daran zu erinnern. Deshalb würde ich vorschlagen, dass wir gemeinsam versuchen, es rauszufinden.“**

#### Fragealgorhythmus:

- **Bei unserem letzten Telefonat, im .....** (Zeitpunkt des letzten Telefonats, z.B. Frühling), **hatten Sie angegeben, ihr Kind hätte X und Sie X Termine gehabt.**
- **Hatte Ihr Kind denn seitdem regelmäßige Termine?**
- **Seit wann und in welchen Abständen?**
- **Wie viele Termine fallen aus oder finden nicht statt?**  
(Faustregel: wegen Ferien, Ausfällen etc. ca. 30% Abzug)
- Zahl der gesamten Termine „errechnen“ und von Teilnehmern bestätigen/korrigieren lassen.
- **Waren Sie denn da jedes Mal dabei?**
- Auf die gleiche Art und Weise die Terminanzahl der Eltern ermitteln.

Zum Schluss dieses Komplexes schätzt der Interviewer per **Smiley** ein, für wie genau er diese Angabe hält: Hat die Teilnehmerin wild geraten oder stimmt die Zahl wahrscheinlich?

### Inhalt der Termine

Frei und möglichst verständlich und detailliert aufnotieren was wer bei den einzelnen Terminen mit wem gemacht hat.

Der Fokus liegt dabei auf der Behandlung, nicht notwendigerweise der Diagnostik.

#### **Was wurde bei diesen Terminen gemacht?**

Wenn keine Antworten kommen:

**Vielleicht wurde sich unterhalten, vielleicht gespielt, vielleicht haben Sie oder Ihr Kind auch bestimmte Übungen gemacht?**

Parallel oder alternativ aufzuzeichnen:

Bei welchem Praxismitarbeiter, was hat der für einen Titel/Funktion. Daraus kann man später Therapieinhalte ableiten.

Zum Schluss dieses Komplexes schätzt der Interviewer per **Smiley** ein, für wie kompetent er diese Angabe hält: Kann die Teilnehmerin überhaupt Aussagen über Therapieinhalte machen?

# Handlungs- und Antwortvorschläge für häufige Probleme und „häufig gestellte Fragen“ (FAQs)

Die nachfolgenden Antwortvorschläge beziehen sich auf häufig auftretende Situationen und Nachfragen der Eltern. Sie sind als Vorlage gedacht und sollen sinngemäß, nicht notwendigerweise wortgetreu benutzt werden.

## Vor dem eigentlichen Interviewbeginn, Terminabsprachen etc.:

### ➤ Wenn jemand nicht mitmachen will...

- *"Das tut mir leid. Haben Sie sich schon definitiv entschlossen oder soll ich zu einem anderen Zeitpunkt noch mal anrufen?"*

### ➤ Wohin mit den Laufzetteln der Nichtteilnehmer?

- NichtTN sind alle Teilnehmer, die telefonisch nicht erreicht wurden: nach 14 Tagen (T1), nach 4 Wochen (T2), nach 2 Monaten (T3).
- Sie werden nach Praxen sortiert abgeheftet.
- Gleichzeitig erfolgt ein Fax an die Praxen.

### ➤ Nach dem Erstgespräch keine weiteren Termine in der Praxis – das ist unsere Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe!!!

- *„Auch wenn Sie keine weiteren Termine in der Praxis wahrnehmen, ist es für unser Projekt sehr nützlich, wenn Sie teilnehmen. Sie sind dann Teil der Vergleichsgruppe, also der Gruppe, die keine Behandlung wahrnimmt.“*

### ➤ Termin ausmachen

- Terminabsprachen mit den Befragten sollen realistisch sein und
- nur, wenn man selbst den Termin wahrnehmen kann.

### ➤ Mir passt es gerade gar nicht, können wir das Telefonat nicht in 2 Monaten führen?

- *„Das wäre für uns leider sehr ungünstig. Es ist wichtig, dass dieses Interview möglichst genau 1 Woche / 3 Monate / 1 Jahr nach Ihrem ersten Termin in der Praxis stattfindet. Nur dann können wir verlässliche Schlussfolgerungen aus unseren Ergebnissen ziehen. Wäre es Ihnen nicht vielleicht doch möglich, das Interview in dieser Zeit mit uns zu führen?“*

➤ **Wenn sich der Anrufbeantworter meldet!!**

- Bitte nur auf den AB sprechen, wenn man sicher ist, den Anschluss der Zielperson gewählt zu haben.
- Einmal sollte man auf den AB sprechen, die anderen Male kann man wieder auflegen.

Text:

- *"Guten Tag, mein Name ist .....von der Universität Marburg. Ich rufe im Auftrag von Frau/Herr Dr. .... und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an. Sie haben sich bereit erklärt an unserem Qualitätssicherungsprojekt teilzunehmen. Ich hätte gern ein Interview mit Ihnen geführt und werde weiterhin versuchen, Sie zu erreichen. Falls Sie einen Termin haben, an dem es Ihnen besonders gut für ein Interview passt, rufen Sie uns doch bitte an. Wir rufen Sie zurück. Wir sind in der Zeit von 9 bis 17 Uhr zu erreichen. Unsere Nummer ist: 06421-2863117  
Vielen Dank. Auf Wiederhören."*
- Bitte auf dem Laufzettel vermerken, dass man bereits auf den AB gesprochen hat!

## Fragen zur Studie/ zum Interview:

### ➤ **„Was wollen Sie denn von mir wissen?“**

- „Vielleicht erinnern Sie sich an die ausführliche Erklärung, die Sie in der Praxis bekommen haben?“
- Es werden Fragen gestellt zum dem Grund, weshalb Sie die Praxis aufgesucht haben, Fragen zur Lebensqualität ihres Kindes und Ihrer eigenen Lebenszufriedenheit. Außerdem erfragen wir, wie bei jeder wissenschaftlichen Befragung, sog. soziodemographischen Angaben, Angaben zu Ihrer Lebenssituation im Allgemeinen (so dass man einen gewissen Bezugsrahmen für die Angaben hat).

### ➤ **Erklärung zum Datenschutz und die Frage: „Was machen Sie mit den Daten?“**

- „Vielleicht erinnern Sie sich an die ausführliche Erklärung, die Sie in der Praxis bekommen haben?“
- „Wir wollen überprüfen, ob sich Ihre Angaben zu Symptomen oder der Lebenszufriedenheit im Verlauf der Zeit verändern.“
- Ihre Ärztin/Ihr Arzt bekommt nach dem 2. und 3. Interview jeweils eine Rückmeldung von uns, wie sich die Symptome und die Lebensqualität Ihres Kindes verändert haben. Alle Angaben werden von uns verschlüsselt gespeichert, so dass es keine Rückschlüsse auf ihre Person geben kann. Außer den Mitarbeitern der Studienzentrale hat niemand Einblick in Ihre Daten.“

### ➤ **Warum wird mehrmals dasselbe gefragt?**

- „Die Fragen beziehen sich immer auf das Hier und Jetzt. Wir möchten wissen, wie es Ihnen zum Zeitpunkt der Befragung geht. Damit wir das dann damit vergleichen können, wie es Ihnen und Ihrem Kind ging als wir das letzte Mal telefoniert haben, müssen wir Ihnen mehrmals die gleichen Fragen stellen.“
- „Wir möchten gern wissen, ob sich die Angaben unterscheiden, je nachdem ob Sie sie uns am Telefon mitteilen oder zu Hause auf einem Fragebogen notieren.“
- „Es handelt sich um ein sogenanntes 1-Stichproben-Design mit Wiederholungsmessungen, also ein Facettendesign.“

### ➤ **Beschwerden über die Praxis, die Behandlung etc.**

- „Wir von der Universität Marburg sind für die Qualitätssicherung der Praxen zuständig, für die Behandlung ist Frau/ Herr Dr. XXX zuständig. Über die Untersuchung, die Behandlung oder die Praxis kann ich Ihnen deshalb leider nichts sagen.“

## Störungen während des Telefonats:

### ➤ Wenn es während des Telefonats Störungen gibt....

- „Ist es für Sie möglich, weiter zu sprechen oder sollen wir das Telefonat später oder an einem anderen Termin weiterführen?“

### ➤ Wenn man merkt, dass die Person sehr belastet ist oder den Tränen nahe....

- „Ich merke, dass Sie das gerade sehr belastet. Was denken Sie, sollen wir mit dem Interview weitermachen oder lieber aufhören?“
- Das Interview dient der Qualitätssicherung und sollte niemanden belasten.“

## Hinweise zur Handhabung des Interviewbogens:



- TNZ= Trifft nicht zu. Auch bei Filterfragen bitte immer dieses speziell eingerahmte Kästchen ankreuzen, auch wenn die Filterfrage nicht erfragt wird. Dies erleichtert hinterher die Dateneingabe.

### ➤ Bei Unklarheiten während des Interviews

- sollte man sich Zeichen und/oder Notizen machen. Soll noch etwas im Team besprochen werden, kommt hinter die Laufende Nummer ein Fragezeichen hinzu. Die Unklarheit sollte sofort genau festgehalten werden, später erinnert man sich meist schlecht.



# kjp-Qualität

## **MARBURGER SYMPTOMRATING (MSR)**

### **- Glossar -**

Fritz Mattejat & Helmut Remschmidt  
2005

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
der Philipps-Universität Marburg  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt)

© Marburg, 1. Aufl. 1987; 2. Überarb. Aufl. 1993, 3. Überarb. Aufl. 1998,  
4. Überarb. Aufl. 2003



# Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Aufbau des MSR	<b>4</b>
Allgemeine Regeln für die Einschätzung	<b>6</b>
Beispiele zu einzelnen Symptombereichen	<b>8</b>
Durchführung des Interviews - Skalen mit Erläuterung	<b>10</b>

# Aufbau des MSR

Die folgenden Erläuterungen zum Aufbau des MSR sind konkret auf die Erfordernisse des kjp-Qualitätsprojektes abgestimmt.

Durch das **Marburger Symptomrating** werden die individuellen Symptome bzw. Probleme des Patienten erfasst, so wie sie **innerhalb der letzten 3 Monate** bestanden. Alle Symptomskalen (mit Ausnahme der Skala "sexuelle Auffälligkeiten") sind fünfstufig nach demselben Muster konstruiert, so wie es in Abb. 1 dargestellt ist.

0	Belastungen vorhanden	Normalbereich
1	Minimale/nicht bedeutsame Belastung	
2	leichte Belastung	abweichend/ auffällig
3	deutliche Belastung	
4	schwere Belastung	
9	Information fehlt	fehlender Wert

**Abb. 1: Formaler Aufbau der Skalen des Symptomratings**

Ein **individuelles Symptom** stellt dann **eine psychiatrisch relevante Belastung** dar, wenn

- das Kind subjektiv darunter leidet oder
- der Handlungsspielraum bzw. eine normale Lebensführung des Kindes hierdurch eingeschränkt ist,
- oder wenn das Symptom einen belastenden Einfluss auf die weitere psychische Entwicklung des Kindes hat und deshalb eine Veränderung bezüglich dieses Merkmals therapeutisch wünschenswert wäre.  
D.h. man kann sich bei der Differenzierung des Schweregrades am Kriterium der Behandlungsnotwendigkeit orientieren.

**Leitfrage** *ist dabei:*

- **"Ist wegen dieses Symptoms eine Behandlung notwendig?"**

Bei **minimaler** Symptombelastung besteht in der Regel keine Behandlungsnotwendigkeit. Bei **leichter** Symptombelastung ist eine Behandlung oft sinnvoll (bedingte Behandlungsindikation).

Bei **deutlicher** Symptombelastung besteht in der Regel eine Behandlungsnotwendigkeit, und bei **schwerer** Symptombelastung ist die Behandlung (häufig stationär) immer dringend indiziert (siehe Abb. 2).

- Bei Ratingpunkt 0** weist der Patient das beschriebene Symptom nicht auf.
- Bei Ratingpunkt 1** finden sich zwar Symptome in der inhaltlich beschriebenen Richtung, diese sind jedoch so schwach ausgeprägt, dass sie nicht als abweichend beurteilt werden. Sie liegen noch im Bereich der normalen Schwankung.
- Bei Ratingpunkt 0 und 1** liegt das beurteilte Symptom **noch im Normalbereich**; der Patient wird hinsichtlich dieses Merkmals als nicht auffällig beurteilt. Hinsichtlich dieses Symptoms liegt **keine psychiatrisch relevante Belastung** vor.
- Ratings 2, 3 und 4** dagegen bedeuten, dass der Patient hinsichtlich dieses Symptoms als auffällig bzw. abweichend beurteilt wird und damit **eine psychiatrisch relevante Belastung** vorliegt, die sich in drei Ausprägungsformen "leicht", "deutlich" und "schwer" darstellen kann.
- Rating 9** schließlich wird vergeben, wenn die zum Item gehörende Information fehlt: Es ist nicht bekannt, wie das Symptom ausgeprägt ist. Dieser Wert sollte möglichst selten vergeben werden.

0	Belastung nicht vorhanden	Keine Behandlungsnotwendigkeit bei diesem Symptom
1	Minimale Belastung	
2	Leichte Belastung	Behandlung wegen dieses Symptoms ist evtl. sinnvoll aber nicht unbedingt notwendig (bedingte Behandlungsnotwendigkeit)
3	Deutliche Belastung	Behandlung wegen dieses Symptoms ist notwendig (uneingeschränkte Behandlungsnotwendigkeit)
4	Schwere Belastung	Behandlung wegen dieses Symptoms ist dringend indiziert (dringende uneingeschränkte Behandlungsnotwendigkeit)
9	Information fehlt	Fehlender Wert

**Abb. 2: Symptomrating und Behandlungsnotwendigkeit**

## Allgemeine Regeln für die Einschätzung

- (1) Die Einschätzung bezieht sich ausschließlich auf die **aktuelle Symptomatik** des Patienten, d.h. man bezieht sich bei der Einschätzung ausschließlich auf **die letzten 3 Monate vor dem telefonischen Interview**.  
**Verändert sich eine Ausprägung** in den 3 Monaten T1-T2, z. B. 7 Wochen schlecht und 5 Wochen gut, so wird der letzte Zeitraum genommen.
- (2) Alle **Items** stellen **komplexe Symptombereiche** dar, **die in mehrere Einzelsymptome aufgeschlüsselt** werden können.  
Die Einzelsymptome, die zu einem Item gerechnet werden, sind immer ausdrücklich genannt und für jede Skala ist jeder einzelne Ratingpunkt definiert. Bei der Einschätzung sollte man sich **möglichst eng an den jeweiligen Erläuterungen** der einzelnen Skalenpunkte **orientieren**.  
Falls die Erläuterungen bzw. die Beispiele nicht direkt auf den Patienten anwendbar sind, sollte man den Schweregrad der jeweiligen Symptomatik sinngemäß zuordnen.
- (3) **Die Items stellen keine Diagnosen dar.**  
Das Item "Depressive Verstimmung" ist z.B. nicht mit der Diagnose "Depression" zu verwechseln, denn manche Symptome (wie z.B. psychosomatische Beschwerden, Suizidalität), die für die Diagnose "Depression" eine wichtige Rolle spielen, werden hier (beim Symptom-Item "Depressive Verstimmung") überhaupt nicht berücksichtigt (sondern beim Item "Körperliche Symptome" bzw. beim Item "Suizid").
- (4) Durch die Symptomliste soll eine **Beschreibung der Symptomatik** gewonnen werden **unabhängig davon, worauf die Symptome im einzelnen zurückzuführen sind** und unabhängig davon, ob die Symptomatik durch Umstände und Verhaltensweisen der Bezugspersonen verständlich wird oder nicht.  
Bei Item 1 ist die Beurteilung unabhängig davon, ob das Verhalten des Patienten z.B. durch übermäßige elterliche Restriktivität provoziert und dadurch verständlich wird oder nicht.
- (5) **Bei Grenzfällen sollte „Info fehlt“ angekreuzt werden** denn:  
Beispiel:  
Die Probleme sind aktuell nicht vorhanden durch intensive Intervention der Eltern  
Bsp: Die Eltern gehen nicht mehr aus, weil der 11jährige Sohn Angst allein hat.
- (6) Andererseits beinhalten die Einschätzungen immer ein **bewertendes Moment über das psychopathologische Gewicht eines Symptoms**.  
Beim Ausfüllen der Symptomskalen sollte man, wenn die Skalenbeschreibung **keine eindeutige Zuordnung erlaubt und deshalb eine sinnngemäße Zuordnung notwendig wird, das Alter des Patienten mitberücksichtigen**.

- (7) **Die einzelnen Symptome können nicht direkt miteinander verglichen** und erst recht nicht gleich gesetzt werden, da sie inhaltlich sehr Unterschiedliches kennzeichnen. Bei der Einschätzung des Schweregrades auf einem Item sollte man sich deshalb ausschließlich auf die Erläuterungen zu diesem Item beziehen. Man sollte sich nicht dadurch irritieren lassen, dass jede Skala formal in der gleichen Weise von "Belastung nicht vorhanden" bis "Schwere Belastung" skaliert ist. **Inhaltlich haben die verschiedenen Symptome natürlich ein sehr unterschiedliches Gewicht.**  
So ist z.B. eine "schwere Belastung" auf dem Item "Störungen im Realitätsbezug" psychiatrisch sehr viel gewichtiger als z.B. eine "schwere Belastung" auf dem Item "Enuresis/Enkopresis".
- (8) **Wenn man zwischen zwei Ratingpunkten schwankt, sollte man im Zweifelsfall den niedrigeren Ratingpunkt wählen.**
- (9) Im MSR sind nicht alle, sondern nur die wichtigsten und häufigsten Symptombereiche erfasst.  
**Nicht erfasste seltene Symptome werden auf der Skala 22 ("Sonstige Symptome") sinngemäß eingetragen.**
- (10) **Oft werden Symptome erzählt, die nicht in den angesprochenen Bereich gehören.**  
Dann wird das Symptom in den zugehörigen Bereich nachgetragen.
- (11) Falls man anhand eines Interviews ein gutes Problembeispiel sieht, bitte ins **Logbuch** schreiben. Dies ist nur für uns gedacht und soll als Grundlage der Besprechung dienen.
- (12) **Wahl des Ratingpunktes**  
Bei der Einschätzung genügt eine Ausprägung,  
**mehrere Aussagen addieren sich nicht zu einer stärkeren Ausprägung!!!!.**
- Bsp.: bei SY 10:  
Treffen z. B. Hyperaktivität und Konzentrationsschwierigkeiten gemäß Stufe 2 „leicht“ zu, so wird insgesamt Stufe 2 gewertet, genau so als wenn nur eines der beiden Symptome gemäß „leicht“ zuträfe.
- (13) **Veränderung der Symptomausprägung im erfragten Zeitraum**  
Verändert sich eine Ausprägung in den 3 Monaten T1-T2, z. B. 7 Wochen schlecht und 5 Wochen gut, so wird der letzte Zeitraum genommen.
- (14) **Symptomausprägung für mehrere Symptombereiche**  
Trifft ein beschriebenes Symptom auf Zwang, Angst und Realitätsverlust zu, so wird es in allen drei Symptombereichen vermerkt.
- (15) Wenn während des Telefoninterviews Symptombereiche angesprochen werden, die gerade nicht der Reihenfolge entsprechen, werden die Ausprägungen im entsprechenden **Symptombereich vermerkt und brauchen nicht noch einmal erfragt werden.**

## Beispiele zu einzelnen Symptombereichen

### Zu SY 3 – Kontaktstörung

- bedeutet: Er hat keine Freunde, weil er scheu ist,
- weil er keine Freunde will, bei schizoiden Kindern

### Zu SY 8 - Entwicklungsauffälligkeiten

- Lese- und Rechtschreibschwäche zählt Entwicklungsrückständen.

### Zu SY 9 – psychomotorische Symptome

- beißen am Tuch oder nuckeln am Tuch Stereotypie 0-1

### Zu SY 10: Hyperaktive Symptome

mögliche Zusatzfragen:

- Wollten die Lehrer ihr Kind aus der Klasse oder aus der Schule ausschulen?
- Haben Sie Vorhaltungen von anderen bekommen?
- Hat Ihr Kind oft Rangeleien mit anderen Kindern ohne es zu wollen
- Ist Ihr Kind Außenseiter?

### Zu SY 11 - Einnässen und einkoten

- Es werden nur Symptome aufgenommen, keine Diagnose gestellt.
- Es sollen alle Auffälligkeiten aufgenommen werden ohne Altersbeschränkung

### Zu SY 18 – suizidales Verhalten

- Suizidthematik - keine Aussagen im Streit - Beispiel: "wenn es mich nicht gäbe"

### Überschneidungen in SY 1 - SY 10 - SY 2

Beispiele:

- Diebstahl – gesteigerte Impulsivität
- Schlägereien – gesteigerte Impulsivität + SY 2 Aggressivität
- Für die Einstufung außerhalb SY 1 sind die **Kriterien der betreffenden anderen Symptombereiche entscheidend.**

## Durchführung des Interviews: Skalen mit Erläuterung

SY 1:	
<b>1. Fenster</b>	wenn <input type="checkbox"/> NEIN nächste Seite ⇨
	wenn <input type="checkbox"/> JA ↓
2. Fenster	
	↓
3. Fenster	

formaler Aufbau einer Seite eines MSR-Symptombereichs

### Kurzanleitung

#### Schriftarten:

- Fett und kursiv*** – ***muss vorgelesen werden***
- Kursiv* – *kann vorgelesen werden*
- nicht fett und nicht kursiv – wird nicht vorgelesen,  
sind z. B. Anweisungen oder Vorschläge

1. Die Frage im ersten Fenster (siehe kleines Schaubild) wird vorgelesen. Wenn das NEIN klar ist, müssen nicht alle Fragen aus dem ersten Fenster vorgelesen werden.



2. siehe Fragenvorschlag aus Fenster 2 (siehe kleines Schaubild):

„Können Sie das bitte noch genauer beschreiben?“ wird vorgelesen. (Es kann z. B. statt „Können Sie ...“ auch „Würden Sie ...“ gesagt werden.) Alle anderen Fragen sind nur Hilfen zur Spezifikation. Es können auch andere Fragen gestellt werden, um das Problem in die entsprechende Ratingskala einordnen zu können.

3. Die vorhandenen Kategorien sind in Fenster 3 (siehe kleines Schaubild) beschrieben.

Falls man sich nicht sicher ist, sollte man sich auf jeden Fall Notizen zu dem entsprechenden Symptom machen und es ggf. in der nächsten Besprechung vortragen.

- -----kurze Pause..... Hier wird kurz unterbrochen. Entweder setzen die Befragten ein und erzählen oder man liest weiter.
- Wenn nach der ersten Teilfrage allen weiteren Teilfragen inhaltlich umfassend beantwortet wurden, werden die fehlenden Teilfragen aus dem ersten Fenster nicht mehr vorgelesen.

