



Implementierung und Evaluation einer bedarfsgerechten, gemeindenahen
Hilfeprozess-Koordination für Kinder und Jugendliche nach Missbrauch,
Misshandlung oder Vernachlässigung

Interventionsmanual „Die Case-Managerin/ Der Case-Manager im Einsatz“



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

© Arbeitsgruppe CANMANAGE KJP Ulm, 2012

Dieses Dokument und dessen Inhalte sind urheberrechtlich geschützt und dürfen ohne schriftliche Genehmigung und Zustimmung der Arbeitsgruppe CANMANAGE KJP Ulm auch nicht in Auszügen kopiert oder vervielfältigt werden.

Ganser, H. G. ¹, Fegert, J. M. ¹, Eberle-Sejari, R.², Münzer, A. ¹, Rosner, R.² Seitz, D. C. M. ¹, Witt, A. ¹ & Goldbeck, L. ¹

¹Universitätsklinikum Ulm, Abteilung Kinder und
Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

²Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Ziele des Einsatzes von Case-Managerinnen/ Case-Managern in der Praxis	4
Für wen ist dieses Manual entwickelt worden? Wer kann als Case-Managerin/ Case-Manager aktiv werden?.....	5
Case-Management an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	6
Schwierigkeiten bei der Vermittlung in ein Therapieangebot	7
Was ist evidenzbasierte Therapie?	8
Kompetenzen und Handlungsrahmen der Case-Managerinnen/ Case-Manager	9
Institutionelle Einbettung der Case-Managerin/ des Case-Managers	11
Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem	11
Handlungsschritte des Case-Managers.....	13
Eingangskontakt/Beratung (Schritte 1-15)	15
Allgemeine Hinweise	15
Schritt für Schritt: Ablauf des ersten Beratungsgespräches.....	16
Schritt 1: Case-Management anbieten.....	17
Orientierende Befragung zum psychischen Befinden	18
Schritt 2: Orientierende Befragung zu psych. Befinden durchführen.....	18
Auswertung, Interpretation und Rückmeldung der Ergebnisse.....	18
Schritt 3: Auswertung.....	18
Schritt 4: Anerkennung und Lob aussprechen.	21
Schritt 5: Chance auf Stärke betonen.	22

Schritt 6: Ergebnisse rückmelden.....	22
Barrieren gegenüber einer Therapie identifizieren	22
Schritt 7: Vorerfahrungen explorieren.....	23
Schritt 8: Identifikation von Barrieren.....	23
Problemlösestrategie entwickeln.....	24
Schritt 9: Sammlung von Lösungsansätzen.....	24
Schritt 10: Lösungsbewertung.....	24
Schritt 11: Auswahl tauglicher Lösungen.....	25
Problemlösungsplan vereinbaren.....	25
Schritt 12: Vereinbarung schließen.....	25
Schritt 13: Ausblick auf die nächsten Schritte.....	25
Schritt 14: Zustimmung der Sorgeberechtigten.....	25
Schritt 15: Schweigepflichtsentbindung.....	26
Vermittlung zur klinischen Einrichtung (Schritte 16-20)	26
Schritt 16: Auswahl einer geeigneten klinischen Einrichtung.....	27
Schritt 17: Anmeldungsmodus ermitteln.....	28
Schritt 18: Kontakt des Kindes/Jugendlichen mit der klinischen Einrichtung herstellen.....	28
Schritt 19: Vorstellung / Untersuchung des Kindes/Jugendlichen in der klinischen Einrichtung	29
Schritt 20: Gemeinsame Therapie- und Hilfeplanung	29
Therapiebegleitung	31
Ergebnis- und Prozessevaluation	33
Anhang	34

Einleitung

Ziele des Einsatzes von Case-Managerinnen/ Case-Managern in der Praxis

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager im CANMANAGE-Programm ist eine Beraterin/ ein Berater mit spezifischer Expertise und Lotsenfunktion, welcher von Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung oder häuslicher Gewalt und damit assoziierten psychischen Störungen betroffene Kinder und Jugendliche und ihre nicht misshandelnden Bezugspersonen darin unterstützt, einen Therapiebedarf zu erkennen, eine geeignete Therapie zu finden und diese auch wahrzunehmen. Dabei ist die Therapie als Ergänzung zu den bestehenden Hilfen im Kinder- und Jugendhilfesystem, in Kindertagesstätte oder Schule, oder Anlauf- und Beratungsstellen zu sehen.

Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen können lebenslange gesundheitliche Folgen und psychische Probleme nach sich ziehen. Prototypisch ist hier die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu nennen. Posttraumatische Stresssymptome können bereits im Kindesalter auftreten. Aber auch vielfältige andere psychische Symptome wie z.B. Depressionen oder Suchterkrankungen werden nach interpersonellen Traumata in der Kindheit vermehrt beobachtet. Unbehandelte Traumafolgestörungen beeinträchtigen die weitere psychosoziale Entwicklung und die Lebensqualität der Betroffenen bis ins Erwachsenenalter. Zudem konnte bei misshandelten oder missbrauchten Kindern ein hohes Risiko für Reviktimisierungen festgestellt werden, so dass eine Anhäufung von ungünstigen Effekten auf die psychische Gesundheit und die psychosoziale Entwicklung entstehen kann. Misshandelte, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder und Jugendliche sind also eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Störungen und langfristiger psychosozialer Beeinträchtigungen.

Für Missbrauchs- und Misshandlungsoffer liegen inzwischen wirksame Interventionsprogramme vor, die bisher jedoch unzureichend in die Versorgungspraxis implementiert sind. Manche Kinder bekommen Therapien, die nicht nachweislich wirksam sind. Daher wurde das vorliegende Interventionsprogramm entwickelt. Es ist darauf ausgerichtet, Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsoffer frühzeitig auf ihren psychischen Gesundheitszustand und einen etwaigen Therapiebedarf zu überprüfen und ggf. die möglichst unverzügliche Inanspruchnahme einer passgenauen Therapie zu erleichtern und sicherzustellen. Ist die Case-Managerin/ der Case-Manager in

seiner Arbeit erfolgreich, finden mehr Kinder mit Misshandlungsvorgeschichte und Traumafolgestörungen den Weg in eine Therapie, so dass die negativen Folgen der belastenden Lebenserfahrungen für das psychische Befinden und für die weitere psychosoziale Entwicklung gemildert und nach Möglichkeit überwunden werden können. Im Idealfall können optimal therapeutisch versorgte Kinder und Jugendliche nach einer Bewältigung ihrer Misshandlung oder Vernachlässigung mit ihren belastenden Lebenserfahrungen abschließen bzw. diese in ihre Lebensgeschichte integrieren, so dass sie sie nicht mehr dauerhaft als belastend erleben und gestärkt ihren weiteren Lebensweg gehen.

Für wen ist dieses Manual entwickelt worden? Wer kann als Case-Managerin/ Case-Manager aktiv werden?

Als Case-Managerin/ Case-Manager kann tätig werden, wer im Rahmen einer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit mit Kindern mit Misshandlungs-, Vernachlässigungs- oder Missbrauchsvorgeschichte in Kontakt steht. Folglich ist dieses Manual in erster Linie vor allem für Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter der Kommunalen Jugendämter (ASD, Kinderschutz-Fachdienste, Pflegekinderdienste), Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (stationäre Jugendhilfe, Tagesgruppen, SPFH) sowie aus Beratungs- und Anlaufstellen (EB, Familienberatung, Kinderschutzstellen, Frauenhäusern, Opferberatung), Kinderschutzzentren sowie Schulen und Kindertagesstätten (mit ihren Fachdiensten, Schulsozialarbeiterinnen/ Schulsozialarbeiter, schulpsychologische Dienste etc.) geeignet.

Im Besonderen ist hier die insoweit erfahrene Fachkraft nach §8a SGB VIII zu erwähnen, die bereits jetzt bei Trägern und Einrichtungen, welche Leistungen nach dem KJHG erbringen, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos bzw. der Gefährdung eines Kindes hinzugezogen wird. Eine gesetzlich vorgesehene Aufgabe der insoweit erfahrenen Fachkraft besteht darin, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt zu informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden. Insoweit erfahrene Fachkräfte führen also häufig schon Case-Management durch, beraten jedoch eher Institutionen und weniger die Betroffenen selber. Aufgrund ihrer bereits bestehenden Netzwerkerfahrung wären insoweit erfahrene Fachkräfte ideale Case-Managerinnen/ Case-Manager. Zusätzlich zum Vernetzungswissen der insoweit erfahrenen Fachkraft erfolgt durch die CANMANAGE Case-Managerin/ den Case-Manager eine fallspezifische Abklärung, nicht nur der Schutzbedürfnisse und möglicher Unterbringungsfragen,

bzw. anderer Hilfebedarf, sondern eine spezifische fachlich fundierte Kurzevaluation des Therapiebedarfs.

Case-Management an der Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Es gibt mehrere gesetzlich definierte Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP), die auch für misshandelte, missbrauchte oder vernachlässigte Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen von Bedeutung sind. Im §35a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) ist eine interdisziplinäre Kooperation zwischen den genannten Hilfesystemen im Rahmen der Hilfeplanung und -leistung gesetzlich verankert. Kinder und Jugendliche, deren Teilhabe an der Gesellschaft aufgrund psychischer Störungen beeinträchtigt ist, haben Anspruch auf Eingliederungshilfen. Im Rahmen der Feststellung eines Rechtsanspruchs auf Eingliederungshilfe wegen (drohender) seelischer Behinderung, stellen Ärztinnen/Ärzte und Psychologinnen/ Psychologen (vorrangig Fachärztinnen/ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ -therapeuten, sowie Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten) das Vorliegen einer psychischen Störung nach der in Deutschland gültigen Fassung der internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation ICD-10 fest und schätzen aus ihrer fachlichen Sicht die Chronizität der Belastung (Sechsmonatskriterium) und gegebenenfalls die Prognose (insbesondere bei drohender Behinderung nach einer akuten Belastung) ein. Die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung und die Planung von Eingliederungshilfen liegen hingegen in der Zuständigkeit des Jugendamtes, das hierbei fachlichen Rat bei Ärztinnen/ Ärzten und Therapeutinnen/ Therapeuten einholen sollte. Ein gemeinsam zwischen den Hilfesystemen konsentierter Hilfe- und Therapieplan (entsprechend dem üblichen Vorgehen bei der Hilfeplanung bei drohender seelischer Behinderung nach § 36 KJHG) unter Federführung des Jugendamts ist sinnvoll. Eine weitere Schnittstelle zwischen der KJH und der KJPP ergibt sich bei Kinderschutzmaßnahmen, die im §8a KJHG und im neuen Bundeskinderschutzgesetz gesetzlich normiert wurden (vgl. zum Bundeskinderschutzgesetz die im Internet frei zugängliche Kommentierung aus dem Wiesener Kommentar <http://rsw.beck.de/cms/?toc=WiesnerSGB.20&docid=330469>). Grundlegend ist auch hier die Erkenntnis, dass Beiträge aus beiden Hilfesystemen bzw. Disziplinen (KJH und KJPP) zur Sicherstellung des Kindeswohls erforderlich sein können und hierbei eine gute Vernetzung und Kooperation unabdinglich ist.

Im Rahmen von Modellprogrammen wie z.B. der Ulmer Heimkinderstudie oder einem ebenfalls vom Universitätsklinikum Ulm durchgeführten Modellprogramm für die Versorgung traumatisierter Pflegekinder wurde die systematische Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen mit klinischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen standardisiert und positiv evaluiert. Allerdings fehlt vielerorts noch eine systematische und proaktive Zusammenarbeit der KJH mit der KJPP. Das hier vorgestellte Case-Management-Konzept soll diese Zusammenarbeit zum Wohle von Risikokindern und -jugendlichen optimieren und Hindernisse an der Schnittstelle zwischen den Hilfesystemen im Rahmen einer strukturierten Einzelfallbetreuung überwinden helfen.

Schwierigkeiten bei der Vermittlung in ein Therapieangebot

Derzeit herrscht eine psychiatrische und psychotherapeutische Unterversorgung von minderjährigen Misshandlungsoffern, die mit dem erhöhten Versorgungsbedarf dieser Hochrisikogruppe kontrastiert. Gründe für die zu geringe Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sind u.a. die fehlende Wahrnehmung des Therapiebedarfs bei den erwachsenen Bezugspersonen, eine zu späte Identifikation von Anzeichen psychischer Belastungen, fehlende Kenntnis von Therapiemöglichkeiten auf Seiten der Betroffenen und des KJH-Systems, oder zu hohe Barrieren bei der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen.

