Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. G. Lehmkuhl

# Adhärenz und Zufriedenheit der Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) in einem angeleiteten Selbsthilfeprogramm

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde
eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von

Nicole Benien
aus Dormagen

Promoviert am 28. Mai 2014

Gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
2014

# Erklärung

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner
2. Berichterstatterin: Frau Universitätsprofessor Dr. med. S. A. K. Stock

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.
Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich Unterstützungsleistungen von folgenden Personen erhalten:

Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner und Dr. rer. medic. C. Hautmann

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin oder eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.
Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, 30.09.2013 Nicole Benien

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen des Forschungsprojektes „Wirksamkeit angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Alter von 6 bis 12 Jahren (Bibliotherapie) - eine Effectivenessstudie“ unter der Leitung von Universitätsprofessor Dr. sc. hum. M. Döpfner an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln erhoben. In diesem Projekt war ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig und als solche an der Datenerhebung beteiligt.

# Danksagung

Ich danke Herrn Professor Dr. Döpfner für die Möglichkeit der Promotion und Betreuung dieser Arbeit. Ebenso danke ich Herrn Dr. Hautmann für sein Engagement in allen inhaltlichen, statistischen sowie begleitenden Fragen, welche eine große Bereicherung für diese Arbeit waren.

Dem ADHS- und dem FLOH-Team, insbesondere Josepha Katzmann und Julia Krins danke ich für die Vorarbeit.

Hanna Marcus, Yvonne Schön und Dietmar Ungelenk danke ich für die Hilfsbereitschaft und Korrekturarbeiten.

Walter Wißdorf danke ich sehr für die freundliche Hilfestellung rund um das Thema Computer und Programme!

Ganz besonders danke ich Laura Mokros als Kollegin und Freundin für die fachliche wie emotionale Unterstützung, welche ich auch in Zukunft nicht mehr missen möchte.

Ich danke meinem Ehemann Michael für das Mutmachen, Zuhören und Ablenken!

Herzlichst bedanke ich mich bei Annette Bongers, die mich als gute Freundin in allen Lebensphasen und -bereichen unterstützt.

Ich danke meinen Eltern, die mir immer das Gefühl vermitteln, dass ich alles schaffen kann. Ohne deren Förderung und Zuspruch wäre diese Arbeit nie möglich gewesen.

*Für meinen Vater, der mir gemeinsam mit meiner Mutter alles ermöglicht hat*

# Inhaltsverzeichnis


1 Einleitung 1

2 Theoretischer Hintergrund 3
- 2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung . . . 3
  - 2.1.1 Klassifikation . . . 3
  - 2.1.2 Komorbidität . . . 5
  - 2.1.3 Differentialdiagnosen . . . 7
  - 2.1.4 Ätiologie . . . 8
  - 2.1.5 Epidemiologie und Verlauf . . . 9
  - 2.1.6 Interventionen . . . 10
- 2.2 Bibliotherapie - Angeleitete Selbsthilfe . . . 11
  - 2.2.1 Definition und Konzept . . . 13
  - 2.2.2 Ziele und Indikation . . . 14
  - 2.2.3 Wirksamkeit von Bibliotherapie . . . 15
- 2.3 Adhärenz der Eltern . . . 20
  - 2.3.1 Begriffsbestimmung und Modelle von Adhärenz . . . 20
  - 2.3.2 Möglichkeiten zur Verbesserung der Adhärenz . . . 24
  - 2.3.3 Erhebung von Adhärenz . . . 25
  - 2.3.4 Zusammenhang zwischen Adhärenz bei psychosozialen Interventionen und dem Therapieerfolg . . . 26
  - 2.3.5 Zusammenhang zwischen Adhärenz bei Bibliotherapie und dem Therapieerfolg . . . 27
  - 2.3.6 Zusammenhang zwischen soziodemographischen- sowie Symptommerkmalen und der Adhärenz . . . 30
- 2.4 Patientenzufriedenheit . . . 32
  - 2.4.1 Begriffsbestimmung . . . 32
  - 2.4.2 Modelle, Einflussfaktoren und Erhebung von Patientenzufriedenheit . . . 33
  - 2.4.3 Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg . . . 34
  - 2.4.4 Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit Kind- sowie Elternmerkmalen . . . 36

3 Untersuchungsgegenstand und Ziele 39

4 Methodik 41
4.1 Studienbeschreibung . . . 41
4.1.1 Programminhalt . . . 41
4.2 Studiendesign . . . 47
4.3 Rekrutierung der Familien . . . 48
4.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien . . . 49
4.3.2 Flussdiagramm Stichprobengewinnung . . . 49
4.4 Messinstrumente . . . 51
4.4.1 Prä-und Post-Instrumente . . . 52
4.4.2 Verlaufsmessung . . . 54
4.5 Ersetzen von fehlenden Werten . . . 55

5 Ergebnisse 57
5.1 Stichprobenbeschreibung . . . 57
5.2 Fragebogenentwicklung und psychometrische Überprüfung . . . 63
5.2.1 Adhärenz-Skala: Fragebogenentwicklung und psychometrische Überprüfung . . . 63
5.2.2 Reliabilität und Trennschärfe der Adhärenz-Skala . . . 68
5.3 Adhärenz der Eltern . . . 70
5.3.1 Deskription der Eltern-Adhärenz . . . 70
5.3.2 Prädiktion von Eltern-Adhärenz . . . 73
5.3.3 Der Zusammenhang zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende . . . 78
5.3.4 Der Zusammenhang zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion . . . 81
5.4 Elterliche Zufriedenheit mit dem Programm . . . 82
5.4.1 Deskription der elterlichen Zufriedenheit . . . 82
5.4.2 Prädiktion von elterlicher Zufriedenheit . . . 85

6 Diskussion 93
6.1 Interpretation und Relevanz der Ergebnisse . . . 93
6.1.1 Stichprobe der Studie . . . 93
6.1.2 Entwicklung Adhärenz-Skala . . . 95
6.1.3 Adhärenz der teilnehmenden Eltern . . . 96
6.1.4 Zusammenhang zwischen Kind- sowie Elternmerkmalen und der Adhärenz der Eltern . . . 96
6.1.5 Zusammenhang zwischen Adhärenz und dem Therapieerfolg . . . 99
6.1.6 Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern mit dem Programm . . . 100
6.2 Grenzen und Einschränkungen der Studie . . . 104
6.3 Mögliche Perspektiven für zukünftige Forschung . . . 105

7 Zusammenfassung 107

8 Literaturverzeichnis 111

9 Anhang 123
9.1 Abbildungsverzeichnis . . . 123

9.2 Tabellenverzeichnis . . . . . 124
9.3 Fragebögen und Häufigkeiten . . . . . 125
Erhebung der sozidemographischen Merkmale . . . . . 125
Erhebung der sozidemographischen Merkmale . . . . . 127
Erhebung der elterlichen Zufriedenheit . . . . . 143
Anrufdokumentationen der Anrufe 1-14 . . . . . 145
Die Heftdokumentationen der Hefte 1-8 . . . . . 204
Häufigkeiten der Heft-Items sortiert nach Skalen . . . . . 220
Häufigkeiten der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm Items 1-13 . . . 230

10 Lebenslauf 233

# KAPITEL 1

# Einleitung

Die Akzeptanz eines Behandlungsangebotes durch die Betroffenen ist eine nicht zu unterschätzende, jedoch noch nicht ausreichend erforschte Dimension der Versorgungsqualität [48]. Sowohl die Mitarbeit der Betroffenen als auch deren Zufriedenheit werden als zentrale Indikatoren für die Akzeptanz einer Behandlung diskutiert [101].

Die vorliegende Arbeit untersucht die Adhärenz und Zufriedenheit von teilnehmenden Eltern eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms. Hierfür wird zunächst ein Messinstrument zur Erfassung der elterlichen Adhärenz entwickelt und untersucht, was einen entscheidenden Teil der vorliegenden Arbeit darstellt. Anschließend wird der Einfluss von Adhärenz und Zufriedenheit auf den Behandlungserfolg geprüft. Zudem soll ein Beitrag zur Klärung der Frage geleistet werden, welche Faktoren die Adhärenz und die Zufriedenheit der Eltern beeinflussen. Es werden die soziodemographischen Faktoren der Familien, ebenso wie die Symptommerkmale der Kinder untersucht.

Das in der vorliegenden Arbeit vorgestellte Selbsthilfeprogramm richtet sich an Eltern von Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Dies ist eine der häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter und birgt ein deutliches Risiko für eine ungünstige soziale, emotionale und schulische bzw. berufliche Entwicklung. Aufgrund von langen Wartezeiten stehen nicht ausreichend Therapieangebote zur Verfügung, was zu einer chronifizierten Symptomatik bei den Betroffenen und deren Familien führt [26, 104]. Die Bibliotherapie kann eine effektive Alternative und Ergänzung zur klassischen Psychotherapie darstellen [55, 68, 70] und wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

# KAPITEL 2

# Theoretischer Hintergrund

Im Theorieteil werden zentrale Begriffe erläutert sowie der aktuelle Forschungsstand zu den wichtigsten Themen der vorliegenden Arbeit vorstellt. Eingegangen wird auf das Störungsbild der ADHS, die Bibliotherapie als eine mögliche Behandlungsmethode der ADHS sowie die beiden Untersuchungsthemen dieser Arbeit Adhärenz und Zufriedenheit.

## 2.1 Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

In diesem Abschnitt wird die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) vorgestellt. Hierzu werden die Symptommerkmale der ADHS sowie deren Prävalenz und Verlauf geschildert. Differenzielle Diagnosen werden abgegrenzt, komorbide Störungen vorgestellt. Auf die internationalen Richtlinien zur Behandlung einer ADHS wird ebenfalls eingegangen, bevor schließlich zur Behandlungsform der Bibliotherapie übergeleitet wird und deren Konzept und Forschungsstand im nachfolgendem Abschnitt erläutert werden.

### 2.1.1 Klassifikation

Störungen der *Aufmerksamkeit, Impulsivität* und *Hyperaktivität* sind die drei für ADHS charakteristischen Kernsymptome. Der Begriff der „Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung“ orientiert sich stark an diesen Verhaltensauffälligkeiten und hat sich daher international gegenüber dem Begriff der „Hyperkinetischen Störung“, welcher im „International Classification of Diseases (ICD-10)“ [88] Verwendung findet, durchgesetzt [103].

Bei *Aufmerksamkeitsstörungen* werden Aufgaben frühzeitig beendet oder abgebrochen, vor allem bei Tätigkeiten, die einen kognitiven Einsatz verlangen und fremdbestimmt sind, wie beispielsweise bei der Erledigung der Hausaufgaben, beim Lernen oder in Gruppensituationen. Daher vermeiden Betroffene häufig Aufgaben, welche eine erhöhte Anstrengung erfordern [25]. Bei Kindern im Kindergartenalter, aber auch bei jüngeren Schulkindern kann man diese Aufmerksamkeitsproblematik auch bei selbstbestimmten Tätigkeiten beobachten. Sie wechseln dann zum Beispiel in Spielsituationen von einer Tätigkeit zur nächsten.

Damit eng verbunden ist das plötzliche Handeln ohne zu überlegen: die *Impulsivität*. Hierbei folgen die Betroffenen spontan ihrem ersten Handlungsimpuls, ohne die Tätigkeit oder deren Folgen vorher hinreichend durchdacht zu haben. Hinzu kommt die Schwierigkeit der Kinder, Bedürfnisse aufzuschieben und abzuwarten, bis sie an der Reihe sind. Sie unterbrechen Andere auch häufiger und geraten dadurch schneller in Streit [59]. Zudem ist empirisch belegt, dass Kinder und Jugendliche mit hyperkinetischen Störungen ein erhöhtes Risiko für Unfälle, körperliche Verletzungen und Drogenkonsum haben, was auf impulsive Verhaltensweisen zurückgeführt werden kann [104]. Auch das Risiko für Unfälle und traumatische Verletzungen ist bei ADHS-Betroffenen vierfach höher. In Zahnkliniken wurde bei Einweisungen von Kindern aufgrund traumatischer Frakturen der Vorderzähne eine erhöhte Prävalenz von ADHS bei den verunglückten Kindern festgestellt. Es scheint demnach einen Zusammenhang zwischen Hyperaktivität und dem Auftreten schwerer Gesichtsverletzungen zu geben. Bei ADHS-Jugendlichen wurde zudem ein deutlicher Zusammenhang mit dem Auftreten von Verkehrsunfällen festgestellt. Aufgrund eines erhöhten Risikos für rasantes oder unsicheres Fahrverhalten besteht in der Folge das erhöhte Risiko für den Verlust der Fahrerlaubnis, was wiederum weitere delinquente Handlungen nach sich ziehen kann. Die berichteten Zusammenhänge sind begründet durch das Handeln, ohne über die Konsequenzen nachzudenken, geringere motorische Fähigkeiten von ADHS-Betroffenen, das Provozieren von gefährlichen Situationen sowie eine unzureichende Einschätzung von Gefahren [95].

Der Begriff der *Hyperaktivität* beschreibt eine überschießende motorische Aktivität. Besonders in Situationen, die ein hohes Maß an eigener Verhaltenskontrolle erfordern und Ruhe verlangen, können die Betroffenen ihre Aktivität nur mangelhaft regulieren; sie zappeln mit Händen und Füßen, stehen in Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird und laufen oder klettern in Situationen, in denen dies unpassend ist [25, 103].

Das „Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)“ [94] wie auch das ICD-10 beschreiben übereinstimmend, dass die ADHS durch einen frühen Beginn in der Kindheit sowie durch das Auftreten in mindestens zwei Lebensbereichen charakterisiert ist. Demnach muss die beschriebene Symptomatik beispielsweise sowohl von den Eltern zu Hause als auch von den Erzieherinnen im Kindergarten beobachtet werden. Für die Diagnosevergabe muss die Symptomatik mehr als sechs Monate andauern sowie eine Beeinträchtigung der sozialen oder schulischen Funktionsfähigkeit oder aber deutliches Leiden beim Kind verursachen, was sich häufig durch schlechte Noten in der Schule bzw. durch Streitigkeiten mit Eltern oder Gleichaltrigen zeigt [88, 103]. Unterschiede beschreiben die beiden Klassifikationssysteme in der Kombination der Symptomkriterien und der diagnostischen Bezeichnung.
Das DSM-IV spezifiziert drei verschiedene Subtypen: Beim „Mischtyp“ müssen alle drei Symptomkriterien (Aufmerksamkeitsstörungen, Überaktivität und Impulsivität) vorliegen, während beim „vorwiegend unaufmerksamen Typ“ ausschließlich eine deutliche Aufmerksamkeitsstörung vorliegen muss und die Auffälligkeiten im impulsiv-hyperaktiven Bereich nicht oder nur weniger stark ausgeprägt sein können. Der „Vorwiegend hyperaktiv-impulsive Typ“ hingegen zeigt vor allem hyperaktiv-impulsive Symptome und keine oder weniger starke Aufmerksamkeitsstörungen. Bei Personen, beispielsweise bei Erwachsenen oder Jugendlichen, die einen Teil der Symptome zeigen, aber im Verlauf nicht mehr alle Kriterien erfüllen,

spezifiziert das DSM-IV die Diagnose als teilremittiert [25].
Nach den Kriterien des ICD-10 müssen für die Diagnose einer „Einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)“ alle drei Kernsymptome vorliegen. Das ICD-10 beschreibt darüber hinaus eine „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (F90.1)“, bei der zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens vorliegen muss [25].
Beide Klassifikationssysteme beschreiben zudem eine „Restkategorie“ für Personen, bei denen nicht alle Kriterien erfüllt sind und die daher keiner Diagnose eindeutig zugeordnet werden können [25].
Abbildung 2.1 veranschaulicht die Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme graphisch und Abbildung 2.2 zeigt die einzelnen Symptomkriterien der beiden Klassifikationssysteme.

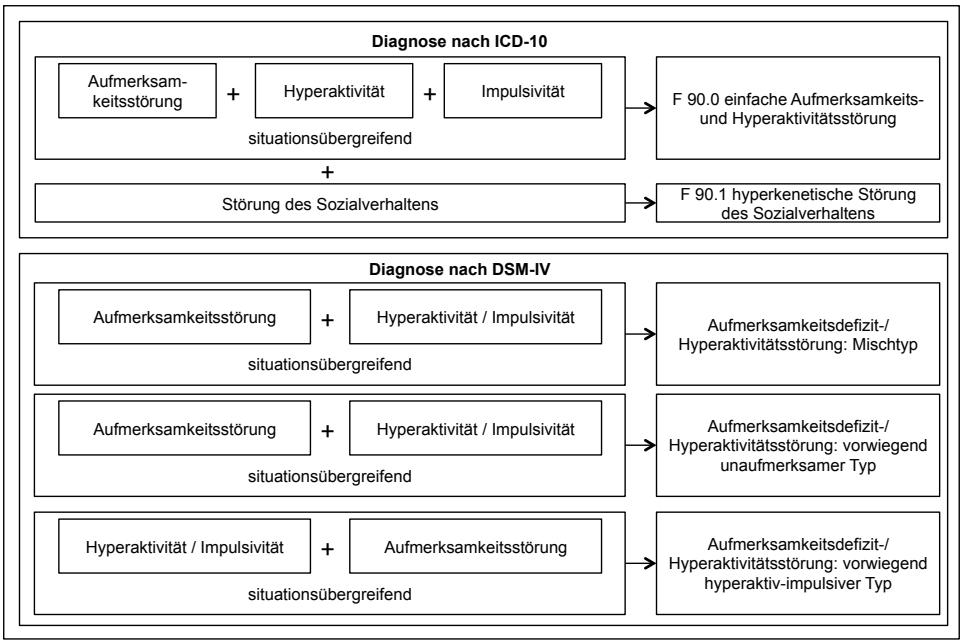



Abbildung 2.1: Diagnostikschaubild nach Döpfner et al. (2008) mit den Kriterien für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung nach ICD-10 und einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung nach DSM-IV

### 2.1.2 Komorbidität

Bis zu zwei Drittel der Kinder mit ADHS weisen neben der Kernsymptomatik komorbide Störungen auf, die ein zusätzliches Risiko für die Entwicklung der Betroffenen darstellen [6]. Hyperaktivität ist natürlich nicht die einzige Ursache für die Entwicklung von Verhaltensstörungen, jedoch lassen Zwillingsstudien vermuten, dass eine hyperkinetische Symptomatik der wesentliche genetische Risikofaktor für die Entwicklung von Verhaltensstörungen ist [105]. Aufgrund der Impulsivität und der Abneigung gegen Fremdbestimmung kommt es bei den Betroffenen häufiger zu Regelverletzungen und schneller zu Konflikten mit Gleichaltrigen sowie Erwachsenen. Daher überrascht es nicht, dass aggressive und dissoziale, al-

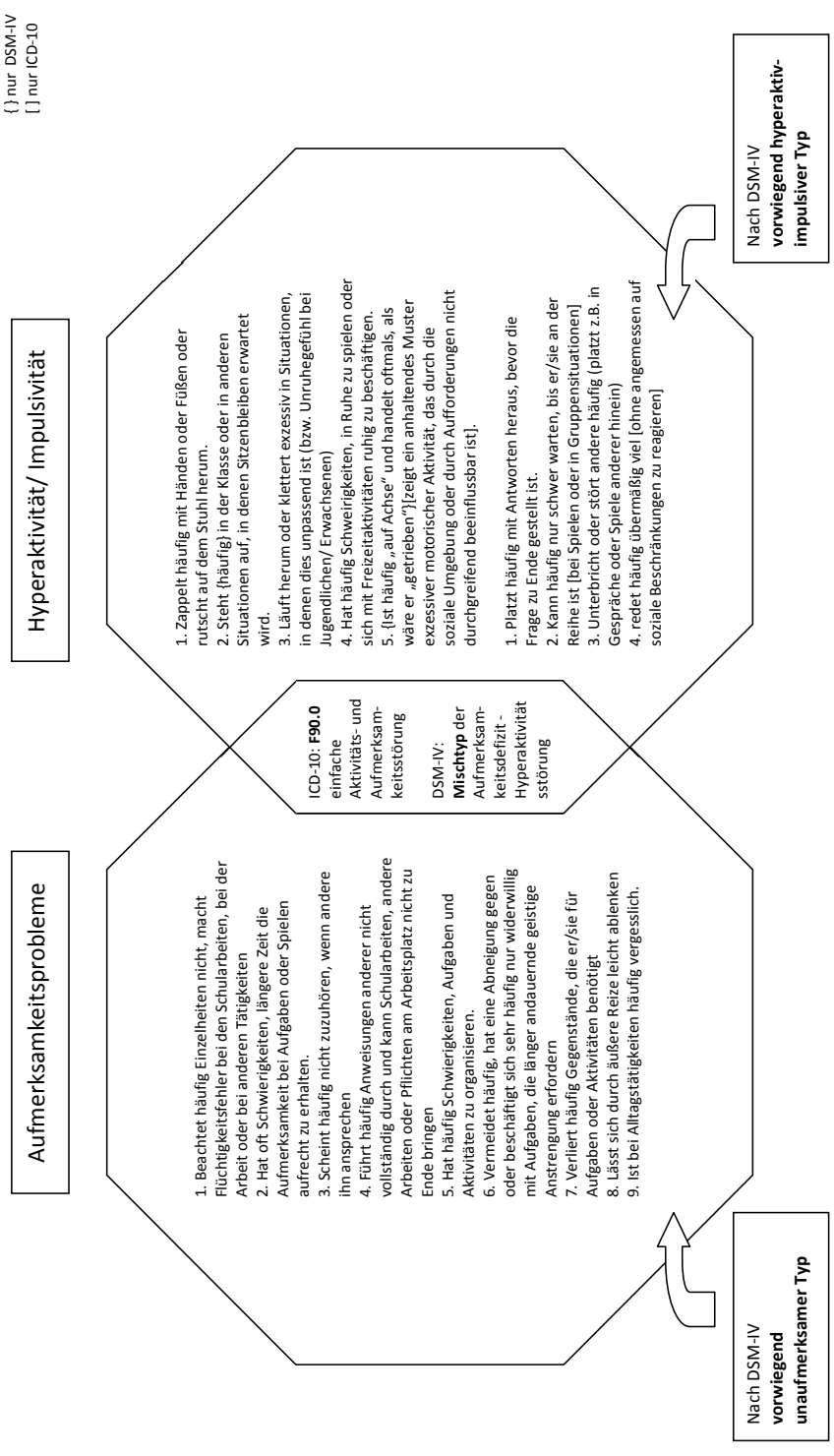



Abbildung 2.2: Die Symptomkriterien nach ICD-10 und DSM-IV nach Mokros (2012)

so externale Verhaltensstörungen häufiger komorbid vertreten sind als internale Störungen wie Angst und Depressivität. 50 % der ADHS-betroffenen Kinder leiden zusätzlich an einer oppositionellen Störung des Sozialverhaltens und 50-60 % der Jugendlichen an einer dissozialen Störung [59].

Depressive Symptome, meist als Folge der ADHS, sind bei 15 bis 20 % der Kinder zu verzeichnen, Angststörungen bei 20 bis 25 %. Umschriebene Lernstörungen findet man bei 10 bis 25 % [25, 109] der Kinder mit ADHS, demnach ist es nachvollziehbar, dass sich bei ihnen häufiger Klassenwiederholungen, Schulverweise oder Schulabbrüche zeigen [55].

Das Risiko für eine spätere Delinquenz, Substanzmissbrauch und die Entwicklung einer Antisozialen Persönlichkeitsstörung ist bei den Betroffenen deutlich erhöht [9, 59, 104].

### 2.1.3 Differentialdiagnosen

Nicht bei allen Kindern mit Aufmerksamkeitsproblemen oder impulsivem Verhalten ist die Vergabe der Diagnose einer ADHS indiziert. Zunächst entspricht es der normalen Entwicklung, dass Kinder jüngeren Alters noch Defizite in der Impulskontrolle oder der Aufmerksamkeitsleistung haben; sie zeigen sich noch motorisch unruhig, wechseln häufiger von einer Tätigkeit zur nächsten und können die Konsequenzen ihres Handels noch nicht absehen. Jedoch sollten sich diese Fähigkeiten mit zunehmendem Alter ausbauen. Daher ist es bei der Vorstellung von Kindern in Praxen oder Kliniken wichtig, das Alter der Kinder bei der Diagnosevergabe zu berücksichtigen.

Hyperkinetische Symptome können sich auch bei einer schulischen Über- oder Unterforderung zeigen, wenn Kinder eine Schule besuchen, welche nicht ihren intellektuellen Fähigkeiten entspricht. Auch bei einer Intelligenzminderung treten Symptome einer Aufmerksamkeitsschwäche auf. Die Diagnose einer ADHS darf nur dann gestellt werden, wenn die Symptomatik deutlich stärker auftritt, als sie allein durch die Intelligenzminderung zu erklären wäre.

Auch chaotische psychosoziale Bedingungen können impulsive Verhaltensweisen oder eine psychomotorische Erregung nach sich ziehen. Im Gegensatz zu Kindern mit einer ADHS sollte sich bei diesen Kindern jedoch zeitnah eine Verminderung der Symptomatik zeigen, wenn die Umgebung der Kinder besser strukturiert wird.

Störungen der Impulskontrolle können mit oppositionellen Verhaltensweisen verwechselt werden, wie sie sich bei Kindern mit einer ausschließlich oppositionellen Verhaltensstörung zeigen. Es muss gründlich exploriert werden, ob Auffälligkeiten bezüglich der Aufmerksamkeitsleistung und der motorischen Aktivität vorliegen, denn oppositionelle Verhaltensweisen können auch Folge einer ADHS sein, da die Kinder häufig Widerstand gegen fremdbestimmte Aufgaben, die eine Anstrengung verlangen, leisten. Die Symptome sind schwer zu unterscheiden.

Konzentrationsstörungen können sich zudem bei affektiven Störungen und Angstörungen zeigen. Hinweise für die Diagnose können der Beginn der Symptomatik nach dem siebten

Lebensjahr oder ein nicht konstanter Verlauf der Symptomatik sein [30].

Natürlich können hyperkinetische Symptome auch auf eine köperliche Ursache zurückzuführen sein.

### 2.1.4 Ätiologie

Im diesem Abschnitt wird ein kurzer Überblick über die Ursachen und Entstehungsbedingungen der ADHS gegeben. Für weitere Informationen siehe zum Beispiel STEINHAUSEN ET AL. [103] oder BANASCHEWSKI ET AL. [6].

Bis heute gibt es keine eindeutige und umfassende Erklärung für die Entstehung der ADHS. Vielmehr wird von einem multifaktoriellen Geschehen ausgegangen, bei dem genetische, neuropsychologische sowie psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen. In vielen empirischen Befunden wird die größte Bedeutung neurobiologischen Faktoren zugeschrieben. Psychosoziale Faktoren hingegen beeinflussen die Ausprägung und Entwicklung der Symptomatik [25, 103].

Zwillingsstudien konnten belegen, dass ADHS zu den psychischen Störungen gehört, die zu einem Großteil durch genetische Faktoren verursacht werden [35]. BANASCHEWSKI ET AL. [6] beschreiben, dass von ADHS betroffene Kinder ca. viermal häufiger Verwandte mit einer ADHS haben als Kinder ohne ADHS. Und Kinder, deren Eltern die Diagnose einer ADHS haben, sind in 50 bis 60 % der Fälle ebenfalls betroffen. Es konnte jedoch noch nicht eindeutig bestimmt werden, welche Gene die hyperkinetische Symptomatik verursachen [35].

Viele Befunde von Studien zu der Entstehung von ADHS deuten auf Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem, vor allem bezüglich der Dopamin- und Serotoninrezeptoren hin, welche zu einer verminderten Leistungsfähigkeit im Bereich der Selbstregulation führen [16, 17, 98, 100]. Mehrere Studien beschreiben einen Zusammenhang zwischen einem geringem Geburtsgewicht und der Entwicklung einer hyperkinetischen Störung. Ebenso erhöht Nikotin- oder Alkoholkonsum während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit einer ADHS beim Kind [6, 69].

Der Verlauf und Schweregrad sowie mögliche Komorbiditäten mit anderen Störungen stehen mit ungünstigen psychosozialen Bedingungen in Zusammenhang. Als Risikofaktoren für die Entstehung einer ADHS werden ein geringer sozialer Status, unvollständige Familien, eine psychische Störung der Mutter, beengte Wohnverhältnisse oder familiäre Konflikte beschrieben. Damit wird eine Interaktion von genetischen Faktoren und psychosozialen Bedingungen deutlich [25, 30, 85, 103].

Ein umfassendes Erklärungsmodell liefert SONUGA-BARKE [100] mit seinem „Dual-Pathway-Modell“, welches auf dem Interaktionsmodel von BARKLEY [7] aufbaut. Neben der mangelnden Fähigkeit, ihr Verhalten ausreichend zu inhibieren, beschreibt das Modell von SONUGA-BARKE [100] die Aversion der Kinder, Bedürfnisse aufzuschieben, als zweite wesentliche Komponente [38].

### 2.1.5 Epidemiologie und Verlauf

Die Prävalenzangaben zur ADHS in unterschiedlichen Studien schwanken beträchtlich. Die Schwankungen sind auf unterschiedliche Messinstrumente zurückzuführen und in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Diagnosekriterien sowie des Alters der untersuchten Kinder zu betrachten. In allen Studien zeigt sich übereinstimmend, dass Jungen deutlich häufiger betroffen sind als Mädchen. Das Verhältnis der Jungen-Mädchen-Relation schwankt von 2:1 bis 6:1 [59]. STEINHAUSEN ET AL. [103] bescheiben Prävalenzraten im Schulalter zwischen 3,4 und 17,8 %. Hierbei ist nach den DSM-IV und den ICD-10 Kriterien zu unterscheiden, da die Prävalenzrate gemäß den DSM-IV Kriterien deutlich höher ausfällt (zwischen 8,1 und 17,8%). Betrachtet man jedoch ausschließlich Studien mit einer hinreichend großen Stichprobengröße bei Kindern im Schulalter, sinkt die Prävelanzrate nach DSM-IV Kriterien auf 5,3 bis 9,3%. POLANCZYK ET AL. [85] konnten in einer Meta-Analyse, bei der 102 internationale Studien im Kindes- und Jugendalter eingeschlossen wurden, eine weltweite Prävalenzrate von 5,29% ermitteln. Vergleichbare Zahlen konnten in der deutschlandweiten repräsentativen Stichprobe „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS)“, bei der 14836 Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren aus knapp 170 deutschen Städten und Gemeinden einbezogen wurden, ermittelt werden (Prävalenzrate von 4,8 %). Im Altersverlauf variieren die Prävalenzraten deutlich. Es ist ein Anstieg von 1,5 % im Vorschulalter bis auf 7,1 % im Alter von 11 bis 13 Jahren zu verzeichnen. In der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen sind abfallende Prävalenzraten von 5,6 % festzustellen. Die Geschlechtsunterschiede zeigen sich über alle Altersgruppen signifikant. Die KIGGS-Studie hat einen interessanten Zusammenhang zur Prävalenzrate von ADHS und dem Sozialstatus der Familien ermittelt: Bei Familien mit niedrigem sozialen Status wird eine ADHS-Diagnose 6,4 % signifikant häufiger diagnostiziert als bei Kindern aus Familien mit einem mittleren oder hohen Status.

Die Symptomatik der ADHS lässt sich bereits im Säuglings- und Kleinkindalter beobachten. Betroffene Kinder fallen durch gesteigerte motorische Aktivität und Entwicklungsverzögerungen auf, was sich nachteilig auf die Beziehung zu der Hauptbezugsperson auswirkt, da Kinder mit einer ADHS wesentlich häufiger mit negativen Rückmeldungen konfrontiert werden als Kinder ohne eine ADHS-Symptomatik. Spätestens im Schulalter zeigt sich die Symptomatik sehr deutlich, da die Kinder sich an Regeln und Gruppen anpassen, ruhig sitzen sowie sich zunehmend über einen längeren Zeitraum konzentrieren müssen [8, 25]. Daher sind bei Kindern mit ADHS geringere schulische Erfolge zu verzeichnen: Sie wiederholen häufiger eine Klasse und erzielen schlechtere Schulnoten [10].

Wie aus dem vorherigem Abschnitt abzuleiten ist, lassen sich mit zunehmenden Alter, Verminderungen der Symptomatik im Kindes- und Jugendalter nachweisen. Dennoch bleiben bei der Mehrheit der Betroffenen (60 bis 85%) die Diagnosekriterien für eine ADHS bis ins Jugend- und sogar bis ins Erwachsenenalter (40% bei der Gruppe der 18 bis 20-Jährigen) weiterhin erfüllt [8, 25]. Während die Hyperaktivität abnimmt, bleiben Aufmerksamkeitsprobleme und die Impulsivität im Jugend- und Erwachsenenalter häufig bestehen. Die Therapie einer ADHS zielt daher weniger auf eine Heilung als viel mehr auf die Minimierung der Symptome und auf den Umgang mit zukünftigen Problemen ab [25].

### 2.1.6 Interventionen

Die Behandlung der ADHS sollte den multifaktoriellen Ursachen und den aufrechterhaltenden Bedingungen gerecht werden, sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen, die Symptome vermindern und die psychosoziale Funktionstüchtigkeit in den verschiedenen Lebensbereichen wie Schule, familiäres Umfeld und Freizeit verbessern. Hierfür muss neben dem Patienten auch das soziale Umfeld in die Behandlung mit einbezogen werden [103]. Es haben sich unterschiedliche Behandlungsansätze etabliert: Die Verhaltenstherapie, die Pharmakotherapie und die multimodale Therapie, welche im Folgenden kurz vorgestellt werden. Diese Behandlungsformen sind bereits sehr gut untersucht und beschrieben. Für weitere Informationen siehe MTA COOPERATIVE GROUP [72], DÖPFNER ET AL. [30], FABIANO ET AL. [34] oder MOKROS [70]. Im nachfolgenden Kapitel wird die Therapieform der Bibliotherapie ausführlicher dargestellt, da sie für die vorliegende Arbeit von zentraler Bedeutung ist.

#### Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Konzepte arbeiten je nach Ansatz mit kind-, eltern-, kindergarten- oder schulzentrierten Interventionen. Während die kindzentrierten Interventionen darauf abzielen, Selbstkontroll- und Selbstmanagementfähigkeiten zu erhöhen, bei Kindern im Vorschulalter steht die Steigerung von Spiel- und Beschäftigungsintensität im Vordergrund [30], bemühen sich die bezugpersonenzentrierten Ansätze darum, dysfunktionale Interaktionsmuster abzubauen, um so die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung der betroffenen Kinder zu verbessern und Impulsivität wie Hyperaktivität zu reduzieren aber auch komorbide Symptome zu vermindern [25].

Die Wirksamkeit der Verhaltenstherapie schwankt je nach Ansatz. Zur Untermauerung der Wirksamkeit des Spieltrainings sind weitere Untersuchungen erforderlich. Erfolge konnten jedoch in einer kleineren Studie bereits belegt werden [25, 28]. In verschiedenen Metaanalysen konnte eine gute Wirksamkeit von schul- und elternzentrierten Interventionen nachgewiesen werden [25, 72, 83]. Auch die neusten Meta-Analysen berichten bei der Behandlung von Kindern mit ADHS Efektstärken im mittleren bis hohen Bereich für verhaltenstherapeutische Angebote [34].

#### Pharmakotherapie

Gemäß den europäischen Leitlinien, den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbände wird eine medikamentöse Therapie als indiziert angesehen, wenn die hyperkinetischen Auffälligkeiten sehr stark ausgeprägt sind, diese die weitere Entwicklung des Kindes gefährden und sich nicht ausreichend durch andere Maßnahmen und Therapieformen vermindern lassen [23].

Bei Indikation wird international als Mittel der ersten Wahl die Einnahme von Psychostimulanzien empfohlen. Atomoxetin gilt als Mittel der zweiten Wahl [103].
Die Pharmakotherapie bei ADHS setzt an den Stoffwechselprozessen des noradrenergen und dopaminergen Systems an [6]. Hierdurch werden verschiedene Gedächtnisleistungen

verbessert, wie Prozesse des Arbeitsgedächtnisses [11], exekutive und nicht-exekutive kognitive Funktionen [92] wie auch feinmotorische Koordinationsfähigkeiten [36]. Diese Veränderungen können zu einer Verminderung der Kernsymptomatik führen und die Interaktion der Kinder mit Gleichaltrigen und Erwachsenen entspannen.

Die Wirksamkeit der Pharmakotherapie wurde in mehr als 160 kontrollierten Studien belegt [25]. Bei bis zu 85 % der Betroffenen führt eine der Substanzen zu einer Verbesserung der Symptomatik [32].

### Multimodale Therapie

Eine Generalisierung von Therapieeffekten aus der Therapiesituation in den Alltag der Betroffenen gelingt meist nur unvollständig oder gar nicht [30], daher kombiniert der multimodale Therapieansatz die verschiedenen Therapieansätze und setzt gleichzeitig an mehreren Interventionsebenen an. So wird parallel mit dem betroffen Kind, mit dessen Eltern und dem Kindergarten oder der Schule gearbeitet. Wenn nötig, wird zusätzlich eine medikamentöse Behandlung eingeleitet. Abbildung 2.3 zeigt einen Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie bei Schulkindern von DÖPFNER ET AL. [30].

Die Wirksamkeit der multimodalen Therapie bei ADHS wurde 1992 in der MTA-Studie („Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“) untersucht: 579 Kinder mit einer diagnostizierten ADHS im Grundschulalter wurden entweder einer Interventionsgruppe mit Pharmakotherapie, einer Verhaltenstherapie, einer Standardtherapie oder einer kombinierten Therapie (Medikation und Verhaltenstherapie) zugewiesen. Die Interventionen wurden jeweils 14 Monate lang durchgeführt. Nach der Interventionsphase wurde die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen untersucht: Für alle vier Interventionsgruppen konnten Effekte nachgewiesen werden, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Die Gruppe der kombinierten Therapie und die der Pharmakotherapie erzielten die höchsten Symptomverminderungen; dabei erhielten die Kinder aus der Gruppe der kombinierten Therapie eine geringere Tagesdosis und sie zeigten nach der Behandlung weniger stark ausgeprägte ADHS-Symptome (subklinisch) als die Kinder aus der Gruppe der Pharmakotherapie. Die Gruppenunterschiede zwischen der kombinierten- und der Pharmakotherapie verloren sich jedoch bei der Follow-up Messung [72, 82].

## 2.2 Bibliotherapie - Angeleitete Selbsthilfe

In diesem Kapitel wird die vergleichsweise wenig untersuchte Therapieform der Bibliotherapie als eine Behandlungsmethode ausführlich vorgestellt. Es wird zunächst der Begriff der Bibliotherapie erläutert und verschiedene Konzepte der Bibliotherpie vorgestellt. Anschließend werden aktuelle Forschungsergebnisse referriert. Die Bibliotherapie wird bislang hauptsächlich bei erwachsenen Patienten mit depressiver Symptomatik oder bei Angstpatienten eingesetzt.

Dabei ist ADHS eine der häufigsten psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Hyperkinetische Auffälligkiten führen zu Schwierigkeiten in der Schule und zu Hause und

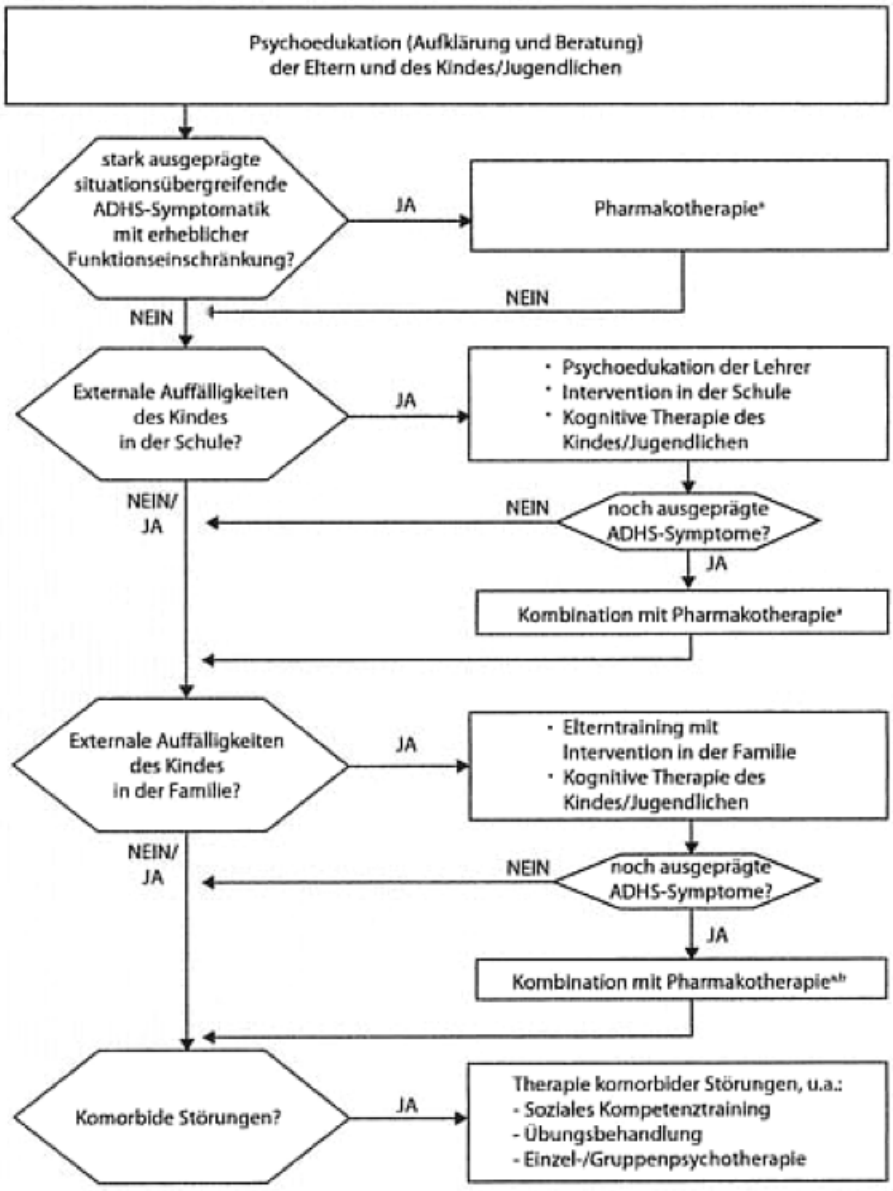



Abbildung 2.3: Entscheidungsbaum zur Planung einer multimodalen Therapie bei Schulkindern (aus Döpfner et. al., 2008a)

führen häufig zu Vorstellung der betroffenen Kinder in Beratungsstellen, Praxen und Kliniken. Jedoch stehen nicht ausreichend zeitnahe Therpieangebote zur Verfügung. Die Wartelisten sind lang, die Kassen stark beansprucht, was häufig zu chronifizierter Symptomatik und einer nachteiligen Entwicklung der Betroffenen und deren Familien führt [26, 104].

Die Bibliotherapie könnte eine erfolgreiche ergänzende Behandlungsform für Kinder mit ADHS darstellen, welche sowohl zeitnah wie kostengünstig angeboten, als auch von stark beanspruchten Eltern ressourcenschonend in Anspruch genommen werden könnte, da den Eltern zeit- und kostenaufwändige Fahrten erspart bleiben.

### 2.2.1 Definition und Konzept

Die Bibliotherapie nutzt die Möglichkeiten des Lesens von Texten (griechisch „biblion“ = Buch) für die Therapie (griechisch „therapeia“ = Heilung). Dabei handelt es sich allerdings nicht um eine einzige Therapiemethode sondern um ein Spektrum unterschiedlicher Theapiemaßnahmen, die im Folgendem erläutert werden.

Zu unterscheiden ist zwischen rezeptiver und produktiver Bibliotherapie. Während bei der produktiven Bibliotherapie Texte selber vom Patienten geschrieben und anschließend diskutiert werden, werden dem Patienten bei der rezeptiven Bibliotherapie Texte vorgelegt [44].

Auch BERRY [12] unterscheidet innerhalb des Konzepts der Bibliotherapie, ob der Patient vorgelegte Texte liest oder ob er Texte selbst verfasst: Bei der „Traditionellen Bibliotherapie“ werden dem Patienten Texte vorgelesen, bei der „Literatherapie“ liest der Patient die Texte selbst, während er bei der „Kreativen Schreibtherapie“ seine Gedanken verschriftlicht und sie bei der „Kreativen Redetherapie“ mündlich berichtet.

Weiterhin ist die Bibliotherapie, die mit Hilfe fiktionaler Texte, wie zum Beispiel Erzählungen oder Gedichten, arbeitet von der Bibliotherapie, die auf didaktische Texte, wie zum Beispiel Texte zu spezifischen Störungsbildern zurückgreift, abzugrenzen. In der Bibliotherapie mit fiktionalen Texten sollen Emotionen beim Lesenden frei gesetzt werden, die eine perönliche Weiterentwicklung ermöglichen. Didaktische Texte hingegen sollen Informationen vermitteln sowie kognitives Lernen anregen und werden vor allem in der Verhaltenstherapie eingesetzt [44]. Dabei sollen Texte zum jeweiligen Störungsbild dem Patienten zu einem besseren Problemverständnis verhelfen, seine Kooperationsfähigkeit in der Therapie erhöhen sowie seine Selbsthilfepotentiale verbessern [41].

GRAHLMANN & LINDEN [44] stellen zudem die therapeutenverantwortete Bibliotherapie der selbstverantworteten Bibliotherapie gegenüber. Bei einer therapeutenverantworteten Bibliotherapie wird nach unterschiedlicher Kontakt-Intensität unterschieden: *Keine Therapeutenbeteiligung* besteht, wenn der Patient keinen Kontakt mit einem Therapeuten hat und sich den Text selbst aussucht. Von einer *minimalen Therapeutenbeteiligung* ist zu sprechen, wenn der Patient überwiegend selbstständig mit dem Text arbeitet, jedoch die Möglichkeit zur telefonischen oder schriftlichen Rücksprache hat oder dies im Rahmen von Kurzkontakten

mit dem Therapeuten möglich ist [44]. GLASGOW & ROSEN [41] sprechen in diesem Kontext auch von „minimalen Kontaktprogrammen“. Bei der *Therapeutenempfehlung* erhält der Patient die Texte vom Therapeuten und bespricht diese auch mit ihm im Rahmen von Einzel- oder Gruppensettings. Bei *therapeutisch angeleiteten Programmen* sind die Texte wesentlicher Bestandteil einer Therapie und werden in dieser eingesetzt [41].

Weiter wird in der Litaratur zwischen interaktiver und rezeptiven Bibliotherapie unterschieden. In der interaktiven Bibliotherapie sollen die Texte eine Diskussion zwischen Patienten oder aber zwischen Patient und Therapeut anregen, während bei der rezeptiven Bibliotherapie Texte ausschließlich gelesen werden [44]. COHEN [20] verwendet hierfür auch den Begriff der „Selbsthilfe-Bibliotherapie“, wenn keine Beteiligung durch einen Therapeuten gegeben ist. GLASGOW & ROSEN [41] verstehen unter dem Begriff der „Selbsthilfe“ die eigenständige Erarbeitung des Inhalts eines Problemlösetextes. Die Ziele und Zeiträume für die Erarbeitung kann der Leser frei wählen [70].

Bibliotherapie wird oftmals auch mit dem Begriff der „Selbsthilfe“ bezeichnet. Wobei Selbsthilfe nicht unbedingt einen therapeutischen Kontakt voraussetzt. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff der Bibliotherapie bevorzugt.

Das Konzept der Bibliotherapie der vorliegenden Arbeit lässt sich nach den vorangegangenen Ausführungen als rezeptive Bibliotherapie mit didaktischen Texten und einer minimalen Therapeutenbeteiligung („angeleitete Selbsthilfe“) beschreiben, die, wie GLASGOW & ROSEN [41] beschreiben, dem Leser Informationen vermitteln, ihm zu einem besseren Problemverständnis verhelfen und kognitives Lernen anregen soll.

Nach GRAHLMANN & LINDEN [44] bestehen folgende inhaltliche Grundanforderungen an die Texte der Bibliotherapie: Sie sollen den Bedürfnissen des Lesenden entsprechen und sich auf wichtige und generelle Informationen konzentrieren, welche die Eigenverantwortung des Patienten erhöhen. Zudem sollten die Patienten eine Ähnlichkeit mit den beschriebenen und ihren eigenen Probemsituationen sehen. In einer Studie konnte COHEN [20] herausarbeiten, dass Patienten, die sich mit den beschriebenen Problemen im Text identifizieren konnten, von einem größeren Nutzen der Materialien berichteten. Sie konnten die Texte am besten verstehen und die Hilfestellungen für die eigene Situation besser ableiten. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass die Texte die Patienten nicht überfordern oder verunsichern. Missverständnisse in der selbstverantwortlichen Bearbeitung der Materialien könnten zu einer Selbstwertverringerung führen [44].

Die genannten Anforderungen wurden bei der Entwicklung des Konzeptes der vorliegenden Arbeit berücksichtigt. Siehe hierzu Kapitel 4.

### 2.2.2 Ziele und Indikation

Ziel der Bibliotherapie ist es, beim Leser ein besseres Verständnis des eigenen Gesundheitszustandes zu fördern bzw. ihm dabei zu helfen, diesen zu ändern [44]. Die Ziele unterscheiden sich also nicht von einer klassischen psychotherapeutischen Behandlung. Im Einzelnen beabsichtigt die Selbsthilfeliteratur, Informationen über das entsprechende Störungs-

bild und damit ein Problemverständnis zu vermitteln. Dem Leser soll das Gefühl vermittelt werden, dass noch andere Personen von ähnlichen Problemen betroffen sind. Emotionaler Stress soll reduziert und die Motivation für Verhaltensveränderung soll erhöht werden. Die Selbsteinschätzung und Selbstdarstellung soll verbessert und Ressourcen sollen gestärkt werden. Übergeordnetes Ziel der Bibliotherapie ist es, die Symptomatik zu reduzieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen [15, 66]. PARDECK [80] spricht auch von der Möglichkeit zum „Empowerment“, der Förderung und Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten.

Bibliotherapie scheint vor allem dann sehr sinnvoll, wenn Betroffene unter psychischen Problemen leiden, aber nicht ausreichend ambulante Angebote zur Verfügung stehen, lange Wartezeiten überbrückt werden müssen oder wenn die Betroffenen in ländlichen oder abgelegenen Wohngebieten leben und eine weite Anfahrt bis zu entsprechenden Angeboten haben [66, 78].

Bibliotherapie ist demnach eine praktische, kostengünstige Ergänzung oder Alternative für Betroffene, die einen begrenzten Zugang zu therapeutischen Hilfsangeboten haben [66].

### 2.2.3 Wirksamkeit von Bibliotherapie

Im Folgenden wird zunächst eine Metaanalyse vorgestellt, bei der die Effekte von Selbsthilfeprogrammen zusammengefasst werden. Anschließend beschränken sich die Ausführungen zur Effektivität auf die Beschreibung von Studien, welche die Wirksamkeit von Bibliotherapie explizit bei externalen Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter untersuchen. Für weitergehende Informationen siehe KIERFELD ET AL. [55] oder MOKROS [70]. Zudem werden ausschließlich Studien berücksichtigt, die Bibliotherapie entsprechend der vorliegenden Arbeit interpretieren, also als rezeptive Bibliotherapie mit der Verwendung didaktischer Texte.

Die Wirksamkeit von Bibliotherapie bei Verhaltensproblemen und -störungen im Kindes- und Jugendalter wurde bislang fast ausschließlich an kleinen Stichproben vereinzelt untersucht [55]. Nachgewiesen werden konnte eine Wirksamkeit jedoch für unterschiedliche Altersstufen [2, 53, 64, 68, 108].

O'BRIEN & DALEY [79] untersuchten in einer Metaanalyse 13 englischsprachige Studien, welche Kinder im Alter von drei bis 12 Jahren mit Verhaltensproblemen eingeschlossen haben. Berücksichtigt wurden Studien, die bibliotherapeutische Angebote mit und ohne Therapeutenkontakt sowie multimedia-unterstützte Angbote (TV, Internet, DVD, CD-ROM) untersucht haben. Die Effekte der verschiedenen Interventionen wurden zusammengefasst.
Die Studienergebnisse konnten eine gute Wirksamkeit von bibliotherapeutischen Angeboten belegen. Es konnten vergleichbare Erfolge bei der Symptomreduktion erzeilt werden, als bei Therapien mit einem regelmäßigen, intensiveren therapeutischen Kontakt. Diese Effekte zeigten sich kurz- als auch langfristig.
Die Eltern bevorzugten jedoch die Programme mit einem zumindest minimalen therapeutischen Kontakt. Bedarf sehen die Autoren noch in Untersuchungen, welche Eigenschaf-

ten von Eltern und Kindern eine besondere Effektivität von Bibliotherapie voraussagen. Die Wirksamkeit von Bibliotherapie für Risikofamilien, wie beispielsweise alleinerziehende Elternteile, Familien mit einem geringen sozioökonomischen Standard oder Familien, bei denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, ist nicht ausreichend untersucht und noch unklar [79].

### Wirksamkeit von Bibliotherapie im Kontext von ADHS

Eine Wirksamkeitsstudie angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit externalen Verhaltensauffälligkeiten wurde von KIERFELD & DÖPFNER [53] durchgeführt. Eingeschlossen wurden 21 Kinder im Alter von sechs bis 15 Jahren, diagnostiziert mit einer ADHS oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Die Symptomatik der Kinder und das Erziehungsverhalten der Eltern wurden vor und nach der Interventionsphase erhoben. Die Eltern erhielten das Selbsthilfebuch „Wackelpeter und Trotzkopf“ [29], das auf den verhaltenstherapeutischen Bausteinen des „Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten (THOP)“ [30] aufbaut. Die Eltern wurden gebeten, das Buch innerhalb von zehn Wochen zu lesen. Zudem wurden die Eltern wöchentlich durch 20-minütige Telefonate bei der Umsetzug der Interventionen unterstützt. Nach Programmende wurde die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm erfragt.

Nachgewiesen werden konnte eine signifikante Abnahme der hyperkinetischen und oppositionellen Symptomatik der Kinder. Außerdem konnte das Erziehungsverhalten der Eltern gestärkt werden, wenn hier auch keine signifikanten Unterschiede belegt werden konnten. Dies führen KIERFELD & DÖPFNER [53] auf die kleine Stichprobengröße zurück. Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm fiel sehr hoch aus. Beurteilt wurden sowohl die Inhalte des Buches als auch die Qualität der zusätzlichen Telefonate, welche von den Eltern als Bereicherung empfunden wurden. Einen weitergehenden Bedarf für eine ambulante Therapie sahen nach der Interventionsphase nur 20 % der Familien [53].

Auch MARKIE-DADDS & SANDERS [64] untersuchten die Effekte von Bibliotherapie auf die Verminderung von Verhaltensproblemen bei Vorschulkindern. Eingeschlossen wurden 41 Familien aus ländlichen Gebieten mit Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren, deren Eltern sich über das Verhalten der Kinder besorgt gezeigt hatten. Verwendet wurde das Selbsthilfemanual des „Positive Parenting Program (Triple P)“ [93]. In zehn Kapiteln wurden den Eltern Strategien im Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern vermittelt. Zudem wurden den Eltern begleitende Telefonkontakte angeboten [19].

14 der teilnehmenden Familien erhielten zusätzlich zu den zehn Kapiteln des Selbsthilfemanuals wöchentliche telefonische Kontakte (Gruppe 1). 15 Familien erhielten ausschließlich die zehn Kapitel des Selbsthilfemanuals (Gruppe 2) und 12 Familien wurden der Warte-Kontrollgruppe zugeteilt und erhielten keinerlei Interventionen (Gruppe 3).

Die Ergebnisse zeigen sowohl eine signifikant deutlichere Reduktion des kindlichen Problemverhaltens als auch der elterlichen dysfunktionalen Erziehungsstrategien in Gruppe

1 gegenüber den anderen beiden Gruppen. Zudem waren die teilnehmenden Eltern aus Gruppe 1 deutlich zufriedener mit dem Programm als die Eltern der Gruppen 2 und 3.
Nach weiteren sechs Monaten wurden die Variablen der Gruppen 1 und 2 erneut erhoben. Gruppe 1 zeigte hierbei stabile Effekte: Bei 65 % der Kinder konnte signifikant verbessertes und normalisiertes Verhalten belegt werden. Die Gruppe 2 hatte sich, verglichen mit der Postdiagnostik, noch einmal verbessert, sodass nun auch aus dieser Gruppe 57 % der Kinder normalisiertes Verhalten zeigten [64].

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass zusätzliche telefonische Kontakte die reine Selbsthilfe wirksam unterstützt und zu noch besseren Effekten führt.

HAHLWEG ET AL. [47] untersuchten die Kurz- und Langzeiteffekte des „Positive Parenting Program (Triple P)“ [19], einer Bibliotherapie für Familien mit Vorschulkindern aus Deutschland. Eingeschlossen wurden Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren, deren Eltern der deutschen Sprache mächtig waren und Motivation zur Teilnahme zeigten.

96 Familien wurden randomisiert und einer therapeutengeleiteten Selbsthilfetrainings- (N= 37) oder einer Warte-Kontrollgruppe (N= 32) zugeteilt. Die Eltern der Interventionsgruppe erhielt innerhalb von zehn Wochen, zehn Kapitel des Selbsthilfebuches, ein erklärendes Video sowie sieben begleitende Telefonate. Nach weiteren sechs Monaten (Follow-up) wurden die Langzeiteffekte erhoben.

Die Mütter der Interventionsgruppe berichteten sowohl direkt nach der Interventionsphase wie nach der Follow-up-Messung von einer Reduktion der kindlichen Verhaltensprobleme sowie der elterlichen Anwendung dysfunktionaler Erziehungsstrategien. Die Ergebnisse fielen gegenüber der Kontrollgruppe signifikant aus.