## SY1: DISSOZIALE VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN

**Sind bei** [NAME des Kindes] **Verhaltensweisen vorgekommen, wie zum Beispiel:**

- **Lügen, Betrügen oder Stehlen?**

-----kurze Pause-----

**Ist bei** [NAME des Kindes]

- **Schulschwänzen und Arbeitsschwänzen**, (nur bei Schulkindern)
- **Weglaufen oder Streunen vorgekommen?**

-----kurze Pause-----

- **Hat** [NAME des Kindes] **Umgang mit Menschen, die einen „schlechten“ Einfluss haben?**

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Relativ seltene Fälle von Lügen, Verheimlichungen, Stehlen in der Regel innerhalb der Familie, die jedoch noch nicht als psychopathologisch auffällig bewertet werden.
2 LEICHT	Lügen, Verheimlichungen gegenüber den Bezugspersonen oder Stehlen in der Regel innerhalb der Familie. Oder: Vereinzelt Fälle von Schul- bzw. Arbeitsschwänzen. Oder: Bezüglich außerhäuslicher Aktivitäten oder Kontakte schwer steuerbar (z.B. Umgang mit anderen Kindern/ Jugendlichen).
3 DEUTLICH	Vereinzelt Bagatelldelikte außerhalb der Familie (z.B. kleiner Kaufhausdiebstahl). Oder: Gehäufte Fälle von Schul- bzw. Arbeitsschwänzen. Oder: Massive Betrügereien/ Verheimlichungen/Lügen gegenüber Erziehungspersonen. Oder: Wiederholte massive Verstöße gegen Vorschriften der Erziehungspersonen (abends zu lange wegbleiben; über nacht wegbleiben).
4 SCHWER	Jede Art von Straffälligkeit, die über Bagatelldelikte hinausgeht. Oder: Andauerndes Schulschwänzen oder Arbeitsschwänzen. Oder: Längerfristig "auf Treibe"; Weglaufen/Ausreißen über mehrere Tage hinweg. Kaum in der Familie zu halten.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY2: AGGRESSIVITÄT

**Ist es vorgekommen, dass** [NAME des Kindes]

- **dass** [sie/er] **andere beschimpft, beleidigt oder andere aggressive Äußerungen macht,**
- -----kurze Pause.....
- **andere Personen (körperlich) angreift, schlägt oder ähnliches ?**
- -----kurze Pause.....
- -----kurze Pause.....
- **oder Sachen von anderen zerstört?**

wenn  **NEIN**

nächste Seite ⇨

[Bei der Einschätzung der körperlichen Aggressivität ist die Berücksichtigung des Alters besonders wichtig: So sind körperliche Auseinandersetzungen bei jüngeren Kindern als weniger gewichtig einzuschätzen als bei älteren.]

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Würden Sie \_\_\_\_\_ als leicht reizbar oder leicht erregbar bezeichnen?*
- *Wir Ihr Kind wegen seiner Aggressivität von anderen Kindern gemieden?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.b. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Relativ leicht reizbar, leicht erregbar i.S. von unbeherrschten verbalen Reaktionen. Dies jedoch in einem so geringfügigen Ausmaß, dass es noch nicht als psychopathologische Auffälligkeit gewertet wird.
2 LEICHT	Leicht reizbar, leicht erregbar i.S. von explosiven unbeherrschten Reaktionen, Wutausbrüche, verbale Aggression, leichte Sachbeschädigungen.
3 DEUTLICH	Häufig extreme Formen verbaler Aggressivität. Oder: Mehrfach körperliche Auseinandersetzungen und/oder Zerstörung von Gegenständen.
4 SCHWER	Durchgängige Aggressivität, die mit häufigen körperlichen Angriffen gegen andere verbunden ist. Oder: In manchen Situationen (punktuell) schwere körperliche Aggressionen, bei denen die Gefahr besteht, dass andere Personen ernsthaft körperlich verletzt werden.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY3: KONTAKTSTÖRUNG

- **Zieht sich** [NAME des Kindes] **von anderen Menschen zurück,**  
-----kurze Pause.....
- **ist** [er/sie] **scheu und kontaktängstlich,**  
-----kurze Pause.....
- **spricht** [er/sie] **nicht mit anderen Menschen,**  
-----kurze Pause.....
- **verhält** [er/sie] **sich zu anderen Menschen kühl und abweisend?**

wenn

**NEIN**

nächste  
Seite ⇨

[Nicht bewertet wird

soziale Isolation des Patienten, die von anderen Personen ausgeht (z.B. Ablehnung des Patienten wegen seines besonders aggressiven Verhaltens oder wegen anderer körperlicher oder sozialer Merkmale).]

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Eher zurückhaltend, geht nicht auf andere zu, nimmt jedoch Kontakt auf, wenn man auf ihn zugeht.
2 LEICHT	Scheu und zurückhaltend, sozial eher introvertiert.
3 DEUTLICH	In bestimmten Situationen: Verweigerung eines normalen sozialen Kontaktes. Oder: Ängstliche Vermeidung von altersgemäßen sozialen Kontaktsituationen außerhalb der Familie. Oder: Introvertiert-schizoid; keine normalen Freundschaften; allenfalls extrem begrenzte Freundschaften, z.B. auf ein bestimmtes Interessengebiet (z.B. Schachclub) beschränkt.
4 SCHWER	In den meisten Situationen: Verweigerung eines normalen sozialen Kontaktes (z.B. Mutismus im Schulunterricht oder völliger Mutismus außerhalb der Familie). Oder: Überhaupt keine informellen sozialen Beziehungen zu Gleichaltrigen außerhalb der Familie.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

- **Hat [er/sie] Angst vor bestimmten Menschen oder Dingen oder ist [er/sie] in manchen Situationen ängstlich?**

[Entscheidend ist die Frage, ob die altersgemäÙe Aktivität/ Lebensführung eingeschränkt wird.]

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

wenn  JA ⇩

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- Äußert das Kind subjektive Angstgefühle oder leidet es unter der eigenen Angst?
- Gibt es objektiv beobachtbare Zeichen von Angst wie etwa körperliche Begleiterscheinungen?
- Kommt es zur Vermeidung von angstbesetzten Situationen oder dringt das Kind darauf, dass bestimmte gefürchtete Situationen nicht auftreten können?
- Wie häufig kommen diese Probleme vor?
- Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?
- Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Ängste, die unter Berücksichtigung des Alters noch nicht als psychopathologisch auffällig zu werten sind (z.B. bei Vorschulkindern sporadisch Angst vor Dunkelheit, Angst beim Betrachten von Filmen/Fernsehen).
2 LEICHT	Allgemeine Ängstlichkeit oder spezifische Ängste; die Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes sind hierdurch jedoch nur wenig beeinträchtigt.
3 DEUTLICH	Ausgeprägte allgemeine Ängstlichkeit oder ausgeprägte spezifische Ängste, wobei jedoch die Handlungsmöglichkeiten und der alltägliche Lebensablauf nur punktuell beeinträchtigt werden.
4 SCHWER	Durchgängig extreme Ängstlichkeit oder spezifische Ängste, sodass Handlungsmöglichkeiten und ein normaler Lebensablauf entscheidend eingeschränkt werden. Z.B.: - Schulbesuch nicht mehr möglich. - Außer Haus Gehen ohne Begleitung nicht mehr möglich. - Trennung von Eltern nicht möglich ohne extreme Reaktionen. - Schwere Angstsymptome in alltäglichen Situationen, die relativ häufig vorkommen.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

- **Klagt** [Name des Kindes] **über gedrückte Stimmung oder Traurigkeit**,  
-----kurze Pause.....
- **Wirkt** [Name des Kindes] **unglücklich, hoffnungslos oder misstrauisch?**  
-----kurze Pause.....
- **Hat** [er/sie] **Stimmungsschwankungen?**  
-----kurze Pause.....
- **Hat** [er/sie] **zu wenig Selbstbewusstsein wie z.B. Gefühle von Wert- und Nutzlosigkeit, Dummheit, Hässlichkeit?**  
-----kurze Pause.....
- **Zeigt** [er/sie] **eine Verminderung von Aktivitäten oder ein Verlust von Interessen?**  
-----kurze Pause.....
- **Gibt** [er/sie] **körperliche Hinweise, wie z.B. eine Verlangsamung in der Bewegung oder ein starrer Gesichtsausdruck?**

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

[Es werden hier nur diese Symptome bewertet und nicht die Frage, ob die Diagnose: "Depression" vorliegt.]

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Depressive Symptomatik in so geringer Ausprägung, dass sie nicht als psychopathologisch relevant gewertet werden kann.
2 LEICHT	Neigung zu gedrückten, traurigen, dysphorischen Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Selbstwertproblemen oder Aktivitätsminderungen. Die Handlungsmöglichkeiten und der alltägliche Lebensablauf sind hierdurch in manchen Bereichen nur geringfügig eingeschränkt.
3 DEUTLICH	Ausgeprägte Neigung zu gedrückten, traurigen, dysphorischen Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Selbstwertproblemen oder Aktivitätsminderungen. Die Handlungsmöglichkeiten und der alltägliche Lebensablauf sind hierdurch in manchen Bereichen eingeschränkt.
4 SCHWER	Durchgängig gedrückte, traurige, dysphorische Stimmungslage; umfassende Selbstwertproblematik oder allgemeine Aktivitätsminderung. Oder: Phasenweise extreme depressive Verstimmungen. Der normale Lebensablauf ist entscheidend eingeschränkt.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

- **Hat [er/sie] keine Lust sich anzustrengen?**
- **Will [er/sie] keine Leistungen bringen?**
- **Fällt es ihr/ihm schwer selbständig Leistungen zu bringen?**
- **Ist sie/er für sein Alter eher unselbständig?**

-----kurze Pause.....

- 

[Es werden ausschließlich die genannten Aspekte beurteilt; der Leistungserfolg (Schulnoten), Intelligenz/Fähigkeiten werden nicht berücksichtigt. Die Einschätzung der Selbständigkeit des Arbeitsverhaltens ist sehr stark altersabhängig, die Unselbständigkeit eines 8-Jährigen wird also ganz anders gewertet als die eines 14-Jährigen. Bei Kindern, die noch nicht oder nicht mehr schulpflichtig sind, wird das Spielverhalten bzw. die Leistungshaltung in Ausbildung/Praktikum/Beruf gewertet.]

Bei der Angabe:

„Wenn es nicht klappt, hört er auf“ oder „hat keine Lust mehr“

**ist nicht als SY 7** „übertriebener Ehrgeiz“

**sondern SY 6** „mangelnde Leistungshaltung

wenn  **NEIN**

nächste  
Seite ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*

*Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Macht <b>in einigen Fächern nur das Nötigste</b> (geringes Interesse an guten Schulnoten). Oder: Bei längeren Aufgaben nachlassende Anstrengungsbereitschaft. Oder: Selbständigkeit im Arbeitsverhalten geringfügig gemindert.
2 LEICHT	Macht <b>in allen Fächern nur das Nötigste</b> (verminderte Leistungsmotivation). Oder Auch bei einfachen Aufgaben mangelnde Anstrengungsbereitschaft Oder: Selbständigkeit des Arbeitsverhaltens nicht altersgemäß.
3 DEUTLICH	<b>Deutlich geminderte Leistungsmotivation</b> (teilweise Lern-/Leistungsverweigerung). Oder: Insgesamt sehr geringe Anstrengungsbereitschaft. Oder: Selbständigkeit des Arbeitsverhaltens bei weitem nicht altersgemäß.
4 SCHWER	<b>Extrem niedrige Leistungsmotivation/Arbeitshaltung</b> (weitgehende oder vollständige Verweigerung). Oder: Vermeiden jeglicher Anstrengung. Oder: Absolut unselbständig, keinerlei eigene Initiative.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Ist [Name des Kindes] in bestimmten Bereichen zu ehrgeizig oder leistungsorientiert?**

-----kurze Pause.....

- **Passt [er/sie] sich zu sehr an die Leistungsforderungen z.B. in der Schule an?**

[Für die Einschätzung ist die Leistungshaltung/ Leistungsmotivation entscheidend, nicht der damit erreichte Erfolg. Ein sehr guter Schüler muss nicht unbedingt extrem leistungsmotiviert sein; umgekehrt kann hohe Leistungsmotivation auch bei einem schlechten Schüler vorkommen. Wie bei SY6 werden nicht schulpflichtige Kinder und Jugendliche in Ausbildung/Praktikum/Beruf sinngemäß eingeordnet.]

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	In <u>einigen Fächern höhere Leistungsmotivation</u> als andere; erledigt alle seine Aufgaben sehr genau; ist ausdauernd und zielstrebig; gewissenhaft; "braver" Schüler.
2 LEICHT	In <u>allen Fächern höhere Leistungsmotivation</u> als andere; übergewissenhaft oder penibel; schulisch überangepasst.
3 DEUTLICH	<u>Setzt sich unter Erfolgsdruck, möchte unbedingt zu den Besten gehören</u> ; neigt zu Perfektionismus, gibt nicht auf, bis alles optimal erledigt ist; Oder: Kann nicht abschalten, vernachlässigt Freizeitaktivitäten zugunsten von Schule/Arbeit/Ausbildung. Oder: Betrachtet auch spielerische Aktivitäten/Hobbys/Sport so leistungsbezogen, dass Kontakte zu Gleichaltrigen durch die übermäßige Leistungsmotivation beeinträchtigt sind.
4 SCHWER	<u>Möchte ausschließlich perfekte Leistungen erbringen</u> , kann nicht ertragen, wenn dies nicht gelingt; die Freizeitaktivitäten treten völlig hinter dem Leistungsbereich zurück oder werden ausschließlich leistungsbezogen betrachtet; die Kontakte zu Gleichaltrigen sind durch die übermäßige Leistungsmotivation schwer beeinträchtigt.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY8: ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN

**Ist [Name des Kindes] in seiner/ihrer Entwicklung verzögert, hat [er/sie] zum Beispiel**

- **Rückstände in der motorischen Entwicklung,**  
-----kurze Pause.....
- **Rückstände in der Sprech- und Sprachentwicklung,**  
-----kurze Pause.....
- **Entwicklungsrückstände, die sich durch schlechte Leistungen in einem Schulfach zeigen (Lesen, Schreiben, Rechnen)?**

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

[Entscheidend für die Kodierung auf diesem Symptom ist, dass es sich um einen umschriebenen Entwicklungsrückstand handelt, der nicht durch eine allgemeine intellektuelle Behinderung erklärt werden kann. Es ist unerheblich, worauf der umschriebene Rückstand in einem Entwicklungsbereich zurückzuführen ist.]

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Nicht vollständig altersgemäße Entwicklung in mindestens einem der genannten Bereiche. Keine Notwendigkeit zu einer spezifischen Behandlung/Förderung.
2 LEICHT	Entwicklungsrückstand in mindestens einem der genannten Bereiche. Nicht unbedingt behandlungsbedürftig, Förderung jedoch wünschenswert.
3 DEUTLICH	Deutlicher Entwicklungsrückstand in mindestens einem der genannten Bereiche. Auf jeden Fall behandlungs-/förderungsbedürftig.
4 SCHWER	Erheblicher Entwicklungsrückstand in mindestens einem der genannten Bereiche. Intensive Behandlung/Förderung dringend indiziert.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Sind Verhaltensweisen vorgekommen, wie zum Beispiel**

- **Daumenlutschen, Nägelbeißen oder Nägelknabbern**  
-----kurze Pause.....
- **unwillkürliche Muskelzuckungen, (Tics)**  
-----kurze Pause.....
- **ständig sich wiederholende Bewegungen (Stereotypien)**  
-----kurze Pause.....
- **Schaukeln mit dem Körper oder mit dem Kopf, d.h. Jactationen**  
-----kurze Pause.....
- **Augenbohren, Haareausreißen, Kratzen, Reiben, Knirschen,**  
-----kurze Pause.....

wenn

NEIN

nächste Seite ⇨

**selbstverletzendes Verhalten** ohne Selbstmordabsicht? [Auf dieser Skala wird selbstverletzendes Verhalten erfasst, wenn es zur Gewohnheit geworden ist (typisch bei geistig Behinderten),

Entscheidend für die Einstufung ist

- das Ausmaß der sozialen Auffälligkeit und
- der sich daraus ergebenden sozialen Beeinträchtigung und
- das Ausmaß der mit der Symptomatik verbundenen körperlichen Beeinträchtigung (Selbstverletzung, Schmerzen, mögliche organische Verformungen).]

**nicht!!!** aber wenn es sich um ein gezieltes Verhalten zur Spannungsreduktion oder in parasuizidaler Absicht handelt (z.B. Borderline-Störungen).

Selbstverletzung im Rahmen von Borderline-Störungen wird auf der **Skala 22 "Sonstige Symptome"** erfasst.

wenn  JA ↓

• **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?
- Wie häufig kommen diese Probleme vor?
- Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?
- Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Leichte Auffälligkeiten in einem der genannten Bereiche, jedoch nicht behandlungsbedürftig, z.B. gelegentliches Nägelkaugen oder gelegentliches nicht altersgemäßes Daumenlutschen.
2 LEICHT	Entscheidend für eine Einstufung hier ist, dass die Symptomatik nicht zu Selbstverletzungen, Schmerzen und anderen körperlichen Beeinträchtigungen oder gravierenden sozialen Konsequenzen führt. Dies kann z.B. der Fall sein bei Daumenlutschen, leichten Tics, Jaktationen.
3 DEUTLICH	Erhebliche soziale Beeinträchtigung durch die Symptomatik (z.B.: Deutlich sichtbare Tics mit Gefahr sozialer Stigmatisierung, Ablehnung durch Gleichaltrige). Oder: Erhebliche physische Beeinträchtigung durch die Symptomatik (z.B. Nägelbeißen mit Verletzungen des Nagelbettes; Schmerzen und Entzündungen).
4 SCHWER	Symptomatik so häufig bzw. so stark ausgeprägt, dass damit eine schwere soziale oder schwere körperliche Beeinträchtigung einhergeht. Z.B.: Schwere Tic-Erkrankungen, Gilles de la Tourette, Automutilationen bei geistiger Behinderung oder Autismus.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY10: HYPERAKTIVE SYMPTOME

- **Ist** [Name des Kindes] **motorisch unruhig und überaktiv oder zappelig?**  
-----kurze Pause.....
- **Ist** [er/sie] **leicht ablenkbar oder hat** [er/sie] **Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?**  
-----kurze Pause.....
- **Handelt** [er/sie] **zu unüberlegt und impulsiv, d.h. hat** [er/sie] **eine Neigung zum vorschnellen, unüberlegten Handeln?**  
(einschließlich situationsinadäquatem Verhalten wie z.B. Distanzlosigkeit).

wenn  **NEIN**

nächste Seite ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen: fragen bleiben

- 
- Wollten die Lehrer Ihr Kind aus der Klasse oder aus der Schule ausschulen?
- Haben Sie wegen des Verhaltens Vorhaltungen von anderen bekommen ()



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Lebhaft, hampelt herum, kann auf Aufforderung aber auch stillsitzen. Oder: Bei schwierigen/längeren Aufgaben leicht ablenkbar. Oder: Handelt (bezogen auf sein Alter) in manchen Situationen impulsiv/ unüberlegt. Auffälligkeiten psychopathologisch nicht relevant.
2 LEICHT	"Zappelphilipp", kann auch auf Aufforderungen kaum stillsitzen. Oder: Schon bei einfachen/kurzen Aufgaben leicht ablenkbar (Aufmerksamkeitsstörung im wesentlichen auf Leistungssituationen beschränkt). Oder: Handelt impulsiv/unüberlegt, ist bei Unterstützung/Hilfestellung jedoch imstande, auch überlegt zu handeln. Keine schwerwiegenden sozialen Konsequenzen.
3 DEUTLICH	Ist dauernd in Bewegung (läuft, springt, klettert herum). Oder: Aufmerksamkeitsstörung umfasst alle Lebenssituationen (z.B. auch in Spielsituationen leicht ablenkbar). Oder: Handelt ohne klare Zielorientierung, kann auch auf Unterstützung/Hilfestellung hin nicht überlegt handeln. Die sozialen Konsequenzen sind erheblich, aber in erster Linie auf den schulischen Bereich beschränkt (z.B. ist eine weitere Beschulung in der Normalschule in Frage gestellt).
4 SCHWER	Rastloses Verhalten, das keinerlei Zielorientierung mehr erkennen lässt. Oder: Durchgängig extreme Aufmerksamkeitsstörung. Oder: Extrem impulsives, ungesteuertes Verhalten. Schwerwiegende soziale Konsequenzen; das Verhalten wird in den meisten sozialen Situationen als stark störend empfunden.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Sind bei** [Name des Kindes] **Verhaltensweisen vorgekommen, wie zum Beispiel:**

- **Einnässen oder Einkoten ?**

[Falls die Symptomatik nicht ständig vorkommt, sondern phasenweise (in bestimmten Zeitperioden) auftritt, bezieht man sich bei der Häufigkeitsangabe auf diese Perioden, in denen die Symptomatik vorhanden ist.]

wenn  **NEIN**

**nächste Seite** ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna): In den Phasen 4 mal monatlich oder weniger.
2 LEICHT	Enuresis oder Enkopresis tagsüber (diurna): mindestens 1 - 4 mal monatlich (in den Phasen). Oder: Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna): In den Phasen 2 bis 3 mal wöchentlich.
3 DEUTLICH	Enuresis oder Enkopresis tagsüber (diurna): mindestens 2 - 3 mal wöchentlich (in den Phasen). Oder: Nächtliches Einnässen (Enuresis nocturna): Fast jede Nacht, d.h. im Durchschnitt in den Phasen 4 mal wöchentlich oder häufiger.
4 SCHWER	Enuresis oder Enkopresis tagsüber (diurna): im Durchschnitt (in den Phasen) 4 mal wöchentlich oder häufiger. (Enuresis nocturna alleine reicht für die Kodierung „4 = schwer“ nicht aus).
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY12: KÖRPERLICHE SYMPTOME I

**Hat** [Name des Kindes] **Beschwerden wie zum Beispiel:**

- **Bauchbeschwerden, Kopfschmerzen, Übelkeit oder Schlafstörungen?**

(Menstruationsbeschwerden werden unter Sy 22 erfasst!!)

wenn  **NEIN**

**nächste Seite** ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Klagt hin und wieder über leichte Bauch-/Kopfschmerzen oder Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten.
2 LEICHT	Klagt öfters über Bauch-/Kopfschmerzen oder Schlafstörungen leichter Art. Oder: Klagt gelegentlich über stärkere Bauch-/Kopfschmerzen oder über ausgeprägte Einschlaf-/Durchschlafschwierigkeiten.
3 DEUTLICH	Klagt öfters über starke Bauch-/Kopfschmerzen oder erhebliche Schlafstörungen. Oder: Seltene Migräneanfälle. Damit sind in der Regel noch relativ umgrenzte soziale Konsequenzen (z.B. Beeinträchtigung der sozialen Kontakte oder des Schulbesuchs oder Fehltage in der Schule) verbunden. Behandlung auf jeden Fall erforderlich.
4 SCHWER	Klagt sehr häufig über starke Bauch-/Kopfschmerzen. Oder: Häufige Migräneanfälle. Oder: Sehr häufig/fast täglich ausgeprägte Einschlafschwierigkeiten oder stundenlanges Wachliegen. Damit sind in der Regel bedeutsame soziale Konsequenzen (z.B. Beeinträchtigung der sozialen Kontakte oder des Schulbesuchs oder Fehltage in der Schule) verbunden.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY13: KÖRPERLICHE SYMPTOME II

**Sind Beschwerden vorgekommen, wie zum Beispiel:**

- **Allergien, Störungen der Atmung wie z.B. Asthma oder Beschwerden mit der Haut?**

wenn  **NEIN**

nächste  
Seite ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Auffälligkeiten in einem oder mehreren der genannten Bereiche, durch die die normalen Lebensaktivitäten oder Entwicklungsmöglichkeiten jedoch nicht beeinträchtigt werden.
2 LEICHT	Auffälligkeiten in einem oder mehreren der genannten Bereiche, durch die die normalen Lebensaktivitäten oder Entwicklungsmöglichkeiten nur kurzzeitig und nur geringfügig beeinträchtigt werden (Symptomatik in leichter Ausprägung und zeitlich begrenzt, z.B. Heuschnupfen).
3 DEUTLICH	Auffälligkeiten in einem oder mehreren der genannten Bereiche, durch die die normalen Lebensaktivitäten oder Entwicklungsmöglichkeiten erheblich und in der Regel auch längerfristig beeinträchtigt werden. (Z.B. stärkere allergische Reaktionen; Hyperventilationsattacken, Asthmaanfälle).
4 SCHWER	Auffälligkeiten in einem oder mehreren der genannten Bereiche, durch die die normalen Lebensaktivitäten oder Entwicklungsmöglichkeiten in extremer Weise und in der Regel auch längerfristig beeinträchtigt werden. Der Tagesablauf wird weitgehend durch die Symptomatik bestimmt. Die Symptomatik bringt schwerwiegende körperliche, psychische oder soziale Beeinträchtigungen mit sich. (Z.B: Lebensgefährliche und/oder mit Todesängsten verbundene Atmungsstörungen/ Asthmaanfälle; oder Psoriasis, Neurodermitis).
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY14: STÖRUNGEN IM ESSVERHALTEN

- **Hat** [Name des Kindes] **keinen Appetit oder keine Lust zu Essen?**

-----kurze Pause.....