Unwissenheit der Betroffenen bezüglich der Möglichkeiten und Methoden kinder- und jugendpsychiatrischer oder -psychotherapeutischer Behandlung verhindern gelegentlich, dass klinische Einrichtungen aufgesucht werden. Bezugspersonen des Misshandlungsoffers vermeiden bisweilen die Inanspruchnahme von Therapien, weil sie nicht an ihre Schuld und Mitverantwortung erinnert werden wollen oder weil sie Angst vor Bestrafung oder vor dem Verlust ihres Kindes haben, wenn im Rahmen einer Therapie weitere das Kind belastende Ereignisse aufgedeckt und besprochen werden. Vielfach fehlt es an zeitlichen, persönlichen und finanziellen Ressourcen, die für das regelmäßige Aufsuchen einer Therapie erforderlich sind. Kinder und Jugendliche verweigern unter Umständen eine Therapieteilnahme aus Gründen der befürchteten Stigmatisierung und auch aus Gründen einer wahrgenommenen Bevormundung durch erwachsene Bezugspersonen. Hinzu kommt, dass selbst bei vorliegender Therapiemotivation mangelnde Therapieplätze und lange Wartezeiten für Frustration sorgen und den Therapiebeginn verzögern können. Darüber hinaus ist nicht jede Klinik und jede Therapeutin/ jeder Therapeut auf die Behandlung vernachlässigter, misshandelter oder missbrauchter Kinder vorbereitet.

Die Aufgabe der Case-Managerin/ des Case-Managers ist nun, in Zusammenarbeit mit dem von Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung betroffenen Minderjährigen und dessen familiärem und sozialem Umfeld etwaige Hindernisse auf dem Weg zur Therapie zu identifizieren und eine Überwindung dieser Hindernisse zu erleichtern. Hierzu sind neben der Kenntnis des regionalen KJPP-Versorgungssystems gründliche Fachkenntnisse über Anzeichen psychischer Störungen und über deren Behandlungsmöglichkeiten hilfreich.

Was ist evidenzbasierte Therapie?

Auch im Bereich psychischer Störungen gibt es wirksame und unwirksame Therapien. Wirksame Therapien können mehr oder weniger wirken. Einige führen zur vollständigen Genesung, andere ermöglichen ein besseres Leben mit einer Störung oder Krankheit. Jedenfalls ist die Bestimmung des Wirkungsgrads einer Therapie nicht allgemein möglich, sondern nur in Bezug auf eine zu behandelnde Störung oder Krankheit und auf die individuellen Merkmale der Patientin/ des Patienten.

Wenn jemand an Zuckerkrankheit (Diabetes) leidet, ist die beste Therapie eine Kombination einer Kontrolle des Zuckerstoffwechsels durch regelmäßige Blutzuckermessungen, kontrollierte Ernährung und daran angepasste Insulingaben. Keine Ärztin/ Kein Arzt würde auf die Idee kommen, eine Zuckerkrankheit mit Antibiotika zu behandeln. Antibiotika sind jedoch eine wirksame Therapie bei vielen Infektionskrankheiten. Damit die jeweils beste Therapie ausgewählt werden kann, kommt es auch bei der Behandlung psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen darauf an, zunächst die richtige Diagnose zu stellen und darauf abgestimmt die beste verfügbare Therapie einzusetzen.

Das Wissen um die besten Therapien basiert auf klinischen Studien. Genauso wie neue Arzneimittel in kontrollierten Studien auf Sicherheit und Wirksamkeit überprüft werden, werden auch nichtmedikamentöse Interventionen wie z.B. psychotherapeutische Verfahren für Kinder und Jugendliche in klinischen Studien untersucht. Die Optimierung der Therapien ist ein fortlaufender Prozess, in dem stets neue Studien durchgeführt und neue Therapien entwickelt, überprüft und zugelassen werden. Aus der Summe klinischer Studien entsteht das Fachwissen, das Ärztinnen/ Ärzte und Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung erwerben und durch regelmäßige Fortbildung aktualisieren. Behandlungsleitlinien für jede psychische Störung basieren auf den Erkenntnissen der klinischen Forschung. Man spricht von evidenzbasierter Therapie, wenn die Entscheidung für eine spezifische Therapie dem aktuellen Wissensstand entspricht und optimal auf die Merkmale des konkreten Falls

abgestimmt wird, also auf Diagnose, Alter, evtl. vorhandene individuelle Risikofaktoren usw.

So hat sich z.B. bei der Behandlung von misshandelten oder missbrauchten Kindern und Jugendlichen mit posttraumatischen Belastungsstörungen in zahlreichen klinischen Studien gezeigt, dass eine traumafokussierte Psychotherapie die beste Wirksamkeit besitzt. Therapien, die nicht gezielt auf die traumatischen Erlebnisse der Betroffenen eingehen, sind weniger wirksam.

Das Prinzip der evidenzbasierten störungsspezifischen Therapie stellt also sicher, dass die für den konkreten Fall am besten wirksame Therapie zum Einsatz kommt. So werden keine kostbaren Ressourcen in der Versorgung verschwendet, indem wenig oder nicht wirksame Therapien angewendet werden.

Will man die Therapie misshandelter Kinder verbessern, ist zunächst eine genaue Psychodiagnostik nötig (liegt eine psychische Störung vor und ggf. welche? Liegt möglicherweise eine komplexe, also kombinierte psychische Störung oder eine Entwicklungsstörung vor?). Dann ist aufbauend auf die Diagnose und die sonstigen Merkmale des Einzelfalls der Therapieplan, auch unter Berücksichtigung verfügbarer Ressourcen und Präferenzen der Betroffenen, zu erstellen und umzusetzen.

Kompetenzen und Handlungsrahmen der Case-Managerinnen/ Case-Manager

Damit Case-Managerinnen/ Case-Manager im Sinne der Vermittlung von misshandelten, missbrauchten oder vernachlässigten Kindern und Jugendlichen in evidenzbasierte Therapien agieren können, werden sie so fortgebildet, dass sie mit den beispielhaft genannten Hindernissen umgehen lernen und die Betroffenen in passgenaue psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote vermitteln können. Im Einzelnen bedeutet dies, dass die so weitergebildeten Case-Managerinnen/ Case-Manager Wissen und Kompetenzen in den Bereichen Erkennung eines Therapiebedarfs, Förderung der Therapiemotivation, Vernetzung der KJH mit Therapeutinnen/ Therapeuten sowie Vermittlung und Begleitung in geeignete Therapieangebote erwerben. Dieses Wissen und diese Kompetenzen können sie in ihre praktische Beratungstätigkeit mit den Betroffenen und ihren Bezugspersonen einbeziehen. Dabei sollen bestehende Hilfe- und Beratungsangebote in der KJH oder in anderen Hilfesystemen nicht ersetzt oder abgelöst, sondern bzgl. der Vermittlung und Umsetzung therapeutischer Hilfen ergänzt bzw. effizienter gestaltet werden.

Das Aufgabenspektrum einer Case-Managerin/ eines Case-Managers umfasst

1. die Identifizierung wahrscheinlich therapiebedürftiger Kinder und Familien,
2. deren Vermittlung in möglichst gemeindenaher passgenaue Therapien sowie
3. eine Unterstützung der Therapiemitarbeit seitens der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer nicht misshandelnden Bezugspersonen (Adhärenz).

Es handelt sich also um eine Vermittlungs- und Begleitungstätigkeit bei der Transition vom KJH-System in das KJPP-System. Transition bedeutet hier die Erweiterung des Hilfesystems (KJH+KJPP) und nicht Ablösung des einen durch das andere System. Maßnahmen im Rahmen des KJH-Systems und des KJPP-Systems sollen koordiniert und parallel ablaufen. Die Case-Managerin/ Der Case-Manager hat Lotsenfunktion. Sie/ Er erleichtert den Eintritt ins KJPP-System und verbessert personenzentriert die Koordination zwischen KJH- und KJPP-Maßnahmen zum Wohle des komplex hilfsbedürftigen Misshandlungsopfers. Sie/ Er nimmt hierzu mit dem betroffenen Kind bzw. Jugendlichen sowie dessen Bezugspersonen bzw. Sorgeberechtigten Kontakt auf und verhilft ihnen zu einem erfolgreichen Besuch einer Therapie.

In einem ersten Schritt wird in einem diagnostikgestützten Beratungsprozess der klinische Versorgungsbedarf identifiziert und ggf. eine Therapiebereitschaft erarbeitet. In einem zweiten Schritt findet die Vermittlung an eine entsprechende gemeindenahere klinische Einrichtung statt. Im dritten Schritt hält die Case-Managerin/ der Case-Manager Kontakt zu dem betroffenen Kind und seinen nicht misshandelnden Bezugspersonen sowie zur Therapeutin/ zum Therapeuten und beobachtet und unterstützt den Therapieprozess. Während des gesamten Case-Management-Prozesses wird zielorientiert und schrittweise vorgegangen und eine Evaluation der Zielerreichung und Zielanpassung vorgenommen.

Im Einzelnen umfasst die Tätigkeit einer Case-Managerin/ eines Case-Managers folgende Aufgaben:

- Aufbau und Pflege eines lokalen Netzwerkes zu Anbietern evidenzbasierter Therapieangebote (KJPP-Kliniken, Fachärztinnen/ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ -therapeuten, Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten)
- Identifikation von Kindern mit einer Missbrauchs-, Misshandlungs- oder Vernachlässigungsanamnese
- Identifikation von Hinweisen auf therapiebedürftige psychische Belastungen
- Beratung und Information der Misshandlungsopfer über evidenzbasierte therapeutische Hilfen (empowerment)

- Übernahme einer Lotsenfunktion in und durch das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem
- Vermittlung in psychiatrische/psychotherapeutische Diagnostik bei Klinikern
- Förderung der Motivation zur Teilnahme an evidenzbasierten therapeutischen Maßnahmen
- Zeitnahe Vermittlung in passgenaue evidenzbasierte Therapien
- Begleitung des Therapieprozesses sowie Unterstützung des Kindes/Jugendlichen und seiner Bezugspersonen bei der regelmäßigen Inanspruchnahme der Therapie.

Institutionelle Einbettung der Case-Managerin/ des Case-Managers

Zu bedenken ist die Vielfältigkeit der institutionellen Rahmenbedingungen, in denen die Case-Managerin/ der Case-Manager im CANMANAGE-Programm agiert. Eigene zeitliche Ressourcen und die Fallzahlbelastung der Case-Managerin/ des Case-Managers, Therapeutendichte in der Region, verfügbare Ressourcen im Rahmen des KJH-Systems und viele weitere Faktoren können stark variieren.

Es wird ein interdisziplinär und interinstitutionell abgestimmtes Interventionskonzept angestrebt, welches personenzentriert passgenau auf den Bedarf des Einzelfalls zugeschnitten ist. Die Rolle der Case-Managerin/ des Case-Managers erfüllt also eine zentrale Funktion bei der Verzahnung von klinischen Hilfen im Rahmen der Gesundheitsversorgung misshandelter, missbrauchter oder vernachlässigter Kinder mit denjenigen Hilfen, die im Lebensumfeld des Kindes und Jugendlichen ansetzen.

Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem

In Deutschland leben laut dem Statistischen Bundesamt (2012) etwa 20% Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei sind folgende Herkunftsländer am häufigsten vertreten: Türkei (18,3%), Polen (9,4%) und die Russische Föderation (7,4%). Menschen mit Migrationshintergrund sind nach dem Statistischen Bundesamt „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“.¹

¹ Statistisches Bundesamt (2013). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2012. Wiesbaden

Bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wird eine höhere Rate von psychischen Störungen kontrovers diskutiert und die Forschungslage dazu ist inkonsistent. Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass zumindest die Subgruppe der Flüchtlinge besonders stark von psychischen Störungen betroffen ist, v.a. von sogenannten Traumafolgestörungen. Auf der anderen Seite weisen Studienergebnisse darauf hin, dass die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders gering ist; bzw. aus verschiedenen individuellen Gründen (z. B. Sprachbarrieren, Einstellungen zu Therapien) und strukturellen Gründen (fehlendes Vorhandensein muttersprachlicher Therapeuten/Ärzte, interkulturelle Kompetenz von Personal) später und seltener eine adäquate medizinische und therapeutische Versorgung stattfindet.

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine ebenso heterogene Gruppe wie Menschen ohne Migrationshintergrund. Ebenso wenig, wie es ein „typisch Deutsch“ gibt, gibt es ein „typisch Migrant/Türkisch/Russisch“ o.ä. Es empfiehlt sich daher immer ein differenzierter Blick, wenn psychische Störungen auftreten. Für die Arbeit mit Migrantenfamilien gibt es - auch in diesem Manual - kein „Patentrezept“. Stattdessen ist eine sogenannte „Interkulturelle Kompetenz“ von Beratern/Therapeuten/Ärzten entscheidend. In den meisten Städten gibt es eine Reihe von Institutionen, die eine Fortbildung in diesem Bereich anbieten. Zur interkulturellen Kompetenz gehören einerseits ein gewisses Hintergrundwissen (z. B. über die Phasen einer Migration) und gewisse Kompetenzen (z. B. Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern), vielmehr entscheidend ist aber die Entwicklung einer offenen-neugierigen Grundhaltung gegenüber Klienten mit Migrationshintergrund. So kann man viele Informationen über relevante Aspekte der Kultur und Migration direkt beim Klienten erfragen oder, wenn man mit Sprach- und Kulturmittlern zusammenarbeitet, bei diesen. Wichtig in der Arbeit mit jedem Klienten ist allerdings, nicht nur den Migrationshintergrund im Blick zu haben, sondern immer alle relevanten Faktoren zu betrachten (z. B. soziale Bedingungen, Persönlichkeitsfaktoren, Familiendynamik etc.). Den kulturellen Hintergrund anzuerkennen, und gleichzeitig individuelle Aspekte nicht zu vernachlässigen, ist ein Balanceakt.