MCGRATH ET AL. [68] untersuchten die Wirksamkeit von „Therapie auf Distanz“. Eingeschlossen wurden 243 Kinder, bei denen eine oppositionellen Verhaltensstörung (N= 80), eine ADHS (N= 72) oder eine Angststörung (N= 91) diagnostiziert worden war. Weitere Einschlusskriterien waren das Alter der Kinder (3-7 Jahre für die oppositionelle Verhaltensstörung, 8-12 Jahre für ADHS und 6-12 Jahre für die Angststörung), die Fähigkeit der Teilnehmer Englisch zu sprechen und zu verstehen und ein Telefonzugang. Zudem mussten die Symptome über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorliegen. Die Kinder wurden in eine Interventions- oder eine Kontrollgruppe randomisiert.
Die 127 Familien der Interventionsgruppen (oppositionelle Störung N= 38, ADHS N= 39, Angststörung N= 50) erhielten auf die jeweiligen Verhaltensprobleme ihres Kindes bezogenes verhaltenstherapeutisches Material (Bücher und Videos) sowie wöchentliche 40-minütige Telefonate zur Wiederholung und Vertiefung des Materials und zum Einüben der Interventionen.
Die Interventionsphase für die Kinder mit Angststörungen umfasste elf telefonische Sitzungen, für die Kinder mit Verhaltensproblemen zwölf. Die Interventionsphasen dauerten jeweils 120 Tage. Die 116 Familien der Kontrollgruppe (oppositionelle Störung N= 34, ADHS N= 41, Angststörung N= 41) erhielten keinerlei Interventionen. 240 Tage und 365 Tage nach

Start des Programms wurden die Familien erneut kontaktiert, um die Stabilität der Ergebnisse zu überprüfen.

Alle drei Interventionsgruppen zeigten eine signifikante Abnahme der Symptomatik. Die Symptomreduktion konnte auch nach einem Jahr noch nachgewiesen werden. Am deutlichsten waren die Effekte der Interventionen bei den Kinder mit oppositioneller Verhaltensstörung direkt nach der Interventionsphase zu sehen. Hingegen waren die Effektstärken bezogen auf die Symptome der Kinder mit ADHS und Angststörungen nach 240 Tagen am größten. Die Kinder aus den Interventionsgruppen reduzierten ihre Symptomatik innerhalb der 120 Tage mehr als doppelt so stark als die Kinder aus der Kontrollgruppe [68].

Eine randomisierte Prä-Post-Kontrollgruppenstudie zur Überprüfung der Effektivität von Bibliotherapie wurde von KIERFELD ET AL. [54] als Folgestudie der bereits oben beschriebenen Studie von KIERFELD & DÖPFNER [53] durchgeführt. 2845 Kinder von 62 Kindergärten aus Köln und Umgebung wurden mit Hilfe eines 13-Item-Fragebogens zu externalen Auffälligkeiten befragt. Kinder mit einem Prozentrang PR < 85 im Gesamtwert und einem Prozentrang PR ≥ 75 im Elternurteil, deren Eltern der deutschen Sprache ausreichend mächtig waren und Motivation zeigten, an dem Programm teilzunehmen, wurden zur Teilnahme an der Bibliotherapiestudie zugelassen. Dies traf auf 48 Familien zu. Kinder mit einem Prozentrang PR > 85 im Gesamtwert wurden einer anderen Interventionsgruppe zugeteilt. Weitere Einschlusskriterien waren, dass die Kinder der teilnehmenden Eltern drei bis sechs Jahre alt sein und externale Verhaltensauffälligkeiten zeigen mussten. Dies wurde mit Hilfe von Eltern- sowie Erzieherfragebögen erfasst. Zudem wurden Fragebögen zur Erfassung des Erziehungsverhaltens der Eltern vor und nach der Interventionsphase erhoben. Nach Programmende wurde außerdem die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm erfragt. Die 48 Familien der Bibliotherapiestudie wurden randomisiert und der Interventionsgruppe (N= 26) oder der Kontrollgruppe (N= 22) zugeteilt. Die Intervention umfasste das Lesen von 11 Kapiteln des verhaltenstherapeutisch orientierten Selbsthilfebuches „Wackelpeter und Trotzkopf“ [29] sowie 11 wöchentliche, begleitende Telefonate. Die Kontrollgruppe erhielt zunächst keine Intervention.

Verglichen mit der Kontrollgruppe, reduzierten sich in der Interventionsgruppe die externalen und internalen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder signifikant. Zwei Drittel der Kinder mit klinischen Auffälligkeiten zu Beginn des Programms wurden nach der Interventionsphase in der Postmessung als unauffällig eingeschätzt. Zudem verbesserten die Eltern der Interventionsgruppe ihr Erziehungsverhalten und ihre Fähigkeit, schwierige Erziehungssituationen zu meistern, signifikant. Die elterliche Belastungen reduzierte sich ebenfalls signifikant. Die elterliche Zufriedenheit mit dem Programm fiel sowohl bezogen auf die Materialen des Selbsthilfebuches als auch auf die unterstützenden Telefonate sehr hoch aus [54].

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass verhaltenstherapeutisch orientierte angeleitete Selbsthilfeprogramme das Potenzial haben, externale Verhaltensauffälligkeiten bei Vorschulkindern zu reduzieren sowie die elterlichen Kompetenzen zu erhöhen. KIERFELD ET AL. [54] diskutieren jedoch, dass die Teilnehmerstichprobe aus gebildeten und hoch motivierten Eltern bestand, die weniger Schwierigkeiten hatten, das Gelesene zu verstehen und umzu-

setzen, sodass weitergehende Untersuchungen der Wirksamkeit bei einer breiter gestreuten Inanspruchnahmestichprobe erforderlich sind.

Die von KIERFELD ET AL. [54] benannten Überlegungen wurden in der Studie der vorliegenden Arbeit berücksichtigt.

MOKROS [70] untersuchte in einer Wirksamkeits-Studie mit einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design die Effektivität des in der vorliegenden Studie verwendeten Selbsthilfeprogramms. Untersucht wurde die Reduktion von hyperkinetischen und komorbiden Symptomen sowie von individuellen Problemen der Familien. Zudem wurden Auswirkungen der medikamentösen Einstellung der Kinder auf die Effekte des Programms untersucht. Die Stichprobe umfasst Familien aus ganz Deutschland.

Die Eigenschaften der teilnehmenden Familien wurden von MOKROS [70] beschrieben und mit anderen Stichproben verglichen. Ebenso wurden die 101 Familien, die das Programm vorzeitig abbrachen, mit den 173 Familien verglichen, die das Programm regulär beendeten.

MOKROS [70] stellte fest, dass die Kinder der teilnehmenden Eltern, selbst im Vergleich mit einer klinischen Inanspruchnahmestichprobe, hohe Symptomkennwerte betreffend die hyperkinetischen und komorbiden Symptome aufwiesen. Zudem waren die Familien auch hinsichtlich der individuellen Probleme stark belastet. Es fiel auf, dass die Kinder der Familien, die das Programm vorzeitig abbrachen, noch deutlich stärkere komorbide Symptome aufwiesen als die Kinder der Familien, die das Programm regulär beendeten. MOKROS [70] beschrieb, dass die Familien, die das Program regulär beendet haben, sich durch einen hohen sozialen Status auszeichneten und dass sich bei den Familien, die das Program vorzeitig abbrachen, eine erhöhte Anzahl alleinerziehender Elternteile befand.

Viele Familien nahmen neben der Bibliotherapie noch eine Pharmakotherapie ihres Kindes in Anspruch. Die hyperkinetische, oppositionelle und komorbide Symptomatik sowie die Belastung durch die individuellen Probleme reduzierten sich im Laufe des Programms deutlich mit mittleren bis hohen Effektstärken. Hierbei hatte die Gabe und Anpassung von Medikation keine Auswirkungen auf die Entwicklung der Symptomatik der Kinder. Der Verlauf der individuellen familiären Probleme zeigte jedoch eine deutlichere Verminderung bei Kindern, bei denen die Dosierung eines Medikaments während der Interventionsphase erhöht wurde, gegenüber Kindern, die während der Programmlaufzeit keine Medikamente einnahmen [70].

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf die Effektivität eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms mit verhaltenstherapeutischen Bausteinen für Kinder im Alter von sechs bis 12 Jahren mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten hin, auch als Ergänzung einer medikamentösen Behandlung [70].

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass Programme zur angeleiteten Selbsthilfe eine wirksame Behandlungsform von Kindern mit ADHS sowie eine Alternative zu teuren Angeboten mit langen Wartezeiten sind.

## 2.3 Adhärenz der Eltern

In den oben dargestellten Studien war die Motivation der Eltern Voraussetzung zur Teilnahme an den jeweiligen Programmen. Arbeiten die Eltern nicht mit, kann ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm, das das eigenständige Erarbeiten und Umsetzen therapeutischer Materialien und Interventionen voraussetzt, nicht greifen. Dabei ist bekannt, dass chronische Erkrankungen, die unbehandelt bleiben, hohe Kosten für das Gesundheitssystem verursachen. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der „Adhärenz“ der Betroffenen.

Bevor der aktuelle Forschungsstand zur „Adhärenz“ von Patienten und Bezugspersonen in der Psychotherapie bzw. Bibliotherapie vorgestellt wird, soll zunächst eine differenzierte Betrachtung des Begriffs „Adhärenz“ vorgenommen werden. Anschließend wird auf unterschiedliche Studien zur „Adhärenz“ und deren Erhebungsmethoden und Ergebnisse in Zusammenhang mit einer Symptomverminderung eingegangen.

### 2.3.1 Begriffsbestimmung und Modelle von Adhärenz

Die Begriffe „Adhärenz“ und „Compliance“ werden sowohl im deutschen wie auch im englischen Sprachraum häufig synonym verwendet. Daher erfolgt zunächst eine differenzierte Betrachtung der beiden Begriffe.

In der Medizin wird der Begriff der „Compliance“ häufig im Sinne von „Therapietreue“ verwendet und meint die Bereitschaft eines Patienten, die stringente Anwendung aller medizinischen Maßnahmen, die der Arzt ihm vorschreibt. Die Verantwortung für ein Misslingen des Thrapieprozesses läge demnach alleine bei dem Patienten, da dieser die Anweisungen nicht befolgt hat [43, 45].

Hingegen wird der Begriff der „Adhärenz“ als aktive Zusammenarbeit von Arzt und Patient verstanden. Unter Adhärenz ist die stringente Anwendung aller medizinischen Maßnahmen, die Arzt und Patient als notwendig vereinbart haben, zu verstehen [67].

Eine deutliche Unterscheidung der Begriffe Compliance und Adhärenz wurde ebenfalls von der World Health Organisation (WHO) vorgenommen und empfohlen: Die WORLD HEALTH ORGANIZATION [112] sieht den größten Unterschied zwischen Adhärenz und Compliance darin, dass die Verwendung des Begriffs Adhärenz die Zustimmung des Patienten zu den empfohlenen Behandlungen bzw. Interventionen voraussetzt und den Patienten als aktiven Partner des behandelnden Arztes oder Therapeuten versteht [112]. Hier wird die Tatsache deutlich, dass die Prävention und Behandlung vieler Krankheiten ein kooperatives Verhalten der Betroffenen fordert. Beste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung sind gegeben, wenn sich der Patient von seinem Arzt verstanden fühlt, den empfohlenen Therapieansatz gut nachvollziehen kann und sich daher aktiv an der Therapie beteiligt [43].
Insofern sollten die Begriffe „Adhärenz“ und „Compliance“ nicht synonym verwendet, sondern sorgfältig voneinander abgerenzt werden. Da in den meisten der vorgestellten Arbeiten

jedoch die Verwendung der Begriffe Adhärenz oder Compliance nicht eindeutig beschrieben ist, werden die Termini der jeweiligen Autoren übernommen, wenn sie in der vorliegenden Arbeit zitiert werden.

Besonders wichtig ist in der Medizin die Adhärenz in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, daher wurde sie vor allem im Hinblick auf die Arzneimitteltherapie untersucht. Hier liegt bereits eine Vielzahl von Studien vor [110]. Ebenso bedeutsam ist die Adhärenz je nach Erkrankung jedoch auch in Bezug auf die Einhaltung einer Diät, die Befolgung von Verhaltenspläne oder die Veränderung des Lebensstils. Vor allem bei chronischen Erkrankungen wird dabei oftmals eine langfristige Veränderung des Verhaltens gefordert [43].

Hält der Patient sich nicht oder nicht vollständig an die Einhaltung der mit dem Behandler abgestimmten Therapieplanung, wird dies als „Non-Adherence“ bezeichnet [43].
Auch die Non-Adherence kann sich in einer Vielfalt von Verhaltensweisen zeigen, wie beispielsweise durch die mangelnde Teilnahme an Gesundheitsprogrammen, durch das Nichtbefolgen von Verhaltensanweisungen, durch das Nichtwahrnehmen von Arztterminen, durch eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme oder durch die Nichteinhaltung von Diät- oder Bewegungsempfehlungen [4].

Die WORLD HEALTH ORGANIZATION [112] unterscheidet fünf Dimensionen der Non-Adherence:

1. Sozial und ökonomisch bedingte Non-Adherence
2. Systembedingte Non-Adherence
3. Krankheitsbedingte Non-Adherence
4. Therapiebedingte Non-Adherence
5. Patientenbedingte Non-Adherence

Daran angelehnt unterscheidet ARNOLD [4] ebenso fünf verschiedene Merkmalsbereiche von Compliance bzw. Non-Compliance. Tabelle 2.1 zeigt die Merkmalsbereiche mit den jeweiligen Faktoren, welche die Compliance beeinflussen.

Die Abbildung 2.4 zeigt die Wechselwirkung der genannten Merkmalsbereiche: Zwischen den verschiedenen Merkmalsbereichen sind Zusammenhänge anzunehmen, so dass es zu einer Non-Compliance führen kann, wenn es zu Schwierigkeiten in einem der Bereiche kommt [4].

MÜHLIG & PETERMANN [73] unterscheiden drei Grundformen der Non-Compliance: Unter der „Generellen Therapieverweigerung“ ist eine bewusste und rational erklärbare Therapieverweigerung zu verstehen. Ursächlich können hierbei Mangel- oder Fehlinformationen in Bezug auf die Erkrankung, Ängste oder aber religiöse sowie weltanschauliche Gründe eine Rolle spielen.

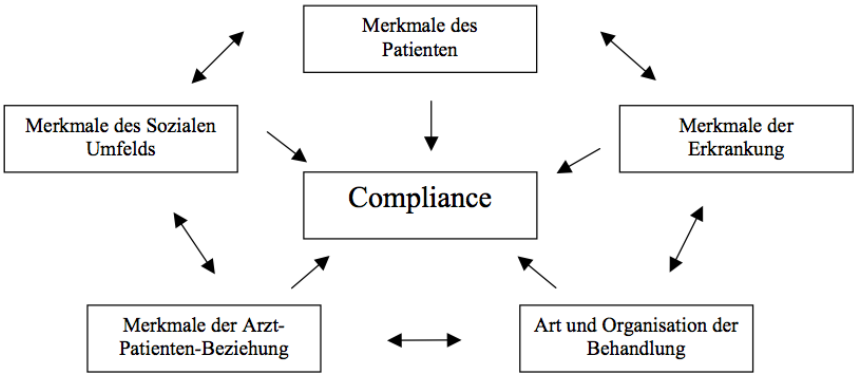



Abbildung 2.4: Compliance beeinflussende Merkmalsbereiche

Tabelle 2.1: Merkmalsbereiche mit den jeweiligen Einflussfaktoren auf die Patienten-Compliance bzw. Non-Compliance nach ARNOLD [4].

| Merkmalsbereich | Einflussfaktoren auf Compliance/ Non-Compliance |
|---|---|
| des Patienten | Soziodemographische Merkmale, finanzielle Situation, kultureller Hintergrund, Analphabetentum, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten |
| der Arzt-Patienten-Beziehung | Vertrauensverhältnis, Kommunikation des Arztes, Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung |
| der Erkrankung | Schweregrad der Symptome, Leidensdruck, Komorbidität, Verfügbarkeit wirksamer Therapien |
| der Therapie | Behandlungsdauer, Therapieanpassung, Entfernung von der Arztpraxis, unerwünschte Arzneimittelwirkung, früheres Therapieversagen, Zufiedenheit mit der Therapie, Kontinuität der Behandlung |
| des sozialen Umfeldes | Unterstützung des Patienten durch Angehörige/Freunde, positive Familienanamnese |

Eine weitere Ursache kann eine ausschließliche Bereitschaft des Patienten zur Selbstbehandlung beispielsweise eine auf alternative Heilmethoden beschränkte Behandlungsbereitschaft sein.

Die „Verweigerung bestimmter Therapiemaßnahmen“ umfasst eine offene oder verdeckte Verweigerung einzelner Behandlungsmaßnahmen. Dies kann beispielsweise auf Ängste, betreffend mögliche Nebenwirkungen oder Langzeitfolgen, oder aber auch auf Bequemlich-

keit des Betroffenen zurückzuführen sein. Bei einer offenen Verweigerung können die Ängste oder Argumente des Patienten ggf. durch eine ausführliche Aufklärung/Psychoedukation widerlegt bzw. reduziert werden. Gelingt dies nicht, müssen sie vom Behandler als Form der Selbstbestimmung respektiert werden. Bei einer heimlichen Therapieverweigerung muss diese zunächst erkannt werden, bevor an ihr gearbeitet werden kann.

Unter der „Eigenmächtigen oder unabsichtlichen Modifikation der Verordnungen“ sind vor allem eigenmächtige Veränderungen, eine falsche Einnahmefrequenz oder Anwendungsdauer, die Ergänzung mit unsachgemäßer Ersatzmedikation oder die Verwechselung von Präparaten zu verstehen. Hierbei kann eine Veränderung des Therapieplans absichtlich oder unabsichtlich geschehen. Diese Art der Non-Adhärenz ist durch Aufklärung oder Psychedukation am besten zu beheben, sodass hier eine Erhöhung der Adhärenz gut erzielt werden kann [73].

Eine Unterteilung von Non-Compliance in relative und absolute Non-Compliance unterscheidet CEGLA [18]. Bei der absoluten Non-Compliance fehlt jegliche Mitarbeit des Patienten in der Therapie, während bei der relativen Non-Compliance eine unsachgemäße Modifikation des Behandlungsplans vom Patienten vorgenommen wird, wie beispielsweise die Veränderung der Interventionshäufigkeit, der Dosis und/oder der Einnahmedauer.

Neben den genannten Formen von Non-Adhärenz oder Non-Compliance kann weiterhin zwischen verschiedenen Compliance-Mustern unterschieden werden. ARNOLD [4] beschreibt typische Verhaltensmuster bei der Arzneimitteltherapie, die auch auf andere Therapieformen übertragen werden können, zum Beispiel wenn Interventionen nur unregelmäßig umgesetzt werden. Tabelle 2.2 zeigt die acht Verhaltensmuster nach ARNOLD [4].

Auch SIMONS ET AL. [99] untersuchen Gründe für eine Non-Compliance und nennt diesbezüglich die folgenden Phänomene: Bei der „Intelligenten Non-Compliance“ nimmt der Patient das Arzneimittel zunächst gemäß Therapieschema ein und setzt es dann, beispielsweise nach einer unerwünschten Arzneimittelwirkung, bewusst vorzeitig ab. Bei der „Zufälligen Non-Compliance“ lässt der Patient über den gesamten Einnahmezeitraum zufällig ohne erkennbares Muster Einnahmen aus. Bei der „Weißkittel-Compliance“ nimmt der Patient in der Anfangsphase der Therapie das Arzneimittel unregelmäßig ein. Einige Tage vor einem Arztbesuch verhält sich der Patient dann korrekt. Bei dem „Parkplatzeffekt“ vernichtet der Patient vor einem Arztbesuch die Arzneimittel, die er einnehmen sollte. Bei den „Arzneimittelferien“ erfolgt die Einnahme zunächst wie verordnet, wird dann aber für zwei oder mehr Tage ausgesetzt. Nach der Pause nimmt der Patient die Dosen wieder regelmäßig ein. Dies ist häufig am Wochenende oder im Urlaub zu beobachten, wenn die Patienten die Ein- oder Mitnahme der Arzneimittel vergessen.

Tabelle 2.2: Verhaltensmuster von Patienten in der Arzneimitteltherapie nach ARNOLD [4].

| Compliance-Muster | Beschreibung |
|---|---|
| Intelligente Non-Compliance | Rational-empirisch basierte Entscheidung des Patienten wegen Unwirksamkeit, Symptomfreiheit bei Auslassversuch oder unangenehmen Wirkungen ohne Wissen des Therapeuten vom Therapieplan abzuweichen |
| Erratische Compliance | Unregelmäßige, eher zufällige Compliance, die nicht einem bestimmten Muster folgt |
| „Horten“ | Sammeln von Medikamenten, um selbstbestimmend bei Bedarf eine Krankheit oder eine Lebenssituation zu überwinden |
| „Weiße Kittel Compliance“ bzw. „Zahnputzeffekt“ | Vor dem Arztbesuch befolgt der Patient Therapieanweisungen, ist aber ansonsten in unterschiedlichem Maße nicht-compliant (Phänomen: Zähneputzen erst vor dem Zahnarztbesuch) |
| „Arzneimittelferien“ | Patient nimmt 2 Tage oder länger keine einzige Dosis des Arzneimittels ein |
| Dosishäufigkeits-Compliance | Zuverlässigkeit hinsichtlich Anzahl der Dosen, die pro Tag eingenommen werden sollen (kumulativ) |
| Dosisintervall-Compliance | Zuverlässigkeit hinsichtlich Anzahl der Stunden zwischen Dosierungen |
| „Parkplatzeffekt“ | Vor einem Arztbesuch vernichtet der Patient die Arzneimitteldosen, die er hätte einnehmen können |

### 2.3.2 Möglichkeiten zur Verbesserung der Adhärenz

Zur Verbesserung der Adhärenz können verschiedene Methoden eingesetzt werden. ARNOLD [4] sieht die Möglichkeiten zur Steigerung der Patienten-Adhärenz vor allem in der Schulung von Patienten und in einem guten Verhältnis zwischen Patient und Behandler.

GORENOI ET AL. [43] unterscheiden entsprechend den fünf Dimensionen der Adhärenz verschiedene Ansatzpunkte zur Verbesserung der Adhärenz: Auf den Patienten ausgerichtete Interventionen können unter anderem Maßnahmen zur Verbesserung des Patientenwissens oder der Motivation des Patienten sein. Auch Erinnerungen des Patienten durch Briefe, Prospekte oder Anrufe können hilfreich sein. Die Arzt-Patienten-Beziehung kann durch eine höhere Transparenz und durch intensivere oder regelmäßigere Kontakte zwischen Arzt und Patient verbessert werden. Eine auf die Erkrankung gerichtete Intervention kann beispielsweise die Identifikation und Behandlung von Komorbiditäten sein. Auf die Therapie gerichtete Interventionen können unter anderem eine Reduktion oder die Veränderung des Zeitpunktes der Interventionen sein, ebenso wie die Verminderung der Nebenwirkungen durch eine Anpassung der Medikation. Der Einbezug von personellen Ressourcen, wie Verwandten oder Freunden, kann die Betroffenen ebenfalls entlasten und die Adhärenz erhöhen.

### 2.3.3 Erhebung von Adhärenz

Oftmals wird mit Adhärenz oder Compliance die regelmäßige Einnahme von Medikamenten assoziiert, doch ebenso bedeutend sind je nach Erkrankung die Inanspruchnahme von regelmäßigen Arztterminen, die Durchführung bestimmter Diäten, das Einhalten bestimmter Regeln zur Verhinderung einer Symptomverschlechterung, regelmäßige körperliche Bewegung bis hin zu einer dauerhaften Änderung des Lebensstils [4].

Dennoch bezieht sich die Mehrheit der Studien zur Adhärenz auf die Medikamenten-Adhärenz. Daher sind die meisten entwickelten Methoden zur Messung von Adhärenz ausschließlich auf die Medikamenten-Adhärenz anzuwenden. Die verschiedenen Methoden zur Erfassung der Medikamenten-Adhärenz wurden in der Literatur bereits vielfach beschrieben [22, 86, 99]. Bei der Medikamenten-Adhärenz wird zwischen der direkten und der indirekte Messmethoden unterschieden [99].

Bei der direkten Methode wird die Plasmakonzentration der jeweiligen Arzneistoffe im Blut des Patienten gemessen. Damit wird zwar die Einnahme bewiesen, allerdings sagen die Messwerte ausschließlich etwas über die letzten Einnahmen aus, da die Messergebnisse in Abhängigkeit von der Halbwertszeit der Inhaltsstoffe der Medikamente zu interpretieren sind [99].

Als indirekte Methoden gelten das „Tablettenzählen“ (Zählen der übrig gebliebenen Tabletten nach einem definierten Zeitraum), Patiententagebücher oder Patientengespräche. Allerdings kann der Patient diese leicht manipulieren, sodass diese Methoden die Adhärenz häufig überschätzen. Zudem gibt es moderne elektronische Beobachtungssysteme, bei denen in den Deckel eines Arzneimittelbehältnisses ein Mikrochip integriert ist und jede Öffnung des Deckels speichert. Mithilfe einer Computersoftware können die gespeicherten Daten minutengenau übertragen und ausgewertet werden [99].

Im Grunde genommen lassen sich die indirekten Methoden der Adhärenz-Messung der Arzneimitteltherapie auch auf die Adhärenzmessung bei behavioralen Therapien übertragen. Auch hier überschätzen subjektive Patienten- oder Behandlerurteile häufig die Adhärenz der Patienten bzw. Teilnehmer. Während die Angaben von Patienten, welche eine Missachtung des Therapieplanes zugeben, meist realstisch sind, ist die Einschätzung von Patienten, die eine Missachtung des Therapieplanes bestreiten, häufig nicht korrekt. Ebenso überschätzen die Behandler die Folgsamkeit ihrer Patienten [4].

Standadisierte Fragebögen werden zunehmend eingesetzt und scheinen größere Erfolgschancen zu bieten, Adhärenz korrekt zu messen und abzubilden. Die Fragebögen erfassen spezifische Verhaltsweisen, welche sich auf den Therapieplan oder die Empfehlungen/ Anweisungen des Arztes beziehen [112].

Die Ausführungen verdeutlichen, dass es nach bisherigen Forschungsstand noch keinen „Goldstandard“ bei der Messung von Patienten-Adhärenz gibt.

### 2.3.4 Zusammenhang zwischen Adhärenz bei psychosozialen Interventionen und dem Therapieerfolg

Im Gegensatz zur Medikamenten-Adhärenz wurde die Adhärenz betreffend psychosoziale Interventionen, wie beispielsweise die regelmäßige Teilnahme an ambulanten Behandlungsmaßnahmen oder das Einhalten von Arztterminen, bislang nur in geringem Maße untersucht [39].

GEBHARDT ET AL. [39] entwickelten ein standardisiertes Verfahren, um die Behandlungs-Compliance von Patienten mit schizophrenen Störungen im stationären Setting zu erfassen. An einer Stichprobe von 52 Patienten (27 Männer, 25 Frauen) mit stationär behandelten schizophrenen und schizoaffektiven Störungen wurde ein Fragebogen („CI-6“) mit sechs Items zur Einsicht, Freiwilligkeit und Teilnahme an den medizinischen und psychosozialen Behandlungsempfehlungen entwickelt. Berücksichtigt wurden Informationen von den Patienten aus ihren Krankenakten sowie von ihren Angehörigen und Therapeuten. Zielsetzung der Studie war zum einen die Überprüfung der Reliabilität des Instruments, zum anderen die Untersuchung von Prädiktoren von Behandlungs-Compliance.

Die Interrater-Reliabilität ergab bei allen sechs Items eine gute Übereinstimmung, sodass der „CI-6-Fragebogen“ als ein reliables Instrument zur retrospektiven Erfassung der Behandlungs-Compliance von stationär aufgenommenen Patienten mit schizophrenen Störungen bewertet werden konnte. Zudem konnten signifikante Zusammenhänge zwischen Behandlungs-Compliance und höherem Alter sowie dem weiblichem Geschlecht festgestellt werden: Ältere Frauen zeigten eine höhere Behandlungs-Compliance als jüngere Frauen oder Männer. Weiterhin konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen Behandlungs-Compliance und der Diagnose einer schizoaffektiven Störung gefunden werden. Freiwillig aufgenommene Patienten wiesen ebenfalls eine signifikant höhere Behandlungs-Compliance auf als unfreiwillig aufgenommene Patienten. Auch der Zusammenhang zwischen dem Summenscore des „CI-6“ und der Symptomatik der Patienten bei Entlassung war hochsignifikant: Hohe Werte beim „CI-6“ gehen mit geringen Symptomwerten einher [39].

In einer Metaanalyse untersuchten REYNO & MCGRATH [91] 15 Prädiktoren für die Effektivität von Elterntrainings für Eltern von Kindern mit externalen Verhaltensauffälligkeiten. Die Literatur wurde für den Zeitraum von 1994 bis 2004 untersucht und getrennt nach Kind-, Eltern- und Familienmerkmalen als Prädiktoren für die Effektivität der Elterntrainings ausgewertet. Die Prädiktoren wurden in vier Kategorien eingeteilt: Soziodemographische Faktoren, Kindfaktoren, Elternfaktoren und Teilnahmefaktoren. Zu den Teilnahmefaktoren wurde die „treatment attendance“ gefasst, welche die Bereitschaft der Eltern, am Elterntraining teilzunehmen, darstellte. Dieser Faktor kann mit der in dieser Arbeit genutzten Definition von Eltern-Adhärenz gleichgesetzt werden. Von 31 untersuchten Studien haben drei die Adhärenz der Eltern als Prädiktor für die Effektivität des Elterntrainings untersucht. Die Studien konnten kleine Effektstärken für den Zusammenhang zwischen Adhärenz und der Effektivität der Elterntrainings ermitteln: Eine reduzierte Adhärenz geht mit einer geringeren Effektivität des Elterntrainings einher. Als Erklärungsansatz beschreiben die Autoren die These, dass bei einer geringeren Adhärenz die relevanten Erziehungsfertigkeiten von den Eltern

nicht erlernt werden konnten [91].

SPRINGER & REDDY [102] untersuchten den Zusammenhang zwischen Eltern-Adhärenz und dem Kind- und Elternoutcome bei 51 Kindern mit ADHS im Alter von 4,5 bis 8,5 Jahren. Die Teilnehmer wurden randomisiert drei verschiedenen Gruppen zugeteilt: In der ersten Gruppe erhielten ausschließlich die Kinder ein Gruppentraining, in der zweiten Gruppe erhielten sowohl die Kinder als auch die Eltern ein Gruppentraining und in der dritten Gruppe wurden die Eltern zusätzlich gebeten ihre Adhärenz einzuschätzen. Die Autoren gingen davon aus, dass alleine dadurch, dass der Fokus auf deren Adhärenz gesetzt wird, sich diese erhöht. Die Trainings aller drei Gruppen fanden wöchentlich für jeweils 90 Minuten über zehn Wochen statt.
Die Teilnehmer der beiden anderen Gruppen erhielten jede Gruppenstunde Therapie-Hausaufgaben. Die Teilnehmer der dritten Gruppe wurden zudem gebeten, jede Gruppenstunde einen Adhärenz-Fragebogen, den „Parental Adhärenz Measure (PAM)“, auszufüllen.
Der PMA wurde entwickelt, um die elterliche Adhärenz zu bewerten: Die Eltern gaben jede Woche beziehungsweise zu jeder vermittelten Intervention an, wie häufig und wie akkurat sie diese umgesetzt hatten. Dazu gaben die Eltern auf einer sechs-stufigen Likert-Skala (1= gar nicht bis 6= mehr als vier Mal) an, wie häufig sie die vermittelte Intervention täglich angewandt hatten. Eine Frage des PAM lautet beispielsweise: „Wie häufig haben Sie während der letzten Woche wirkungsvolle Aufforderungen gestellt?“ Zudem beurteilen die Eltern die empfundene Wirksamkeit der Interventionen.

Gruppe Zwei erzielte bessere Outcomewerte als Gruppe Eins, sodass der Rückschluss nahe liegt, dass eine multimodale Therapie einer alleinigen Kindintervention vorzuziehen ist. Die dritte Gruppe erzielte jedoch die besten Outcomewerte sowohl in Bezug auf die Reduktion des kindlichen Problemverhaltens als auch auf die Steigerung der elterlichen Kompetenz. Geht man davon aus, dass sich die Adhärenz der Eltern durch ihre eigene Bewertung ihrer Adhärenz erhöht hat, kann von einem Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und der Reduktion des kindlichen Problemverhaltens sowie der elterlichen Kompetenz ausgegangen werden [102].

### 2.3.5 Zusammenhang zwischen Adhärenz bei Bibliotherapie und dem Therapieerfolg

Auch in einigen Bibliotherapiestudien wurde die Compliance der Teilnehmer untersucht, so zum Beispiel in der Studie von LIU ET AL. [61]. Hauptziel war die Untersuchung der Wirksamkeit von kognitiver Bibliotherapie bei an Depression erkrankten, erwachsenen Taiwanesen (Durchschnittsalter 27 Jahre). 52 Teilnehmer wurden randomisiert und entweder einer Interventions- oder einer Warte-Kontroll-Gruppe zugeteilt. Während der Interventionsphase erhielten die Teilnehmer das Selbsthilfebuch „Mind over Mood“, welches sich mit der depressiven Symptomatik befasst. Die Teilnehmer wurden gebeten, innerhalb von vier Wochen die Kapitel eins bis zehn zu bearbeiten. Zusätzlich erhielten sie wöchentliche Erinnerungs-Emails sowie die Möglichkeit, sich bei Bedenken oder Fragen an einen The-

rapeuten zu wenden. Die Symptomatik wurde vor und direkt nach der Intervention sowie in einer Follow-up-Messung nach drei Monaten durch zwei Depressionsfragebögen („Beck Depression Inventory“ und „The Self-Control Schedule“) erhoben. Die Compliance der Teilnehmer wurde zeitnah nach der Interventionsphase erfasst, indem durch das Teilnehmerurteil erhoben wurde, wie viele der zehn Kapitel bearbeitet wurden.

Nach der Interventionsphase verbesserte sich bei den Teilnehmern die depressive Symptomatik, wobei die kognitiv-affektiven Symptome einen deutlicheren Rückgang zeigten als die somatischen Symptome der Depressivität. Bei der Follow-up-Messung war eine weitere Reduktion der Symptomatik zu verzeichnen. Zusammenfassend konnte bestätigt werden, dass sich die kognitive Bibliotherapie als signifikant wirksam in der Teilnehmergruppe erwachsener depressiv erkrankter Menschen zeigt.
Hingegen konnte kein signifikanter korrelativer Zusammenhang zwischen dem Outcome und der Compliance der Teilnehmer gefunden werden: Durchschnittlich wurden 7,83 (SD= 2,99) Kapitel des Buches bearbeitet, wobei die Anzahl der bearbeiteten Kaptitel in keinem Zusammenhang mit dem Outcome stand.

Eine weitere Studie, bei der die Compliance von depressiven Teilnehmern einer Bibliotherapie untersucht wurde, ist die von ACKERSON ET AL. [2]. Hauptziel war auch hier die Untersuchung der Wirksamkeit von kognitiver Bibliotherapie. Zudem wurden die Compliance, das Verständnis und die Umsetzung der Interventionen als Prädiktoren für die Symptomverminderung untersucht. ACKERSON ET AL. [2] gingen davon aus, dass eine hohe Compliance der Teilnehmer eine ebenso hohe Symptomverminderung bei Programmende voraussagt.
Die Stichprobe setzte sich aus 22 Jugendlichen mit einer depressiven Symptomatik zusammen. Die Teilnehmer wurden entweder einer vierwöchigen Interventions- oder einer Warte-Kontroll-Gruppe zugeteilt. Nach weiteren vier Wochen wurden die Ergebnisse in einer Follow-up-Messung überprüft.

Während der Interventionsphase erhielten die Teilnehmer der Interventionsgruppe ein störungsspezifisches Selbsthilfebuch, einen Fragebogen mit Verständnisfragen zu den Inhalten des Buches und ein Arbeitsbuch mit Anleitungen zu den Interventionen. Die Teilnehmer erhielten wöchentliche Anrufe, in denen erhoben wurde, wie viele Seiten sie jeweils gelesen und wie viele Interventionen sie aus dem Arbeitsbuch bearbeitet hatten. Zudem wurde nach der Interventionsphase der Fragebogen zum Verständnis der Inhalte erhoben.

Es zeigte sich, dass die Bibliotherapie der Warte-Kontrollgruppe deutlich überlegen war. Die depressive Symptomatik verbesserte sich bei den Teilnehmern der Bibliotherapie signifikant. Die Ergebnisse zeigten sich auch nach einem Monat stabil.

In einer Regressionsanalyse wurden das inhaltliche Verständnis der Teilnehmer (Summenscore des Verständnisfragebogens), die Compliance (Anzahl der gelesenen Seiten) und die Umsetzung (Anzahl der umgesetzten Interventionen) als mögliche Prädiktoren für das Outcome untersucht. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden. Mittels Korrelationen konnten jedoch signifikante Zusammenhänge zwischen der Compliance der Teilnehmer, deren Verständnis der Buchinhalte und der Interventionsumsetzung gefunden werden.

Es zeigt sich demnach, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Verständnis und der Anzahl der umgesetzten Interventionen sowie der Anzahl der gelesenen Seiten besteht. Die drei Konstrukte beeinflussen sich vermutlich gegenseitig oder werden von einem weiteren Faktor gemeinsam beeinflusst. Unklar bleibt bei den Ergebnissen jedoch, welche Merkmale Einfluss auf diese drei Faktoren haben. Zudem konnte kein Zusammenhang zwischen den Konstrukten und der Symptomverminderung bei Programmende gefunden werden, was der Erwartung widerspricht, dass eine hohe Compliance der Teilnehmer eine ebenso hohe Symptomverminderung bei Programmende voraussagt. Die Compliance, das Verständnis und die Umsetzung der Interventionen stellen demnach keine verlässlichen Prädiktoren für die Symptomverminderung dar.

ABRAMOWITZ ET AL. [1] untersuchten in ihrer Studie unter anderem den Einfluss von Adhärenz auf die Effektivität eines kognitiven Selbsthilfeprogramms mit minimalen therapeutischen Kontakten (Bibliotherapie) bei Erwachsenen mit sozialer Phobie.

21 Erwachsene wurden entweder einer Interventions- oder einer Wartekontrollgruppe zugeteilt. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe erhielten ein Selbsthilfebuch, das sie innerhalb von acht Wochen bearbeiten sollten. In der ersten, zweiten, dritten, sechsten und achten Woche fanden kurze Kontakte (< 30 Minuten) mit einem Therapeuten statt, um die gelesenen Kapitel und die Interventionen durchzusprechen und Fragen zu klären. In den übrigen Wochen wurden den Teilnehmern kurze Telefonate (< 15 Minuten) angeboten. Nach der Interventionsphase mussten die Teilnehmer auf einer siebenstufigen Skala (1= ich habe keine der empfohlenen Intervention umgesetzt bis 7= ich habe alle empfohlenen Interventionen umgesetzt) ihre Adhärenz bewerten.

Der Adhärenzwert wurde in einer Korrelationsanalyse dem Outcomewert gegenübergestellt, um einen möglichen Zusammenhang der Teilnehmer-Adhärenz mit den Effekten der Bibliotherapie untersuchen zu können. Es zeigte sich, dass eine höhere Adhärenz mit niedrigeren Post-Symptomwerten und Follow-up-Symptomwerten einhergingen. Die Ergebnisse lassen einen Zusammenhang zwischen der Teilnehmer-Adhärenz mit der Effektivität der Bibliotherapie vermuten.

In der im Abschnitt „Wirksamkeit von Bibliotherapie im Kontext von ADHS“ vorgestellten Studie „Positive Parenting Program (Triple P)“ von HAHLWEG ET AL. [47] wurde ebenfalls die Compliance der teilnehmenden Eltern untersucht. Erhoben wurde auch hier, wie viele Kapitel des Selbsthilfebuches die Teilnehmer gelesen hatten. HAHLWEG ET AL. [47] stellten die Hypothese auf, dass die Reduktion der kindlichen und elterlichen Symptomatik in Zusammenhang mit der Anzahl der Kapitel, die die Eltern gelesen haben, stehe.

Im Durchschnitt hatten die teilnehmenden Mütter neun von zehn Kapiteln gelesen. Es konnten signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Compliance und der Reduktion der elterlichen Symptomatik gefunden werden: Je mehr Kapitel die Mütter gelesen haben, desto deutlicher reduzierten sich auch ihre dysfunktionalen Erziehungsstrategien. Hinge-

gen konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Compliance und der kindlichen Symptomreduktion ermittelt werden.

Zusamenfassend kann festgehalten werden, dass bei zwei von drei Studien, bei denen der Zusammenhang der Compliance von erwachsenen oder jugendlichen Patienten mit dem Therapieerfolg untersucht wurde, konnte kein aussagekräftiger Zusammenhang beschrieben werden. Bei einer Studie hingegen konnte bestätigt werden, dass die Teilnehmer-Adhärenz signifikant mit der Effektivität der Bibliotherapie in Zusammenhang stand. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die beschriebenen Studien die Compliance jeweils unterschiedlich erfassen. Es kann vermutet werden, dass ein Konstrukt die tatsächliche Compliance der Teilnehmer besser erfasst, als ein anderes Konstrukt. Eine weitere Studie, in der die Adhärenz von Teilnehmern eines Selbsthilfeprogramms untersucht wurde, welche sich an Eltern verhaltensauffälliger Kinder richtet, konnte ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Teilnehmer-Adhärenz mit der Effektivität der Bibliotherapie bezüglich der elterlichen Erziehungskompetenz beschreiben.
Die Studienergebnisse fallen unterschiedlich aus. Erste Ergebnisse beschreiben jedoch einen Zusammenhang von Teilnehmer-Adhärenz angeleiteter Selbsthilfeprogramme mit dem Therapieerfolg. Es besteht demnach weiterer Forschungsbedarf bezüglich der Vorhersageverlässlichkeit von Teilnehmer-Adärenz angeleiteter Selbsthilfeprogramme auf den Therapieerfolg.

### 2.3.6 Zusammenhang zwischen soziodemographischen- sowie Symptommerkmalen und der Adhärenz

Welche Faktoren die Adhärenz von Teilnehmern behavioraler Therapieprogramme beeinflussen, wurde bislang kaum untersucht. Im Bereich der Arzneimitteltherapie liegen durchaus Studien vor, welche einen Zusammenhang von der Art, Dauer und dem Verlauf der Erkrankung, dem Geschlecht und dem sozioökonomischen Status (SES) der Patienten sowie von Nebenwirkungen des verschriebenen Präparates mit der Patienten-Adhärenz beschreiben WINTERSTELLER [110] und ARNOLD [4]. Im Bereich der psychosozialen Interventionen ist die Studienlage jedoch unzureichend.

Die WHO untersuchte verschiedene Patientenmerkmale als mögliche Prädiktoren für die Adhärenz der Patienten. Die Zusammenhänge zeigten sich jedoch als sehr schwach. Verlässliche Merkmale, welche die Adhärenz vorhersagen, konnte die WHO nicht ermitteln [112].

Einige wenige Studien fanden Prädiktoren für die Adhärenz von Teilnehmern von Elternprogrammen [77]. So zeigten beispielsweise PATTERSON & CHAMBERLAIN [81] einen Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und der Psychopathologie der Eltern, einem schwachen sozialen Status der Familie sowie einem höheren Alter der Kinder [81].

GRAHLMANN & LINDEN [44] benennen in ihrer Übersichtsarbeit über Bibliotherapie folgende Prädiktoren, welche Einfluss auf die Adhärenz der Betroffenen haben: Die Art der Er-

krankung, der Zeitpunkt der Bibliotherapie (wie lange die Erkrankung zum Zeitpunkt der Bibliotherapie bereits bestand), die Art und Aufmachung der eingesetzten Literatur sowie die Begleitung des Therapeuten. Die Autoren erklären, dass entscheidend ist, ob die Patienten eine Ähnlichkeit zwischen sich und den beschriebenen Personen oder Problemen erkennen. Dies ist als ebenso bedeutsam für das Verständnis eines Textes zu bewerten, wie der Erwerb von Wissen. Denn die Patienten, die sich in den beschriebenen Problemen wiederfinden können, haben den größten Nutzen des Lesens, da sie die Texte am differenziertesten verstehen und Hilfestellungen für ihre Situation am besten ableiten können. Dadurch werden sie die empfohlenen Interventionen eher umsetzen, als Personen, sie keine Ähnlichkeit zwischen den beschriebenen und ihren Problemen erkennen können [44].

ARNOLD [4] schreibt von einer „widersprüchlichen Studienlage“ und schlussfolgert, dass Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, Ausbildungsstand oder Intelligenz keine verlässlichen Prädiktoren für Adhärenz darstellen. Sie führt dies auf die Personengruppen zurück, die an den Studien beteiligt wurden, da die meisten Untersuchungen der Patienten-Compliance im stationären Rahmen stattfinden. Das schließe eine Vielzahl von Patienten aus und schaffe eine implizite Vorauswahl, welche es unmöglich mache, den potentiellen Einfluss soziodemographischer Faktoren auf das Compliance-Verhalten von Patienten vergleichend zu analysieren.

In einer Studie von MACNAUGHTON & RODRIGUE [63] wurde die Adhärenz von 93 Eltern bzw. Erziehungsberechtigten untersucht, deren Kinder aufgrund verschiedener Probleme in eine Ambulanz einer Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen wurden. Es wurde untersucht, welche elterlichen Faktoren Einfluss drauf hatten und wie stringent die Eltern den Empfehlungen der Behandler nachkamen. Vier Wochen nach der Behandlung in der Ambulanz wurden die Eltern kontaktiert und befragt, wie viele und welche Empfehlungen sie umgesetzt hatten. Im Durchschnitt wurden 67 % aller Empfehlungen befolgt. Bei der medikamentösen Behandlung lag die Adhärenz bei 81 %, bei den psychosozialen Interventionen hingegen lediglich bei 47 % [63].
Von den elterlichen Merkmalen wurden die elterliche Ausbildung, der elterliche Beruf, das Alter, die Herkunft, das familiäre Einkommen, die Familienstruktur, die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm, die Fähigkeit der Eltern, sich innerhalb der Follow-up-Messung an die Empfehlungen zu erinnern, sowie die elterliche Selbstwirksamkeit als Prädiktoren untersucht. Weiterhin wurden das Geschlecht, das Alter und die Symptomausprägung der Kinder mit der Adhärenz der Eltern in Bezug gesetzt. Nach den Ergebnissen von MACNAUGHTON & RODRIGUE [63] zeigte sich weder eines der Eltern- noch eines der Kindmerkmale als verlässlicher signifikanter Prädiktor für die Eltern-Adhärenz.

Hingegen konnte in drei Studien ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (SES), der Symptomausprägung beim Kind sowie dem elterlichen Stresserleben und der Eltern-Adhärenz festgestellt werden: Ein geringer SES sagte eine geringe Adhärenz der Eltern voraus, ebenso wie ein hohes Stresserleben bei den Eltern oder eine hohe Symptomausprägung beim Kind eine geringe Eltern-Adhärenz voraussagte [3, 51, 52].

Die Studienlage bezüglich der Faktoren, welche die Adhärenz von Teilnehmern behaviora-

ler Therapieprogramme beeinflussen ist widersprüchlich. Ein Teil der Studien konnte keine verlässlichen Vorhersagefaktoren für die Adhärenz der Teilnehmer finden. Andere Studien beschreiben jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Eltern- bzw. Kindmerkmalen und der Adhärenz der Eltern. Von den Elternmerkmalen werden vor allem der sozioökonomische Status sowie die Psychopathologie der Eltern als Vorhersagefaktoren für die Adhärenz benannt. Bei den Kindmerkmalen konnte mehrfach die Symomausprägung als verlässlicher Prädiktor für die Adhärenz belegt werden.
Die Ausführungen machen deutlich, dass der Bedarf an bevölkerungsbasierten Studien, welche die Adhärenz und mögliche Prädiktoren von Adhärenz untersuchen, sehr groß ist, da bereits ein Zusammanhang von Adhärenz und dem Therapieerfolg bestätigt werden konnte und eine unzureichende Adhärenz die Effektivität sowohl von medizinischen wie auch von psychosozialen Interventionen reduzieren kann.

## 2.4 Patientenzufriedenheit

Die Erhebung der Patientenzufriedenheit beziehungsweise der Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung ihres Kindes ist ein Teil der Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung [97]. Ebenso ist die Erfassung der Teilnehmerzufriedenheit bei Elternprogrammen Teil der Qualitätssicherung bei der Beratung von Eltern verhaltensauffälliger Kinder. Dennoch wird der Stellenwert der Patientenzufriedenheit in der Literatur vielfach kontrovers diskutiert [48]. Es liegen unterschiedliche Ergebnisse von Studien darüber vor, wie eng die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem Behandlungserfolg in Zusammenhang steht. Dieses Kapitel beschäftigt sich mit dem Forschungsstand zur Patientenzufriedenheit in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung.

### 2.4.1 Begriffsbestimmung

Zufriedenheit ist als emotionale Reaktion auf ein Ergebnis eines kognitiven Soll-Ist-Vergleichs zu verstehen. Eine subjektiv wahrgenommene Anbieterleistung, der „Ist-Zustand“, wird gegenüber einer erwarteten Leistung, dem „Soll-Zustand“, bewertet. Der Grad der Zufriedenheit bestimmt sich aus dem Ergebnis dieser Bewertung: Sie hat entweder eine Bestätigung oder eine Nichtbestätigung als Ergebnis und führt demnach zur Zufriedenheit oder zur Nicht-Zufriedenheit [76].
Der Begriff „Patientenzufriedenheit“ wird auch definiert als „Kennzeichnung der sozialen Qualität der medizinischen Betreuung“ [76, S. 3]. Sie hänge entscheidend von der Fähigkeit des Arztes ab, mit dem Patienten zu kommunizieren, besonders ihn über die Entstehung und den Verlauf seiner Krankheit aufzuklären und ihn in die Therapie mit einzubeziehen [76].
Eine weitere Definition ist bei WÜTHRICH-SCHNEIDER [113, S. 83] zu finden. Er definiert Patientenzufriedenheit als „Reaktion der medizinisch Behandelten zu hervorstechenden Aspekten der Dienstleistung“. Seiner Ausführung nach kann Patienten-Unzufriedenheit durch ein Ereignis, das nicht hätte vorkommen sollen, entstehen oder durch eine erwünschte Situation, die nicht eingetreten ist [76].

### 2.4.2 Modelle, Einflussfaktoren und Erhebung von Patientenzufriedenheit

Durch die Definitionen wird deutlich, dass sich im Zuge der Gesundheitsreform eine neue Sichtweise des Patienten entwickelt hat. Der Patient wird als „Kunde“ wahrgenommen und behandelt. Er muss demnach nicht nur durch medizinische Leistung, sondern auch durch guten Service zufriedengestellt werden. Auch der Patient hat seine Erwartungen verändert. Er fordert mehr Integration in den medizinischen Entscheidungsprozeß, mehr Transparenz durch verständliche Informationen und eine stärkere Berücksichtigung seiner Persönlichkeitsrechte [76].

Selbst ein nachgewiesen wirksames Behandlungsverfahren mit einem sehr guten Kosten-Nutzenverhältnis trägt nicht viel zur Versorgungsqualität bei, wenn es von den Patienten als nicht zufiedenstellend bewertet und beispielsweise aufgrund einer schlechten Errreichbarkeit oder persönlicher Präferenzen nicht angenommen wird. Die Zufriedenheit wird als ein zentraler Indikator für die Akzeptanz einer Behandlung diskutiert, denn ob ein Patient eine Behandlung bei einer erneuten Erkrankung wieder in Anspruch nimmt, sie im Bekanntenkreis weiterempfiehlt oder aber sie abbricht, hängt von der Beurteilung des Patienten ab und weniger von der Beurteilung durch den Arzt [48, 101].

GARLAND ET AL. [37] benennen drei Arten von Variablen, welche sich auf die Patienten- und Elternzufriedenheit auswirken: (1) Patientenmerkmale (wie beispielsweise das Alter, das Geschlecht, die Diagnose oder die Symptomausprägung vor Behandlungsbeginn), (2) Therapie- und Therapeutenmerkmale (wie beispielsweise das Therapiematerial oder die therapeutische Erfahrung) und (3) die Symptomausprägung nach Behandlungsabschluss (wie beispielsweise Symptomveränderung und Verbesserung des Funktionsniveaus). Die Autoren benennen einen deutlichen Bedarf an weiteren Studien, welche die genannten Faktoren als Einflussvariablen auf die Zufriedenheit der Patienten und deren Eltern besonders in der kinder- und jugendtherapeutischen psychosozialen Behandlung untersuchen.

NEUGEBAUER & PORST [76] fassen zusammen, dass sich Patientenzufriedenheit als Ergebnis unterschiedlichster Einflussfaktoren beschreiben lässt. Hierbei wird der Anteil zufriedener Patienten umso höher sein, je geringer die Erwartungen und Ansprüche der Patienten sind und je besser die empfundene Versorgungsqualität ist. Auch wird der Anteil zufriedener Patienten höher sein je stärker die Bereitschaft zu kognitiven Umdeutungen ausgeprägt ist beziehungsweise je weniger Relevanz aufgrund der individuellen Wertehierarchie einem schlecht bewerteten Behandlungselement zugesprochen wird. Unzufriedenheit kann demnach Folge hoher Erwartungen und Ansprüche, einer schlechten Versorgungsqualität oder der besonderen Relevanz eines schlecht bewerteten Behandlungselements in der individuellen Wertehierarchie sein [76].

Bei der Messung der Patientenzufriedenheit unterscheidet BLUM [14] drei Ebenen: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Zu der *Strukturqualität* zählen die weitgehend behandlungsunabhängigen Eigenschaften eines Behandlungsanbieters. Eingeschlossen wer-

den personale, materielle und organisatorische Elemente, wie beispielsweise die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, die finanzielle und infrastrukturelle Ausstattung und der Organisationsaufbau. Die *Prozessqualität* bezieht sich hingegen auf die behandlungsabhängigen Eigenschaften des Behandlungsanbieters und auf die Qualität der Behandlung sowie auf die nicht-medizinischen Aspekte des Versorgungsablaufs. Die *Ergebnisqualität* wiederum wird in einem hohen Maße durch die Prozessqualität bestimmt und bezieht sich auf das Ergebnis der medizinischen Behandlung oder aber auf ein Ereignis, das nicht hätte vorkommen sollen [97].

Patientenfragebögen haben sich als Messinstrumente der Patientenzufriedenheit bewährt und stellen somit ein Instrument zur Therapieevaluation und zur Qualitätssicherung bei psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern dar. Die Fragebögen berücksichtigen die unterschiedlichen Ebenen der Zufriedenheit und sollen ermitteln, wie positiv oder wie negativ der Behandlungsverlauf und der Behandlungserfolg beurteilt werden. Durch die Fragebögen wird die subjektive Bewertung der Behandlung erfasst. Hierbei können die Fragebögen von verschiedenen Beurteilern ausgefüllt werden, beispielsweise von den Patienten selbst oder aber in der kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung auch von den Eltern der behandelten Kinder und Jugendlichen. Fragebögen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit werden gleichermaßen im stationären wie im ambulanten Bereich eingesetzt. Die Fragebögen werden meist unmittelbar nach Abschluss der Behandlung angewandt, sie können jedoch auch in katamnestischen Untersuchungen eingesetzt werden [97]. Es wurde eine Vielzahl von Fragebögen zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit entwickelt. Die am häufigsten eingesetzten Instrumente sind der „Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung“ von MATTEJAT & REMSCHMIDT [65] und der „Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)“ von ATTKISSON & ZWICK [5]. Von dem CSQ gibt es eine deutsche Adaption: Den „Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF)“ von SCHMIDT ET AL. [96] gibt es so wie den CSQ in unterschiedlich ausführlichen Varianten mit entsrechend mehr oder weniger Fragen. Die Reliabilität der genannten Fragebögen, gemessen über die interne Konsistenz, fällt hoch aus ($\alpha > .70$) [5, 48, 65]. Im folgenden Abschnitt werden einige Studien zur Patientenzufriedenheit sowie deren Erhebungsinstrumente vorgestellt.

### 2.4.3 Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg

Die Studienlage, betreffend den Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit psychosozialen Behandlungsangeboten und dem Behandlungserfolg, ist nicht eindeutig. Das Konzept „Patientenzufriedenheit “ wird auch kritisch diskutiert, da die hauptsächlich aus den USA stammenden Forschungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit Befunde mit einer sehr hohen Zufriedenheit der Patienten mit ihrer medizinischen Versorgung hervorbringen [60].

REY ET AL. [90] untersuchten in den Jahren 1992 bis 1996 den Zusammenhang von elterlicher Zufriendenheit mit dem Behandlungserfolg bei psychosozialen Angeboten für Kinder und Jugendliche. In die Studie eingeschlossen wurden insgesamt 1278 Patienten, die eine Behandlung abgeschlossen hatten. Der Behandlungserfolg wurde mittels Fragebögen erho-

ben: 96 % der Behandlungen wurden von den Behandlern als erfolgreich beurteilt. Hierbei schnitten die ambulanten Behandlugen erfolgreicher ab als die stationären Behandlungen. Bei 40 % aller Patienten bzw. deren Eltern konnte die Zufriedenheit mittels eines Fragebogens, bestehend aus acht Items und einer vier-stufigen Linkert-Skala, erhoben werden. 76 % der Eltern waren größtenteils oder sehr zufrieden. Eltern von Patienten ambulanter oder stationärer Angebote waren gleichermaßen zufrieden, jedoch erhöhte sich die Zufriedenheit bei einer längeren Behandlungsdauer. Ein schwacher signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Behandlungserfolg ermittelt werden.