- **Macht** [er/sie] **Diät oder versucht** [er/sie] **abzunehmen?**

-----kurze Pause.....

- **Verweigert** [er/sie] **das Essen?**

-----kurze Pause.....

- **Erbricht** [er/sie] **das Essen nach der Mahlzeit?**

wenn  **NEIN**

nächste  
Seite ⇨

Hier werden nur Essstörungen im engeren Sinne verschlüsselt:

„zu guter Appetit“, zeitweiliges übermäßiges Essen oder ständiges übermäßiges Essen, Diät von Adipositas-Patienten, wie es z.B. bei übergewichtigen (adipösen) Patienten vorkommt, wird nicht hier, sondern unter "sonstige Symptome 22" verschlüsselt.

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	"Schwacher" oder "wählerischer" Esser. Klinisch nicht relevant.
2 LEICHT	Isst wenig trotz geringem Gewicht: "Schlechter Esser", durchgängige Appetitlosigkeit. Oder: Situationsspezifische Verweigerung von Essen (z.B. Interaktionsprobleme machen sich am Essen fest). Oder: "Wählerischer Esser", hat ausgeprägte Vorlieben; isst vieles nicht. Oder: Seltene Fälle von Erbrechen. Die genannten Symptome sind zwar klinisch eindeutig relevant, haben aber keine relevanten biologischen Auswirkungen (z.B. auf das Gewicht).
3 DEUTLICH	Essstörungen, die in der Regel mit Gewichtsverlust verbunden sind; überwiegend handelt es sich hierbei um leichtere Anorexie-Formen: Anfangsstadium von typisch anorektischer Symptomatik; erscheint ambulant behandelbar. Oder: Starke Verweigerungstendenzen nur phasenweise vorhanden. Oder: Durchgängige leichtere Verweigerungstendenzen/Appetitlosigkeit. Oder: Gehäufte Fälle von Erbrechen (kann begleitet sein von Fressattacken).
4 SCHWER	Essstörung, die so ausgeprägt ist, dass die Gesundheit erheblich beeinträchtigt und die Lebenserhaltung gefährdet wird.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY15: AUFFÄLLIGKEITEN IM SPRECHFLUSS

**Ist es vorgekommen, dass** [Name des Kindes]

- **stottert, zu schnell und unverständlich spricht oder ähnliche Sprechstörungen hat?**

wenn  **NEIN**

[Störungen der Stimme und Lautbildung, Störungen der Sprache (z.B. Aphasien) oder Sprachentwicklungsstörungen (z.B. Dyslalie oder Dysgrammatismus) werden hier nicht berücksichtigt.

**nächste Seite** ⇨

Die Erläuterung orientiert sich am Stottern; andere Sprechstörungen sind entsprechend dem Beeinträchtigungsgrad einzustufen.]

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Gelegentliche Dysfluenzen ohne klinisch-psychiatrische Bedeutsamkeit.
2 LEICHT	Leichte Formen des Stotterns, in der Regel von Situation zu Situation oder über die Zeit hinweg schwankend, häufig auch nur an bestimmte einzelne Situationen gebunden. Das Stottern ist noch so diskret, dass sich hieraus keine bedeutsamen psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen ergeben.
3 DEUTLICH	Schweres Stottern, aber nicht in allen Situationen. Oder: Leichteres Stottern, aber situationsübergreifend und stabil vorhanden. Bedeutsame psychosoziale Folgeprobleme/Beeinträchtigungen vorhanden.
4 SCHWER	Stottern ist fast immer und in fast jeder Situation in schwerer Ausprägung vorhanden; es ist dabei so stark ausgeprägt, dass die Kommunikation schwer beeinträchtigt ist (z.B. ist der Patient kaum verständlich; die Äußerung eines Satzes dauert so lange, daß der gesamte Handlungs- oder Gesprächsablauf hierdurch stark behindert wird). Aus der Symptomatik ergeben sich schwerwiegende psychische und soziale Beeinträchtigungen (z.B. Kommunikationsvermeidung, sozialer Rückzug; sekundäre neurotische Problematik; soziale Ablehnung/ Abwertung/Ausschluss durch andere; berufliche Nachteile).
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY 16: STÖRUNGEN IM REALITÄTSBEZUG

- **Hat** [Name des Kindes] **Gedanken oder Befürchtungen, die nichts mit der Wirklichkeit zu tun haben?**  
-----kurze Pause.....
- **Hört oder sieht** [er/sie] **Dinge, die überhaupt nicht da sind?**  
(Halluzinationen)  
-----kurze Pause.....
- **Hat** [er/sie] **Gefühle der Fremdheit was den eigenen Körper oder die Umgebung betrifft?** ( Depersonalisation oder Derealisation)  
-----kurze Pause.....
- **Hat** [er/sie] **„fixe Ideen“, Einbildungen oder merkwürdige, bizarre Einfälle?**

[Es handelt sich um Störungen des Realitätsbezuges, wie sie typischerweise bei Psychosen vorkommen: Verwechslungen der eigenen subjektiven Erfahrung und Phantasie mit der äußeren Realität.]

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Klinisch nicht relevante Verfremdungserlebnisse.
2 LEICHT	Wahnhaft anmutende Ideen (wie sie z.B. bei Zwangsneurotikern vorkommen können), wobei der Patient selbst diese Ideen durchgängig als unangepasst, unsinnig und persönlichkeitsfremd empfindet (Distanzierungsfähigkeit); der Patient weiß, daß diese Ideen aus ihm selbst kommen. Oder: Umgrenzte Derealisations- bzw. Depersonalisationserlebnisse in leichter Ausprägungsform (einschließlich Verfremdungsgefühlen).
3 DEUTLICH	Störungen des Realitätsbezuges, wie sie für psychotische Zustandsbilder charakteristisch sind, eine Distanzierung ist jedoch in manchen Situationen zumindest ansatzweise möglich.
4 SCHWER	Störungen des Realitätsbezuges, wie sie für akute psychotische Zustände charakteristisch sind; es ist keine Distanzierung möglich.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Sind bei** [Name des Kindes]

- **Zwangshandlungen oder**
- **Zwangsgedanken vorgekommen.**

**D.h. hat** [Name des Kindes] **das Gefühl, dass** [er/sie] **bestimme Dinge denken muss oder bestimmte Handlungen machen muss (z.B. Waschzwang)?**

[Hier werden auch Zwangssymptome bewertet, die im Rahmen einer psychotischen oder sonstigen Erkrankung vorkommen können.]

wenn  **NEIN**

nächste Seite ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Leichte Zwangstendenzen ("penibel"), die aber im Alltagsleben weder den Patienten selbst, noch andere in bedeutsamer Weise stören oder beeinträchtigen.
2 LEICHT	Handlungsritualisierungen von zwanghafter Qualität oder Gedanken mit zwanghafter Qualität, wie z.B. Grübeln, Festkleben an bestimmten Gedanken, häufiges Wiederauftreten von bestimmten Einfällen. Keine bedeutsamen psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen oder sonstige negative Konsequenzen.
3 DEUTLICH	Zwangshandlungen oder -impulse oder -gedanken, durch die die Lebensführung bzw. die Handlungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Eine normale Lebensführung ist jedoch in mehreren Lebensbereichen noch möglich.
4 SCHWER	Der Lebensablauf ist überwiegend von der Zwangssymptomatik geprägt oder beeinflusst; die Lebensgestaltung richtet sich weitgehend nach den Zwangssymptomen. Die Lebensführung bzw. die Handlungs- oder Entwicklungsmöglichkeiten sind hierdurch schwer eingeschränkt. Häufig sind damit auch negative soziale Auswirkungen (Beeinträchtigung der ganzen Familie; Beeinträchtigung bei der schulischen Entwicklung) verbunden.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Sind Probleme vorgekommen, wie zum Beispiel**

- **Gedanken an Selbstmord oder**
- **Selbstmordversuche?**

wenn  **NEIN**

nächste  
Seite ⇨

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Patient streift Suizidthematik; klinisch aber irrelevant.
2 LEICHT	Seltene und nicht oder wenig ausphantasierte Suizidgedanken.
3 DEUTLICH	Ausgeprägte oder konkrete oder gehäufte oder sich über eine gewisse Zeit erstreckende Suizidgedanken.
4 SCHWER	Ein oder mehrere Suizidversuche.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY19: AUFFÄLLIGKEITEN IM SEXUALVERHALTEN

- **Sind bei** [Name des Kindes] **Auffälligkeiten im sexuellen Verhalten vorgekommen?**
- Bei Nachfrage:  
*Sind bei* [Name des Kindes] *Auffälligkeiten in irgendeiner Hinsicht vorgekommen, wie z. B.*
- *dass [er/sie] sexuelle hemmungslos ist*
- *oder sich wahllos auf sexuelle Kontakte einlässt*
- *aktive Gewalttätigkeit und Missbrauch im sexuellen Bereich wie z.B. Vergewaltigung, sexueller Missbrauch von Kindern*

wenn  **NEIN**

nächste Seite ⇨

(nicht vorlesen, nur als Einstufungshilfe gedacht):

- (Homosexualität., Transvestitismus, Transsexualität )
- (Prostitution)
- (oder andere Probleme im sexuellen Bereich wie z.B. sich nicht wie ein Junge /Mädchen verhalten Verwahrlosung, Enthemmung und)
- Sonstige Probleme im sexuellen Bereich: Z.B. Probleme bei der sexuellen Rollenidentifikation; auffällige Praktiken, Fetischismus, Sodomie etc..

[Jede Art Auffälligkeit oder Abweichung von der Norm im sexuellen Bereich. NICHT verschlüsselt werden unter anderem: Vorfälle, bei denen der Patient Opfer (z.B. eines sexuellen Missbrauchs) geworden ist, werden hier. Im Unterschied zu allen anderen Items wird hier auf eine fünfstufige Skalierung verzichtet, da zu viele unterschiedliche, heterogene Aspekte zusammengefasst sind und darüber hinaus die psychopathologische Bewertung sehr stark vom Kontext (z.B. Normen der soziokulturellen Gruppe) abhängig ist.]

wenn  **JA** ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeiten im oben beschriebenen Sinne vorhanden
1 VORHANDEN	Auffälligkeiten im oben beschriebenen Sinne vorhanden. <b>Bitte beschreiben:</b>
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

Raucht sie/er?  
 Trinkt sie/er?  
 Nimmt er /sie sonstige Drogen?

wenn  **NEIN**

[Ausschlaggebend für die Bewertung sind die körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen (negativen Folgewirkungen).]

**nächste Seite** ⇨

wenn  **JA** ↓

• ***Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?***

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch in geringfügigem Ausmaß (z.B. sozial integrierter Alkohol- oder Nikotingenuss). Keine psychiatrische Bedeutung.
2 LEICHT	Leichtere Formen des Missbrauchs, die längerfristig mit körperlichen Schädigungen einhergehen können, aber ansonsten zu keinen bedeutsamen Beeinträchtigungen führen.
3 DEUTLICH	Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, die mit körperlichen oder psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen bzw. Folgewirkungen verbunden ist.
4 SCHWER	Schwere Sucht/Abhängigkeit (Alkohol-/Drogensucht), die mit einer sozialen Desintegration verbunden ist, d.h. die eine normale Lebensführung (z.B. Schule, Arbeit) schwerwiegend beeinträchtigt oder gänzlich unmöglich macht oder mit anderen schwerwiegenden körperlichen oder psychischen oder sozialen Folgewirkungen (z.B. Delinquenz) verbunden ist.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

## SY21: ORGANISCHE KRANKHEITEN/BEHINDERUNGEN/ VERLETZUNGEN

- **Hat [Name des Kindes] körperliche Verletzungen?**

-----kurze Pause.....

- **Ist [er/sie] körperlich krank gewesen?**

-----kurze Pause.....

- **Ist [er/sie] körperlich behindert oder eingeschränkt?**

[Jede organische Verletzung, Erkrankung oder Behinderung, durch die Handlungsmöglichkeiten beeinträchtigt werden oder die zu psychischen (z.B. Minderung des Selbstwertgefühls) oder sozialen Beeinträchtigungen (z.B. Stigmatisierung; ungewöhnliches Aussehen) führen können.]

wenn  NEIN

nächste  
Seite ⇨

wenn  JA ↓

- **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- *Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?*
- *Wie häufig kommen diese Probleme vor?*
- *Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?*
- *Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?*



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	Unbedeutende Seh- oder Hörschwäche, akute Erkrankung, akute Unfallfolgen (passager oder gut kompensiert).
2 LEICHT	Leichte Seh- oder Hörschwäche, die jedoch kompensiert ist (starke Brille, Hörgerät). Oder: Leichte Körperbehinderung. Oder: Länger andauernde organische Erkrankung.
3 DEUTLICH	Starke Seh- oder Hörschwäche, die nicht mehr ausreichend kompensierbar ist. Oder: Deutlich sichtbare Körperbehinderung (z.B. ein Rollstuhlfahrer, der kaum auf fremde Hilfe angewiesen ist; Gehbehinderung). Oder: Chronische organische Krankheit wie z.B. Diabetes.
4 SCHWER	Blindheit, Taubheit. Oder: Extrem starke Körperbehinderung mit nur sehr geringer Bewegungsmöglichkeit, z.B. ein stark auf fremde Hilfe angewiesener Rollstuhlfahrer, etc.). Oder: Chronisch organische Krankheit mit starker Einschränkung des Bewegungsspielraumes (z.B. Bettlägerigkeit). Oder: Organische Erkrankung mit Todesgefahr.
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

**Sind außer den bisher genannten Probleme noch andere Probleme vorgekommen?**

[Allgemeine Erläuterung: Bisher nicht erfasste psychiatrisch bedeutsame Symptombelastungen. Beschreiben Sie die Symptomatik stichpunktartig und geben Sie hierzu den Schweregrad an

wenn  NEIN

nächste Seite ⇨

wenn  JA ↓

• **Können Sie mir das bitte noch genauer beschreiben?**

Falls es nicht von alleine berichtet wird, folgende Spezifikationsfragen:

- Treffen ein oder mehrere Probleme aus diesem Bereich zu?
- Wie häufig kommen diese Probleme vor?
- Treten diese Probleme nur in bestimmten Situationen auf oder in vielen, unterschiedlichen Situationen?
- Welche Auswirkungen (z.B. auf die Familie) haben diese Probleme?



0 NICHT VORHANDEN	Keine Auffälligkeit im beschriebenen Sinn.
1 MINIMAL	<u>Bitte in Fragebogen beschreiben:</u>
2 LEICHT	
3 DEUTLICH	
4 SCHWER	
9	Information fehlt (Fehlender Wert).

Symptome, die hier verschlüsselt werden, sind: z. B.

- Übergewicht
- Selbstverletzendes Verhalten – Borderline
- Geistige Behinderung
- Sexueller Missbrauch (Kind ist Opfer)

## FAX - Anmeldung zur Projektteilnahme

An  
Prof. Dr. Fritz Matzejat  
Kinder- und jugendpsychiatrisches Qualitätsprojekt  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie  
an der Philipps-Universität Marburg  
Hans-Sachs-Str. 6  
35039 Marburg  
FAX: 06421 / 286 3053

# kjp-Qualität

Name des Kindes/Jugendlichen:	_____
Geschlecht:	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Geboren am: _____
Sorgeberechtigte:	
	Mutter <input type="checkbox"/> Name: _____ Vater <input type="checkbox"/> Name: _____
	Sonstige <input type="checkbox"/> Name: _____
Adresse:	_____ _____ _____ _____
Telefon-Nr.	_____ Handy-Nr. _____
Wir (Mutter oder Vater) sind in der Regel gut erreichbar zu folgenden Zeiten:	
Wochentage/Uhrzeit:	_____
Wochentage/Uhrzeit:	_____

### Einverständniserklärung:

**Wir haben das Informationsblatt über das Modellprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen gelesen. Wir sind über die Datenspeicherung im Projekt informiert worden und darüber, dass die Teilnahme am Projekt freiwillig ist. Wir sind bereit am Projekt teilzunehmen. Eine Ausfertigung des Informationsblattes haben wir für unsere Unterlagen erhalten.**

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

Unterschriften:

\_\_\_\_\_  
(Patient, falls über 14 Jahre alt)

\_\_\_\_\_  
(  Mutter /  Vater /  sonstige Betreuungsperson)



# kjp-Qualität

Telefoninterview

Beginn des Interviews

T1

➤ „Guten Tag, mein Name ist ..... von der Universität Marburg.“

➤ „Spreche ich mit ..... [Name der Bezugsperson]?“

ja

nein

➤ „Kann ich ..... [Name der Bezugsperson] sprechen?“

➤ „Guten Tag, mein Name ist ..... von der Universität Marburg.“

„Ich rufe im Auftrag von Frau/Herr Dr. .... und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an.“

„Ich rufe im Auftrag von Frau/Herr Dr. .... und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an.“

„Ich rufe im Auftrag von Frau/Herr Dr. .... und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an.“

➤ „Guten Tag, Frau/Herr .....

Sie haben sich bereit erklärt an unserem Qualitätssicherungsprojekt teilzunehmen. Ist das richtig?

Hätten Sie denn gerade ein wenig Zeit? Es dauert ungefähr 15 bis 20 Minuten.“

ja

nein

➤ „Wann könnte ich wieder anrufen?“

Termin für späteres Telefonat:

am ..... um .....Uhr

„Es geht um Ihre Tochter /Ihren Sohn ..... (Name des Kindes). Sie/er ist – das sehe ich hier - ..... Jahre alt und ist am ..... (Geburtsdatum) geboren.“

Ablesen vom Zettel **Ihre Adresse ist:** (wird sicherheitshalber wiederholt und u.U. leserlich korrigiert)

Und Sie sind die Mutter  der Vater  ?“



# kjp-Qualität

Telefoninterview

Interview-Bogen

T<sub>1</sub>

Bitte mit **rotem Filzschreiber** ausfüllen!!

Lfd-Nr.  
(lfdnr)

Kürzel des Interviewers:  
(geführt)

Praxis-Nr.  
(praxis)

Datum Interview (telefon):

Geschlecht (sex) Weibl. 1 Männl. 2

Alter des Kindes (alter):

Befragte Person: (bezugper) Mutter 1 Vater 2 sonstige 3

➤ „Jetzt habe ich eine Reihe von Fragen. Es sind ein paar Fragen zu Ihrer Familie, ein paar Fragen zu Ihrem Kind und ein paar Fragen zu Ihnen selber, Ist das okay? Wir beginnen mit einigen Fragen zur Familie.“  
(Falls man den Eindruck hat, die Person zu unruhig oder in irgendeiner Weise nicht in der Lage zu sein scheint das Interview zu führen, vorsichtig beenden, vielleicht nur einige Fragen stellen.)

(wolebn) ➤ **„Lebt \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) zu Hause?“**

➤ **„Welche Personen leben noch zu Hause?“** ...Vater...Mutter...Geschwister....Oma...Opa?“

1 (Ersatz) Vater: 1 ja 0 nein (famvn)  Geschwister (Anzahl) (famgn)

ja (Ers-) Mutter: 1 ja 0 nein (fammn)  Sonstige (Anzahl) (famsn)

(wolebn2) ➤ **„Wo und mit wem lebt \_\_\_\_\_ zusammen, wenn er/sie nicht zu Hause lebt?“**

1 alleine 2 mit Partner 3 in priv.WG o.ä.