Um den Bedürfnissen der Familien mit Migrationshintergrund gerecht zu werden, sind in diesem Manual in den einzelnen Abschnitten spezielle Hinweise für die Arbeit mit Klienten mit Migrationshintergrund zu finden. Diese sind zur besseren Übersichtlichkeit grau hervorgehoben. Des Weiteren befindet sich im Anhang eine Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern, falls aufgrund von Sprachschwierigkeiten ein Dolmetscher in der eigenen Arbeit hinzugezogen wird.

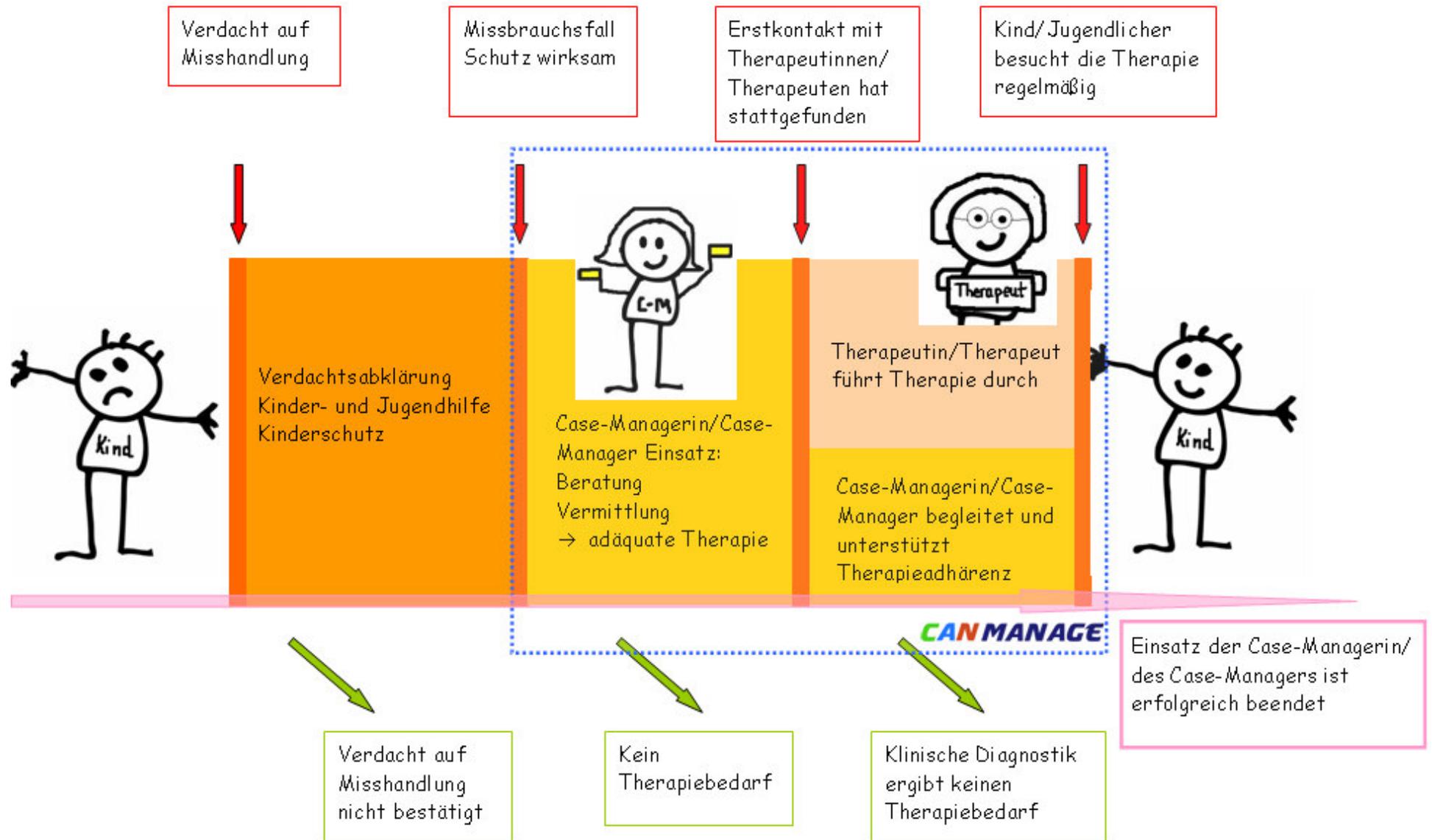
Handlungsschritte des Case-Managers

Dieses Manual beschreibt die einzelnen Handlungsschritte, welche die Arbeit der Case-Managerin/ des Case-Managers im CANMANAGE-Programm ausmachen. Für das Gelingen des Hilfeprozesses ist es wichtig, sich einerseits an die aufeinander aufbauenden Schritte zu halten und gleichzeitig flexibel auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen einzugehen. Dies wird durch ein strukturiertes Modulsystem mit einzelnen Teilschritten ermöglicht.

Mit einem Unterstrich gekennzeichnete Schritte sind Pflichtteilschritte, welche durch aktiven Einsatz der Case-Managerin/ des Case-Managers mit allen Kindern/Jugendlichen und ihren Bezugspersonen durchgeführt werden. Optionale Teilschritte kommen nur zum Einsatz, wenn diese zur individuellen Situation des Kindes bzw. Jugendlichen passen bzw. wenn die Klientinnen/ Klienten in den jeweiligen Teilbereichen Unterstützung durch die Case-Managerin/ den Case-Manager benötigen und die Teilschritte nicht selbstständig gehen können. Was die zeitliche Rahmgestaltung der Teilschritte anbelangt, wird der Case-Managerin/ dem Case-Manager genügend Freiheit gelassen, das Programm ganz an die Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen sowie an seine eigenen Präferenzen und Möglichkeiten anzupassen. Angaben zur Dauer der Teilschritte sind zur groben Orientierung gedacht, müssen und können je nach Fall aber nicht zwingend so eingehalten werden.

Im Abschnitt *Eingangskontakt/Beratung* wird das schrittweise Vorgehen der Case-Managerin/ des Case-Managers im Rahmen eines diagnostikgestützten, zielorientierten Beratungsprozesses beschrieben. Im zweiten Abschnitt *Vermittlung zur klinischen Einrichtung* wird auf die Vermittlung in eine Therapie sowie auf die Vernetzung der Case-Managerinnen/ Case-Manager mit kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, Institutsambulanzen und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen/ - psychiatern und Psychotherapeutinnen /-therapeuten eingegangen. Im Abschnitt *Therapiebegleitung* wird der Kontakt der Case-Managerin/ des Case-Managers mit dem Kind/Jugendlichen und seinen Bezugspersonen nach Vermittlung zu einer Therapeutin/ einem Therapeuten beschrieben. Im Abschnitt *Ergebnis- und Prozessevaluation* wird auf die Dokumentation und Ergebnisbewertung des Case-Managements eingegangen. Im *Anhang* befinden sich Materialien für die Arbeit der Case-Managerin/ des Case-Managers.

Graphische Darstellung des Interventionsprozesses



Eingangskontakt/Beratung (Schritte 1-15)

Allgemeine Hinweise

Im Rahmen ihrer beruflichen oder ehrenamtlichen Tätigkeit kommen Case-Managerinnen/ Case-Manager mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt, welche Erfahrungen mit Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung und/oder der Beobachtung häuslicher Gewalt gemacht haben. Diese Begegnung kann beispielsweise in Jugendämtern, stationärer Jugendhilfe, Beratungsstellen, in der Schulsozialarbeit, bei Kinderschutz-Anlaufstellen, Seelsorgeeinrichtungen etc. geschehen, aber auch in der ehrenamtlichen gemeindenahen Hilfeleistung. Die Funktion der Case-Managerin/ des Case-Managers im CANMANAGE- Programm ist somit eine definierte Funktion oder Rolle, die sich mit der herkömmlichen Beratung und Sozialarbeit in den verschiedenen Institutionen überschneidet und diese im Hinblick auf den Transfer des therapiebedürftigen Kindes oder Jugendlichen in das Gesundheitssystem präzisiert und ergänzt.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager kann bei bereits in seiner Einrichtung betreuten Kindern aktiv werden. Er kann jedoch auch im Rahmen eines Routine-Erstkontakts in seiner Einrichtung bereits als Case-Managerin/ Case-Manager agieren.

Das Vorgehen der Case-Managerin/ des Case-Managers ist so konzipiert, dass es sich hervorragend in die herkömmliche Hilfeplanung und -durchführung integrieren lässt. Oft kann an eine bereits vorhandene Vernetzung zwischen KJH und KJPP angeknüpft werden. Nicht nur die für die Hilfeplanung gebotene Beteiligung des Kindes oder des Jugendlichen und dessen Bezugspersonen, sondern auch die Orientierung an ihren Fähigkeiten, Ängsten und Wünschen bestimmt die Intervention der Case-Managerin/ des Case-Managers.

In den Modulen, aus denen sich der Handlungsabschnitt *Eingangskontakt/Beratung* zusammensetzt, wird darauf geachtet, das Kind bzw. den Jugendlichen als Quelle für Informationen und als Mitgestalter seines Hilfeprozesses zu berücksichtigen und im Besonderen auf Erwartungen, Befürchtungen und Ideen des Kindes einzugehen. Das Kind bzw. der Jugendliche darf prinzipiell immer zuerst zu Wort kommen und sollte in allen Aussagen ernst genommen werden. Entscheidungen werden gemeinsam getroffen. Besteht vor dem Hintergrund der früheren negativen Erfahrungen z.B. mit misshandelnden Erwachsenen ein allgemeines Misstrauen gegenüber Erwachsenen, sollte dies angesprochen werden und Verständnis kommuniziert werden.

Die Handlungsschritte, aus denen sich das erste diagnostikgestützte Beratungsgespräch zusammensetzt, können je nach Bedarf auch übersprungen werden. Die Schritte des Moduls *Eingangskontakt/Beratung* können alle in einer Sitzung durchgeführt werden, wenn dies die Situation, sowie die Ressourcen der Case-Managerin/ des Case-Managers und der Familie erlauben. Sie können aber auch über verschiedene Termine hinweg stattfinden. Hier kann die Case-Managerin/ der Case-Manager die für alle Beteiligten günstigste Lösung wählen.

Schritt für Schritt: Ablauf des ersten Beratungsgesprächs

Kontaktaufnahme

(Dauer etwa 4-5 Minuten)

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager wird nur bei Kindern oder Jugendlichen aktiv, die in ihrer Vergangenheit Misshandlungen, Missbrauch, Vernachlässigung oder häusliche Gewalt erlebt haben. Sie/ Er hat mehr oder weniger Kenntnis von der Misshandlungsvorgeschichte, jedoch sollte diese zumindest ausschnittsweise gesichert sein und auch mit den Betroffenen im Erstkontakt benannt werden. Eine gute Möglichkeit zur Erfragung ob eine Misshandlungsvorgeschichte vorliegt oder um diese bei bereits bestehendem Verdacht zu konkretisieren, besteht im Einsatz eines Screening Fragebogens (siehe Anhang: „Übersicht Misshandlungsanamnese“).

Bogen zum Screening und Dokumentation erlebter Misshandlung

Es handelt sich um einen kurzen Fragebogen zum Screenen auf Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung der gleichzeitig bei Bedarf als Dokumentationsvorlage für die Misshandlungsanamnese genutzt werden kann. Der Fragebogen liegt in zwei Versionen vor. Dieser kann zum einen von Eltern/ Betreuern im Fremdbereich oder von Kindern und Jugendlichen im Selbstbericht ausgefüllt werden.

Altersbereich: Der Selbstbeurteilungsbogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von **8 bis 17 Jahren** ausgefüllt werden. Der Fremdbeurteilungsbogen (Eltern/Betreuer/Betreuerinnen) kann über Kinder im Alter von **4 bis 17 Jahren** ausgefüllt werden.

Auswertung: Der Fragebogen besteht aus neun Fragen, mit denen die Bereiche Missbrauch, Vernachlässigung, Misshandlung und Beobachten häuslicher Gewalt erfasst werden. Die Items müssen mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die Auswertung des Fragebogens gestaltet sich sehr einfach. Hier wird lediglich

überprüft, ob eines oder mehrere Items mit „ja“ beantwortet wurden. Ist dies der Fall, bestehen Hinweise auf eine einschlägige Misshandlungs-, Missbrauchs-, oder Vernachlässigungsvorgeschichte und es sollte ein Symptomscreening mit den unter Schritt 3 genannten Instrumenten erfolgen.