In einer Folgestudie fanden REY ET AL. [89] einen höheren Zusammenhang zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit der Behandlung und dem Behandlungserfolg bei ihren Kindern. Eingeschlossen wurden 58 Eltern, welche in einem Fragebogen eine hohe Zufriedenheit mit der Behandlung angegeben hatten und 53 Eltern, die unzufrieden mit der Behandlung ihrer Kinder waren. Die Ergebnisse zeigten, dass die mit der Behandlung zufriedenen Eltern eine acht Mal höhere Wahrscheinlichkeit hatten, dass ihr Kind einen durch die Behandler beurteilten zufriedenstellenden Behandlungserfolg hatten, als Eltern, die mit der Behandlung unzufrieden waren. Wurde der Behandlungserfolg durch unabhängige Beurteiler beurteilt, hatten die Kinder zufriedener Eltern immer noch eine sechs Mal höhere Wahrscheinlichkeit auf ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis als Kinder unzufriedener Eltern.

BJORNGAARD ET AL. [13] untersuchten in ihrer Studie unter anderem den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Patienten bzw. deren Eltern und dem Behandlungserfolg. Eingeschlossen wurden Eltern von 49 norwegischen ambulanten Versorgungszentren, deren Kinder zumindest eine Leistung eines Versorgungszentrums in Anspruch genommen hatten. 33 % Kinder hatten internale und 41 % externale Verhaltensprobleme. Bei 26 % der Kinder wurden andere Symptomtypen diagnostiziert. Die Zufriedenheit der Eltern wurde mit Hilfe von zwei Zufriedenheitsfragebögen erhoben, welche die Eltern nach der Inanspruchnahme der Leistung ausgefüllt hatten.
46–74 % der Eltern berichteten eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg. Zudem zeigte sich, dass die Zufriedenheit der Eltern in den unterschiedlichen Versorgungszentren gleichermaßen hoch ausfiel. Mittels Korrelationssanalysen wurde untersucht, inwieweit die Zufriedenheit der Eltern mit dem Erfolg der Behandlung in Zusammenhang stand. Es konnte ein mittlerer Zusammenhang der elerlichen Zufriedenheit und dem Behandlungserfolg beschrieben werden.

GARLAND ET AL. [37] untersuchten verschiedene Bereiche als mögliche Prädiktoren von Patienten- und Elternzufriedenheit mit psychosozialen Versorgungsangeboten für Jugendliche. Unter anderem wurde auch der Behandlungserfolg eibezogen.
143 Jugendliche mit einer klinischen Diagnose erhielten Angebote eines ambulmaten Versorgungszentrums. Die Symptomatik der Jugendlichen wurde vor Beginn der Intervention und nach deren Abschluss mit Hilfe von Fragebögen erhoben. Die Zufriedenheit mit der Intervention wurde nach Abschluss bei den Jugendlichen und deren Eltern erfragt.
Sowohl die Jugendlichen als auch die Eltern berichteten eine hohe Zufriedenheit, obwohl diese untereinander nur in einem kleinen Zusammenhang standen.
Es konnte ein schwacher signifikanter Zusammenhang zwischen hoher Zufriedenheit der

Eltern und einer Symptomverminderung bei den Jugendlichen gefunden werden. Somit beurteilen die Autoren die Zufriedenheit mit der Behandlung als schwachen Indikator für den Behandlungserfolg.

Die Studie von GEISER ET AL. [40] hatte zum Ziel, die Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung nach einer stationären Angstpsychotherapie zu indentifizieren. 231 Angstpatienten wurden vor dem Therapiebeginn, nach Abschluss der Therapie sowie zur einer Ein-Jahres-Katamnese untersucht. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde mit einem Fragebogen untersucht.
Ein Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit konnte ausschließlich mit dem symptombezogenen Therapieerfolg gefunden werden. Hierbei zeigt sich, dass die Patientenzufriedenheit höher mit dem Ausmaß der Symptomausprägung nach der Therapie als mit der erfolgten Symptomreduktion korreliert.

TURCHIK ET AL. [106] bewerten die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung als eine wichtige Information für Anbieter von psychosozialen Behandlungen. Ziel ihrer Studie war es, auch den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Jugendlichen und deren Eltern und der Symptomreduktion zu untersuchen.
2005 untersuchten die Autoren die Daten des „Ohio Department of Mental Health (ODMH)“ und berücksichtigten die Daten von 59.601 Jugendlichen, die ein ambulantes psychosoziales Angebot in Ohio in Anspruch genommen hatten, sowie die Daten von 94.722 Eltern. Eingeschlossen wurden 3.860 Jugendliche im Alter von 12 bis 18 Jahren, welche eine Diagnose nach dem DSM-IV gestellt bekommen hatten und die mit ihren Eltern bereit waren, sechs Monate nach der Behandlung die Zufriedenheit zu beurteilen.
Die Ergebnisse zeigten eine hohe Zufriedenheit bei den Jugendlichen und deren Eltern. Gefunden wurde ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Symptomreduktion der Jugendlichen: Es zeigte sich ein signifikanter aber schwacher positiver Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Symptomreduktion bei den Jugendlichen: Je höher die Symptomreduktion bei den Jugendlichen, desto höher zeigte sich auch die Zufriedenheit.

Die dargestellten Studien konnten alle einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Eltern und dem Therapieerfolg beschreiben. Allerdings benennt der Großteil der Studien ausschließlich einen schwachen Zusammenhang, so dass sich die Zufriedenheit der Teilnehmer von psychosozialen Behandlungsangeboten nur bedingt als Indikator für den Behandlungserfolg eignet. Demzufolge muss es auch noch andere Faktoren geben, die mit der Zufriedenheit der Teilnehmer in Zusammenhang stehen. Der nachfolgende Abschnitt beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit und Kind- sowie Elternmerkmalen.

### 2.4.4 Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit Kind- sowie Elternmerkmalen

Der Großteil der im vorangegangenen Abschnitt dargestellten Studien untersucht zudem den Zusammenhang von elterlicher Zufriedenheit mit verschiedenen Kind- und Elternmerkmalen.

REY ET AL. [89] verglichen die Merkmale zwischen den zufriedenen und den unzufriedenen Eltern. Hierbei fielen signifikante Unterschiede auf: Unzufriedene Eltern hatten signifikant häufiger Sozialhilfe empfangen, Kinder mit einer expansiven Verhaltsstörung und entweder lediglich ein beratendes Angebot oder aber eine stationäre Behandlung des Kindes in Anspruch genommen, während die zufriedenen Eltern eher ambulate Therapieangebote in Anspruch nahmen.

BJORNGAARD ET AL. [13] untersuchten in ihrer Studie ebenfalls den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Zufriedenheit der Patienten. Als Prädiktoren von elterlicher Zufriedenheit konnten das Alter der Kinder, die Behandlungsdauer, die Diagnose des Kindes und die Wartezeit gefunden werden: Es zeigte sich, dass Eltern von 0-6-jährigen Kindern zufriedener mit der Behandlung waren als Eltern älterer Kinder. Eine längere Behandlungsdauer wirkte sich positiv aus, hingegen wirkten sich lange Wartezeiten negativ auf die Zufriedenheit der Eltern aus. Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen internalen Verhaltensauffälligkeiten der Kinder mit hoher Zufriedenheit gefunden. Eltern von Kindern mit externalen Verhaltensproblemen zeigten sich hingegen weniger zufrieden.

Neben dem Behandlungserfolg untersuchten GARLAND ET AL. [37] zudem zwei weitere Bereiche als mögliche Prädiktoren von Patienten- und Elternzufriedenheit: Patienten- und Elternmerkmale sowie Therapie- und Therapeutenmerkmale. Es konnte ein schwacher signifikanter Zusammenhang zwischen hoher Zufriedenheit der Eltern und einer geringen Symptomausprägung vor Behandlungsbeginn und einer längeren Behandlungsdauer bei den Jugendlichen gefunden werden. Somit konnten die Autoren zumindest schwache Indikator für die Zufriedenheit mit der Behandlung beschreiben.

Die Studie von GEISER ET AL. [40] hatte zum Ziel, die Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung nach einer stationären Angstpsychotherapie zu indentifizieren. Es zeigte sich, dass die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung weder mit dem Alter, dem Geschlecht oder dem Bildungsstand der Patienten, noch mit der Krankheitsdauer, der Symptombelastung bei Therapiebeginn oder der Behandlungsdauer korrelierte.

Auch TURCHIK ET AL. [106] untersuchten den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit von Jugendlichen und deren Eltern und einigen Patientenmerkmalen, wie Geschlecht, Alter, Diagnose und Symptomreduktion.
Gefunden wurde ein signifikanter, wenn auch schwacher Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit und der Diagnose und dem Alter der Jugendlichen: Schwerwiegende Diagnosen bei den Jugendlichen (wie beispielsweise Psychosen, Depressionen oder Bipolare Störungen) gehen mit einer geringeren Zufriedenheit mit der Behandlung sowohl bei den Jugendlichen als auch bei deren Eltern einher. Zudem zeigten sich Eltern jüngerer Jugendlicher zufriedener mit der Behandlung als Eltern älterer Jugendlicher. Zwischen der Zufriedenheit mit der Behandlug und dem Geschlecht konnte kein signifkanter Zusammenhang ermittelt werden.

Eine weitere Studie, die sich mit möglichen Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit beschäftigt, ist die Studie von GREENWOOD ET AL. [46]. Untersucht wurde der Zusammen-

hang von verschiedenen Parientenmerkmalen mit der Zufriedenheit von Patienten stationärer Behandlungen verschiedener psychischer Störungen.
Eingeschlossen wurden 430 Patienten, die stationär in einer Psychiatrie länger als fünf Tage behandelt wurden und sich bereit erklärten, Auskunft über ihre Zufriedenheit mit der Behandlung zu geben. Die Patienten wurden nach ihrer Behandlung unter anderem mit dem „Client Satisfaction Questionnaire (CSQ)“ von ATTKISSON & ZWICK [5] interviewed. Der Fragebogen beinhaltet acht Fragen zur Zufriedenheit mit der Behandlung.
Mehr als drei Viertel der Patienten waren insgesamt zufrieden, obgleich auch zwei Drittel von negativ bewerteten Erfahrungen berichteten. Frauen und jüngere Patienten waren weniger zufrieden mit der Behandlung. Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und der Nationalität gefunden werden.
Die Ergebnisse zeigten, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Patientenzufriedenheit und dem Alter und Geschlecht der Patienten gefunden wurde: Frauen und jüngere Patienten waren weniger zufrieden mit der Behandlung als Männer oder ältere Patienten. Keine signifikanten Zusammenhänge konnten zwischen der Zufriedenheit und der Nationalität oder der Diagnose der Patienten gefunden werden.

Fünf der sechs vorgestellten Studien konnten einen Zusammenhang von der elterlichen Zufriedenheit mit Kind- oder Elternmerkmalen beschreiben. Hierbei wurde das Alter sowie die Diagnose der Kinder am häufigsten als Vorhersagefaktor für die Zufriedenheit benannt. Aber auch zwischen dem sozioökonomischen Status der Eltern sowie der Behandlungsdauer und der Zufriedenheit konnten signifikante Zusammenhänge gefunden werden. Nur vereinzelte Studien beschrieben einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Kinder sowie der Wartezeit bis zur Intervention und der Zufriedenheit, sodass sich diese Merkmale nicht als verlässliche Vorhersagefaktoren eignen.

# KAPITEL 3

# Untersuchungsgegenstand und Ziele

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung von elterlicher Adhärenz und Zufriedenheit im Rahmen eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms für Eltern von Kindern mit ADHS. Im Rahmen der Adhärenzuntersuchung wird zunächst ein Messinstrument entwickelt. Anschließend wird untersucht, welche Faktoren die Adhärenz erklären können und ob die Adhärenz mit dem Therapieerfolg im Zusammenhang steht. Für die Zufriedenheit wird ebenfalls der Zusammenhang mit verschiedenen Kind- und Elternmerkmalen sowie dem Therapieerfolg geprüft.

Die Entwicklung des Messinstrumentes für die Adhärenz der Eltern stellt einen entscheidenden Teil der vorliegenden Arbeit dar. Die Reliabilität der entwickelten Adhärenz-Skala wird überprüft. Erwartet wird, dass das Messinstrument als reliabel bewertet werden kann. Untersucht werden auch die Prädiktoren elterlicher Adhärenz. Die Studienlage ist diesbezüglich widersprüchlich. Es wird überprüft, ob Kind- und Elternmerkmale wie Alter, Geschlecht, Wohnort oder Migrationsstatus verlässliche Prädiktoren für die Adhärenz der Eltern darstellen. Die meisten der im Kapitel 2 vorgestellten Studien konnten einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Adhärenz von Teilnehmern ambulanter Elternprogramme finden [3, 51, 52, 77, 81]. Daher wird untersucht, ob auch in der vorliegenden Studie ein solcher Zusammenhang festzustellen sein wird. Anschließend wird der Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und dem Behandlungserfolg beschrieben. Erwartet wird, dass ein negativer Zusmmenhang zwischen elterlicher Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende sowie ein positiver Zusammenhang der Adhärenz und der Symptomreduktion beschrieben werden kann und damit die im Kapitel 2 vorgestellten Forschungsergebnisse weiter gefestigt werden können [1, 2, 39, 91, 102]. Denn vereinzelte Studien belegen bereits einen Zusammenhänge zwischen der Adhärenz der Eltern bei psychosozialen Interventionen [39, 91, 102] bzw. Bibliotherapien [1, 47] und dem Therapieerfolg.

Ein weiterer Untersuchungsgegenstand ist die Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern. Auch

hierfür wird zunächst das eingesetzte Messinstrument der Zufriedenheit überprüft, wobei erwartet wird, dass sich der verwendete Fragebogen als reliabel einstufen lässt. Zudem wird davon ausgegangen, dass eine hohe Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern beschrieben werden kann. Anschließend wird analysiert, welche Faktoren die Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern beeinflussen. Untersucht werden auch hier Kind- und Elternmerkmale, da die Autoren der im Kapitel 2 vorgestellten Studien einen großen Bedarf an weiteren Studien äußern, welche sowohl Kind- als auch Elternmerkmale als Einflussvariablen für die Elternzufriedenheit in der kinder- und jugendtherapeutischen psychosozialen Behandlung untersuchen. Schließlich wird der Zusammenhang von Zufriedenheit mit dem Therapieerfolg untersucht, denn auch die im Kapitel 2 vorgestellte Studienlage ist bezüglich des Zusammenhangs von elterlicher Zufriedenheit und dem Behandlungserfolg nicht eindeutig [90]. Vereinzelte Studien belegen jedoch signifikante Zusmmenhänge [37, 40, 89, 106], so dass erwartet wird, dass auch in der vorliegenden Studie ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Eltern und dem Therapieerfolg gefunden werden kann.

# KAPITEL 4

# Methodik

Im diesen Kapitel wird zunächst die Studie des Forschungsprojektes „Wirksamkeit angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Alter von 6 bis 12 Jahren (Bibliotherapie) - eine Effectivenessstudie“ mit ihrem Programm und den Materialien vorgestellt, in deren Rahmen die vorgelegten Ergbnisse erhoben wurden. Anschließend wird auf die Rekrutierung, die Ein- und Ausschlusskriterien sowie die verwendeten Messinstrumente eingegangen.

## 4.1 Studienbeschreibung

Hauptziel des Forschungsprojektes ist es, im Rahmen eines Prä-Post-Designs die Wirksamkeit eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms für Eltern von Kindern mit ADHS im Alter von sechs bis 12 Jahren zu überprüfen. Neben der Erfassung von Therapieeffekten soll auch die Umsetzbarkeit der Maßnahme unter Routineversorgungsbedingungen untersucht werden. Die Haupthypothese der übergeordneten Studie ist, dass sich über die Intervention die ADHS Symptomatik des Kindes im Urteil des teilnehmenden Elternteils reduziert [24].
Im folgenden Abschnitt wird das Programm sowie dessen Durchführung erläutert.

### 4.1.1 Programminhalt

Das angeleitete Selbsthilfeprogramm, im Folgendem auch „ADHS-Team“ genannt, setzt sich aus acht Elternheften und 14 begleitenden Telefonanrufen zusammen und unterstützt die Teilnehmer über einen Zeitraum von einem Jahr. Es wurde auf der Basis des verhaltenstherapeutischen Therapieprogramms „THOP“ [30] und dem Selbsthilfemanual „Wackelpeter und Trotzkopf“ [29] entwickelt. Zu beiden Programmen liegen Studien zur Kurz- und Langzeitwirksamkeit vor. Zusammenfassend konnte beschrieben werden, dass die Interventionen bei der Verminderung von expansivem Problemverhalten von Kindern wirkungsvoll sind [30]. Das angeleitete Selbsthilfeprogramm „ADHS-Team“ ist ebenfalls verhaltenstherapeutisch orientiert.

### Elternhefte

Die acht Hefte wurden als Arbeitshefte konzipiert. Sie beginnen mit einem Fallbeispiel, orientiert am jeweiligen Inhalt des Heftes, um die Eltern bzw. Teilnehmer [1] an die Themen der Hefte heranzuführen. Zudem wird den Eltern das Gefühl vermittelt, dass sie mit der ADHS-Problematik nicht alleine sind, sondern dass auch andere Familien mit den gleichen Problemen zu kämpfen haben. Abbildung 4.1 zeigt das Fallbeispiel aus dem Elternheft Nr. 4.
Thematische Fragen sollen die Eltern dazu anregen, die Themen zu vertiefen. Sie haben die Möglichkeit, ihre Gedanken und Fragen in den Heften zu notieren. Abbildung 4.3 zeigt beispielhaft eine Seite aus dem ersten Elternheft.

## Kennen Sie das?

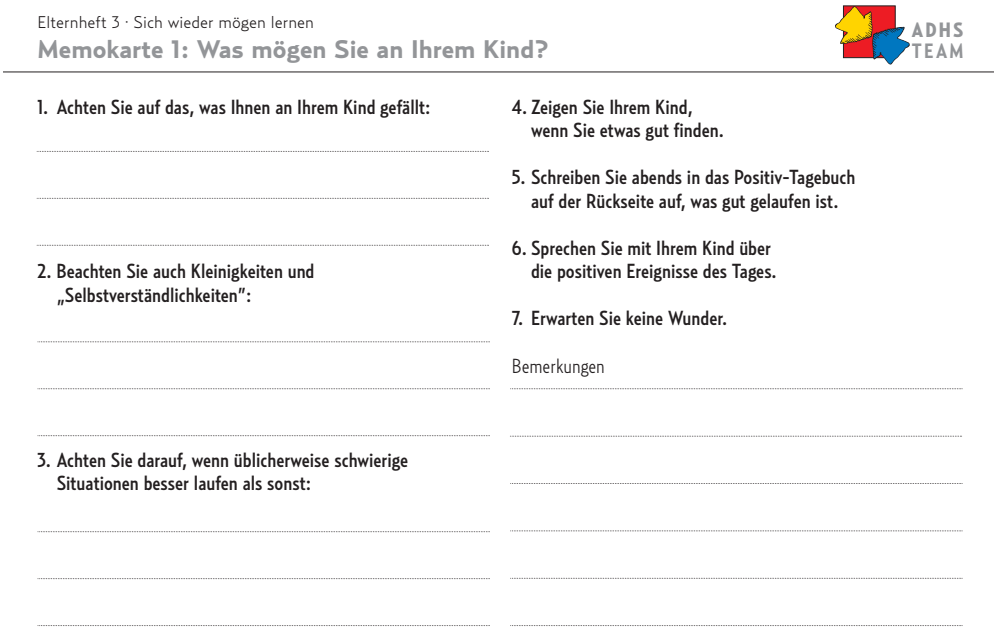
Eigentlich hat Lukas' Mutter ganz bestimmte Vorstellungen davon, was Kinder dürfen und was nicht. Aber die Tage sind eben immer anders und ihre Nerven auch und deshalb achtet sie nicht immer in gleicher Weise auf die Regeln. So gibt es Tage, an denen will Lukas' Mutter unbedingt, dass alle mit sauberen Händen am Tisch sitzen, und dann wiederum ist es ihr nicht so wichtig. Auf Pünktlichkeit legt sie meistens großen Wert. Und wenn Lukas nur fünf Minuten zu spät nach Hause kommt, dann wird sie sehr ärgerlich und verhängt Fernsehverbot für eine Woche. Doch dann gibt es wiederum auch Tage, da sagt sie gar nichts, obwohl Lukas erst bei Dunkelheit nach Hause kommt.

Oft kommt es auch vor, dass Lukas' Mutter Aufforderungen gibt und Lukas sich nicht daran hält. Die Mutter ist in der Küche beschäftigt, Lukas rennt in sein Zimmer und sie schreit ihm hinterher: „Jetzt liegen schon wieder deine Schuhe im Flur! Ich habe dir schon tausendmal gesagt, dass die auf die Fußmatte gehören, hier wird doch alles dreckig!" Aber Lukas kümmert sich nicht darum und spielt einfach weiter. Und die Mama wird sauer. Manchmal räumt Lukas dann auch die Schuhe weg und mault, aber auch dann ist niemand wirklich zufrieden.

Abbildung 4.1: Jeweils ein Fallspiel - hier das aus dem Elternheft Nr. 4 des Programms „ADHS-Team"- führt die Eltern an das Heftthema heran.

Zusätzlich enthalten die Hefte Memokarten und Aufkleber. Die Memokarten fassen die Hauptaussagen der Hefte zusammen und bieten so die Möglichkeit, eigene Anmerkungen strukturiert festzuhalten. Abbildung 4.2 zeigt die Memokarte 3 aus dem vierten Elternheft. Die Aufkleber sind mit sinnbildlichen Motiven der einzelnen Interventionen bedruckt und sollen die Eltern im Alltag an die Umsetzung der Interventionen erinnern.

[1] Da die Gruppe der Eltern die größte Teilnehmergruppe darstellt, wird aus praktischen Gründen die Bezeichnung „Eltern" synonym für „Teilnehmer" verwendet.



Elternheft 3 · Sich wieder mögen lernen

**Memokarte 1: Was mögen Sie an Ihrem Kind?**

ADHS TEAM

1. Achten Sie auf das, was Ihnen an Ihrem Kind gefällt:

2. Beachten Sie auch Kleinigkeiten und „Selbstverständlichkeiten":

3. Achten Sie darauf, wenn üblicherweise schwierige Situationen besser laufen als sonst:

4. Zeigen Sie Ihrem Kind, wenn Sie etwas gut finden.

5. Schreiben Sie abends in das Positiv-Tagebuch auf der Rückseite auf, was gut gelaufen ist.

6. Sprechen Sie mit Ihrem Kind über die positiven Ereignisse des Tages.

7. Erwarten Sie keine Wunder.

Bemerkungen

Abbildung 4.2: Eine Memokarte aus dem Elternheft 3 des Programms „ADHS-Team".

In der Folge werden die Themen der einzelnen Elternhefte vorgestellt:

Die Inhalte des Elternhefts 1 „Wir nehmen die Probleme unter die Lupe" bilden die Voraussetzung für das Vorgehen in den anschließenden Heften. Es sollen zum einen die zentralen Verhaltensprobleme des Kindes, zum anderen die Eigenschaften, Stärken und Belastungen der gesamten Familie herausgearbeitet werden. Die möglichen Zusammenhänge zwischen den familiären Faktoren und den Verhaltensproblemen des Kindes werden verdeutlicht. Das Erstellen einer individuellen Problemliste gewährleistet, dass die Individualität einer jeden Familie berücksichtigt wird. Abschließend wird den Eltern der Teufelskreis vorgestellt, in den viele Familien mit unruhigen, impulsiven und unaufmerksamen Kindern geraten. Ihnen wird eine erste Vorstellung davon vermittelt, wie sie aus diesem Teufelskreis wieder ausbrechen können.

Im zweiten Elternheft „ADHS-Was ist das?" werden im Sinne der Psychoedukation wichtige Informationen über das Störungsbild vermittelt, insbesondere die Merkmale und Ursachen von ADHS. Das Heft soll Verständnis für das Störungsbild der ADHS und der nachfolgenden Interventionen fördern sowie einen Überblick über mögliche weitere Hilfsangebote geben.

*Platz für Ihre Bemerkungen/Fragen:*

*Welche Probleme von den nebenstehend genannten Beispielen sehen Sie bei Ihrem Kind und welche fallen Ihnen sonst noch ein?*

*Was sind die Stärken und Schwächen der Mutter?*

**1. Eigenschaften Ihres Kindes: Probleme und Stärken**

Wir haben Ihnen nachfolgend einige Grundprobleme aufgelistet, die häufiger mit konkreten Verhaltensproblemen von Kindern in Beziehung stehen. Schreiben Sie bitte auf, welche Eigenschaften für Ihr Kind gelten. Schreiben Sie die Eigenschaften auch dann auf, wenn sie Ihrer Meinung nach nicht für die Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich sind. Es geht um allgemeine Eigenschaften, die Sie bei Ihrem Kind feststellen können und die in vielfältigen Lebenssituationen auftreten. So zeigen beispielsweise viele hyperkinetische Kinder eine nahezu durchgängige körperliche Unruhe.

**Wir haben Ihnen hier einige mögliche Probleme aufgelistet:**

- Gesundheitsprobleme (z. B. Allergien, Asthma usw.)
- äußeres Erscheinungsbild (z. B. zu groß für sein Alter, körperlich ungeschickt)
- Entwicklungsverzögerungen oder Leistungsschwächen (z. B. Sprachschwierigkeiten, Koordinationsstörungen, Rechtschreibprobleme)
- Überaktivität, ständige Unruhe, starker Bewegungsdrang
- Konzentrationsprobleme
- impulsives Verhalten (das Kind handelt erst, bevor es überlegt)
- leichte Erregbarkeit, „hitziges" Temperament („Geht schnell an die Decke!")
- Ängste, Unsicherheit, Selbstwertprobleme
- Ess-, Verdauungs- oder Schlafprobleme

**Schreiben Sie sich aber auch die Stärken Ihres Kindes auf!**

Hier einige Beispiele:

- Einfallsreichtum
- witzig, lebendig, aktiv, temperamentvoll
- starker Gerechtigkeitssinn, kann sich auch mutig für etwas oder jemanden einsetzen
- kann sehr gut verzeihen, ist nicht nachtragend, nicht „hintenherum"
- ist an vielem interessiert
- sportlich

**2. Eigenschaften der Mutter: Stärken und Schwächen**

Überlegen Sie, welche problematischen Eigenschaften Sie sich selbst als Mutter (bzw. Sie Ihrer Partnerin) zuschreiben. Auch hier haben wir Ihnen zur Hilfe einige Beispiele aufgeschrieben. Beachten Sie alle Ihre Eigenschaften, auch diejenigen, die Sie auf keinen Fall für die Verhaltensprobleme Ihres Kindes verantwortlich machen.

- Gesundheitsprobleme (z. B. häufige Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Allergien)
- emotionale Probleme (z. B. Mutter fühlt sich von der Familie alleingelassen, Stimmungsschwankungen, Gefühle von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Ängste)
- eigene Unruhe, Überaktivität, Nervosität, allgemeine Anspannung
- eigene Konzentrationsschwierigkeiten, Probleme, den Tagesablauf zu strukturieren, Termindruck
- impulsives Verhalten (z. B. bei der Erziehung, Handlungen werden später wieder bereut)
- leichte Erregbarkeit, „hitziges" Temperament
- andere Eigenschaften oder Probleme (z. B. Probleme mit Alkohol oder mit Medikamenten)
- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. wenig Verständnis von Chef oder Kollegen für die Situation als Mutter, Mobbing)

9

Abbildung 4.3: Eine Seite aus dem Elternheft 1 des Programms „ADHS-Team". Im rechten Drittel der Seite regen Fragen die Eltern zur Vertiefung der Themen an.

Das dritte Elternheft „Sich wieder mögen lernen" hat die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung zum Ziel. Die Eltern werden angeleitet, vermehrt die positiven Seiten ihres Kindes wahrzunehmen sowie mehr positive Zeit mit ihrem Kind zu verbringen. Heft 3 schafft somit eine wichtige Grundlage für die erfolgreiche Durchführung des Programms, da eine starke posi-

tive Beziehung zwischen Eltern und Kind Voraussetzung für die nachfolgenden Interventionen ist.

Im vierten Elterheft „Sorgen Sie für klare Regeln“ geht es um die angemessene Anwendung von Regeln, Grenzsetzung und wirkungsvolle Aufforderungen. Beispielsweise wird diskutiert, was bei der Gewährung von Ausnahmen und der Formulierung von wirkungsvollen Aufforderungen zu beachten ist.

Das Elternheft 5 „Sparen Sie nicht mit Lob und seien Sie konsequent“ schließt thematisch an das vorherige Heft an. Im ersten Teil des Heftes wird besprochen, wie die Eltern ihr Kind loben können, wenn es eine Aufforderung befolgt oder eine Regel einhält. Im zweiten Teil wird erklärt, wie die Eltern logische negative Konsequenzen setzen können, wenn ihr Kind Aufforderungen nicht nachkommt oder Regeln verletzt.

Das Elternheft 6 „Fördern Sie die Stärken und Interessen Ihres Kindes und kanalisieren Sie seine Energie“ soll helfen, die positiven Eigenschaften, Stärken und Interessen des Kindes zu fördern. Unter anderem werden angemessene Medienzeiten sowie die Integration des Kindes in Gleichaltrigengruppen vorgestellt und angeraten.

Elternheft 7 „Auftanken und sich selbst nicht vergessen“ ist den Eltern gewidmet. Belastungsfaktoren im Alltag werden besprochen und sollen durch eine bessere Strukturierung reduziert werden. Hierfür werden Ressourcen aus dem familiären System genutzt. Den Eltern wird empfohlen zu überlegen, wie sie Zeit für sich selbst in ihrem Alltag reservieren können. Sie werden zudem motiviert, über die eigene Zukunftsperspektive nachzudenken.

Das achte und letzte Elternheft „Wenn Lob alleine nicht ausreicht: Der Punkte-Plan oder Wettkampf um lachende Gesichter“ stellt schließlich das Prinzip des Kontigenzmanagements vor. Die Eltern werden angeleitet, einen Punkteplan oder ein Token-Entzugsystem mit ihrem Kind durchzuführen, wenn sich die Probleme noch nicht ausreichend reduziert haben.

Abbildung 4.4 zeigt die Programmstruktur mit den einzelnen Themen der Hefte. Die Reihenfolge der Hefte kann den individuellen Bedürfnissen der Familie angepasst werden. Zudem konnten im Programm die Themen eines Elternhefts auch Inhalt mehrerer Anrufe sein. Ein neues Heft wurde erst versendet, wenn das vorherige Heft ausreichend intensiv besprochen wurde. Das führte dazu, dass bei einigen Familien aus zeitlichen Gründen nicht alle Hefte verschickt werden konnten.

### Telefonanrufe

Den Eltern wurden 14 unterstützende Gespräche über den Zeitraum von einem Jahr angeboten, mit denen das Verständnis der Heftinhalte unterstützt werden sollte. Die Eltern hatten die Möglichkeit, alle entstandenen Fragen und Unsicherheiten zu klären. Zudem wurden sie darin unterstützt, das Gelesene auf ihren Alltag anzuwenden. Hierdurch sollte die Compliance der Eltern, die Materialien zu lesen und zu bearbeiten, gefördert werden.

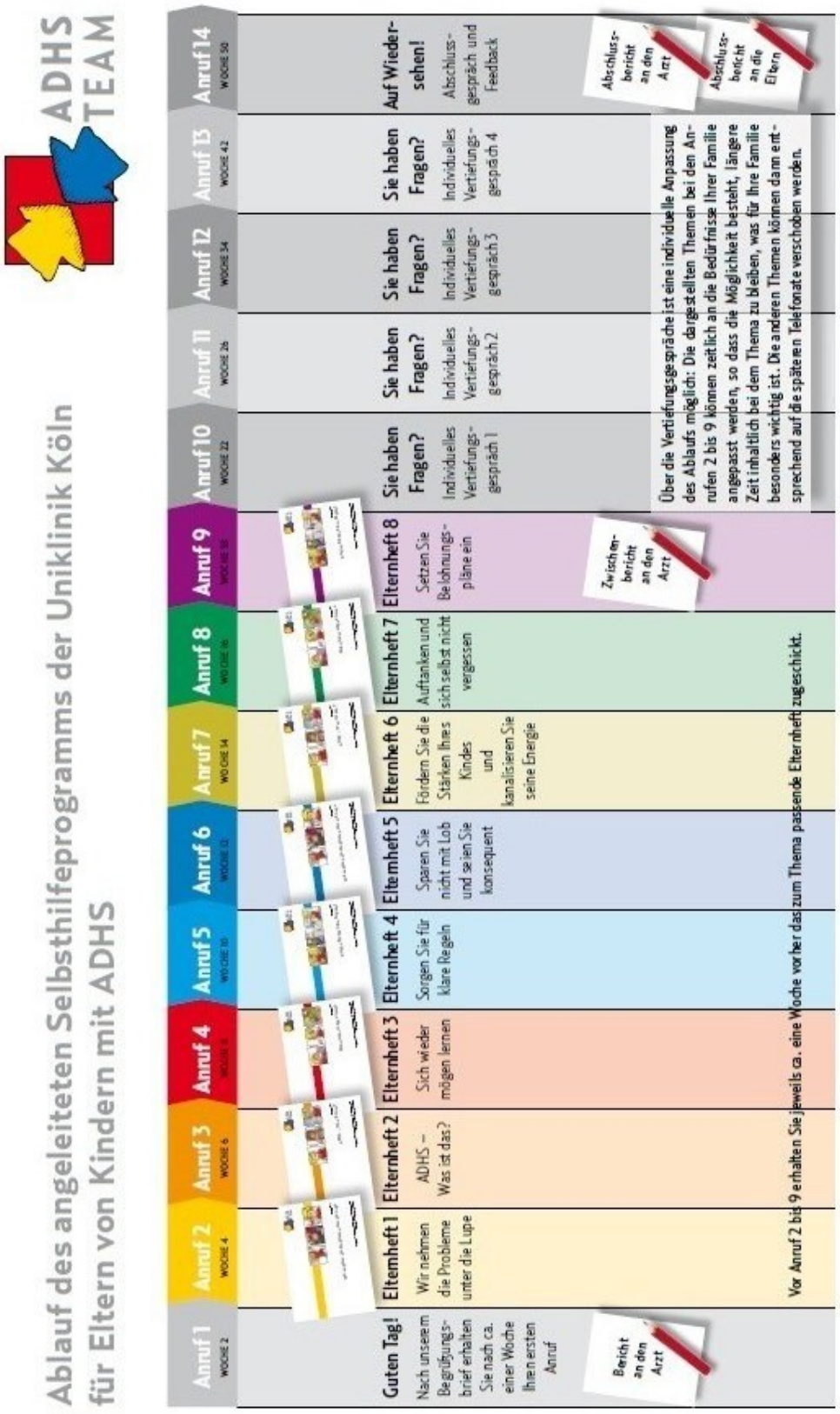



Abbildung 4.4: Die Programmstruktur des angeleiteten Selbsthilfeprogramms „ADHS-Team“.

Die Telefongespräche mit den Eltern waren für eine Dauer von 20 Minuten angesetzt mit der Option, sie bei Bedarf bis zu 30 Minuten auszudehnen. Durchschnittlich dauerten die Gespräche 25 Minuten (SD=3) an.

Um die Integrität der Gespräche zu gewährleisten, wurden „Anruf-“ und „Heftdokumentationen“ vorbereitet, so konnte zudem überprüft werden, ob alle Heftthemen besprochen wurden. Die „Anruf-“ und „Heftitems“ werden in Kapitel 5 näher beschrieben.

Mit Einverständnis der Eltern wurden die Gespräche aufgezeichnet und supervidiert. Die Supervision erfolgte durch Ambulanzleiterinnen der ADHS- und Allgemein-Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln.

Wie in Abbildung 4.4 zu sehen ist, teilt sich das Programm in zwei Interventionsabschnitte. In der „Intensivphase“, vom ersten bis zum neunten Anruf, wurden die acht Elternhefte bearbeitet. Während dieser Zeit fanden die Anrufe in einem 14-tägigen Rhythmus statt. Anschließend erhöhten sich die Abstände in der Vertiefungsphase, benannt als „Boosterphase“, vom 10. bis zum 14. Anruf zwischen den Telefonaten auf vier, sechs und acht Wochen.

Nachdem Eingang der Anmeldekarte der Eltern, wurde das „Starterpaket“ versandt, in dem die Fragebögen zur Diagnostik enthalten waren. Bis zum Erstanruf hatten die Eltern ca. 14 Tage lang Zeit, die Materialien und Fragebögen zu bearbeiten. Falls dabei Schwierigkeiten oder Fragen auftauchten, konnten diese im Telefonat geklärt werden. Im ersten Telefonat wurden den Eltern das Programm sowie die Bedingungen der Begleitstudie erläutert. Zum Ende eines jeden Telefonats wurden der weitere Termin vereinbart und anschließend die Hefte von der Beraterin versandt. Danach hatten die Eltern erneut knapp zwei Wochen Zeit zur Verfügung, für die Bearbeitung des neuen Elternheftes und die Umsetzung der Interventionen.
Wenn alle Hefte versandt und besprochen waren, was im Idealfall nach neun Telefonaten der Fall war, wechselten die Familien in die Boosterphase. Hier konnte dann intensiv die Umsetzung der Interventionen besprochen, Themen wiederholt oder Inhalte an aktuelle Situationen angepasst werden. Zudem wurden die Eltern motiviert, die Erziehungsstrategien auch über einen längeren Zeitraum in den Alltag zu integrieren, so dass die Strukturen verinnerlicht werden konnten. In einzelnen Fällen verzichteten Eltern nach gemeinsamer Einschätzung mit der Beraterin auf einzelne „Boosteranrufe“, beispielsweise wenn alle Hefte besprochen waren und die Problematik sich bereits ausreichend reduziert hatte. Dennoch folgte der Abschlussanruf erst nach einem Jahr.

## 4.2 Studiendesign

Es handelt sich um eine Wirksamkeits-Studie unter Routineversorgungsbedingungen einer unausgelesenen Stichprobe mit einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design [24].
Es wurde eine Stichprobengröße von 300 Familien geplant. In Vorstudien sind mittlere Effektstärken erzielt worden [53, 55]. Wird konservativer von einer kleinen Effektstärke ausgegangen, eine Power von .95 % und eine Alpha-Fehlerniveau von 5 % gewählt, ist eine Stichprobe von 272 Versuchspersonen erforderlich.

Wie der Abbildung 4.5 zu entnehmen ist, wurde die Prädiagnostik im Erstanruf und die Postdiagnostik im letzten Anruf erhoben. Die Fragebögen wurden den Eltern 14 Tage vor dem Termin zugesandt. Die Postdiagnostik enthielt zusätzlich einen Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung, der jedoch nicht am Telefon erhoben, sondern von den Eltern ausgefüllt zurückgesandt wurde.

Abbildung 4.5: Übersicht über die Diagnostik der unterschiedlichen Messzeitpunkte

Im Rahmen der Prozessdiagnostik wurde neben der Dokumentation der Anruf- und der Heftbearbeitung in der so genannten „Fehlversuchsdokumentation“ auch erhoben, wenn eine Familie nicht erreicht werden konnte. Auf Basis dieser Dokumentation wurden den Familien ab einer gewissen Anzahl von Fehlversuchen auch Anrufe verwehrt. Dies geschah nach einem standardisierten Vorgehen, welches zwei Verlaufsfälle einschließt. Im Fall A, wenn entweder der Termin einer Familie zweimal neu terminiert werden musste, da die Familie nicht erreichbar war und vergeblich angerufen wurde. Oder im Fall B, wenn eine Familie mehr als sechsmal mit einem Anruf nicht zu erreichen war, so dass auch kein neuer Termin vereinbart werden konnte. Somit waren die Fehlversuche, die eine Familie je Anruf haben konnte, begrenzt, was eine bessere Vergleichbarkeit der ElternAdhärenz gewährleistet.

Zusätzlich zu den Elternkontakten waren drei schriftliche Kontakte mit dem anmeldenden Arzt vorgesehen: Nachdem die individuellen Probleme der Familie ermittelt waren, nach Abschuss der Intensivphase und zum Ende des Programms. Die Ärzte wurden über den Verlauf bzw. die Veränderungen der Problembewertung der Familie informiert. Zudem erhielten die Ärzte nach Programmende ebenfalls einen Zufriedenheitsfragebogen.

## 4.3 Rekrutierung der Familien

Die Rekrutierung erfolgte in Kooperation mit der Firma Lilly. Bundesweit wurden Kinderärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater durch die Pharmareferenten der Firma Lilly über das Projekt informiert. Die Ärzte konnten in Betracht kommenden Familien eine Anmeldekarte aushändigen, auf der die ADHS-Diagnose des Kindes durch den behandelnden Arzt bestätigt war. Bei Interesse konnten die Eltern die Anmeldekarte an das „ADHS-Team“ schicken.

Um einen weiteren, von der Firma Lilly unabhängigen Zugang zum Programm zu ermögli-

chen, wurde eine Homepage eingerichtet, auf der sich Eltern über das Programm des „ADHS-Teams“ informieren konnten. Eine Kontaktaufnahme direkt mit dem „ADHS-Team“ war möglich, jedoch musste auch hierfür eine erfolgreiche Anmeldung die ADHS-Diagnose des Kindes von einem teilnehmenden Arzt durch seinen Stempel auf der Anmeldekarte bestätigt werden.

### 4.3.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien für die Einbeziehung der Familien in die Studie waren:

1. Kindesalter von sechs bis 12 Jahren
2. ICD-10 Diagnose einer hyperkinetischen Störung beim Kind durch den anmeldenden Arzt

Ausschlusskriterien waren:

1. Keine Compliance des Elternteils, sich an einer Selbsthilfemaßnahme zu beteiligen
2. Defizite im Sprachverständnis oder mangelnde Lesefähigkeit des teilnehmenden Elternteils

Es wurde bewusst auf eng umschriebene Kriterien verzichtet, um eine Stichprobe zu erzielen, die möglichst dem Durchschnitt einer in Deutschland lebenden Familie mit ADHS-betroffenen Kindern gleicht und sich von einer klinischen Stichprobe unterscheidet.

Eine ADHS-Diagnose des Kindes war Voraussetzung für die Teilnahme an dem Programm „ADHS-Team“, da expansive Verhaltensprobleme im Vordergrund stehen sollten. Komorbide Störungen wurden nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Wurde im Erstkontakt mit der Familie allerdings deutlich, dass andere Probleme im Vordergrund standen, wurden die Eltern nach Rücksprache mit dem anmeldenden Arzt von der Studie ausgeschlossen. Hierzu zählten auch Familien, bei denen ausschließlich Probleme im schulischen Kontext bestanden.

### 4.3.2 Flussdiagramm Stichprobengewinnung

Abbildung 4.6 zeigt, wie viele Anmeldungen im Programmzeitraum eingegangen sind und wie viele Familien in die vorliegende Studie eingeschlossen wurden: 417 Anmeldungen gingen ein, davon waren 17 (4,1 %) Kinder entweder jünger als sechs oder älter als zwölf Jahre alt und wurden daher ausgeschlossen. Bei 14 (3,4 %) der Familien lag die Anmeldekarte unvollständig ausgefüllt vor, so dass keine Kontaktaufnahme mit den Eltern möglich war oder die Unterschrift der Eltern fehlte, auch nachdem sich die Projektgruppe bemüht hatte, die Familien oder den Arzt zu kontaktieren, um die Daten zu ergänzen. Bei 32 (7,7%) Familien konnte nie ein Erstanruf durchgeführt werden. Konnte eine Familie dreimal zu der von den Eltern gewünschten Zeit telefonisch nicht erreicht werden, wurde ein Brief mit der Bitte um Kontaktaufnahme an die Eltern versandt. Meldeten die Eltern sich nach vier Wochen nicht zurück, wurde die Familie ausgeschlossen.

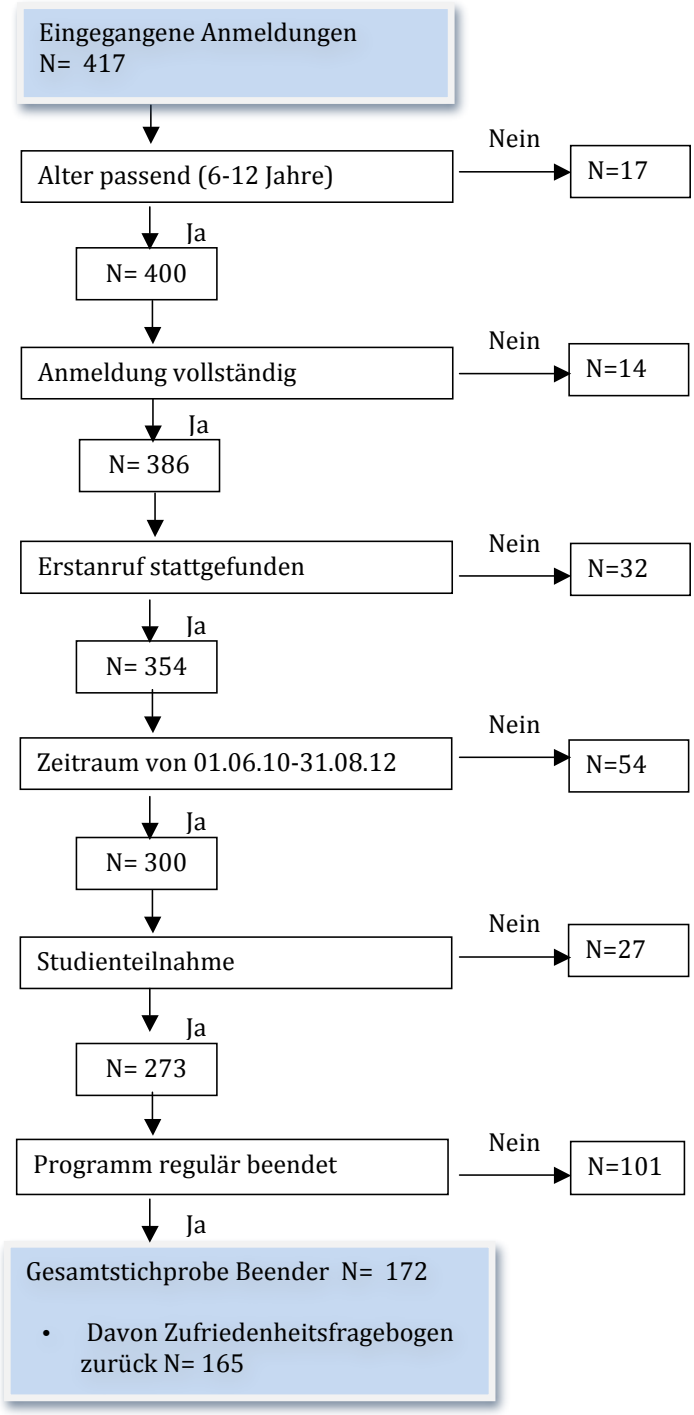



Abbildung 4.6: Das Flussdiagramm der Stichprobengewinnung zeigt, wie viele Familien in das Programm „ADHS-Team“ eingeschlossen, bzw. aus welchen Gründen sie ausgeschlossen wurden.

54 (12,9 %) Familien fielen aus dem festgelegten Studienzeitraum vom 01.06.2010 bis zum 31.08.2012 raus, daher wurden diese Familien in den folgenden Analysen nicht berücksichtigt. 27 (6,5 %) der Familien verweigerten eine Studienteilnahme. Diese Familien durchliefen das Programm wie die übrigen Familien, ihre Daten werden jedoch im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausgeschlossen.

101 (24,2 %) Familien brachen das Programm nach mindestens einem durchgeführten Anruf ab. Diese Familien werden in den folgenden Analysen ebenfalls nicht berücksichtigt. Eine detaillierte Beschreibung dieser Teilnehmergruppe ist der Arbeit MOROZOVA [71] zu entnehmen.

172 (41,3 %) der angemeldeten Familien haben das Programm regulär beendet. Auf diese Stichprobe beziehen sich die Analysen dieser Arbeit.

## 4.4 Messinstrumente

Der folgende Abschnitt ist den Messinstrumenten gewidmet. Begonnen wird mit der Vorstellung der Fragebögen, welche prä und post erhoben wurden, anschließend wird auf die Instrumente der Prozessdiagnostik eingegangen.

Folgende Fragebögen wurden in der vorliegenden Arbeit ausgewertet: Der Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Faktoren zu den Merkmalen der Familie, die in der Präund Postdiagnostik erhobenen Fragebögen FBB, SDQ und FSW, der Postfragebogen zur Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm sowie die Verlaufsdaten der Problemliste und der Adhärenz der Eltern. Abbildung 4.7 gibt einen Überblick über die Instrumente und die Zeitpunkte, zu denen sie eingetzt wurden.

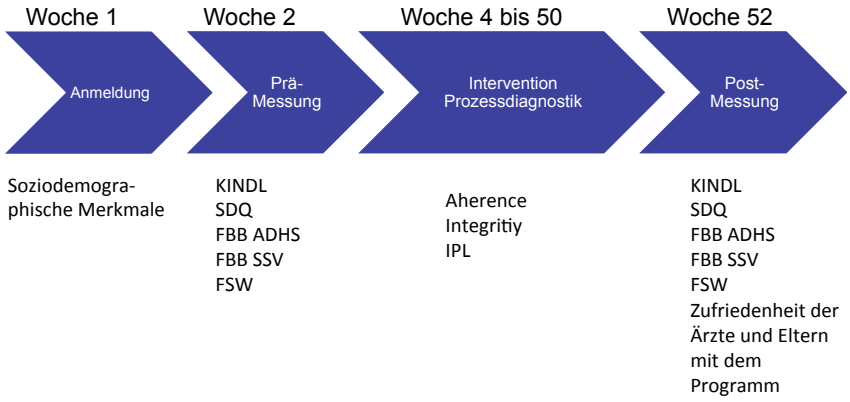



Abbildung 4.7: Übersicht über die Messinstrumente und deren Erhebungszeitpunkte

Zu berücksichtigen ist, dass alle vorgestellten Prä- und Postdaten Angaben der Eltern sind.

Der Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Merkmale der Familie wurde von der Projektgruppe entwickelt. Für die individuelle Problemliste und den Fragebogen zur Erhebung der Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm wurden bereits bestehende Instrumente für das Projekt angepasst. Für die Darstellung der Adhärenz der Eltern wurde ebenfalls eine eigene Skala entwickelt und untersucht, welche in Kapitel 5 vorgestellt wird. Die übrigen Instrumente sind bereits vielseitig verwendet und validiert und werden im folgenden Abschnitt näher vorgestellt.

### 4.4.1 Prä-und Post-Instrumente

#### Fragebogen zur Erhebung soziodemographischer Faktoren

Im Rahmen eines strukturierten Interviews wurden im Erstanruf neben soziodemographischen Daten der Eltern und Kinder auch Daten zu bereits in Anspruch genommenen Hilfen und Medikation der Kinder erhoben. Das Interview ist im Anhang abgebildet.

#### Symptomatik des Kindes

Bei den Messinstrumenten, mit denen die Symptomatik der Kinder erfasst wurde, handelt es sich um die Fremdbeurteilungsbögen für ADHS (FBB-ADHS) und für die Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV) sowie um den Fragebogen zu Stärken und Schwächen des Kindes, den Strenghts and Difficulties Questionaire (SDQ).

*FBB-ADHS.* Die Daten des Fremdbeurteilungsbogens für ADHS (FBB-ADHS) werden im ersten und im letzten Telefonanruf abgefragt. Der FBB-ADHS entstammt dem Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche - II (DISYPS-II) [27] und enthält 20 symptomspezifische Fragen zu ADHS, welche sich an den Diagnosekriterien des Störungsbildes entsprechend dem ICD-10 und dem DSM-IV orientieren [103].

Auf einer vierstufigen Skala von 0 (gar nicht) bis 3 (besonders) kann angegeben werden, inwieweit die beschriebenen Symptome auf das Kind zutreffen. Je höher der angegebene Wert, desto stärker ist die Symptomausprägung. Als „klinisch auffällig“ werden Kinder klassifiziert, deren Werte über der 90. Perzentile der Feldstichprobe liegen. Die Perzentilbestimmung erfolgt alters- und geschlechtsspezifisch.
Bei der Auswertung der Fragebögen können die drei Symptomuntergruppen Aufmerksamkeitsprobleme, Hyperaktivität und Impulsivität getrennt voneinander ermittelt werden. Die drei Skalen wurden für Kinder und Jugendliche zwischen 4 und 17 Jahren an deutschen Stichproben normiert und auf die interne Konsistenz überprüft. Der Cronbach-Alpha-Koeffizient fällt für die einzelnen Skalen wie folgt aus: Gesamt-Skala $\alpha$ = .94, Subskala Aufmerksamkeit $\alpha$ = .91, Subskala Hyperaktivität $\alpha$ = .89 und für die Subskala Impulsivität $\alpha$ = .81 [27]. Dies spricht für eine hohe interne Konsistenz des Fragebogens in einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe.

Zusätzlich beziehen sich vier Fragen auf das Funktionsniveau des Kindes. Hier wird der Umgang des Kindes mit Erwachsenen und Gleichaltrigen im schulischen sowie im familiären

Kontext beurteilt. Aus den Antworten auf diese Fragen kann ein Kennwert gebildet werden [27].

*FBB-SSV.* Auch die Skala „Oppositionell-aggressives Verhalten“ des Fremdbeurteilungsbogens für die Störung des Sozialverhaltens (FBB-SSV) wird im ersten und im letzten Telefonanruf abgefragt. Der FBB-SSV entstammt ebenfalls dem DISYPS-II und ist für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 17 Jahren normiert worden [27]. Der FBB-SSV enthält im Original zwei Subskalen: Die Skala „Oppositionell-aggressives Verhalten“ und die Skala „Dissozial-aggressives Verhalten“, von denen ausschließlich die erste Subskala „Oppositionell-aggressives Verhalten“ verwendet wurde. Diese setzt sich aus acht Fragen, bezogen auf Symptomkriterien der oppositionellen Form der Störung des Sozialverhaltens, zusammen. Die Beurteilung der Items erfolgt ebenfalls über eine vierstufige Antwortskala von 0 (gar nicht) bis 3 (besonders), bei der höhere Werte für eine stärker Symptomausprägung stehen. Als „klinisch auffällig“ werden Kinder klassifiziert, deren Werte über dem 90. Perzentil der Feldstichprobe liegen. Die Perzentilbestimmung erfolgt alters- und geschlechtsspezifisch. Es konnte eine interne Konsistenz von $\alpha = .86$ ermittelt werden , was für eine hohe interne Konsistenz der Skala spricht [27].

*SDQ.* Der „Strenghts and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) ist ein Fragbogen zu Stärken und Schwächen des Kindes, welcher ebenfalls im ersten wie im letzten Anruf erhoben wurde. Entwickelt wurde der Fragebogen von GOODMAN [42] und normiert von WOERNER ET AL. [111] an einer deutschen Stichprobe mit Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren. Die 33 Items erheben Informationen über Stärken und Schwächen von Kindern und sind dreistufig skaliert 0 (gar nicht zutreffend) bis 2 (eindeutig zutreffend)[42, 111].
Aus 25 Items werden die fünf folgenden Subskalen, bestehend aus jeweils fünf Items, gebildet: „Emotionale Auffälligkeiten“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensauffälligkeiten mit Gleichaltrigen“ und die Skala „Prosoziales Verhalten“.
Zudem lässt sich eine Gesamtskala bilden, die sich aus den Subskalen 1-4 zusammensetzt. Der Gesamtproblemwert wird aus der Addition der Problemskalenwerte berechnet. Dieser Gesamtproblemwert wird anhand von Cutt-Off-Werten aus der Normierungsstichprobe den Kategorien „unauffällig“, „grenzwertig“ oder „auffällig“ zugewiesen. Die Skalen sind bezüglich der internen Konsistenz überprüft. Es ließen sich mittlere bis gute interne Konsistenz der Subskalen zwischen $\alpha = .58$ und $\alpha = .82$ belegen [111].

### Selbstwirksamkeit der Eltern in der Erziehung

Der Fragebogen zur Selbstwirksamkeit der Eltern in der Erziehung (FSW) hat die Erfassung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen von Eltern bezüglich ihrer Erziehung zum Ziel. Er wurde von einer Braunschweiger Arbeitsgruppe erstellt und ist an verschiedene Verfahren angelehnt [56]. Hierzu gehören die Parenting Sense of Competence Scale von JOHNSTON & MASH [50] sowie der Self-Efficacy for Parenting Task Index von [21]. Der FSW setzt sich aus 15 Items zusammen, die Aussagen und Meinungen über Gefühle und Gedanken bezogen auf erzieherische Fragen aus Sicht der Eltern beschreiben, aus denen ein Gesamtwert gebildet wird. Die Items sind vierstufig skaliert (von 0 (trifft nicht zu) bis 3 (trifft zu)). Hohe Skalenwerte sprechen für eine hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Es wurden interne Konsistenzen von $\alpha = .81$ bei den Mütter- und $\alpha = .84$ bei den Väterurteilen beschrieben [75]. Im

Rahmen des Projektes untersuchte MÜTSCH [74] den FSW ausführlich und beschrieb eine interne Konsistenz von $\alpha$ = .80. In ihren Analysen kristallisierten sich zudem zwei Subskalen („Kompetenzerleben in der Erziehung“ und „Zufriedenheit mit der Elternrolle“) heraus, welche in die vorliegenden Arbeit einbezogen werden [74].

#### Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm

Der „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ) erfasst die elterliche Zufriedenheit mit dem Programm und beinhaltet 13 Fragen auf einer siebenstufigen Antwortskala. Er wurde von SANDERS ET AL. [93] erstellt und im „Triple P-Positive Parenting Programm“ eingesetzt. Nach SANDERS ET AL. [93] ist der CSQ eine Adaption des „Therapy Attitude Inventory“ [33, 93]. Der CSQ ist auch angelehnt an den ursprünglichen „Client Satisfaction Questionnaire“ von Larsen und Kollegen [58]. Der CSQ von PLANT & SANDERS [84] wurde von der Projektgruppe des „ADHS Teams“ ins Deutsche übersetzt. Die siebenstufige Antwortskala von 0 (schlecht/nein definitiv nicht/sehr unzufrieden/ es machte es schlimmer) bis 7 (sehr gut/ ja definitiv/ ja es hat sehr geholfen/ sehr viel besser/ sehr zufrieden) wurde übernommen. Der Fragebogen wurde um eine offene Frage ergänzt, die den Eltern die Möglichkeit gab, sich frei zum Programm zu äußern. PLANT & SANDERS [84] beschreiben interne Konsistenzen von $\alpha$ = .91 – .93. Eine Darstellung des CSQ ist im Anhang abgebildet.