2 4 z.Zt. in Klinik 5 in therapeutischer Einrichtung (z.B. Heim, Gruppe, oder therapeutische WG)

nein 6 in nicht therapeutischer Einrichtung (z.B. Internat oder Heim) 7 Sonstige

0 TNZ, lebt zu Hause

(schuln) ➤ **„Welche Schule besucht \_\_\_\_\_ zur Zeit?“**

1 Kindergarten - Vorklasse 8 Schule für Lernhilfe / Lernbehinderte/- Förderschule 14 vorzeitig ausgeschult

2 Grundschule 9 Schule für praktisch Bildbare / geistig Behinderte 15 aus anderen Gründen kein Schulbesuch

3 schulformenabhängige Orientierungsstufe/ Förderstufe 10 Schule für Erziehungshilfe / Verhaltensgestörte

4 Hauptschule 11 andere Sonderschulen 16 Schule regulär beendet

5 Realschule 12 Fach-/Berufsfachschule 99 unbekannt

6 Gymnasium 13 Fachhochschule - Universität

7 Differenzierung schulbedingt nicht möglich z.B. Waldorfschule, integrierte Gesamtschule

(klasse) ➤ **„Welche Klasse (Jahrgangsstufe) besucht \_\_\_\_\_?“** Klasse \_\_\_\_\_

0 TNZ

**Nur, falls keine Schule: sonst bitte wenden**

(schuln) ➤ **„Welchen Schulabschluss hat \_\_\_\_\_?“**

1kein Schulabschluss 2 Sonderschule 3 Hauptschule 4 Realschule 5 Abitur 6 (Fach)Hochschule/ Universität 99 unbekannt

0 TNZ, alters- oder schulbedingt

(beruft) falls keine Schule: ➤ **„Was arbeitet Ihr Sohn/ Ihre Tochter zur Zeit?“** (Kategorien nicht nennen)

1erwerbsunfähig 2arbeitslos 3beschützende Werkstatt/ Behinderteneinrichtungen 4Praktikum/ Volontariat 5Berufsausbildung/ Lehre/ Berufsschule 6Berufstätig 97Angabe verweigert 98WN

0 TNZ, Schule/ Kindergarten

TNZ = trifft nicht zu WN = weiß nicht

**Probleme**

➤ "Aus welchen Gründen haben Sie sich an Frau/ Herrn Dr. \_\_\_\_\_ gewandt?"

---



---



---



---



---

**Zusammengefasste Symptomskalen**

➤ "Nun lese ich Ihnen einige andere Probleme vor, die bei Ihrem Kind alle nicht zutreffen müssen. Ich sage Ihnen ein Problem und Sie erzählen ob es zutrifft oder nicht."

		nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer	Info fehlt
Dissoziale Verhaltens-Auffälligkeiten	<b>SY 1</b>	0	1	2	3	4	9
Aggressivität	<b>SY 2</b>	0	1	2	3	4	9
Kontaktstörung	<b>SY 3</b>	0	1	2	3	4	9
Angst	<b>SY 4</b>	0	1	2	3	4	9
Verstimmung	<b>SY 5</b>	0	1	2	3	4	9
Mangelnde Leistungshaltung	<b>SY 6</b>	0	1	2	3	4	9
Übermäßige Leistungshaltung	<b>SY 7</b>	0	1	2	3	4	9
Entwicklungsauffälligkeiten	<b>SY 8</b>	0	1	2	3	4	9
Psychomotorische Symptome	<b>SY 9</b>	0	1	2	3	4	9
Hyperaktive Symptome	<b>SY 10</b>	0	1	2	3	4	9
Einnässen/Einkoten	<b>SY 11</b>	0	1	2	3	4	9
Körperliche Symptome I	<b>SY 12</b>	0	1	2	3	4	9
Körperliche Symptome II	<b>SY 13</b>	0	1	2	3	4	9
Störungen im Essverhalten	<b>SY 14</b>	0	1	2	3	4	9
Auffälligkeiten im Sprechfluss	<b>SY 15</b>	0	1	2	3	4	9
Störungen im Realitätsbezug	<b>SY 16</b>	0	1	2	3	4	9
Zwangssymptome	<b>SY 17</b>	0	1	2	3	4	9
Suizidales Verhalten	<b>SY 18</b>	0	1	2	3	4	9
Auffälligkeiten im Sexualverhalten	<b>SY 19</b>	0 nicht vorhanden			1 vorhanden		9
Drogen-/Alkoholmissbrauch	<b>SY 20</b>	0	1	2	3	4	9
Organische Krankheiten – Behinderungen - Verletzungen	<b>SY 21</b>	0	1	2	3	4	9
Sonstige Symptome	<b>SY 22</b>	0	1	2	3	4	9

TNZ = trifft nicht zu      WN = weiß nicht

➤ **“So, nun ist das Meiste schon geschafft. Ich stelle Ihnen jetzt ein paar einfache Fragen. Sie können nur mit sehr gut, eher gut, teils-teils, eher schlecht oder sehr schlecht antworten. Ich wiederhole noch einmal: sehr schlecht, eher schlecht, teils-teils, eher gut oder sehr gut. Denken Sie dabei bitte hauptsächlich an eine normale Schulwoche.“**

(ilkschul) ➤	<b>„Wie kommt _____ mit den Leistungsanforderungen in der Schule (oder Kita/Ausbildung/Praktikum zurecht?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkfam) ➤	<b>„Wie ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkakid) ➤	<b>„Wie ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkalone) ➤	<b>„Wie kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkhealth) ➤	<b>„Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilknerv) ➤	<b>„Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein?“ (psychische Verfassung)</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkall) ➤	<b>„Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie geht es _____ zur Zeit insgesamt?“</b>					
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkproch) ➤	<b>„Wie stark ist _____ durch die Probleme zur Zeit beeinträchtigt oder belastet?“ (Bereiche vorlesen) ?“</b>					
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkpro) Nur bei Familienkindern: ➤	<b>„Wie stark fühlen Sie sich selbst zur Zeit durch die Probleme von _____ belastet?“ Bereiche vorlesen</b>					
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

➤ **“Ab jetzt geht es nicht mehr um ihr Kind, sondern um Sie selbst. Wir möchten auch von Ihnen selbst wissen, wie zufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen in ihrem Leben zur Zeit sind. Ich stelle Ihnen nun eine Frage und Sie antworten mit einer Zahl von Null bis Zehn. Null bedeutet: Sie sind ganz und gar nicht zufrieden. Zehn bedeutet: Sie sind ganz und gar zufrieden. Die Zahlen dazwischen sind dann jeweils Abstufungen. Hohe Zahlen heißen also: Sie sind eher zufrieden, niedrige Zahlen: Sie sind eher unzufrieden. Fangen wir mal an.“**

(zufr1) ➤	<b>„Bestimmte Dinge, die man kaufen oder sich leisten kann, machen ja den Lebensstandard aus: also z.B. Wohnung, Kleidung, Essen, Auto, Erholung und Reisen. Wie zufrieden sind sie alles in allem mit ihrem Lebensstandard?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(zufr2) ➤	<b>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(zufr3) ➤	<b>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ehe bzw. Partnerschaft?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>99</sub> TNZ – keine Partnerschaft	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

(zufr4) ➤	<b>„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Familienleben?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(zufr5) ➤	<b>„Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(zufr6) ➤	<b>„Wie zufrieden sind Sie mit dem Einkommen Ihres Haushaltes?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(zufr7) ➤	<b>„Alles in allem: Wie zufrieden sind sie gegenwärtig mit ihrem Leben?“</b>										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

TNZ = trifft nicht zu      WN = weiß nicht

(schicht) > „**Es wird heute viel über die verschiedenen Bevölkerungsschichten gesprochen. Welcher Schicht rechnen sie sich selbst eher zu?**“... (Schichtvorgaben bitte vorlesen, nur eine Nennung möglich)

1 Der Arbeiterschicht    2 Der Mittelschicht    3 Der oberen Mittelschicht    4 Der Oberschicht    5 keiner dieser Schichten    97 Einstufung verweigert    98 WN

> „**So, jetzt sind wir fast fertig. Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer Person.**“

(alterer) > „**Wie alt sind Sie?**“    Alter    97 Angabe verweigert

(staat) > „**Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?**“

1 Deutsch    2 Europäisches Ausland    3 Außereuropäisches Ausland    98 WN    97 Angabe verweigert

(stand) > „**Welchen Familienstand haben Sie?**“

1 verheiratet und leben mit Ehepartner zusammen    2 verheiratet und leben nicht mit Ehepartner zusammen    3 Ledig    4 Geschieden    5 verwitwet    98 WN    97 Angabe verweigert

0 TNZ, da verheiratet.

(zwei) > „**Leben Sie zur Zeit mit einer Partnerin bzw. einem Partner zusammen?**“

1 ja    2 nein    98 WN    97 Angabe verweigert, Filter 11.

(job) > „**Sind Sie zur Zeit.....Bereiche vorlesen?**“

1 Erwerbstätig in Vollzeit, also 35 Stunden und mehr in der Woche    2 Erwerbstätig in Teilzeit, also bis 34 Stunden in der Woche    3 Erwerbstätig in Teilzeit mit weniger als 15 Stunden    4 Nicht erwerbstätig    98 WN    97 Angabe verweigert

TNZ, da vollzeit-erwerbs-tätig  
0

(job1) > „**Trifft eine der folgenden Angaben bei Ihnen außerdem zu? Sind Sie zur Zeit...?**“

1 StudentIn    2 RentnerIn/ PensionärIn im Vorruhestand    3 Arbeitslos/ mache Nullkurzarbeit    4 Hausfrau/ Hausmann    5 Wehr-/ Zivildienst -leistender    6 Aus anderen Gründen nicht vollzeiterwerbs-tätig    98 WN    97 Angabe verweigert, Filter vorige Frage

(zuf8) > „**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit, die Sie zur Zeit hauptsächlich machen? Nennen Sie hier bitte wieder eine Zahl von Null bis Zehn.**“

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> 97 Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> 98 WN
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	--------------------------------

(bildung) > „**Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?**“

1 keinen Schul-Abschluss    2 (qualifiz.) Haupt-Schul-Abschluss    3 Realschule (mittlere Reife)    4 die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife /Abitur    5 den Abschluss der **Polytechnischen Oberschule** 10.Kl.    6 Fachhoch-schulreife    7 anderen Schul-Abschluss    98 WN    99 Angabe verweigert

(geld) > „**Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?**“  
*Ich meine dabei die Summe, die nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge übrigbleibt.*  
Bei Selbständigen nach dem durchschnittlichen Nettoeinkommen, abzüglich der Betriebsausgaben fragen

Euro:    97 Antwort verweigert    98 WN

> „**So, das war's schon. Vielen Dank für das Interview. Wir werden uns in etwa drei Monaten wieder bei Ihnen melden. Alles Gute für Sie, für Ihr Kind, und Ihre Familie. Auf Wiederhören.**“

Angaben des Interviewers/der Interviewerin zur Befragung

Subjektiver Eindruck:



TNZ = trifft nicht zu    WN = weiß nicht

# kjp-Qualität

## Telefoninterview

## Interview-Bogen

T<sub>2</sub>

Bitte mit **rotem Filzschreiber** ausfüllen!!

**Lfd-Nr.**  
(lfdnr)

**Kürzel des Interviewers:**  
(geführt)

**Praxis-Nr.**  
(praxis)

**Datum Interview** (telefon):

**Geschlecht** (sex) Weibl. 1 Männl. 2

**Alter des Kindes** (alter):

**Befragte Person:** (bezugper) Mutter 1 Vater 2 sonstige 3

➤ „Guten Tag, mein Name ist \_\_\_\_\_ von der Universität Marburg. Spreche mich mit \_\_\_\_\_ ? Ich rufe im Auftrag der Praxis \_\_\_\_\_ und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an . Es geht um das Qualitätssicherungsprojekt. Wir haben vor 3 Monaten schon einmal mit Ihnen telefoniert. Hätten Sie denn jetzt wieder etwas Zeit? Es dauert circa 15 Minuten. Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Lebenssituation.

(text1) ➤ „Hat sich in den letzten 3 Monaten in der Familienzusammensetzung oder in der Arbeitsstelle oder Arbeitszeit etwas verändert?“ Ja 1 Nichts verändert 0

Familienzusammensetzung:

Neue Arbeitszeit / Neue Arbeitsstelle / Arbeitslos:

➤ „Besucht \_\_\_\_\_ noch dieselbe Schule und dieselbe Schulklasse wie vor drei Monaten?“

Besucht jetzt Schule (neuschul) \_\_\_\_\_

Besucht jetzt Klasse (neuklass) \_\_\_\_\_

(text2) ➤ „Gibt es sonst noch wichtige Veränderungen?“ Ja 1 Nichts verändert 0

Falls hier Änderungen angegeben werden, bitte genau aufschreiben. Wenn sich nichts verändert hat, den Vermerk „NICHTS VERÄNDERT“ ankreuzen!

➤ „Würden Sie mir bitte in einem Satz noch einmal sagen, warum Sie die Praxis von \_\_\_\_\_ aufgesucht haben?“

(u1) ➤ „Nun habe ich ein paar Fragen zu den Terminen in der Praxis \_\_\_\_\_ [Praxisname] in den letzten 3 Monaten: „Wie oft waren Sie und wie oft war Ihr Kind in der Praxis?“

z. B. Vorbesprechung, Tests, Abschlussgespräch, andere Gespräche.....

\*Jeder persönliche Kontakt ab ca. 15 min. wird gezählt; Familiensitzungen mit mind. einem Elternteil und dem Patienten werden sowohl bei Eltern als auch beim Kind mitgezählt.

Kind   
(Uzählk)

Mutter od. Vater od. Eltern   
(Uzähle)

(th1) ➤ „Wurde in der Praxis eine Therapie oder Behandlung begonnen?“

Nein 0

Ja 1



➤ „Wie viele Therapietermine hatten Sie selbst und wie viele Therapietermine hatte \_\_\_\_\_?“

Kind   
(thzählk)

Mutter od. Vater od. Eltern   
(thzähle)\*

\*Jeder persönliche Kontakt ab ca. 15 min. wird gezählt; Familiensitzungen mit mind. einem Elternteil und dem Patienten werden sowohl bei Eltern wie bei Kind mitgezählt.

(med) ➤ „Wurden Medikamente verordnet?“

Nein 0

Ja 1 →

(medtext)

Nein 0

Ja 1



welche?

von ... bis?

TNZ = trifft nicht zu

WN = weiß nicht

➤ „Sind noch weitere Termine in der Praxis vorgesehen oder sind die Termine in der Praxis schon abgeschlossen?“  
(WeiterT)

Es sind noch weitere Termine vorgesehen <input type="checkbox"/> 1	Die Termine sind schon abgeschlossen <input type="checkbox"/> 0
(NächstT) ➤ „Wann ist der nächste Termin?“ Datum: <input type="text"/>	(letztT) ➤ „Wann war der letzte Termin?“ Datum: <input type="text"/>

(AndererT) ➤ „Haben Sie oder \_\_\_\_\_ andere Untersuchungs- oder Behandlungstermine in anderen Praxen, Kliniken oder sonstigen Einrichtungen gehabt?“ z. B. Nachhilfe, Ergotherapie, Logopädie, Familientherapie

Nein  0      Ja  1

<u>Wo?</u>	<u>Was? / Warum?</u>	<u>Wie viele?</u>
Kind <input type="checkbox"/>		
Vater <input type="checkbox"/>		
Mutter <input type="checkbox"/>		
Familie <input type="checkbox"/>		

(besser) ➤ „Nun habe ich einige Fragen zu den Problemen, weshalb Sie in die Praxis \_\_\_\_\_ [Praxisname] gegangen sind: Sind diese Probleme im Vergleich zu der Zeit als sie sich dort angemeldet haben besser oder schlechter geworden?“

1 völlig gebessert (geheilt, nicht mehr vorhanden)	2 deutlich gebessert	3 etwas gebessert	4 unverändert	5 verschlechtert	9 nicht beurteilbar
--	-------------------------	----------------------	------------------	---------------------	------------------------

(text4a) ➤ **NUR FALLS VERÄNDERT:**  
a.) „Was hat sich verändert?“ Bitte stichpunktartig notieren.

keine Nennung <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
--	-------------------------------

(text4b) ➤ b.) „Wodurch ist diese Verbesserung (bzw. Verschlechterung) Ihrer Meinung nach zustande gekommen; Wie erklären Sie sich diese Verbesserung (bzw. Verschlechterung)?“ Bitte stichpunktartig notieren.

keine Nennung <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
--	-------------------------------

**Zusammengefasste Symptomskalen**

➤ „Nun lese ich Ihnen eine Liste von Verhaltensweisen vor, die Sie schon vom letzten Mal kennen. Damit wir nichts übersehen, gehen wir noch mal alle Punkte durch. Wir möchten heute wissen, ob die folgenden Verhaltensweisen bei (Name des Kindes) \_\_\_\_\_ in den letzten drei Monaten zutrafen oder nicht.“

		nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer	Info fehlt
Dissoziale Verhaltens-Auffälligkeiten	<b>SY 1</b>	0	1	2	3	4	9
Aggressivität	<b>SY 2</b>	0	1	2	3	4	9
Kontaktstörung	<b>SY 3</b>	0	1	2	3	4	9
Angst	<b>SY 4</b>	0	1	2	3	4	9
Verstimmung	<b>SY 5</b>	0	1	2	3	4	9
Mangelnde Leistungshaltung	<b>SY 6</b>	0	1	2	3	4	9
Übermäßige Leistungshaltung	<b>SY 7</b>	0	1	2	3	4	9
Entwicklungsauffälligkeiten	<b>SY 8</b>	0	1	2	3	4	9
Psychomotorische Symptome	<b>SY 9</b>	0	1	2	3	4	9
Hyperaktive Symptome	<b>SY 10</b>	0	1	2	3	4	9
Einnässen/Einkoten	<b>SY 11</b>	0	1	2	3	4	9
Körperliche Symptome I	<b>SY 12</b>	0	1	2	3	4	9
Körperliche Symptome II	<b>SY 13</b>	0	1	2	3	4	9

TNZ = trifft nicht zu      WN = weiß nicht

		nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer	Info fehlt
Störungen im Essverhalten	<b>SY 14</b>	0	1	2	3	4	9
Auffälligkeiten im Sprechfluss	<b>SY 15</b>	0	1	2	3	4	9
Störungen im Realitätsbezug	<b>SY 16</b>	0	1	2	3	4	9
Zwangssymptome	<b>SY 17</b>	0	1	2	3	4	9
Suizidales Verhalten	<b>SY 18</b>	0	1	2	3	4	9
Auffälligkeiten im Sexualverhalten Falls (1) vorhanden, bitte beschreiben:	<b>SY 19</b>	0 nicht vorhanden			1 vorhanden		9
Drogen-/Alkoholmissbrauch	<b>SY 20</b>	0	1	2	3	4	9
Organische Krankheiten –Behinderungen - Verletzungen	<b>SY 21</b>	0	1	2	3	4	9
Sonstige Symptome: Bitte Symptom beschreiben!	<b>SY 22</b>	0	1	2	3	4	9

➤ „Nun habe ich noch einige andere Fragen, wie es \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) zur Zeit geht. Auch das kennen Sie bereits. Sie können nur mit sehr gut, eher gut, teils-teils, eher schlecht oder sehr schlecht antworten. Ich wiederhole noch einmal: sehr schlecht, eher schlecht, teils-teils, eher gut oder sehr gut. Denken Sie dabei bitte hauptsächlich an eine normale Schulwoche.“

(heutk) ➤ „Wie geht es _____ heute im Vergleich zu der Zeit vor drei Monaten?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkschul) ➤ „Wie kommt _____ mit den Leistungsanforderungen in der Schule (oder Kindergarten/ Kita/ Ausbildung/Praktikum) zurecht?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkfam) ➤ „Wie ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkkid) ➤ „Wie ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkalone) ➤ „Wie kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkhealth) ➤ „Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilknerv) ➤ „Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein?“ (psychische Verfassung)
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkall) ➤ „Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie geht es _____ zur Zeit insgesamt?“
sehr gut (1)      eher gut (2)      teils-teils (3)      eher schlecht (4)      sehr schlecht (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkproch) ➤ „Wie stark ist _____ durch die Probleme (wegen denen Sie in die Praxis gekommen sind) zur Zeit beeinträchtigt oder belastet?“ Bereiche vorlesen
überhaupt nicht belastet (1)      wenig belastet (2)      mäßig belastet (3)      stark belastet (4)      sehr stark belastet (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

(ilkubk) ➤ „Wie stark ist bzw. war _____ durch die Untersuchung oder Behandlung in der Praxis belastet oder beeinträchtigt? Z.B. durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw..“
überhaupt nicht belastet (1)      wenig belastet (2)      mäßig belastet (3)      stark belastet (4)      sehr stark belastet (5)      Angabe verweigert (97)      WN (98)

TNZ = trifft nicht zu      WN = weiß nicht

➤ ....und jetzt die nächsten Fragen zu ihnen selbst:

(ilkpro) ➤ „Wie stark fühlen <u>Sie sich selbst</u> zur Zeit durch die Probleme von _____ belastet?“						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(ilkube) ➤ „Wie stark fühlen (bzw. fühlten) <u>Sie sich selbst</u> durch die Untersuchung oder Behandlung von _____ in der Praxis belastet oder beeinträchtigt?“ Gemeint sind sowohl seelische Belastung als auch äußere organisatorische Belastungen, durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(zufried) ➤ „Und jetzt noch eine ganz andere Frage: Wie schätzen Sie die Arbeit der Praxis _____ [Praxisname] ein? Wenn Sie alles zusammen bedenken, wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung bzw. Hilfe, die sie dort erhalten haben?“						
sehr zufrieden (1)	eher zufrieden (2)	weder zufrieden noch unzufrieden (3)	eher unzufrieden (4)	sehr unzufrieden (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)

(text5) ➤ „(Würden) Können Sie einzelne positive und negative Punkte nennen?“ Ja <input type="checkbox"/> 1 keine Nennung <input type="checkbox"/> 0 )	
Positive Punkte	Negative Punkte

➤ „So, jetzt kommen wir zum letzten Teil des Interviews. Wir möchten auch heute von Ihnen selbst (wieder) wissen, wie zufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen in ihrem Leben zur Zeit sind. Ich stelle Ihnen nun eine Frage und sie antworten mit einer Zahl von Null bis Zehn. Null bedeutet: Sie sind ganz und gar nicht zufrieden. Zehn bedeutet: Sie sind sehr zufrieden. Die Zahlen dazwischen sind dann jeweils Abstufungen. Hohe Zahlen heißen also: Sie sind eher zufrieden, niedrige Zahlen: Sie sind eher unzufrieden. Fangen wir mal an..“

(zufr1) ➤ „Bestimmte Dinge, die man kaufen oder sich leisten kann, machen ja den Lebensstandard aus: also z.B. Wohnung, Kleidung, Essen, Auto, Erholung und Reisen. Wie zufrieden sind sie alles in allem mit ihrem Lebensstandard?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr2) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr3) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ehe bzw. Partnerschaft?“													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>99</sub> TNZ – keine Partnerschaft	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr4) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Familienleben?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr5) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr6) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit dem Einkommen Ihres Haushaltes?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr8) ➤ „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit, die Sie zur Zeit hauptsächlich machen?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(zufr7) ➤ „Alles in allem: Wie zufrieden sind sie gegenwärtig mit ihrem Leben?“												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN

(schick) ➤ „So, nun sind wir fertig. Vielen Dank für das Interview. Wir würden Ihnen gerne noch einen schriftlichen Fragebogen zusenden. Das wäre sehr hilfreich für uns. Ist das in Ordnung?“

Falls Ja  ⇒ Fragebögen zusenden  
 Falls Nein  ⇒ keine Fragebögen zusenden

➤ „Wenn es Ihnen recht ist, werden wir uns noch einmal (zum letzten Mal) in etwa einem ¼Jahr wieder telefonisch bei Ihnen melden. Bis dahin wünschen wir Ihnen, \_\_\_\_\_ und Ihrer Familie weiterhin alles Gute. Auf Wiederhören.“  
 (Name des Kindes)

Angaben des Interviewers/der Interviewerin zur Befragung

Subjektiver Eindruck: (gesicht)



TNZ = trifft nicht zu WN = weiß nicht

# kjp-Qualität

## Telefoninterview

## Interview-Bogen

T<sub>3</sub>

Bitte mit **rotem Filzschreiber** ausfüllen!!