Schritt 1: Case-Management anbieten.

Kommt eine Case-Managerin/ ein Case-Manager nun mit einem solchen Kind/Jugendlichen und seiner Bezugsperson in Kontakt, z.B. weil sie/ er das Kind schon vorher betreut hat, sie/ er von Kolleginnen/ Kollegen hinzugezogen wird oder eine zurückliegende Misshandlung sich in einem Erstgespräch oder bei einem Screening offenbart, informiert er zunächst die Betroffenen über ihre/ seine Rolle und Aufgaben. Sie/ Er erläutert, dass sie/ er ihnen unterstützend zur Seite steht, um zunächst abzuklären, wie das Kind mit seinen belastenden Lebenserfahrungen zurechtkommt und um weiteren Handlungsbedarf gegebenenfalls zu erkennen und einzuleiten. Sie/ Er bittet die Betroffenen, einen Fragebogen zum psychischen Befinden auszufüllen und erläutert, dass im Anschluss in einem Gespräch das weitere Vorgehen besprochen wird. Dieser Schritt kann gut in ein regulär stattfindendes Beratungsgespräch integriert werden.

Bei Migrationshintergrund: Es ist besonders wichtig, das Angebot und den Zweck des Case-Managements genau zu erläutern, da dieses sehr fremd sein kann. Befürchtungen sollten exploriert, ernst genommen und gemeinsam abgebaut werden. Sprechen die Eltern nicht ausreichend Deutsch, sollte ein Sprach- und Kulturmittler bzw. Dolmetscher hinzugezogen werden. In einigen Gemeinden können Dolmetscher über die Integrationsdienste organisiert werden, in anderen gibt es Gemeindedolmetscher. Eine Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern ist im Anhang zu finden. Kinder sollten nicht als Übersetzer herangezogen werden. Ebenso sind Familienmitglieder aufgrund des eigenen Eingebundenseins für Übersetzungen weniger geeignet. Es ist aber nicht ungewöhnlich, dass Familienmitglieder beim Erstkontakt mit anwesend sind. Ist dies der Fall oder ist eine Übersetzung durch die Familienmitglieder ausdrücklich gewünscht, sollte darauf geachtet werden, dass alle Beteiligten mit der Begleitung durch das Familienmitglied einverstanden sind, da möglicherweise sehr private Inhalte besprochen (und übersetzt) werden.

Orientierende Befragung zum psychischen Befinden

Schritt 2: Orientierende Befragung zu psychischem Befinden durchführen.

Das Kind/der Jugendliche und seine erwachsene, nicht misshandelnde Begleitperson füllen den Fragebogen (CATS, SDQ; siehe Anhang) in der jeweils ihrem Alter entsprechenden Version aus. Dies kann bei knappen zeitlichen Ressourcen der Case-Managerin/ des Case-Managers selbstständig durch die Betroffenen erfolgen. Bei Bedarf sollte jedoch Unterstützung beim Ausfüllen geleistet werden. Hier muss die Case-Managerin/ der Case-Manager das Vorgehen den Wünschen und Ressourcen der Familie anpassen. Die Nutzung standardisierter Fragebögen stellt sicher, dass keine wichtigen Fragen vergessen werden und bietet klare Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse. Sie erleichtern die Arbeit und unterstützen eine Entscheidungsfindung.

Bei Migrationshintergrund: Die SDQ Fragebögen existieren in vielen Übersetzungen (u.a. Türkisch, Russisch, Arabisch und Serbokroatisch). Diese Übersetzungen können auf www.sdqinfo.com heruntergeladen werden.

Auswertung, Interpretation und Rückmeldung der Ergebnisse

Schritt 3: Auswertung.

Die Auswertung der Fragebögen (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), CATS) übernimmt die Case-Managerin/ der Case-Manager. Im Anhang befindet sich ein einseitiger Dokumentationsbogen zur Zusammenfassung der Ergebnisse der orientierenden Befragung.

Die Anwendung und Auswertung der Instrumente wird im Folgenden beschrieben:

Posttraumatische Belastungssymptome erkennen mit dem CATS (Child and Adolescent Trauma Screening)

Der CATS-Fragebogen ist ein Instrument, mit dem bisher erlebte Traumata und Posttraumatische Belastungssymptome bei Kindern und Jugendlichen erfragt werden. Wird ein potentiell traumatisches Ereignis bejaht, wird nach dem subjektiv als am schlimmsten empfundenen Trauma gefragt. Darauf bezogen wird das Vorliegen verschiedener Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung in den vergangenen zwei Wochen sowie die dadurch entstandene Beeinträchtigung in mehreren Lebensbereichen (u.a. in der Schule, innerhalb der Familie) erfasst. Die Häufigkeit dieser Symptome wird mittels eines 4-fach abgestuften Formats erhoben: 0 = Nie, 1 = Selten, 2= Oft, 3= Fast immer.

Altersbereich: Es gibt drei verschiedene Versionen des CATS: CATS Selbsturteil (7 bis 17 Jahre), CATS Fremdurteil durch Eltern, Betreuer/in o.ä. (7 bis 17 Jahre), CATS Fremdurteil durch Eltern, Betreuer/in o.ä. (3 bis 6 Jahre)

Auswertung: Die vierstufigen Symptomreaktionsskalen geben Hinweise auf die Häufigkeit und den Schweregrad jedes Symptoms. Es gibt Unterschiede zwischen der Berechnung der Gesamtwerte für Kinder ab 7 Jahren und Vorschulkindern.

7-17 Jahre: Ein Gesamtsymptomscore wird berechnet, indem die angekreuzten Werte der Items 1-20 aufsummiert werden (mögliche Spannweite = 0-60). Wir empfehlen einen Cutoff-Wert von ≥ 21 als Hinweis auf eine klinisch relevante Symptomatik.

3-6 Jahre: Der Gesamtsymptomscore wird berechnet, indem die Items 1-16 (mögliche Spannweite = 0-48) aufsummiert werden. Wir empfehlen einen Cutoff-Wert von ≥ 16 als Hinweis auf eine klinisch auffällige Symptomatik bei Vorschulkindern.

Bei einer klinisch relevanten Symptomatik sollte das Kind in einer klinischen Einrichtung zur Traumadiagnostik vorgestellt werden.

Neben einer Posttraumatischen Belastungsstörung können auch eine Reihe weiterer Symptome nach Misshandlung auftreten. Deshalb ist es wichtig neben einem Traumascreening auch ein allgemeines Symptomscreening durchzuführen.

Hinweise auf weitere psychische Störungen erkennen mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der SDQ, auf Deutsch "der Fragebogen zu Stärken und Schwächen", dient zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen. Der Fragebogen liegt in einer Selbstbeurteilungsversion vor, die von Kindern und Jugendlichen ausgefüllt werden kann, und in einer Fremdbeurteilungsversion, die von Eltern ausgefüllt werden kann. Es werden in 25 Fragen Symptome aus folgenden Bereichen abgefragt: Emotionale Probleme, Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme, Verhaltensprobleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Verhaltensprobleme. Außerdem werden Fragen zu Prosozialem Verhalten gestellt.

Altersbereich: Der Selbstbeurteilungsbogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von **11 bis 17 Jahren** ausgefüllt werden. Der Fremdbeurteilungsbogen (Eltern, Lehrer) kann über Kinder im Alter von **4 bis 17 Jahren** ausgefüllt werden.

Die Bewertung der Items erfolgt in einem 3-fach abgestuften Antwortformat. Das Antwortformat reicht von „0 = nicht zutreffend“ über „1 = teilweise zutreffend“ bis „2 = eindeutig zutreffend“.

Auswertung: Zur manuellen Auswertung des SDQ liegt eine Schablone vor.

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht in der Überprüfung der 25 Fragen. Wichtig ist, dass für jede Frage genau ein Kreuz vorhanden ist. Für den Fall, dass zwei Kreuze vorhanden sind oder dass ein Kreuz zwischen die Kästchen geschrieben wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit (Teilweise zutreffend) gezählt.

Als nächstes ist die Auswertungsschablone auf dem SDQ-Fragebogen zu justieren. Dafür muss die Schablone im Querformat auf den im Hochformat liegenden Fragebogen gelegt werden (darauf achten, dass die Linien und Kästchen auf Fragebogen und Schablone deckungsgleich übereinander liegen)

Die fünf Skalen (Symptombereiche) mit jeweils fünf Fragen des SDQ werden nacheinander ausgewertet. Als erster Skalenwert werden die fünf Antworten für die Skala "Prosoziales Verhalten" (links auf der Schablone) zusammengezählt. Dies geschieht, indem die Antworten gemäß der Beschriftung links des Kästchens auf der Schablone mit 1 PUNKT oder mit 2 PUNKTEN gewertet werden. Die Summe der Punkte kann in die Tabelle auf dem Auswertungsbogen eingetragen werden. Durch Verschieben der Schablone werden anschließend die vier weiteren Skalenwerte auf die gleiche Weise gebildet und im Auswertungsbogen eingetragen. Jede der fünf Skalen kann somit einen Summenwert zwischen 0 und 10 erhalten.

Falls ein oder zwei Werte auf einer Skala fehlen, wird der Skalenwert anhand der mindestens drei vorhandenen Antworten hochgerechnet (durch Mittelwert der vorhandenen Antworten). Bei drei und mehr fehlenden Antworten auf einer Skala sollte kein Skalenwert berechnet werden.

Durch Addition der letzten vier Skalenwerte (Emotionale Probleme; Hyperaktivität; Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und Verhaltensauffälligkeiten) wird dann der Gesamtproblemwert gebildet und auch auf dem Auswertungsbogen notiert. Die Skala "Prosoziales Verhalten" wird dabei nicht berücksichtigt.

Cut-Off-Werte für den Eltern und Selbst-SDQ

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Elternfragebogen			
Gesamtproblemwert	0 - 12	13 - 15	16 - 40
Emotionale Probleme	0 - 3	4	5 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 3	4	5 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6	7 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4

	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Selbstfragebogen			
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 3	4	5 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6	7 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4

Bei Werten im grenzwertigen oder auffälligen Bereich bei gleichzeitig Werten im unauffälligen Bereich im Traumascreening sollte eine weitere Abklärung in einer klinischen Einrichtung erfolgen (hier ist kein Traumaschwerpunkt nötig).

(Dauer der folgenden Schritte: etwa 3 Minuten)

Schritt 4: Anerkennung und Lob aussprechen.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager erkennt im Gespräch an, dass das Kind/der Jugendliche und seine Familie schwere Zeiten durchgemacht haben. Es wird betont - wenn dies tatsächlich gewährleistet ist-, dass nun der Schutz vor weiterer Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung sichergestellt ist und daher nun eine Bewältigung der Missbrauchsfolgen ansteht. Sie/ Er lobt die Klientinnen/ Klienten, dass sie nun in die Einrichtung gekommen sind, um weitere Hilfe für das Kind bzw. den Jugendlichen zu erhalten.

Schritt 5: Chance auf Stärke betonen.

Sie/ Er erklärt, dass jede Person und jede Familie einzigartig ist und Krisen und Belastungen unterschiedlich meistert. Sie/Er betont, dass ein Kind/Jugendlicher und seine nicht misshandelnden Bezugspersonen die Chance haben, gestärkt aus belastenden Erfahrungen heraus zu gehen.

Schritt 6: Ergebnisse rückmelden.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager nimmt Bezug auf die Angaben in den Fragebögen und erklärt, dass die Möglichkeit besteht, das Kind/den Jugendlichen und seine nicht misshandelnden Bezugspersonen therapeutisch darin zu unterstützen gestärkt aus ihren Erfahrungen hervor zu gehen, so dass sie sich ...

- an dieser Stelle fügt die Case-Managerin/ der Case-Manager auf die Familie zugeschnittene Bereiche ein, in denen Symptome berichtet wurden -
Beispiele: „...nicht mehr so oft traurig fühlen.“ ODER „...nicht so oft Alpträume haben.“ ODER „...sich mit anderen Kindern besser verstehen.“

Bei Migrationshintergrund: Es sollte (noch) mehr Zeit dafür aufgewendet werden, genau über das Vorgehen bei einer Therapie aufzuklären, da in manchen Ländern das Konzept der Psychotherapie nicht bekannt ist (wann und für wen ist eine Psychotherapie sinnvoll, was passiert genau bei einer Psychotherapie, wer genau macht eine Psychotherapie, wer zahlt die Psychotherapie etc.). Eventuellen Ängsten und Vorbehalten kann man dadurch entgegenwirken.