### 4.4.2 Verlaufsmessung

#### IPL

Die Eltern benannten in der „individuellen Problemliste (IPL)“ drei Probleme, die mit der ADHS ihres Kindes in Zusammenhang standen. Dabei sollten die Probleme sich auf das häusliche Zusammenleben beziehen sowie möglichst konkret beschrieben sein. Bei Bedarf unterstützten die Beraterinnen die Eltern bei der Auswahl und Formulierung der Problemsituationen. Die IPL ist sechsstufig skaliert von 0 (Problem war in der vergangenen Woche gar nicht ausgeprägt) bis 5 (Problem war in der vergangenen Woche sehr stark ausgeprägt). Jedes der drei Probleme wird separat beurteilt, die Werte wurden in einem Kennwert zusammengefasst. Für weitergehende Erläuterungen siehe MOKROS [70]. Nachdem im ersten Anruf gemeinsam mit den Eltern die IPL der Familie erstellt wurde, wurde diese in jedem weiteren Anruf bewertet. Die IPL ist angelehnt an die Problemliste aus dem „Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP“ [30].

#### Adhärenz der Eltern

Abschließend wird das Verfahren zur Erfassung der elterlichen Adhärenz dargestellt. Wie bereits erwähnt, war die Entwicklung und Überprüfung der Adhärenz-Skala Teil der vorliegenden Arbeit und wird in Abschnitt 5 ausführlich beschrieben. Um die Integrität der Gespräche zu gewährleisten, wurden nach jedem Anruf und für jedes Heft Dokumentationen ausgefüllt. Aus diesen „Anruf-“ und „Heftitems“ wurde die Adhärenz-Skala entwickelt. Insgesamt besteht die Adhärenz-Skala aus 82 Items und zwei Skalen, der Anruf-Skala sowie der Heft-Skala. Die Heftskala ist in fünf Subskalen unterteilt.

## 4.5 Ersetzen von fehlenden Werten

Fehlende Skalenwerte der FBB-ADHS und SSV sowie des SDQ, KINDL und CSQ wurden regressionsanalytisch ersetzt. Bei der IPL wurden fehlende Kennwerte je Problem entweder durch den vorherigen Wert ensprechend der FOCF-Methode („first observation carried forward“) oder durch den darauffolgenden Wert ersetzt, je nachdem um welchen Anruf es sich handelte und welche Problemkennwerte vorhanden waren siehe MOKROS [70]. Fehlende Werte der Heft-Skala zur Erfassung der Adhärenz wurden ebenfalls regressionsanalytisch ersetzt. Bei der Anruf-Skala lagen keine Missings vor.

# KAPITEL 5

# Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analysen dieser Arbeit vorgestellt. Die Merkmale der Stichprobe werden im ersten Abschnitt beschrieben. Im zweiten Abschnitt wird die Entwicklung des Messinstruments der elterlichen Adhärenz erläutert sowie dessen Psychometrie untersucht. In einem dritten Abschnitt wird beschrieben, wie compliant die Eltern das Programm in Anspruch nahmen und umsetzten. Anschließend werden die Prädiktoren von Adhärenz und der Zusammenhang von Adhärenz mit Post-Werten unterschiedlicher Messinstrumente untersucht. Im vierten Abschnitt wird auf die Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern mit dem Programm eingegangen. Es wird zunächst das Messinstrument vorgestellt, bevor die Zufriedenheit dargestellt wird. Es folgt die Untersuchung von Prädiktoren elterlicher Zufriedenheit. Schließlich wird der Einfluss von Zufriedenheit auf den Therapieerfolg untersucht.

## 5.1 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobenbeschreibung, wie die Analysen und Ergebnisse, beziehen sich ausschließlich auf die Stichprobe der „Beender“, welche 172 Familien einschließt.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die soziodemographischen Merkmale der Familien beschrieben. Anschließend wird auf die Merkmale der betroffenen Kinder eingegangen. Dies schließt soziodemographische wie symptombezogene Merkmale mit ein.

Der Tabelle 5.1 ist zu entnehmen, dass die Teilnehmer im Durchschnitt 40,48 (SD = 6,57) Jahre alt waren. Der Großteil der Teilnehmer (90.6 %) lag in der Altersklasse von 31 bis 50 Jahren. 153 Teilnehmer (89 %) waren Mütter. 128 (74,4 %) der Kinder lebten bei beiden Eltern, während 21 (12,1 %) mit einem Elternteil alleine lebten. 30 Teilnehmerfamilien (17,4 %) kamen aus ländlichen und 51 (29,7 %) aus kleinstädtischen Gebieten. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer (52,7 %) wies 11 oder 12 Bildungsjahre auf, was in etwa einem Abschluss an einer Fachober- oder Berufsschule, einer abgeschlossenen Lehre oder dem (Fach-) Abitur entspricht [31].

Tabelle 5.1: Soziodemographische Merkmale der Familie sowie Selbstwirksamkeitseinschätzung der Eltern

| *Variable* | | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Min* | *Max* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teilnehmer | | | | | | | | |
| | | Mutter | 153 | 89 | | | | |
| | | Stiefmutter | 1 | 0,6 | | | | |
| | | Apoptivmutter | 3 | 1,7 | | | | |
| | | Pflegemutter | 6 | 3,5 | | | | |
| | | Großmutter | 1 | 0,6 | | | | |
| | | Vater | 7 | 4,1 | | | | |
| | | Großvater | 1 | 0,6 | | | | |
| Alter der Teilnehmer | | | | | 40,48 | 6,57 | 26 | 68 |
| | | 20 - 30 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | 31-40 | 78 | 45,3 | | | | |
| | | 41-50 | 78 | 45,3 | | | | |
| | | 51-60 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | > 60 | 2 | 1,2 | | | | |
| Familiensituation: | Kind lebt bei | | | | | | | |
| | | leiblichen Eltern | 128 | 74,4 | | | | |
| | | alleinerziehendem Elternteil | 21 | 12,1 | | | | |
| | | leiblichem Elternteil und Partner | 12 | 6,9 | | | | |
| | | Verwandten und/oder Pflegeeltern | 11 | 6,9 | | | | |
| Alleinerziehend | | | | | | | | |
| | | ja | 21 | 12,2 | | | | |
| Stadt/Land | | | | | | | | |
| | | ländlich (<= 5000) | 30 | 17,4 | | | | |
| | | kleinstädtisch (5000 - 20000) | 51 | 29,7 | | | | |
| | | mittelstädtisch (20000 - 100000) | 46 | 26,7 | | | | |
| | | großstädtisch (<=1000000) | 45 | 26,2 | | | | |
| Bildungsjahre [1] | | | | | | | | |
| N=176 | | <=4 | 0 | 0 | | | | |
| | | 10 | 7 | 4,2 | | | | |
| | | 11 | 70 | 40,5 | | | | |
| | | 12 | 21 | 12,2 | | | | |
| | | 15 | 34 | 19,8 | | | | |
| | | 17 | 40 | 23,3 | | | | |
| Sozialstatus [2] | | | | | | | | |
| | | niedrig | 7 | 4,1 | | | | |
| | | mittel | 66 | 38,4 | | | | |
| | | hoch | 99 | 57,6 | | | | |
| Sprache | | | | | | | | |
| | | Deutsch | 169 | 98,3 | | | | |
| | | Andere | 3 | 1,7 | | | | |
| Migrationshintergrund [3] | | | | | | | | |
| | | ja | 4 | 2,3 | | | | |
| Geschwisterzahl | | | | | 1,11 | 0,91 | 0 | 5 |
| | | 0 | 43 | 25 | | | | |
| | | 1 | 82 | 47,7 | | | | |
| | | 2 | 35 | 20,3 | | | | |
| | | > 2 | 12 | 7 | | | | |
| **FSW Gesamt** | | | | | 28,86 | 5,27 | 11 | 40 |
| *Überzeugung* | | | | | 18.83 | 3,37 | 10 | 27 |
| *Gefühl* | | | | | 10,61 | 1,96 | 4 | 16 |

1) <=4 = kein Abschluss, Abschluss einer Grund-, Sonder-/Förderschule, 10= Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule, Hauptschul-/Volksschulabschluss, Realschulabschluss, 11= 3) Berufsgrundbildungsjahr, Berufsschule, abgeschlossene Lehre, Abschluss an eier Fachoberschule, 12= Fachhochschulreife, Hochschulreife, Abitur, Abschluss an einer Fachoberschule; 15= Abschluss an einer Fach-, Meister- oder Technikerschule, einer Schule des Gesundheitswesens, Abschluss an Berufs-, oder Fachakademie, 17= Fachhochschulabschluss, Diplom (FH), Hochschulabschluss (M., Dipl., Staatsexamen), Promotion

2) niedrig= kein Abschluss, Abschluss einer Grundschule, Sonder-/Förderschule, Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule, Hauptschul-/Volksschulabschluss, Realschulabschluss; mittel= Berufsgrundbildungsjahr, Berufsschule, abgeschlossene Lehre, Abschluss an eier Fachoberschule, hoch= Fachhochschulreife, Hochschulreife, Abitur, Abschluss an einer Fachober- oder Fachschule, Meister- oder Technikerschule, einer Schule des Gesundheitswesens, Abschluss an Berufs-, oder Fachakademie, Fachhochschulabscluss, Diplom (FH), Hochschulabschluss (M., Dipl., Staatsexamen), Promotion

3) Definition Migrationshintergrund: Kinder und Jugendliche,die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

Tabelle 5.2: In Anspruch genommene Hilfen

| *Variable* | | *N* | *%* |
|---|---|---|---|
| *Kinder- u. Jugendpsychotherapie* | | | |
| | nie | 109 | 63,4 |
| | nur früher | 26 | 15,1 |
| | bis heute | 37 | 21,5 |
| *Elterntraining* | | | |
| | nie | 118 | 68,6 |
| | nur früher | 44 | 25,6 |
| | bis heute | 10 | 5,8 |
| *Erziehungsberatungsstelle* | | | |
| | nie | 124 | 72,1 |
| | nur früher | 35 | 20,3 |
| | bis heute | 13 | 7,6 |
| *Ergotherapie* | | | |
| | nie | 44 | 25,6 |
| | nur früher | 74 | 43 |
| | bis heute | 54 | 31,4 |
| *Bewegungstherapie, Krankengymnastik* | | | |
| | nie | 140 | 81,4 |
| | nur früher | 28 | 16,3 |
| | bis heute | 4 | 2,3 |
| *Jugendhilfe* | | | |
| | nie | 148 | 86 |
| | nur früher | 11 | 6,4 |
| | bis heute | 13 | 7,6 |
| *Selbsthilfegruppe* | | | |
| | nie | 150 | 87,2 |
| | nur früher | 11 | 6,4 |
| | bis heute | 11 | 6,4 |
| *Beratung Ki.- u. Ju.psychiater* | | | |
| | nie | 68 | 39,5 |
| | nur früher | 16 | 9,3 |
| | bis heute | 88 | 51,2 |
| *Beratung bei Kinderarzt* | | | |
| | nie | 19 | 11 |
| | nur früher | 28 | 16,3 |
| | bis heute | 125 | 72,7 |
| *sonstige Hilfe* | | | |
| | nie | 110 | 64 |
| | nur früher | 43 | 25 |
| | bis heute | 19 | 11 |
| *bisherige Hilfen lifetime* [1)] | | | |
| | ja | 165 | 95,9 |
| *Hilfe bis heute* | | | |
| | ja | 140 | 81,9 |
| Aktuell keine Hilfen | | | |
| | ja | 31 | 18 |
| Erziehungsstrategien bei ADHS [2)] | | | |
| N=167 | ja | 84 | 48,8 |

1) Anzahl der Familien, die bislang professionelle Hilfen wegen der Verhaltensprobleme ihres Kindes in Anspruch genommen haben.

2) Im Kontext der in Anspruch genommenen Hilfe wurden Elterngespräche zum Thema "Erziehungsstrategien bei ADHS" durchgeführt.

7 (4,1 %) der teilnehmenden Familien ist ein niedriger Sozialstatus[1] zuzuweisen, 66 (38,4 %) ein mittlerer und 99 (57,6 %) ein hoher [57]. Im Durchschnitt haben die teilnehmenden Familien zwei Kinder (SD = 0,91), 35 (20,3 %) Familien haben drei Kinder.

[1] Der Sozialstatus ist in Anlehnung an den Schichtindex in der KiGGS-Studie ermittelt worden [57].

Neben den soziodemographischen Merkmalen wurde auch erhoben, welche Hilfen die Familien bereits in Anspruch genommen hatten. Tabelle 5.2 zeigt, dass 54 (31,4 %) der Eltern ein Elterntraining und 48 (27,9 %) eine Beratung einer Erziehungsberatungsstelle in Anspruch genommen hatten oder bei Programmbeginn noch in Anspruch nahmen. 63 (36,6 %) der Kinder hatten eine Kinder- und Jugendpsychotherapie und 128 ( 74,4%) eine Ergotherapie in Anspruch genommen oder nahmen zu Beginn des Programms noch daran teil. Bei 84 (48,8 %) der Familien waren Erziehungsstrategien bei ADHS Thema der Hilfe. Insgesamt hatten lediglich 7 (4,1%) Familien noch keine Hilfe in Anspruch genommen, während 140 (81,9 %) der Familien aktuell noch zusätzliche Hilfe erhielten.

Tabelle 5.3: Soziodemographische Merkmale sowie medikamentöse Behandlung des Kindes

| *Variable* | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Min* | *Max* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geschlecht | | | | | | | |
| | Jungen | 146 | 84,9 | | | | |
| Alter in J. | | | | 9,06 | 1,69 | 6 | 12 |
| | 6 bis 8 | 8 | 4,7 | | | | |
| | 8 bis 10 | 125 | 72,7 | | | | |
| | 10 bis 12 | 39 | 22,7 | | | | |
| Diagnose [1)] | | | | | | | |
| | ADHS/ADS | 144 | 83,7 | | | | |
| | ADHS/ADS + SSV | 20 | 11,7 | | | | |
| | nicht bekannt [2)] | 8 | 4,7 | | | | |
| Diagnosezeit in Monaten [3)] | | | | 28,65 | 26,38 | 0 | 120 |
| | < 6 | 38 | 22,1 | | | | |
| | 6 bis 12 | 27 | 15,7 | | | | |
| | 13 bis 24 | 27 | 15,7 | | | | |
| | > 24 | 80 | 46,5 | | | | |
| Medikation | | | | | | | |
| | Ja | 128 | 74,9 | | | | |
| | *Psychostimulanzien* | 90 | 69,2 | | | | |
| | *Atomoxetin* | 24 | 18,6 | | | | |
| | *Methylphenidat und Atomoxetin* | 14 | 10,9 | | | | |
| Medikation auch am Wochenende | | | | | | | |
| | Ja | 106 | 82,8 | | | | |
| | Nein | 18 | 14,1 | | | | |
| | Teilweise | 4 | 3,1 | | | | |
| Medikation auch in den Ferien | | | | | | | |
| | Ja | 100 | 78,1 | | | | |
| | Nein | 22 | 17,2 | | | | |
| | Teilweise | 6 | 4,7 | | | | |

1) Nach Angaben der Eltern.
2) Den Eltern ist die genaue Diagnose nicht bekannt.
3) Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Programmstart.

Tabelle 5.3 zeigt die soziodemographischen Merkmale der Kinder, erhoben zum Zeitpunkt des Programmstarts. Der Großteil der Kinder war Jungen (84 %), was den Erwartungen entsprach, da ADHS bis zu sechs mal häufiger bei Jungen auftritt [103]. Entsprechend den Einschlusskriterien lag das Alter der Kinder zwischen 6 und 12 Jahren. Mit 125 (72,7 %) Kindern war die Gruppe der Acht- bis Zehnjährigen am größten. Nach Angaben der Eltern war bei 144 Kindern (83,7 %) eine ADHS oder eine einfache Aktivitäts- oder Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert worden, während 20 Kinder (11,7 %) eine hyperkinetische Störung des

Sozialverhaltens aufwiesen [2]. 80 Kinder (46,5 %) hatten die Diagnose bereits seit über zwei Jahren, während bei 38 von ihnen (22,1 %) die Diagnose weniger als ein halbes Jahr zurücklag. 128 (74,9 %) Kinder nahmen Medikamente, 90 (69,2 %) waren auf Psychostimulanzien eingestellt, und zwar mehr als 90 % auf Methylphenidat. Von den Kindern, die medikamentös eingestellt waren, nahmen 106 (61,6 %) Kinder die Medikamente auch am Wochenende und 100 (58,1 %) zudem auch in den Ferien ein.

Tabelle 5.4 gibt einen Überblick über die Symptommerkmale der Kinder, die im folgenden Abschnitt beschrieben werden. Nähere Angaben können der Arbeit von MOKROS [70] entnommen werden.

Im Fremdbeurteilungsbogen für ADHS (FBB-ADHS) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II (DISYPS-II) werden Kinder mit einem Staninewert größer als 7 als klinisch auffällig eingestuft [27, 88]. Dies traf auf 60 (34,9 %) der Kinder zu, während 112 (65,1 %) der Kinder von ihren Eltern als subklinisch eingestuft wurden. Auf der Oppositionellen Skala des Fremdbeurteilungsbogens für Störungen des Sozialverhaltens (FBB-SSV), welcher ebenfalls dem DISYPS-II entstammt, wurden 88 (51,2%) der Kinder als klinisch auffällig bewertet.

Der „Strenghts and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) - Fragebogen zu Stärken und Schwächen zeigt auffällige Werte bei einem Cut-off Wert von 16 an [111]. 127 (73,8 %) der Kinder überschritten auf der SDQ Gesamtskala diesen Cut-of-Wert und wurden daher als klinisch auffällig eingeschätzt.

Der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL-R) wird in Skalenscores angegeben [87]. Hier erzielten die Kinder der Stichprobe auf der Gesamtskala einen Mittelwert von 3,57 (SD=0,44). Transformiert man die Werte auf eine Skala von 0–100 Punkten, entspricht dies 64,25 Punkten, wobei höhere Werte eine bessere Lebensqualität bezeichnen [87].

[2] Nach den Forschungskriterien der International Classification of Diseas -ICD-10 [88].

Tabelle 5.4: Verhaltensauffälligkeiten und Lebensqualität des Kindes nach Einschätzung der Eltern

| *Variable* | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Min* | *Max* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **FBB ADHS Total** [1)] | | | | | | | |
| | Klinisch | 60 | 34,9 | | | | |
| | Subklinisch | 112 | 65,1 | | | | |
| *Aufmerksamkeit* | | | | | | | |
| | Klinisch | 86 | 50 | | | | |
| | Subklinisch | 86 | 50 | | | | |
| *Hyperaktivität* | | | | | | | |
| | Klinisch | 88 | 51,2 | | | | |
| | Subklinisch | 84 | 48,8 | | | | |
| *Impulsivität* | | | | | | | |
| | Klinisch | 46 | 26,7 | | | | |
| | Subklinisch | 126 | 73,3 | | | | |
| **FBB SSV oppos. Skala** [2)] | | | | | | | |
| | Klinisch | 88 | 51,2 | | | | |
| | Subklinisch | 84 | 48,8 | | | | |
| **SDQ Gesamtskala** [3)] | | | | | | | |
| | unauffällig | 18 | 10,5 | | | | |
| | grenzwertig | 27 | 15,7 | | | | |
| | auffällig | 127 | 73,8 | | | | |
| *SDQ emotionale Probleme* | | | | | | | |
| | unauffällig | 82 | 47,7 | | | | |
| | grenzwertig | 19 | 11 | | | | |
| | auffällig | 71 | 41,3 | | | | |
| *SDQ Verhaltensprobleme* | | | | | | | |
| | unauffällig | 65 | 37,8 | | | | |
| | grenzwertig | 31 | 18 | | | | |
| | auffällig | 76 | 44,2 | | | | |
| *SDQ Hyperaktivität* | | | | | | | |
| | unauffällig | 26 | 15,1 | | | | |
| | grenzwertig | 21 | 12,2 | | | | |
| | auffällig | 125 | 72,7 | | | | |
| *SDQ Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen* | | | | | | | |
| | unauffällig | 99 | 57,6 | | | | |
| | grenzwertig | 29 | 16,9 | | | | |
| | auffällig | 44 | 25,6 | | | | |
| *SDQ Prosoziales Verhalten* | | | | | | | |
| | unauffällig | 133 | 77,3 | | | | |
| | grenzwertig | 18 | 10,5 | | | | |
| | auffällig | 21 | 12,2 | | | | |
| **KINDL Gesamt** [4)] | | | | 3,57 | 0,44 | 2 | 5 |
| *Körper* | | | | 4,04 | 0,81 | 2 | 5 |
| *Psyche* | | | | 3,77 | 0,71 | 2 | 5 |
| *Selbstwert* | | | | 3,4 | 0,62 | 1 | 5 |
| *Familie* | | | | 3,52 | 0,67 | 2 | 5 |
| *Freunde* | | | | 3,42 | 0,7 | 2 | 5 |
| *Schule* | | | | 3,24 | 0,53 | 2 | 5 |

1) Fremdbeurteilungsbogen für ADHS aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II (DISYPS-II); Klinisch auffällig= Stanine > 7, subklinisch= Stanine <8.

2) Opositionelle Skala des Fremdbeurteilungsbogens für Störung des Sozialverhaltens aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche II (DISYPS-II), Klinisch auffällig= Stanine > 6, subklinisch= Stanine <7.

3) Gesamtskala des "Strenghts and Difficulties Questionaire" (SDQ) - Fragebogen zu Stärken und Schwächen. Deutsche Normwerten für Kinder zwischen 4 und 16 Jahren nach Woerner et al. (2002); Cut-of Werte: Unauffällig= 0-13, Grenzwertig= 14-16, Auffällig= 17-40.

4) Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL-R), Ravens-Sieberer U. (2003) angegeben in Skalenscores.

## 5.2 Fragebogenentwicklung und psychometrische Überprüfung

Die Entwicklung einer Adhärenz-Skala steht im Zentrum der vorliegenden Arbeit. Zunächst wird die Entwicklung der Adhärenz-Skala ausführlich beschrieben. Anschließend werden die Analysen zur internen Konsistenz vorgestellt.

### 5.2.1 Adhärenz-Skala: Fragebogenentwicklung und psychometrische Überprüfung

Die Abbildung 5.1 zeigt, dass in der Anruf-Skala die Daten zu der Inanspruchnahme der 14 Anrufe, den Terminverschiebungen und Fehlversuchen zusammengefasst werden, während in der Heftskala die Umsetzung der acht Elternhefte bewertet wird. Die Adhärenz-Skala besteht demnach aus zwei Subskalen: der Anruf-Skala und der Heft-Skala. Die Dokumentationen wurden nach jedem Anruf und nach jedem bearbeiteten Heft durch die jeweilige Beraterin ausgefüllt. Ebenso wurde in der Fehlversuchsdokumentation notiert, wenn eine Familie nicht erreicht werden konnte. Aus den Items dieser Dokumentationen wurde die Adhärenz-Skala entwickelt, welche insgesamt aus 82 Items besteht.

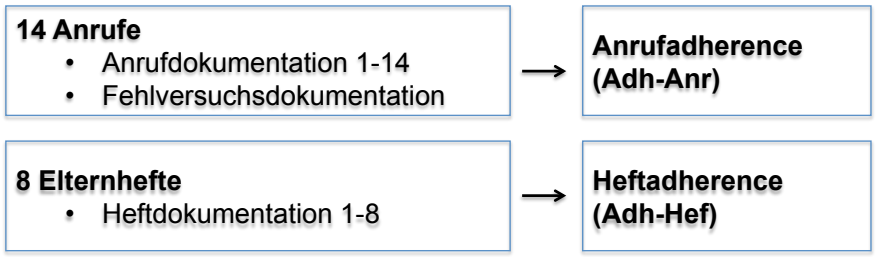



Abbildung 5.1: Die Adhärenz-Skala setzt sich aus den Items der Anruf- und Fehlversuch- sowie der Heftdokumentationen zusammen

#### Anruf-Skala

Im Anhang sind die 14 Anrufdokumentationen dargestellt, welche sich an der Arbeit von KIERFELD ET AL. [55] orientieren. Abbildung 5.2 zeigt bespielhaft einen Auszug aus der Anrufdokumentation des Begrüßungsanrufs. Die abgebildeten Items wiederholen sich in allen weiteren Anrufdokumentationen. Für die Anruf-Skala wurden hieraus zwei Items gebildet:

„Adhärenz A“ = Hat der Anruf stattgefunden?

„Adhärenz B“ = Hat der Anruf am vereinbarten Termin stattgefunden?

Das Item „Adhärenz A“ erhebt, ob der Anruf stattgefunden hat, „Adhärenz B“, ob der Anruf zudem an dem mit der Familie vereinbarten Termin stattgefunden hat oder aber, ob der Termin von der Familie verschoben wurde. Sowohl „Adhärenz A“ als auch „Adhärenz B“ können

**Anrufdokumentation Anruf 1 (Begrüßungsanruf)**

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

*Bei Anruf 1/2/3: Achtung: Dieses Feld wird solange freigelassen, bis die Familie sich endgültig entschieden hat. Diese Entscheidung muss aber bis Anruf 3 gefällt worden sein!*

| | |
|---|---|
| Nimmt Familie an Begleitstudie teil? | 0 nein<br>1 ja |
| Vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| Anruf stattgefunden | 0 nein<br>1 ja |
| Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| Vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft 1<br>2 Heft 2<br>3 Heft 3<br>4 Heft 4<br>5 Heft 5<br>6 Heft 6<br>7 Heft 7<br>8 Heft 8<br>99 keins vereinbart |
| Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |

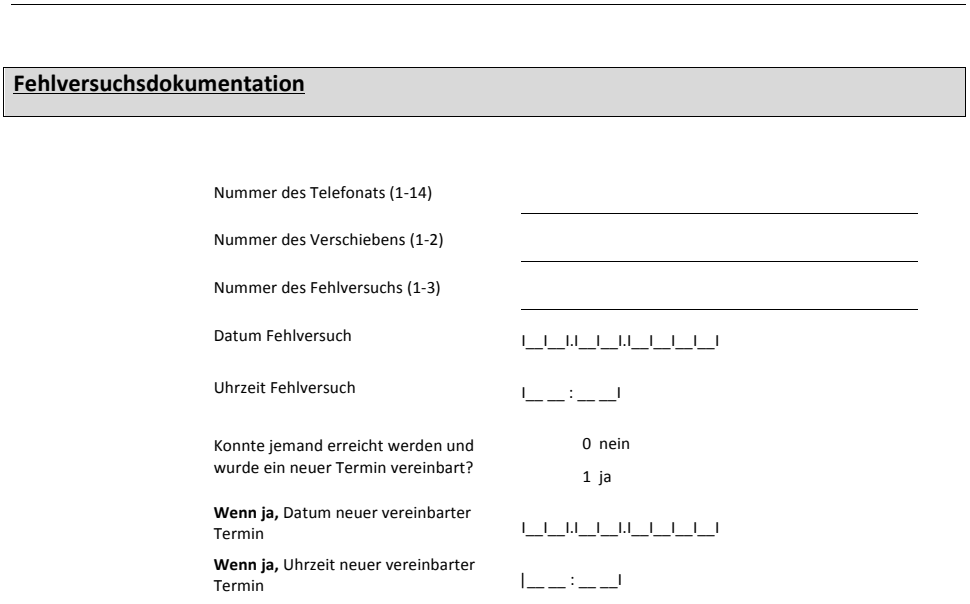
Abbildung 5.2: Auszug aus dem Formblatt für die Anrufdokumentation des Begrüßungsanrufes

einen Maximalwert von 14 erreichen, welcher für eine bestmögliche Adhärenz steht.

Abbildung 5.3 zeigt die Fehlversuchsdokumentation, die erhebt, wie häufig eine Familie den Anruf verschoben hat oder nicht erreicht werden konnte. Aus der Fehlversuchsdokumentation wurden zwei weitere Items für die Anruf-Skala gebildet:

„Adhärenz C“ = Wie oft wurde eine Familie zu einem vereinbarten Termin nicht erreicht?

„Adhärenz D“ = Wie oft wurde eine Familie insgesamt nicht erreicht?



**Fehlversuchsdokumentation**

| | |
|---|---|
| Nummer des Telefonats (1-14) | _____ |
| Nummer des Verschiebens (1-2) | _____ |
| Nummer des Fehlversuchs (1-3) | _____ |
| Datum Fehlversuch | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| Uhrzeit Fehlversuch | I__ __ : __ __I |
| Konnte jemand erreicht werden und wurde ein neuer Termin vereinbart? | 0 nein<br>1 ja |
| **Wenn ja,** Datum neuer vereinbarter Termin | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **Wenn ja,** Uhrzeit neuer vereinbarter Termin | I__ __ : __ __I |

Abbildung 5.3: Die Fehlversuchsdokumentation erhebt, wie oft eine Familie einen Anruf verschoben oder nicht wahrgenommen hat

Der Wert von „Adhärenz C“ stellt dar, wie häufig eine Familie zu einem vereinbarten Termin nicht erreicht werden konnte. Das kann je Anruf zwei Mal vorkommen, da der Anruf „verfiel“, wenn die Familie beim dritten Mal erneut nicht erreichbar war. „Adhärenz C“ kann demnach einen Maximalwert von 28 erreichen, welcher für eine schlechtestmöglichste Adhärenz sprechen würde. „Adhärenz D“ gibt an, wie häufig eine Familie während der gesamten Programmlaufzeit nicht erreicht werden konnte. Im Gegensatz zu „Adhärenz C“ wurden hierbei auch solche Anrufe eingerechnet, die nach einem Fehlversuch ohne Terminabsprache erfolgten. Bei Familien, die sich nicht auf unsere Mailboxnachrichten von sich aus meldeten, kam es entsprechend zu höheren „Adhärenz D-Werten“ als bei Familien, die Zeiten benannten, an denen wir sie erreichen konnten. „Adhärenz D“ hat einen Maximalwert von 84. Dieser wird errechnet, wenn eine Familie zu jedem der 14 Anrufe sechsmal nicht erreichbar war. Abbildung 5.4 zeigt die vier Items der Anruf-Skala.

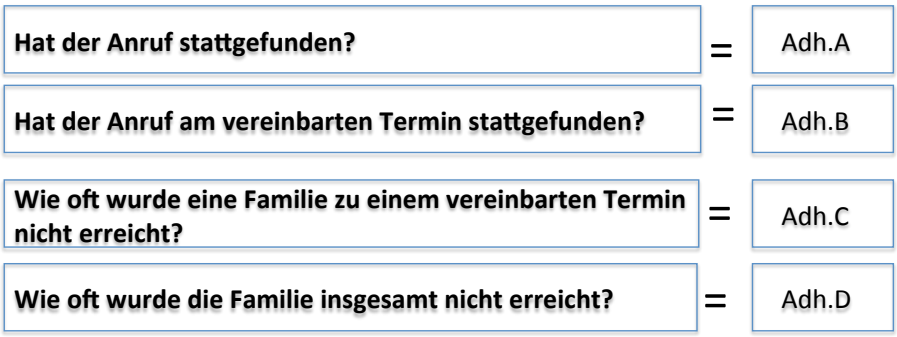



Abbildung 5.4: Schaubild der Anruf-Skala mit den vier Items gebildet aus der Anruf- sowie der Fehlversuchsdokumentation

Bei „Adhärenz A“ und „Adhärenz B“ stehen hohe Werte für eine hohe Adhärenz der Eltern, während bei „Adhärenz C“ sowie „Adhärenz D“ niedrige Werte für eine hohe Adhärenz sprechen. Aus diesem Grund wurden „Adhärenz C“ und „Adhärenz D“ für die Skalenbildung umgepolt. Alle vier Items wurden z-transformiert, bevor sie für den Gesamtwert der Anruf-Skala aufsummiert wurden. Im Folgenden werden die beschrieben Items mit Adh.A, Adh.B, Ahh.C und Adh.D abgekürzt.

### Heft-Skala

Wie die 14 Anrufdokumentationen sind auch die acht Heftdokumentationen im Anhang abgebildet. Abbildung 5.6 zeigt beispielhaft einen Auszug aus der Dokumentation des dritten Elternhefts.

Die von den Heftinhalten unabhängigen Items zur Umsetzung der Interventionen und Ratschläge wiederholen sich in jedem Heft. Die Items, die sich konkret auf die Umsetzung einzelner Interventionen beziehen, variieren je nach Heftinhalt, sodass aus jedem Heft unterschiedlich viele Items in die Heft-Skala einfließen.

Die Items sind vierstufig skaliert: 0 (nein/ nie/ kaum/ schlecht) steht für eine schlechte Mitarbeit der Eltern und eine schlechte Umsetzung der Interventionen, während 1 (eher selten/ teilweise/ mittel) eine mittlere Adhärenz der Eltern angibt und 2 (häufig/ regelmäßig/ ja/ gut) für eine sehr gute Adhärenz der Eltern steht. Die 99 (nicht zutreffend) sollte nur dann von den Mitarbeitern angegeben werden, wenn Interventionen nicht besprochen oder nicht umgesetzt werden konnten.

In Abbildung 5.5 ist die Unterteilung der Heftdokumentation in zwei Abschnitte zu erkennen. Im ersten Teil werden die Einschätzungen der Eltern dazu wiedergegeben, wie intensiv sie die Ratschläge befolgt, die Interventionen umgesetzt und ob sie die Memokarten ausgefüllt haben. Im zweiten Teil schätzen dann die Beraterinnen ein, wie gut die Eltern die Ratschläge befolgt und die Interventionen umgesetzt haben.

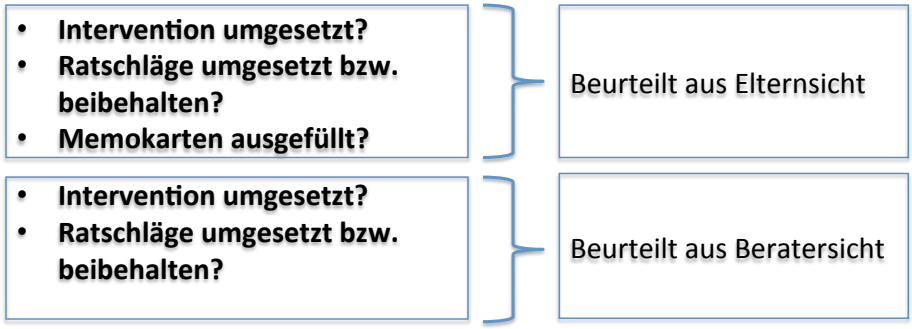



Abbildung 5.5: Die Subskalen der Heft-Adhärenz

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| Konnten Sie gut auf Positives bei Ihrem Kind achten? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| a) Haben Sie das Positiv-Tagebuch eingeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| Konnten Sie Ihrem Kind gut zeigen, wenn Sie etwas gut an ihm fanden? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| a) Haben Sie die Memokarte 1 „Was mögen Sie an Ihrem Kind“ ausgefüllt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| Haben Sie die Spaß & Spielzeit durchgeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| a2) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 2 „Die Spaß & Spielzeit“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, verstärkt auf Positives zu achten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, ihrem Kind zu zeigen, wenn sie etwas gut an ihm fand? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater die Spaß & Spielzeit durchführen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

Abbildung 5.6: Auszug aus der Heftdokumentation des dritten Elternheftes

Hieraus ergeben sich fünf Sub-Skalen mit jeweils unterschiedlich vielen Items:
Int-E beinhaltet 24 Items bezüglich der Umsetzung der Interventionen, eingeschätzt aus Elternsicht. Rat-E beinhaltet 10 Items bezüglich der Befolgung der Ratschläge, eingeschätzt aus Elternsicht. Mem-E beinhaltet 16 Items bezüglich des Ausfüllens der Memokarten, ebenfalls eingeschätzt aus Elternsicht. Int-B beinhaltet 21 Items bezüglich der Umsetzung der

Interventionen, eingeschätzt aus Beratersicht und Mem-E beinhaltet 7 Items bezüglich der Befolgung der Ratschläge, eingeschätzt aus Beratersicht.

Abbildung 5.7 zeigt, aus welchen Sub-Skalen sich die Adhärenz-Skala schlussendlich zusammensetzt.

### 5.2.2 Reliabilität und Trennschärfe der Adhärenz-Skala

Zur Bestimmung der Reliabilität wurden die internen Konsistenzen der Skalen mit Cronbachs Alpha berechnet. Zudem wurden die Kennwerte (Trennschärfe) der Subskalen dargestellt.

Tabelle 5.5 zeigt zunächst die Ergebnisse der Anruf-Skala, für die eine interne Konsistenz von $\alpha = .85$ ermittelt werden konnte. Dies spricht für eine hohe interne Konsistenz der Skala. Die korrigierten Trennschärfen für die Items der Anrufskala liegen zwischen $r_{it} = .30$; die Mehrzahl sogar über $r_{it} = .50$. Die Werte liegen damit im mittleren bis hohen Bereich.

Tabelle 5.5: Alphawerte und korrigierte Trennschärfe der Skala „Anruf-Adhärenz“

| *Item* | | *M* | *SD* | *Trenn-schärfe α = .85* |
|---|---|---|---|---|
| Adh.A | Anzahl stattgefundener Anrufe | 13,31 | 1,11 | .47 |
| Adh.B | Anzahl stattgefundener Anrufe am vereinbarten Termin | 9,52 | 2,30 | .72 |
| Adh.C | Anzahl Fehlversuche bei vereinbarten Terminen | 2,34 | 2,58 | .80 |
| Adh.D | Anzahl Fehlversuche insgesamt | 3,50 | 4,02 | .80 |

Die Ergebnisse der internen Konsistenzprüfung der Heft-Skalen sind der Tabelle 5.6 zu entnehmen. Die Reliabilitätswerte der Subskalen lagen im zufriedenstellenden Bereich ($\alpha = .73$ bis $\alpha = .84$). Die Heft-Gesamtskala erzielte eine sehr gute Konsistenz von $\alpha = .87$. Die Werte für die korrigierte Trennschärfe der Heft-Subskalen liegen mit $r_{it} = .57$ bis $r_{it} = .84$ im hohen Bereich.

Die Item-Kennwerte der jeweiligen Heft-Subskalen sind aufgrund der großen Datenmenge im Anhang abgebildet. Sie liegen mit wenigen Ausnahmen im mittleren bis hohen Bereich. Auf eine Eliminierung einzelner Items wurde verzichtet, da nur eine minimale Erhöhung des jeweiligen Konsistenzwertes hätte erzielt werden können.

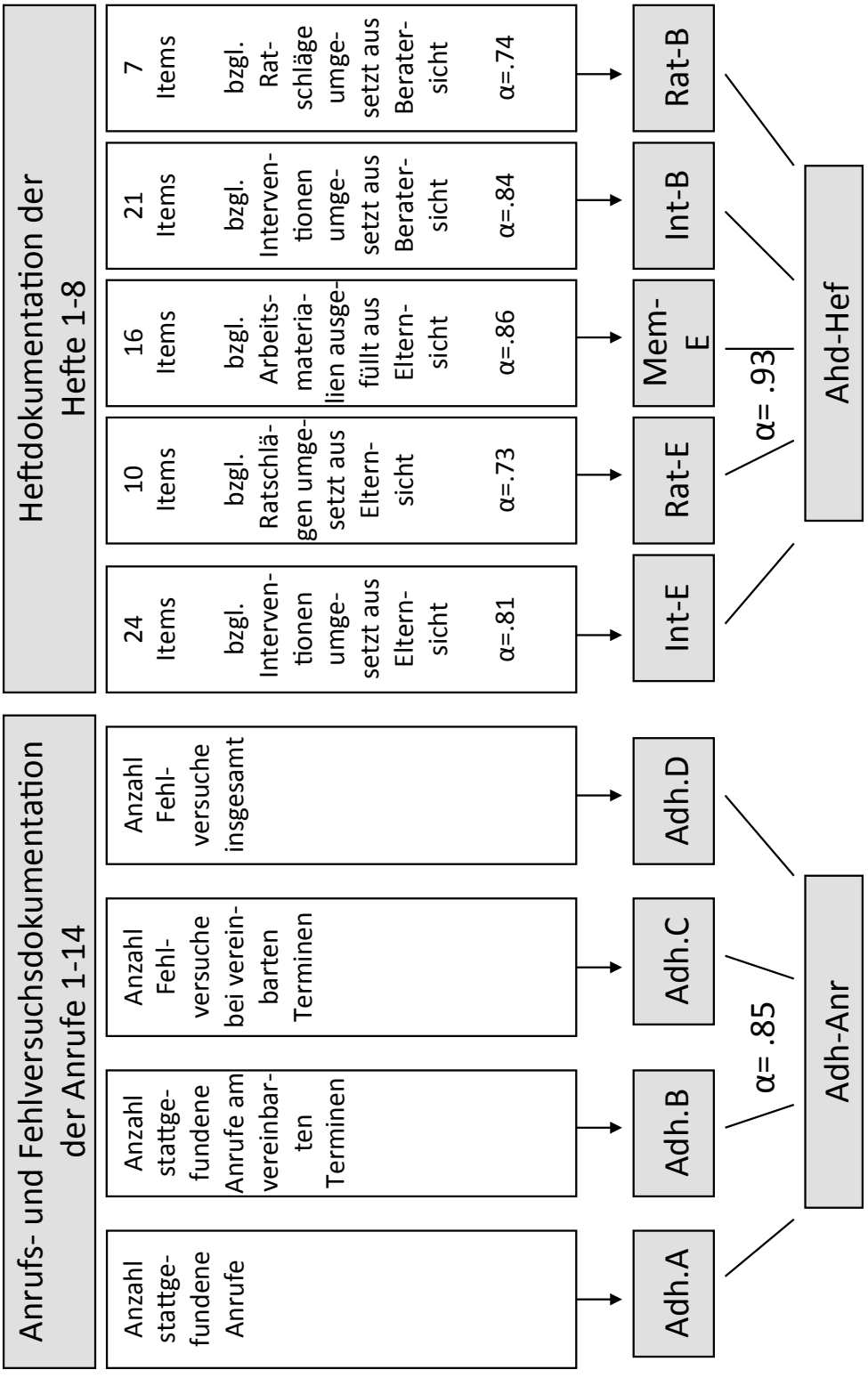



Abbildung 5.7: Schaubild der Aherence-Skala mit den einzelnen Sub-Skalen

Tabelle 5.6: Alphawerte und Trennschärfe der fünf Heftskalen

| *Item* | | *Item-anzahl* | *M* | *SD* | *α* | *Trenn-schärfe* | *α = .87* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Int-E | Interventionen aus Elternsicht | 24 | 1,52 | 0,26 | .77 | 0,81 | |
| Rat-E | Ratschläge aus Elternsicht | 10 | 1,72 | 0,25 | .73 | 0,69 | |
| Mem-E | Memokarten aus Elternsicht | 16 | 1,27 | 0,47 | .82 | 0,57 | |
| Int-B | Interventionen aus Beratersicht | 21 | 1,58 | 0,29 | .84 | 0,84 | |
| Rat-B | Ratschläge aus Beratersicht | 7 | 1,54 | 0,35 | .75 | 0,8 | |

## 5.3 Adhärenz der Eltern

Im dritten Ergebnisabschnitt wird die Adhärenz der Eltern zunächst auf Skalen-/Itemebene dargestellt, anschließend werden mögliche Prädiktoren elterlicher Adhärenz sowie Zusammenhänge zwischen Adhärenz und dem Outcome untersucht.

### 5.3.1 Deskription der Eltern-Adhärenz

Bei der deskriptiven Darstellung der Eltern-Adhärenz wird zunächst die Inanspruchnahme der Anrufe und anschließend die Umsetzung der Interventionen beschrieben.

#### Anruf-Adhärenz

Der Abbildung 5.8 ist zu entnehmen, dass 108 (62,8 %) der Familien alle 14 Anrufe vollständig und keine Familie weniger als 8 Anrufe in Anspruch nahmen. Die Verteilung der Inanspruchnahme (Adh.A) fällt erwartungsgemäß rechtsschief aus. Im Durchschnitt haben die Familien 13,3 (SD= 1,1) der Anrufe in Anspruch genommen.
Bezüglich der stattgefundenen Anrufe am vereinbarten Termin zeigt Abbildung 5.9 Adh.B, die angenähert normalverteilt ist. Vier (2,3 %) der Familien nahmen alle Anrufe am vereinbarten Termin wahr. Der Mittelwert sagt aus, dass die Familien im Durchschnitt 9,8 Anrufe in Anspruch genommen haben. Der Modalwert ist der am häufigsten vorkommende Wert (bei 33 Familien) und er liegt in dieser Untersuchung bei 10.

Die Variablen Adh.C und Adh.D fallen linksschief aus, da sie Adh.A und Adh.B entgegengesetzt gepolt sind. Bei Adh.C und Adh.D sprechen hohe Zahlen demnach für eine niedrige Adhärenz. Wie der Abbildung 5.10 zu entnehmen ist, hatten 48 (27,9 %) der Familien keinen Fehlversuch an einem vereinbarten Termin. Im Durchschnitt wiesen die Familien 2,4 (SD= 2,6) Fehlversuche bei vereinbarten Terminen auf. Ähnlich zeigt sich die Verteilung von Adh.D. in Abbildung 5.11.

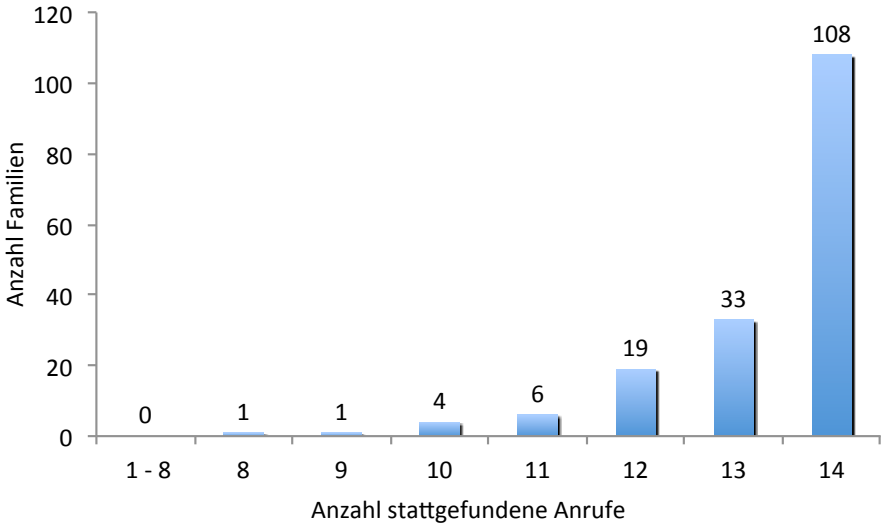



Abbildung 5.8: Adhärenz A stellt die Inanspruchnahme der Anrufe dar

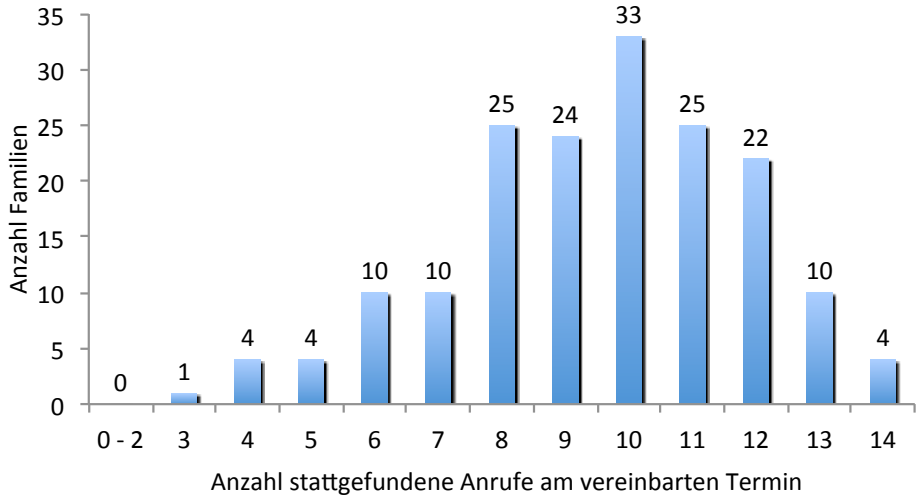



Abbildung 5.9: Adhärenz B stellt die Inanspruchnahme der Anrufe an den vereinbarten Terminen dar

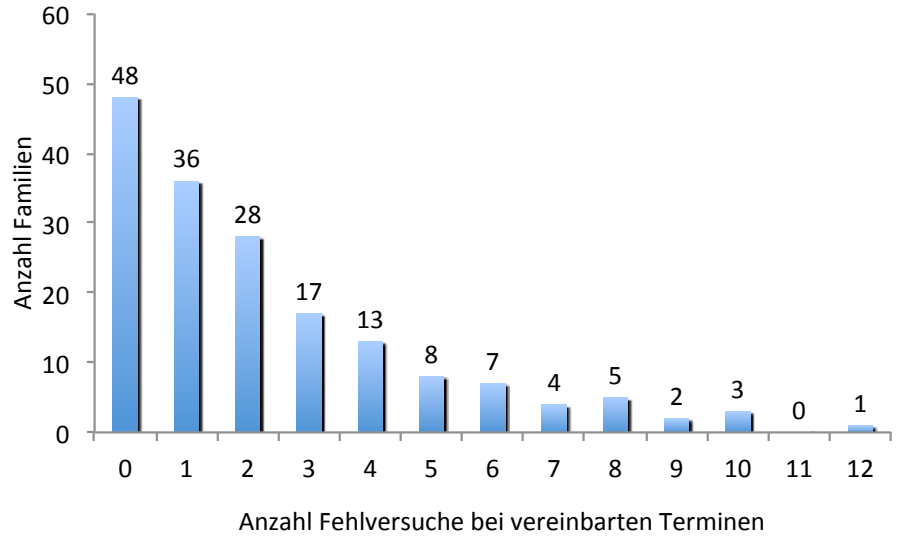



Abbildung 5.10: Adhärenz C zeigt die Anzahl der Fehlversuche bei vereinbarten Terminen

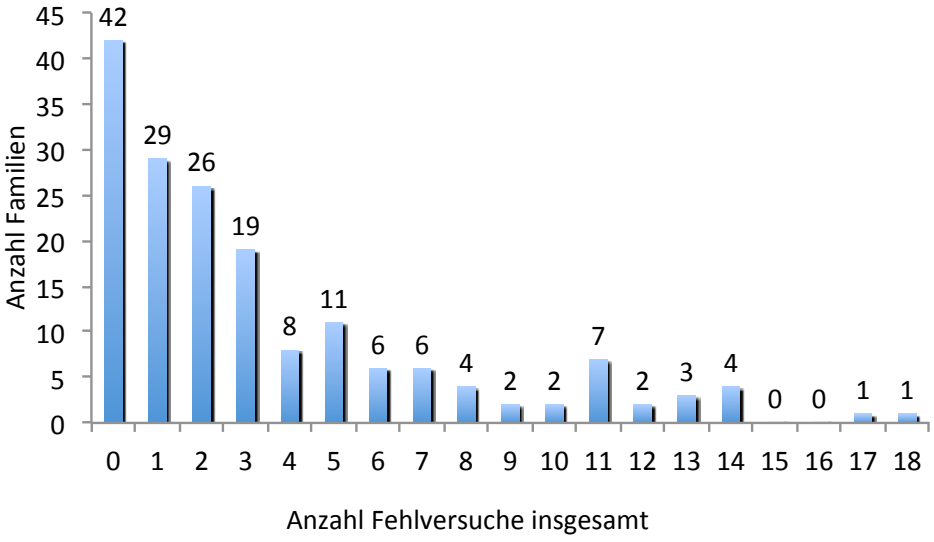



Abbildung 5.11: Adhärenz D zeigt die Anzahl der Fehlversuche während der gesamten Programlaufzeit

Hier liegt der Mittelwert bei 4,6 mit einer Standardabweichung von 4,0. Im Durchschnitt hatten die Familien demnach 5 Fehlversuche während der gesamten Programmlaufzeit. 42

(24,4 %) der Familien hatten insgesamt keinen Fehlversuch und waren demnach immer erreichbar.

### Heft-Adhärenz

Die Häufigkeiten der einzelnen 78 Heft-Items ist aufgrund der großen Datenmenge im Anhang abgebildet. Tabelle 5.7 zeigt eine Übersicht auf Skalenebene.

Tabelle 5.7: Deskription der Heft-Adhärenz mit den einzelnen Unterskalen

| *Skala* | | *Item-anzahl* | *Min* | *Max* | *M* | *SD* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Int-E | Interventionen aus Elternsicht | 24 | 0,56 | 2 | 1,52 | 0,26 |
| Rat-E | Ratschläge aus Elternsicht | 10 | 0,9 | 2 | 1,72 | 0,25 |
| Mem-E | Memokarten aus Elternsicht | 16 | 0 | 2 | 1,27 | 0,47 |
| Int-B | Interventionen aus Beratersicht | 21 | 0,67 | 2 | 1,58 | 0,29 |
| Rat-B | Ratschläge aus Beratersicht | 7 | 0,33 | 2 | 1,54 | 0,35 |
| Adh-Heft | Adherence-Heftskala | 78 | 0,64 | 1,96 | 1,53 | 0,27 |

Im Elternurteil liegen die Skalenmittelwerte im Bereich von 1,27 und 1,72. Während die drei Skalen aus Elternsicht demnach heterogener ausfallen, fallen die Skalen aus Beratersicht mit Mittelwerten von 1,54 (SD= 0,35) und 1,58 (SD= 0,29) homogener aus. Für die Adhärenz-Heft-Gesamtskala ergibt sich daraus ein Mittelwert von 1,53 (SD= 0,27).

Die Werte sprechen insgesamt für eine gute Umsetzung der Interventionen. Die beste Umsetzung ist nach Meinung der Eltern auf der Skala „Ratschläge umgesetzt aus Elternsicht“ bei den globalen, von einzelnen Interventionen unabhängigen Items erfolgt. Die Skala „Memokarten umgesetzt aus Elternsicht“ weist dagegen die schlechtesten Adhärenz-Werte auf. Diese Skala erfasst das ganz konkrete Ausfüllen und Bearbeiten einzelner Memokarten. Mem-E ist zudem die einzige Adhärenz-Sub-Skala, die ein Minimum von 0 und eine Standardabweichung von gerundet 0,5 aufweist.

## 5.3.2 Prädiktion von Eltern-Adhärenz

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Prädiktorenanalyse der elterlichen Adhärenz dargestellt. Es wurde zunächst mittels Korrelationen und anschließend in schrittweiser Regression geprüft, welche soziodemographischen Faktoren bzw. Symptommerkmale sich am besten für eine Vorhersage der Adhärenz eignen.

### Korrelationsanalytische Ergebnisse der Prädiktion von Eltern-Adhärenz

Die als Prädiktoren in Frage kommenden Variablen wurden zunächst korrelationsanalytisch entsprechend der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson betrachtet. Berücksichtigt wurden soziodemographische Faktoren der Familie und des Kindes, die Selbstwirksamkeit der

Eltern und die Symptomatik des Kindes im Elternurteil. Hierbei spielt die Signifikanz der Ergebnisse eine wichtige Rolle, damit diese als verlässlich interpretiert werden können.

*Soziodemographische Faktoren des Kindes.* Die Korrelationskoeffizienten der soziodemographischen Faktoren des Kindes sind in Tabelle 5.8 dargestellt. Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Anruf-Adhärenz: Die Eltern nahmen die Telefonate unabhängig von Alter, Geschlecht, der Diagnose oder Medikation des Kindes in Anspruch. Im Gegensatz dazu ist bezüglich der Heft-Adhärenz ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zeitraum der Diagnosestellung beim Kind bis zum Programmstart und der Umsetzung der Interventionen durch die Eltern ersichtlich. Die Korrelation fällt negativ aus, was bedeutet, dass die Eltern die Interventionen umso besser umsetzen, je kürzer der Zeitraum zwischen der Diagnosestellung bei ihrem Kind bis zum Start des Programms ist. Die Heft-Gesamt-Skala zeigt einen Korrelationskoeffizienten von r= -.217**. Die Subskalen, beurteilt aus Beratersicht, zeigen noch etwas höhere Werte mit Korrelationskoeffizienten von r= -.218** und r= -.230**.
Auch bei der Heft-Adhärenz, beurteilt aus Elternsicht, zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von r= -.152* bei der Bearbeitung der Memokarten und von r= -.175* bei der Befolgung der Ratschläge.

Tabelle 5.8: Korrelativer Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Adhärenz.

| Variable | Adh-Anr | Adh-Hef | Int-B | Rat-B | Mem-E | Int-E | Rat-E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Geschlecht* [1)] | .044 | .054 | .051 | .165* | -.026 | -.042 | .097 |
| *Alter* | -.147 | -.095 | -.105 | -.091 | -.035 | -.069 | -.129 |
| *Diagnose* [2)] | -.110 | -.150* | -.143 | -.182* | -.165* | -.037 | -.112 |
| *Diagnosezeit in Monaten* [3)] | -.101 | -.217** | -.230** | -.218** | -.152* | -.135 | -.175* |
| *Medikation ja/nein* [4)] | .017 | .101 | .140 | .104 | .094 | .064 | -.001 |
| *Medikation auch am WE* [4)] | .113 | -.018 | -.058 | -.014 | .019 | -.010 | -.039 |
| *Medikation auch in den Ferien* [4)] | .151 | -.007 | -.045 | -.065 | .050 | .068 | -.062 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01
1) Kodierung: 0= Junge, 1= Mädchen
2) nach Angaben der Eltern, Kodierung: 0= ADHS/ADS, 1= ADHS/ADS+SSV
3) Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Programmstart
4) Kodierung: 0= nein, 1= ja

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang konnte zwischen der Heft-Gesamtskala und der Diagnose des Kindes ermittelt werden. Es zeigt sich eine negative Korrelation mit einem r von -.150*. Bei einer Kodierung von 0 für die Diagnose ADHS oder ADS und einer 1 für ADHS oder ADS und SSV bedeutet, dass Eltern von Kindern mit einer reinen ADHS die Interventionen besser umsetzen als Eltern von Kindern mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens. Doch auch auf den Unterskalen bleibt der Zusammanhang schwach. Der größte Korrelationskoeffizient konnte auf der Unterskala Rat-B mit einem r von -.182* ermittelt werden.