**Lfd-Nr.**  
(lfdnr)

**Kürzel des Interviewers:**  
(geführt)

**Praxis-Nr.**  
(praxis)

**Datum Interview** (telefon):

**Geschlecht** (sex) Weibl.  1 Männl.  2

**Alter des Kindes** (alter):

**Befragte Person:** (bezugper) Mutter  1 Vater  2 sonstige  3

➤ „Guten Tag, mein Name ist \_\_\_\_\_ von der Universität Marburg. Spreche mich mit \_\_\_\_\_ ? Ich rufe im Auftrag der Praxis \_\_\_\_\_ und der Studienzentrale zur Qualitätssicherung an . Es geht um das Qualitätssicherungsprojekt. Wir haben vor ungefähr 9 Monaten schon einmal mit Ihnen telefoniert. Hätten Sie denn jetzt wieder etwas Zeit? Es dauert circa 15 Minuten. Zunächst habe ich ein paar Fragen zu Ihrer Lebenssituation.“

(textfam) ➤ „Hat sich in den letzten 9 Monaten in der Familienzusammensetzung oder in der Arbeitsstelle oder Arbeitszeit etwas verändert?“ Ja  1 Nichts verändert  0

Familienzusammensetzung:

Neue Arbeitszeit / Neue Arbeitsstelle / Arbeitslos:

➤ „Besucht \_\_\_\_\_ noch dieselbe Schule und dieselbe Schulklasse wie vor 9 Monaten?“

Besucht jetzt Schule (neuschul) \_\_\_\_\_

Besucht jetzt Klasse (neuklass) \_\_\_\_\_

(textaend) ➤ „Gibt es sonst noch wichtige Veränderungen?“ Ja  1 Nichts verändert  0

Änderungen bitte genau aufschreiben. Wenn nichts verändert: Vermerk „NICHTS VERÄNDERT“ ankreuzen!

➤ „Würden Sie mir bitte in einem Satz noch einmal sagen, warum Sie damals die Praxis von \_\_\_\_\_ aufgesucht haben?“

(med) ➤ „Wurden Medikamente verordnet?“

Nein  0  
↓

Ja  1 →

(medtext) ( Nein  0 Ja  1 )

welche?

Wie viel?

Seit wann? von ... bis?

(th1) ➤ „Wurde in der Praxis eine Therapie oder Behandlung durchgeführt?“

Nein  0

Ja  1

(letztT) ➤ „Wann war der letzte Termin?“ Datum: \_\_\_\_\_

(WeiterT) ➤ „Sind noch weitere Termine in der Praxis vorgesehen?“

Nein  0

Ja  1



(Nächste) ➤

„Wann ist der nächste Termin?“

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

### ↕ wechseln zu Zusatzblatt-Termine

(Übertrag vom Zusatzblatt, ALLE Termine in Praxis: Untersuchungs- und Therapietermine von Behandlungsbeginn bis jetzt)

**Anzahl Termine:**

Termine Kind: \_\_\_\_\_

(tzählk)

Termine Eltern: \_\_\_\_\_

(tzähle)

z. B. Vorbesprechung, Tests, Abschlussgespräch, andere Gespräche.....

\*Jeder persönliche Kontakt ab ca. 15 min. wird gezählt; Familiensitzungen mit mind. einem Elternteil und dem Patienten werden sowohl bei Eltern als auch bei Kind mitgezählt.

TNZ = trifft nicht zu

WN = weiß nicht

(Anderet) ➤ „Haben Sie oder \_\_\_\_\_ andere Untersuchungs- oder Behandlungstermine in anderen Praxen, Kliniken oder sonstigen Einrichtungen gehabt?“

Nein <input type="checkbox"/> 0  ↓	(textande) Ja <input type="checkbox"/> 1	<u>Wo?</u>	<u>Was?</u>	<u>Warum?</u>	<u>Wieviel?</u>
	Kind				
	Vater				
	Mutter				
	Familie				

(besser) ➤ „Nun habe ich einige Fragen zu den Problemen, weshalb Sie in die Praxis \_\_\_\_\_ [Praxisname] gegangen sind: Sind diese Probleme im Vergleich zu der Zeit als sie sich dort angemeldet haben besser oder schlechter geworden?“

Völlig gebessert (geheilt, nicht mehr vorhanden) 1	Deutlich gebessert 2	Etwas gebessert 3	Unverändert 4	Verschlechtert 5	Nicht beurteilbar 9
---	----------------------	-------------------	---------------	------------------	---------------------

**NUR FALLS VERÄNDERT:** Bitte stichpunktartig notieren

➤ a.) „Was hat sich verändert?“

(textwas) nein <input type="checkbox"/> 0	(textwas) Ja <input type="checkbox"/> 1
--	--

➤ b.) „Wodurch ist diese Verbesserung (bzw. Verschlechterung) Ihrer Meinung nach zustande gekommen; Wie erklären Sie sich diese Verbesserung (bzw. Verschlechterung)?“

(textwodu) nein <input type="checkbox"/> 0	(textwodu) Ja <input type="checkbox"/> 1
---	---

**Zusammengefasste Symptomskalen**

➤ „Nun lese ich Ihnen eine Liste von Verhaltensweisen vor, die Sie schon vom letzten Mal kennen. Damit wir nichts übersehen, gehen wir noch mal alle Punkte durch. Wir möchten heute wissen, ob sich in der Zeit seit dem letzten Interview etwas verändert hat. Sagen Sie mir bitte, ob die folgenden Verhaltensweisen bei \_\_\_\_\_ in den letzten drei Monaten zutrafen oder nicht.“

		Name des Kindes						
		nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer	Info fehlt	
Dissoziale Verhaltens-Auffälligkeiten	<b>SY 1</b>	0	1	2	3	4	9	
Aggressivität	<b>SY 2</b>	0	1	2	3	4	9	
Kontaktstörung	<b>SY 3</b>	0	1	2	3	4	9	
Angst	<b>SY 4</b>	0	1	2	3	4	9	
Verstimmung	<b>SY 5</b>	0	1	2	3	4	9	
Mangelnde Leistungshaltung	<b>SY 6</b>	0	1	2	3	4	9	
Übermäßige Leistungshaltung	<b>SY 7</b>	0	1	2	3	4	9	
Entwicklungsauffälligkeiten	<b>SY 8</b>	0	1	2	3	4	9	
Psychomotorische Symptome	<b>SY 9</b>	0	1	2	3	4	9	
Hyperaktive Symptome	<b>SY 10</b>	0	1	2	3	4	9	
Einnässen/Einkoten	<b>SY 11</b>	0	1	2	3	4	9	
Körperliche Symptome I	<b>SY 12</b>	0	1	2	3	4	9	
Körperliche Symptome II	<b>SY 13</b>	0	1	2	3	4	9	
Störungen im Essverhalten	<b>SY 14</b>	0	1	2	3	4	9	
Auffälligkeiten im Sprechfluss	<b>SY 15</b>	0	1	2	3	4	9	
Störungen im Realitätsbezug	<b>SY 16</b>	0	1	2	3	4	9	
Zwangssymptome	<b>SY 17</b>	0	1	2	3	4	9	
Suizidales Verhalten	<b>SY 18</b>	0	1	2	3	4	9	
Auffälligkeiten im Sexualverhalten Falls (1) vorhanden, bitte beschreiben:	<b>SY 19</b>	0 nicht vorhanden	1 vorhanden				9	
Drogen-/Alkoholmissbrauch	<b>SY 20</b>	0	1	2	3	4	9	
Organische Krankh. –Behind. -Verletzungen	<b>SY 21</b>	0	1	2	3	4	9	
Sonstige Symptome: <b>Bitte Symptome beschreiben!</b>	<b>SY 22</b>	0	1	2	3	4	9	

TNZ = trifft nicht zu

WN = weiß nicht

➤ „Nun habe ich noch einige andere Fragen, wie es \_\_\_\_\_ (Name des Kindes) zur Zeit geht. Auch das kennen Sie bereits. Sie können nur mit sehr gut, eher gut, teils-teils, eher schlecht oder sehr schlecht antworten. Ich wiederhole noch einmal: sehr schlecht, eher schlecht, teils-teils, eher gut oder sehr gut. Denken Sie dabei bitte hauptsächlich an eine normale Schulwoche.“

(heutk) ➤	<b>„Wie geht es _____ heute im Vergleich zu der Zeit vor einem Jahr?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkschul) ➤	<b>„Wie kommt _____ mit den Leistungsanforderungen in der Schule (Kindergarten Kita/ Ausbildung/ Praktikum) zurecht?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkfam) ➤	<b>„Wie ist die Beziehung von _____ zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Ang. verweigert (97)	WN (98)	
(ilkkid) ➤	<b>„Wie ist der Kontakt von _____ zu anderen Kindern/Jugendlichen in der Freizeit?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkalone) ➤	<b>„Wie kann sich _____ alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Ang. verweigert (97)	WN (98)	
(ilkhealt) ➤	<b>„Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit von _____ ein?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilknerv) ➤	<b>„Wie schätzen Sie die „nervliche“ und seelische Verfassung von _____ ein?“ (psychische Verfassung)</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Ang. verweigert (97)	WN (98)	
(ilkall) ➤	<b>„Wenn Sie alle genannten Aspekte und Lebensbereiche Ihres Kindes zusammenfassen: Wie geht es _____ zur Zeit insgesamt?“</b>						
Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkproch) ➤	<b>„Wie stark ist _____ durch die Probleme (wegen denen Sie in die Praxis gekommen sind) zur Zeit beeinträchtigt oder belastet?“</b>						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkubk) ➤	<b>„Wie stark ist bzw. war _____ durch die Untersuchung oder Behandlung in der Praxis belastet oder beeinträchtigt?“ (Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.)</b>						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	

➤ **„...und jetzt die nächsten Fragen zu ihnen selber:“**

(ilkpro) ➤	<b>„Wie stark fühlen Sie sich selbst zur Zeit durch die Probleme von _____ belastet?“</b>						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	
(ilkube) ➤	<b>„Wie stark fühlen (bzw. fühlten) Sie sich selbst durch die Untersuchung oder Behandlung von _____ in der Praxis belastet oder beeinträchtigt? „Gemeint sind sowohl seelische Belastung als auch äußere organisatorische Belastungen, z.B. Belastungen durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.“</b>						
überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	

(zufried) ➤	<b>„Und jetzt noch eine ganz andere Frage: Wie schätzen Sie die Arbeit der Praxis _____ [Praxisname] ein?“ Wenn Sie alles zusammen bedenken, wie zufrieden sind Sie mit der Betreuung bzw. Hilfe, die sie dort erhalten haben?“</b>						
Sehr zufrieden (1)	Eher zufrieden (2)	Weder zufrieden noch unzufrieden (3)	Eher unzufrieden (4)	Sehr unzufrieden (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)	

(textzufr) ➤	<b>„(Würden) Können Sie einzelne positive und negative Punkte nennen?“</b> Ja <input type="checkbox"/> 1 keine Nennung <input type="checkbox"/> 0	
Positive Punkte	Negative Punkte	

TNZ = trifft nicht zu WN = weiß nicht

➤ „So, jetzt kommen wir zum letzten Teil des Interviews. Wir möchten auch heute von Ihnen selbst (wieder) wissen, wie zufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen in ihrem Leben zur Zeit sind. Ich stelle Ihnen nun eine Frage und sie antworten mit einer Zahl von Null bis Zehn. Null bedeutet: Sie sind ganz und gar nicht zufrieden. Zehn bedeutet: Sie sind ganz und gar zufrieden. Die Zahlen dazwischen sind dann jeweils Abstufungen. Hohe Zahlen heißen also: Sie sind eher zufrieden, niedrige Zahlen: Sie sind eher unzufrieden. Fangen wir mal an..“

(zufr1) ➤	„Bestimmte Dinge, die man kaufen oder sich leisten kann, machen ja den Lebensstandard aus: also z. B. Wohnung, Kleidung, Essen, Auto, Erholung und Reisen. Wie zufrieden sind sie alles in allem mit ihrem Lebensstandard?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr2) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr3) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ehe bzw. Partnerschaft?“										<input type="checkbox"/> <sub>99</sub> TNZ – keine Partnerschaft	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	
(zufr4) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Familienleben?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr5) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr6) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit dem Einkommen Ihres Haushaltes?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr8) ➤	„Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit, die Sie zur Zeit hauptsächlich machen?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
(zufr7) ➤	„Alles in allem: Wie zufrieden sind sie gegenwärtig mit ihrem Leben?“										<input type="checkbox"/> <sub>97</sub> Angabe verweigert	<input type="checkbox"/> <sub>98</sub> WN
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

(schick) ➤ „So, nun sind wir fertig. Vielen Dank für das Interview. Wir würden Ihnen gerne noch einen schriftlichen Fragebogen zusenden. Das wäre sehr hilfreich für uns. Ist das in Ordnung?“

Falls Ja <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Fragebögen zusenden;	Falls Nein <input type="checkbox"/> 0 ⇒ keine Fragebögen zusenden.
--	--

(belasten) ➤ „Wie fanden sie es von uns angerufen zu werden? ---Pause--- Haben Sie es als Belastung empfunden?“

überhaupt nicht belastet (1)	wenig belastet (2)	mäßig belastet (3)	stark belastet (4)	sehr stark belastet (5)	Angabe Verweigert (97)	WN (98)
------------------------------	--------------------	--------------------	--------------------	-------------------------	------------------------	---------

(textbela) frei notieren!

(kjpg) ➤ „Und jetzt ganz allgemein. Wie finden Sie es, dass wir eine solche telefonische Befragung durchführen?“

Sehr gut (1)	Eher gut (2)	teils-teils (3)	eher schlecht (4)	sehr schlecht (5)	Angabe verweigert (97)	WN (98)
--------------	--------------	-----------------	-------------------	-------------------	------------------------	---------

(texttele) frei notieren!

(weiter) ➤ „Wir hatten ihnen ja zu Beginn unseres Projekts angekündigt, dass wir insgesamt dreimal mit ihnen telefonieren werden. Das war heute unser drittes Telefonat und damit ist unsere Befragung offiziell abgeschlossen. Ganz herzlichen Dank für Ihre Teilnahme. Wenn Sie Lust hätten, würden wir Sie eventuell gerne zu einem späteren Zeitpunkt noch mal kontaktieren. Wären Sie damit prinzipiell einverstanden?“

Falls Ja <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Fax-Ameldung in Ordner „kjp-Qualität weitere Teilnahme“	Falls Nein <input type="checkbox"/> 0 ⇒ Fax-Ameldung entsorgen
---	--

➤ „Noch einmal herzlichen Dank für Ihre Teilnahme. Alles Gute für Sie und ihre Familie. Auf Wiederhören.“

Angaben des Interviewers/der Interviewerin zur Befragung

**Subjektiver Eindruck:** (gesicht)



**Sonstige wichtige Informationen (z.B. "O-Ton"):** (text o-ton Ja  1 , Nein  0)

TNZ = trifft nicht zu WN = weiß nicht

# kjp-Qualität

## Zusatzblatt

**Telefoninterview**

**T<sub>3</sub>**

**Lfd-Nr.**  
(lfdnr)

**Übertrag T2** - vor dem Telefonat raussuchen:

Datum T2:

Anzahl Termine Kind:

Anzahl Termine Eltern:

➤ „Jetzt möchten wir gerne wissen, wie viele Termine Ihr Kind und Sie insgesamt in der Praxis von \_\_\_\_\_ hatten. Können Sie mir das sagen?“

Nein

Ja

➤ „Den meisten Leuten fällt es schwer, sich daran zu erinnern. Deshalb würde ich vorschlagen, dass wir gemeinsam versuchen, es rauszufinden.“

...erst Kind, dann wer sonst noch...    Anzahl Termine T2?    Regelmäßigkeit?    Seit wann?    Wie viele Ausfälle?

**Anzahl Termine:**

Termine Kind:

(tzählk)

Termine Eltern:

(tähle)

(Gleiche Angabe wie auf Interview-Bogen! **ALLE Termine: Untersuchungs- und Therapietermine von Behandlungsbeginn bis jetzt**)

\*Jeder persönliche Kontakt ab ca. 15 min. wird gezählt; Familiensitzungen mit mind. einem Elternteil und dem Patienten werden sowohl bei Eltern als auch bei Kind mitgezählt.

Subjektiver Eindruck des Interviewers: **Wie zuverlässig sind diese Angaben ?** (zuvterm)



➤ „Nachdem wir jetzt wissen, wie häufig Sie in der Praxis \_\_\_\_\_ waren, möchten wir jetzt gerne noch genauer rausfinden, was dort gemacht wurde.“

➤ „Was wurde bei diesen Terminen gemacht?“ Unten aufnotieren:

Wenn nichts kommt:

„Vielleicht wurde sich unterhalten, vielleicht gespielt, vielleicht haben Sie oder Ihr Kind auch bestimmte Übungen gemacht?“

Kind einzeln

Eltern einzeln (mindestens 1 Elternteil)

Familiensitzungen (min. 1 Elternteil + Kind)

Sonstige Termine

➤ „Bei welchen Mitarbeitern der Praxis waren die jeweiligen Termine?“ Unten aufnotieren: Funktion und/oder Name....

Kind einzeln

Eltern einzeln (min. 1 Elternteil)

Familiensitzungen (min. 1 Elternteil + Kind)

Sonstige Termine

Subjektiver Eindruck des Interviewers:

**Wie kann die/der Befragte über die Therapieinhalte Auskunft geben?** (zuvther)





## 2.2 Zusatzinformationen für Eltern



**Dr. med. Markus Muster**  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie  
11111 Musterhausen  
Musterstraße 1  
Tel.:  
Fax:

*in Zusammenarbeit mit der*

*Studienzentrale des kinder- und jugendpsychiatrischen  
Qualitätsprojektes an der Philipps-Universität Marburg  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie  
Hans-Sachs-Str. 6  
35039 Marburg*

# kjp-Qualität

## Modellprojekt

### zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

#### INFORMATION FÜR PATIENTEN UND ELTERN



Liebe Eltern, liebe Jugendliche,

wir möchten unsere Arbeit überprüfen und verbessern. Deshalb nimmt unsere Praxis an einem Projekt zur Qualitätssicherung teil. Wir arbeiten dabei mit der Studienzentrale an der Universität Marburg zusammen, die von Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt und Prof. Dr. Mattejat geleitet wird.

**Das Projekt dient dazu, die Versorgung für Sie möglichst optimal zu gestalten.  
Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig.**

**Wenn Sie teilnehmen möchten, füllen Sie bitte das Formular**

**„Anmeldung zur Projektteilnahme“**

**aus. Wir schicken es dann umgehend per FAX an die Projektzentrale des  
kjp-Qualitätsprojektes an der Philipps-Universität Marburg.**

Innerhalb einer Woche werden Sie von einem Mitarbeiter der Studienzentrale angerufen und es wird mit Ihnen (Eltern des Patienten) ein kurzes telefonisches Interview durchgeführt. Diese Befragung kann wiederholt werden, falls Sie dies wünschen. Genaue Angaben zum Ablauf des Projektes finden Sie auf der Rückseite dieses Informationsblattes.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. med. Markus Muster)

(Prof. Dr. phil. Fritz Mattejat)



## Modellpraxis

**Dr. med. Markus Muster**  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie  
11111 Musterhausen  
Musterstraße 1  
Tel.:  
Fax:

*in Zusammenarbeit mit der*

*Studienzentrale des kinder- und jugendpsychiatrischen  
Qualitätsprojektes an der Philipps-Universität Marburg  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie  
Hans-Sachs-Str. 6  
35039 Marburg*

# kjp-Qualität

**INFORMATIONSBLATT  
FÜR PATIENTEN UND ELTERN**

## Modellprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen

Liebe Eltern, liebe Jugendliche,

beim Modellprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen wird folgendermaßen vorgegangen:

(1) Innerhalb einer Woche nach Ihrer Anmeldung zum Projekt werden Sie von einem Mitarbeiter der Studienzentrale angerufen und es wird mit Ihnen (Eltern des Patienten) ein telefonisches Interview durchgeführt, in dem Sie über die Probleme und die Lebenssituation ihres Kindes und ihrer Familie Auskunft geben können. Sie bekommen außerdem von der Studienzentrale Fragebögen zugeschickt mit der Bitte, die ausgefüllten Fragebögen an die Studienzentrale zurückzuschicken. Der Zeitaufwand für die telefonische Befragung beträgt 10 Minuten, die Bearbeitung der Fragebögen erfordert ca. 20 Minuten.

(2) Ihre Angaben werden dann in der Studienzentrale zusammengefasst und ausgewertet. Die Ergebnisse werden umgehend schriftlich an die Praxis Dr. med. Markus Muster zurückgeleitet, damit wir Ihre Angaben für die Planung und Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen berücksichtigen können. Dies soll dazu dienen, dass alle Maßnahmen, die wir Ihnen vorschlagen möglichst gut auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt sind. Bei Bedarf können wir diese Ergebnisse auch gemeinsam mit Ihnen besprechen.

(3) Die telefonische und schriftliche Befragung durch die Studienzentrale wird nach der Erstvorstellung in der Praxis, nach 3 Monaten und nach einem Jahr noch einmal in der gleichen Weise wiederholt; so erhalten wir genaue und standardisierte Informationen über den weiteren Verlauf und darüber, wie zufrieden Sie mit unserer Arbeit sind. Umgekehrt erhält die Studienzentrale von uns Angaben über die Diagnosen und über die von uns durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Studienzentrale erstellt aufgrund dieser Angaben eine schriftliche Auswertung für die Modellpraxis Dr. med. Markus Muster. Auch diese Informationen dienen uns dazu, die Zusammenarbeit mit Ihnen möglichst optimal zu gestalten und unsere Arbeit insgesamt zu verbessern.

Das Projekt wird nach den einschlägigen Datenschutzgesetzen und –bestimmungen durchgeführt. Die Daten, die von Ihnen im Rahmen des Projektes gewonnen werden, werden in der Studienzentrale in anonymisierter Form elektronisch gespeichert und ausgewertet, sodass von diesen Daten ein Rückschluss auf Sie nicht möglich ist (anonymisierter Datensatz). Damit die von der Studienzentrale erstellten Auswertungen von der Modellpraxis auf Sie bezogen und für die Diagnostik und Behandlung Ihres Falles genutzt werden kann, wird in der Projektzentrale eine elektronische Schlüsselliste mit Ihrer Adresse erstellt, die nur den Projektmitarbeitern und ihrer Modellpraxis zugänglich ist. Durch eine Code-Nummer können die Informationen in der Schlüsselliste mit dem anonymisierten Datensatz verknüpft werden. Nach Ablauf des Projektes wird die personenbezogene Schlüsselliste in der Projektzentrale vernichtet.