Barrieren gegenüber einer Therapie identifizieren

(Dauer etwa 5-6 Minuten)

Der Weg von einem festgestellten Therapiebedarf bis zum Beginn einer Therapie kann für das einzelne Kind/den Jugendlichen und seine Bezugspersonen voller Hindernisse sein. Diese können die Therapiemotivation, praktische Probleme bei der Organisation oder fehlenden Zugang zu klinischen Einrichtungen bzw. Therapeutinnen/ Therapeuten betreffen. Die Case-Managerin/ Der Case-Manager hat die Aufgabe, die Hindernisse zu identifizieren und deren Überwindung zu erleichtern. Als Methode wird hierzu ein strukturierter Problemlöseprozess eingesetzt, bei dem die Klientinnen/ Klienten im Mittelpunkt stehen.

Schritt 7: Vorerfahrungen explorieren.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager befragt das Kind/den Jugendlichen und ihre Bezugsperson nach etwaigen Vorerfahrungen mit, Kenntnissen über oder Erwartungen an eine Therapie. Sie/ Er fragt gezielt nach Vorerfahrungen mit Psychiatrie oder Psychotherapie und nach konkreten Erfahrungen mit den klinischen Einrichtungen in Wohnortnähe (diese Einrichtungen sollten an dieser Stelle benannt und aufgezählt werden). Positive Vorerfahrungen werden gewürdigt, negative Erfahrungen oder Erwartungen als solche akzeptiert und zunächst festgehalten.

Bei Migrationshintergrund: Hier kann es sinnvoll sein, ein eventuell kulturell anders geprägtes Krankheitskonzept genauer zu explorieren (Vorstellungen über Genese der Symptome, Ideen zum Umgang damit). Weiterhin könnte es sinnvoll sein, die Haltung von in der Familie möglicherweise einflussreichen (nicht im Gespräch selbst anwesenden) Vertretern der Herkunftskultur zur Psychotherapie zu erfragen.

Schritt 8: Identifikation von Barrieren.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager erkundigt sich bei ihren/ seinen Klientinnen/ Klienten, ob und wann sie in einer der klinischen Einrichtungen einen Termin vereinbaren könnten. Sie/ Er verweist darauf, dass manche Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen Schwierigkeiten beim Aufsuchen solcher Einrichtungen hätten, z.B. weil sie nicht genau wüssten, an wen sie sich wenden sollen, weil sie sich nicht vorstellen könnten dort wirksame Hilfe zu erhalten oder weil es Termenschwierigkeiten gäbe. Sie/ Er erkundigt sich ganz konkret nach möglichen Hindernissen bei ihren/ seinen Klientinnen/ Klienten und trägt diese Hindernisse stichwortartig in die „*Liste der Therapiehindernisse*“ ein. Hier sollten zunächst möglichst alle für die Klientinnen/ Klienten wesentlichen Hindernisse exploriert werden, ohne diese zu kommentieren oder zu bewerten, bevor zum nächsten Schritt übergegangen wird. Am Ende dieses Schritts werden alle Barrieren von der Case-Managerin/ vom Case-Manager noch einmal aufgezählt, es wird festgestellt, dass nun ein Plan zur Überwindung der festgestellten Hindernisse benötigt wird.

Bei Migrationshintergrund: Es können allgemeine Barrieren wie z. B. Einstellungen und mangelnde Kenntnisse über psychische Erkrankungen und Psychotherapie, die Angst vor Stigmatisierung oder die Angst, nicht verstanden zu werden, eine Rolle spielen. Daneben kann es den Wunsch nach Therapeuten der eigenen Kultur geben und längere Wartezeiten in Kauf genommen werden. Wichtig ist, die Klienten in ihren Sorgen ernst zu nehmen und im nächsten Schritt (9) gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

Problemlösestrategie entwickeln

(Dauer etwa 20 Minuten)

Schritt 9: Sammlung von Lösungsansätzen.

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager erklärt, dass es nun darum geht, Wege zum Überwinden der vorher gesammelten Hindernisse zu erkennen. Hierzu führt sie/ er eine Strategie zur Lösungssuche ein, bei der abwechselnd das Kind/der Jugendliche, die Bezugsperson und die Case-Managerin/ der Case-Manager Vorschläge machen dürfen. Auch diese Vorschläge sollen zunächst unkommentiert bleiben, also nur gesammelt und nicht direkt bewertet werden. Sie werden stichwortartig auf *Haftnotizen* notiert und auf den Tisch oder an eine Wandfläche geklebt. Bereits schreibfähige Kinder sollen die Lösungen selbst auf die Haftnotizen schreiben (so wird das Kind aktiv beteiligt, ihm kommt eine wichtige Rolle zu und es muss gleichzeitig zuhören und bei der Sache bleiben). Bei noch nicht schreibfähigen Kindern übernimmt die Bezugsperson oder die Case-Managerin/ der Case-Manager das Aufschreiben, das Kind darf die Haftnotizen aufkleben. Es wird nicht gewertet, nur gesammelt. Insgesamt sollen von jedem Beteiligten 3-4 Lösungen benannt werden, so dass insgesamt über alle Hindernisse nicht weniger als 9 Lösungen zusammenkommen. Die Case-Managerin/ Der Case-Manager darf auch Lösungsvorschläge machen, die Aktivitäten von ihr/ ihm selbst beinhalten (z.B. Informationen über die klinischen Einrichtungen geben, Therapie erklären, Wartezeiten erfragen, Geschwisterbetreuung organisieren, etc.).

Schritt 10: Lösungsbewertung.

Das Kind / der Jugendliche darf nun entscheiden, welche der gesammelten Problemlösungen zuerst näher besprochen werden sollen. Das Kind/der Jugendliche liest, wenn möglich, diesen Lösungsvorschlag noch einmal vor (andernfalls liest die Bezugsperson vor). Die Case-Managerin/ Der Case-Manager fragt nun zunächst das Kind nach seiner Einschätzung des Lösungsvorschlags und ob der Vorschlag ausprobiert werden soll. Anschließend wird die Bezugsperson gefragt, und schließlich gibt die Case-Managerin ihre/ der Case-Manager seine Einschätzung ab. Auf dem Notizzettel wird mit Strichen notiert, wie viele Stimmen der Lösungsvorschlag erhalten hat.

In gleicher Weise werden sämtliche Lösungsvorschläge erörtert und bewertet.

Schritt 11: Auswahl tauglicher Lösungen.

Das Kind/der Jugendliche erhält den Auftrag, diejenigen Notizzettel, die von allen befürwortete Lösungen erhalten haben, noch einmal vorzulesen (ersatzweise liest die Bezugsperson). Dann werden das Kind/der Jugendliche und seine Bezugsperson gebeten, hieraus diejenigen Lösungswege zu benennen, die sie ausprobieren möchten. Alle nicht ausgewählten, dennoch für tauglich erachteten Lösungswege werden von der Case-Managerin/ vom Case-Manager aufbewahrt.

Problemlösungsplan vereinbaren

(Dauer etwa 5-6 Minuten)

Schritt 12: Vereinbarung schließen.

Auf dem Formular „Vereinbarung“ werden die zuvor ausgewählten Lösungen eingetragen und konkretisiert. Wer macht wann was? Optimalerweise wird bereits die Vereinbarung eines Termins in der klinischen Einrichtung verabredet. Wenn aufgrund von vielfältigen Barrieren zunächst Zwischenschritte gegangen werden müssen, werden diese vereinbart. Alle drei Beteiligten unterschreiben die Vereinbarung, die dadurch eine stärkere Verbindlichkeit erhält.

Schritt 13: Ausblick auf die nächsten Schritte.

Nach Unterzeichnung des konsentierten weiteren Vorgehens kündigt die Case-Managerin/ der Case-Manager an, dass er in einer Woche bei den Klientinnen/ Klienten telefonisch nachfragen wird, wie weit die Vereinbarungen umgesetzt werden konnten oder ob neue Hindernisse aufgetaucht sind. Falls die Case-Managerin/ der Case-Manager selbst Lösungsschritte übernommen hat (z.B. die Lieferung von Informationen über die Therapie), kann sie/ er diese direkt im Anschluss umsetzen oder einen weiteren Termin zur Beratung (Psychoedukation) vereinbaren.

Bei der Problemlösung gilt: Je motivierter und eigenständiger die Familie ist und je mehr Ressourcen sie mitbringt, desto mehr Teilschritte können von der Familie selber übernommen werden. Bei Familien mit wenigen Ressourcen ist mehr Unterstützung notwendig. In jedem Fall ist das vorrangige Ziel, eine Eigenmotivation zum Aufsuchen einer klinischen Einrichtung zu erzeugen.

Schritt 14: Zustimmung der Sorgeberechtigten.

Alle Sorgeberechtigten müssen ihre Zustimmung zur Teilnahme ihres Kindes an einer Therapie erteilen. Die Case-Managerin/ Der Case-Manager kann die Familie

ggf. darin unterstützen die Unterschrift einer sorgeberechtigten Person einzuholen, welche nicht im selben Haushalt wie das Kind oder die primäre Betreuungsperson wohnt, in dem sie/ er dort anruft oder einen Brief schreibt.

Schritt 15: Schweigepflichtsentbindung.

Um die Kommunikation zu erleichtern sollte eine Schweigepflichtsentbindung zwischen Case-Managerin/ Case-Manager und Therapeutin/ Therapeut erwirkt werden. So kann eine Case-Managerin/ ein Case-Manager beispielsweise umgehend informiert werden, wenn eine Familie mehrere Therapietermine hintereinander nicht wahrgenommen hat und rechtzeitig reagieren. Eine solche Schweigepflichtsentbindung kann beim Erstkontakt vorbereitet und unterschrieben werden. Die Daten der Therapeutin/ des Therapeuten können bei der ersten Therapiesitzung nachgetragen werden.

Benötigtes Material für das Modul Eingangskontakt/Beratung:

- Ggf. Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (Versionen für Bezugspersonen, für Kinder, für Jugendliche) mit Auswertungsschablone
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Haftnotizen und Kugelschreiber
- Formular „Vereinbarung“
- Ggf. Muster Schweigepflichtsentbindung
- Kontaktliste gemeindenaher klinischer Einrichtungen
- Wenn verfügbar: Patienteninformationsbroschüren klinischer Einrichtungen
- Protokollbogen/ Teilschritt Check-Liste Eingangskontakt

Vermittlung zur klinischen Einrichtung (Schritte 16-20)

Um ihre Klientinnen/ Klienten entsprechend ihrem Therapiebedarf vermitteln zu können, müssen Case-Managerinnen/ Case-Manager klinische Einrichtungen (Kliniken, niedergelassene Therapeutinnen/ Therapeuten mit Kassenzulassung) in ihrer Region kennen, die psychisch auffälligen und beeinträchtigten Kindern und

Jugendlichen Therapie anbieten. Case-Managerinnen/ Case-Manager müssen ein Netzwerk an Kontakten zu diesen klinischen Einrichtungen in ihrer Versorgungsregion aufbauen und pflegen.

Die Vermittlung kann beginnen, wenn die im ersten Modul festgestellten Hindernisse zum Aufsuchen einer klinischen Einrichtung erfolgreich überwunden werden konnten.

Bei Migrationshintergrund: Sofern die Familie nicht ausreichend Deutsch spricht, kann es hilfreich sein, ebenfalls über Kontaktadressen möglicher Sprachmittler zu verfügen. In manchen Gemeinden gibt es sogenannte Gemeindedolmetscher, daneben verfügen manchmal Integrationsdienste über ein eigenes Dolmetscher-/ Übersetzernetzwerk. Unter manchen Voraussetzungen können Therapeuten auch über die Krankenkassen oder andere Einrichtungen die Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen beantragen. Daneben gibt es einige - wenige - fremdsprachige Therapeuten, die u.U. sogar eine Therapie in der Muttersprache der Familie anbieten können.

Schritt 16: Auswahl einer geeigneten klinischen Einrichtung

Nicht alle klinischen Einrichtungen bieten die für misshandelte Kinder und Jugendlichen geeigneten Therapien an. Wenn die Betroffenen keinen Zugang zu einer klinischen Einrichtung haben und auch keine Vorerfahrungen mit solchen Einrichtungen vorliegen, ist es die Aufgabe der Case-Managerin/ des Case-Managers, bei der Auswahl einer anzulaufernden Einrichtung behilflich zu sein.

Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie verfügen über entsprechend qualifizierte Fachärztinnen/ Fachärzte und andere Therapeutinnen/ Therapeuten, haben in der Regel sowohl stationäre als auch ambulante Therapieangebote, und sind für die Zielgruppe geeignet, wenn der Wohnort der Betroffenen im Versorgungsgebiet der Klinik liegt.

Bei der Einschätzung der Eignung niedergelassener Therapeutinnen/ Therapeuten ist zunächst die *Zulassung zur Heilkunde (Approbation)* ein zentrales Kriterium. Fachärztinnen/ Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/ -therapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten verfügen über die Approbation im Fachgebiet der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen. Einige Kinder- und Jugendärztinnen/ -ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie können ebenfalls heilkundlich in diesem Fachgebiet tätig werden. Wer keine der genannten Titel führt, ist nicht zur Heilkunde im Bereich seelischer Störungen von Kindern und Jugendlichen berechtigt.