Weitere signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Heft-Gesamtskala konnten nicht ermittelt werden. Auf der Sub-Skala Rat-E konnte jedoch ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Kindes und der Heft-Gesamtskala mit einem r von .165* gefunden werden. Da das männliche Geschlecht mit 0 kodiert ist und das weibliche mit 1, bedeutet eine positive Korrelation, dass nach Einschätzung der Beraterinnen die Eltern von Mädchen die Ratschläge besser befolgten und beibehielten, als die Eltern von Jungen.

*Soziodemographische Faktoren der Eltern.* Bei den soziodemographischen Faktoren der Eltern hingegen zeigt sich der größte Zusammenhang auf der Skala der Anruf-Adhärenz. Tabelle 5.9 zeigt eine positive Korrelation von r= .285** bezüglich der Bildungsjahre der Teilnehmer, von r= 310** bezogen auf den Sozialstatus der Familie und von r= -.231 bezogen auf den Familienstand der Familie. Eltern, die mehr Bildungsjahre genossen haben und Eltern einer höheren Sozialschicht bzw. Eltern die nicht alleinerziehend waren, nahmen die Telefonate zuverlässiger in Anspruch als Eltern, die weniger Bildungsjahre genossen haben und einen geringeren Sozialstatus aufwiesen oder alleinerziehend waren.

Tabelle 5.9: Korrelativer Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren sowie der Selbstwirksamkeit der Eltern und Adhärenz.

| Variable | Adh-Anr | Adh-Hef | Int-B | Rat-B | Mem-E | Int-E | Rat-E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Alter der Teilnehmer* | .120 | .022 | .014 | .022 | .011 | .076 | -.029 |
| *alleinerziehend ja/nein* [1)] | -.231** | -.020 | -.044 | -.087 | .023 | .003 | .018 |
| *Stadt/Land* [2)] | -.038 | .071 | .034 | .030 | .103 | .074 | .030 |
| *Bildungsjahre* | .285** | .148 | .142 | .183* | .113 | .118 | .050 |
| *Sozialstatus* [3)] | .310** | .157* | .115 | .169* | .136 | .161* | .057 |
| *Sprache* [4)] | .012 | .062 | .059 | .064 | .040 | .099 | .000 |
| *Migrationshintergrund* [5)] | .063 | -.102 | -.148 | -.084 | -.044 | -.154* | -.019 |
| *Geschwisterzahl* | -.050 | .061 | .121 | .085 | -.037 | .074 | .062 |
| *In Anspruch genommene Hilfen lifetime* [6)] | .077 | .167* | .117* | .080 | .191* | .185* | .104 |
| *derzeit keine Hilfe* | -.085 | -.135 | -.167 | -.024 | -.192* | -.163* | -.084 |
| *FSW_tot_ Prä* | .022 | .103 | .176* | .185* | -.049 | .052 | .145 |
| *FSW_Kompetenzvertrauen_in_Erziehung_Prä* | .043 | .147 | .206** | .233** | -.031 | .097 | .187* |
| *FSW_Zufriedenheit mit Elternrolle_Prä* | .006 | .004 | .061 | .060 | -.069 | -.028 | .027 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

1) Kodierung: 0= nein, 1= ja

2) Kodierung: 1= < 20.000 Land/Kleinstandt, 2= 20.000 bis 100.000 Mitteltadt, 3= Großstast ab 100000

3) Kodierung: 1= niedrig , 2= mittel , 3= hoch

4) Kodierung: 0= andere Sprache, 1= deutsch

5) Kodierung: 0= kein Migrationshintergrund, 1= Migrationshintergrund: Kinder und Jugendliche,die selbst aus einem anderen Land zugewandert sind und von denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist oder von denen beide Eltern zugewandert oder nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind.

6) Kodierung: 0= keine Inanspruchnahme von Hilfen wegen der Verhaltensprobleme des Kindes , 1= Inanspruchnahme von Hilfen wegen der Verhaltensprobleme des Kindes

Ebenso zeigt sich ein schwacher signifikanter Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus der Familie und der Heft-Adhärenz, sowohl auf der Heft-Gesamtskala als auch auf einigen

Heft-Subskalen. Darüber hinaus zeigen sich weitere signifikante Zusammenhänge zwischen der Heft-Adhärenz und der Inanspruchnahme von Hilfen. Je mehr Hilfen Eltern bereits in Anspruch genommen hatten, desto intensiver bearbeiteten sie auch die Hefte. Signifikante Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeit und der Adhärenz der Eltern zeigen sich ausschließlich auf den Subskalen der Heft-Adhärenz: ein schwacher signifikanter Zusammenhang zwischen der FSW Gesamtskala und der Sub-Skala Int-B von r= .176* und der Sub-Skala Rat-B von r= .185*. Hohe FSW-Werte und damit eine hohe erlebte Selbstwirksamkeit der Eltern gehen mit hohen Adhärenzwerten, beurteilt durch die Beraterinnen, einher.

*Symptommerkmale der Kinder.* Entgegen der Erwartung zeigen sich wenig signifikante Zusammenhänge zwischen den Symptommerkmalen der Kinder und der Adhärenz der Eltern. In der Tabelle 5.10 ist zu sehen, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anruf-Adhärenz und den Symptommerkmalen zeigt.

Tabelle 5.10: Korrelativer Zusammenhang zwischen den Symptommerkmale des Kindes und Adhärenz.

| Variable | Adh-Anr | Adh-Hef | Int-B | Rat-B | Mem-E | Int-E | Rat-E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *FBB_ADHS_Prä* | -.078 | -.004 | -.052 | -.072 | -.003 | .070 | .070 |
| *FBB_AUF_Prä* | -.062 | -.027 | -.032 | -.082 | -.009 | .002 | .021 |
| *FBB_HYP_Prä* | -.038 | .006 | -.056 | -.057 | .000 | .093 | .074 |
| *FBB_IMP_Prä* | -.097 | .016 | -.027 | -.021 | .002 | .066 | .071 |
| *FBB_Funkt.niv._Prä* | -.056 | .008 | -.084 | -.120 | .119 | .076 | .005 |
| *FBB_SSV_Prä* | -.069 | -.051 | -.148 | -.195* | .089 | -.024 | -.019 |
| *IPL Problemstärke* | .129 | .049 | .025 | -.013 | .089 | .088 | -.004 |
| *SDQ Gesamt Prä* | -.114 | -.092 | -.202** | -.204** | .008 | .043 | -.039 |
| *SDQ HYP Prä* | .058 | .014 | -.036 | -.076 | .051 | .108 | .013 |
| *SDQ Emot.Probl. Prä* | -.146 | -.097 | -.142 | -.128 | -.050 | -.037 | -.050 |
| *SDQ Verh.Probl.-Prä* | -.086 | -.062 | -.142 | -.160* | .037 | .013 | -.033 |
| *SDQ_VerhProbl_Gleichal_Prä* | -.087 | -.070 | -.172* | -.143 | -.001 | .039 | -.021 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Prä* | .000 | .026 | .043 | .041 | -.034 | -.013 | .107 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

Zwischen der Heft-Adhärenz und einigen Symptommerkmalen zeichnen sich schwache negative Zusammenhänge auf den Heftsubskalen ab, die aussagen, dass Eltern deren Kinder weniger starke Symptome zeigen, die Interventionen besser umsetzen. Der größte Zusammenhang zeigt sich zwischen der SDQ-Gesamtskala und der Befolgung von Ratschlägen, beurteilt aus Beratersicht, mit einem r von -.204**. Der FBB-SSV korreliert ebenfalls signifikant mit der Sub-Skala Rat-B mit einem r von -.195*.

### Regressionsanalytische Ergebnisse der Prädiktion von Eltern-Adhärenz

Im folgendem Abschnitt wird mittels hierarchischer Regressionsanalysen untersucht, ob die im vorangegangenen Abschnitt gefundenen Zusammenhänge auch dann bestehen bleiben, wenn der Einfluss von Drittvariablen berücksichtigt wird. Es wird in schrittweiser Regression jeweils für soziodemographische und symptombezogene Variablen geprüft, welche soziodemographischen Faktoren bzw. Symptommerkmale sich am besten für eine Vorhersage der Adhärenz eignen. Es gingen diejenigen Variablen in die Regressionsanalyse ein, für die sich in den oben darstellten Korrelationsanalysen signifikante Zusammenhänge mit der Adhärenz der Eltern gezeigt hatten. Als Kriterium diente zunächst die Anruf-Adhärenz und in einer zweiten Analyse die Heft-Adhärenz.

Die Prädiktoren wurden in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe enthält elternbezogene Variablen (sozidemographische Faktoren sowie Variablen zur Selbstwirksamkeit). Die zweite Gruppe enthält die soziodemographischen Faktoren, das Kind betreffend sowie die symptombezogenen Variablen des Kindes. In der hierarchischen Regressionsanalyse werden die Prädiktoren schrittweise entsprechend der beiden Gruppen eingegeben.

*Ergebnisse Anruf-Adhärenz als Kriterium.* Tabelle 5.11 zeigt die Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse für die Anruf-Adhärenz als Kriteriumsvariable. Aus der Gruppe der elternbezogenen Faktoren konnten die Variablen „Bildungsjahre“, „Sozialstatus“ sowie „alleinerziehend“ einbezogen werden. Tabelle 5.11 zeigt, dass die Variablen „alleinerziehend“ und „Sozialstatus“ signifikant ausfallen, wobei „Sozialstatus“ absolut betrachtet den höheren Betawert und somit den höchsten Erklärungswert hat.

Tabelle 5.11: Regressionsanalytische Ergebnisse der Prädiktorenanalyse für das Kriterium Anruf-Adhärenz

| | Anruf-Adherence | |
|---|---|---|
| | β | $R^2$ |
| Schritt 1 | | .136 |
| alleinerziehend [1)] | -.157* | |
| Bildungsjahre | .045 | |
| Sozialstatus [2)] | .281* | |
| Schritt 2 | | |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01
1) Kodierung: 0= nein, 1= ja
2) Kodierung: 1= niedrig , 2= mittel , 3= hoch

Die Variable „Bildungsjahre“ fällt in der hierarchischen Regressionsanalyse nicht signifikant aus, obwohl in Tabelle 5.9 ein Korrelationskoeffizient von .285** genannt ist. Der Zusammenhang zwischen der Anruf-Adhärenz und den Bildungsjahren verliert sich, wenn die Variablen „alleinerziehend“ und „Sozialstatus“ berücksichtigt werden. Der Sozialstatus der Fa-

milie, die Bildungsjahre des teilnehmenden Elternteils sowie der Familienstand erklären gemeinsam 13,6 % der Anruf-Adhärenz.

*Ergebnisse Heft-Adhärenz als Kriterium.* Tabelle 5.12 zeigt die Ergebnisse der hierarchischen Regressionsanalyse mit den soziodemographischen Faktoren als Prädiktor für die Heft-Adhärenz. Aus der Gruppe der elternbezogenen Faktoren konnten die Variablen „Sozialstatus“ sowie „in Anspruch genommene Hilfen“ im ersten Schritt aufgenommen werden. Im zweiten Schritt wurde dann aus der Gruppe der kindbezogenen Faktoren die Variable „Diagnosezeit“ hinzugefügt.

Tabelle 5.12: Regressionsanalytische Ergebnisse der Prädiktorenanalyse für das Kriterium der Heft-Adhärenz

| | Heft-Adherence | |
|---|---|---|
| | β | $R^2$ |
| Schritt 1 | | .056 |
| Sozialstatus [1)] | .168* | |
| Hilfen [2)] | .178* | |
| Schritt 2 | | .097 |
| Sozialstatus | .142 | |
| Hilfen | .183* | |
| Diagnosezeit [3)] | -.203** | |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

1) Kodierung: 1= niedrig, 2= mittel, 3= hoch

2) Im Kontext der in Anspruch genommenen Hilfe wurden Elterngespräche zum Thema "Erziehungsstrategien bei ADHS" durchgeführt.

3) Diagnosezeit in Monaten

Alle eingeschlossenen Variablen fallen im letzten Schritt der Regressionsanalyse signifikant aus, wobei die Variable „Diagnosezeit“ auf einer deskriptiven Ebene absolut betrachtet den höchsten Betawert und somit den höchsten Erklärungswert hat. Der Betawert fällt negativ aus, das heißt, dass mit kürzer werdendem Diagnosezeitraum die vorhergesagte Heft-Adhärenz ansteigt. Tabelle 5.12 zeigt, dass der „Sozialstatus“ der Familie, die „in Anspruch genommenen Hilfen“ sowie die „Diagnosezeit des Kindes“ die insgesamt 9,7 % der Heft-Adhärenz erklären.

### 5.3.3 Der Zusammenhang zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende

Wie in Tabelle 5.13 ersichtlich, lassen sich zwischen der Anruf-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende keine signifikanten Korrelationen mit Ausnahme der Unterskala „Emotionale Probleme“ beim SDQ finden; hier zeigt sich ein schwacher signifikanter Zusammenhang mit einem Korrelationskoeffizienten von r= -.166*. Auch zwischen den

Werten des FSW in der Post-Messung und der Anruf-Adhärenz zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge.

Tabelle 5.13: Korrelationsanalytische Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende

| *Variable* | Adh-Anr | Adh-Hef | Int-B | Rat-B | Mem-E | Int-E | Rat-E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *FBB_ADHS_Post* | -.110 | -.115 | -.154* | -.175* | -.048 | -.058 | -.050 |
| *FBB_AUF_Post* | -.086 | -.154* | -.175* | -.209** | -.068 | -.120 | -.087 |
| *FBB_HYP_Post* | -.071 | -.116 | -.136 | -.137 | -.095 | -.040 | -.060 |
| *FBB_IMP_Post* | -.128 | .006 | -.061 | -.077 | .067 | .037 | .042 |
| *FBB_Funkt.niv._Post* | -.109 | -.170* | -.191* | -.225** | -.069 | -.132 | -.118 |
| *FBB_SSV_Post* | -.104 | -.180* | -.212** | -.297** | -.012 | -.152* | -.135 |
| *IPL_Post* | -.014 | -.163* | -.174* | -.225** | -.007 | -.174* | -.170* |
| *SDQ_Gesamt_Post* | -.073 | -.200** | -.284** | -.318** | -.029 | -.093 | -.157* |
| *SDQ_HYP_Post* | .001 | -.076 | -.127 | -.152* | -.009 | -.001 | -.033 |
| *SDQ_Emot.Probl._Post* | -.166* | -.231** | -.222** | -.274** | -.143 | -.164* | -.172* |
| *SDQ_Verh.Probl._Post* | -.015 | -.155* | -.223** | -.276** | .021 | -.095 | -.136 |
| *SDQ_VerhProbl_Gleichal_Post* | .014 | -.122 | -.224** | .041 | .016 | -.052 | -.115 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Post* | .046 | .149 | .154* | .083 | .083 | .066 | .196** |
| *FSW_Post* | .049 | .150* | .210** | .256** | -.054 | .120 | .188* |
| *FSW_Kompt.erl._in_Erziehung_Post* | .082 | .167* | .229** | .279** | -.049 | .071 | .199** |
| *FSW_Zufriedenh._mit_Elternrolle_Post* | .001 | .095 | .138 | .173* | -.043 | -.066 | .118 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

Bei der Heft-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende zeigen sich hingegen schwache bis mittlere signifikante negative Zusammenhänge, die so interpretiert werden können, dass Kinder, deren Eltern die Interventionen besser umsetzen, bei Programmende weniger starke Symptome zeigen, als Kinder, deren Eltern die Interventionen weniger gut umsetzen.
Signifikante Zusammenhänge ließen sich auf der Heft-Gesamtskala, wie auch auf einigen Heft-Unterskalen finden. Wie Tabelle 5.13 zeigt, finden sich die stärksten Zusammenhänge zwischen der Symptomausprägung bei Programmende und der Befolgung von Ratschlägen, beurteilt aus Beratersicht (Rat-B). Die SDQ-Gesamtskala korreliert mit Rat-B, mit r= -.381**, der FBB-SSV mit einem r= -.297** und der FBB-ADHS mit r= -.175*.
Auch zwischen der Selbstwirksamkeit der Eltern und der Symptomausprägung bei Programmende lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem FSW und der Sub-Skala Rat-B von r= .256** finden. Die Korrelation fällt positiv aus, demnach gehen hohe FSW-Werte bei Programmende und damit eine hohe erlebte Selbstwirksamkeit der Eltern mit hohen Heft-Adhärenzwerten, beurteilt durch die Beraterinnen, einher.

In einem nächsten Schritt wurde mittels multipler Regressionsanalysen geprüft, welches der Adhärenzmaße das Entscheidende ist, um den Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und den Werten der Symptomgesamtskalen nach Programmabschluss vorherzusagen. Es wurden jeweils die Symptomgesamtskalen als Kriteriumsvariablen und die einzelnen Adhärenzmaße als prädiktive Variablen eingeschlossen. Tabelle 5.14 zeigt die fünf Regressionsanalysen der fünf Symptomskalen, für die auch die Ergebnisse der Multikollinea-

ritätsstatistiken abgebildet sind. Hierbei sprechen die Toleranz- und die VIF-Werte bei drei der fünf Analysen für eine zu hohe Multikollinearität der einzelnen Adhärenzmaße, so dass die Ergebnisse der Regressionsanalysen für die Kriteriumsvariablen IPL-Post, FBB-ADHS-Post und SDQ-Gesamt-Post nicht interpretiert werden können. Aussagekrätige Ergebnisse zeigen sich demnach ausschließlich bei dem Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und der elterlichen Selbstwirksamkeit (FSW-Post). Absolut betrachtet zeigt die Variable „Adh-Hef“ den höchsten Betawert mit $\beta = -.497$*. Die Variablen „Adh-Hef“ und „Int-B“ erklären gemeinsam 10 % der Symptomwerte des Fragebogen zur Selbstwirksamkeit der Eltern in der Erziehung bei Programmende.

Tabelle 5.14: Regressionsanalytische Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende

| | | | Kollinearitätsstatistik | |
|---|---|---|---|---|
| | β | $R^2$ | Toleranz | VIF |
| | FBB_ADHS_Post | | | |
| | | .030 | | |
| Int_B | -.172 | | .226 | 4,420 |
| Rat_B | -.033 | | .226 | 4,420 |
| | IPL_Post | | | |
| | | .079 | | |
| Adh_Hef | .549 | | .069 | 14,500 |
| Int_B | -.465* | | .163 | 6,123 |
| Rat_B | .095 | | .141 | 7,105 |
| Int_E | -.341* | | .191 | 5,235 |
| Rat_E | -.127 | | .348 | 2,877 |
| | FBB_SSV_Post | | | |
| | | .121 | | |
| Adh_Hef | .487* | | .092 | 10,870 |
| Int_B | .123 | | .146 | 6,826 |
| Rat_B | -.225 | | .197 | 5,067 |
| Int_E | -.675* | | .166 | 6,036 |
| | SDQ_Gesamt_Post | | | |
| | | .145 | | |
| Adh_Hef | .159 | | .069 | 14,500 |
| Rat_B | -.350 | | .136 | 6,123 |
| Int_B | -.327 | | .141 | 7,105 |
| Int_E | .236 | | .191 | 2,877 |
| Rat_E | .350 | | .348 | 2,877 |
| | FSW_Post | | | |
| | | .098 | | |
| Adh_Hef | -.497* | | .129 | 7,780 |
| Int_B | .377* | | .190 | 5,256 |
| Rat_B | .207 | | .146 | 6,856 |
| Rat_E | .177 | | .359 | 2,784 |

### 5.3.4 Der Zusammenhang zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion

Die Korrelationen zwischen der Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion fallen insgesamt niedrig aus. Tabelle 5.15 zeigt die Korrelationskoeffizienten. Zwischen der Anruf-Adhärenz und der Symptomreduktion zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge. Im Gegensatz zu der Symptomausprägung bei Programmende lassen sich jedoch auch kaum signifikante Werte bei der Heft-Adhärenz finden. Ausschließlich die Veränderung im Problemkennwert auf der individuellen Problemliste korreliert mit r= .170* signifikant mit der Heft-Gesamtskala und mit der Unterskala Int-E (r= .206**). Die positive Korrelation legt den Schluss nahe, dass Kinder, deren Eltern die Interventionen besser umsetzen, eine deutlichere Reduktion der Problemstärke zeigen als Kinder, deren Eltern die Interventionen weniger intensiv bzw. abweichend vom Programmplan umsetzen.

Tabelle 5.15: Korrelationsanalytische Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion

| Variable | Adh-Anr | Adh-Hef | Int-B | Rat-B | Mem-E | Int-E | Rat-E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *FBB_ADHS Prä-Post* | .038 | .117 | .110 | .112 | .047 | .130 | .121 |
| *FBB_AUF_Prä-Post* | .028 | .127 | .143 | .130 | .059 | .121 | .106 |
| *FBB_HYP_Prä-Post* | .026 | .122 | .070 | .070 | .095 | .149 | .146 |
| *FBB_IMP_Prä-Post* | .038 | .009 | .036 | .058 | -.064 | .023 | .022 |
| *FBB_Funkt.niv._Prä-Post* | .042 | .159* | .088 | .083 | .177* | .191* | .110 |
| *FBB_SSV_Prä-Post* | .072 | .126 | .049 | .082 | .114 | .128 | .159* |
| *IPL_Prä-Post* | .101 | .170* | .163* | .180* | .068 | .206** | .140 |
| *SDQ_ Gesam_Prä-Post* | -.042 | .126 | .100 | .136 | .043 | .152* | .134 |
| *SDQ_Emot_Probl_Prä-Post* | .006 | .120 | .063 | .129 | .084 | .119 | .113 |
| *SDQ_VH_Probl_Prä-Post* | -.085 | .088 | .065 | .099 | .021 | .113 | .103 |
| *SDQ_HYP_Prä-Post* | .053 | .089 | .096 | .083 | .056 | .100 | .045 |
| *SDQ_Verh.Probl_Gleichal_Prä-Post* | -.125 | .066 | .068 | .059 | -.022 | .115 | .119 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Prä-Post* | .053 | -.146 | -.135 | -.129 | -.125 | -.086 | -.126 |
| *FSW_Prä-Post* | -.026 | -.047 | -.045 | -.071 | -.006 | -.066 | -.045 |
| *FSW_Kompt.erl._in_Erziehung_Prä-Post* | -.036 | -.016 | -.018 | -.039 | .016 | -.033 | -.008 |
| *FSW_Zufriedenh._mit_Eltenrolle_Prä-Post* | .005 | -.090 | -.082 | -.117 | -.020 | -.096 | -.092 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

Auch hier wurde in einem nächsten Schritt mittels einer multiplen Regressionsanalyse geprüft, welches der Adhärenzmaße das Entscheidende ist, um den Zusammenhang zwischen der elterlichen Adhärenz und der Symptomreduktion auf den Gesamtskalen vorherzusagen. Hierbei konnte der Kennwert der individuellen Problemliste (IPL-Prä-Post) als Kriteriumsvariable eingeschlossen werden sowie die Adhärenzmaße Adh-Hef, Rat-B, Int-B und Int-E als prädiktive Variablen. Die Ergebnisse der Multikollinearitätsstatistik in Tabelle 5.16 sprechen für eine zu hohe Multikollinearität der einzelnen Adhärenzmaße, so dass die Ergebnisse der Regressionsanalyse nicht interpretiert werden können.

Tabelle 5.16: Regressionsanalytische Ergebnisse des Zusammenhangs zwischen Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion

| | β | $R^2$ | Kollinearitätsstatistik Toleranz | VIF |
|---|---|---|---|---|
| | IPL_Prä-Post | | | |
| | | .057 | | |
| Adh_Hef | -.282 | | .092 | 10,870 |
| Rat_B | .292 | | .166 | 6,036 |
| Int_B | -.116 | | .146 | 6,826 |
| Int_E | .349* | | .197 | 5,067 |

## 5.4 Elterliche Zufriedenheit mit dem Programm

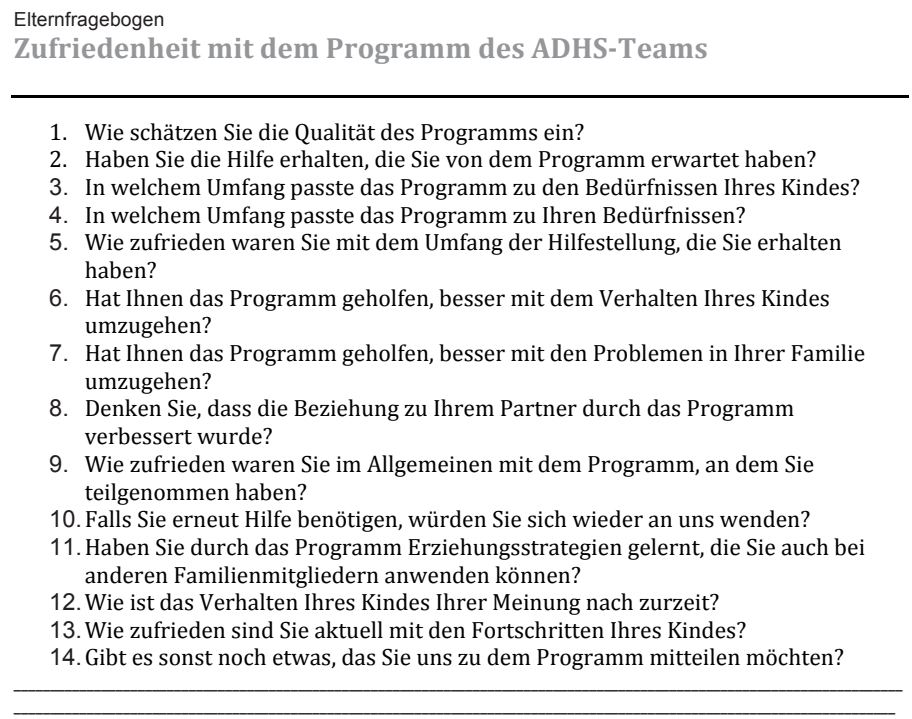
Die Untersuchung der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm stellt einen weiteren wesentlichen Teil der vorliegenden Arbeit dar: Der Fragebogen CSQ zur Erfassung der elterlichen Zufriedenheit wird vorgestellt und die elterliche Zufriedenheit wird deskriptiv dargestellt. Abschließend werden mögliche Prädiktoren von elterlicher Zufriedenheit und Zusammenhänge zwischen elterlicher Zufriedenheit mit der Symptomreduktion sowie der Symptomausprägung bei Programmende untersucht.

### 5.4.1 Deskription der elterlichen Zufriedenheit

Im folgenden Abschnitt wird die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm auf Itemebene deskriptiv dargestellt. Vorab wird der „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ) vorgestellt sowie die Reliabilität des Fragebogens beschrieben.

Abbildung 5.12 zeigt die 14 Items, aus denen sich der CSQ zusammensetzt. Eine Darstellung des CSQ, wie er in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, ist im Anhang abgebildet.

Die Antwortmöglichkeiten zu den Fragen 1-13 sind in eine siebenstufige Skala von 1 (schlecht/ nein definitiv nicht/sehr unzufrieden/ es machte es schlimmer) bis 7 (sehr gut/ ja definitiv/ ja es hat sehr geholfen/ sehr viel besser/ sehr zufrieden) unterteilt. Frage 14 bietet den Eltern die Möglichkeit, dem ADHS-Team eine frei formulierte Rückmeldung zu geben.



Elternfragebogen

**Zufriedenheit mit dem Programm des ADHS-Teams**

1. Wie schätzen Sie die Qualität des Programms ein?
2. Haben Sie die Hilfe erhalten, die Sie von dem Programm erwartet haben?
3. In welchem Umfang passte das Programm zu den Bedürfnissen Ihres Kindes?
4. In welchem Umfang passte das Programm zu Ihren Bedürfnissen?
5. Wie zufrieden waren Sie mit dem Umfang der Hilfestellung, die Sie erhalten haben?
6. Hat Ihnen das Programm geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen?
7. Hat Ihnen das Programm geholfen, besser mit den Problemen in Ihrer Familie umzugehen?
8. Denken Sie, dass die Beziehung zu Ihrem Partner durch das Programm verbessert wurde?
9. Wie zufrieden waren Sie im Allgemeinen mit dem Programm, an dem Sie teilgenommen haben?
10. Falls Sie erneut Hilfe benötigen, würden Sie sich wieder an uns wenden?
11. Haben Sie durch das Programm Erziehungsstrategien gelernt, die Sie auch bei anderen Familienmitgliedern anwenden können?
12. Wie ist das Verhalten Ihres Kindes Ihrer Meinung nach zurzeit?
13. Wie zufrieden sind Sie aktuell mit den Fortschritten Ihres Kindes?
14. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns zu dem Programm mitteilen möchten?

_____

_____

***Vielen Dank für Ihre Unterstützung!***

Abbildung 5.12: Fragebogen zur elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

Um möglichst offene und ehrliche Rückmeldungen zu erhalten, wurde der CSQ, anders als die übrigen Fragebögen, nicht am Telefon erhoben. Die Eltern wurden gebeten, den Fragebogen ausgefüllt an das „ADHS-Team“ zurück zu senden. Bei Bedarf wurden sie bis zu dreimal telefonisch an den Fragebogen erinnert. Von den 172 Familien, die das Programm regulär beendeten, sandten 165 (96 %) den CSQ wie vorgesehen zurück. Bei den übrigen sieben Familien konnten trotz der Erinnerungen keine Daten zur Zufriedenheit mit dem Programm erhoben werden. Die Daten dieser sieben Familien wurden regressionsanalytisch ersetzt. Darüber hinaus gab es bei einzelnen Items weitere Missings von bis zu 1,8 % mit Ausnahme von Item Nr. 8. Das Item bezieht sich auf die Partnerschaft und wurde von 12,2 % der Familien ausgelassen, was genau dem Anteil an alleinerziehenden Elternteilen entspricht. Auch diese Missings wurden regressionsanalytisch ersetzt. Im Anhang sind die Häufigkeiten der Missings je Item zu finden. Für den Zufriedenheits-Kennwert wurden die Items 1-13 addiert und durch 13 dividiert. Das Item Nr. 14 wurde aufgrund der offenen Antwortmöglichkeit von den Analysen ausgeschlossen.

Zur Bestimmung der Reliabilität wird die interne Konsistenz des CSQ´s mit Cronbachs Alpha berechnet. Zudem wurden die Item-Kennwerte zur Darstellung der Trennschärfen aufgeführt.

Die Ergebnisse der internen Konsistenzprüfung des CSQ sind der Tabelle 5.17 zu entneh-

men. Es konnte eine interne Konsistenz der 13 Items von $\alpha$ = .93 ermittelt werden. Dies spricht für eine sehr hohe interne Konsistenz der Skala. Die korrigierten Trennschärfen für die einzelnen Items liegen, mit einer Ausnahme, zwischen $r_{it}$= .61 und $r_{it}$= 83; die Mehrzahl sogar über $r_{it}$= .75, was ebenfalls für sehr gute Item-Kennwerte spricht.

Tabelle 5.17: Deskription der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

| *Item Nr.* | *Item* | *M* | *SD* | *min* | *max* | *Trenn-schärfe* | *α = 0,931* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Qualität des Programms | 6,00 | 0,94 | 3 | 7 | .663 | |
| 2 | Hilfe erhalten wie erwartet | 5,82 | 1,10 | 3 | 7 | .830 | |
| 3 | Programm passend für Bedürfnisse des KIndes | 5,60 | 1,12 | 2 | 7 | .763 | |
| 4 | Programm passend für Bedürfnisse der Eltern | 5,57 | 1,13 | 3 | 7 | .797 | |
| 5 | Umfang der Hilfestellung | 6,09 | 0,98 | 4 | 7 | .756 | |
| 6 | Programm hilfreich für Umgang mit dem Verhalten des Kindes | 6,07 | 0,95 | 2 | 7 | .807 | |
| 7 | Programm hilfreich für Umgang mit Problemen in der Familie | 5,86 | 1,02 | 2 | 7 | .790 | |
| 8 | Verbesserung der Beziehung zum Partner | 4,16 | 1,51 | 0 | 7 | .431 | |
| 9 | Zufriedenheit mit dem Programm allgemein | 6,15 | 0,92 | 4 | 7 | .768 | |
| 10 | Bei erneutem Hilfebedarf erneute Inanspruchnahme | 6,08 | 1,16 | 1 | 7 | .672 | |
| 11 | Erziehungsstrategien auch für andere Familienmitglieder anwendbar | 5,70 | 1,42 | 1 | 7 | .630 | |
| 12 | Verhalten des Kindes derzeit | 5,79 | 1,01 | 2 | 7 | .688 | |
| 13 | Aktuelle Fortschritte des Kindes | 5,58 | 1,15 | 1 | 7 | .614 | |

Obwohl das Item Nr. 8 „Verbesserung der Beziehung zum Partner“ mit $r_{it}$= .43 von den übrigen Werten abweicht, wurde auf eine Eliminierung des Items verzichtet, da nur eine minimale Erhöhung des Konsistenzwertes hätte erzielt werden können und eine Beibehaltung des ursprünglichen Fragebogens von [84] bevorzugt wurde.

Insgesamt konnte eine sehr hohe Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern erzielt werden. Der Abbildung 5.13 ist zu entnehmen, dass 95 % der Eltern das Programm zusammenfassend mit „gut bis sehr gut“ bewerteten.

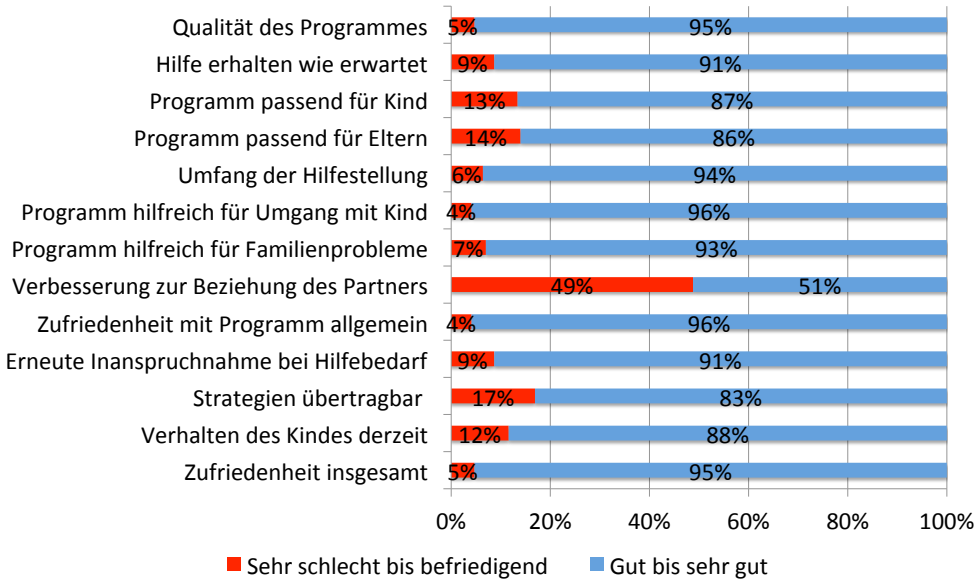



Abbildung 5.13: Verteilung der elterlichen Zufriedenheit in die Gruppen „Sehr schlecht bis befriedigend“ (1-4) und „Gut bis sehr gut“ (5-7)

Tabelle 5.17 zeigt Minimum, Maximum, Mittelwert und Standardabweichung der einzelnen Items. Der Mittelwert liegt bei Item Nr. 8 bei 4,16 (SD= 1,51). Bei den übrigen Items liegt das arithmetische Mittel zwischen 5,58 (SD= 1,15) und 6,09 (SD= 0,98).

## 5.4.2 Prädiktion von elterlicher Zufriedenheit

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der Prädiktorenanalyse der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm beschrieben. In einem ersten Schritt wird jeweils für soziodemographische und symptombezogene Variablen sowie für die Adhärenz der Eltern mittels Korrelationen und in einem zweiten Schritt mittels hierarchischer Regressionen geprüft, welche Eigenschaften der Familien bzw. der Kinder einen prädiktiven Wert für die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm aufzeigen.

### Korrelationsanalytische Ergebnisse

Hier werden die korrelationsanalytische Untersuchungen dargestellt. Es werden Zusammenhänge zwischen der elterlichen Zufriedenheit und soziodemographischen Faktoren der Familie, der Selbstwirksamkeit der Eltern, soziodemographischen Faktoren des Kindes, Symptommerkmalen des Kindes sowie der Adhärenz der Eltern untersucht.

*Zusammenhang zwischen Elternzufriedenheit und soziodemographischen Faktoren des Kindes.* Die Korrelationskoeffizienten der soziodemographischen Faktoren des Kindes sind in Tabelle 5.18 dargestellt. Es zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Zufriedenheit der

Eltern. Die Eltern zeigen eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm, unabhängig von Geschlecht, Alter, Diagnose und Medikation des Kindes.

Tabelle 5.18: Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren des Kindes und der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

| Variable | Elternzufriedenheit |
|---|---|
| *Geschlecht* [1)] | -.124 |
| *Alter* | -.080 |
| *Diagnose* [2)] | .002 |
| *Diagnosezeit in Monaten* [3)] | -.138 |
| *Medikation ja/nein* [4)] | .073 |
| *Medikation auch am WE* [4)] | -.017 |
| *Medikation auch in den Ferien* [4)] | -.043 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01
1) Kodierung: 0= Junge, 1= Mädchen
2) nach Angaben der Eltern, Kodierung: 0= ADHS/ADS, 1= ADHS/ADS+SSV
3) Zeitraum zwischen Diagnosestellung und Programmstart
4) Kodierung: 0= nein, 1= ja

*Zusammenhang zwischen Elternzufriedenheit und soziodemographischen Faktoren der Eltern.* Tabelle 5.19 zeigt die korrelativen Zusammenhänge zwischen den soziodemographischen Faktoren, der Selbstwirksamkeit sowie der Adhärenz der Eltern und der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm.

Es lässt sich ein signifikanter, wenngleich ein schwacher Zusammenhang (r= -.155*) zwischen dem Familienstand und der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm finden. Die Korrelation fällt negativ aus: Alleinerziehende Elternteile zeigen sich unzufriedener mit dem Programm als Elternteile, die mit einem Partner zusammenleben.
Ein weiterer signifikanter, wenngleich schwacher Zusammenhang zeigt sich zwischen der Inanspruchnahmen von Elterngesprächen zum Thema „Erziehungsstrategien bei ADHS“ und der Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm. Der Korrelationskoeffizient (r= -.165*) weist darauf hin, dass Eltern, denen bislang Erziehungsstrategien zum Thema ADHS in geringerem Umfang vermittelt worden sind, mit dem Programm zufriedener sind als Eltern, die bereits mehr Elterngespräche zum Thema ADHS wahrgenommen haben.

Das Alter, der Bildungstand oder Sozialstatus, die Herkunft und der Wohnort der Eltern oder die Inanspruchnahme von Hilfen stehen nicht in Zusammenhang mit der Programmzufriedenheit. Auch die Selbstwirksamkeit der Eltern bei Programmbeginn hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm.

Tabelle 5.19: Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren sowie der Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Eltern und der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

| Variable | Elternzufriedenheit |
|---|---|
| *Alter der Teilnehmer* | -.048 |
| *Alleinerziehend ja/nein* [1)] | -.155* |
| *Stadt/Land* [2)] | .033 |
| *Bildungsjahre* | -.134 |
| *Sozialstatus* [3)] | -.132 |
| *Sprache* [4)] | -.026 |
| *Migrationshintergrund ja/nein* [5)] | -.017 |
| *Geschwisterzahl* | .016 |
| *In Anspruch genommene Hilfe lifetime* [6)] | -.003 |
| *Derzeit keine Hilfe* | .003 |
| *Erziehungsstrategien* [7)] | -.165* |
| *FSW_tot_Prä* | .133 |
| *FSW_Kompetenzerleben_in_Erziehung_Prä* | .072 |
| *FSW_Zufriedenheit_mit_Elternrolle_Prä* | .143 |
| *Adh-Anr* | .020 |
| *Adh-Hef* | .368** |
| *Int-E* | .317** |
| *Int-B* | .335** |
| *Rat-E* | .328** |
| *Rat-B* | .430** |
| *Mem-E* | .183* |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

1) Kodierung: 0= nein, 1= ja

2) Kodierung: 1= < 20.000 Land/Kleinstadt, 2= 20.000 bis 100.000 Mittelstadt, 3= Großstatd ab 100000

3) Kodierung: 1= niedrig , 2= mittel , 3= hoch

4) Kodierung: 0= andere Sprache, 1= Deutsch

5) Kodierung: 0= kein Migrationshintergrund, 1= Migrationshintergrund

6) Kodierung: 0= keine Inanspruchnahme von Hilfen wegen der Verhaltensprobleme des Kindes , 1= Inanspruchnahme von Hilfen wegen der Verhaltensprobleme des Kindes

7) Im Kontext der in Anspruch genommenen Hilfe wurden Elterngespräche zum Thema "Erziehungsstrategien bei ADHS" durchgeführt.

Zwischen der Adhärenz der Eltern und der Programmzufriedenheit zeigen sich hingegen mittlere bis hohe Zusammenhänge: Die Umsetzung der Interventionen stehen in Zusammenhang mit der elterlichen Zufriedenheit (r= .368**). Die Unterskala Rat-B korreliert mit einem r= .430** mit der Zufriedenheit der Eltern. Die elterliche Zufriedenheit mit dem Programm ist demnach umso höher, je häufiger die Eltern aus Beratersicht die Ratschläge dauerhaft befolgt haben.
Die Inanspruchnahme der Anrufe jedoch steht in keinem Zusammenhang mit der elterlichen Zufriedenheit.

*Zusammenhang zwischen Elternzufriedenheit und den Symptommerkmalen der Kinder.* Tabelle 5.20 zeigt die Korrelationskoeffizienten zwischen der Symptomatik des Kindes bei Programmbeginn und der Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm. Es lassen sich keinerlei signifikante Zusammenhänge nachweisen.

Tabelle 5.20: Korrelativer Zusammenhang zwischen der Symptomatik des Kindes bei Behandlungsbeginn und der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

| *Variable* | Elternzufriedenheit |
|---|---|
| *FBB_ADHS Gesamt Prä* | .047 |
| *FBB_AUF_Prä* | .061 |
| *FBB_HYP_Prä* | .023 |
| *FBB_IMP_Prä* | .025 |
| *FBB_Funkt.niv._Prä* | .090 |
| *FBB_SSV Prä* | -.071 |
| *SDQ Gesamt Prä* | -.074 |
| *SDQ_HYP Prä* | -.034 |
| *SDQ_Emot.Probl. Prä* | -.099 |
| *SDQ_Verh.Probl.-Prä* | -.089 |
| *SDQ_Verh,Probl_Gleichal* | .038 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Prä* | .116 |
| *IPL Prä* | -.074 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

*Zusammenhang zwischen Elternzufriedenheit und Symptomausprägung bei Programmende.* Entsprechend der Erwartung steht die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm durchgängig mit allen Instrumenten und allen Skalen zur kindlichen Symptomatik sowie mit der elterlichen Selbstwirksamkeit bei Programmende signifikant in Zusammenhang. In Tabelle 5.21 sind die entsprechenden Korrelationskoeffizienten dargestellt.

Der Wert der FBB-ADHS-Gesamtskala der Post-Messung korreliert mit der Elternzufriedenheit mit einem r= -.157*. Der Wert der FBB-SSV-Gesamtskala der Post-Messung mit r= -.305**, der Kennwert der individuellen Problemliste sogar mit einem r= -.390**. Die Korrelationen fallen negativ aus: Je geringer die Symptomatik des Kindes und je weniger auffällig die Problemsituationen mit dem Kind bei Programmende, desto zufriedener sind die Eltern mit dem Programm.

Tabelle 5.21: Korrelativer Zusammenhang zwischen der elterlicher Zufriedenheit mit dem Programm und der Symptomausprägung bei Programmende

| Variable | Elternzufriedenheit |
|---|---|
| *FBB_ADHS Post* | -.157* |
| *FBB_AUF_Post* | -.171* |
| *FBB_HYP_Post* | -.158* |
| *FBB_IMP_Post* | -.048 |
| *FBB_Funkt.niv. Post* | -.234** |
| *FBB_SSV_Post* | -.305** |
| *IPL_Post* | -.390** |
| *SDQ Gesamt Post* | -.192* |
| *SDQ HYP Post* | -.164* |
| *SDQ Emot.Probl. Post* | -.177* |
| *SDQ Verh.Probl.-Post* | -.210** |
| *SDQ_VerhProbl_Gleichal_Post* | -.009 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Post* | .237** |
| *FSW_Post* | .338** |
| *FSW_Kompt.erl._in_Erzieh._Post* | .291** |
| *FSW_Zufriedenh._mit_Elternrolle_Post* | .327** |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

Beim FSW hingegen fielen die ermittelten Korrelationen positiv aus: Hohe Werte beim FSW und damit eine hohe erlebte Selbstwirksamkeit der Eltern, gehen mit einer hohen Programmzufriedenheit einher. Die FSW-Post-Gesamtskala korreliert mit der elterlichen Zufriedenheit mit einem r= .338**.
Beim SDQ lassen sich negative Zusammenhäge mit der elterlichen Zufriedenheit finden, mit Ausnahme der Sub-Skala „Prosoziales Verhalten“, welche mit einem r= .237** erwartunsgemäß positiv korreliert.

*Zusammenhang zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm und der Symptomreduktion* Tabelle 5.22 zeigt die Zusammenhänge zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm und der Symptomreduktion beim Kind sowie der Veränderung der Selbstwirksamkeit der Eltern.
Zwischen der Differenz des Prä- und des Post-Werts der Gesamt-Skala des FBB-ADHS (FBB-ADHS-Prä-Post) zeigt sich eine positive signifikante Korrelation mit der Elternzufriedenheit mit r= .211**. Bezüglich der Differenz des Prä- und des Postwerts der Gesamt-Skala FBB-SSV zeigt sich ein r von .231**. Die Eltern scheinen also eine höhere Programmzufriedenheit zu erleben, je deutlicher sich die Symptomatik beim Kind verringert hat. Ebenso sind die Eltern offensichtlich zufriedener mit dem Programm, wenn sich die Belastung durch die Problemsituationen mit dem Kind verringert (r= .275** bezüglich der IPL) und sich ihre Selbstwirksamkeit erhöht (r= -.200** in Bezug auf den FSW).

Tabelle 5.22: Korrelativer Zusammenhang zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm und der Symptomreduktion beim Kind sowie der Veränderung der Selbstwirksamkeit der Eltern

| Variable | Elternzufriedenheit |
|---|---|
| *FBB_ADHS Prä-Post* | .211** |
| *FBB_AUF_Prä-Post* | .225** |
| *FBB_HYP_Prä-Post* | .184* |
| *FBB_IMP_Prä-Post* | .071 |
| *FBB_Funkt.niv. Prä-Post* | .294** |
| *FBB_SSV_Prä-Post* | .231** |
| *IPL_Prä-Post* | .275** |
| *SDQ_ Gesam_Prä-Post* | .136 |
| *SDQ_Emot_Probl_Prä-Post* | .066 |
| *SDQ_VH_Probl_Prä-Post* | .113 |
| *SDQ_HYP_Prä-Post* | .135 |
| *SDQ_VerhProbl_Gleichal_Prä-Post* | .059 |
| *SDQ_Prosoz_Verh_Prä-Post* | -.164* |
| *FSW_Prä-Post* | -.200** |
| *FSW_Kompt.erl._in_Erzieh._Prä-Post* | -.134 |
| *FSW_Zufriedenh._mit_Elternrolle_Prä-Post* | -.257** |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

## Regressionsanalytische Ergebnisse der Prädiktion von elterlicher Zufriedenheit mit dem Programm

Im zweiten Schritt wird mittels hierarchischer Regressionsanalyse untersucht, ob die durch Korrelationsanalysen gefundenen Zusammenhänge auch dann bestehen bleiben, wenn durch schrittweise Regression der Einfluss von Drittvariablen auf die elterliche Zufriedenheit berücksichtigt wird. In die Analyse eingeschlossen werden die Variablen, deren signifikante Korrelation mit der elterlichen Zufriedenheit im vorherigen Abschnitt nachgewiesen werden konnte.
Die Prädiktoren werden in drei Gruppen eingeteilt: Gruppe 1 enthält die kindbezogenen Variablen; es werden soziodemographische Faktoren sowie symptombezogene Merkmale eingeschlossen. Die zweite Gruppe enthält die soziodemographischen Faktoren sowie Variablen zur Selbstwirksamkeit der Eltern. Die Adhärenz der Eltern ist einer dritten Gruppe zugeteilt. In der hierarchischen Regressionsanalyse werden die Prädiktoren schrittweise entsprechend der drei Gruppen eingegeben.
Tabelle 5.23 zeigt die regressionsanalytischen Ergebnisse der Prädiktorenanalyse der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm. Abbgebildet sind auch die Ergebnisse der Multikollinearitätsstatistik. Die Toleranzwerte liegen zwischen 0.365 und 0.923 und die VIF Werte zwischen 1.091 und 2,738. Die Werte sprechen also dafür, dass keine Multikollinearität vorliegt.

Aus der Gruppe der kindbezogenen Variablen können sieben Variablen einbezogen werden.

Tabelle 5.23: Regressionsanalytische Ergebnisse der Prädiktorenanalyse der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm

| | Elternzufriedenheit | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Kollinearitätsstatistik | |
| | β | $R^2$ | Toleranz | VIF |
| Schritt 1 | | .205 | | |
| IPL_Post | -.358** | | .379 | 2,635 |
| FBB_ADHS_Post | .121 | | .464 | 2,154 |
| FBB_SSV_Post | -.182 | | .530 | 1,885 |
| SDQ_Ges_Post | -.007 | | .541 | 1,849 |
| IPL_Prä-Post | -.039 | | .429 | 2,332 |
| FBB_ADHS_Prä-Post | .098 | | .468 | 2,136 |
| FBB_SSV_Prä-Post | .077 | | .579 | 1,728 |
| Schritt 2 | | .267 | | |
| IPL_Post | -.334** | | .365 | 2,737 |
| FBB_ADHS_Post | .129 | | .450 | 2,224 |
| FBB_SSV_Post | -.118 | | .480 | 2,085 |
| SDQ_Ges_Post | .026 | | .524 | 1,909 |
| IPL_Prä-Post | -.058 | | .414 | 2,413 |
| FBB_ADHS_Prä-Post | .075 | | .454 | 2,201 |
| FBB_SSV_Prä-Post | .028 | | .529 | 1,889 |
| Alleinerziehend | -.110 | | .917 | 1,091 |
| Erziehungsstrategien zum Thema ADHS[1)] | -.164* | | .923 | 1,083 |
| FSW_Post | .218* | | .521 | 1,919 |
| FSW_Prä-Post | -.010 | | .633 | 1,581 |
| Schritt 3 | | .339 | | |
| IPL_Post | -.340** | | .365 | 2,738 |
| FBB_ADHS_Post | .112 | | .449 | 2,228 |
| FBB_SSV_Post | -.112 | | .480 | 2,085 |
| SDQ_Ges_Post | .076 | | .514 | 1,944 |
| IPL_Prä-Post | -.097 | | .411 | 2,434 |
| FBB_ADHS_Prä-Post | .075 | | .454 | 2,201 |
| FBB_SSV_Prä-Post | .005 | | .527 | 1,896 |
| Alleinerziehend | -.119 | | .915 | 1,092 |
| Erziehungsstrategien zum Thema ADHS[1)] | -.134* | | .913 | 1,096 |
| FSW_Post | .192* | | .519 | 1,928 |
| FSW_Prä-Post | -.027 | | .631 | 1,585 |
| Adh_Hef | .280** | | .914 | 1,094 |

Anmerkung: * p < .05. **p < .01

1) Im Kontext der in Anspruch genommenen Hilfe wurden Elterngespräche zum Thema "Erziehungsstrategien bei ADHS" durchgeführt.

Die Variablen „IPL-Post“ und „FBB-SSV-Post“ fallen im ersten Schritt signifikant aus. Absolut betrachtet zeigt die Variable „IPL-Post“ im ersten Schritt den höchsten Betawert von $\beta = -.358^{**}$. Die Variablen aus der ersten Gruppe erklären gemeinsam 21 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm.

Im zweiten Schritt werden die Variablen „alleinerziehend“, „Erziehungsstrategien zum Thema ADHS“, „FSW-Post“ und „FSW-Prä-Post“ zusätzlich in die Analyse mit einbezogen. Die Variable „IPL-Post“ zeigt sich weiterhin signifikant. Zudem zeigen die Variablen „Erziehungsstrategien zum Thema ADHS“ und „FSW-Post“ signifikante Betawerte ($\beta = -.164^{*}$ bzw. $\beta = .218^{*}$). Im zweitem Schritt erklären die Variablen 27 % der Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm.

Im dritten Schritt wird schließlich die Adhärenz der Eltern eingeschlossen. Ein Großteil der eingeschlossenen Variablen fällt im letzten Schritt der Regressionsanalyse nicht mehr signifikant aus, obwohl in den oben dargestellten Tabellen signifikante Korrelationskoeffizienten beschrieben wurden. Die Vorhersagekraft geht unter der Berücksichtigung von Drittvariablen verloren. Die Variablen „IPL-Post“ und „Adh-Hef“ zeigen sich jedoch auch noch im letzten Schritt der Regressionsanalyse als signifikant und erklären 34 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm.

Auf einer deskriptiven Ebene hat die Variable „IPL-Post“ absolut betrachtet den höchsten Beta- und somit den höchsten Erklärungswert. Der Betawert fällt negativ aus: bei einem geringeren Problemkennwert steigt die vorhergesagte Programmzufriedenheit an.

# KAPITEL 6

# Diskussion

## 6.1 Interpretation und Relevanz der Ergebnisse

### 6.1.1 Stichprobe der Studie

Die Beschreibung der Stichprobe der Studie war das erste Anliegen der vorliegenden Arbeit. Hierbei wurden die soziodemographischen Merkmale der teilnehmenden Eltern und deren Kindern, die Symptomausprägung der Kinder sowie die bereits in Anspruch genommenen Hilfen der Familien dargestellt.
Hierbei zeigte sich, dass der Großteil der Kinder zwischen acht und zehn Jahren alt war. Eine Begründung hierfür könnte in den steigenden Anforderungen in der Schule an die Verhaltensweisen der Kinder liegen, welche für ADHS-betroffene Kinder schwierig sind (Aufmerksamkeitsleistung, Impulskontrolle), jedoch in der zweiten Hälfte der Grundschule zunehmend erwartet werden [103]. Gleiche Beobachtungen wurden durch das Robert Koch-Institut (RKI) bei dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS-Studie) betreffend der Prävalenzuntersuchung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland gemacht. Auch hier wurde beschrieben, dass im Grundschulalter die Diagnosehäufigkeit der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyper- aktivitätsstörung stark ansteigt [95]. Demnach ist die Altersverteilung der Kinder, die an dem Programm teilnahmen gut nachvollziehbar und kann als Ausdruck eines Bedarfs an Elternprogrammen für diese Altersstufe verstanden werden.
Da ADHS deutlich häufiger bei Jungen als bei Mädchen auftritt [103], fiel die Jungen-Mädchen-Relation der betroffenen Kinder mit einem Jugendanteil von 84 % entsprechend der zu erwartenden Geschlechterverteilung aus. Auch HÖLLING ET AL. [49] beschreiben, dass Jungen gegenüber Mädchen bei den Verhaltensauffälligen deutlich stärker vertreten sind. Die Jungen-Mädchen-Relation der vorliegenden Studie entspricht demnach aktuellen Studienergebnissen. Es überraschte ebenfalls nicht, dass die deutliche Mehrheit der Programmteilnehmer Mütter waren und nur ca. 10 % Väter am Programm teilnahmen. Es stellt sich die Frage, inwiefern die Bedingungen des Programms verändert werden müssten, um auch mehr Väter für die Teilnahme an dem Programm anzusprechen. Die vorliegenden Studie konnte hier keine Veränderung schaffen, sondern bestätigt den bisherigen Forschungs-

stand, denn vergleichbare Zahlen lassen sich ebenfalls in anderen aktuellen Studien wiederfinden [19].