Wir bitten Sie um Ihre Teilnahme an diesem Projekt und um Ihr Einverständnis zu diesem Vorgehen. Die Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Außerdem können sie die Teilnahme am Projekt jederzeit abbrechen. Abgesehen davon, dass die projektspezifischen behandlungsdienlichen Qualitäts-Rückmeldungen an uns (Modellpraxis) entfallen, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile, falls Sie am Projekt nicht teilnehmen möchten.

Mit freundlichen Grüßen Ihre

(Dr. med. Markus Muster)

(Prof. Dr. phil. Fritz Matzejat)



## 2.3 Schriftliche Fragebögen



# BASISDOKUMENTATION

## Kinder- und Jugendpsychiatrie – ambulant

© DGKJP / BAG / BKJPP, 2006

Auflage Nr. 4

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Vertragsarzt-Nr.

VK gültig bis

Datum

01 Fall-Nummer: \_\_\_\_\_

02 wievielte Dokumentation: \_\_\_\_\_

03 Institution: \_\_\_\_\_



04 Geschlecht: 1 männlich  
2 weiblich

### Vorstellungs-/Aufnahmebedingungen

06 Untersuchungs-/ Behandlungsform: 1 ambulant 2 teilstationär 3 stationär 4 Konsil	07 Vorstellungs- modus: 1 regulär 2 Notfall 3 Notfall außerh. Dienstzeit 4 Gutachten	09 Datum des Behandlungsbeginns: _____._____._____. 15 Suizidalität bei Behandlungsbeginn: 1 nein 4 wiederholter Suizidversuch 2 suizidal 9 unbekannt 3 erster Suizidversuch
--	---	---

### Kind/Jugendlicher wohnt bei...

16 Mutter/Ersatzmutter: 1 leiblicher Mutter 2 Stiefmutter 3 Adoptivmutter 4 Pflegemutter 5 Großmutter 6 Verwandten, sonst. Ers.M. 8 keiner Mutter 9 unbekannt	17 Vater/Ersatzvater: 1 leiblichem Vater 2 Stiefvater 3 Adoptivvater 4 Pflegevater 5 Großvater 6 Verwandten, sonst. Ers.V. 8 keinem Vater 9 unbekannt	18 Andere, nicht unter (16/17) erfaßte Wohnsituation: 8 trifft nicht zu 6 kein fester Wohnsitz 1 stationäre Jugendhilfe 9 unbekannt 2 Reha-/Therapieeinrichtung 3 wohnt allein 4 in Ehe / mit Partner(in), privater Wohngemeinschaft 5 Notunterkunft (z. B. Frauenhaus)
---	---	--

## 2. Anamnese einschließlich familiärer Belastungen

### Komplikationen/Risikofaktoren...

keine

1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt

02 in Schwangerschafts-, Geburts-, postpartalen Verlauf: \_\_\_\_\_ 1 2 9

05 gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit: \_\_\_\_\_ 1 2 9

### Störungen der kindlichen Entwicklung:

keine

06 Motorik: \_\_\_\_\_ 1 2 9

07 Sprache: \_\_\_\_\_ 1 2 9

08 Sauberkeit: \_\_\_\_\_ 1 2 9

09 schwere Krankheiten während der Kindheit: \_\_\_\_\_ 1 2 9

### Kindergarten entfällt, da noch zu jung

### Schule entfällt, da noch nicht schulpflichtig

13 Störung beim Besuch des Kindergartens: 13.1 Trennungsangst ..... 1 2 9 13.2 Kontaktstörungen ..... 1 2 9 13.3 Spielstörung ..... 1 2 9 13.4 hypermotorisches Verhalten ..... 1 2 9 13.5 schlechtes Betragen/ Aggression ..... 1 2 9	15 Schulbesuch: 1 regelrecht 5 Wiederholung und Umschulung 2 einmal wiederholt 6 Abbruch 3 mehrmals wiederholt 9 unbekannt 4 umgeschult
---	---

17 Gegenwärtig besuchte Schule: - Gesamtschule sinngemäß einstufen

- |  |   |
|--|---|
| 01 Schulkindergarten/Vorklasse                                   | 09 Schule für Praktisch Bildbare/Geistig Behinderte |
| 02 Grundschule   | 10 Schule für Erziehungshilfe/Verhaltensgestörte    |
| 03 schulformunabhängige Orientierungsstufe/Förderstufe           | 11 andere Sonderschulen                             |
| 04 Hauptschule   | 12 Fach-/Berufsschule                               |
| 05 Realschule  | 13 (Fach)hochschule/Universität                     |
| 06 Gymnasium   | 14 ausgeschult                                      |
| 07 Differenzierung schulbedingt nicht möglich (z.B. Waldorfsch.) | 15 aus anderen Gründen kein Schulbesuch             |
| 08 Schule für Lernhilfe/Lernbehinderte/Förderschule              | 99 unbekannt  |

19 Schulstörungen: 1 = nein, 2 = ja, 9 = nicht zutreffend/unbek.

19.1 schlechtes Betragen/Aggressionen ..... 1 2 9

19.2 Leistungsstörungen ..... 1 2 9

19.3 Kontaktstörungen ..... 1 2 9

19.4 Konzentrationsstörungen ..... 1 2 9

19.5 hypermotorisches Verhalten ..... 1 2 9

19.6 Schulschwänzen ..... 1 2 9

19.7 Schulverweigerung/Schulangst ..... 1 2 9

19.8 sonstige Schulstörungen ..... 1 2 9

Notizen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familie**

24	Stellung in der Kinderreihe in der Aufenthaltswohnfamilie: 1 Einzelkind 2 jüngstes Kind 3 mittleres Kind 4 ältestes Kind 8 lebt nicht in einer Familie 9 unbekannt	25	Psychiatrische Erkrankungen in der Familie: ..... 1 2 9
----	--	----	---

1 = nein 2 = ja 9 = unbekannt

**3. Psychopathologischer Aufnahmebefund****nicht untersucht** 

1 = unauffällig 2 = leicht ausgeprägt 3 = stark ausgeprägt 9 = nicht beurteilbar

01	Störungen der Interaktion (Unkooperativ, überangepaßt, scheu/unsicher, kaspernd/albern, sozial zurückgezogen, ..... 1 2 3 9 mißtrauisch, demonstrativ, distanzgemindert, Empathiestörung, autistische Störung der Interaktion)
02	Störungen des Sozialverhaltens (Dominant, oppositionell-verweigernd, aggressiv, Lügen/Betrügen, Stehlen, Weglaufen/..... 1 2 3 9 Schule schwänzen, andere Regelübertretungen)
03	Störungen von Antrieb, Aufmerksamkeit und Impulskontrolle ..... 1 2 3 9
04	Störungen der Psychomotorik (Motorische Tics, vokale Tics, Stereotypen, maniert-bizarrr, andere Störungen der ..... 1 2 3 9 Psychomotorik)
05	Störungen des Sprechens und der Sprache (Artikulationsstörung, expressive Sprachstörung, rezepive Sprachstörung, Störungen der ..... 1 2 3 9 Redeflüssigkeit (Stottern/Poltern), Mutismus, Logorrhoe, andere qualitative Störungen der Kommunikation)
06	Angststörungen (Soziale Angst, Trennungsangst, Leistungsangst, Agoraphobie, andere spezifische Phobien, ..... 1 2 3 9 Panikattacke, generalisierte Angst)
07	Störungen von Stimmung und Affekt (Klagsam, gereizt-dysphorisch, depressiv/traurig verstimmt, Insuffizienzgefühle/mangelndes..... 1 2 3 9 Selbstvertrauen, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, affektarm, affektlabil, ambivalent, inadäquat, innere Unruhe, gesteigertes Selbstwertgefühl, euphorisch, andere Störungen von Stimmung/ Affekt)
08	Zwangsstörungen (Zwangsdenken, Zwangsimpulse, Zwangshandlungen) ..... 1 2 3 9
09	Eßstörungen (Erhöhte Nahrungsaufnahme, Heißhunger- und Eßattacken, verminderte Nahrungsaufnahme, selbstinduziertes Erbrechen, andere unangemessene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, ..... 1 2 3 9 Körperschemastörung, Ruminaton, Pica)
10	funktionelle und somatoforme Störungen (Einnässen, Einkoten, Schlafstörungen, dissoziative Störungen, autonome Funktions-..... 1 2 3 9 störungen, Schmerzzustände, Hypochondrie, andere körperliche Symptome)
11	Merkfähigkeits-, Orientierungs- und Bewußtseinsstörungen oder Störungen der Wachheit ..... 1 2 3 9
12	formale Denkstörungen (Gehemmt/verlangsamt, umständlich/weitschweifig, eingengt, Perseverieren, Grübeln, Gedankendrängen, Ideenflucht, Vorbeireden, gesperrt/Gedankenabreißen, inkohärent/ ..... 1 2 3 9 zerfahren, Neologismen, andere formale Denkstörungen)
13	inhaltliche Denkstörungen (Magisches Denken, nicht systematisierte Wahnsymptome: Wahnstimmung, Wahnwahr- nehmung, Wahngedanken, systematisierter Wahn, Beziehungsideen/-wahn, Beeinträch- ..... 1 2 3 9 tigungsideoen/Verfolgungswahn, Schuldideoen/-wahn, Größenideoen/-wahn, andere Inhalte)
14	Ich-Störungen (Derealisation, Depersonalisation, Gedankenentzug, Gedankenaußbreitung, Gedanken- ..... 1 2 3 9 eingebung, andere Fremdbeeinflussungserlebnisse)
15	Sinnestäuschungen (Illusionäre Verknennungen, akustische Halluzinationen, optische Halluzinationen, Körper- ..... 1 2 3 9 halluzinationen, Geruchs-/Geschmackshalluzinationen)
16	Mißbrauch/Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (Alkohol, Psychopharmaka, legale und illegale Drogen) ..... 1 2 3 9
17	andere Störungen (Selbstschädigung, Suizidalität, sexuelle Auffälligkeiten, abnorme Bindung an Objekte/ ..... 1 2 3 9 abnorme Interessen, sonstige nicht näher bezeichnete Störungen)

**4. Somatisch-neurologischer Befund****nicht untersucht** **02/03** somatische Gesamtbeurteilung (incl. Neurologie):

1 Normalbefund 2 leichte Auffälligkeit 3 pathologischer Befund 9 unbekannt

**04** Körpergewicht (bei Behandlungsbeginn):

Gewicht in kg: | | | | |, | | |

**05** Körpergröße:

Größe in cm: | | | | |, | | |

Bemerkungen/Besonderheiten:

---



---



---

## 5. Diagnosen

### I. Achse - Klinisch-psychiatrisches Syndrom keines

1. Hauptdiagnose:

ICD-10, 5-stellig: | F | | | . | | | |

2. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig: | F | | | . | | | |

3. Diagnose Achse I:

ICD-10, 5-stellig: | F | | | . | | | |

### II. Achse - Umschriebene Entwicklungsstörungen keine

Entweder eine Diagnose ankreuzen oder F83 + zwei Diagnosen

- F80.0 Artikulationsstörung
- F80.1 Expressive Sprachstörung
- F80.2 Rezeptive Sprachstörung
- F80.3 Erworbene Aphasie m. Epilepsie (Landau-Kleffner-Synd.)
- F80.8 Sonst. Entwicklungsstörg. d. Sprechens od. d. Sprache
- F80.9 Entwicklungsst. d. Sprechens od. d. Sprache, n. n. Bez.
- F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung
- F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
- F81.2 Rechenstörung
- F81.3 Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
- F81.8 Sonstige Entwicklungsstörungen schul. Fertigkeiten
- F81.9 Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, n. n. Bez.
- F82 Umschriebene Entwicklungsstörg. der motor. Funktionen
- F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen
- F88 Andere Entwicklungsstörungen
- F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung

### III. Achse - Intelligenzniveau

- |                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| 1 sehr hohe Intelligenz              | IQ > 129     |
| 2 hohe Intelligenz                   | IQ 115 - 129 |
| 3 durchschnittliche Intelligenz      | IQ 85 - 114  |
| 4 niedrige Intelligenz               | IQ 70 - 84   |
| 5 leichte Intelligenzminderung       | IQ 50 - 69   |
| 6 mittelgradige Intelligenzminderung | IQ 35 - 49   |
| 7 schwere Intelligenzminderung       | IQ 20 - 34   |
| 8 schwerste Intelligenzminderung     | IQ < 20      |
| 9 Intelligenzniveau nicht bekannt    |              |

### IV. Achse - Körperliche Symptomatik keine

Drei Klassifikationen möglich; die neurologische Diagnose an erster Stelle

1. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | | | | . | | | |

2. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | | | | . | | | |

3. \_\_\_\_\_

ICD-10, 5-stellig: | | | | . | | | |

### V. Achse - Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände keine

1 = unzutreffend, 2 = trifft zu, 9 = logisch nicht mögl./unbekannt

#### 1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen ..... 1 2 9

Mangel an Wärme in der Eltern-Kind Beziehung, Disharmonie in der Familie zwischen Erwachsenen feindl. Ablehng./ Sündenbockzuweisg. gegenüber Kind, körperliche Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch (innerhalb der Familie)

#### 2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie..... 1 2 9

psych. Störung/abweichendes Verhalten e. Elternteils, Behinderung eines Elternteils, Behinderung der Geschwister

#### 3. Inadäquate/verzerrte intrafamiliäre Kommunikation ..... 1 2 9

#### 4. Abnorme Erziehungsbedingungen ..... 1 2 9

elterliche Überfürsorge, unzureichende elterl. Aufsicht/Steuerung, Erziehg., die e. unzureichende Erfahrung vermittelt, unangem. Anforderungen/Nötigungen durch Eltern

#### 5. Abnorme unmittelbare Umgebung ..... 1 2 9

Erziehung in einer Institution, abweichende Elternsituation, isolierte Familie, Lebensbed. mit mögl. psychosoz. Gefährdung

#### 6. Akute, belastende Lebensereignisse ..... 1 2 9

Verlust einer Liebes- od. engen Beziehung, bedrohl. Umstände infolge v. Fremdunterbringung, negativ veränderte familiäre Beziehungen durch neue Familienmitglieder, Ereignisse, die zur Herabsetzg. d. Selbstachtg. führen, sexueller Missbrauch (außerhalb der Familie), unmittelbare, beängstigende Erlebnisse

#### 7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren..... 1 2 9

Verfolgung oder Diskriminierung, Migration oder soziale Verpflanzung

#### 8. Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule oder Arbeit ..... 1 2 9

abnorme Streitbeziehungen mit Schülern/Mitarb. Sündenbockzuweisg. durch Lehrer/Ausbilder, allgem. Unruhe in Schule/Arbeitssituation

#### 9. Belastende Lebensereignisse infolge von Verhaltensstörungen oder Behinderungen des Kindes ..... 1 2 9

institutionelle Erziehung, bedrohl. Umstände infolge von Fremdunterbringung, abhängige Ereignisse, die zur Herabsetzung der Selbstachtung führen

### VI. Achse - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

- 0 hervorragende/gute soziale Anpassung
- 1 befriedigende soziale Anpassung
- 2 leichte soziale Beeinträchtigung
- 3 mäßige soziale Beeinträchtigung
- 4 deutliche soziale Beeinträchtigung
- 5 deutl. u. übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträcht.
- 6 tiefgreifende u. schwerwiegende soz. Beeinträchtigung
- 7 braucht beträchtliche Betreuung
- 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)
- 9 Information fehlt.

## 7. Zusätzliche psychologische Diagnostik

keine

- 04 projektive Testverfahren (z. B. CAT, Schwarzfuß, Sceno, TAT- oder Rorschach-Kurzform) ..... 1 2  
 05 Funktions-, Konzentrations- oder Leistungstests (z. B. KTK, DRT, d2, HAWIE(K)-R, IST, K-ABC) ..... 1 2  
 08 subjektive Fragebögen (Selbst-/Fremdbeurteilungsbögen wie z. B. YSR, MPI, FPI, Gießen-Test, CBCL, SDQ, Conners) ..... 1 2

## 8. Therapie

keine, nur Diagnostik

- |          |   |                |   |   |                                |
|----------|---|----------------|---|---|--------------------------------|
| <b>1</b> | <b>Kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Familie</b> ..... | <i>nein ja</i> | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Sitzungen:   _ |
| <b>2</b> | <b>Kinder- und jugendpsychiatrische Gruppentherapie</b> .....   |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Sitzungen:   _ |
| <b>3</b> | <b>Elterngruppen</b> .....  |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Sitzungen:   _ |
| <b>4</b> | <b>Richtlinien-Psychotherapie</b> .....   |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Sitzungen:   _ |
| <b>5</b> | <b>Funktionelle Entwicklungstherapien und sensomotorische Übungsbehandlungen</b> .....                      |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Sitzungen:   _ |
| <b>6</b> | <b>Sozialpsychiatrische Maßnahmen</b> .....   |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Kontakte:   _  |
| <b>7</b> | <b>Sonstige Maßnahmen</b> .....   |                | 1 | 2 | wenn ja, Anzahl Kontakte:   _  |
| <b>8</b> | <b>Medikamentöse Therapie</b> .....   |                | 1 | 2 | mit: _____                     |
- detaillierte Kodierung:
- |  | keine | Medikation ohne besondere Probleme | mangelnde Wirkung/Therapieresistenz | erhebl. unerwünschte Arzneimittelwirkungen |
|--|-------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| 8.01 Neuroleptika (außer 8.02) .....                               | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.02 atypische Neuroleptika .....                                  | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.03 Antidepressiva (außer 8.04) .....                             | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.04 SSRI .....  | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.05 Lithium .....   | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.06 Carbamazepin .....  | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.07 andere Antikonvulsiva .....                                   | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.08 Tranquillizer/Hypnotika .....                                 | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.09 Stimulanzen .....   | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.10 Antiparkinsonmittel .....                                     | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.11 andere Psychopharmaka: _____ .....                            | 1     | 2                                  | 3                                   | 4  |
| 8.12 medikament. Behandlung gravierender somat. Erkrankungen ..... | 1     | nein                               | 2                                   | ja: _____                                  |

## 10. Ende der Behandlung

- |  |  |
|--|--|
| <p>1 Ende der Untersuchung/Behandlung:</p> <p>Datum:   _     .   .              </p> | <p>2 Art der Beendigung:</p> <p>1 regulär<br/>                 2 vorzeitige Beendigung durch Patienten/Eltern<br/>                 3 vorzeitige Beendigung durch Behandler</p> |
|--|--|

## 11. Behandlungsergebnis

entfällt, da nur Diagnostik

- |  |  |
|--|--|
| <p>1 Einschätzung des Behandlungserfolgs bzgl. Symptomatik und Gesamtsituation:</p> <p>1 völlig gebessert<br/>                 2 deutlich gebessert<br/>                 3 etwas gebessert<br/>                 4 unverändert<br/>                 5 verschlechtert<br/>                 9 nicht beurteilbar</p> | <p>3 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Achse VI bei Behandlungsende:</p> <p>0 hervorragende/gute soziale Anpassung<br/>                 1 befriedigende soziale Anpassung<br/>                 2 leichte soziale Beeinträchtigung<br/>                 3 mäßige soziale Beeinträchtigung<br/>                 4 deutliche soziale Beeinträchtigung<br/>                 5 deutliche und übergreifende (durchgängige) soz. Beeinträchtigung<br/>                 6 tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung<br/>                 7 braucht beträchtliche Betreuung<br/>                 8 braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)<br/>                 9 Information fehlt.</p> |
|--|--|

## 12. Empfohlene Weiterbehandlung/Maßnahmen

keine weiteren Maßnahmen erforderlich

- |   |   |
|---|---|
| <p>1 Weiterbehandlung: <span style="float: right;"><i>1 = keine 2 = ist indiziert/empfohlen</i></span></p> <p>..... 1 2</p> | <p>2 Hilfen nach KJHG: <span style="float: right;"><i>1 = keine 2 = ist indiziert/empfohlen</i></span></p> <p>..... 1 2</p> |
| <p>3 Außerhäusliche Unterbringung</p> <p>..... 1 2</p>  | <p>4 Pädagogische Maßnahmen/Schule</p> <p>..... 1 2</p>   |

## Name des Dokumentierenden

Name: \_\_\_\_\_ Code: \_\_\_\_\_

# Marburger Symptomrating (MSR)

(Gemäß Glossar ausfüllen)



Name des Patienten:

Heutiges Datum:

Ausgefüllt von:

	nicht	minimal	leicht	deutlich	schwer
SY01: Dissoziale Verhaltensauffälligkeiten ....	0	1	2	3	4
SY02: Aggressivität.....	0	1	2	3	4
SY03: Kontaktstörung .....	0	1	2	3	4
SY04: Angst.....	0	1	2	3	4
SY05: Verstimmung .....	0	1	2	3	4
SY06: Mangelnde Leistungshaltung.....	0	1	2	3	4
SY07: Übermäßige Leistungshaltung .....	0	1	2	3	4
SY08: Entwicklungsauffälligkeiten.....	0	1	2	3	4
SY09: Psychomotorische Symptome .....	0	1	2	3	4
SY10: Hyperaktive Symptome .....	0	1	2	3	4
SY11: Einnässen/Einkoten.....	0	1	2	3	4
SY12: Körperliche Symptome I .....	0	1	2	3	4
SY13: Körperliche Symptome II .....	0	1	2	3	4
SY14: Störungen im Eßverhalten.....	0	1	2	3	4
SY15: Auffälligkeiten im Sprechfluß.....	0	1	2	3	4
SY16: Störungen im Realitätsbezug .....	0	1	2	3	4
SY17: Zwangssymptome .....	0	1	2	3	4
SY18: Suizdales Verhalten .....	0	1	2	3	4
SY19: Auffälligkeiten im Sexualverhalten.....	<input type="checkbox"/> vorhanden		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
SY20: Drogen-/Alkoholmißbrauch.....	0	1	2	3	4
SY21: Organische Krankheiten/ Behinderungen/Verletzungen .....	0	1	2	3	4
SY22: Sonstige (unter 01-21 nicht erfaßte Symptomatik).....	0	1	2	3	4



# Child Behavior Checklist (CBCL)

---

## Fragebogen für Eltern/Erzieher

---

*Bitte die zutreffenden Kästchen ankreuzen, oder die entsprechenden Zahlen eintragen.*

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum:  .  .   
(Tag) (Monat) (Jahr)

Geschlecht: <sub>1</sub> männlich <sub>2</sub> weiblich Alter des Kindes/  
Jugendlichen:  Jahre