Zweites Merkmal bei der Suche nach einer geeigneten klinischen Einrichtung ist deren Kassenzulassung. Nur wenn mit der Krankenkasse des Kindes bzw. Jugendlichen abgerechnet werden kann, ist die Therapie ohne Kosten für die Betroffenen oder andere eigentlich nicht zuständige Kostenträger. Auskunft über ihre Kassenzulassung muss die klinische Einrichtung erteilen. Ggf. kann bei der Kassenärztlichen Vereinigung eine Liste der zugelassenen Fachärztinnen/ Fachärzte und Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche angefordert werden.

Bestehen Wahlmöglichkeiten am Wohnort des Kindes oder Jugendlichen, können die Erreichbarkeit sowie die Auslastung der Therapeutinnen/ Therapeuten bzw. Kliniken und entsprechende Wartezeiten entscheidend bei der Auswahl sein.

Schritt 17: Anmeldemodus ermitteln

In der Regel erwarten die Kliniken und niedergelassenen Fachärztinnen / Fachärzte und Therapeutinnen/ Therapeuten die persönliche telefonische oder schriftliche Anmeldung seitens der Sorgeberechtigten des Kindes bzw. Jugendlichen. Nur im Akutfall - also bei Selbst- oder Fremdgefährdung - ist eine direkte Behandlung ohne Voranmeldung möglich. Es ist ratsam, die genauen Anmeldeverfahren der klinischen Einrichtungen in der eigenen Versorgungsregion bei nicht in diesem Sinne akuten Fällen - dazu dürften die durch die Case-Managerinnen/ Case-Manager wie oben beschrieben identifizierten therapiebedürftigen Kinder und Jugendlichen meist gehören - zu kennen. Einige Kliniken und Therapeutinnen/ Therapeuten sind mit der Begleitung durch Sozialarbeiterinnen/ Sozialarbeiter, Betreuerinnen/ Betreuer, Erzieherinnen/ Erzieher oder Lehrerinnen/ Lehrer zum ersten Termin mit ihren Patientinnen/ Patienten einverstanden, andere möchten ihren Erstkontakt ausschließlich mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Sorgeberechtigten gestalten.

Schritt 18: Kontakt des Kindes/Jugendlichen mit der klinischen Einrichtung herstellen

Für die Herstellung des Kontakts sind mehrere Wege denkbar. Hier sollte flexibel je nach Ressourcen der Familie und Präferenzen der klinischen Einrichtung vorgegangen werden.

Damit die zuvor von der Case-Managerinnen/ vom Case-Manager erhobenen Informationen genutzt werden können, ist es sinnvoll, die in der orientierenden Befragung erhobenen Informationen in einem schriftlichen oder mündlichen Kurzbericht der Case-Managerin/ des Case-Managers zusammenzufassen und diese Informationen an die klinische Einrichtung zu übermitteln. Dies geschieht

am besten indem die Patientin/ der Patient diesen Bericht erhalten und an die klinische Einrichtung aushändigen.

Falls die Case-Managerin/ der Case-Manager sich persönlich einschaltet und mit der klinischen Einrichtung Kontakt aufnimmt, sollte dies mit Einverständnis der Betroffenen geschehen und in einer entsprechenden Einverständniserklärung (Schweigepflichtsentbindung) dokumentiert sein, die von den Sorgeberechtigten zu unterschreiben ist und die sowohl die Case-Managerin/ den Case-Manager als auch die klinische Einrichtung berechtigt, direkt miteinander über die Belange des Kindes/Jugendlichen zu kommunizieren.

Bei Migrationshintergrund: Im Falle einer Kontaktaufnahme mit der klinischen Einrichtung bzw. dem Therapeuten kann es sinnvoll sein, auf die Möglichkeiten eines Sprach- und Kulturmittlers hinzuweisen und evtl. entsprechende Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneter Mittler anzubieten

Schritt 19: Vorstellung / Untersuchung des Kindes/Jugendlichen in der klinischen Einrichtung

Dieser Erstkontakt läuft in der Regie der klinischen Einrichtung ab. In der Regel dient der Erstkontakt der Diagnostik und der Klärung eines Therapiebedarfs. Die von der Case-Managerin/ vom Case-Manager erhobenen Informationen sollten von der klinischen Einrichtung einbezogen werden. Eine persönliche Beteiligung der Case-Managerin/ des Case-Managers im Erstkontakt oder in weiteren therapievorbereitenden Terminen in der klinischen Einrichtung kann erfolgen, sofern alle Beteiligten zustimmen.

Schritt 20: Gemeinsame Therapie- und Hilfeplanung (ca. 50 Min.)

Bei guter Vernetzung der Case-Managerin/ des Case-Managers und der klinischen Einrichtung und ausreichenden Ressourcen auf beiden Seiten kann ein gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen und seiner Bezugsperson (seinen Sorgeberechtigten) geführtes Therapie- und Hilfeplanungsgespräch in Betracht gezogen werden. Dieses in der Regel in der klinischen Einrichtung geführte Gespräch hat zum Ziel, die individuell geplanten Therapiemaßnahmen und ggf. die Hilfen im KJH-System zu integrieren und die Therapieziele mit den Zielen der übrigen Hilfsmaßnahmen abzustimmen. Für die Klientinnen/ Klienten sollte sichtbar werden, dass ggf. ein gemeinsames an dem Bedarf des Kindes bzw. Jugendlichen und seiner Familie orientiertes Hilfe- und Therapiekonzept verfolgt wird. Die spezifischen Ziele der Therapie sollen noch einmal verdeutlicht werden, auch das therapeutische Vorgehen und die Rahmenbedingungen (Art der Therapie, fallführende/r Therapeutin/ Therapeut, voraussichtliche Dauer der Therapie, Finanzierung der Therapie) sollten hier für die Betroffenen transparent gemacht werden. Sofern die Case-Managerin/ der Case-Manager im Therapieprozess unterstützende

Funktionen übernimmt, sind seine Aufgaben festzuhalten (siehe Modul Therapiebegleitung).

Therapiebegleitung

Um sicher zu stellen, dass die Therapie erfolgreich durchgeführt wird, bleibt die Case-Managerin/ der Case-Manager mit der Familie auch nach der Vermittlung in Kontakt.

Schritt 21:

Unmittelbar nach dem ersten angesetzten Termin bei der Therapeutin/ dem Therapeuten erkundigt sich die Case-Managerin/ der Case-Manager bei der Familie telefonisch, ob der Termin zustande gekommen ist (es sei denn er war bei dem Termin selbst anwesend).

Schritt 22a:

War die Familie nicht dort, werden gemeinsam neu aufgetretene Hindernisse erörtert und der Problemlöseprozess aus Modul 1 wird wiederholt.

ODER

Schritt 22b:

Wurde der Termin eingehalten, erkundigt sich die Case-Managerin/ der Case-Manager telefonisch, ob das Kind/ der Jugendliche voraussichtlich eine Therapie beginnen wird und wann diese voraussichtlich beginnt. Bei vorliegendem Einverständnis (Schweigepflichtsentbindung der behandelnden Therapeutin/ des behandelnden Therapeuten) holt die Case-Managerin/ der Case-Manager Informationen der behandelnden klinischen Einrichtung ein.

Stellt die Therapeutin/ der Therapeut eine Diagnose, bietet selbst jedoch keine leitlinienkonforme Therapie für die diagnostizierte Störung an, wiederholt sich der Abschnitt Vermittlung.

Schritt 23:

Ist der Zeitpunkt des geplanten Therapiebeginns gekommen, nimmt die Case-Managerin/ der Case-Manager nach ein bis zwei Sitzungen telefonisch zur Bezugsperson des Kindes/Jugendlichen Kontakt auf und erkundigt sich nach dem Verlauf, ob die Familie zufrieden ist und ob sie weiter vor hat die Therapie regelmäßig zu besuchen.

Schritt 24a:

Ist die Familie unzufrieden oder hat sich womöglich gegen eine Therapie entschieden, erfragt die Case-Managerin/ der Case-Manager die Gründe und fragt, ob die Familie bereit wäre in einem gemeinsamen Gespräch von Therapeutin/ Therapeut, Case-Managerin/ Case-Manager, Bezugsperson und Kind Schwierigkeiten anzusprechen und das weitere Vorgehen gemeinsam zu planen.

Schritt 24b:

Ist die Familie zufrieden und hat vor die Therapie regelmäßig zu besuchen, nimmt die Case-Managerin/ der Case-Manager nach weiteren 6-8 (variabel)Wochen erneut telefonisch Kontakt auf.

Schritt 25a:

Stellt sich nach einer Kontaktaufnahme nach den 6-8 Wochen (variabel) heraus, dass die Familie nicht mehr regelmäßig zur Therapie geht, wiederholen sich Teilschritte 9 - 11 aus dem Abschnitt Eingangskontakt ODER es wird ein erneutes gemeinsames Treffen der Therapeutin/ des Therapeuten, Case-Managerin/ Case-Managers und des Kindes mit Bezugsperson vereinbart (siehe Schritt 18 oder 24a)

ODER

Schritt 25b:

Ist die Familie nach den seit dem letzten Kontakt verstrichenen Wochen noch immer zufrieden und besucht die Therapie regelmäßig, endet hier zunächst der Kontakt der Case-Managerin/ des Case-Managers. Falls es von allen Beteiligten für sinnvoll erachtet wird und falls Ressourcen hierfür zur Verfügung stehen, kann am Ende der Therapie ein gemeinsames Bilanzgespräch in Betracht gezogen werden.

Ergebnis- und Prozessevaluation

Die Case-Managerin/ Der Case-Manager führt über jeden vom ihm betreuten Fall fortlaufend Protokoll. Die Teilschritte, welche beim Eingangskontakt durchgeführt wurden, sowie vereinbartes Vorgehen und Ziele werden auf einem Protokollbogen (siehe Anhang) festgehalten.

Bei den Begleitungs-Kontakten überprüft die Case-Managerin/ der Case-Manager mit Hilfe seines Protokolls, ob die vereinbarten Maßnahmen eingehalten wurde. Er sucht erneut das klärende Gespräch mit den Betroffenen, wenn dies nicht der Fall ist. Die Case-Managerin/ Der Case-Manager kann die Protokollvorlagen als Check-Liste verwenden, während er mit der Familie in Kontakt steht, um sicherzustellen, dass er keine wichtigen Teilschritte vergisst.

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Klient:

Ihr Name: _____

Protokollbogen „Eingangskontakt“

Welche Begleitpersonen waren beteiligt?:

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Mutter und Vater | <input type="checkbox"/> Großeltern, andere Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Vater | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern/Adoptiveltern | <input type="checkbox"/> Betreuer |

Bitte protokollieren Sie im Folgenden, den Kontakt bzw. die Kontakte, welche mit dem betroffenen Kind und/oder der Bezugsperson, im Rahmen des „Eingangskontaktes“ stattgefunden haben:

(Sofern nur ein Termin stattgefunden hat, muss nur eine Zeile ausgefüllt werden)

	Datum	Persönlich vs. Telefonisch	Dauer in Minuten
1)	□□.□□.□□□□	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. Minuten
2)	□□.□□.□□□□	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. Minuten
3)	□□.□□.□□□□	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. Minuten
4)	□□.□□.□□□□	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. Minuten
5)	□□.□□.□□□□	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. Minuten

Falls kein Termin statt gefunden hat, was war der Grund dafür?

Falls mehrere Termine statt gefunden haben, was war der Grund dafür?

Im Rahmen des Eingangskontaktes wurden folgende Teilschritte durchgeführt:

Kontaktaufnahme

- Schritt 1: Case-Management anbieten
- Schritt 2: Orientierende Befragung zu psychischem Befinden durchführen.
- Schritt 3: Auswertung
- Schritt 4: Anerkennung & Lob aussprechen
- Schritt 5: Chance auf Stärke betonen
- Schritt 6: Ergebnisse rückmelden

Barrieren gegenüber einer Therapie identifizieren

- Schritt 7: Vorerfahrungen explorieren
- Schritt 8: Identifikation von Barrieren anhand *Liste der Therapiehindernisse*

Problemlösestrategien entwickeln

- Schritt 9: Sammlung von Lösungsansätzen mit Haftnotizen
- Schritt 10: Lösungsbewertung durch Abstimmen und Striche auf Haftnotizen
- Schritt 11: Auswahl tauglicher Lösungen

Problemlösungsplan vereinbaren

- Schritt 12: Schriftliche *Vereinbarung* schließen/unterzeichnen
- Schritt 13: Ausblick auf die nächsten Schritte
- Schritt 14: Ggf. bei Einholung der Zustimmung der Sorgeberechtigten unterstützen
- Schritt 15: Schweigepflichtsentbindung gg. Therapeut erwirken

- Es wurden von dem Case-Manager alle in der Vereinbarung übernommenen Aufgaben erledigt

Datum der Erledigung: □□.□□.□□□□

Begründung für ausgelassene Schritte:

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- **Übersicht Misshandlungsanamnese**
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Fragebogen für Eltern oder Bezugspersonen zu Kindern im Alter von 4 bis 17 Jahren

Wir stellen Ihnen jetzt Fragen zu Dingen, die Ihrem Kind irgendwann in seinem Leben vielleicht passiert sind. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, ist das in Ordnung. Aber es ist wichtig, dass Sie so ehrlich wie möglich sind. Wir möchten eine bessere Vorstellung davon bekommen, was Kindern passieren kann.