Es nahmen Eltern aller sozialen Schichten an dem angeleiteten Selbsthilfeprogramm teil. Am häufigsten waren jedoch Familien aus der hohen sozialen Schicht vertreten, während lediglich ein sehr geringer Prozentsatz von Eltern aus der niedrigen sozialen Schicht teilnahm. In der KIGGS-Studie wurde hingegen erhoben, dass ADHS häufiger bei Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status diagnostiziert wurde als bei Teilnehmern mit einem hohem Status [95]. Es ist anzunehmen, dass es vor allem Eltern aus höheren sozialen Schichten sind, die ein Angebot eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms in Anspruch nehmen. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür wäre, dass die anmeldenden Ärzte vermehrt Eltern ausgewählt haben, bei denen sie einschätzten, dass sie in der Lage sein würden, mehrere Elternhefte selbstständig zu bearbeiten. Vielleicht fiel die Einschätzung der Ärzte zugunsten sozial höher gestellter Eltern aus.
Die Annahme, dass besonders Familien aus ländlichen Gebieten ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm in Anspruch nehmen, da sie einen schlechteren Zugang zu alternativen ambulanten Angeboten haben, bestätigte sich nicht, da Familien aus ländlichen, kleinstädtischen, mittelstädtischen sowie großstädtischen Gebieten teilnahmen und hierbei der Anteil der Familien aus ländlichen Ortschaften am geringsten war. Vielleicht ist die Landbevölkerung weniger aufgeschlossen, was auch durch den Faktor Bildung zu erklären sein könnte. Oder aber der Bedarf an angeleiteten Selbsthilfeprogrammen zum Thema ADHS ist auch in großstädtischen Gebieten gleichermaßen gegeben, denn die Wartezeiten für ambulante Programme sind auch in städtischen Gebieten sehr lang.
Weitere Gründe, weshalb das angeleitete Selbsthilfeprogramm in ländlichen Gebieten, trotz eines höheren Versorgungsbedarfs weniger in Anspruch genommen wurde als in Städten, könnten die langen Wartezeiten für ambulante Programme in städtischen Gebieten oder eine erschwerte Inanspruchnahme von ambulanten Programmen aufgrund von Geschwisterkindern, die ebenfalls betreut werden müssen, sein. So ist ein unkomplizierter und zeitnaher Zugang zu den Programmen auch in Städten erschwert. Die Tatsache, dass ca. 75 % der teilnehmenden Familien mehr als ein Kind hatten, bestärkt diese These. Zusammenfassend kann beurteilt werden, dass die Inanspruchnahmeverteilung der vorliegenden Studie den Bedarf an angeleiteten Selbsthilfeprogrammen auch in städtischen Gebieten deutlich macht.
Es fällt auf, dass ein Großteil der Kinder (75 %) bei Programmstart bereits ADHS-spezifische Medikamente einnahmen. Vergleichsweise beschreiben VAN DEN HOOFDAKKER ET AL. [107] in ihrer Studie, dass 50 % der Kinder bei Programmstart auf eine ADHS-Medikation eingestellt waren. Die in der vorliegenden Studie höhere Rate an Kindern die Medikation einnahmen, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die teilnehmenden Familien über die Ärzte angemeldet wurden. Es lässt sich zudem vermuten, dass eine ausschließliche Pharmakotherapie als nicht ausreichend angesehen wurde. Fast die Hälfte der Kinder hatte die Diagnose bereits seit mehr als zwei Jahren, dies könnte ein weiterer Hinweis dafür sein, dass bis dahin keine ausreichende Verbesserung der Symptomatik erzielt werden konnte. Die Resultate stehen im Einklang mit der Studie von LONG ET AL. [62]. Bibliotherapie kann eine wirksame Ergänzung zur Medikation sein.

Betrachtet man die Symptomausprägung der teilnehmenden Kinder, fällt auf, dass die Stich-

probe der vorliegenden Studie sehr auffällig war. Die Kinder sind zu Programmbeginn hinsichtlich ihrer oppositionellen und hyperkinetischen Symptomatik auffälliger als die Patienten, die seit 1999 in der ADHS-Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln eine ambulante Therapie begonnen haben [70]. Über 50 % der Kinder der vorliegenden Studie wiesen neben der ADHS-Symptomatik zudem klinisch relevante oppositionelle Auffälligkeiten auf. Die Zahlen sind auf die häufige Komorbidität von ADHS und SSV zurückzuführen [103].

Betreffend die Inanspruchnahme des angeleiteten Selbsthilfeprogramms kann festgehalten werden, dass der Bedarf für ein solches Angebot offenbar bei Familien aller sozialen Schichten und bei verschiedenen Altersklassen und ebenso in ländlichen wie in großstädtischen Wohngebieten gegeben ist, auch als Ergänzung zu einer Pharmakotherapie.

### 6.1.2 Entwicklung Adhärenz-Skala

Die Entwicklung der Adhärenz-Skala war ein wesentlicher Teil der vorliegenden Arbeit. Hierbei wurde sowohl bewertet und einbezogen, wie zuverlässig die Eltern das Programm in Anspruch nahmen (Anruf-Adhärenz), als auch wie kontinuierlich sie die Hefte gelesen und die Interventionen umgesetzt hatten (Heft-Adhärenz). Dies ist weitaus differenzierter als bei der Mehrheit der in Kapitel 2 vorgestellten Studien, bei denen die Adhärenz ausschließlich über die gelesenen Kapitel oder Seiten des Selbsthilfebuches beurteilt wurde. Zudem wurde sowohl das Urteil aus Berater- als auch aus Elternsicht für die Adhärenz-Skala berücksichtigt. Die Skala konnte als intern konsistent beurteilt werden, was bestätigt, dass die entwickelten Fragen zusammenpassen und gleichermaßen die Adhärenz der Eltern erheben. Das entwickelte Messinstrument zur Erfassung der Adhärenz der Eltern bei einem angeleiteten Selbsthilfeprogramm ist bezüglich der Messgenauigkeit als zuverlässig zu bewerten.

Lediglich eine der in Kapitel 2 vorgestellten Studien, welche die Compliance von Patienten oder deren Eltern messen wollte, hatte als Zielsetzung der Studie ein geeignetes Messinstrument zu entwickeln und bei diesem die Reliabilität des Instruments zu untersuchen. In dieser Studie von GEBHARDT ET AL. [39] ergab die Interrater-Reliabilität bei allen sechs Items des Fragebogens eine gute Übereinstimmung, sodass der entwickelte Fragebogen als ein reliables Instrument zur retrospektiven Erfassung der Behandlungs-Compliance bewertet werden konnte. Hierbei ist anzumerken, dass das Instrument speziell für stationär aufgenommenen Patienten mit schizophrenen Störungen entwickelt wurde [39]. Um die elterliche Adhärenz von Eltern von Kindern mit einer ADHS zu bewerten, wurde ein Fragebogen in der Studie von SPRINGER & REDDY [102] entwickelt. Die Eltern gaben jede Woche beziehungsweise zu jeder vermittelten Intervention an, wie häufig und wie akkurat sie diese umgesetzt hatten. Einbezogen wurde hier ausschließlich das Elternurteil. Zudem wurde der Fragebogen nicht auf seine Reliabilität hin untersucht [102]. Dies ist bei den meisten weiteren Studien ebenso der Fall.
Da die Adhärenz jedoch einen immer größeren Stellenwert nicht nur bei der Pharmakotherapie, sondern auch bei psychosozialen Versorgungsangeboten einnimmt und hierfür gut untersuchte Messinstrumente erforderlich sind, sind die Ergebnisse der vorliegenden Studie

als sehr relevant einzuschätzen. Die entwickelte Adhärenz-Skala misst mit einem vertretbaren Aufwand die Adhärenz von Eltern und gewährleistet hierbei gute Reliabilitätswerte.

### 6.1.3 Adhärenz der teilnehmenden Eltern

Die Adhärenz der Eltern ist insgesamt als gut zu bewerten, was sich sowohl auf die Inanspruchnahme der Anrufe als auch auf das Lesen der Hefte und die Umsetzung der Interventionen bezieht. Zwei Drittel der Familien haben alle 14 Anrufe, das übrige Drittel hat zwischen acht und 13 Anrufe in Anspruch genommen.
Die Ergebnisse sind vergleichbar mit den Ergebnissen aktueller Studien, denn auch in diesen wurden überwiegend acht oder neun von zehn Kapiteln der Selbsthilfeliteratur gelesen [47, 61].

Bei der Umsetzung der Interventionen fiel in der vorliegenden Studie auf, dass die beste Umsetzung nach Einschätzung der Eltern auf der Skala „Ratschläge umgesetzt aus Elternsicht“ bei den globalen, von einzelnen Interventionen unabhängigen Items erfolgte. Die Skala „Memokarten umgesetzt aus Elternsicht“ wies dagegen die schlechtesten Adhärenz-Werte auf. Diese Skala erfasst das ganz konkrete Ausfüllen und Bearbeiten einzelner Memokarten. Es lassen sich mehrere Interpretationsmöglichkeiten finden: Entweder war den Eltern das Ausfüllen der einzelnen Memokarten zu aufwändig, so dass sie an ihre Adhärenzgrenze stießen oder die Eltern hielten das Ausfüllen der Memokarten für überflüssig. Dem Eindruck der Beraterinnen nach treffen, je nach Familie, beide Interpretationen zu.

Bislang gibt es nicht viele Studien, welche die Adhärenz von Teilnehmern ambulanter Elternprogramme differenziert messen. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sowohl die angebotenen Anrufe als auch die zur Verfügung gestellten Hefte gut angenommen werden. Die Eltern setzen die Interventionen und Ratschläge zuverlässig um. Ausschließlich die Memokarten werden von den Eltern weniger gut angenommen, so dass diskutiert werden kann, ob bei weiteren Programmen auf die Arbeit mit Memokarten verzichtet werden kann.

### 6.1.4 Zusammenhang zwischen Kind- sowie Elternmerkmalen und der Adhärenz der Eltern

#### Anruf-Adhärenz

Es konnte kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen den soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Anruf-Adhärenz festgestellt werden. Die Eltern nahmen die Telefonate demnach unabhängig von Alter, Geschlecht, der Diagnose oder Medikation des Kindes in Anspruch. Dies bestätigt die Befunde verschiedener Studien [4, 112]. Jedoch beschreiben andere Studien auch einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinder, der Diagnose sowie der Diagnosezeit und der Adhärenz der Eltern [3, 44, 51, 52, 81]. Die vorliegende Arbeit leistet hier keine abschließende Klärung bezüglich des Zusammenhangs zwischen soziodemographischen Faktoren des Kindes und Adhärenz der Eltern. Jedoch kann festgehalten werden, dass Eltern von Kindern mit ADHS ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm über

den Zeitraum von einem Jahr unabhängig von Alter, Geschlecht, der Diagnose oder Medikation ihres Kindes in Anspruch nehmen.
Ebenso zeigten sich keine aussagekräftigen Zusammenhänge zwischen den Symptommerkmalen der Kinder und der Anruf-Adhärenz der Eltern. Einige der in Kapitel 2 vorgestellten Studien konnten jedoch signifikante Zusammenhänge beschreiben. Eine hohe Symptomausprägung beim Kind sagte eine geringe Eltern-Adhärenz voraus [3, 51, 52]. Ein Grund dafür, dass die Befunde in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden konnten, könnte sein, dass die Subskala „Anruf-Adhärenz“ die tatsächliche Compliance der Eltern nicht gut abbildet. Vielleicht schaffen es die Eltern von Kindern mit einer stark ausgeprägten Symptomatik zwar die Anrufe zuverlässig in Anspruch zu nehmen (was zu hohen Werten auf der Subskala „Anruf-Adhärenz“ führen würde), nicht jedoch die Interventionen umzusetzen. Somit könnten Eltern die aufgrund der hohen Symptomausprägung ihrer Kinder wenig compliant sind, auf der Subskala „Anruf-Adhärenz“ dennoch hohe Werte haben, wenn sie die Telefonate zuverlässig in Anspruch nehmen. Die kindbezogenen Faktoren tragen demnach zu keinem besseren Verständnis der Adhärenz bei.
Bei den soziodemographischen Faktoren der Eltern zeigte sich ein mittlerer Zusammenhang mit der Anruf-Adhärenz bezüglich des Familienstandes, der Bildungsjahre der Teilnehmer und des Sozialstatus der Familie. Eltern, die mehr Bildungsjahre genossen haben, einer höheren Sozialschicht zugehörten und nicht alleinerziehend waren, nahmen die Telefonate zuverlässiger in Anspruch als Eltern, die weniger Bildungsjahre genossen haben, einen geringeren Sozialstatus aufwiesen und alleinerziehend waren. Das könnte dadurch erklärt werden, dass alleinerziehende Mütter mehr Stress erleben sowie weniger soziale Unterstützung erhalten und es ihnen dadurch weniger möglich ist, die Anrufe zuverlässig in Anspruch zu nehmen.
Es wurde geprüft, ob die gefundenen Zusammenhänge bestehen bleiben, wenn der Einfluss von Drittvariablen berücksichtigt wird. Dabei zeigte sich, dass der Zusammenhang zwischen der Anruf-Adhärenz und den Bildungsjahren sich verlor, wenn die Variablen „alleinerziehend“ und „Sozialstatus“ berücksichtigt wurden. Insgesamt konnte 13,6 % der Anruf-Adhärenz der Eltern durch die elternbezogenen Faktoren erklärt werden. Hierbei sagte besonders der Sozialstatus der Familien die Adhärenz der Eltern voraus. Somit ist der Sozialstatus der beste Vorhersagefaktor, welchen wir für die Adhärenz der Eltern ermitteln konnten. Die Ergebnisse bestätigen die Befunde der aktuellen Studienlage [3, 51, 52, 81]. Weiterer Forschungsbedarf besteht allerdings noch bezüglich der Gründe, weshalb sozial schwächere Eltern Selbsthilfeprogramme weniger zuverlässig in Anspruch nehmen. Diese könnten dann gegebenenfalls in weiteren Programmen berücksichtigt werden, um die Adhärenz auch bei Familien mit einem niedrigen Sozialstatus verbessern zu können.

### Heft-Adhärenz

Bezüglich der Heft-Adhärenz konnten bedeutsame Zusammenhänge mit einigen Kindmerkmalen gefunden werden. Die Eltern zeigten eine höhere Motivation, Interventionen umzusetzen, wenn die Diagnose beim Kind erst vor einer kürzeren Zeit gestellt wurde. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Eltern, bei deren Kindern die Diagnose schon seit längerer Zeit besteht, bereits viel versucht haben, die Symptomatik zu beeinflussen, sich jedoch als wenig selbstwirksam erlebt haben, was sich negativ auf ihre Adhärenz auswirkt.

Ein weiterer, wenn auch schwacher Zusammenhang konnte zwischen der Heft-Adhärenz und der Diagnose des Kindes ermittelt werden. Zusammenhänge zwischen der Diagnose sowie der Diagnosezeit und der Adhärenz der Eltern werden auch von anderen Studien beschrieben [3, 44, 51, 52, 81]. Eltern von Kindern mit einer reinen ADHS setzten die Interventionen besser um als Eltern von Kindern mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens. Dieser Befund könnte dadurch erklärt werden, dass das Programm ausschließlich für Familien mit Kindern mit einer ADHS ausgerichtet ist und nicht wie andere Programme auch die oppositionelle Symptomatik mitbehandelt. Die Eltern von Kindern mit einer oppositionellen Verhaltensstörung erleben das Programm offenbar als weniger wirksam als die Eltern von Kindern mit einer reinen ADHS und setzen die Interventionen daher weniger konsequent um. Eine weitere Erklärung könnte jedoch auch sein, dass Familien, bei denen die Kinder komorbide Probleme haben, generell stärker belastet sind und deshalb mehr Schwierigkeiten bei der Umsetzung haben, was sich in schlechten Heft-Adhärenzwerten niederschlägt.
Zudem konnte ein schwacher Zusammenhang zwischen dem Geschlecht des Kindes und der Heft-Gesamtskala beschrieben werden. Die Eltern von Mädchen befolgten die Ratschläge zuverlässiger als die Eltern von Jungen. Betreffend der Symptommerkmale der Kinder und der Heft-Adhärenz der Eltern zeigten sich ebenfalls schwache Zusammenhänge; Eltern, deren Kinder weniger starke Symptome zeigten, setzten die Interventionen besser um. Es ist anzunehmen, dass die Eltern weniger belastet waren und mehr Kapazitäten hatten, die Interventionen umzusetzen. Da die beschriebenen Zusammenhänge ausschließlich schwach ausgeprägt waren, erklären die kindbezogenen Faktoren die Heft-Adhärenz nur eingeschränkt.
Ein weiterer schwacher Zusammenhang konnte zwischen dem Sozialstatus der Familie und der Heft-Adhärenz gefunden werden, was die Befunde aus den bereits bekannten Studien bestätigt [3, 51, 52, 81]. Darüber hinaus zeigten sich weitere Zusammenhänge zwischen der Heft-Adhärenz und der Inanspruchnahme von Hilfen. Je mehr Hilfen Eltern bereits in Anspruch genommen hatten, desto intensiver bearbeiteten sie auch die Hefte. Eltern, die bislang keine oder wenig Hilfe in Anspruch genommen hatten, waren offenbar ebenso in dem hier beschriebenen Selbsthilfeprogramm wenig adhärent. Auch die Selbstwirksamkeit der Eltern stand in einem schwachen Zusammenhang mit der Adhärenz der Eltern. Es zeigte sich, dass Eltern die sich selbst als selbstwirksam erleben, die Interventionen konsequenter umsetzen, vermutlich da sie sich hiervon mehr versprechen als Eltern, die ihre Selbstwirksamkeit ohnehin als gering einschätzen. Ebenso wie die kindbezogenen Faktoren erklären die elternbezogenen Faktoren die Heft-Adhärenz nur eingeschränkt.
Auch bei der Heft-Adhärenz wurde geprüft, ob die gefundenen Zusammenhänge bestehen bleiben, wenn der Einfluss von weiteren Variablen berücksichtigt wird. Von den elternbezogenen Faktoren wurden die Variablen „Sozialstatus“ sowie „in Anspruch genommene Hilfen“ einbezogen. Von den kindbezogenen Faktoren wurde die Variable „Diagnosezeit“ hinzugefügt. Alle eingeschlossenen Variablen konnten die Adhärenz der Eltern vorhersagen. Hierbei bestand der stärkste Zusammenhang zwischen der Variable „Diagnosezeit“ und der Adhärenz der Eltern, so dass man schlussfolgern kann, dass der Zeitraum von der Diagnosestellung beim Kind bis zum Programmstart die Adhärenz der Eltern am deutlichsten voraussagt. Insgesamt kann 9,7 % der Heft-Adhärenz der Eltern erklärt werden, was als relevanter Befund zu werten ist.

Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass die überwiegende Anzahl an Kind- und Elternmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Wohnort oder Migrationsstatus keinen Erklärungswert hat. Entsprechend der Erwartung konnte jedoch bestätigt werden, dass sich der sozioökonomische Status der Familien als aussagekräftiger Faktor eignet, die Adhärenz von Teilnehmern ambulanter Elternprogramme vorherzusagen. Weiter beeinflussen der Zeitpunkt, wann Eltern ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm in Anspruch nehmen sowie der Umfang, in dem sie bereits Hilfen in Anspruch genommen haben, die Adhärenz von Eltern. Hier kann also durchaus von einem Erkenntnisgewinn gesprochen werden. In folgenden Studien und Angeboten angeleiteter Selbsthilfe sind die genannten Faktoren demnach zu berücksichtigen.

### 6.1.5 Zusammenhang zwischen Adhärenz und dem Therapieerfolg

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Eltern-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende beziehungsweise der Symptomreduktion waren die Ergebnisse unerwartet.
Zwischen der Anruf-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende konnten entgegen der Erwartung und entgegen bisherigen Studienergebnissen [1, 39] keine nennenswerten Zusammenhänge gefunden werden und zwar weder bei der Symptomausprägung beim Kind, noch bei der Selbstwirksamkeit der Eltern. Offenbar hatte die Inanspruchnahme der Anrufe keinerlei Auswirkungen auf die Symptomwerte bei Programmende. Eltern, die nur acht Anrufe in Anspruch genommen haben, haben ebenso vom Programm profitiert wie Eltern, die alle 14 Anrufe in Anspruch nahmen. Vielleicht lässt sich der Befund so erklären, dass die Eltern die Anzahl von Anrufen in Anspruch nahmen, die sie selbst benötigten und für sich überflüssige Anrufe nicht wahrnahmen.
Bei der Heft-Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende zeigten sich hingegen erwartungsgemäß aussagekräftige Zusammenhänge, die so interpretiert werden können, dass Kinder, deren Eltern die Interventionen besser umsetzten, bei Programmende weniger starke Symptome zeigten als Kinder, deren Eltern die Interventionen weniger gut umsetzten. Auch zwischen der Heft-Adhärenz und der Selbstwirksamkeit der Eltern ließ sich ein bedeutsamer Zusammenhang finden. Hohe Heft-Adhärenzwerte sagen eine hohe erlebte Selbstwirksamkeit der Eltern bei Programmende voraus. Diese Ergebnisse bestätigen die bereits genannten Studienergebnisse bezüglich des Zusammenhangs von elterlicher Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende [1, 39]. Offenbar ist die Heft-Adhärenz ein besserer Prädiktor um den Behandlungserfolg vorherzusagen, als die Anruf-Adhärenz. Dies sollte zukünftig bei der Durchführung von Elternprogrammen berücksichtigt werden. Entscheidend ist demnach, wie zuverlässig die Eltern die Materialien bearbeiten und nicht wie zuverlässig sie die Anrufe wahrnehmen.

Die Zusammenhänge zwischen der Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion fielen insgesamt schwach aus. Zwischen der Anruf-Adhärenz und der Symptomreduktion zeigten sich keine Zusammenhänge. Zudem ließen sich auch kaum bedeutsame Zusammenhänge zwischen der Heft-Adhärenz und der Symptomreduktion finden. Es konnten ausschließlich

schwache Zusammenhänge mit der Veränderung im Problemkennwert auf der individuellen Problemliste gefunden werden. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass die individuelle Problemliste die Belastung in der Familie besser wiedergibt als die Ergebnisse der Symptomfragebögen und somit entsprechend auch eine Entlastung besser anzeigen kann.

Erwartet wurde, dass ein negativer Zusammenhang zwischen elterlicher Adhärenz und der Symptomausprägung bei Programmende sowie ein positiver Zusammenhang der Adhärenz und der Symptomreduktion beschrieben werden kann. Die Erwartungen konnten nur zum Teil bestätigt werden. Es zeigte sich, dass die Adhärenz der Eltern die Werte der Symptomreduktion nicht ausreichend erklären konnten. Die Symptomwerte bei Programmende hingegen standen in einem Zusammenhang mit der Adhärenz der Eltern, so dass die im Kapitel 2 vorgestellten Forschungsergebnisse weiter gefestigt werden konnten [1, 2, 39, 91, 102].

### 6.1.6 Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern mit dem Programm

Für die Erhebung der Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm wurde ein bereits gut untersuchtes Messinstrument verwendet. Der Rücklauf der Fragebögen kann mit 96 % (N=165) als sehr hoch bewertet werden. 95 % der Eltern beurteilten das Programm zusammenfassend mit „gut bis sehr gut“ (M=74,47, SD= 10,8). Es konnte demnach, entsprechend des aktuellen Forschungsstandes, eine sehr hohe Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern erzielt werden. MARKIE-DADDS & SANDERS [64] verwendeten in ihrer bibliotherapeutischen Studie die englische Version des Fragebogens und konnten ebenfalls eine sehr hohe Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern beschreiben. Hierbei zeigte die Gruppe der Eltern die zu dem Selbsthilfematerial noch ergänzende telefonische Gespräche in Anspruch genommen haben, eine noch höhere Zufriedenheit (M=74,25), als die Eltern der Gruppe die ausschließlich das Selbsthilfematerial in Anspruch nahmen (M=65.64). Auch weitere Studien beschreiben eine hohe bis sehr hohe Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung [13, 37, 46, 90, 106]. Eltern von Patienten ambulanter oder stationärer Angebote zeigen sich hierbei gleichermaßen zufrieden, jedoch zeigte sich, dass sich die Zufriedenheit bei einer längeren Behandlungsdauer erhöht [90]. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten ebenfalls darauf hin, dass Eltern angeleiteter Sebsthilfeprogramme, welche über ein gesamtes Jahr betreut werden und zusätzlich begleitende Telefonate angeboten bekommen, eine sehr hohe Zufriedenheit äußern.

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren die hohe Zufriedenheit der Eltern vorhersagen. Es zeigten sich keine aussagekräftigen Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren des Kindes und der Zufriedenheit der Eltern. Die Eltern zeigten eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm, unabhängig von Geschlecht, Alter, Diagnose und Medikation des Kindes. Ebenso ließen sich bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Elternzufriedenheit und den Symptommerkmalen der Kinder bei Programmbeginn entgegen der Erwartung keinerlei aussagekräftige Zusammenhänge nachweisen. Eltern von weniger stark auffälligen Kindern zeigten sich nicht mehr oder weniger zufrieden mit dem Programm, als Eltern von Kindern mit deutlichen Auffälligkeiten.

Die Ergebnisse decken sich nicht mit der überwiegenden Anzahl der Befunde aus den in Kapitel 2 vorgestellten Studien. Denn fünf der sechs beschriebenen Studien konnten einen Zusammenhang von der elterlichen Zufriedenheit mit Kindmerkmalen beschreiben [13, 37, 46, 89, 106]. Hierbei wurde das Alter sowie die Diagnose der Kinder am häufigsten als Vorhersagefaktor für die Zufriedenheit benannt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Studien nicht ausschließlich um ambulante Behandlungsangebote für Kinder handelt. Zum Teil wurde die Zufriedenheit von Eltern von Kindern und auch jugendlichen Patienten in großen Versorgungszentren untersucht, in denen die Patienten die unterschiedlichsten Störungsbilder (wie Ängste, Depressionen oder Psychosen) aufwiesen. Hier zeigte sich beispielsweise, dass ein Zusammenhang zwischen unzufriedenen Eltern und schweren Störungsbildern (wie Depressionen oder Psychosen) der Jugendlichen bestand. Vielleicht waren die Patientenmerkmale der vorliegenden Studie insgesamt zu homogen, um sich auf die Zufriedenheit der Eltern auszuwirken.

Auch bei dem Großteil der soziodemographischen Faktoren der Eltern ließen sich in der vorliegenden Studie keine zuverlässigen Zusammenhänge mit der Zufriedenheit der Eltern nachweisen. Das Alter, der Bildungstand oder Sozialstatus, die Herkunft und der Wohnort der Eltern oder die Inanspruchnahme von Hilfen sagten die Programmzufriedenheit in keiner Weise vorher. Auch die Selbstwirksamkeit der Eltern bei Programmbeginn hatte keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm. Die Ergebnisse bestätigen bereits beschriebene Befunde aktueller Studien [13, 37, 40, 46, 106]. Die Mehrzahl der soziodemographischen Faktoren der Familien kann die Zufriedenheit der Eltern nicht erklären.

Schwache Zusammenhänge ließen sich in der vorliegenden Studie jedoch zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm und dem Familienstand sowie der Inanspruchnahme von Elterngesprächen zum Thema „Erziehungsstrategien bei ADHS“ finden. Alleinerziehende Elternteile zeigten sich unzufriedener mit dem Programm als Elternteile, die mit einem Partner zusammenlebten. Das Ergebnis lässt sich durch das erhöhte Stresserleben alleinerziehender Eltern erklären, welches sich vermutlich negativ auf die Zufriedenheit auswirkt. Zudem waren Eltern, denen bislang Erziehungsstrategien zum Thema ADHS in geringerem Umfang vermittelt wurde, zufriedener mit dem Programm als Eltern, die bereits mehr Elterngespräche zum Thema ADHS wahrgenommen haben. Das Programm ist offenbar interessanter für Eltern, die bisher weniger Wissen über ADHS haben.

Festgehalten werden kann, dass sich das beschriebene Selbsthilfeprogramms „ADHS-Team“ für Eltern von Kindern im Alter von sechs bis 12 Jahren mit unterschiedlich stark ausgeprägter Symptomatik gleichermaßen gut eignet, auch unabhängig davon, ob die Kinder zusätzlich eine Pharmakotherapie erhalten oder nicht. Ebenso wirken sich das Alter, der Bildungstand, die Herkunft oder der Wohnort der Eltern in keiner Weise auf die Programmzufriedenheit aus. Bereits vorliegende Studienergebnisse zu diesem Thema können somit weiter gefestigt werden. Zukünftig zu berücksichtigen ist, dass in der vorliegenden Studie beschrieben werden konnte, dass der Familienstand und das Vorwissen zum Thema „Erziehungsstrategien bei ADHS“ einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern haben. Dieser Befund sollte in weiteren Studien überprüft werden.

Der deutlichste Zusammenhang fand sich zwischen der Heft-Adhärenz der Eltern und der Programmzufriedenheit. Es konnte ein mittlerer bis hoher Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit der Eltern und der Umsetzung der Interventionen ermittelt werden. Arbeiteten die Eltern gut mit und setzten sie die Interventionen wie vorgesehen um, sagte dies eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm voraus.
Die Inanspruchnahme der Anrufe stand hingegen in keinem Zusammenhang mit der elterlichen Zufriedenheit. Offenbar war für eine hohe Programmzufriedenheit nicht relevant, wie viele Anrufe die Eltern in Anspruch nahmen, sondern ausschließlich wie intensiv sie die Materialen bearbeiteten und die Interventionen umsetzten. Auch hier kann dies damit erklärt werden, dass die Familien nur die Anzahl an Anrufen in Anspruch nahmen, die für sie erforderlich waren, um die vermittelten Interventionen zu verinnerlichen. Offenbar reichen einigen Familien auch weniger Boosteranrufe, um eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm zu äußern.
Die Adhärenz der Eltern im Sinne der Umsetzung der Interventionen scheint demnach wie vermutet eine große Rolle im Zusammenhang mit der elterlichen Zufriedenheit zu spielen.
Bislang liegen keine vergleichbaren Studien vor, welche den Zusammenhang von der Adhärenz der Eltern und der Programmzufriedenheit untersuchen. Hier sind weitere Untersuchungen wünschenswert, um die Ergebnisse der vorliegenden Studie zu überprüfen und gegebenenfalls zu bestätigen.

Entsprechend der Erwartung stand die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm durchgängig mit allen Instrumenten und allen Skalen zur kindlichen Symptomatik nach Programmabschluss sowie mit der elterlichen Selbstwirksamkeit bei Programmende deutlich in Zusammenhang. Dies bestätigen die Befunde des aktuellen Forschungsstandes [37, 40, 89, 106]. Auch hier wird ein Zusammenhang zwischen einer niedrigen Symptomausprägung bei Programmende und einer hohen Zufriedenheit der Eltern beschrieben.

Am größten war der Zusammenhang der elterlichen Zufriedenheit mit dem Kennwert der individuellen Problemliste. Hier kann von einem mittlerem bis hohen Zusammenhang gesprochen werden: Je geringer die Symptomatik des Kindes und je weniger auffällig die Problemsituationen mit dem Kind bei Programmende waren, desto zufriedener waren die Eltern mit dem Programm.
Vielleicht eignet sich der Kennwert der individuellen Problemliste am besten, um die Belastung in der Familie zu messen, so dass dieser Kennwert sich am meisten auf die Zufriedenheit der Eltern auswirkte. Dies könnte als entscheidender Erkenntnisgewinn bewertet werden und sollte in nachfolgende Studien überprüft werden: Sagt der Kennwert der individuellen Problemliste bei Programmende die Zufriedenheit der Eltern besser voraus als die Kennwerte der übrigen eingesetzten Symptomfragebögen?
Auch zwischen der Selbstwirksamkeit der Eltern bei Programmende und der Zufriedenheit der Eltern konnte ein mittlerer Zusammenhang ermittelt werden. Eine hohe erlebte Selbstwirksamkeit der Eltern ging mit einer hohen Programmzufriedenheit einher. Der Zusammenhang lässt sich gut erklären: Mit einer hohen erlebten Selbstwirksamkeit haben die Eltern das Gefühl, sich den Auffälligkeiten ihrer Kinder gewachsen zu fühlen und diesen wirkungsvolle Interventionen entgegenzusetzen, um die Auffälligkeiten zu reduzieren.

Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm und der Symptomreduktion konnten ebenfalls Zusammenhänge gefunden werden, welche jedoch schwächer ausfielen.
Ebenso beschreiben GARLAND ET AL. [37] und TURCHIK ET AL. [106] einen schwachen signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Zufriedenheit der Eltern und einer Symptomverminderung bei den Jugendlichen. Beide beschrieben die Zufriedenheit mit der Behandlung als schwachen Indikator für den Behandlungserfolg.

Festzuhalten ist, dass die Zufriedenheit der Eltern der vorliegenden Studie höher mit den Symptomwerten bei Programmende im Zusammenhang steht, als mit den Werten der Symptomreduktion. Gleiche Beobachtung zeigt sich in den Ergebnissen der Studie von GEISER ET AL. [40]. Die Patientenzufriedenheit korreliert auch hier höher mit dem Ausmaß der Symptomausprägung nach der Therapie als mit der erfolgten Symptomreduktion. Anscheinend wirkt sich die Symptomausprägung bei Programmbeginn weniger auf die Zufriedenheit der Eltern aus. Auch Eltern deren Kinder bei Programmbeginn weniger belastet waren und bei denen dadurch nur eine geringere Symptomreduktion möglich war, zeigen sich als sehr zufrieden bei Programmende. Gleiches gilt für die Selbstwirksamkeit der Eltern. Auch hier fanden sich die stärksten Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und der Selbstwirksamkeit der Eltern bei Programmende.

In einem zweiten Schritt wurde untersucht, ob die gefundenen Zusammenhänge bestehen bleiben, wenn der Einfluss von Drittvariablen berücksichtigt wird. Es stellte sich heraus, dass die Vorhersagekraft der meisten eingeschlossenen Variablen bei Berücksichtigung von Drittvariablen verloren ging.
Der Kennwert der individuellen Problemliste und die Heft-Adhärenz zeigten sich jedoch auch noch im letzten Schritt der Regressionsanalyse als sehr aussagekräftig und erklärten 34 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm. Hierbei hatte der Kennwert der individuellen Problemliste den höchsten Voraussagewert für die elterliche Zufriedenheit.

GARLAND ET AL. [37] überprüften in ihrer Studie ebenfalls, ob die gefundenen korrelativen Zusammenhänge bestehen bleiben, wenn der Einfluss von Drittvariablen berücksichtigt wird. Es zeigte sich dass die Vorhersagekraft der eingeschlossenen Variablen bei Berücksichtigung von Drittvariablen bestehen blieb. Die Autoren konnten 19.3 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm erklären.

Auch wenn bei der überwiegenden Anzahl der Studien ausschließlich schwache Zusammenhänge zwischen Kind- sowie Elternmerkmalen und der Programmzufriedenheit beschrieben werden, so konnten in einzelnen Studien, wie auch in der vorliegenden Studie, durchaus nennenswerte Indikatoren für die elterliche Zufriedenheit ermittelt werden.
Dass sich die Zufriedenheit der Teilnehmer von psychosozialen Behandlungsangeboten in einigen Studien nur bedingt als Indikator für den Behandlungserfolg eignet, wird von HANNÖVER ET AL. [48] durch die ausgeprägte Schiefe der Verteilung der Patientenzufriedenheit begründet. Unzufriedene Patienten sind ausgesprochen selten und damit ist es schwierig ausgeprägte Differenzen für Teilgruppen zu identifizieren.

In der vorliegenden Studie erklären der Kennwert der individuellen Problemliste und die Heft-Adhärenz 34 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm. Beides sind Indikatoren, welche von den meisten Studien nicht erhoben werden. Dies kann die stärkeren ermittelten Zusammenhänge erklären.

Offenbar machen Patienten ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit weniger an verbesserten Symptomwerten fest, als vielmehr an der Intensität mit welcher sie das Angebot in Anspruch genommen und mitgearbeitet haben sowie an der Reduktion individueller Problemsituationen.
Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sprechen dafür, dass die Adhärenz der Eltern sowie die Symptomausprägung der Kinder bei Programmende (gemessen durch die individuelle Problemliste) sich als Faktoren eignen, die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm vorherzusagen. Dieser Befund kann als sehr relevant bewertet werden und sollte in weiteren Studien Berücksichtigung finden.

## 6.2 Grenzen und Einschränkungen der Studie

Das gewählte Studiendesign (Studie unter Routineversorgungsbedingungen an einer unausgelesenen Stichprobe mit einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design) erschwert die Interpretation der gefundenen Effekte. Dies liegt unter anderem an dem Fehlen einer Kontrollgruppe, mit der man hätte sicherstellen können, dass die gefundenen Effekte nicht auf einen Placebo-Effekt oder aber auf die altersgemäße Entwicklung der Kinder zurückzuführen ist. Da die bislang vorliegenden und im Kapitel 2 vorgestellten Studien jedoch meist eine klinische Stichprobe sowie ein Kontrollgruppen-Design aufweisen, wurden für die vorliegende Arbeit bewusst die Bedingungen einer „Feldstudie“ gewählt.

Die Bedingungen der Studie bringen einige weitere Schwierigkeiten mit sich. Um eine möglichst deutschlandweite Stichprobe zu erzielen, wurde die Entscheidung getroffen, die Rekrutierung mit Hilfe von Kinderärzten und Psychiatern vorzunehmen. Jedoch wurde hierdurch eine gewisse Vorauswahl an Familien getroffen, was sich beispielsweise durch den hohen Anteil an Kindern zeigt, die zu Programmstart Medikamente einnahmen. Möglicherweise gibt es weitere Merkmale der Teilnehmer, die durch die Anmeldungen der Ärzte gehäuft auftreten, wie beispielsweise ein höherer sozialer Status der Familien.
Zudem wurden die Diagnosen der Kinder ausschließlich durch die anmeldenden Ärzte vergeben und mit ihrer Unterschrift bestätigt, jedoch nicht durch die Mitarbeiter der Studie überprüft. Das könnte dazu geführt haben, dass auch Familien für das Programm angemeldet wurden, bei deren Kindern nicht die ADHS-Problematik im Vordergrund stand und die das Programm gegebenenfalls daher vorzeitig beendet haben oder aber die Adhärenz der teilnehmenden Eltern nachteilig beeinflusst wurde. Die Diagnostik ist bei jeglicher Art von Selbsthilfeprogrammen grundsätzlich ein Problem, da die Kinder, um die es geht, in der Regel nicht gesehen oder erlebt werden und die Behandler sich auf die Aussagen der Eltern verlassen müssen. In der vorliegenden Studie wurde daher die Diagnose durch den behandelnden Arzt bestätigt. Dennoch bleibt eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Diagnose, der Komorbiditäten sowie weiterer Auffälligkeiten, die unter Umständen nicht von den Eltern berichtet und daher nicht berücksichtigt werden konnten.

Weiter ist kritisch zu diskutieren, dass die Symptomatik zu Programmbeginn und -ende telefonisch von den jeweiligen Beraterinnen bei den Eltern erfragt wurde. Das kann dazu geführt haben, dass die Eltern sozial erwünscht geantwortet haben. Außerdem stützen sich alle Angaben zur Symptomatik ausschließlich auf das Elternurteil. Eine zweite Einschätzung, beispielsweise durch ein Lehrerurteil, würde die Ergebnisse festigen.

Auch bei der Adhärenz der Eltern ist zu beachten, dass diese von den Mitarbeitern der Studie erhoben und demnach nicht unabhängig beurteilt wurde, was ausschließlich durch einen unabhängigen Beurteiler sichergestellt werden könnte. Das hat möglicherweise dazu geführt, dass die Adhärenz der Eltern über- oder unterschätzt wurde.
Besonders zu berücksichtigen ist, dass in die in der vorliegenden Arbeit vorgenommenen Analysen ausschließlich die Familien einbezogen wurden, die das Programm regulär beendet haben. Alle Familien, die das Programm vorzeitig abgebrochen haben, wurden von den Analysen ausgeschlossen. Das beeinflusst sowohl die Ergebnisse der Adhärenz als auch die der Zufriedenheit der Eltern. Die Entscheidung wurde dennoch entsprechend getroffen, da die Entwicklung einer Adhärenz-Skala im Zentrum der vorliegenden Arbeit stand und an teilnehmenden Eltern in einem angeleiteten Selbsthilfeprogramm bewertet werden sollte. Angenommen wurde, dass die Adhärenz-Skala besser bewertet werden kann, wenn die Eltern das Programm durchlaufen, nicht jedoch, wenn sie es nach ein oder zwei Kontakten abbrechen.

Gleiches trifft auf die Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern zu. Auch hier wurde angenommen, dass die Aussagen der Eltern über die Zufriedenheit mit dem Programm aussagekräftiger sind, wenn die Eltern das Programm in dem vorgesehenem Umfang in Anspruch genommen haben. Dennoch wäre auch eine Analyse der Familien, die das Programm abgebrochen haben, interessant gewesen. Eine ausführliche Analyse der Familien, die das Programm abgebrochen haben, kann der Arbeit von MOROZOVA [71] entnommen werden.

Abschließend ist zu betonen, dass ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm sich nicht für jede Familie eignet und dass immer geprüft werden muss, ob eine intensivere Hilfe erforderlich ist.

## 6.3 Mögliche Perspektiven für zukünftige Forschung

Der vorangegangene Abschnitt wirft einige Themen und Fragestellungen auf, welche in Folgestudien untersucht und beantwortet werden könnten.

Für eine weitergehende Studie wäre zum einen ein Kontrollgruppen-Design zu wählen, zum anderen wären Follow-up-Untersuchungen wünschenswert, um bestätigen zu können, dass die Ergebnisse unabhängig von einem Placeboeffekt oder der Entwicklung der Kinder signifikant bestehen bleiben. Es wäre zu überlegen, ob man einen persönlichen Kontakt mit den Eltern und dem Kind als Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie fordert, um mehr Klarheit über die Diagnose und mögliche Komorbiditäten zu erlangen.
Bei künftigen Studien sollte versucht werden, mehr Familien mit einem niedrigeren sozialen Status einzubeziehen, da in der vorliegenden Arbeit, diese ebenso von dem Programm

profitiert haben wie sozial höher gestellte Familien. Eine Möglchkeit wäre, die Rekrutierung anders zu gestalten, beispielsweise über die Grundschulen. Hierdurch wäre gleichzeitig die Möglichkeit gegeben, ein Lehrerurteil zu der Symptomatik der Kinder einzuholen. Es wäre auch zu erwarten, dass weniger Kinder Medikamente bei Programmstart einnehmen.
Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn in einer Folgestudie die Adhärenz der Eltern durch unabhängige Beurteiler eingeschätzt würde. Damit wären die Ergebnisse noch aussagekräftiger. Zu prüfen wäre, ob die entwickelte Adhärenz-Skala auch ein reliables Messinstrument ist, um die Adhärenz von Familien zu erfassen, welche das Programm abbrechen und nicht zu Ende führen. Beispielsweise könnten weitergehende Studien untersuchen, ob es Merkmale der Familien gibt, die einen frühzeitigen Abbruch voraussagen.
Gleiches wäre bei der Zufriedenheit von Eltern, welche das Programm abbrechen, zu untersuchen: Lassen sich soziodemographische Merkmale oder symptombedingte Merkmale der Kinder finden, die voraussagen, dass ihre Eltern weniger zufrieden sind mit dem Programm als Familien, die diese Merkmale nicht aufweisen.
Für die Zukunft sollten Finanzierungsmodelle und eine bessere Infrastruktur für angeleitete Selbsthilfeprogramme entwickelt werden. Um Selbsthilfeprogramme mehr im Versorgungssystem zu etablieren, ist jedoch eine noch größere Akzeptanz auch bei den Behandlern zu schaffen, gegebenenfalls durch die Aufnahme des Angebotes der angeleiteten Selbsthilfe in die Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer.

# KAPITEL 7

# Zusammenfassung

Die Studie hat ein bibliotherapeutisches Angebot als eine kostengünstige und effektive Alternative zur klassischen Psychotherapie untersucht. Dies könnte eine Alternative für die Eltern von Kindern mit ADHS sein, die aufgrund knapper zeitlicher Ressourcen und einer schlechten Erreichbarkeit oder einer fehlenden Verfügbarkeit keinen zeitnahen Zugang zu ambulanten Therapieangeboten haben. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde die Adhärenz und Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern untersucht.

Dieses bibliotherapeutische Angebot orientierte sich thematisch an den verhaltenstherapeutischen Bausteinen des „Therapieprogramms für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP“ [30] und bietet, ergänzend zu acht Elternheften, therapeutische Telefonkontakte, um die Hefte und deren Umsetzung unterstützend mit den Eltern zu besprechen. Das Programm richtet sich an Eltern von Kindern mit ADHS zwischen sechs und zwölf Jahren und begleitet die Familien ein Jahr lang. Die vorliegende Arbeit basierte auf einer Stichprobe von 172 Familien. Die Symptomatik verminderte sich im Laufe des Programms deutlich, mit mittleren bis hohen Effektstärken, so dass das Programm demnach als wirksam bewertet werden konnte [70].

Hauptuntersuchungsgegenstand der vorliegenden Arbeit war die Inanspruchnahme des bibliotherapeutischen Angebots durch die Eltern sowie deren Zufriedenheit mit dem Programm, denn selbst ein verfügbares Angebot trägt nur dann effektiv zur Versorgung bei, wenn es von Betroffenen angenommen wird. Die Bedeutung der Adhärenz und Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern wurden daher als zentrale Indikatoren für die Akzeptanz einer Behandlung untersucht.

Im Rahmen der Studie wurde ein Messinstrument entwickelt, um die Adhärenz der Eltern zu erfassen. Einbezogen wurde, beurteilt aus Eltern- und Beratersicht, wie zuverlässig die Eltern das Programm in Anspruch nahmen, als auch wie kontinuierlich sie die Hefte gelesen und die Interventionen umgesetzt haben. Die Adhärenz-Skala konnte als ein intern konsistentes und reliables Erhebungsinstrument bewertet werden. Insgesamt wurde eine gute Adhärenz der teilnehmenden Eltern festgestellt. Diese bezog sich sowohl auf die Inanspruch-

nahme der Anrufe als auch auf das Lesen der Hefte und die Umsetzung der Interventionen.

Der Einfluss der Adhärenz der teilnehmenden Eltern eines angeleiteten Selbsthilfeprogramms auf die Wirksamkeit des Angebotes wurde ebenso untersucht wie der Einfluss von Kind- und Elternmerkmalen auf die Adhärenz der Eltern.
Die überwiegende Anzahl an Kind- und Elternmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Wohnort oder Migrationsstatus konnten keine verlässlichen Vorhersagefaktoren für die Adhärenz der Eltern darstellen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden der bereits vorliegenden Forschungsergebnisse. Erwartet wurde, dass sich der sozioökonomische Status der Familien als aussagekräftiger Faktor, die Adhärenz von Teilnehmern ambulanter Elternprogramme vorherzusagen, eignet. Diese Erwartung konnte bestätigt werden. Weiter zeigte sich, dass der Zeitpunkt, zu dem Eltern ein angeleitetes Selbsthilfeprogramm in Anspruch nehmen und der Umfang, indem sie bereits Hilfen in Anspruch genommen haben, sowie der Familienstand von Eltern ihre Adhärenz beeinflussten. Hier kann also durchaus von einem Erkenntnisgewinn gesprochen werden.
Bei den soziodemographischen Faktoren der Eltern zeigte sich ein mittlerer Zusammenhang mit der Anruf-Adhärenz Bezüglichglich des Familienstandes, der Bildungsjahre der Teilneh- mer und des Sozialstatus der Familie.
Entgegen der Erwartung konnte kein nennenswerter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme der Anrufe und der Symptomausprägung bei Programmende gefunden werden und zwar weder bei der Symptomausprägung beim Kind, noch bei der Selbstwirksamkeit der Eltern. Allerdings zeigten sich zwischen der Umsetzung der Interventionen und der Symptomausprägung bei Programmende erwartungsgemäß aussagekräftige Zusammenhänge. Eine intensivere Umsetzung der Interventionen stand mit weniger starken Symptomen der Kinder bei Programmende in Zusammenhang. Auch zwischen der Selbstwirksamkeit der Eltern und der Symptomausprägung bei Programmende ließ sich ein ebenso deutlicher Zusammenhang finden. Die Befunde bestätigten sich nicht, bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Adhärenz und der Symptomreduktion: Hier fielen die Zusammenhänge zwischen der Eltern-Adhärenz und der Symptomreduktion insgesamt schwach aus, denn es konnte ausschließlich ein schwacher Zusammenhang zwischen der Umsetzung der Interventionen und der Veränderung im Problemkennwert auf der individuellen Problemliste gefunden werden.

Um den Einfluss elterlicher Zufriedenheit auf den Therapieerfolg zu untersuchen und um zu überprüfen, welche Faktoren die Zufriedenheit der Eltern vorhersagen, wurde die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm erfasst und beschrieben. Hierfür wurde der „Client Satisfaction Questionnaire“ (CSQ), ein bereits evaluierter Fragebogen, verwendet. Da 95 % der Eltern das Programm zusammenfassend mit „gut bis sehr gut“ beurteilten, kann ein sehr hoher Grad an Zufriedenheit der teilnehmenden Eltern registriert werden.

Es zeigten sich keine aussagekräftigen Zusammenhänge zwischen soziodemographischen Faktoren des Kindes sowie der überwiegenden Anzahl soziodemographischer Faktoren der Eltern und deren Zufriedenheit. Die Eltern zeigten eine hohe Zufriedenheit mit dem Programm, unabhängig von Geschlecht, Alter, Diagnose und Medikation des Kindes sowie dem Alter, Sozialstatus und der Inanspruchnahme von Hilfen. Ebenso hatte die Selbstwirksam-

keit der Eltern bei Programmbeginn keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm. Ausschließlich der Familienstand der teilnehmenden Eltern sowie die Inanspruchnahme von Elterngesprächen zum Thema „Erziehungsstrategien bei ADHS“ zeigten einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern. Alleinerziehende Elternteile zeigten sich unzufriedener mit dem Programm als Elternteile, die mit einem Partner zusammenlebten. Zudem waren Eltern, denen bislang Erziehungsstrategien zum Thema ADHS in geringerem Umfang vermittelt wurden, zufriedener mit dem Programm als Eltern, die bereits Elterngespräche zum Thema ADHS wahrgenommen hatten. Zwischen der Elternzufriedenheit und den Symptommerkmalen der Kinder bei Programmbeginn ließen sich auch keinerlei aussagekräftige Zusammenhänge nachweisen. Hingegen zeigte sich zwischen der Adhärenz der Eltern und der Programmzufriedenheit ein mittlerer bis hoher Zusammenhang. Arbeiteten die Eltern gut mit und setzten sie die Interventionen wie vorgesehen um, sagte dies eine hohe Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm voraus. Die Inanspruchnahme der Anrufe stand hingegen in keinem Zusammenhang mit der elterlichen Zufriedenheit. Für die hohe Programmzufriedenheit war nicht relevant, wie viele Anrufe die Eltern in Anspruch nahmen, sondern ausschließlich, wie intensiv sie die Materialen bearbeiteten und die Interventionen umsetzten.

Die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm stand durchgängig mit allen Instrumenten und allen Skalen zur kindlichen Symptomatik sowie mit der elterlichen Selbstwirksamkeit deutlich in Zusammenhang. Die Zusammenhänge zeigten sich sowohl bei Programmende als auch bei Betrachtung der Symptomreduktion von Programmbeginn bis Programmende. Jedoch fielen die Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit und der Symptomatik bei Programmende höher aus.

Es stellte sich allerdings heraus, dass die Vorhersagekraft der meisten eingeschlossenen Variablen bei Berücksichtigung von Drittvariablen verloren ging. Der Kennwert der individuellen Problemliste und die Heft-Adhärenz erwiesen sich allerdings auch noch bei Berücksichtigung von Drittvariablen als sehr aussagekräftig und erklärten 34 % der elterlichen Zufriedenheit mit dem Programm. Hierbei hatte der Kennwert der individuellen Problemliste den höchsten Voraussagewert für die elterliche Zufriedenheit. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sprechen dafür, dass die Adhärenz der Eltern sowie die Symptomausprägung der Kinder bei Programmende die Zufriedenheit der Eltern mit dem Programm vorhersagen.

# KAPITEL 8

# Literaturverzeichnis


[1] ABRAMOWITZ, J. S., MOORE, E. L., BRADDOCK, A. E. & HARRINGTON, D. L. (2009): *Self-help cognitive–behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial.* In: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, **40**: 98–105.

[2] ACKERSON, J., SCOGIN, F., MCKENDREE-SMITH, N. & LYMAN, R. D. (1998): *Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology.* In: Journal of consulting and clinical psychology, **66**, 4: 685–90. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9735587`.

[3] ARMBRUSTER, P. & FALLON, T. (1994): *Clinical, sociodemographic, and systems risk factors for attrition in a children's mental health clinic.* In: American Journal of Orthopsychiatry, **64**, 4: 577–585. URL `http://doi.wiley.com/10.1037/h0079571`.

[4] ARNOLD, N. (2005): *Compliance von Diabetikern – Eine Analyse von Einflussfaktoren anhand einer bevölkerungsbasierten Studie.* Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

[5] ATTKISSON, C. & ZWICK, R. (1982): *The Client Satisfaction Questionnaire.* In: Evaluation and Program Planning, **5**: 233–237.

[6] BANASCHEWSKI, T., ROESSNER, V., UEBEL, H. & ROTHENBERGER, A. (2004): *Neurobiologie der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS).* In: Kindheit und Entwicklung, **13**, 3: 137–147. URL `http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1026/0942-5403.13.3.137`.

[7] BARKLEY, R. A. (1997): *Self-regulation and time.* In: Developmental and Behavioral Pediatrics, **18**: 271–279.

[8] BARKLEY, R. A., FISCHER, M., SMALLISH, L. & FLETCHER, K. (2002): *The Persistence of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder Into Young Adulthood as a Function of Reporting Source and Definition of Disorder.* In: Journal of Abnormal Psychology, **111**, 2: 279 –289.

[9] BARKLEY, R. A., FISCHER, M., SMALLISH, L. & FLETCHER, K. (2004): *Young adult follow-up of hyperactive children : antisocial activities and drug use.* In: Journal Of Child Psychology And Psychiatry, **2**: 195–211.

[10] BARRY, T. (2002): *Academic Underachievement and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder The Negative Impact of Symptom Severity on School Performance.* In: Journal of School Psychology, **40**, 3: 259–283. URL http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022440502001000.

[11] BEDARD, A.-C., JAIN, U., JOHNSON, S. H. & TANNOCK, R. (2007): *Effects of methylphenidate on working memory components: influence of measurement.* In: Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, **48**, 9: 872–80. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17714372.

[12] BERRY, F. (1978): *Contemporary bibliotherapy: Systemazing the field. Bibliotherapy sourcebook.* Oryx Press, London.

[13] BJORNGAARD, J. H. K., WESSEL ANDERSSON, H., OSBORG OSE, S. & HANSSEN-BAUER, K. (2008): *User satisfaction with child and adolescent mental health services: impact of the service unit level.* In: Social psychiatry and psychiatric epidemiology, **43**, 8: 635–41. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18427704.

[14] BLUM, K. (1998): *Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen.* Juventa, München.

[15] BRYANT, J. D. & ROBERTS, S. D. (1992): *Bibliotherapy: An Adjunct to Audiologic Counseling.* In: JARA, **XXV**.

[16] BUSH, G., VALERA, E. M. & SEIDMAN, L. J. (2005): *Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions.* In: Biological psychiatry, **57**, 11: 1273–84. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15949999.

[17] CASTELLANOS, F., LEE, P. P., SHARP, W., JEFFRIES, N. O., GREENSTEIN, D. K., CLASEN, L. S., BLUMENTHAL, J. D., JAMES, R. S., EBENS, C. L., WALTER, J. M., ZIJDENBOS, A., EVANS, A. C., GIEDD, J. N., RAPOPORT, J. L. & PAGE, P. (2011): *Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder.* In: JAMA: The Journal of the American Medical Association, **288**, 14: 1740–1748.

[18] CEGLA, U. (1997): *Compliance: Die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses.* In: Asthma und Allergie, **2**: 103–114.

[19] CINA, A., BODENMANN, G., HAHLWEG, K., DIRSCHERL, T. & SANDERS, M. R. (2006): *Triple P (Positive Parenting Program): Theoretischer und empirischer Hintergrund und erste Erfahrungen im deutschsprachigen Raum.* In: Zeitschrift für Familienforschung, **1**: 66–89.

[20] COHEN, L. J. (1994): *Bibliotherapy: a valid treatment modality. Research-based practice.* In: Journal of psychosocial nursing and mental health services, **32**, 9: 40–44. URL http://europepmc.org/abstract/MED/7799265.

[21] COLEMAN, P. K. & KARRAKER, K. H. (2000): *Parenting Self-Efficacy Among Mothers of School-Age Children: Conceptualization, Measurement, and Correlates.* In: Family Relations, **49**, 1: 13–24. URL http://doi.wiley.com/10.1111/j.1741-3729.2000.00013.x.

[22] CRAMER, J. A. & ROSENHECK, R. M. (1998): *Compliance With Medication Regimens for Mental and Physical Disorders.* In: Psychiatric Services, **49**.

[23] DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHOTHERAPIE PSYCHOSOMATIK UND PSYCHIATRIE (2007): *Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter.* 3 Aufl. Deuscher Ärtze-Verlag Köln, Köln.

[24] DÖPFNER, M. (2010): *Wirksamkeit angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Alter von 6 bis 12 Jahren (Bibliotherapie) - eine Effectivenessstudie.*

[25] DÖPFNER, M., BANASCHEWSKI, T. & SONUGA-BARKE, E. (2008): *Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS).* In: FRANZ, P. [Hrsg.]: *Lehrbuch Klinische Kinderpsychologie,* 6 Aufl. Hogrefe, Göttingen.

[26] DÖPFNER, M. & LEHMKUHL, G. (2002): *ADHS von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter - Einführung in den Themenschwerpunkt.* In: Kindheit und Entwicklung, **11**, 2: 67–72. URL http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1026//0942-5403.11.2.67.

[27] DÖPFNER, M., LEHMKUHL, G., GÖRTZ-DORTEN, A. & BREUER, D. (2008): *DISYPS-II: Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche-II.* Verlag Hans Huber, Bern.

[28] DÖPFNER, M. & SATTEL, H. (1991): *Verhaltenstherapeutische Interventionen bei hyperkinetischen Störungen im Vorschulalter.* In: Kinder-Jugendpsychiat., **19**: 254–262.

[29] DÖPFNER, M., SCHUERMANN, S. & LEHMKUHL, G. (2000): *Wackelpeter und Trotzkopf.* BeltzPVU, Weinheim.

[30] DÖPFNER, M., SCHÜRMANN, S. & FRÖLICH, J. (2007): *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP.* 4. Aufl. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

[31] EHMKE, T. & SIEGLE, T. (2005): *ISEI, ISCED, HOMEPOS, ESCS Indikatoren der sozialen Herkunft bei der Quantifizierung von sozialen Disparitäten.* In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, **8**, 4: 521–539. URL http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11618-005-0157-7.