Schulbesuch: <sub>1</sub> ja <sub>0</sub> nein Klasse:

Schultyp: \_\_\_\_\_

Erlerner/ausgeübter Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Erlerner/ausgeübter Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

<sub>1</sub> Vater <sub>2</sub> Mutter <sub>3</sub> andere Erziehungsperson (bitte angeben):

Nur für Schüler beruflicher Schulen:

höchster erreichter Schulabschluß: \_\_\_\_\_

I. Führen Sie bitte die Sportarten auf, die Ihr Sohn/Ihre Tochter am liebsten ausübt, z.B. Schwimmen, Fahrrad fahren, Fischen, Fußball, Federball, Skateboard-Fahren usw.:

<input type="checkbox"/> keine		Wieviel Zeit verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter damit im Vergleich zu Gleichaltrigen ?				Wie gut ist Ihr Sohn/Ihre Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen ?			
		weiß nicht	weniger als der Durchschnitt	durchschnittlich	überdurchschnittlich	weiß nicht	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

II. Führen Sie bitte die Hobbies, Beschäftigungen u. Spiele (außer Sport) Ihres Sohnes/Ihrer Tochter auf, z.B. Lesen, Briefmarkensammeln, Singen, Klavierspielen, Computerspiele (ausgenommen Fernsehen und Radio hören):

<input type="checkbox"/> keine		Wieviel Zeit verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter damit im Vergleich zu Gleichaltrigen ?				Wie gut ist Ihr Sohn/Ihre Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen ?			
		weiß nicht	weniger als der Durchschnitt	durchschnittlich	überdurchschnittlich	weiß nicht	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

III. Führen Sie bitte alle Organisationen, Vereine, Clubs, Gruppen usw. auf, denen Ihr Sohn/Ihre Tochter angehört:

<input type="checkbox"/> keine		Wie aktiv ist Ihr Sohn/Ihre Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen ?			
		weiß nicht	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

IV. Führen Sie bitte alle Jobs/Gelegenheitsarbeiten auf, die Ihr Sohn/Ihre Tochter ausübt, z.B. Zeitungen austragen, Babysitting, Hausarbeiten, Einkaufen gehen, gleichgültig ob sie bezahlt werden oder nicht:

<input type="checkbox"/> keine		Wie gut übt Ihr Sohn/Ihre Tochter die Tätigkeiten im Vergleich zu Gleichaltrigen aus ?			
		weiß nicht	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Wieviele enge Freunde hat Ihr Sohn/Ihre Tochter? (Geschwister ausgenommen)

keine                       1                       2 oder 3                       4 oder mehr

VI. Beurteilung des Verhaltens meines Sohnes/meiner Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen

	schlechter	durchschnittlich	besser	keine Geschwister
a) Auskommen mit Geschwistern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Auskommen mit anderen Kindern/ Jugendlichen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
c) Verhalten gegenüber den Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
d) Selbstbeschäftigung: Spiel und Arbeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	

VII. 1) Für über 6jährige: Beurteilung der schulischen Leistungen.

Falls Ihr Sohn/Ihre Tochter nicht unterrichtet wird, geben Sie bitte den Grund an:

\_\_\_\_\_

	mangelhaft	unter- durchschnittlich	durch- schnittlich	überdurch- schnittlich
a) Sprachlicher Bereich (Lesen, Schreiben, Deutsch)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Geschichte oder Sozial-, Gemeinschaftskunde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Rechnen/Mathematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Naturwissenschaften	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

Andere Leistungen/Fähigkeiten, z.B. Computerkurse, Fremdsprachen, Wirtschaft. Nicht berücksichtigt werden: Gymnastik, Autofahren, Kauf und Verkauf.

	mangelhaft	unter- durchschnittlich	durch- schnittlich	überdurch- schnittlich
e) _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
f) _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
g) _____	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

2) Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter in einer speziellen Klasse oder in einer speziellen Schule?

<sub>0</sub> nein                      <sub>1</sub> ja, welche Klasse/Schule? \_\_\_\_\_

3) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine Klasse wiederholt?

<sub>0</sub> nein      <sub>1</sub> ja, welche Klasse/aus welchem Grund? \_\_\_\_\_

---

4) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter irgendwelche Leistungsprobleme oder andere Probleme in der Schule?

<sub>0</sub> nein      <sub>1</sub> ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

Wann begannen diese Probleme? \_\_\_\_\_

Bestehen die Probleme noch?

<sub>1</sub> ja      <sub>0</sub> nein, wann haben sie aufgehört? \_\_\_\_\_

---

Leidet Ihr Sohn/Ihre Tochter an einer Krankheit, an einem körperlichen Gebrechen oder an einer geistigen/psychischen Behinderung?

<sub>0</sub> nein

<sub>1</sub> ja, bitte beschreiben \_\_\_\_\_

---

Über was machen Sie sich bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter am meisten Sorgen?

---

Beschreiben Sie bitte die besten Seiten/Merkmale Ihres Sohnes/Ihrer Tochter:

Sie finden im folgenden eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, die auf Kinder und Jugendliche zutreffen können. Prüfen Sie bitte bei jeder Aussage, ob sie auf Ihren Sohn/Ihre Tochter **jetzt** oder innerhalb der **letzten 6 Monate** zutrifft.

Wenn das Verhalten Ihren Sohn/Ihre Tochter ziemlich genau kennzeichnet oder häufig auftritt, kreuzen Sie bitte die 2 an. Wenn die Aussage etwas oder manchmal zutrifft, kreuzen Sie bitte die 1 an. Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter das Verhalten nicht zeigt (nicht zutreffend), so kreuzen Sie bitte die 0 an.

**0 = nicht zutreffend**

**1 = etwas/manchmal**

**2 = genau/häufig**

- |   |   |   |  |   |   |
|---|---|---|--|---|---|
| 1. Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter ..... 0  | 1 | 2 | 37. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien ..... 0   | 1 | 2 |
| 2. Leidet unter einer Allergie ..... 0  | 1 | 2 | 38. Wird gehänselt ..... 0   | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: _____  |   |   | 39. Hat Umgang mit Jungen/Mädchen, die Probleme oder Scherereien bereiten ..... 0              | 1 | 2 |
| 3. Streitet sich, widerspricht ..... 0  | 1 | 2 | 40. Hört etwas, das nicht da ist ..... 0   | 1 | 2 |
| 4. Leidet unter Asthma ..... 0  | 1 | 2 | Bitte beschreiben: _____   |   |   |
| 5. Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen ..... 0   | 1 | 2 | 41. Handelt ohne zu überlegen, ist impulsiv ..... 0  | 1 | 2 |
| Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge ..... 0   | 1 | 2 | 42. Möchte lieber allein sein als mit anderen zusammen ..... 0                                 | 1 | 2 |
| 6. Kotet ein ..... 0  | 1 | 2 | 43. Lügt, schwindelt oder betrügt ..... 0  | 1 | 2 |
| 7. Gibt an, schneidet auf (prahlt) ..... 0  | 1 | 2 | 44. Kaut an den Fingernägeln ..... 0   | 1 | 2 |
| 8. Kann sich nicht konzentrieren, begrenzte Aufmerksamkeit ..... 0                            | 1 | 2 | 45. Ist nervös, reizbar oder gespannt ..... 0  | 1 | 2 |
| 9. Kommt von bestimmten Gedanken nicht los ..... 0  | 1 | 2 | 46. Leidet unter Zuckungen (Tics) oder nervösen Bewegungen ..... 0                             | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: _____  |   |   | Bitte beschreiben: _____   |   |   |
| 10. Kann nicht still sitzen, ist zappelig, zu aktiv ..... 0                                   | 1 | 2 | 47. Hat Alpträume ..... 0  | 1 | 2 |
| 11. Ist für sein/ihr Alter zu abhängig von Erwachsenen ..... 0                                | 1 | 2 | 48. Ist bei anderen (Kindern/Jugendlichen) nicht beliebt ..... 0                               | 1 | 2 |
| 12. Beklagt sich über Alleinsein, fühlt sich einsam .. 0                                      | 1 | 2 | 49. Leidet an Verstopfung, hat keinen Stuhlgang ... 0  | 1 | 2 |
| 13. Ist verwirrt oder zerstreut ..... 0   | 1 | 2 | 50. Ist zu furchtsam oder ängstlich ..... 0  | 1 | 2 |
| 14. Weint viel ..... 0  | 1 | 2 | 51. Klagt über Schwindel ..... 0   | 1 | 2 |
| 15. Ist grausam zu Tieren ..... 0   | 1 | 2 | 52. Hat starke Schuldgefühle ..... 0   | 1 | 2 |
| 16. Ist gemein, rücksichtslos, schüchtert andere ein ..... 0                                  | 1 | 2 | 53. Ißt zuviel ..... 0   | 1 | 2 |
| 17. Hat Tagträume, ist gedankenverloren ..... 0   | 1 | 2 | 54. Ist übermüdet ..... 0  | 1 | 2 |
| 18. Hat sich absichtlich verletzt oder Selbstmord versucht ..... 0                            | 1 | 2 | 55. Hat Übergewicht ..... 0  | 1 | 2 |
| 19. Fordert viel Aufmerksamkeit und Beachtung ..... 0   | 1 | 2 | 56. Körperliche Beschwerden ohne bekannte medizinische Ursache (der Arzt hat nichts gefunden): |   |   |
| 20. Macht seine/ihre Sachen kaputt ..... 0  | 1 | 2 | a) Schmerzen ..... 0   | 1 | 2 |
| 21. Macht Sachen kaputt, die anderen gehören ..... 0  | 1 | 2 | b) Kopfweg ..... 0   | 1 | 2 |
| 22. Ist zu Hause/den Eltern gegenüber ungehorsam ..... 0                                      | 1 | 2 | c) Übelkeit, Unwohlsein ..... 0  | 1 | 2 |
| 23. Ist in der Schule ungehorsam ..... 0  | 1 | 2 | d) Augenbeschwerden. Bitte beschreiben: ____ 0   | 1 | 2 |
| 24. Ißt schlecht ..... 0  | 1 | 2 | _____  |   |   |
| 25. Kommt mit anderen im gleichen Alter nicht aus ..... 0                                     | 1 | 2 | e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme.. 0   | 1 | 2 |
| 26. Fühlt sich nicht schuldig, wenn er/sie etwas Unerlaubtes getan hat ..... 0                | 1 | 2 | f) Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe ..... 0  | 1 | 2 |
| 27. Wird leicht eifersüchtig ..... 0  | 1 | 2 | g) Erbrechen, Würgen ..... 0   | 1 | 2 |
| 28. Ißt oder trinkt Dinge, die ungenießbar sind ..... 0                                       | 1 | 2 | h) andere Beschwerden. Bitte beschreiben: ____ 0   | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: _____  |   |   | _____  |   |   |
| 29. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen) .... 0 | 1 | 2 | 57. Greift andere körperlich an ..... 0  | 1 | 2 |
| Bitte beschreiben: _____  |   |   | 58. Bohrt in der Nase, pupft an der Haut oder anderen Körperstellen ..... 0                    | 1 | 2 |
| 30. Hat Angst zur Schule zu gehen ..... 0   | 1 | 2 | Bitte beschreiben: _____   |   |   |
| 31. Befürchtet, er/sie könnte etwas Schlimmes denken oer tun ..... 0                          | 1 | 2 | 59. Spielt in der Öffentlichkeit an den Geschlechtsteilen ..... 0                              | 1 | 2 |
| 32. Glaubte, perfekt sein zu müssen ..... 0   | 1 | 2 | 60. Spielt zuviel an seinen/ihren Geschlechtsteilen . 0  | 1 | 2 |
| 33. Fühlt oder sagt, daß niemand ihm/sie mag ..... 0  | 1 | 2 | 61. Ist schlecht in der Schule ..... 0   | 1 | 2 |
| 34. Glaubte, andere wollten ihm/ihr etwas antun ..... 0                                       | 1 | 2 | 62. Ist körperlich unbeholfen oder schwerfällig ..... 0  | 1 | 2 |
| 35. Fühlt sich wertlos oder unterlegen ..... 0  | 1 | 2 | 63. Ist lieber mit Älteren als mit Gleichaltrigen zusammen ..... 0                             | 1 | 2 |
| 36. Zieht sich ungewollt Verletzungen zu, neigt zu Unfällen ..... 0                           | 1 | 2 | 64. Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen ..... 0                            | 1 | 2 |
|   |   |   | 65. Will nicht reden ..... 0   | 1 | 2 |
|   |   |   | 66. Wiederholt bestimmte Handlungen immer  |   |   |

- wieder (wie unter Zwang) ..... 0 1 2
67. Ist von zuhause weggelaufen ..... 0 1 2
68. Schreit laut, kreischt ..... 0 1 2
69. Ist verschlossen, behält Dinge für sich ..... 0 1 2
70. Sieht Dinge, die nicht da sind ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
71. Ist befangen oder wird leicht verlegen ..... 0 1 2
72. Zündelt gern bzw. hat schon etwas angesteckt .. 0 1 2
73. Hat sexuelle Probleme ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
74. Produziert sich gern, kaspert herum, macht Faxen ..... 0 1 2
75. Ist schüchtern oder zaghaft/ängstlich ..... 0 1 2
76. Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen .. 0 1 2
77. Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen. Bitte genauer ..... 0 1 2  
beschreiben: \_\_\_\_\_
78. Schmiert oder spielt mit Kot ..... 0 1 2
79. Hat Probleme mit dem Sprechen ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
80. Starrt ins Leere oder vor sich hin ..... 0 1 2
81. Hat zu Hause gestohlen ..... 0 1 2
82. Hat anderswo (nicht zu Hause) gestohlen ..... 0 1 2
83. Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
84. Verhält sich eigenartig ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
85. Hat seltsame Gedanken/Ideen ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
86. Ist eigensinnig, mürrisch oder dickköpfig ..... 0 1 2
87. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel ..... 0 1 2
88. Schmolzt, ist leicht eingeschnappt/beleidigt ..... 0 1 2
89. Ist mißtrauisch ..... 0 1 2
90. Flucht oder gebraucht schmutzige Ausdrücke .. 0 1 2
91. Hat schon davon gesprochen sich umzubringen ..... 0 1 2
92. Redet oder wandelt im Schlaf ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
93. Redet zuviel ..... 0 1 2
94. Hänzelt andere gern ..... 0 1 2
95. Hat Wutausbrüche, wird leicht jähzornig/reizbar ..... 0 1 2
96. Denkt zuviel an Sex ..... 0 1 2
97. Bedroht andere/will sie verletzen ..... 0 1 2
98. Lutscht am Daumen ..... 0 1 2
99. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht ..... 0 1 2

100. Hat Schlafstörungen ..... 0 1 2  
Bitte beschreiben: \_\_\_\_\_
101. Schwänzt die Schule (auch einzelne Unterrichtsstunden) ..... 0 1 2
102. Hat nicht genug Energie, ist zu langsam oder träge ..... 0 1 2
103. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen ..... 0 1 2
104. Ist ungewöhnlich laut ..... 0 1 2
105. Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente ..... 0 1 2
106. Richtet mutwillig Zerstörungen an ..... 0 1 2
107. Näßt tagsüber ein ..... 0 1 2
108. Näßt im Bett ein ..... 0 1 2
109. Jammert und quengelt ..... 0 1 2
110. Möchte gern vom anderen Geschlecht sein .... 0 1 2
111. Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf ..... 0 1 2
112. Macht sich Sorgen ..... 0 1 2
113. Bitte beschreiben Sie hier die Probleme Ihres Sohnes/Ihrer Tochter, die bisher noch nicht erwähnt wurden:  
..... 0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
..... 0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
..... 0 1 2  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte überprüfen Sie nochmal, ob sie alle Fragen beantwortet haben.**

# ILK-Rating Eltern (Klinik)

Name des Kindes:

Heutiges Datum:

Der Bogen wurde ausgefüllt von:

Vater

Mutter

Sonstige\*

\* Sonstige sind z.B. Betreuer oder Erzieher

Name des/der Ausfüllenden:

Wir haben die Bitte, dass Sie uns einige Fragen darüber beantworten, wie Sie die Situation Ihres Kindes einschätzen. Bei der Einschätzung ist das Alter Ihres Kindes zu berücksichtigen: **Wie geht es Ihrem Kind in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen?** Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche**. Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

- |   |   |   |  |  |  |
|---|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?                                  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kindern in der Freizeit aus?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 5. Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 6. Wie schätzen Sie den „nervlichen“ und seelischen Zustand Ihres Kindes ein? Ist Ihr Kind meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 7. Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zur Zeit insgesamt?   | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

Bitte wenden!



**Zusatzfragen:**

8. Wie stark ist Ihr Kind durch die **Probleme (bzw. die Erkrankung)**, die Sie zu uns geführt haben, beeinträchtigt oder belastet? überhaupt nicht belastet wenig belastet mäßig belastet stark belastet sehr stark belastet  
<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>
9. Wie stark ist Ihr Kind durch **die Untersuchung oder Behandlung** bei uns belastet oder beeinträchtigt? (*Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.*) überhaupt nicht belastet wenig belastet mäßig belastet stark belastet sehr stark belastet  
<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>

Damit wir Ihrem Kind helfen können, ist es für uns wichtig, zu wissen, wie **Sie selbst** die Probleme/Erkrankung Ihres Kindes verkraften und ob die Untersuchung(en) oder Behandlung(en) für Sie selbst eine Belastung darstellen. Deshalb die folgenden Fragen:

10. Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die **Probleme (bzw. Erkrankung)** Ihres Kindes innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet oder beeinträchtigt? überhaupt nicht belastet wenig belastet mäßig belastet stark belastet sehr stark belastet  
<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>
11. Wie stark fühlen Sie sich selbst innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) durch die **Untersuchung oder Behandlung** Ihres Kindes bei uns belastet oder beeinträchtigt? (*Beispiele: Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.*) überhaupt nicht belastet wenig belastet mäßig belastet stark belastet sehr stark belastet  
<sub>1</sub>                      <sub>2</sub>                      <sub>3</sub>                      <sub>4</sub>                      <sub>5</sub>

**Zeitverteilung:**

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stellen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **typischen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor.

- ..... beim <b>Schlafen</b>	Ca.                      Stunden
- .....in der <b>Schule</b>	Ca.                      Stunden
- ..... bei den <b>Hausaufgaben</b> (alleine oder mit anderen)	Ca.                      Stunden
- .....mit den <b>Eltern und Geschwistern</b> (Essen, Unterhalten, Spielen usw.)	Ca.                      Stunden
- .....mit <b>Freunden, der Freundin / dem Freund</b> in der Freizeit (z. B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“)	Ca.                      Stunden
- ..... <b>alleine</b> (z. B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)	Ca.                      Stunden

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



# ILK-Rating Jugendliche (Klinik)

Dein Name: \_\_\_\_\_

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

Wir haben die Bitte, dass du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie du deine Situation einschätzt. Denke dabei **hauptsächlich an die letzte Woche** und kreuze in jeder Zeile ein Kästchen an.

- |  |   |   |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| 1. Wie kommst du mit den schulischen Anforderungen zurecht ?   | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 2. Wie ist deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwister) ?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 3. Wie kommst du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus ?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 4. Wie kannst du dich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten) ?  | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 5. Wie schätzt du deine körperliche Gesundheit ein ?   | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 6. Wie schätzt du deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune) ? Bist du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf? | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 7. Wenn du alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es dir zur Zeit insgesamt ?   | sehr gut<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | eher gut<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | teils teils<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | eher schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr schlecht<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

## Zusatzfragen:

- |  |   |   |   |   |  |
|--|---|---|---|---|--|
| 8. Wie stark fühlst du dich durch die <b>Probleme (oder die Krankheit)</b> , wegen denen du zu uns gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet ?   | überhaupt nicht belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | wenig belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | mäßig belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | stark belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr stark belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |
| 9. Wie stark fühlst du dich durch die <b>Untersuchung oder Behandlung</b> bei uns belastet oder beeinträchtigt? ( <i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in unserer Praxis bzw. Klinik, durch stationären Aufenthalt, Medikamente usw.) | überhaupt nicht belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | wenig belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | mäßig belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | stark belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | sehr stark belastet<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> |

**Bitte wenden !**



## Zeitverteilung:

Ein Tag hat 24 Stunden. Wie viele Stunden verbringst du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten? Stelle dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **ganz normalen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor .

- ... beim **Schlafen**  Stunden
- ... in der **Schule**  Stunden
- ...bei den **Hausaufgaben** (alleine oder mit anderen)  Stunden
- ... mit den **Eltern und Geschwistern** (Essen, Unterhalten, Spielen usw.)  Stunden
- ... mit **Freunden, der Freundin / dem Freund** in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“)  Stunden
- ... **alleine** (z.B. alleine im Zimmer, Spiele, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)  Stunden

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für deine Mitarbeit !**



# ILK-Rating Kinder (Klinik)

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: w ➤ m ➤

Geboren am:

		19
--	--	----

Heutiges Datum:

		20
--	--	----

Alter:

--	--

Jahre Monate

Guck mal hier:  
Hier haben wir 5 Gesichter, jedes schaut anders.

Wie geht es wohl denen?



Und jetzt habe ich ein paar Fragen an dich, wie **du** dich fühlst  
und wie **du** mit allen möglichen Dingen klar kommst, o.k.?  
Denke dabei daran, wie es in der **letzten Woche** war.



## Schule

In der Schule gibt es ja viele Fächer, in denen man viel lernen muss, Schreiben, Rechnen und so weiter. Wie schaffst du das? Wie kommst du damit klar?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

## Familie

Jetzt etwas ganz anderes: Wie verträgst du dich mit deiner Mutter, deinem Vater und deinen Geschwistern und wie sind die zu dir? Wie kommst du in deiner Familie klar?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

## Andere Kinder

Jetzt wieder was anderes: Wenn du mit anderen Kindern was machst. Wie sind die anderen Kinder zu dir und wie verträgst du dich mit anderen Kindern?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

## Alleine

Und jetzt nochmal was ganz anderes: Wenn du für dich alleine bist und zum Beispiel alleine spielst oder was anderes machst, wie fühlst du dich dann?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht



## Gesundheit

Und wieder was ganz anderes:  
Bist du zur Zeit körperlich fit und  
gesund oder fühlst du dich krank?  
Wie ist also deine Gesundheit?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

## Nerven / Laune

Und nochmal was anderes:  
Bist du meistens ärgerlich, traurig  
und so weiter, also nicht so gut drauf  
oder bist du meistens gut drauf? Wie  
sind also deine Nerven und deine  
Laune?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

\*\*\*

## Alles zusammen

Nehmen wir nun alle Fragen, die ich  
dir gestellt habe zusammen. Also,  
zusammengenommen, wie geht es  
dir?



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht



## Probleme

Und die Probleme (bzw. Krankheit), wegen denen du jetzt hier bist, z.B.:



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

Sind die Probleme (Krankheit) ganz schlimm, dass es dir schlecht geht („schlecht-Gesichter“), oder geht es dir trotzdem gut („gut-Gesichter“) oder irgendwo dazwischen ?