In den ersten Fragen geht es um Erwachsene, die sich um Ihr Kind kümmern. Das können Menschen sein, die mit Ihrem Kind zusammen wohnen, früher mit ihm zusammengewohnt haben oder zu Besuch kommen wie seine **Mutter**, sein **Vater**, seine **Großeltern**, **Onkel** oder **Tanten**, **Freunde seiner Eltern** und so weiter. Es können aber auch Menschen sein, die sich manchmal um Ihr Kind kümmern wie **Lehrer** und **Lehrerinnen**, **Babysitter**, **Sporttrainer**, **Kindergärtner** oder **Erzieherinnen** und so weiter.

Bei jeder Frage: Kreuzen Sie „**Ja**“ an, wenn Ihrem Kind so etwas **jemals in seinem Leben** passiert ist. Kreuzen Sie „**Nein**“ an, wenn es Ihrem Kind **noch nie in seinem Leben** passiert ist. Wenn Sie sich nicht sicher sind, kreuzen Sie bitte an, was Sie am ehesten vermuten.

1. Wurde das Kind von einer der oben genannten Personen geschlagen, geprügelt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Fühlte das Kind sich schlecht, weil eine der Personen Gemeinheiten zu ihm sagte oder sagte, dass das Kind nicht gewollt oder unerwünscht sei?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Wenn ein Kind vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um es kümmern, wie sie sollten. Sie geben dem Kind vielleicht nicht genug zu essen, lassen es lange alleine, bringen es nicht zum Arzt, wenn es krank ist oder sorgen nicht dafür, dass es saubere Kleidung hat und an einem Ort leben kann, wo es sich sicher und wohl fühlt. Wurde das Kind irgendwann in seinem Leben vernachlässigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Hat ein Erwachsener, der mit dem Kind zusammen lebt/e, damit gedroht, jemand anderen, der auch mit dem Kind zusammen lebt/e, zu verletzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat ein Erwachsener, der mit dem Kind zusammen lebt/e, jemand anderen, der auch mit dem Kind zusammen lebt/e, gestoßen, geschlagen, geohrfeigt, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In den letzten Fragen geht es um alle möglichen Personen. Das heißt wir fragen nicht nur nach **Erwachsenen**, sondern auch nach den **Geschwistern** Ihres Kindes, seinen **Freunden**, anderen **Kindern** aus seiner Umgebung oder nach **Fremden**, die Ihr Kind gar nicht kennt.

6. Fasste eine Person das Kind an seinen Geschlechtsteilen wie Brüsten, Scheide, Penis oder Po an, ohne dass das Kind das wollte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Brachte eine Person das Kind dazu, ihre Geschlechtsteile wie Brüste, Scheide, Penis oder Po anzufassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Brachte eine Person das Kind dazu, sich auszuziehen und ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po zu zeigen? Oder brachte eine Person das Kind dazu, ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzusehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Wurde das Kind dazu gebracht, pornographische Bilder oder Videos (Zeitschriften, Internet, Fernsehen,) anzusehen, also von nackten Menschen oder Menschen die Sex haben? Oder hat jemand solche Bilder oder Filme von dem Kind gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragebogen für Kinder und Jugendliche von 8 bis 17 Jahren

Wir stellen Dir jetzt Fragen zu Dingen, die irgendwann in Deinem Leben vielleicht passiert sind. Wenn du etwas nicht beantworten willst, ist das OK. Aber es ist wichtig, dass Du so ehrlich wie möglich bist. Wir möchten eine bessere Vorstellung davon bekommen, was Kindern in Deinem Alter passieren kann.

In den ersten Fragen geht es um Erwachsene, die sich um Dich kümmern. Das können Menschen sein, die mit Dir zusammen wohnen, früher mit Dir zusammen gewohnt haben oder zu Besuch kommen wie deine **Mutter**, dein **Vater**, dein **Opa**, deine **Oma**, dein **Onkel**, deine **Tante**, **Freunde von deinen Eltern** und so weiter. Es können aber auch Menschen sein, die sich manchmal um dich kümmern wie deine **Lehrer** und **Lehrerinnen**, **Babysitter**, **Sporttrainer**, **Kindergärtner** oder **Erzieherinnen**, und so weiter.

Bei jeder Frage: Kreuze „**Ja**“ an, wenn dir so etwas **jemals in deinem Leben** passiert ist. Kreuze „**Nein**“ an, wenn es dir **noch nie in deinem Leben** passiert ist. Wenn Du Dir nicht sicher bist, kreuze bitte an, was am ehesten zutrifft.

1. Hat Dich eine von den oben genannten Personen geschlagen, geprügelt, getreten oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Hast Du Dich schlecht gefühlt, weil eine solche Person Gemeinheiten zu Dir gesagt hat oder gesagt hat, dass Du unerwünscht oder nicht gewollt seist?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Wenn ein Kind vernachlässigt wird, bedeutet das, dass Erwachsene sich nicht so um es kümmern, wie sie sollten. Sie geben dem Kind vielleicht nicht genug zu essen, lassen es lange alleine, bringen es nicht zum Arzt, wenn es krank ist oder sorgen nicht dafür, dass es saubere Kleidung hat und an einem Ort leben kann, wo es sich sicher und wohl fühlt. Bist du irgendwann in Deinem Leben vernachlässigt worden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt oder lebte, damit gedroht, jemand anderen, der auch mit dir zusammen lebt, zu verletzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. Hat ein Erwachsener, der mit dir zusammen lebt oder lebte, jemand anderen, der auch mit dir zusammen lebt, gestoßen, geschlagen, gehohlet, getreten, verprügelt, gewürgt oder sonst irgendwie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

In den letzten Fragen geht es um alle möglichen Personen. Das heißt wir fragen nicht nur nach Erwachsenen, sondern auch nach deinen Geschwistern, deinen Freunden, anderen Kindern oder nach Fremden, die Du gar nicht kennst.

6. Hat Dich eine Person an Deinen Brüsten, Deiner Scheide, Deinem Penis oder Deinem Po angefasst, ohne dass Du das wolltest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7. Hat Dich eine Person dazu gebracht, seine/ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzufassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8. Hat Dich eine Person dazu gebracht, Dich auszuziehen und Deine Brüste, Scheide, Penis oder Deinem Po zu zeigen? Oder hat eine Person Dich gezwungen ihre Brüste, Scheide, Penis oder Po anzusehen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Wurdest du dazu gebracht pornographische Bilder oder Videos (Zeitschriften, Internet, Fernsehen,) anzusehen, also von nackten Menschen oder Menschen die Sex haben? Oder hat jemand solche Bilder oder Filme von Dir gemacht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Anleitung für das CATS

(Child and Adolescent Trauma Screening)

Worauf basiert das CATS und was misst es?

Der CATS-Fragebogen ist ein kurzes, frei zugängliches Screeninginstrument, welches auf den DSM-5 Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) aufbaut. Es erfasst bisher erlebte Traumata und Posttraumatische Belastungssymptome.

Welche Versionen sind verfügbar?

Das CATS wurde in mehrere Sprachen übersetzt. Aktuell sind englische, deutsche, norwegische und spanische Versionen verfügbar. Es gibt drei verschiedene Versionen des CATS:

- CATS Selbsturteil (7-17 Jahre)
- CATS Fremdurteil durch Betreuer/in (7-17 Jahre)
- CATS Fremdurteil durch Betreuer/in (3-6 Jahre)

Was sollte man in der Anwendung des CATS beachten?

Das CATS ist ein Screeningverfahren für Posttraumatische Belastungssymptome (PTSS) bei Kindern und Jugendlichen. Zunächst sollten die Befragten auf Seite 1 angeben, ob sie mindestens ein mögliches traumatisches Ereignis erlebt haben (A-Kriterium). Für diejenigen, die kein mögliches traumatisches Ereignis berichtet haben, ist die Befragung abgeschlossen. Diejenigen, die mindestens ein traumatisches Ereignis berichteten, geben nun das schlimmste Ereignis (für das Kind) an und bewerten die Belastungssymptome (des Kindes) (Kriterium B, C, D und E) auf Seite 2. Zusätzliche Items beschreiben jegliche Einschränkungen des Funktionsniveaus in unterschiedlichen Bereichen.

Die Validierung des CATS wird aktuell noch durchgeführt. Vorläufige Analysen zeigten gute interne Konsistenzen der Symptomskalen: CATS Selbsturteil (7-17 Jahre): $\alpha = .91$; CATS Fremdurteil durch Betreuer/in (7-17 Jahre): $\alpha = .87$. Die Ermittlung von vorläufigen Cutoff-Werten wurde auf Grundlage einer Schätzung, welche aus der Validierung des früheren DSM-IV basierten Fragebogens abgeleitet wurde, vorgenommen (siehe unten).

Der CATS-Fragebogen ersetzt keine umfassende klinische Einschätzung! Es wurde als sensitives Screeninginstrument konzipiert. Kinder und Jugendliche mit positiven Ergebnissen um CATS sollten mithilfe eines semi-strukturierten Interviews diagnostiziert werden.

Wie bewertet und interpretiert man den CATS?

Vierstufige Symptomreaktionsskalen geben Hinweise auf die Häufigkeit und den Schweregrad jedes Symptoms. Es gibt Unterschiede zwischen der Berechnung der Scores für Kinder ab 7 Jahren und Vorschulkindern.

7-17 Jahre: Ein Gesamtsymptomscore wird berechnet, indem die Rohwerte der Items 1-20 aufsummiert werden (mögliche Spannweite = 0-60). Wir empfehlen einen Cutoff-Wert von ≥ 21 als Hinweis auf eine klinisch relevante Symptomatik.

3-6 Jahre: Der Gesamtsymptomscore wird berechnet, indem die Items 1-16 (mögliche spanweite = 0-48) aufsummiert werden. Wir empfehlen einen Cutoff-Wert von ≥ 16 als Hinweis auf eine klinisch auffällige Symptomatik bei Vorschulkindern.

Fragebogen zu belastenden Ereignissen- Bezugsperson (CATS-C-D) - 3-6 Jahre

Name des Kindes _____

Datum _____

Beantwortet von Mutter Vater anderer Bezugsperson: _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste mit solcher Ereignisse. Kreuzen Sie JA an, wenn es dem Kind nach Ihrem Wissen passiert ist. Kreuzen Sie NEIN an, wenn es dem Kind nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer. Ja Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss. Ja Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen. Ja Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in seiner/ihrer Familie. Ja Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört. Ja Nein
6. Gesehen, wie jemand in seiner/ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde. Ja Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde. Ja Nein
8. Jemand, der älter ist als er/sie, hat ihn/sie unerlaubt an seinen/ihren Geschlechtsteilen berührt. Ja Nein
9. Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen. Ja Nein
10. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben. Ja Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt. Ja Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde. Ja Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung. Ja Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen. Ja Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis? Ja Nein
Beschreibung: _____

Welches Ereignis belastet Ihr Kind heute noch am meisten? Nr. _____

Wenn Sie mindestens einmal JA angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die nächsten Fragen.

Kreuzen Sie 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Ihr Kind in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = Nie / 1 = Selten / 2 = Oft / 3 = Fast immer

Mein Kind...

	Nie	Selten	Oft	Fast immer
1. ... hat beunruhigende Gedanken oder innere Bilder von dem belastenden Ereignis. Oder es spielt das Ereignis nach.	0	1	2	3
2. ... hat schlechte Träume von dem belastenden Ereignis.	0	1	2	3
3. ... handelt, spielt oder fühlt, als ob das Ereignis gerade passieren würde.	0	1	2	3
4. ... ist sehr aufgewühlt, wenn es an das belastende Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
5. ... hat starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn es an das Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
6. ... versucht nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. ... bleibt weg von allem, was ihn/sie an das Ereignis erinnert (Aktivitäten, Leute, Orte, Dinge oder Gespräche)	0	1	2	3
8. ... hat sehr negative Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
9. ... hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Ereignis Freude bereitet haben.	0	1	2	3
10. ... fühlt sich von anderen Menschen entfernt.	0	1	2	3
11. ... zeigt weniger positive Gefühle (Freude, Liebe, Glück)	0	1	2	3
12. ... ist reizbar, hat schnell Wutausbrüche oder lässt seine Launen an anderen Menschen oder Dingen aus.	0	1	2	3
13. ... ist übervorsichtig und wachsam.	0	1	2	3
14. ... ist schreckhaft.	0	1	2	3
15. ... hat Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3
16. ... hat Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten.	0	1	2	3
	Σ _____			

Bitte kreuzen Sie JA oder NEIN an, ob diese Probleme das Kind dabei gestört haben:

- | | |
|--|--|
| 1. Mit anderen auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit der Familie auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Spielen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 5. Glückliche sein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Im Kindergarten zurechtkommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Fragebogen zu belastenden Ereignissen- Bezugsperson (CATS-C-D) - 7-17 Jahre

Name des Kindes _____ Datum _____

Beantwortet von Mutter Vater anderer Bezugsperson: _____

Viele Kinder erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Es folgt eine Liste solcher Ereignisse. Kreuzen Sie JA an, wenn es dem Kind nach Ihrem Wissen passiert ist. Kreuzen Sie NEIN an, wenn es dem Kind nicht passiert ist.