[32] ELIA, J., BORCHERDING, B. G., RAPOPORT, J. L. & KEYSOR, C. S. (1991): *Methylphenidate and dextroamphetamine treatments of hyperactivity: Are there true nonresponders?* In: Psychiatry Research, **36**, 2: 141–155. URL http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/016517819190126A.

[33] EYBERG, S. M. (1993): *Cosumer Satisfaction Measures for Assessing Parent Training Programs.* In: SAMUEL, K., VAN DE CREEK, L. & JACKSON, T. L. [Hrsg.]: *Innovations in Clinical Practice: A Source Book*, Bd. 12. Professional Resource Exchange, Sarasota, FL.

[34] FABIANO, G. A., PELHAM, W. E., COLES, E. K., GNAGY, E. M., CHRONIS-TUSCANO, A. & O'CONNOR, B. C. (2009): *A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder.* In: Clinical psychology review, **29**, 2: 129–40. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19131150.

[35] FARAONE, S. V., PERLIS, R. H., DOYLE, A. E., SMOLLER, J. W., GORALNICK, J. J., HOLMGREN, M. A. & SKLAR, P. (2005): *Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder.* In: Biological Psychiatry, **57**, 11: 1313–23. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15950004.

[36] FLAPPER, B. C., HOUWEN, S. & SCHOEMAKER, M. M. (2006): *Fine motor skills and effects of methylphenidate in children with attention-deficit-hyperactivity disorder and developmental coordination disorder.* In: Developmental medicine and child neurology, **48**, 3: 165–9. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16483390.

[37] GARLAND, A. F., HAINE, R. A. & BOXMEYER, C. L. (2007): *Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy.* In: Evaluation and program planning, **30**, 1: 45–54. URL http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1849953&tool=pmcentrez&rendertype=abstract.

[38] GAWRILOW, C., SCHMITT, K. & RAUCH, W. (2011): *Kognitive Kontrolle und Selbst- regulation bei Kindern mit ADHS.* In: Kindheit und Entwicklung, **20**: 41–48.

[39] GEBHARDT, R.-P., KANTOR, H., WÖLFLE, M. & STEINERT, T. (2005): *Compliance Inventar (CI-6). Ein kurzer Fragebogen zur retrospektiven Erfassung der Behandlungscompliance von stationär aufgenommenen Patienten mit schizophrenen Störungen.* In: Krankenhauspsychiatrie, **16**: 64–68.

[40] GEISER, F., BASSLER, M., BENTS, H., CARLS, W., JORASCHKY, P., MICHELITSCH, B., PAAR, G., ULLRICH, J. & LIEDTKE, R. (2002): *Bewertung des Therapieerfolgs durch Patienten mit Angststörungen nach stationärer Psychotherapie.* In: Der Nervenarzt, **73**, 1: 59–64. URL http://www.springerlink.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1007/s115-002-8148-2.

[41] GLASGOW, R. E. & ROSEN, G. M. (1978): *Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals.* In: Psychological Bulletin, **85**, 1: 1–23. URL http://content.apa.org/journals/bul/85/1/1.

[42] GOODMAN, R. (1997): *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note.* In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, **38**, 5: 581–586. URL http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x.

[43] GORENOI, V., SCHÖNERMARK, M. P. & HAGEN, A. (2007): *Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg.* 1 Aufl. DIMDI, Köln.

[44] GRAHLMANN, K. & LINDEN, M. (2005): *Übersichtsarbeit · Review Article.* In: Verhaltenstherapie, 88–93.

[45] GRAY, R., WYKES, T. & GOURNAY, K. (2002): *From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication.* In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, **9**, 3: 277–284. URL http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2850.2002.00474.x.

[46] GREENWOOD, N., KEY, A., BURNS, T., BRISTOW, M. & SEDGWICK, P. (1999): *Satisfaction with in-patient psychiatric services. Relationship to patient and treatment factors.* In: The British Journal of Psychiatry, **174**, 2: 159–163. URL http://bjp.rcpsych.org/cgi/doi/10.1192/bjp.174.2.159.

[47] HAHLWEG, K., HEINRICHS, N., KUSCHEL, A. & FELDMANN, M. (2008): *Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: short- and long-term effects.* In: Behavior modification, **32**, 5: 659–81. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18456901.

[48] HANNÖVER, W., DOGS, C. P. & KORDY, H. (2000): *Patientenzufriedenheit – ein Maßfür Behandlungserfolg?* In: Psychotherapeut, **5**: 292–300.

[49] HÖLLING, H., ERHART, M., RAVENS-SIEBERER, U. & SCHLACK, R. (2007): *Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS).* In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, **50**, 5-6: 784–93. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514464.

[50] JOHNSTON, C. & MASH, E. J. (1989): *A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy.* In: Journal of Clinical Child Psychology, **18**, 2: 167–175. URL http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp1802_8.

[51] KAZDIN, A. E. & MAZURICK, J. L. (1994): *Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment.* In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, **62**: 1069–1074.

[52] KAZDIN, A. E. & WASSELL, G. (1999): *Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder.* In: Journal of clinical child psychology, **28**, 2: 160–72. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10353076.

[53] KIERFELD, F. & DÖPFNER, M. (2006): *Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen.* In: ...für Kinder-und Jugendpsychiatrie und ..., **34**, 5: 377–386. URL http://www.psycontent.com/index/MP238P85K7R082UX.pdf.

[54] KIERFELD, F., ISE, E., HANISCH, C., GÖRTZ-DORTEN, A. & DÖPFNER, M. (2012): *Effectiveness of Telephone-Assisted Parent-Administered Behavioural Family Intervention for Preschool Children with Externalizing Problem Behaviour: A Randomised Controlled Trial.*

[55] KIERFELD, F., ISE, E., HANISCH, C., GÖRTZ-DORTEN, A. & DÖPFNER, M. (2013): *Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial.* In: European child & adolescent psychiatry. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23463180.

[56] KLIEM, S., HAHLWEG, K., HEINRICH, N. & KESSERMEIER, Y. (2012): *Der Fragebogen zur Selbstwirksamkeit in der Erziehung (FSW).*

[57] LANGE, M., KAMTSIURIS, P., LANGE, C., SCHAFFRATH ROSARIO, A., STOLZENBERG, H. & LAMPERT, T. (2007): *[Sociodemographic characteristics in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) - operationalisation and public health significance, taking as an example the assessment of general state of health].* In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, **50**, 5-6: 578–89. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514442.

[58] LARSEN, D. L., ATTKISSON, C., HARGREAVES, W. A. & NGUYEN, T. D. (1979): *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale.* In: Evaluation and Program Planning, **2**, 3: 197–207. URL http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0149718979900946.

[59] LEHMKUHL, G., KONRAD, K. & DÖPFNER, M. (2008): *Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS).* In: HERPERTZ-DAHLMANN, RESCH, SCHULTE-MARKWORT & WARNKE [Hrsg.]: *Entwicklungspsychiatrie Biologische Grundlagen und die Entwicklunxg psychischer Störungen*, 2 Aufl. Schattauer, Stuttgart.

[60] LEIMKÜHLER, A. M. & MÜLLER, U. (1996): *Patientenzufriedenheit? Artefakt oder soziale Tatsache?* In: Der Nervenarzt, **67**, 9: 765–773. URL http://link.springer.com/10.1007/s001150050051.

[61] LIU, E. T.-H., CHEN, W.-L., LI, Y.-H., WANG, C. H., MOK, T. J. & HUANG, H. S. (2008): *Exploring the Efficacy of Cognitive Bibliotherapy and a Potential Mechanism of Change in the Treatment of Depressive Symptoms Among the Chinese: A Randomized Controlled Trial.* In: Cognitive Therapy and Research, **33**, 5: 449–461. URL http://www.springerlink.com/index/10.1007/s10608-008-9228-4.

[62] LONG, N., RICKERT, V. & ASHCRAFT, E. (1993): *Bibliotherapy as an Adjunct to Stimulant Medication in the Treatment of Attention-deficit.* In: Journal of pedriatric health care, **7**: 82–88.

[63] MACNAUGHTON, K. & RODRIGUE, J. R. (2001): *Predicting adherence to recommendations by parents of clinic-referred children.* In: Journal of consulting and clinical psychology, **69**.

[64] MARKIE-DADDS, C. & SANDERS, M. R. (2006): *A Controlled Evaluation of an Enhanced Self-Directed Behavioural Family Intervention for Parents of Children With Conduct Problems in Rural and Remote Areas.* In: Behaviour Change, **23**, 01: 55–72. URL http://journals.cambridge.org/abstract_S0813483900001704.

[65] MATTEJAT, F. & REMSCHMIDT, H. (1998): *Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB).* Hogrefe, Göttingen.

[66] MCCULLISS, D. (2012): *Bibliotherapy: Historical and research perspectives.* In: Journal of Poetry Therapy, **25**, February 2013: 37–41.

[67] MCDONALD, H. P. (2002): *Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions: Scientific Review.* In: JAMA: The Journal of the American Medical Association, **288**, 22: 2868–2879. URL `http://jama.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/jama.288.22.2868`.

[68] MCGRATH, P. J., LINGLEY-POTTIE, P., THURSTON, C., MACLEAN, C., CUNNINGHAM, C., WASCHBUSCH, D. A., WATTERS, C., STEWART, S., BAGNELL, A., SANTOR, D. & CHAPLIN, W. (2011): *Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: randomized trials and overall analysis.* In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, **50**, 11: 1162–72. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22024004`.

[69] MICK, E., BIEDERMAN, J. & PRINCE, J. (2002): *Impact of Low Birth Weight on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* In: Developmental and Behavioral Pediatrics, **23**, 1: 16–22.

[70] MOKROS, L. (2013): *Auswirkungen angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit ADHS auf die Symptomstärke externalen und individuellen Problemverhaltens.*

[71] MOROZOVA, E. (2013): *Analyse von Abbrechern bei einem angeleiteten Selbsthilfeprogramm für Eltern von Kindern mit ADHS.*

[72] MTA COOPERATIVE GROUP (1999): *A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD.* In: Archives of general psychiatry, **56**, 12: 1073–86. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10591283`.

[73] MÜHLIG, S. & PETERMANN, F. (1998): *Compliance und Selbstmanagement.* In: PETERMANN, F. [Hrsg.]: *Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung,* 73–102. Hogrefe, Göttingen.

[74] MÜTSCH, A. (2013): *Alltagswirksamkeit angeleiteter Selbsthilfe für Eltern von Kindern mit ADHS - Veränderung der elterlichen Selbstwirksamkeit im Verlauf der Intervention.*

[75] NAUMANN, S., BERTRAM, H., KUSCHEL, A., HEINRICHS, N., HAHLWEG, K. & DÖPFNER, M. (2010): *Der Erziehungsfragebogen (EFB).* In: Diagnostica, **56**, 3: 144–157. URL `http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1026/0012-1924/a000018`.

[76] NEUGEBAUER, B. & PORST, R. (2001): *Patientenzufriedenheit. Ein Litearturbericht.* Techn. Ber., ZUMA, Mannheim.

[77] NOCK, M. K. & FERRITER, C. (2005): *Parent Management of Attendance and Adherence in Child and Adolescent Therapy: A Conceptual and Empirical Review.* In:

Clinical Child and Family Psychology Review, **8**, 2: 149–166. URL http://www.springerlink.com/index/10.1007/s10567-005-4753-0.

[78] NORCROSS, J. C. (2006): *Integrating self-help into psychotherapy: 16 practical suggestions.* In: Professional Psychology: Research and Practice, **37**, 6: 683–693. URL http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7028.37.6.683.

[79] O'BRIEN, M. & DALEY, D. (2011): *Self-help parenting interventions for childhood behaviour disorders: a review of the evidence.* In: Child: care, health and development, **37**, 5: 623–37. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21585419.

[80] PARDECK, J. T. (1993): *Using bibliotherapy in clinical practice: a guide to self-help books.* Greenwood Press, London.

[81] PATTERSON, C. R. & CHAMBERLAIN, P. (1994): *A Functional Analysis of Resistance During Parent Training Therapy.* In: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, **12**.

[82] PELHAM, W. E. (1999): *The NIMH multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: just say yes to drugs alone?* In: Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, **44**, 10: 981–90. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10637677.

[83] PELHAM, W. E. & FABIANO, G. A. (2008): *Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder.* In: Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, **37**, 1: 184–214. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18444058.

[84] PLANT, K. M. & SANDERS, M. R. (2006): *Reducing problem behavior during care-giving in families of preschool-aged children with developmental disabilities.* In: Research in developmental disabilities, **28**, 4: 362–85. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16781115.

[85] POLANCZYK, G., SILVA DE LIMA, MAURÍCIO LESSA HORTA, B. B. J. & ROHDE, L. A. (2007): *The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis.* In: The American Journal of Psychiatry, **164**.

[86] RABBETTS, R., DE LA PAZ, M., PHILEN, R., BARDA, I., DE LA CAMARA, A., SOCIAS, J., KILBOURNE, E. & BLACKWELL, B. (1996): *From compliance to alliance A quarter century of research.* In: The Netherlands Journal of Medicine, **48**, 4: 140–144. URL http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0300297795001115.

[87] RAVENS-SIEBERER, U., ELLERT, U. & ERHART, M. (2007): *[Health-related quality of life of children and adolescents in Germany. Norm data from the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS)].* In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, **50**, 5-6: 810–8. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514467.

[88] REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M. & POUSTKA, F. (2009): *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO.* 5 Aufl. Hans Huber, Bern.

[89] REY, J. M., BRIEN, M. O. & WALTER, G. (2002): *Is the satisfied customer one who also 'does well'? The relationship between outcome and parent satisfaction in a child and adolescent mental health service.* In: PSYCHIATRIC SERVICES Is, **10**, 3: 246–250.

[90] REY, J. M., PLAPP, J. M. & SIMPSON, P. L. (1999): *Parental satisfaction and outcome : a 4-year study in a child and adolescent mental health service.* In: Child psychiatry OA, **33**, February 1998: 22–28.

[91] REYNO, S. M. & MCGRATH, P. J. (2006): *Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems- a meta-analytic review.* In: Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, **47**, 1: 99–111. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16405646`.

[92] RHODES, S. M., COGHILL, D. R. & MATTHEWS, K. (2006): *Acute neuropsychological effects of methylphenidate in stimulant drug-naive boys with ADHD II–broader executive and non-executive domains.* In: Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, **47**, 11: 1184–94. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17076758`.

[93] SANDERS, M. R., MARKIE-DADDS, C. & TURNER, K. M. T. (1998): *Practitioner's manual for enhanced triple P.* Triple P International Pty, Milton, Q.

[94] SASS, H., WITTCHEN, H.-U. & ZAUDIG, M. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. (DSM-IV-TR): Textrevision.* Hogrefe Verlag, Göttingen.

[95] SCHLACK, R., HÖLLING, H., KURTH, B.-M. & HUSS, M. (2007): *[The prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. Initial results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)].* In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, **50**, 5-6: 827–35. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514469`.

[96] SCHMIDT, J., LAMPRECHT, F. & WITTMANN, W. (1989): *Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen.* In: Psychother Psychosom Med Psychol, **39**: 248–255.

[97] SCHUNCK, T. (2009): *Zufriedenheit von Eltern mit der Behandlung ihres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik.* Dissertation, Medizinischen Fakultät der Ludwig Maximilians- Universität zu München.

[98] SERGEANT, J. A., GEURTS, H. & OOSTERLAAN, J. (2002): *How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder?* In: Behavioural brain research, **130**, 1-2: 3–28. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056314`.

[99] SIMONS, S., ROTH, S. & JAEHDE, U. (2007): *Therapietreue dauerhaft verbessern.* In: Pharmazeutische Zeitung, **47**.

[100] SONUGA-BARKE, E. J. S. (2002): *Psychological heterogeneity in AD/HD–a dual pathway model of behaviour and cognition.* In: Behavioural brain research, **130**, 1-2: 29–36. URL `http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11864715`.

[101] SPIESS L, H., CORDING, C. & KLEIN, H. (1995): *Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie.* In: Krankenhauspsychiatrie, **6**: 156–159.

[102] SPRINGER, C. & REDDY, L. A. (2010): *Measuring Parental Treatment Adherence in a Multimodal Treatment Program for Children with ADHD: A Preliminary Investigation.* In: Child & Family Behavior Therapy, **32**, 4: 272–290. URL http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07317107.2010.515522.

[103] STEINHAUSEN, H.-C., ROTHENBERGER, A. & DÖPFNER, M. (2010): *Handbuch ADHS; Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung.* Kohlhammer, Suttgart.

[104] TAYLOR, E., DÖPFNER, M., SERGEANT, J., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BUITELAAR, J., COGHILL, D., DANCKAERTS, M., ROTHENBERGER, A., SONUGA-BARKE, E., STEINHAUSEN, H.-C. & ZUDDAS, A. (2004): *European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade.* In: European child & adolescent psychiatry, **13 Suppl 1**: I7–30. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15322953.

[105] TAYLOR, E., SERGEANT, J., DOEPFNER, M., GUNNING, B., OVERMEYER, S., MÖBIUS, H. J. & EISERT, H. G. (1998): *Clinical guidelines for hyperkinetic disorder.* In: European child & adolescent psychiatry, **7**, 4: 184–200. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9879841.

[106] TURCHIK, J. A., KARPENKO, V., OGLES, B. M., DEMIREVA, P. & PROBST, D. R. (2010): *Parent and Adolescent Satisfaction with Mental Health Services: Does it Relate to Youth Diagnosis, Age, Gender or Treatment Outcome ?* URL http://link.springer.com/10.1007/s10597-010-9293-5.

[107] VAN DEN HOOFDAKKER, B. J., VAN DER VEEN-MULDERS, L., SYTEMA, S., EMMELKAMP, P. M. G., MINDERAA, R. B. & NAUTA, M. H. (2007): *Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study.* In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, **46**, 10: 1263–71. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17885567.

[108] VAN LONDEN, A., VAN LONDEN-BARENTSEN, M. W., VAN SON, M. J. & MULDER, G. A. (1993): *Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: a 2 1/2 year follow-up.* In: Behaviour research and therapy, **31**, 6: 613–5. URL http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8347120.

[109] WILLCUTT, E. G. & PENNIGTON, B. F. (2000): *Comorbidity of Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Differences by Gender and Subtype.* In: Journal of Learning Disabilites, **33**, 2: 179–191.

[110] WINTERSTELLER, C. (2008): *Compliance – ein wichtiger Faktor zum Therapieerfolg.* In: Spektrum der Augenheilkunde, **22/4**: 237–239.

[111] WOERNER, W., BECKER, A., FRIEDRICH, C., ROTHENBERGER, A., KLASEN, H. & GOODMAN, R. (2002): *Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung.* In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,

**30**, 2: 105–112. URL http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article&id=doi:10.1024//1422-4917.30.2.105.

[112] WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003): *ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: Evidence for action.* Techn. Ber., World Health Organization, Geneva.

[113] WÜTHRICH-SCHNEIDER, E. (1998): *Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit.* Dissertation, Universität St. Gallen.

# KAPITEL 9

# Anhang

## 9.1 Abbildungsverzeichnis


2.1 Diagnostikschaubild nach Döpfner et al. (2008) . . . . . 5
2.2 Symptomkriterien nach Mokros, 2012 . . . . . 6
2.3 Entscheidungsbaum zur Planung einer Therapie . . . . . 12
2.4 Determinanten von Compliance . . . . . 22

4.1 Fallbeispiel . . . . . 42
4.2 Beispiel Memokarte . . . . . 43
4.3 Beispiel Elternheftseite . . . . . 44
4.4 Programmübersicht . . . . . 46
4.5 Diagnostikübersicht . . . . . 48
4.6 Flussdiagramm Stichprobengewinnung . . . . . 50
4.7 Diagnostikübersicht . . . . . 51

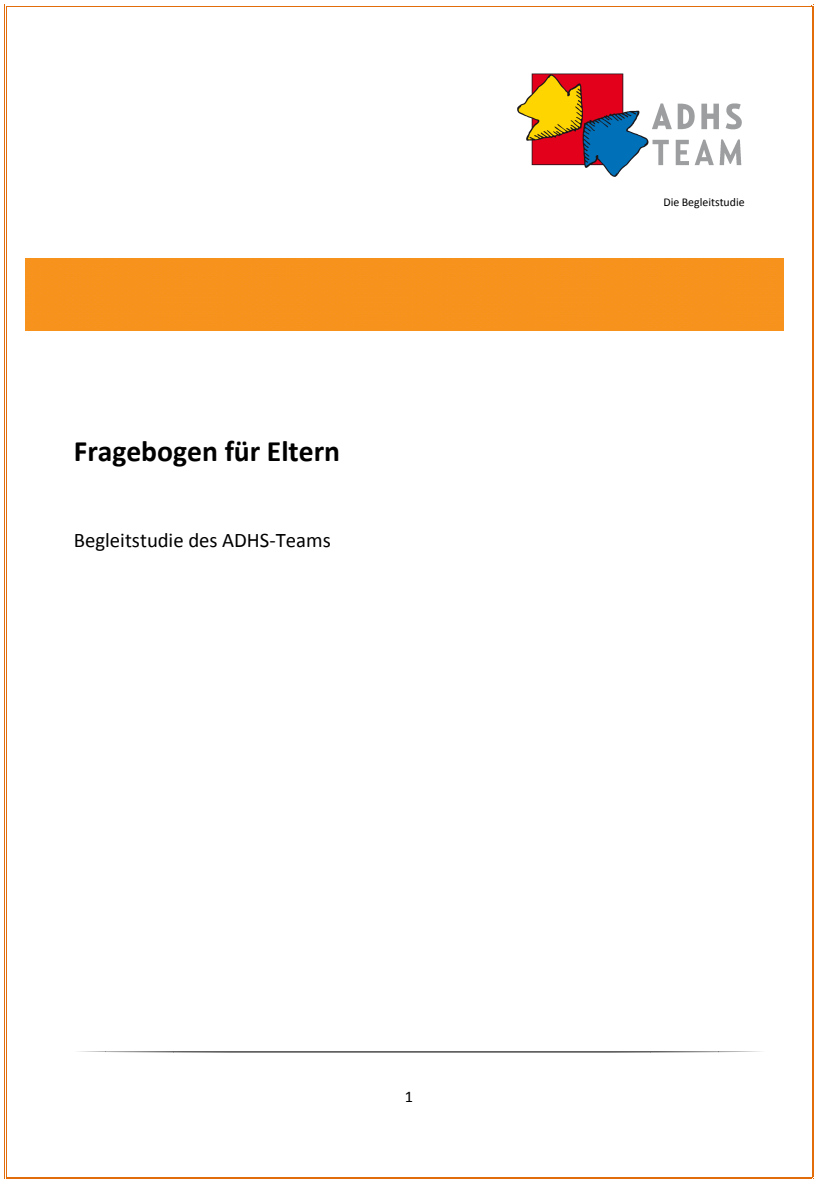
5.1 Adhärenzskalen . . . . . 63
5.2 Auszug Anrufdokumentation . . . . . 64
5.3 Fehlversuchsdokumentation . . . . . 65
5.4 Anruf-Skala . . . . . 66
5.5 Heft-Skala . . . . . 67
5.6 Auszug Heftdokumentation des dritten Elternheftes . . . . . 67
5.7 Adhärenz-Skala . . . . . 69
5.8 Adhärenz A . . . . . 71
5.9 Adhärenz B . . . . . 71
5.10 Adhärenz C . . . . . 72
5.11 Adhärenz D . . . . . 72
5.12 Zufriedenheitsfragebogen . . . . . 83
5.13 Deskription der Elternzufriedenheit . . . . . 85

## 9.2 Tabellenverzeichnis

2.1 Merkmalsbereiche von Compliance . . . . . 22
2.2 Verhaltensmuster bei der Arzneimitteltherapie . . . . . 24

5.1 Soziodemographische Merkmale der Familie sowie Selbstwirksamkeitseinschätzung der Eltern . . . . . 58
5.2 In Anspruch genommene Hilfen . . . . . 59
5.3 Soziodemographische Merkmale des Kindes . . . . . 60
5.4 Symptommerkmale des Kindes . . . . . 62
5.5 Alphawerte und Trennschärfe der Skala „Anruf-Adhärenz“ . . . . . 68
5.6 Alphawerte und Trennschärfe der Heftskalen . . . . . 70
5.7 Deskription der Heft-Adhärenz . . . . . 73
5.8 Korrelationsanalytischen Ergebnisse Adhärenz I . . . . . 74
5.9 Korrelationsanalytischen Ergebnisse Adhärenz II . . . . . 75
5.10 Korrelationsanalytischen Ergebnisse Adhärenz III . . . . . 76
5.11 Regressionsanalytische Ergebnisse Adhärenz I . . . . . 77
5.12 Regressionsanalytische Ergebnisse Adhärenz II . . . . . 78
5.13 Korrelationsanalytische Ergebnisse Adhärenz IV . . . . . 79
5.14 Regressionsanalytische Ergebnisse Adhärenz III . . . . . 80
5.15 Korrelationsanalytische Ergebnisse Adhärenz V . . . . . 81
5.16 Regressionsanalytische Ergebnisse Adhärenz IV . . . . . 82
5.17 Deskription der Elternzufriedenheit . . . . . 84
5.18 Korrelationsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit I . . . . . 86
5.19 Korrelationsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit II . . . . . 87
5.20 Korrelationsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit III . . . . . 88
5.21 Korrelationsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit IV . . . . . 89
5.22 Korrelationsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit V . . . . . 90
5.23 Regressionsanalytische Ergebnisse Elternzufriedenheit . . . . . 91

## 9.3 Fragebögen und Häufigkeiten


ADHS
TEAM
Die Begleitstudie
Fragebogen für Eltern
Begleitstudie des ADHS-Teams
1

Liebe Eltern!

In diesem Heft werden Ihnen Fragen über die folgenden Themenbereiche begegnen:

- Organisatorisches und wichtige allgemeine Fragen Ihr Kind betreffend
- Das körperliche und seelische Wohlbefinden Ihres Kindes
- Das Selbstwertgefühl Ihres Kindes und wie es sich momentan in der Familie fühlt
- Wie sich Ihr Kind anderen Kindern gegenüber verhält und wie es in der Schule zurecht kommt
- Die Persönlichkeit Ihres Kindes

Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch. Ihre Antworten geben Sie, indem Sie die zugehörige Antwort ankreuzen.

Wenn Sie versehentlich die falsche Antwort angekreuzt haben, streichen Sie diese bitte deutlich durch und markieren Sie die Richtige.

**In diesem Fragebogen gibt es kein Richtig oder Falsch! Die Antworten die Sie geben sollen für Sie die richtigen sein!**

Wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder nicht sicher sind, wie Sie eine Frage beantworten sollen, können Sie uns gerne eine Email schreiben oder uns beim nächsten Telefonat danach fragen.

Ihre Antworten werden mit den Antworten anderer Eltern anonymisiert in eine Datenbank aufgenommen. **Ihre persönlichen Antworten werden dadurch nicht mehr zu identifizieren sein.**

Natürlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Abschnitt 1: Organisatorisches und wichtige allgemeine Fragen

*basq01. Bitte geben Sie an, wer an dem Programm als telefonischer Ansprechpartner teilnimmt und diesen Fragbogen ausfüllt.*

| | |
|---|---|
| 1 leibliche Mutter | 6 leiblicher Vater |
| 2 Stiefmutter | 7 Stiefvater |
| 3 Adoptivmutter | 8 Adoptivvater |
| 4 Pflegemutter | 9 Pflegevater |
| 5 Großmutter | 10 Großvater |
| | 11 Andere. Wer?_____ |

Angaben zum Kind

*basq02. Ist das Kind, für das Sie an dem Selbsthilfeprogramm teilnehmen, ein Mädchen oder ein Junge?*

Geschlecht: 0 männlich 1 weiblich

*basq03. Wann ist das Kind, für das Sie an dem Selbsthilfeprogramm teilnehmen, geboren?*

(TT.MM.JJJJ): I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

*basq04. Wenn das Kind, für das Sie an dem Selbsthilfeprogramm teilnehmen, nicht in Deutschland geboren wurde, wie alt war es bei der Einreise (wenn es unter 12 Monaten war, geben Sie bitte "0" an).*

_____Jahre

*basq05. Bei wem lebt das Kind, für das Sie an dem Selbsthilfeprogramm teilnehmen, hauptsächlich? (Hier bitte nur eine Angabe!)*

1 bei beiden Eltern
2 bei der Mutter
3 beim Vater
4 bei der leiblichen Mutter und ihrem Partner
5 beim leiblichem Vater und seiner Partnerin
6 bei den Großeltern oder anderen Verwandten
7 bei Pflegeeltern
8 in einem Heim
9 Sonstiges _____

*basq06. Geht das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, in die Schule oder in den Kindergarten?*

1 Kindergarten 2 Schule

*basq06a. Wenn das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, in die Schule geht, besteht sonderpädagogischer Förderungsbedarf?*

0 nein 1 ja

*basq07. Wird das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, in der Schule oder im Kindergarten ganztagsbetreut?*

0 nein 1 ja

*Angaben zu den Eltern*

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Mutter und den Vater des Kindes bzw. die Personen, die am ehesten Mutter oder Vater für das Kind sind – z. B. Stiefmutter/-vater oder Adoptivmutter/-vater.
Wenn das Kind mit mehreren Personen eine solche Beziehung hat, wählen Sie bitte für die Beantwortung der Fragen die Person aus, mit der das Kind die meiste Zeit verbringt.

| | a) Mutter | b) Vater |
|---|---|---|
| *basq08. Geburtsdatum* | I__I__I I__I__I I__I__I__I__I | I__I__I I__I__I I__I__I__I__I |
| *basq09. Geburtsland* | 1 BRD | 1 BRD |
| | 2 Türkei | 2 Türkei |
| | 3 Italien | 3 Italien |
| | 4 ehem. GUS-Staaten | 4 ehem. GUS-Staaten |
| | 5 ehem. Jugoslawien | 5 ehem. Jugoslawien |
| | 6 _____ | 6 _____ |

*basq10. Was ist der höchste Bildungsabschluss der Mutter?*

kein Schulabschluss □ 1

Abschluss an einer Grundschule, Sonder-/Förderschule □ 2

| | |
|---|---|
| Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule, Hauptschul-/Volksschul-abschluss, Realschulabschluss | □ 3 |
| Berufsgrundbildungsjahr, Berufsschule, Berufsfachschule, abgeschlossene Lehre, Abschluss an einer Handelsschule | □ 4 |
| Fachhochschulreife, Hochschulreife, Abitur, Abschluss an einer Fachober-schule | □ 5 |
| Abschluss an einer Fachschule, Meister- o. Technikerschule, einer Schule des Gesundheitswesens, Abschluss an Berufsakademie o. Fachakademie | □ 6 |
| Fachhochschulabschluss, Diplom (FH), Hochschulabschluss (M, Dipl., Staats-examen), Promotion | □ 7 |

*basq11. Was ist der höchste Bildungsabschluss des Vaters?*

| | |
|---|---|
| Kein Schulabschluss | □ 1 |
| Abschluss an einer Grundschule, Sonder-/Förderschule | □ 2 |

| | |
|---|---|
| Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule, Hauptschul-/Volksschul-abschluss, Realschulabschluss | □ 3 |
| Berufsgrundbildungsjahr, Berufsschule, Berufsfachschule, abgeschlossene Lehre, Abschluss an einer Handelsschule | □ 4 |
| Fachhochschulreife, Hochschulreife, Abitur, Abschluss an einer Fachober-schule | □ 5 |
| Abschluss an einer Fachschule, Meister- o. Technikerschule, einer Schule des Gesundheitswesens, Abschluss an Berufsakademie o. Fachakademie | □ 6 |
| Fachhochschulabschluss, Diplom (FH), Hochschulabschluss (M, Dipl., Staats-examen), Promotion | □ 7 |

*basq12. Was macht die Mutter hauptberuflich?(Falls zur Zeit nicht berufstätig, was war der letzte Beruf, den sie ausgeübt hat? Falls sie noch nie gearbeitet hat, machen Sie bitte einen Strich in das Feld.)*

_____

*basq13. Was macht der Vater hauptberuflich?(Falls zur Zeit nicht berufstätig, was war der letzte Beruf, den er ausgeübt hat? Falls er noch nie gearbeitet hat, machen Sie bitte einen Strich in das Feld.)*

_____

7

*Angaben zur Familie*

*basq14. Wie viele Geschwister hat das Kind, für das Sie an dem Programm teilnehmen?*

0 Es ist ein Einzelkind Es hat Geschwister (Anzahl): ____

*basq15. Mit wie vielen Geschwistern lebt es in der Wohnung zusammen?*

0 mit keinem Es lebt mit ___ Geschwistern zusammen (Anzahl)

*basq16. Wie viele Zimmer hat die Wohnung? (ohne Küche, Bad, Toilette, Flur)*

____ Zimmer

*basq17. Hat das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, ein eigenes Zimmer?*

0 nein 1 ja

*basq18. Welche Sprache(n) sprechen Sie am meisten bei sich zu Hause?*

| | | | |
|---|---|---|---|
| a) | Deutsch | 0 nein | 1 ja |
| b) | Türkisch | 0 nein | 1 ja |
| c) | Italienisch | 0 nein | 1..ja |
| d) | Russisch | 0 nein | 1 ja |
| e) | Jugoslawisch | 0 nein | 1 ja |
| f) | Englisch | 0 nein | 1 ja |
| g) | Andere | 0 nein | 1 ja |

*Angaben zur bisherigen Behandlung des Kindes:*

*basq19. Seit wann hat das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, die Diagnose ADHS bzw. ADS?*

Seit _____ Jahren (Jahreszahl: _____ [basq19a])

*basq20. Nimmt das Kind, für das Sie am Programm teilnehmen, zurzeit regelmäßig Medikamente?*

0 nein 1 ja

*basq21. Wenn ja: Welche? (Handelsname)*

a) _____ Dosierung: _____
b) _____ Dosierung: _____
c) _____ Dosierung: _____
d) _____ Dosierung: _____
e) _____ Dosierung: _____

*basq22. Haben Sie bezüglich der Diagnose Ihres Kindes schon einmal professionelle Hilfen bzw. Beratung in Anspruch genommen?*

0 nein 1 ja

*basq22a. Wenn ja, welche Hilfen?*

1 Therapie bei einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

0 nein 1 ja

2 Medikamentöse Behandlung

0 nein 1 ja

3 Beratung bei einer Erziehungsberatungsstelle

0 nein 1 ja

4 Ergotherapie

0 nein 1 ja

5 Bewegungstherapie (Mototherapie)

0 nein 1 ja

6 Maßnahmen vom Jugendamt (z. B. Familienhilfe)

0 nein 1 ja

7 Selbsthilfegruppen

0 nein 1 ja

8 Sonstige

_____

Abschnitt 2: Fragen über das Wohlbefinden Ihres Kindes

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin101 | ... hat mein Kind sich krank gefühlt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin102 | ... hatte mein Kind Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin103 | ... war mein Kind müde und schlapp | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin104 | ... hatte mein Kind viel Kraft und Ausdauer | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin105 | ... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin106 | ... hatte mein Kind zu nichts Lust | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin107 | ... hat mein Kind sich allein gefühlt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin108 | ... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

Abschnitt 3: Fragen über das Selbstwertgefühl Ihres Kindes

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin109 | ... war mein Kind stolz auf sich | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin110 | ... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin111 | ... mochte mein Kind sich selbst leiden | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin112 | ... hatte mein Kind viele gute Ideen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

Abschnitt 4: Fragen über das Erleben des Kindes von Familie, seinen Freunden und der Schule bzw. dem Kindergarten

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin113 | ... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin114 | ... hat mein Kind sich zu Hause wohl gefühlt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin115 | … hatten wir schlimmen Streit zu Hause | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin116 | ... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin117 | ... hat mein Kind mit Freunden etwas zusammen gemacht | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin118 | ... ist mein Kind bei anderen „gut angekommen“ | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin119 | … hat mein Kind sich gut mit seinen Freunden verstanden | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin120< | … hatte mein Kind das Gefühl, dass es anders ist als die anderen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

ACHTUNG!!!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Ihr Kind bereits in die Schule geht:

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin121 | ... hat mein Kind die Schulaufgaben gut geschafft | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin122 | ... hat meinem Kind der Unterricht Spaß gemacht | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin123 | … hat mein Kind sich Sorgen um seine Zukunft gemacht | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin124 | … hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

ACHTUNG!!!

Bitte beantworten Sie folgende Fragen nur, wenn Ihr Kind noch in den Kindergarten geht:

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin121 | ... hat mein Kind die Aufgaben im Kindergarten gut geschafft | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin122 | ... hat meinem Kind der Kindergarten Spaß gemacht | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin123 | … hat mein Kind sich auf den Kindergarten gefreut | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin124 | … hat mein Kind bei kleineren Aufgaben oder Hausaufgaben viele Fehler gemacht | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

ACHTUNG!!!

Diesen Abschnitt mit weiteren wichtigen Fragen brauchen Sie auch nur zu beantworten, wenn Ihr Kind noch in den Kindergarten geht!

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin125 | ... war mein Kind schlecht gelaunt und quengelig | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin126 | ... hat mein Kind mit Appetit gegessen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin127 | … konnte ich geduldig und verständnisvoll mit meinem Kind umgehen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin128 | ... war mein Kind angestrengt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

| *In der letzten Woche ...* | | nie | selten | manch-mal | oft | immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| kin129 | ... konnte mein Kind gut schlafen | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin130 | ... ist mein Kind viel herumgetobt und hat sich bewegt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin131 | … hat mein Kind schnell geweint | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin132 | ... war mein Kind fröhlich und gut gelaunt | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin133 | ... konnte sich mein Kind gut konzentrieren und war aufmerksam | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin134 | … ließ mein Kind sich leicht ablenken und war zerstreut. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin135 | … war mein Kind gern mit anderen Kindern zusammen. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin136 | …habe ich mit meinem Kind geschimpft. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin137 | …habe ich mein Kind gelobt. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin138 | …hatte mein Kind Schwierigkeiten mit Lehrern, Betreuerinnen oder anderen Bezugspersonen. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin139 | … war mein Kind nervös und zappelig. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin140 | … war mein Kind frisch und munter. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin141 | … hat mein Kind wegen Schmerzen gejammert. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin142 | … war mein Kind kontaktfreudig. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin143 | … klappte alles, was mein Kind anfing. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin144 | … war mein Kind schnell unzufrieden. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin145 | … hat mein Kind heftig geweint. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |
| kin146 | … wurde mein Kind leicht wütend. | ☐1 | ☐2 | ☐3 | ☐4 | ☐5 |

Abschnitt 5: Fragen über die Persönlichkeit Ihres Kindes

| In den letzten 6 Monaten treffen folgende Beschreibungen wie gut auf Ihr Kind zu: | | Nicht zutreffend | Teilweise zutreffend | Eindeutig zutreffend |
|---|---|---|---|---|
| sdq101 | Rücksichtsvoll | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq102 | Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq103 | Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq104 | Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.) | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq105 | Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq106 | Einzelgänger; spielt meist alleine | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq107 | Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq108 | Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq109 | Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq110 | Ständig zappelig | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq111 | Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq112 | Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq113 | Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq114 | Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq115 | Leicht ablenkbar, unkonzentriert | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq116 | Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq117 | Lieb zu jüngeren Kindern | ☐0 | ☐1 | ☐2 |

| In den letzten 6 Monaten treffen folgende Beschreibungen wie gut auf Ihr Kind zu: | | Nicht zutreffend | Teilweise zutreffend | Eindeutig zutreffend |
|---|---|---|---|---|
| sdq118 | Lügt oder mogelt häufig | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq119 | Wird von anderen gehänselt oder schikaniert | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq120 | Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern) | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq121 | Denkt nach, bevor er/sie handelt | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq122 | Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq123 | Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq124 | Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht | ☐0 | ☐1 | ☐2 |
| sdq125 | Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne | ☐0 | ☐1 | ☐2 |

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen zu beantworten.

Bitte legen Sie sich den Fragebogen für das nächste Telefonat bereit. Ihre persönliche Ansprechpartnerin wird dann mit Ihnen Ihre Antworten besprechen.

Falls Sie weitere Fragen zu der Begleitstudie haben, stellen Sie diese per Mail oder sprechen Sie uns bei unserem nächsten Anruf darauf an.

Ihr ADHS-Team

ADHS TEAM

17

Elternfragebogen

## Zufriedenheit mit dem Programm des ADHS-Teams

Name des Kindes heutiges Datum

*Dieser Fragebogen hilft uns, das von uns angebotene Programm zu bewerten und kontinuierlich zu verbessern. Wir sind an Ihrer ehrlichen Meinung interessiert, egal ob positiv oder negativ.*
*Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen.*

*Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Zahl an, die am ehesten beschreibt, was Sie denken. Bitte achten Sie dabei auf die inhaltliche Beschreibung der einzelnen Zahlenwerte, die sich von Frage zu Frage unterscheiden können.*

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wie schätzen Sie die Qualität des Programms ein? | 1<br>Schlecht | 2 | 3<br>Befriedigend | 4 | 5<br>Gut | 6 | 7<br>Sehr gut |
| 2 | Haben Sie die Hilfe erhalten, die Sie von dem Programm erwartet haben? | 1<br>Nein, definitiv nicht | 2 | 3<br>Nein, nicht wirklich | 4 | 5<br>Ja, allgemein schon | 6 | 7<br>Ja, definitiv |
| 3 | In welchem Umfang passte das Programm zu den Bedürfnissen Ihres Kindes? | 1<br>Es wurden keine Bedürfnisse erfüllt | 2 | 3<br>Nur wenige Bedürfnisse wurden erfüllt | 4 | 5<br>Die meisten Bedürfnisse wurden erfüllt | 6 | 7<br>Fast alle Bedürfnisse wurden erfüllt |
| 4 | In welchem Umfang passte das Programm zu Ihren Bedürfnissen? | 1<br>Es wurden keine Bedürfnisse erfüllt | 2 | 3<br>Nur wenige Bedürfnisse wurden erfüllt | 4 | 5<br>Die meisten Bedürfnisse wurden erfüllt | 6 | 7<br>Fast alle Bedürfnisse wurden erfüllt |
| 5 | Wie zufrieden waren Sie mit dem Umfang der Hilfestellung, die Sie erhalten haben? | 1<br>Ziemlich unzufrieden | 2 | 3<br>Unzufrieden | 4 | 5<br>Zufrieden | 6 | 7<br>Sehr zufrieden |
| 6 | Hat Ihnen das Programm geholfen, besser mit dem Verhalten Ihres Kindes umzugehen? | 1<br>Nein, es machte es schlimmer | 2 | 3<br>Nein, es hat nicht geholfen | 4 | 5<br>Ja, es hat ein wenig geholfen | 6 | 7<br>Ja, es hat sehr geholfen |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Hat Ihnen das Programm geholfen, besser mit den Problemen in Ihrer Familie umzugehen? | 1<br>Nein, es machte es schlimmer | 2 | 3<br>Nein, es hat nicht geholfen | 4 | 5<br>Ja, es hat ein wenig geholfen | 6 | 7<br>Ja, es hat sehr geholfen |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Denken Sie, dass die Beziehung zu Ihrem Partner durch das Programm verbessert wurde? | 1<br>Nein, definitiv nicht | 2 | 3<br>Nein, nicht wirklich | 4 | 5<br>Ja, allgemein schon | 6 | 7<br>Ja, definitiv |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Wie zufrieden waren Sie im Allgemeinen mit dem Programm, an dem Sie teilgenommen haben? | 1<br>Sehr unzufrieden | 2 | 3<br>Unzufrieden | 4 | 5<br>Zufrieden | 6 | 7<br>Sehr zufrieden |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Falls Sie erneut Hilfe benötigen, würden Sie sich wieder an uns wenden? | 1<br>Nein, definitiv nicht | 2 | 3<br>Nein, nicht wirklich | 4 | 5<br>Ja, eher schon | 6 | 7<br>Ja, definitiv |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Haben Sie durch das Programm Erziehungsstrategien gelernt, die Sie auch bei anderen Familienmitgliedern anwenden können? | 1<br>Nein, definitiv nicht | 2 | 3<br>Nein, nicht wirklich | 4 | 5<br>Ja, eher schon | 6 | 7<br>Ja, definitiv |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Wie ist das Verhalten Ihres Kindes Ihrer Meinung nach zurzeit? | 1<br>Wesentlich schlechter | 2<br>Schlechter | 3<br>Etwas schlechter | 4<br>Unverändert | 5<br>Etwas besser | 6<br>Besser | 7<br>Sehr viel besser |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13 | Wie zufrieden sind Sie aktuell mit den Fortschritten Ihres Kindes? | 1<br>Sehr unzufrieden | 2 | 3<br>Unzufrieden | 4 | 5<br>Zufrieden | 6 | 7<br>Sehr zufrieden |

14 Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns zu dem Programm mitteilen möchten?

_____

_____

***Vielen Dank für Ihre Unterstützung!***

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

## Anrufdokumentation Anruf 1 (Begrüßungsanruf)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

*Bei Anruf 1/2/3: Achtung: Dieses Feld wird solange freigelassen, bis die Familie sich endgültig entschieden hat. Diese Entscheidung muss aber bis Anruf 3 gefällt worden sein!*

| | | |
|---|---|---|
| **anruf123bst.** | Nimmt Familie an Begleitstudie teil? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf1q1**. | Vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf1q2**. | Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf1q4**. | Anruf stattgefunden<br>**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!** | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf1q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf1q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| | **[anruf1q4b$1.]**<br>Wenn andere, welche? | _____ |
| **anruf1q5.** | Termin real (Datum) | |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf1q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf1q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf1q9.** | Name des Beraters | |
| **anruf1q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf1q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf1q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf2q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf2q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf2q3.** | Vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft 1<br>☐ 2 Heft 2<br>☐ 3 Heft 3<br>☐ 4 Heft 4<br>☐ 5 Heft 5<br>☐ 6 Heft 6<br>☐ 7 Heft 7<br>☐ 8 Heft 8<br>☐ 99 keins vereinbart |

**Anrufdokumentation Anruf 2 (plus Problemliste)**

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

*Bei Anruf 1/2/3: Achtung: Dieses Feld wird solange freigelassen, bis die Familie sich endgültig entschieden hat. Diese Entscheidung muss aber bis Anruf 3 gefällt worden sein!*

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **Anruf123bst.** | Nimmt Familie an Begleitstudie teil? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf2q1**. | Vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf2q2**. | Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf2q4**. | Anruf stattgefunden<br>**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!** | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf2q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf2q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf2q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf2q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf2q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| | **[anruf2q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf2q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf2q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf2q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf2q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins besprochen<br>88 reine Boostersitzung |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf2q8a**. | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf2q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf2q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 nicht zutreffend |
| **anruf2q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf2q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf2q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf2q14.** | Datum 1. Arztbericht verschickt | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__\| |
| **anruf3q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__\| |
| **anruf3q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf3q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 keins vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**anruf3q3b.** 2. vereinbartes Elternheft (Nr.)

- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prob21.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **Prob22.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **Prob23.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

## Anrufdokumentation Anruf 3 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

*Bei Anruf 1/2/3: Achtung: Dieses Feld wird solange freigelassen, bis die Familie sich endgültig entschieden hat.*

*Diese Entscheidung muss aber bis Anruf 3 gefällt worden sein!*

| | | |
|---|---|---|
| **anruf123bst.** | Nimmt Familie an Begleitstudie teil? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf3q1**. | Vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf3q2**. | Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf3q4**. | Anruf stattgefunden<br>**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!** | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf3q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf3q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf3q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf3q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf3q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| | **[anruf3q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf3q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf3q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf3q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf3q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf3q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf3q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf3q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf3q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf3q12.** | Wie viel % der Zeit musste für | _____ |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf3q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf4q1** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf4q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf4q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf4q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob31.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob32.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob33.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 4 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf4q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf4q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf4q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

**anruf4q3**. 1. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 keins vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf4q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf4q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf4q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf4q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| | **[anruf4q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf4q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf4q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf4q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf4q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf4q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf4q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf4q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf4q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf4q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | _____ |
| **anruf4q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf5q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf5q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf5q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf5q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

| | | |
|---|---|---|
| **prob1.** | Problem 1, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob2.** | Problem 2, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob3.** | Problem 3, an dem Eltern arbeiten | _____ |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob41.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob42.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob43.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 5 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf5q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf5q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf5q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

**anruf5q3**. 1. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 keins vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**anruf5q3b**. 2. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf5q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf5q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf5q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf5q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf5q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf5q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf5q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf5q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf5q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf5q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf5q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf5q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf5q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf5q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf6q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf6q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf6q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8 |
| | | ☐ 99 keins vereinbart |
| | | ☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf6q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1 |
| | | ☐ 2 Heft2 |
| | | ☐ 3 Heft3 |
| | | ☐ 4 Heft4 |
| | | ☐ 5 Heft5 |
| | | ☐ 6 Heft6 |
| | | ☐ 7 Heft7 |
| | | ☐ 8 Heft8 |
| | | ☐ 99 kein weiteres Heft vereinbart |
| | | ☐ 88 reine Boostersitzung |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

| | | |
|---|---|---|
| **prob1.** | Problem 1, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob2.** | Problem 2, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob3.** | Problem 3, an dem Eltern arbeiten | _____ |

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob51.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob52.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob53.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 6 (plus Erfassung Medikation, Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

| | | |
|---|---|---|
| **anruf6q1**. | Vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf6q2**. | Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf6q4**. | Anruf stattgefunden<br>**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!** | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf6q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf6q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf6q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf6q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | |
|---|---|---|
| **anruf6q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf6q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf6q5.** | Termin real (Datum) | l__l__l.l__l__l.l__l__l__l__l |
| **anruf6q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | l__ __ : __ __l |
| **anruf6q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | l__ __ : __ __l |
| **anruf6q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf6q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf6q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf6q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf6q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf6q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf6q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf7q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf7q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf7q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf7q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

*Zusätzlich in Anrufen 6/10/14:*
***ACHTUNG: Einmal eingetragene Medikamentennamen dürfen bei der spätere Erhebung nicht mehr verändert werden.***

| **Hat sich die Medikation im Vergleich zur vorherigen Erhebung geändert?/Ist ein neues Medikament hinzugekommen?** | | |
|---|---|---|
| **anruf6med0.** | Welche Medikamente werden eingenommen? | 1 Strattera<br>2 Strattera und andere Medikamente<br>3 Andere Medikamente<br>4 Keine Medikamente |
| **Anruf6med0neu.** | (**Achtung**: Diese Frage steht nicht im Elternfragebogen sondern ist nur für uns!)<br>Welcher Medikamentenwirkstoff? | 1 Atomoxentin<br>2 Methylphenidat<br>3 Methylphenidat und Atomoxetin<br>4 Methylphenidat und Amphetamin<br>5 Amphetamin<br>6 Keine<br>7 Andere Psychopharmaka für ADHS (keine Nahrungsergänzungsmittel) |
| **anruf6med1.** | **[basq21a1]**<br>_____ | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| **anruf6med2.** | **[basq21a2]**<br>_____ | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| **anruf6med3.** | **[basq21a3]**<br>_____ | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☛ 3 Neues Medikament |
| **anruf6med4.** | **[basq21a4]**<br>_____ | ☛ 0 gleiche Dosierung<br>☛ 1 neue Dosierung<br>☛ 2 (weiterhin) abgesetzt<br>☛ 3 Neues Medikament |

***Anruf6med5****. Welche Medikamente nimmt das Kind aktuell in welcher Dosierung ein*
*(Achtung: anrufmed5 gibt es in der Datenbank nicht! Bitte genauen Itemnamen der untenstehenden Tabelle entnehmen!)*

*Bei abgesetzten Medikamenten bitte bei jedem Item „0" eintragen.*

| Handelsname | Dosierung morgens | Dosierung mittags | Dosierung abends |
|---|---|---|---|
| [**basq21a1**] | [**anruf6med5a1a**] | [**anruf6med5a1b**] | [**anruf6med5a1c**] |
| [**basq21a2**] | [**anruf6med5a2a**] | [**anruf6med5a2b**] | [**anruf6med5a2c**] |
| [**basq21a3**] | [**anruf6med5a3a**] | [**anruf6med5a3b**] | [**anruf6med5a3c**] |
| [**basq21a4**] | [**anruf6med5a4a**] | [**anruf6med5a4b**] | [**anruf6med5a4c**] |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____
**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____
**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob61.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob62.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob63.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

**Anrufdokumentation Anruf 7 (plus Problemliste)**

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

| | | |
|---|---|---|
| **anruf7q1**. | Vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf7q2**. | Vereinbarter Termin (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf7q4**. | Anruf stattgefunden<br>**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!** | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf7q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf7q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf7q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf7q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf7q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf7q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf7q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf7q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf7q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf7q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf7q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf7q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf7q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf7q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf7q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf7q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf8q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |
| **anruf8q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf8q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf8q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob71.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob72.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob73.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 8 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf8q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf8q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf8q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf8q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf8q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf8q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf8q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf8q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf8q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf8q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf8q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf8q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf8q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf8q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf8q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf8q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf8q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf8q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf8q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf9q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf9q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf9q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf9q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob81.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob82.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob83.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 9 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf9q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf9q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf9q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf9q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf9q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf9q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf9q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf9q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf9q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf9q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf9q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf9q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf9q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf9q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf9q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf9q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf9q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf9q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf9q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf9q14.** | Datum 2. Arztbericht verschickt | |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| |
| **anruf10q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| |
| **anruf10q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | |__ __ : __ __| |
| **anruf10q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf10q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob91.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob92.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob93.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 10 (plus Medikation, Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf10q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf10q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf10q4**. Anruf stattgefunden
- 0 nein
- 1 ja

**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**

**anruf10q4c.** Auf Wunsch auf Anruf verzichtet
- 0 nein
- 1 ja

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf10q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf10q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf10q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf10q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf10q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf10q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | |
| **anruf10q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf10q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf10q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf10q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf10q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf10q9.** | Name des Beraters | |
| **anruf10q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf10q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf10q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | |
| **anruf10q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | |

***Bei Anruf 10-14 (Boostersession):***

**Achtung:Bei anruf10q15 a-h nur maximal 3 Nennungen pro Anruf! Nur auszufüllen, wenn kein Heft vereinbart wurde!**

| | | |
|---|---|---|
| **anruf10q15a.** | Inhalte aus Heft 1 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf10q15b.** | Inhalte aus Heft 2 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf10q15c.** | Inhalte aus Heft 3 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf10q15d.** | Inhalte aus Heft 4 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **Anruf10q15e.** | Inhalte aus Heft 5 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf10q15f.** | Inhalte aus Heft 6 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

---

| | | |
|---|---|---|
| **anruf10q15g.** | Inhalte aus Heft 7 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf10q15h.** | Inhalte aus Heft 8 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf11q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf11q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf11q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf11q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |

***ACHTUNG: Einmal eingetragene Medikamentennamen dürfen bei der spätere Erhebung nicht mehr verändert werden.***

**Hat sich die Medikation im Vergleich zur vorherigen Erhebung geändert?/Ist ein neues Medikament hinzugekommen?**

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

---

| | | |
|---|---|---|
| **anruf10med0.** | Welche Medikamente werden eingenommen? | ☐ 1 Strattera<br>☐ 2 Strattera und andere Medikamente<br>☐ 3 Andere Medikamente<br>☐ 4 Keine Medikamente |
| **Anruf10med0neu.** | (**Achtung**: Diese Frage steht nicht im Elternfragebogen sondern ist nur für uns!)<br>Welcher Medikamentenwirkstoff? | ☐ 1 Atomoxentin<br>☐ 2 Methylphenidat<br>☐ 3 Methylphenidat und Atomoxetin<br>☐ 4 Methylphenidat und Amphetamin<br>☐ 5 Amphetamin<br>☐ 6 Keine<br>☐ 7 Andere Psychopharmaka für ADHS (keine Nahrungsergänzungsmittel) |
| **anruf10med1.** | **[basq21a1]**<br>_____ | ☐ 0 gleiche Dosierung<br>☐ 1 neue Dosierung<br>☐ 2 (weiterhin) abgesetzt<br>☐ 3 Neues Medikament |
| **anruf10med2.** | **[basq21a2]**<br>_____ | ☐ 0 gleiche Dosierung<br>☐ 1 neue Dosierung<br>☐ 2 (weiterhin) abgesetzt<br>☐ 3 Neues Medikament |
| **anruf10med3.** | **[basq21a3]**<br>_____ | ☐ 0 gleiche Dosierung<br>☐ 1 neue Dosierung<br>☐ 2 (weiterhin) abgesetzt<br>☐ 3 Neues Medikament |
| **anruf10med4.** | **[basq21a4]**<br>_____ | ☐ 0 gleiche Dosierung<br>☐ 1 neue Dosierung<br>☐ 2 (weiterhin) abgesetzt<br>☐ 3 Neues Medikament |

***Anruf10med5**. Welche Medikamente nimmt das Kind aktuell in welcher Dosierung ein*
*(Achtung: anrufmed5 gibt es in der Datenbank nicht! Bitte genauen Itemnamen der untenstehenden Tabelle entnehmen!)*

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

*Bei abgesetzten Medikamenten, bitte bei jedem Item „0“ eintragen.*

| Handelsname | Dosierung morgens | Dosierung mittags | Dosierung abends |
|---|---|---|---|
| [**basq21a1**] | [**anruf10med5a1a**] | [**anruf10med5a1b**] | [**anruf10med5a1c**] |
| [**basq21a2**] | [**anruf10med5a2a**] | [**anruf10med5a2b**] | [**anruf10med5a2c**] |
| [**basq21a3**] | [**anruf10med5a3a**] | [**anruf10med5a3b**] | [**anruf10med5a3c**] |
| [**basq21a4**] | [**anruf10med5a4a**] | [**anruf10med5a4b**] | [**anruf10med5a4c**] |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob101.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob102.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob103.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 11 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf11q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf11q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf11q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf “0”!**
- 0 nein
- 1 ja

**anruf11q4c.** Auf Wunsch auf Anruf verzichtet
- 0 nein
- 1 ja

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf11q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf11q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf11q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf11q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf11q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf11q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | |
| **anruf11q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf11q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf11q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf11q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf11q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf11q9.** | Name des Beraters | |
| **anruf11q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf11q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf11q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | |
| **anruf11q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | |

***Bei Anruf 10-14 (Boostersession):***

**Achtung:Bei anruf10q15 a-h nur maximal 3 Nennungen pro Anruf! Nur auszufüllen, wenn kein Heft vereinbart wurde!**

| | | |
|---|---|---|
| **anruf11q15a.** | Inhalte aus Heft 1 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf11q15b.** | Inhalte aus Heft 2 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf11q15c.** | Inhalte aus Heft 3 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf11q15d.** | Inhalte aus Heft 4 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **Anruf11q15e.** | Inhalte aus Heft 5 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf11q15f.** | Inhalte aus Heft 6 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf11q15g.** | Inhalte aus Heft 7 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf11q15h.** | Inhalte aus Heft 8 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf12q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf12q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf12q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

| | | |
|---|---|---|
| **prob1.** | Problem 1, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob2.** | Problem 2, an dem Eltern arbeiten | _____ |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob111.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob112.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob113.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 12 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf12q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf12q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf12q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

**anruf12q4c.** Auf Wunsch auf Anruf verzichtet
- 0 nein
- 1 ja

**anruf12q3**. 1. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 keins vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf12q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf12q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf12q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf12q5.** | **[anruf12q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche?<br>Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf12q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf12q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf12q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | 1 Heft1 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | 2 Heft2 |
| | | 3 Heft3 |
| | | 4 Heft4 |
| | | 5 Heft5 |
| | | 6 Heft6 |
| | | 7 Heft7 |
| | | 8 Heft8 |
| | | 99 keins besprochen |
| | | 88 reine Boostersitzung |
| **anruf12q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | 1 Heft1 |
| | | 2 Heft2 |
| | | 3 Heft3 |
| | | 4 Heft4 |
| | | 5 Heft5 |
| | | 6 Heft6 |
| | | 7 Heft7 |
| | | 8 Heft8 |
| | | 99 kein weiteres Heft besprochen |
| | | 88 reine Boostersitzung |
| **anruf12q9.** | Name des Beraters | |
| **anruf12q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | 0 wenig |
| | | 1 mittel |
| | | 2 viel |
| | | 99 trifft nicht zu |
| **anruf12q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | 0 entspannt |
| | | 1 etwas anstrengend |
| | | 2 anstrengend |
| **anruf12q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | |
| **anruf12q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | |

***Bei Anruf 10-14 (Boostersession):***

**Achtung:Bei anruf10q15 a-h nur maximal 3 Nennungen pro Anruf! Nur auszufüllen, wenn kein Heft vereinbart wurde!**

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

---

| | | |
|---|---|---|
| **anruf12q15a.** | Inhalte aus Heft 1 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15b.** | Inhalte aus Heft 2 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15c.** | Inhalte aus Heft 3 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15d.** | Inhalte aus Heft 4 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **Anruf12q15e.** | Inhalte aus Heft 5 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15f.** | Inhalte aus Heft 6 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15g.** | Inhalte aus Heft 7 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf12q15h.** | Inhalte aus Heft 8 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |

| | | |
|---|---|---|
| **anruf13q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf13q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf13q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

---

**anruf13q3b.** 2. vereinbartes Elternheft (Nr.)

- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

**prob1.** Problem 1, an dem Eltern arbeiten _____

**prob2.** Problem 2, an dem Eltern arbeiten _____

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob121.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob122.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob123.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation Anruf 13 (plus Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf13q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf13q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf13q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**

- 0 nein
- 1 ja

**anruf13q4c.** Auf Wunsch auf Anruf verzichtet

- 0 nein
- 1 ja

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf13q3**. | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf13q3b**. | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 kein weiteres Heft vereinbart<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf13q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf13q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf13q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | ☐ 1 leibliche Mutter<br>☐ 2 Stiefmutter<br>☐ 3 Adoptivmutter<br>☐ 4 Pflegemutter<br>☐ 5 Großmutter<br>☐ 6 leiblicher Vater<br>☐ 7 Stiefvater<br>☐ 8 Adoptivvater<br>☐ 9 Pflegevater<br>☐ 10 Großvater<br>☐ 11 Andere<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| | **[anruf13q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | |
| **anruf13q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf13q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf13q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf13q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf13q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | | ☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft besprochen<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf13q9.** | Name des Beraters | |
| **anruf13q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | ☐ 0 wenig<br>☐ 1 mittel<br>☐ 2 viel<br>☐ 99 trifft nicht zu |
| **anruf13q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | ☐ 0 entspannt<br>☐ 1 etwas anstrengend<br>☐ 2 anstrengend |
| **anruf13q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | |
| **anruf13q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | |

***Bei Anruf 10-14 (Boostersession):***

**Achtung:Bei anruf10q15 a-h nur maximal 3 Nennungen pro Anruf! Nur auszufüllen, wenn kein Heft vereinbart wurde!**

| | | |
|---|---|---|
| **anruf13q15a.** | Inhalte aus Heft 1 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf13q15b.** | Inhalte aus Heft 2 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf13q15c.** | Inhalte aus Heft 3 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf13q15d.** | Inhalte aus Heft 4 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **Anruf13q15e.** | Inhalte aus Heft 5 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf13q15f.** | Inhalte aus Heft 6 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:|___|.|___|.|____|

| | | |
|---|---|---|
| **anruf13q15g.** | Inhalte aus Heft 7 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf13q15h.** | Inhalte aus Heft 8 wurde besprochen | ☐ 0 nein<br>☐ 1 ja |
| **anruf14q1.** | Neuer vereinbarter Termin (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf14q2.** | Neuer vereinbarter Termin (Zeit) | \|__ __ : __ __\| |
| **anruf14q3.** | 1. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 keins vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |
| **anruf14q3b.** | 2. vereinbartes Elternheft (Nr.) | ☐ 1 Heft1<br>☐ 2 Heft2<br>☐ 3 Heft3<br>☐ 4 Heft4<br>☐ 5 Heft5<br>☐ 6 Heft6<br>☐ 7 Heft7<br>☐ 8 Heft8<br>☐ 99 kein weiteres Heft vereinbart<br>☐ 88 reine Boostersitzung |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

| | | |
|---|---|---|
| **prob1.** | Problem 1, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob2.** | Problem 2, an dem Eltern arbeiten | _____ |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

**prob3.** Problem 3, an dem Eltern arbeiten _____

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob131.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob132.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob133.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

## Anrufdokumentation End-Anruf (plus Erfassung Medikation, Problemliste)

*Achtung: Um welchen Anruf handelt es sich? (1-14):* _____

**anruf14q1**. Vereinbarter Termin (Datum) |__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I

**anruf14q2**. Vereinbarter Termin (Uhrzeit) I__ __ : __ __I

**anruf14q4**. Anruf stattgefunden
**Achtung: Wert in lillydat standardmäßig auf "0"!**
- 0 nein
- 1 ja

**anruf14q3**. 1. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 keins vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

**anruf14q3b**. 2. vereinbartes Elternheft (Nr.)
- 1 Heft1
- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft vereinbart
- 88 reine Boostersitzung

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **anruf14q3a**. | Haben die Eltern das vereinbarte/die vereinbarten Elternheft/e gelesen? | 0 nein<br>1 ja<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf14q4a.** | Hat eine weitere Person an dem Gespräch teilgenommen? | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q4b.** | Wenn ja, in welcher Beziehung steht diese Person zu dem Kind? | 1 leibliche Mutter<br>2 Stiefmutter<br>3 Adoptivmutter<br>4 Pflegemutter<br>5 Großmutter<br>6 leiblicher Vater<br>7 Stiefvater<br>8 Adoptivvater<br>9 Pflegevater<br>10 Großvater<br>11 Andere<br>99 trifft nicht zu |
| | **[anruf14q4b$1.]**<br>Wenn Andere, welche? | _____ |
| **anruf14q5.** | Termin real (Datum) | \|__\|__\|.\|__\|__\|.\|__\|__\|__\|__\| |
| **anruf14q6**. | Termin Beginn real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf14q7**. | Termin Ende real (Uhrzeit) | I__ __ : __ __I |
| **anruf14q8**. | Besprechung 1. Elternheft Nr. real | 1 Heft1<br>2 Heft2<br>3 Heft3<br>4 Heft4<br>5 Heft5<br>6 Heft6<br>7 Heft7<br>8 Heft8<br>99 keins besprochen<br>88 reine Boostersitzung |
| **anruf14q8a.** | Besprechung 2. Elternheft Nr. real | 1 Heft1 |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

- 2 Heft2
- 3 Heft3
- 4 Heft4
- 5 Heft5
- 6 Heft6
- 7 Heft7
- 8 Heft8
- 99 kein weiteres Heft besprochen
- 88 reine Boostersitzung

| | | |
|---|---|---|
| **anruf14q9.** | Name des Beraters | _____ |
| **anruf14q10.** | Wie stark mussten Sie zusätzliche Hilfestellungen für das Verständnis oder die Umsetzung der Heftinhalte geben? | 0 wenig<br>1 mittel<br>2 viel<br>99 trifft nicht zu |
| **anruf14q11.** | Wie empfanden Sie das Telefonat? | 0 entspannt<br>1 etwas anstrengend<br>2 anstrengend |
| **anruf14q12.** | Wie viel % der Zeit musste für zusätzliche Themen außerhalb des Programms aufgewendet werden? | _____ |
| **anruf14q13.** | Wenn nicht 0%, welche Themen? | _____ |
| **anruf[14]q14.** | Datum 3. Arztbericht verschickt | I__I__I.I__I__I.I__I__I__I__I |

***Bei Anruf 10-14 (Boostersession):***

**Achtung:Bei anruf10q15 a-h nur maximal 3 Nennungen pro Anruf! Nur auszufüllen, wenn kein Heft vereinbart wurde!**

| | | |
|---|---|---|
| **anruf14q15a.** | Inhalte aus Heft 1 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15b.** | Inhalte aus Heft 2 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15c.** | Inhalte aus Heft 3 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15d.** | Inhalte aus Heft 4 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| **Anruf14q15e.** | Inhalte aus Heft 5 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15f.** | Inhalte aus Heft 6 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15g.** | Inhalte aus Heft 7 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |
| **anruf14q15h.** | Inhalte aus Heft 8 wurde besprochen | 0 nein<br>1 ja |

***ACHTUNG: Einmal eingetragene Medikamentennamen dürfen bei der spätere Erhebung nicht mehr verändert werden.***

**Hat sich die Medikation im Vergleich zur vorherigen Erhebung geändert?/Ist ein neues Medikament hinzugekommen?**

| | | |
|---|---|---|
| **anruf14med0.** | Welche Medikamente werden eingenommen? | 1 Strattera<br>2 Strattera und andere Medikamente<br>3 Andere Medikamente<br>4 Keine Medikamente |
| **Anruf14med0neu.** | (**Achtung**: Diese Frage steht nicht im Elternfragebogen sondern ist nur für uns!)<br>Welcher Medikamentenwirkstoff? | 1 Atomoxentin<br>2 Methylphenidat<br>3 Methylphenidat und Atomoxetin<br>4 Methylphenidat und Amphetamin<br>5 Amphetamin<br>6 Keine<br>7 Andere Psychopharmaka für ADHS (keine Nahrungsergänzungsmittel) |
| **anruf14med1.** | **[basq21a1]**<br>_____ | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| **anruf14med2.** | **[basq21a2]**<br>_____ | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| **anruf14med3.** | **[basq21a3]** | 0 gleiche Dosierung |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | |
|---|---|---|
| | _____ | 1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| **anruf14med4.** | **[basq21a4]** | 0 gleiche Dosierung<br>1 neue Dosierung<br>2 (weiterhin) abgesetzt<br>3 Neues Medikament |
| | _____ | |

***Anruf14med5****. Welche Medikamente nimmt das Kind aktuell in welcher Dosierung ein*
*(Achtung: anrufmed5 gibt es in der Datenbank nicht! Bitte genauen Itemnamen der untenstehenden Tabelle entnehmen!)*

*Bei abgesetzten Medikamenten, bitte bei jedem Item „0" eintragen.*

| Handelsname | Dosierung morgens | Dosierung mittags | Dosierung abends |
|---|---|---|---|
| [**basq21a1**] | [**anruf14med5a1a**] | [**anruf14med5a1b**] | [**anruf14med5a1c**] |
| [**basq21a2**] | [**anruf14med5a2a**] | [**anruf14med5a2b**] | [**anruf14med5a2c**] |
| [**basq21a3**] | [**anruf14med5a3a**] | [**anruf14med5a3b**] | [**anruf14med5a3c**] |
| [**basq21a4**] | [**anruf14med5a4a**] | [**anruf14med5a4b**] | [**anruf14med5a4c**] |

**Problemliste**

***Achtung: Die Reihenfolge der Probleme darf sich nicht ändern!***

| | | |
|---|---|---|
| **prob1.** | Problem 1, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob2.** | Problem 2, an dem Eltern arbeiten | _____ |
| **prob3.** | Problem 3, an dem Eltern arbeiten | _____ |

| | | gar nicht 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | sehr stark 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **prob141.** | Stärke von Problem 1 | | | | | | |
| **prob142.** | Stärke von Problem 2 | | | | | | |
| **prob143.** | Stärke von Problem 3 | | | | | | |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

## Heftdokumentation Elternheft 1

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend“ ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99“ angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef1q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 1 besprochen wurde | | | | |
| **hef1q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef1q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q02** | Finden Sie die Informationen/Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q03** | Konnten Sie die Fragebögen zu den Verhaltensproblemen des Kindes bearbeiten? (Arbeitsblatt 1 bis 4) | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q03a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q04** | Konnten Sie die Fragebögen zu Stärken und Schwächen der Familie bearbeiten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q04a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef1q05a** | Teil 1 einschließlich der Fragebögen zu den Verhaltensproblemen des Kindes wurden besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q05b** | Teil 2 einschließlich der Fragebögen zu Stärken und Schwächen der Familie wurden besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q05c** | Teil 3 „Der Teufelskreis“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q06** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene generell verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef1q07** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater durch das Gelesene verstanden, dass es wichtig ist, Verhaltensprobleme ihres Kindes differenziert zu betrachten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q08** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater durch das Gelesene verstanden, dass sich die verschiedenen Probleme in der Familie gegenseitig beeinflussen und im Zusammenhang stehen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q09** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/ Vater durch das Gelesene den Teufelskreis verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q10** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q11** | Wie gut hat die Mutter/Vater es geschafft, die Verhaltensprobleme genau und differenziert zu betrachten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef1q12** | Wie ausführlich konnte die Mutter/Vater die Probleme und Stärken der Familie, der Eltern und des Kindes beschreiben? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 2

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend“ ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99“ angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | |
|---|---|---|
| **hef2q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 2 besprochen wurde | |
| **hef2q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef2q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q02** | Finden Sie die Informationen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef2q03a** | Symptome von ADHS wurden besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q03b** | Mögliche Komorbidität bei ADHS wurde besprochen | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q03c** | Die weitere Entwicklung von Kindern mit ADHS wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q03d** | Ursachen von ADHS wurden besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q03e** | Behandlungsmöglichkeiten von ADHS wurden besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef2q04** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 3

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend“ ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99“ angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef3q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 3 besprochen wurde | | | | |
| **hef3q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef3q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef3q02** | Finden Sie die Ratschläge/Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q03** | Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q04** | Konnten Sie gut auf Positives bei Ihrem Kind achten? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q04b** | b) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q04a** | a) Haben Sie das Positiv-Tagebuch eingeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q05** | Konnten Sie Ihrem Kind gut zeigen, wenn Sie etwas gut an ihm fanden? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q05b** | b) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q05a** | a) Haben Sie die Memokarte 1 „Was mögen Sie an Ihrem Kind“ ausgefüllt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q06** | Haben Sie die Spaß & Spielzeit durchgeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q06b** | b) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q06a1** | a1)Hat die Spaß & Spielzeit Ihnen und Ihrem Kind Spaß gemacht? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q06a2** | a2) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 2 „Die Spaß & Spielzeit“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q07** | Haben die Ratschläge insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef3q08a** | Teil 1 „Was mögen Sie an Ihrem Kind?“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q08b** | Teil 2 „Die Spaß & Spielzeit“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q09** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef3q10** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass es wichtig ist, verstärkt auf Positives zu achten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q11** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater den Zweck der Spaß & Spielzeit verstanden (die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu stärken)? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q12** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q13** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, verstärkt auf Positives zu achten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q14** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, ihrem Kind zu zeigen, wenn sie etwas gut an ihm fand? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef3q15** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater die Spaß & Spielzeit durchführen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 4

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend“ ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99“ angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef4q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 4 besprochen wurde | | | | |
| **hef4q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef4q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q02** | Finden Sie die Ratschläge/Anregungen für | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | sich hilfreich? | | | | zutreffend |
| **hef4q03** | Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q04** | Haben Sie die Familienregeln aufgestellt und mit Ihrer Familie besprochen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q04a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q04b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 3 „Liste der Familienregeln“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q05** | Haben Sie wirkungsvolle Aufforderungen an Ihr Kind gestellt? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regel-mäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q05a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q05b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 4 „Geben Sie wirkungsvolle Aufforderungen“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q06** | Haben die Ratschläge insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q07** | Haben Sie die Ratschläge aus den vorherigen Elternheften beibehalten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef4q08a** | Teil 1 „Familienregeln“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q08b** | Teil 2 „Wirkungsvolle Aufforderungen“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q09** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q10** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass Kinder Regeln benötigen, um ihnen Struktur und | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Sicherheit zu geben? | | | | |
| **hef4q11** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, was eine wirkungsvolle Aufforderung ausmacht? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q12** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q13** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, Familienregeln aufzustellen und zu besprechen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef4q14** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, wirkungsvolle Aufforderungen zu stellen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 5

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend" ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99" angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef5q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 5 besprochen wurde | | | | |
| **hef5q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef5q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q02** | Finden Sie die Ratschläge/Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q03** | Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q04** | Haben Sie Ihr Kind gelobt? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef5q04a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q04b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 5 „Loben Sie Ihr Kind“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q05** | Haben Sie sich natürliche negative Konsequenzen für die Familienregeln überlegt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q05a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q05b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 3 „Sorgen Sie für klare Regeln“ aus Heft 4 bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q06** | Haben Sie natürliche negative Konsequenzen durchgeführt? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q06a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q06b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 6 „Setzen Sie natürliche Konsequenzen“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q07** | Haben die Ratschläge insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q08** | Haben Sie die Ratschläge aus den vorherigen Elternheften beibehalten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef5q09a** | Teil 1 „Loben“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q09b** | Teil 2 „Natürliche negative Konsequenzen“ wurde besprochen | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q10** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q11** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater es verstanden, dass es wichtig ist, ihr Kind häufig zu loben? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q12** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, was eine | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | natürliche negative Konsequenz ist? | | | | |
| **hef5q13** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umgesetzt? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q14** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, ihr Kind häufig zu loben? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q15** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, sich natürliche negative Konsequenzen für die Familienregeln zu überlegen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef5q16** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, natürliche negative Konsequenzen durchzuführen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 6

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend" ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99" angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef6q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 6 besprochen wurde | | | | |
| **hef6q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef6q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q02** | Finden Sie die Ratschläge/Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q03** | Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q04** | Sind Ihnen positive Eigenschaften, Stärken, Talente und Interessen an Ihrem Kind und seinen Aktivitäten aufgefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef6q04a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q04b** | b) Haben Sie hierzu auch das Arbeitsblatt 7 „Was mein Kind häufig macht und was daran positiv ist“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q05** | Haben Sie feste Medienzeiten eingeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q05a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q06** | Haben Sie Ihr Kind zu eigenen Beschäftigungen angeleitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q06a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q07** | Haben Sie die Integration Ihres Kindes in einen Verein oder unter Gleichaltrigen gefördert? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q07a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q08** | Haben Sie sich überlegt, wie Sie die Interessen, Stärken und Eigenschaften Ihres Kindes fördern können? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q08a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q08b** | b) Haben Sie hierzu auch die Memokarte 7 „Eigenschaften, Interessen und Stärken meines Kindes fördern“ bearbeitet? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q08c** | c) Haben Sie eine der Tätigkeiten von der Memokarte 7 schon durchgeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q09** | Haben die Ratschläge insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q10** | Haben Sie die Ratschläge aus den vorherigen Elternheften beibehalten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef6q11** | Die Stärken, positive Eigenschaften und Interessen des Kindes wurden besprochen | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q12** | Der Umgang mit Medien und die Einführung von Medienzeiten wurden | 0 = nein | 1 = | 2 = ja | 99 = nicht |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:l___l.l___l.l____l

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | besprochen. | | teilweise | | zutreffend |
| **hef6q13** | Die Anleitung des Kindes zu einer eigenen Beschäftigung wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q14** | Die Integration des Kindes in einen Verein und unter Gleichaltrigen wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q15** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q16** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater es verstanden, dass es wichtig ist, sich die Stärken, positiven Eigenschaften und Interessen des Kindes zu verdeutlichen und diese zu fördern? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q17** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass es wichtig ist, sich mit dem Umgang mit Medien zu befassen und feste Medienzeiten festzulegen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q18** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass es wichtig ist, ihr Kind zu einer eigenen Beschäftigung anzuleiten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q19** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass es wichtig ist, dass ihr Kind in einem Verein und unter Gleichaltrigen integriert ist? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q20** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q21** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, die Stärken, positive Eigenschaften und Interessen ihres Kindes zu identifizieren? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q22** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, Aktivitäten zu finden, die die positiven Eigenschaften, Stärken und Interessen des Kindes fördern? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef6q23** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/dem Vater gelungen, für das Kind einen sinnvollen Umgang mit Medien zu finden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q24** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/dem Vater gelungen, das Kind zu einer eigenen Beschäftigung anzuleiten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef6q25** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/dem Vater gelungen, das Kind in einen Verein und unter Gleichaltrigen zu integrieren? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 7

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend" ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99" angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef7q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 7 besprochen wurde | | | | |
| **hef7q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef7q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q02** | Finden Sie die Ratschläge/Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q03** | Wie oft haben Sie die Ratschläge umsetzen können? | 0 = nie | 1 = eher selten | 2 = häufig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q04** | Haben Sie Ihren aktuellen Wochenplan aufgeschrieben? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q04a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q04b** | b) Haben Sie hierzu auch das Arbeitsblatt 8 „Mein Wochenplan – aktuell" ausgefüllt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q05** | Haben Sie sich überlegt, was Sie an Ihrem | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Wochenplan ändern können? | | | | zutreffend |
| **hef7q05a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q05b** | b) Haben Sie hierzu auch das Arbeitsblatt 9 „Mein Wochenplan – wie er sein sollte“ ausgefüllt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q06** | Haben Sie sich Aktivitäten überlegt, die Sie gerne mal wieder machen möchten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q06a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q06b** | b) Haben Sie hierzu auch das Arbeitsblatt 10 „Liste positiver Aktivitäten“ ausgefüllt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q06c** | c) Haben Sie eine Aktivität von der Liste schon durchgeführt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q07** | Haben Sie den Wochenplan mit der ganzen Familie besprochen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q07a** | a) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q08** | Haben die Ratschläge insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q09** | Haben Sie die Ratschläge aus den vorherigen Elternheften beibehalten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef7q10** | Der „Tagesplan – aktuell“ wurde besprochen | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q11** | Der „Tagesplan – wie er sein sollte“ wurde besprochen | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q12** | Die „Liste positiver Aktivitäten“ wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q13** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **Hef7q14** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater es verstanden, dass es wichtig ist, für sich selber eine Auszeit zu nehmen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef7q15** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater verstanden, dass ein strukturierter Tagesablauf mit positiven und angenehmen Aktivitäten für Sie selber wichtig ist? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q16** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q17** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, den Wochenplan anzupassen und schwierige Phasen zu vereinfachen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q18** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, sich positive Aktivitäten zu überlegen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef7q19** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, eine positive Aktivität durchzuführen und sich dabei zu entspannen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

## Heftdokumentation Elternheft 8

**Achtung: Die „99=nicht zutreffend“ ist in der Access-Datenbank nicht immer vorhanden. Wenn „99“ angekreuzt wurde, bitte in der Datenbank das Item nicht ausfüllen!**

*Beurteilung während des Telefonats:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef8q00** | Nummer des Anrufs in dem Heft 8 besprochen wurde | | | | |
| **hef8q00a** | Wie viele Anrufe wurden benötigt, um das Heft zu besprechen? | | | | |
| **hef8q01** | Haben Sie das Gelesene gut verstanden? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q02** | Finden Sie die Anregungen für sich hilfreich? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef8q03** | Konnten Sie einen Belohnungsplan mit Ihrem Kind entwickeln? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q03a** | a) Welchen? | 0 Punkteplan | | 1 Wettkampf um lachende Gesichter | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q03b** | b) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q03c** | c) Bei Wettkampf um lachende Gesichter: Haben Sie die Verhaltensprobleme um die gespielt wird auf AB 9 „Wettkampf um lachende Gesichter – Spielregeln“ eingetragen?<br><br>Bei Punkteplan: Haben Sie das erwünschte Verhalten und die Anzahl der Punkte, die sich Ihr Kind verdienen kann in das AB 6 „Mein Punkte-Plan – Spielregeln“ eingetragen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q03d** | d) Haben Sie mit Ihrem Kind eine Liste mit Sonderbelohnungen angelegt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q04** | a) Konnten Sie den Belohnungsplan mit Ihrem Kind durchführen? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q04a** | b) Ist es Ihnen schwer gefallen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q04b** | c) Konnten Sie das Ergebnis des Belohnungssystems abends mit Ihrem Kind besprechen? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q04c** | d) Konnte das Kind die verdienten Punkte zeitnah eintauschen? | 0 = kaum | 1 = teilweise | 2 = regelmäßig | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q04d** | e) Hat das Belohnungssystem insgesamt positive Wirkungen erzielt? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q05** | Haben Sie die Ratschläge aus den vorherigen Elternheften beibehalten? | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |

*Beurteilung nach Telefonat:*

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **hef8q06** | Eine Art des Belohnungsplans (entweder Punkteplan oder Wettkampf um lachende Gesichter) wurde besprochen. | 0 = nein | 1 = teilweise | 2 = ja | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q07** | Wie hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q08** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater den Unterschied zwischen einem | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht |

amn01:_____ anm07:_____ anm08:I___I.I___I.I____I

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Punkte-Plan und dem Wettkampf um lachende Gesichter verstanden? | | | | zutreffend |
| **hef8q09** | Wie gut hat Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Prinzip eines Belohnungsplans verstanden? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q10** | Wie gut konnte Ihrer Meinung nach die Mutter/Vater das Gelesene insgesamt umsetzen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q11** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, ein Problemverhalten für den Belohnungsplan auszuwählen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q12** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, mit ihrem Kind die Spielregeln für einen Belohnungsplan zu erarbeiten? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |
| **hef8q13** | Wie gut ist es Ihrer Meinung nach der Mutter/Vater gelungen, den Belohnungsplan durchzuführen? | 0 = schlecht | 1 = mittel | 2 = gut | 99 = nicht zutreffend |

| Skala | Item Nr. | Item | | N | % | M | SD | Trenn-schärfe | α = .86 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Int_E (α=.81) | hef3q04 | Auf Positives beim Kind geachtet | | | | 1,75 | 0,54 | .39 | |
| | | | 0 | 9 | 5,2 | | | | |
| | | | 1 | 24 | 14 | | | | |
| | | | 2 | 138 | 80,2 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef3q04a | Positivtagebuch eingeführt | | | | 1,09 | 0,91 | .25 | |
| | | | 0 | 62 | 36 | | | | |
| | | | 1 | 30 | 17,4 | | | | |
| | | | 2 | 77 | 44,8 | | | | |
| | | | 99 | 3 | 1,7 | | | | |
| | hef3q05 | Positives Feedback an Kind | | | | 1,73 | 0,53 | .25 | |
| | | | 0 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | | 1 | 32 | 18,6 | | | | |
| | | | 2 | 133 | 77,3 | | | | |
| | | | 99 | 0 | 0 | | | | |
| | hef3q06 | Spiel- und Spaßzeit durchgeführt | | | | 1,34 | 0,75 | .45 | |
| | | | 0 | 29 | 16,9 | | | | |
| | | | 1 | 55 | 32 | | | | |
| | | | 2 | 87 | 50,6 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef4q04 | Familienregeln aufgestellt | | | | 1,68 | 0,60 | .39 | |
| | | | 0 | 12 | 7 | | | | |
| | | | 1 | 31 | 18 | | | | |
| | | | 2 | 128 | 74,4 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef4q05 | wirkungsvolle Aufforderungen gestellt | | | | 1,69 | 0,52 | .22 | |
| | | | 0 | 4 | 2,3 | | | | |
| | | | 1 | 44 | 25,6 | | | | |
| | | | 2 | 119 | 69,2 | | | | |
| | | | 99 | 5 | 2,9 | | | | |
| | hef5q04 | Kind gelobt | | | | 1,87 | 0,39 | .07 | |
| | | | 0 | 3 | 1,7 | | | | |
| | | | 1 | 17 | 9,9 | | | | |
| | | | 2 | 151 | 87,8 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef5q05 | negative Konsequenzen überlegt | | | | 1,67 | 0,60 | .25 | |
| | | | 0 | 12 | 7 | | | | |
| | | | 1 | 32 | 18,6 | | | | |

1

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 | 127 | 73,8 | | | |
| | | 99 | 1 | 0,6 | | | |
| hef5q06 | negative Konsequenzen durchgeführt | | | | 1,61 | 0,58 | .39 |
| | | 0 | 8 | 4,7 | | | |
| | | 1 | 50 | 29,1 | | | |
| | | 2 | 110 | 64 | | | |
| | | 99 | 4 | 2,3 | | | |
| hef6q04 | positive Eigenschaften bei Kind aufgefallen | | | | 1,92 | 0,29 | .41 |
| | | 0 | 1 | 0,6 | | | |
| | | 1 | 11 | 6,4 | | | |
| | | 2 | 154 | 89,5 | | | |
| | | 99 | 6 | 3,5 | | | |
| hef6q05 | feste Medienzeiten eingeführt | | | | 1,49 | 0,75 | .21 |
| | | 0 | 25 | 14,5 | | | |
| | | 1 | 33 | 19,2 | | | |
| | | 2 | 106 | 61,6 | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | |
| hef6q06 | Kind zur eigenen Beschäftigung angeleitet | | | | 1,74 | 0,52 | .05 |
| | | 0 | 6 | 3,5 | | | |
| | | 1 | 29 | 16,9 | | | |
| | | 2 | 124 | 72,1 | | | |
| | | 99 | 13 | 7,6 | | | |
| hef6q07 | Integration des Kindes in Verein gefördert | | | | 1,68 | 0,64 | .09 |
| | | 0 | 15 | 8,7 | | | |
| | | 1 | 22 | 12,8 | | | |
| | | 2 | 126 | 73,3 | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | |
| hef6q08 | positive Eingenschaften bei Kind gefördert | | | | 1,87 | 0,40 | .21 |
| | | 0 | 4 | 2,3 | | | |
| | | 1 | 13 | 7,6 | | | |
| | | 2 | 148 | 86 | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | |
| hef6q08c | Tätigkeiten von Memokarte 7 durchgeführt | | | | 1,32 | 0,85 | .24 |
| | | 0 | 38 | 22,1 | | | |
| | | 1 | 27 | 15,7 | | | |
| | | 2 | 87 | 50,6 | | | |
| | | 99 | 20 | 11,6 | | | |
| hef7q04 | aktuellen Wochenplan aufgeschrieben | | | | 1,23 | 0,93 | .40 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 56 | 32,6 | | | |
| | | 1 | 13 | 7,6 | | | |
| | | 2 | 93 | 54,1 | | | |
| | | 99 | 10 | 5,8 | | | |
| hef7q05 | Wochenplan verändert | | | | 1,52 | 0,70 | .22 |
| | | 0 | 19 | 11 | | | |
| | | 1 | 39 | 22,7 | | | |
| | | 2 | 104 | 60,5 | | | |
| | | 99 | 10 | 5,8 | | | |
| hef7q06 | positive Aktivitäten überlegt | | | | 1,85 | 0,45 | .24 |
| | | 0 | 6 | 3,5 | | | |
| | | 1 | 13 | 7,6 | | | |
| | | 2 | 144 | 83,7 | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | |
| hef7q06c | Aktivitäten schon durchgeführt | | | | 1,45 | 0,82 | .11 |
| | | 0 | 33 | 19,2 | | | |
| | | 1 | 21 | 12,2 | | | |
| | | 2 | 104 | 60,5 | | | |
| | | 99 | 14 | 8,1 | | | |
| hef7q07 | Wochenplan mit Familie besprochen | | | | 0,62 | 0,88 | .25 |
| | | 0 | 104 | 60,5 | | | |
| | | 1 | 14 | 8,1 | | | |
| | | 2 | 43 | 25 | | | |
| | | 99 | 11 | 6,4 | | | |
| hef8q03 | Belohnungsplan entwickelt | | | | 1,55 | 0,78 | .68 |
| | | 0 | 27 | 15,7 | | | |
| | | 1 | 9 | 5,2 | | | |
| | | 2 | 104 | 60,5 | | | |
| | | 99 | 32 | 18,6 | | | |
| hef8q03d | Liste mit Belohnungen mit Kind angelegt | | | | 1,50 | 0,84 | .64 |
| | | 0 | 30 | 17,4 | | | |
| | | 1 | 7 | 4,1 | | | |
| | | 2 | 98 | 57 | | | |
| | | 99 | 37 | 21,5 | | | |
| hef8q04 | Belohnungsplan durchgeführt | | | | 1,40 | 0,82 | .72 |
| | | 0 | 28 | 16,3 | | | |
| | | 1 | 22 | 12,8 | | | |
| | | 2 | 80 | 46,5 | | | |
| | | 99 | 42 | 24,4 | | | |
| hef8q04b | Ergebnisse Belohnungsplans mit Kind besprochen | | | | 1,19 | 0,92 | .66 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0 | 35 | 20,3 | | | |
| | | | 1 | 13 | 7,6 | | | |
| | | | 2 | 54 | 31,4 | | | |
| | | | 99 | 70 | 40,7 | | | |
| | hef8q04c | verdienten Punkte zeitnah eingetauscht | | | | 1,23 | 0,85 | .68 |
| | | | 0 | 34 | 19,8 | | | |
| | | | 1 | 28 | 16,3 | | | |
| | | | 2 | 63 | 36,6 | | | |
| | | | 99 | 47 | 27,3 | | | |

| *Skala* | *Item Nr.* | *Item* | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Trenn-schärfe* | *α= .86* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Int_B** | hef1q11 | Verhaltensprobleme differenziert betrachtet (B) | | | | 1,64 | 0,60 | .33 | |
| **(α=.84)** | | | 0 | 11 | 6,4 | | | | |
| | | | 1 | 39 | 22,7 | | | | |
| | | | 2 | 120 | 69,8 | | | | |
| | | | 99 | 2 | 1,2 | | | | |
| | hef1q12 | Probleme und Stärken beschrieben (B) | | | | 1,80 | 0,47 | .45 | |
| | | | 0 | 5 | 2,9 | | | | |
| | | | 1 | 22 | 12,8 | | | | |
| | | | 2 | 135 | 78,5 | | | | |
| | | | 99 | 10 | 5,8 | | | | |
| | hef3q13 | verstärkt aus Positives geachtet (B) | | | | 1,65 | 0,58 | .52 | |
| | | | 0 | 9 | 5,2 | | | | |
| | | | 1 | 42 | 24,4 | | | | |
| | | | 2 | 120 | 69,8 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef3q14 | Positves Feedback an Kind (B) | | | | 1,64 | 0,57 | .43 | |
| | | | 0 | 8 | 4,7 | | | | |
| | | | 1 | 46 | 26,7 | | | | |
| | | | 2 | 117 | 68 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef3q15 | Spiel- und Spaßzeit durchgeführt (B) | | | | 1,29 | 0,79 | .42 | |
| | | | 0 | 35 | 20,3 | | | | |
| | | | 1 | 50 | 29,1 | | | | |
| | | | 2 | 84 | 48,8 | | | | |
| | | | 99 | 3 | 1,7 | | | | |
| | hef4q13 | Familienregeln aufgestellt | | | | 1,62 | 0,64 | .45 | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 14 | 8,1 | | | |
| | | 1 | 36 | 20,9 | | | |
| | | 2 | 119 | 69,2 | | | |
| | | 99 | 3 | 1,7 | | | |
| hef4q14 | Wirkungsvolle Aufforderungen gestellt | | | | 1,58 | 0,55 | .20 |
| | | 0 | 5 | 2,9 | | | |
| | | 1 | 61 | 35,5 | | | |
| | | 2 | 102 | 59,3 | | | |
| | | 99 | 4 | 2,3 | | | |
| hef5q14 | Kind häufig gelobt | | | | 1,75 | 0,51 | .32 |
| | | 0 | 6 | 3,5 | | | |
| | | 1 | 30 | 17,4 | | | |
| | | 2 | 135 | 78,5 | | | |
| | | 99 | 1 | 0,6 | | | |
| hef5q15 | negative Konsequenzen überlegt | | | | 1,53 | 0,62 | .36 |
| | | 0 | 11 | 6,4 | | | |
| | | 1 | 59 | 34,3 | | | |
| | | 2 | 101 | 58,7 | | | |
| | | 99 | 1 | 0,6 | | | |
| hef5q16 | negative Konsequenzen durchgeführt | | | | 1,52 | 0,58 | .50 |
| | | 0 | 7 | 4,1 | | | |
| | | 1 | 67 | 39 | | | |
| | | 2 | 94 | 54,7 | | | |
| | | 99 | 4 | 2,3 | | | |
| hef6q21 | positive Eigenschaften bei Kind identifiziert | | | | 1,85 | 0,39 | .52 |
| | | 0 | 2 | 1,2 | | | |
| | | 1 | 21 | 12,2 | | | |
| | | 2 | 142 | 82,6 | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | |
| hef6q22 | positive Eigenschaften bei Kind gefördert | | | | 1,71 | 0,48 | .42 |
| | | 0 | 2 | 1,2 | | | |
| | | 1 | 44 | 25,6 | | | |
| | | 2 | 119 | 69,2 | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | |
| hef6q23 | feste Medienzeiten eingeführt | | | | 1,63 | 0,59 | .37 |
| | | 0 | 9 | 5,2 | | | |
| | | 1 | 42 | 24,4 | | | |
| | | 2 | 112 | 65,1 | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | |

5

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| hef6q24 | Kind zur eigenen Beschäftigung angeleitet | | | | 1,62 | 0,55 | .39 |
| | | 0 | 5 | 2,9 | | | |
| | | 1 | 49 | 28,5 | | | |
| | | 2 | 103 | 59,9 | | | |
| | | 99 | 15 | 8,7 | | | |
| hef6q25 | Integration des Kindes in Verein gefördert | | | | 1,57 | 0,62 | .34 |
| | | 0 | 11 | 6,4 | | | |
| | | 1 | 49 | 28,5 | | | |
| | | 2 | 105 | 61 | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | |
| hef7q17 | Wochenplan optimiert | | | | 1,41 | 0,73 | .40 |
| | | 0 | 22 | 12,8 | | | |
| | | 1 | 48 | 27,9 | | | |
| | | 2 | 86 | 50 | | | |
| | | 99 | 16 | 9,3 | | | |
| hef7q18 | positive Aktivitäten überlegt | | | | 1,79 | 0,44 | .34 |
| | | 0 | 2 | 1,2 | | | |
| | | 1 | 30 | 17,4 | | | |
| | | 2 | 132 | 76,7 | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | |
| hef7q19 | bei positiven Aktivitäten entspannt | | | | 1,65 | 0,62 | .22 |
| | | 0 | 14 | 8,1 | | | |
| | | 1 | 30 | 17,4 | | | |
| | | 2 | 120 | 69,8 | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | |
| hef8q11 | Problemverhalten für Plan ausgewählt | | | | 1,39 | 0,81 | .55 |
| | | 0 | 28 | 16,3 | | | |
| | | 1 | 28 | 16,3 | | | |
| | | 2 | 82 | 47,7 | | | |
| | | 99 | 34 | 19,8 | | | |
| hef8q12 | Spielregeln für Belohnungsplan mit Kind erarbeitet | | | | 1,36 | 0,82 | .51 |
| | | 0 | 28 | 16,3 | | | |
| | | 1 | 27 | 15,7 | | | |
| | | 2 | 75 | 43,6 | | | |
| | | 99 | 42 | 24,4 | | | |
| hef8q13 | Belohnungsplan durchgeführt | | | | 1,20 | 0,81 | .55 |
| | | 0 | 31 | 18 | | | |
| | | 1 | 40 | 23,3 | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2 | 57 | 33,1 | | | | |
| | | | 99 | 44 | 25,6 | | | | |

| *Skala* | *Item Nr.* | *Item* | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Trenn-schärfe* | *α= .86* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rat_B (α=.74)** | hef1q10 | Umsetzung Gelesenes EH1 | | | | 1,63 | 0,50 | .40 | |
| | | | 0 | 1 | 0,6 | | | | |
| | | | 1 | 52 | 30,2 | | | | |
| | | | 2 | 93 | 54,1 | | | | |
| | | | 99 | 26 | 15,1 | | | | |
| | hef3q12 | Umsetzung Gelesenes EH3 | | | | 1,46 | 0,62 | .56 | |
| | | | 0 | 11 | 6,4 | | | | |
| | | | 1 | 69 | 40,1 | | | | |
| | | | 2 | 89 | 51,7 | | | | |
| | | | 99 | 3 | 1,7 | | | | |
| | hef4q12 | Umsetzung Gelesenes EH4 | | | | 1,51 | 0,58 | .52 | |
| | | | 0 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | | 1 | 70 | 40,7 | | | | |
| | | | 2 | 94 | 54,7 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef5q13 | Umsetzung Gelesenes EH5 | | | | 1,56 | 0,55 | .55 | |
| | | | 0 | 5 | 2,9 | | | | |
| | | | 1 | 65 | 37,8 | | | | |
| | | | 2 | 101 | 58,6 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef6q20 | Umsetzung Gelesenes EH6 | | | | 1,63 | 0,54 | .43 | |
| | | | 0 | 5 | 2,9 | | | | |
| | | | 1 | 51 | 29,7 | | | | |
| | | | 2 | 108 | 62,8 | | | | |
| | | | 99 | 8 | 4,7 | | | | |
| | hef7q16 | Umsetzung Gelesenes EH7 | | | | 1,58 | 0,59 | .30 | |
| | | | 0 | 8 | 4,7 | | | | |
| | | | 1 | 53 | 30,8 | | | | |
| | | | 2 | 103 | 59,9 | | | | |
| | | | 99 | 8 | 4,7 | | | | |
| | hef8q10 | Umsetzung Gelesenes EH8 | | | | 1,41 | 0,66 | .43 | |
| | | | 0 | 11 | 6,4 | | | | |
| | | | 1 | 46 | 26,7 | | | | |
| | | | 2 | 58 | 33,7 | | | | |
| | | | 99 | 57 | 33,1 | | | | |

| Skala | Item Nr. | Item | | N | % | M | SD | Trenn-schärfe | α = .86 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rat_E** | hef3q03 | Ratschläge aus EH 3 umgesetzt | | | | 1,64 | 0,55 | .33 | |
| **(α=.73)** | | | 0 | 6 | 3,5 | | | | |
| | | | 1 | 49 | 28,5 | | | | |
| | | | 2 | 115 | 66,9 | | | | |
| | | | 99 | 2 | 1,2 | | | | |
| | hef4q03 | Ratschläge aus EH 4 umgesetzt | | | | 1,74 | 0,48 | .23 | |
| | | | 0 | 3 | 1,7 | | | | |
| | | | 1 | 39 | 22,7 | | | | |
| | | | 2 | 129 | 75 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef4q07 | vorherigen Ratschläge in EH 4 beibehalten | | | | 1,72 | 0,53 | .62 | |
| | | | 0 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | | 1 | 33 | 19,2 | | | | |
| | | | 2 | 129 | 75 | | | | |
| | | | 99 | 3 | 1,7 | | | | |
| | hef5q03 | Ratschläge aus EH 5 umgesetzt | | | | 1,79 | 0,41 | .31 | |
| | | | 0 | 0 | 0 | | | | |
| | | | 1 | 35 | 20,3 | | | | |
| | | | 2 | 135 | 78,5 | | | | |
| | | | 99 | 2 | 1,2 | | | | |
| | hef5q08 | vorherigen Ratschläge in EH 5 beibehalten | | | | 1,77 | 0,44 | .57 | |
| | | | 0 | 1 | 0,6 | | | | |
| | | | 1 | 37 | 21,5 | | | | |
| | | | 2 | 133 | 77,3 | | | | |
| | | | 99 | 1 | 0,6 | | | | |
| | hef6q03 | Ratschläge aus EH 6 umgesetzt | | | | 1,76 | 0,43 | .27 | |
| | | | 0 | 0 | 0 | | | | |
| | | | 1 | 39 | 22,7 | | | | |
| | | | 2 | 123 | 71,5 | | | | |
| | | | 99 | 10 | 5,8 | | | | |
| | hef6q10 | vorherigen Ratschläge in EH 6 beibehalten | | | | 1,76 | 0,47 | .47 | |
| | | | 0 | 3 | 1,7 | | | | |
| | | | 1 | 33 | 19,2 | | | | |
| | | | 2 | 129 | 75 | | | | |
| | | | 99 | 7 | 4,1 | | | | |
| | hef7q03 | Ratschläge aus EH 7 umgesetzt | | | | 1,61 | 0,55 | .31 | |
| | | | 0 | 5 | 2,9 | | | | |
| | | | 1 | 53 | 30,8 | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 2 | 104 | 60,5 | | | |
| | | | 99 | 10 | 5,8 | | | |
| | hef7q09 | vorherigen Ratschläge in EH76 beibehalten | | | | 1,72 | 0,48 | .43 |
| | | | 0 | 2 | 1,2 | | | |
| | | | 1 | 41 | 23,8 | | | |
| | | | 2 | 120 | 69,8 | | | |
| | | | 99 | 9 | 5,2 | | | |
| | hef8q05 | Ratschläge aus EH 8 umgesetzt | | | | 1,72 | 0,50 | .36 |
| | | | 0 | 3 | 1,7 | | | |
| | | | 1 | 34 | 19,8 | | | |
| | | | 2 | 104 | 60,5 | | | |
| | | | 99 | 31 | 18 | | | |

| *Skala* | *Item Nr.* | *Item* | | *N* | *%* | *M* | *SD* | *Trenn-schärfe* | *α= .93* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mem_E (α=.86)** | hef3q05a | Memokarte 1 bearbeitet | | | | | | | |
| | | | 0 | 110 | 64 | 0,57 | 0,84 | -.07 | |
| | | | 1 | 19 | 11 | | | | |
| | | | 2 | 38 | 22,1 | | | | |
| | | | 99 | 5 | 2,9 | | | | |
| | hef3q06a2 | Memokarte 2 bearbeitet | | | | 0,92 | 0,97 | .54 | |
| | | | 0 | 82 | 47,7 | | | | |
| | | | 1 | 8 | 4,7 | | | | |
| | | | 2 | 69 | 40,1 | | | | |
| | | | 99 | 13 | 7,6 | | | | |
| | hef4q04b | Memokarte 3 bearbeitet | | | | 1,61 | 0,78 | .67 | |
| | | | 0 | 31 | 18 | | | | |
| | | | 1 | 4 | 2,3 | | | | |
| | | | 2 | 134 | 77,9 | | | | |
| | | | 99 | 3 | 1,7 | | | | |
| | hef4q05b | Memokarte 4 bearbeitet | | | | 1,22 | 0,96 | .59 | |
| | | | 0 | 58 | 33,7 | | | | |
| | | | 1 | 7 | 4,1 | | | | |
| | | | 2 | 93 | 54,1 | | | | |
| | | | 99 | 14 | 8,1 | | | | |
| | hef5q04b | Memokarte 5 bearbeitet | | | | 1,28 | 0,94 | .67 | |
| | | | 0 | 52 | 30,2 | | | | |
| | | | 1 | 6 | 3,5 | | | | |
| | | | 2 | 94 | 54,7 | | | | |
| | | | 99 | 20 | 11,6 | | | | |
| | hef5q05b | Memokarte 3 bearbeitet | | | | 1,41 | 0,88 | .72 | |
| | | | 0 | 43 | 25 | | | | |
| | | | 1 | 10 | 5,8 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 | 110 | 64 | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | |
| hef5q06b | Memokarte 6 bearbeitet | | | | 1,31 | 0,91 | .68 |
| | | 0 | 47 | 27,3 | | | |
| | | 1 | 12 | 7 | | | |
| | | 2 | 95 | 55,2 | | | |
| | | 99 | 18 | 10,5 | | | |
| hef6q04b | Arbeitsblatt 7 bearbeitet | | | | 1,65 | 0,73 | .48 |
| | | 0 | 25 | 14,5 | | | |
| | | 1 | 8 | 4,7 | | | |
| | | 2 | 133 | 77,3 | | | |
| | | 99 | 6 | 3,5 | | | |
| hef6q08b | Memokarte 7 bearbeitet | | | | 1,60 | 0,79 | .43 |
| | | 0 | 31 | 18 | | | |
| | | 1 | 3 | 1,7 | | | |
| | | 2 | 130 | 75,6 | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | |
| hef7q04b | Arbeitsblatt 8 bearbeitet | | | | 1,17 | 0,95 | .64 |
| | | 0 | 61 | 35,5 | | | |
| | | 1 | 13 | 7,6 | | | |
| | | 2 | 89 | 51,7 | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | |
| hef7q05b | Arbeitsblatt 9 bearbeitet | | | | 0,78 | 0,93 | .56 |
| | | 0 | 91 | 52,9 | | | |
| | | 1 | 14 | 8,1 | | | |
| | | 2 | 56 | 32,6 | | | |
| | | 99 | 11 | 6,4 | | | |
| hef7q06b | Arbeitsblatt 10 bearbeitet | | | | 1,60 | 0,77 | .57 |
| | | 0 | 29 | 16,9 | | | |
| | | 1 | 7 | 4,1 | | | |
| | | 2 | 128 | 74,4 | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | |
| hef8q03c | Probleme von Arbeitsblatt 09 eingetragen | | | | 1,44 | 0,89 | .35 |
| | | 0 | 35 | 20,3 | | | |
| | | 1 | 4 | 2,3 | | | |
| | | 2 | 92 | 53,5 | | | |
| | | 99 | 41 | 23,8 | | | |

| Item | | | N | % | M | SD | min | max | Trenn-schärfe | α = 0,936 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Qualität des Programms | | | | 5,99 | 0,96 | 3 | 7 | .673 | |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 3 | 1 | 0,6 | | | | | | |
| | | 4 | 7 | 4,1 | | | | | | |
| | | 5 | 49 | 28,5 | | | | | | |
| | | 6 | 44 | 25,6 | | | | | | |
| | | 7 | 64 | 37,2 | | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | | |
| 2 | Hilfe erhalten wie erwartet | | | | 5,82 | 1,10 | 3 | 7 | .837 | |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 3 | 6 | 3,5 | | | | | | |
| | | 4 | 9 | 5,2 | | | | | | |
| | | 5 | 52 | 30,2 | | | | | | |
| | | 6 | 39 | 22,7 | | | | | | |
| | | 7 | 58 | 33,7 | | | | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | | | | |
| 3 | Programm passend für Bedürfnisse des KIndes | | | | 5,55 | 1,14 | 2 | 7 | .760 | |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 2 | 1 | 0,6 | | | | | | |
| | | 3 | 5 | 2,9 | | | | | | |
| | | 4 | 17 | 9,9 | | | | | | |
| | | 5 | 70 | 40,7 | | | | | | |
| | | 6 | 23 | 13,4 | | | | | | |
| | | 7 | 49 | 28,5 | | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | | |
| 4 | Programm passend für Bedürfnisse der Eltern | | | | 5,57 | 1,15 | 3 | 7 | .794 | |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 3 | 8 | 4,7 | | | | | | |
| | | 4 | 16 | 9,3 | | | | | | |
| | | 5 | 63 | 36,6 | | | | | | |
| | | 6 | 29 | 16,9 | | | | | | |
| | | 7 | 48 | 27,9 | | | | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | | | | |
| 5 | Umfang der Hilestellung | | | | 6,08 | 1,00 | 4 | 7 | .779 | |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 3 | 0 | 0 | | | | | | |
| | | 4 | 11 | 6,4 | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 5 | 42 | 24,4 | | | | | |
| | | 6 | 34 | 19,8 | | | | | |
| | | 7 | 78 | 45,3 | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | |
| 6 | Programm hilfreich für Umgang mit dem Verhalten des Kindes | | | | 6,07 | 1,00 | 2 | 7 | .835 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 2 | 1 | 0,6 | | | | | |
| | | 3 | 2 | 1,2 | | | | | |
| | | 4 | 4 | 2,3 | | | | | |
| | | 5 | 38 | 22,1 | | | | | |
| | | 6 | 51 | 29,7 | | | | | |
| | | 7 | 67 | 39 | | | | | |
| | | 99 | 9 | 5,2 | | | | | |
| 7 | Programm hilfreich für Umgang mit Problemen in der Familie | | | | 5,85 | 1,04 | 2 | 7 | .806 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 2 | 1 | 0,6 | | | | | |
| | | 3 | 4 | 2,3 | | | | | |
| | | 4 | 7 | 4,1 | | | | | |
| | | 5 | 47 | 27,3 | | | | | |
| | | 6 | 53 | 30,8 | | | | | |
| | | 7 | 53 | 30,8 | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | |
| 8 | Verbesserung der Beziehung zum Partner | | | | 4,16 | 1,65 | Null | 7 | .477 |
| | | 0 | 4 | 2,3 | | | | | |
| | | 1 | 7 | 4,1 | | | | | |
| | | 2 | 4 | 2,3 | | | | | |
| | | 3 | 35 | 20,3 | | | | | |
| | | 4 | 34 | 19,8 | | | | | |
| | | 5 | 31 | 18 | | | | | |
| | | 6 | 15 | 8,7 | | | | | |
| | | 7 | 14 | 8,1 | | | | | |
| | | 99 | 28 | 16,3 | | | | | |
| 9 | Zufriedenheit mit dem Programm Allgemein | | | | 6,15 | 0.94 | 4 | 7 | .793 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 3 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 4 | 7 | 4,1 | | | | | |
| | | 5 | 41 | 23,8 | | | | | |
| | | 6 | 37 | 21,5 | | | | | |
| | | 7 | 80 | 46,5 | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | Bei erneutem Hilfebedarf, erneute Inanspruchnahme | | | | 6,08 | 1,20 | 1 | 7 | .700 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 1 | 0,6 | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 3 | 3 | 1,7 | | | | | |
| | | 4 | 11 | 6,4 | | | | | |
| | | 5 | 42 | 24,4 | | | | | |
| | | 6 | 17 | 9,9 | | | | | |
| | | 7 | 91 | 52,9 | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | |
| 11 | Erziehungsstrategien auch für andere Familienmitglieder anwendbar | | | | 5,69 | 1,50 | 1 | 7 | .659 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 5 | 2,9 | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 3 | 7 | 4,1 | | | | | |
| | | 4 | 17 | 9,9 | | | | | |
| | | 5 | 38 | 22,1 | | | | | |
| | | 6 | 27 | 15,7 | | | | | |
| | | 7 | 68 | 39,5 | | | | | |
| | | 99 | 10 | 5,8 | | | | | |
| 12 | Verhalten des Kindes derzeit | | | | 5,79 | 1,04 | 2 | 7 | .694 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 2 | 1 | 0,6 | | | | | |
| | | 3 | 4 | 2,3 | | | | | |
| | | 4 | 15 | 8,7 | | | | | |
| | | 5 | 30 | 17,4 | | | | | |
| | | 6 | 74 | 43 | | | | | |
| | | 7 | 41 | 23,8 | | | | | |
| | | 99 | 7 | 4,1 | | | | | |
| 13 | Aktuelle Fortschritte des Kindes | | | | 5,57 | 1,18 | 1 | 7 | .640 |
| | | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 1 | 1 | 0,6 | | | | | |
| | | 2 | 0 | 0 | | | | | |
| | | 3 | 9 | 5,2 | | | | | |
| | | 4 | 15 | 8,7 | | | | | |
| | | 5 | 49 | 28,5 | | | | | |
| | | 6 | 49 | 28,5 | | | | | |
| | | 7 | 41 | 23,8 | | | | | |
| | | 99 | 8 | 4,7 | | | | | |

# KAPITEL 10

# Lebenslauf

**Persönliche Daten**

| | |
|---|---|
| Name: | Nicole Benien |
| Anschrift: | Lerchenweg 11<br>41569 Rommerskirchen |
| Geburstag: | 28.05.1983 |

**Schulbildung**

| | |
|---|---|
| 08/1993–06/1999 | Realschule am Sportpark Dormagen |
| 08/1999–06/2002 | Nobert-Gymnasium Knechtsteden |

**Studium und berufliche Weiterbildung**

| | |
|---|---|
| 04/2003–03/2006 | Studium der Sozialarbeit an der FH Köln<br>Abschluss: Dipl. Sozialarbeiterin<br>Note: sehr gut |
| 06/2005–08/2009 | Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin, Netzwerk für Familientherapie und Beratung, Neuss / Rheinische Geselschaft für systemische Therapie, Viersen |

| | |
|---|---|
| 04/2009–bis dato | Ausbildung zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin, AKiP Köln |

**Berufserfahrung**

| | |
|---|---|
| 04/2006–02/2013 | Sozialarbeiterin im Allgemeinen Sozialen Dienst beim Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Köln |
| 03/2010–bis dato | Therapeutin in der Gemeinschaftspraxis Peteler für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Neuss |
| 11/2010–09/2012 | Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Rahmen der ADHS-Forschungsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln |
| 03/2013–bis dato | Sozialarbeiterin in der Abteilung Ausbildung, Fortbildung und Supervision beim Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Köln |