## Untersuchung / Behandlung

Und alles was hier so geschieht, z.B.:



sehr  
gut



eher  
gut



teils  
teils



eher  
schlecht



sehr  
schlecht

Die ganzen Untersuchungen und die Behandlung und alles was damit zusammenhängt: Ist das anstrengend oder nervt dich das und ist das schlecht für dich oder findest du das gut? Wie ist das für dich, wie findest du das?

Möchtest du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst du das hier machen:

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für deine Mitarbeit!**



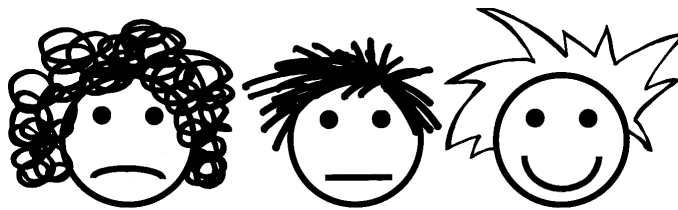
## kjp-Qualitätsprojekt

Universität Marburg ✓ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters  
Hans-Sachs- Str. 4-6 ✓ 35039 Marburg ✓ Tel: 06421/ 28-63118

# kjp-Qualität

## Fragebogen für Eltern

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Sie  
und auf Ihr Kind \_\_\_\_\_  
Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus.  
Nehmen Sie sich am Besten gleich etwas Zeit.  
Antworten Sie ganz spontan.



**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Zunächst möchten wir Sie bitten, uns einige Fragen darüber zu beantworten, wie Sie die Situation Ihres Kindes einschätzen. Bei der Einschätzung ist das Alter Ihres Kindes zu berücksichtigen: **Wie geht es Ihrem Kind in den verschiedenen Bereichen im Vergleich zu Gleichaltrigen?** Denken Sie bitte bei der Beantwortung der Fragen **hauptsächlich an die letzte Woche**. Kreuzen Sie bitte in jeder Zeile ein Kästchen an.

1. Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu Ihnen und zu den anderen Familienmitgliedern (Erwachsene und Kinder)?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Wie kommt Ihr Kind mit anderen Kinder in der Freizeit aus?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Wie kann Ihr Kind sich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten)?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Wie schätzen Sie die körperliche Gesundheit Ihres Kindes ein?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Wie schätzen Sie den „nervlichen“ und seelischen Zustand Ihres Kindes ein?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Wenn Sie nun diese Fragen zusammenfassen: Wie geht es Ihrem Kind zur Zeit insgesamt?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Wie stark ist Ihr Kind durch die Probleme (bzw. die Erkrankung), die Sie in die Praxis geführt haben, beeinträchtigt oder belastet?	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Wie stark ist Ihr Kind durch die Untersuchung oder Behandlung in der Praxis belastet oder beeinträchtigt? ( <i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.)	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Wir wollen nun auch gerne wissen, wie Sie selbst die Probleme/Erkrankung Ihres Kindes verkraften und ob die Untersuchung(en) oder Behandlung(en) für Sie selbst eine Belastung darstellen. Deshalb die folgenden Fragen:

10. Wie stark fühlen Sie sich selbst durch die Probleme (bzw. Erkrankung) Ihres Kindes innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) belastet oder beeinträchtigt?	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Wie stark fühlen Sie sich selbst innerlich (seelisch) und/oder äußerlich (z.B. organisatorisch) durch die Untersuchung oder Behandlung Ihres Kindes belastet oder beeinträchtigt? ( <i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.)	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Zeitverteilung

Ein Tag hat 24 Stunden. **Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind pro Tag mit den folgenden Aktivitäten?**  
Stellen Sie sich bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **typischen Schultag (z.B. Montag oder Dienstag)** vor.

• ... beim <b>Schlafen</b>	ca.	Stunden
• ... in der <b>Schule</b>	ca.	Stunden
• ...bei den <b>Hausaufgaben</b> (alleine oder mit anderen)	ca.	Stunden
• ... mit den <b>Eltern und Geschwistern</b> (Essen, Unterhalten, Spielen etc.)	ca.	Stunden
• ... mit <b>Freunden</b> in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“)	ca.	Stunden
• ... <b>alleine</b> (z.B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)	ca.	Stunden

Führen Sie bitte im Folgenden Dinge auf, die Ihr Sohn/Ihre Tochter gerne macht und bewerten Sie die Aktivitäten jeweils im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen.

I. Führen Sie bitte die Sportarten auf, die Ihr Sohn/Ihre Tochter am liebsten ausübt, z.B. Schwimmen, Fahrrad fahren, Fischen, Fußball, Federball, Skateboard-Fahren usw.:

	<input type="checkbox"/> keine	Wie viel Zeit verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter damit im Vergleich zu Gleichaltrigen ?				Wie gut ist Ihr Sohn/Ihre Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen ?			
		weiß nicht	weniger als der Durchschnitt	Durchschnittlich	Überdurchschnittlich	weiß nicht	unterdurchschnittlich	Durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Führen Sie bitte die Hobbies, Beschäftigungen u. Spiele (außer Sport) Ihres Sohnes auf, z.B. Lesen, Briefmarkensammeln, Singen, Klavierspielen, Computerspiele (ausgenommen Fernsehen und Radio hören):

	<input type="checkbox"/> keine	Wie viel Zeit verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter damit im Vergleich zu Gleichaltrigen ?				Wie gut ist Ihr Sohn/Ihre Tochter im Vergleich zu Gleichaltrigen ?			
		weiß nicht	weniger als der Durchschnitt	durchschnittlich	überdurchschnittlich	weiß nicht	unterdurchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Wie viele enge Freunde hat Ihr Sohn/Ihre Tochter? (Geschwister ausgenommen)

1  keine                      2  1                      3  2 oder 3                      4  4 oder mehr

IV. Beurteilung des Verhaltens Ihres Sohnes/Ihrer Tochter Ihres Sohnes im Vergleich zu Gleichaltrigen

	schlechter	durchschnittlich	besser	keine Geschwister
a) Auskommen mit Geschwistern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Auskommen mit anderen Kindern/Jugendlichen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
c) Verhalten gegenüber den Eltern	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	
d) Selbstbeschäftigung: Spiel und Arbeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	

V. 1.) Beurteilung der schulischen Leistungen.

Falls Ihr Sohn/Ihre Tochter nicht unterrichtet wird, geben Sie bitte den Grund an:

\_\_\_\_\_

	mangelhaft	unter-durchschnittlich	durchschnittlich	überdurchschnittlich
a) Sprachlicher Bereich (Lesen, Schreiben, Deutsch)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
b) Geschichte oder Sozial-, Gemeinschaftskunde	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
c) Rechnen/Mathematik	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
d) Naturwissenschaften	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

2) Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter in einer speziellen Klasse oder in einer speziellen Schule?

0  nein                      1  ja, welche Klasse/Schule?

\_\_\_\_\_

3) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine Klasse wiederholt?

0  nein                      1  ja, welche Klasse/aus welchem Grund?

\_\_\_\_\_

4) Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter irgendwelche Leistungsprobleme oder andere Probleme in der Schule?

0  nein                      1  ja, bitte beschreiben:

\_\_\_\_\_

Sie finden im Folgenden eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, die auf Kinder und Jugendliche zutreffen können. **Prüfen Sie bitte bei jeder Aussage, ob sie auf Ihren Sohn/Ihre Tochter jetzt oder innerhalb der letzten 3 Monate zutrifft.**

Wenn die Aussage das Verhalten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter ziemlich genau kennzeichnet oder häufig auftritt, kreuzen Sie bitte die 2 an. Wenn die Aussage etwas oder manchmal zutrifft, kreuzen Sie bitte die 1 an. Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter das Verhalten nicht zeigt (nicht zutreffend), so kreuzen Sie bitte die 0 an.

0 = nicht zutreffend

1 = etwas/manchmal

2 = genau/häufig

1.	Verhält sich zu jung für sein/ihr Alter	0	1	2
2.	Leidet unter einer Allergie	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
3.	Streitet sich, widerspricht	0	1	2
4.	Leidet unter Asthma	0	1	2
5.	Bei Jungen: verhält sich wie ein Mädchen	0	1	2
	Bei Mädchen: verhält sich wie ein Junge	0	1	2
6.	Kotet ein	0	1	2
7.	Gibt an, schneidet auf (prahlt)	0	1	2
8.	Kann sich nicht konzentrieren, begrenzte Aufmerksamkeit	0	1	2
9.	Kommt von bestimmten Gedanken nicht los	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
10.	Kann nicht still sitzen, ist zappelig, zu aktiv	0	1	2
11.	Ist für sein/ihr Alter zu abhängig von Erwachsenen	0	1	2
12.	Beklagt sich über Alleinsein, fühlt sich einsam	0	1	2
13.	Ist verwirrt oder zerstreut	0	1	2
14.	Weint viel	0	1	2
15.	Ist grausam zu Tieren	0	1	2
16.	Ist gemein, rücksichtslos, schüchtert andere ein	0	1	2
17.	Hat Tagträume, ist gedankenverloren	0	1	2
18.	Hat sich absichtlich verletzt oder Selbstmord versucht	0	1	2
19.	Fordert viel Aufmerksamkeit und Beachtung	0	1	2
20.	Macht seine/ihre Sachen kaputt	0	1	2
21.	Macht Sachen kaputt, die anderen gehören	0	1	2
22.	Ist zu Hause/den Eltern gegenüber ungehorsam	0	1	2
23.	Ist in der Schule ungehorsam	0	1	2
24.	Isst schlecht	0	1	2
25.	Kommt mit anderen im gleichen Alter nicht aus	0	1	2
26.	Fühlt sich nicht schuldig, wenn er/sie etwas Unerlaubtes getan hat	0	1	2
27.	Wird leicht eifersüchtig	0	1	2
28.	Isst oder trinkt Dinge, die ungenießbar sind	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
29.	Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Schule ausgenommen)	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
30.	Hat Angst zur Schule zu gehen	0	1	2
31.	Befürchtet, er/sie könnte etwas Schlimmes denken oder tun	0	1	2
32.	Glaubt, perfekt sein zu müssen	0	1	2
33.	Fühlt oder sagt, daß niemand ihn/sie mag	0	1	2
34.	Glaubt, andere wollten ihm/ihr etwas antun	0	1	2
35.	Fühlt sich wertlos oder unterlegen	0	1	2

36.	Zieht sich ungewollt Verletzungen zu, neigt zu Unfällen	0	1	2
37.	Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien	0	1	2
38.	Wird gehänselt	0	1	2
39.	Hat Umgang mit Jungen/Mädchen, die Probleme oder Scherereien bereiten	0	1	2
40.	Hört etwas, das nicht da ist	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
41.	Handelt ohne zu überlegen, ist impulsiv	0	1	2
42.	Möchte lieber allein sein als mit anderen zusammen	0	1	2
43.	Lügt, schwindelt oder betrügt	0	1	2
44.	Kaut an den Fingernägeln	0	1	2
45.	Ist nervös, reizbar oder gespannt	0	1	2
46.	Leidet unter Zuckungen (Tics) oder nervösen Bewegungen	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
47.	Hat Alpträume	0	1	2
48.	Ist bei anderen (Kindern/Jugendlichen) nicht beliebt	0	1	2
49.	Leidet an Verstopfung, hat keinen Stuhlgang	0	1	2
50.	Ist zu furchtsam oder ängstlich	0	1	2
51.	Klagt über Schwindel	0	1	2
52.	Hat starke Schuldgefühle	0	1	2
53.	Isst zuviel	0	1	2
54.	Ist übermüdet	0	1	2
55.	Hat Übergewicht	0	1	2
56.	Körperliche Beschwerden ohne bekannte medizinische Ursache (der Arzt hat nichts gefunden):	0	1	2
	a) Schmerzen	0	1	2
	b) Kopfweg	0	1	2
	c) Übelkeit, Unwohlsein	0	1	2
	d) Augenbeschwerden.	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
	e) Hautausschläge oder andere Hautprobleme	0	1	2
	f) Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe	0	1	2
	g) Erbrechen, Würgen	0	1	2
	h) andere Beschwerden.	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
57.	Greift andere körperlich an	0	1	2
58.	Bohrt in der Nase, zupft an der Haut oder anderen Körperstellen	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
59.	Spielt in der Öffentlichkeit an den Geschlechtsteilen	0	1	2
60.	Spielt zuviel an seinen/ihren Geschlechtsteilen	0	1	2

61.	Ist schlecht in der Schule	0	1	2
62.	Ist körperlich unbeholfen oder schwerfällig	0	1	2
63.	Ist lieber mit Älteren als mit Gleichaltrigen zusammen	0	1	2
64.	Ist lieber mit Jüngeren als mit Gleichaltrigen zusammen	0	1	2
65.	Will nicht reden	0	1	2
66.	Wiederholt bestimmte Handlungen immer wieder (wie unter Zwang)	0	1	2
67.	Ist von zuhause weggelaufen	0	1	2
68.	Schreit laut, kreischt	0	1	2
69.	Ist verschlossen, behält Dinge für sich	0	1	2
70.	Sieht Dinge, die nicht da sind	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
71.	Ist befangen oder wird leicht verlegen	0	1	2
72.	Zündelt gern bzw. hat schon etwas angesteckt	0	1	2
73.	Hat sexuelle Probleme	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
74.	Produziert sich gern, kaspert herum, macht Faxen	0	1	2
75.	Ist schüchtern oder zaghaft/ängstlich	0	1	2
76.	Schläft weniger als die meisten Gleichaltrigen	0	1	2
77.	Schläft tagsüber und/oder nachts mehr als die meisten Gleichaltrigen	0	1	2
	Bitte genauer beschreiben:			
78.	Schmiert oder spielt mit Kot	0	1	2
79.	Hat Probleme mit dem Sprechen	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
80.	Starrt ins Leere oder vor sich hin	0	1	2
81.	Hat zu Hause gestohlen	0	1	2
82.	Hat anderswo (nicht zu Hause) gestohlen	0	1	2
83.	Hortet Dinge, die er/sie nicht braucht	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
84.	Verhält sich eigenartig	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
85.	Hat seltsame Gedanken/Ideen	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
86.	Ist eigensinnig, mürrisch oder dickköpfig	0	1	2
87.	Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel	0	1	2
88.	Schmollt, ist leicht eingeschnappt/ beleidigt	0	1	2

89.	Ist misstrauisch	0	1	2
90.	Flucht oder gebraucht schmutzige Ausdrücke	0	1	2
91.	Hat schon davon gesprochen sich umzubringen	0	1	2
92.	Redet oder wandelt im Schlaf	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
93.	Redet zuviel	0	1	2
94.	Hänselt andere gern	0	1	2
95.	Hat Wutausbrüche, wird leicht jähzornig/ reizbar	0	1	2
96.	Denkt zuviel an Sex	0	1	2
97.	Bedroht andere/will sie verletzen	0	1	2
98.	Lutscht am Daumen	0	1	2
99.	Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht	0	1	2
100	Hat Schlafstörungen	0	1	2
	Bitte beschreiben:			
101	Schwänzt die Schule (auch einzelne Unterrichtsstunden)	0	1	2
102	Hat nicht genug Energie, ist zu langsam oder träge	0	1	2
103	Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen	0	1	2
104	Ist ungewöhnlich laut	0	1	2
105	Trinkt Alkohol, nimmt Drogen oder mißbraucht Medikamente	0	1	2
106	Richtet mutwillig Zerstörungen an	0	1	2
107	Nässt tagsüber ein	0	1	2
108	Nässt im Bett ein	0	1	2
109	Jammert und quengelt	0	1	2
110	Möchte gern vom anderen Geschlecht sein	0	1	2
111	Zieht sich zurück, nimmt keinen Kontakt zu anderen auf	0	1	2
112	Macht sich Sorgen	0	1	2
113	Bitte beschreiben Sie hier die Probleme Ihres Sohnes/Ihrer Tochter, die bisher noch nicht erwähnt wurden			
	Bitte beschreiben:	0	1	2
		0	1	2

Wir interessieren uns sehr dafür, wie Sie die **Untersuchung/Behandlung Ihres Kindes in der Praxis** erfahren haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen.

Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese für die Behandlung Ihres Kindes zutreffen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. Beziehen Sie sich dabei auf den **gesamten** Zeitraum der Untersuchung/Behandlung.

**Die Feststellung stimmt:**

- 0** = überhaupt nicht / niemals
- 1** = kaum / selten
- 2** = teilweise / manchmal
- 3** = überwiegend / meistens
- 4** = ganz genau / immer

1. Die Untersuchung/Behandlung in der Praxis war für mein Kind hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Der Arzt/die Ärztin (Therapeut/Therapeutin) hatte Verständnis für unsere Situation.	0	1	2	3	4
3. Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.	0	1	2	3	4
4. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Untersuchung/Therapie.	0	1	2	3	4
5. Ich hatte Vertrauen zu dem/der verantwortlichen Arzt/Ärztin (Therapeut/Therapeutin).	0	1	2	3	4
6. Ich konnte mit dem Arzt/der Ärztin (Therapeut/Therapeutin) offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.	0	1	2	3	4
7. Im Verlaufe der Untersuchung/Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4
8. Ich würde die Praxis Freunden und Bekannten empfehlen.	0	1	2	3	4
9. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Untersuchung/Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4
10. Durch die Gespräche mit dem Arzt/ der Ärztin (Therapeut/Therapeutin) bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	0	1	2	3	4
11. Ich bin mit der Untersuchung/Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Wenn Sie uns noch etwas sagen wollen, nehmen Sie kein Blatt vor den Mund:

---



---



---



---



---

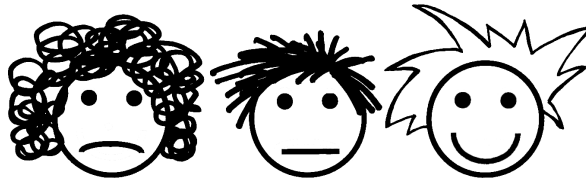




## KJP-Qualitätsprojekt

Universität Marburg ✓ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters  
Hans-Sachs- Str. 4-6 ✓ 35039 Marburg ✓ Tel: 06421/ 28-63118

# kjp-Qualität



## Fragebogen für Jugendliche

Dieser Bogen ist für \_\_\_\_\_

**Danke, dass Du mitmachst!**

**Bevor es losgeht, einige Fragen zu Deiner Person:**

In welche Klasse gehst Du? \_\_\_\_\_ Klasse

Geschlecht?  weiblich  männlich

Wie alt bist Du? \_\_\_\_\_ Jahre



Wir möchten Dich bitten, dass Du uns einige Fragen darüber beantwortest, wie Du Deine Situation einschätzt. Denke dabei **hauptsächlich an die letzte Woche** und **kreuze in jeder Zeile ein Kästchen** an.

1. Wie kommst Du mit den schulischen Anforderungen zurecht ?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Wie ist Deine Beziehung zu den anderen Familienmitgliedern (Eltern, Geschwistern) ?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Wie kommst Du mit anderen Jugendlichen in der Freizeit aus ?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Wie kannst Du dich alleine beschäftigen (Spielen, Interessen, Aktivitäten) ?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Wie schätzt Du Deine körperliche Gesundheit ein?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Wie schätzt Du Deinen „nervlichen“ und seelischen Zustand ein (Gefühle, Nerven, Laune)? Bist Du meistens gut drauf oder meistens nicht so gut drauf?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Wenn Du nun alle diese Fragen zusammenfasst: Wie geht es Dir zur Zeit insgesamt ?	sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	eher gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	teils teils <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	eher schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Wie stark fühlst Du dich durch die <b>Probleme (oder die Krankheit)</b> , wegen denen Du in die Praxis gekommen bist, beeinträchtigt oder belastet ?	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Wie stark fühlst Du dich durch die <b>Untersuchung oder Behandlung</b> in der Praxis belastet oder beeinträchtigt? ( <i>Beispiele:</i> Belastungen durch Termin(e) in der Praxis, Medikamente usw.)	überhaupt nicht belastet <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	wenig belastet <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mäßig belastet <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr stark belastet <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Zeitverteilung

Ein Tag hat 24 Stunden. **Wie viele Stunden verbringst Du pro Tag mit den folgenden Aktivitäten?**

Stelle Dir bitte bei der Beantwortung der Fragen einen **ganz normalen Schultag** (z.B. Montag oder Dienstag) vor.

• ... beim <b>Schlafen</b>	ca.	Stunden
• ... in der <b>Schule</b>	ca.	Stunden
• ...bei den <b>Hausaufgaben</b> (alleine oder mit anderen)	ca.	Stunden
• ... mit den <b>Eltern und Geschwistern</b> (Essen, Unterhalten, Spielen etc.)	ca.	Stunden
• ... mit <b>Freunden</b> in der Freizeit (z.B. Spielen, in einem Verein, sonstige Aktivitäten mit Freunden, „Herumhängen“)	ca.	Stunden
• ... <b>alleine</b> (z.B. alleine im Zimmer, Spielen, Musik hören, am Computer, Fernsehen, Lesen, Hobbys nachgehen)	ca.	Stunden



Es interessiert uns sehr, **wie Du die Untersuchung/Behandlung in der Praxis beurteilst**. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt, die Du im Folgenden beantworten sollst.

Überlege bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit sie Deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Denke dabei an den **gesamten** Zeitraum der Untersuchung/Behandlung in der Praxis.

Wenn eine Feststellung Deiner Meinung nach:

- überhaupt nicht oder niemals stimmt, dann kreuze die 0 an
- kaum oder selten stimmt, dann kreuze die 1 an
- teilweise oder manchmal stimmt, dann kreuze die 2 an
- überwiegend oder meistens stimmt, dann kreuze die 3 an
- ganz genau oder immer stimmt, dann kreuze die 4 an.

**Versuche dabei, Deine Meinung offen und ehrlich zu sagen!**

**Die Feststellung stimmt:**

- 0** = überhaupt nicht / niemals
- 1** = kaum / selten
- 2** = teilweise / manchmal
- 3** = überwiegend / meistens
- 4** = ganz genau / immer

1. Die Untersuchung/Behandlung in der Praxis war für mich hilfreich.	0	1	2	3	4
2. Der Arzt/die Ärztin (Therapeut/Therapeutin) hatte Verständnis für meine Situation.	0	1	2	3	4
3. Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Untersuchung/Therapie.	0	1	2	3	4
4. Ich hatte Vertrauen zu meinem Arzt/meiner Ärztin (Therapeut/Therapeutin).	0	1	2	3	4
5. Ich konnte mit dem Arzt/der Ärztin (Therapeut/Therapeutin) offen über meine Probleme reden.	0	1	2	3	4
6. Ich bin mit der Untersuchung/Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4
7. Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Untersuchung/Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4

**Möchtest Du uns noch etwas mitteilen? Dann kannst Du das hier noch machen:**

---



---



---



---



---



---



---