1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer. Ja Nein
2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie Autounfall, Fahrradunfall, Sportverletzung oder Hundebiss. Ja Nein
3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen. Ja Nein
4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in seiner/ihrer Familie. Ja Nein
5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu seiner/ihrer Familie gehört. Ja Nein
6. Gesehen, wie jemand in seiner/ihrer Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde. Ja Nein
7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde. Ja Nein
8. Jemand, der älter ist als er/sie, hat ihn/sie unerlaubt an seinen/ihren Geschlechtsteilen berührt. Ja Nein
9. Jemand hat ihn/sie zu Sex gezwungen oder er/sie konnte nicht nein sagen. Ja Nein
10. Eine dem Kind nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben. Ja Nein
11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt. Ja Nein
12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schuss-waffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde. Ja Nein
13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung. Ja Nein
14. Im Kriegsgebiet gewesen. Ja Nein
15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis? Ja Nein
Beschreibung: _____

Welches Ereignis belastet Ihr Kind heute noch am meisten? Nr. _____

Wenn Sie mindestens einmal JA angekreuzt haben, beantworten Sie bitte die nächsten Fragen.

Kreuzen Sie 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Ihr Kind in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = Nie / 1 = Selten / 2 = Oft / 3 = Fast immer

Mein Kind...

	Nie	Selten	Oft	Fast immer
1. ... hat beunruhigende Gedanken oder innere Bilder von dem belastenden Ereignis. Oder es spielt das Ereignis nach.	0	1	2	3
2. ... hat schlechte Träume von dem belastenden Ereignis.	0	1	2	3
3. ... handelt, spielt oder fühlt, als ob das Ereignis gerade passieren würde.	0	1	2	3
4. ... ist sehr aufgewühlt, wenn es an das Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
5. ... hat starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn es an das Ereignis erinnert wird.	0	1	2	3
6. ... versucht nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. ... bleibt weg von allem, was Ihn/Sie an das Ereignis erinnert (Aktivitäten, Leute, Orte, Dinge oder Gespräche).	0	1	2	3
8. ... kann sich an wichtige Teile des Ereignisses nicht erinnern.	0	1	2	3
9. ... hat seit dem Ereignis negative Gedanken über sich selbst, andere oder die Welt.	0	1	2	3
10. ... denkt, dass es passiert ist, weil er/sie oder ein anderer etwas falsch gemacht hat oder nicht genug getan hat um es zu verhindern.	0	1	2	3
11. ... hat sehr negative Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
12. ... hat das Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Ereignis Freude bereitet haben.	0	1	2	3
13. ... fühlt sich von anderen Menschen entfernt.	0	1	2	3
14. ... zeigt weniger positive Gefühle (Freude, Liebe, Glück).	0	1	2	3
15. ... ist reizbar, hat schnell Wutausbrüche oder lässt Launen an anderen Menschen oder Dingen aus.	0	1	2	3
16. ... verhält sich riskant oder schädigt sich selbst.	0	1	2	3
17. ... ist übervorsichtig und wachsam.	0	1	2	3
18. ... ist schreckhaft.	0	1	2	3
19. ... hat Konzentrationsschwierigkeiten.	0	1	2	3
20. ... hat Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten	0	1	2	3

Σ _____

Bitte kreuzen Sie JA oder NEIN an, ob diese Probleme das Kind dabei gestört haben:

- | | | | |
|--------------------------|---|------------------------------|---|
| 1. Mit anderen auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit der Familie auskommen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hobbies/ Spaß haben | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 5. Glücklich sein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Schule | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |

Child and Adolescent Trauma Screen (CATS) - 7-17 Jahre

Name _____ Datum _____

Viele Menschen erleben belastende oder erschreckende Ereignisse. Hier ist eine Liste belastender und erschreckender Ereignisse, wie sie manchmal passieren. Kreuze JA an, wenn es Dir passiert ist. Kreuze NEIN an, wenn es Dir nicht passiert ist.

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Ernste Naturkatastrophe, wie z.B. Überschwemmung, Wirbelsturm, Orkan, Erdbeben oder Feuer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Ernster Unfall oder Verletzung, wie z.B. Autounfall, Sportverletzung, Fahrradunfall oder Hundebiss | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Beraubt mit Bedrohung, Gewalt oder Waffen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt in Deiner Familie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt von jemandem, der nicht zu Deiner Familie gehört | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Gesehen, wie jemand in Deiner Familie geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Gesehen, wie woanders jemand geohrfeigt, geschlagen oder verprügelt wurde | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Jemand, der älter ist als Du, hat Dich unerlaubt an deinen Geschlechtsteilen berührt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Jemand hat Dich zu Sex gezwungen oder Du konntest nicht nein sagen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Eine Dir nahestehende Person ist plötzlich oder gewaltsam gestorben | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Angegriffen, mit Messer, Schusswaffe oder anders schwer verletzt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 12. Gesehen, wie jemand angegriffen, mit Messer, Schuss-waffe oder anders schwer verletzt oder getötet wurde | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. Belastende oder erschreckende medizinische Behandlung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 14. Im Kriegsgebiet gewesen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 15. Ein anderes belastendes oder erschreckendes Ereignis?
Beschreibung: _____ | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Welches Ereignis belastet Dich heute noch am meisten? Nr.: _____

Wenn Du mindestens einmal JA angekreuzt hast, beantworte bitte die nächsten Fragen.

Kreuze bei den folgenden Aussagen 0, 1, 2 oder 3 an um zu beantworten, wie häufig die folgenden Dinge Dich in den letzten 2 Wochen belastet haben:

0 = Nie / 1 = Selten / 2 = Oft / 3 = Fast immer

	Nie	Selten	Oft	Fast immer
1. Beunruhigende Gedanken oder Bilder von dem Ereignis kommen in meinen Kopf.	0	1	2	3
2. Schlechte Träume erinnern mich daran was passiert ist	0	1	2	3
3. Ich habe das Gefühl, als würde es wieder passieren.	0	1	2	3
4. Ich bin sehr beunruhigt, wenn ich daran erinnert werde.	0	1	2	3
5. Ich habe starke körperliche Gefühle (Schwitzen, Herzklopfen, Übelkeit), wenn mich etwas daran erinnert.	0	1	2	3
6. Ich versuche nicht daran zu denken, was passiert ist, oder keine Gefühle dabei zu haben.	0	1	2	3
7. Ich bleibe weg von allem was mich daran erinnert was passiert ist (Leute, Orte, Dinge, Situationen oder Gespräche).	0	1	2	3
8. Ich kann mich an Teile von dem Ereignis nicht erinnern.	0	1	2	3
9. Ich habe negative Gedanken über mich oder andere, wie z.B. „ich werde kein gutes Leben haben“, „man kann niemandem trauen“, „die ganze Welt ist unsicher“.	0	1	2	3
10. Ich gebe mir selbst die Schuld daran was passiert. Oder ich beschuldige jemanden, der nichts dafür kann.	0	1	2	3
11. Ich habe oft schlechte Gefühle (Angst, Wut, Schuld, Scham).	0	1	2	3
12. Ich habe keine Lust mehr zu Sachen, die ich früher gemacht habe.	0	1	2	3
13. Ich fühle mich anderen Menschen nicht nah.	0	1	2	3
14. Ich kann keine guten oder glücklichen Gefühle haben.	0	1	2	3
15. Ich bin wütend, habe Wutanfälle oder lasse meine Wut an anderen aus.	0	1	2	3
16. Ich mache gefährliche Dinge.	0	1	2	3
17. Ich bin übervorsichtig (passe auf, wer in der Nähe ist).	0	1	2	3
18. Ich erschrecke leicht.	0	1	2	3
19. Ich kann schlecht aufpassen.	0	1	2	3
20. Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen.	0	1	2	3

Σ _____

Bitte kreuze JA oder NEIN an, ob diese Probleme Dich dabei gestört haben:

- | | |
|--|---|
| 1. Mit anderen auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 4. Mit meiner Familie auskommen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Hobbies/ Spaß haben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | 5. Glücklich sein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Schule <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Auswertungsblatt (Eltern 4–16 und Jugendliche 11-17)

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm

Name des Kindes:	
Wer füllt den Fragebogen aus:	Geschlecht des Kindes: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
Geburtsdatum des Kindes:	Heutiges Datum:

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht in der Überprüfung der 25 Fragen. Wichtig ist, dass für jede Frage genau ein Kreuz vorhanden ist. Für den Fall, dass zwei Kreuze vorhanden sind oder dass ein Kreuz zwischen die Kästchen geschrieben wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit («Teilweise zutreffend») gezählt. Als nächstes ist die Schablone auf den SDQ-Fragebogen zu justieren. Dafür müssen zuerst die 4 dicken waagerechten Linien auf der Schablone mit den dicken waagerechten Linien auf dem Fragebogen zur Deckung gebracht werden. Weiterhin sollen auch die einzelnen Kästchen der Schablone mit denen auf dem Fragebogen deckungsgleich sein. Die 5 Skalen mit den jeweils 5 Fragen des SDQ werden nacheinander ausgewertet.

Als erstes werden die 5 Antworten für die Skala »Prosoziales Verhalten« zusammengezählt. Dies geschieht, indem die Antworten gemäß der Beschriftung links des Kästchens mit 1 PUNKT oder mit 2 PUNKTEN gewertet werden.

Die Summe der Punkte soll in das vorgesehene Feld der unteren Tabelle (Spalte: »Ermittelte Summen des Fragebogens«) übertragen werden. Durch Verschieben der Schablone wird anschließend die Summe der Angaben auf den vier weiteren Skalen auf die gleiche Weise gebildet. Diese Summenwerte werden ebenfalls in das jeweils vorgesehene Feld der unteren Tabelle übertragen. Jede der fünf Skalen kann somit einen Summenwert zwischen 0 und 10 erreichen. Falls ein oder zwei Werte in einem Bereich fehlen, wird der Bereichswert anhand der mindestens 3 vorhandenen Antworten hochgerechnet. Bei drei und mehr fehlenden Antworten in einem Bereich sollte kein Bereichswert berechnet werden.

Durch Addition der Summen der letzten vier Skalen (Verhaltensprobleme, Emotionale Probleme, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) wird dann der Gesamtproblemwert gebildet und ebenfalls in das vorgesehene Feld der unteren Tabelle (Spalte: »Ermittelte Summen des Fragebogens«) übertragen. Die Skala »Prosoziales Verhalten« wird dabei nicht berücksichtigt.

Zur INTERPRETATION der Angaben dient der Vergleich mit einer repräsentativen Feldstichprobe. Bitte eintragen:

Elternfragebogen (D: N = 930; 6–16J.)	Ermittelte Summen des Fragebogens	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert		0 bis 12	13 bis 15	16 bis 40
Emotionale Probleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Verhaltensprobleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Hyperaktivität		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen		0 bis 3	4	5 bis 10
Prosoziales Verhalten		6 bis 10	5	0 bis 4

Selbstberichtfragebogen (GB: N = 4228; 11-17 J.)	Ermittelte Summen des Fragebogens	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert		0 bis 15	16 bis 19	20 bis 40
Emotionale Probleme		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Hyperaktivität		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen		0 bis 3	4 bis 5	6 bis 10
Prosoziales Verhalten		6 bis 10	5	0 bis 4

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

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

Name des Kindes

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

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

Unterschrift

Datum

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

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Auswertung der Fremdbeurteilungsbögen des SDQ-D

Die 25 Items im SDQ umfassen jeweils fünf Skalen mit fünf Merkmalen. Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. "Teilweise zutreffend" wird mit einer Eins bewertet, aber "nicht zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" wird je nach Merkmal bewertet. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen null und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

<u>Emotionale Probleme</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Klagt häufig über Kopfschmerzen	0	1	2
Hat viele Sorgen	0	1	2
Oft unglücklich	0	1	2
Nervös oder anklammernd	0	1	2
Hat viele Ängste	0	1	2

<u>Verhaltensprobleme</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Hat oft Wutanfälle ...	0	1	2
Im allgemeinen folgsam	2	1	0
Streitet sich oft	0	1	2
Lügt oder mogelt häufig	0	1	2
Stiehlt zu Hause	0	1	2

<u>Hyperaktivität</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Unruhig, überaktiv ...	0	1	2
Ständig zappelig	0	1	2
Leicht ablenkbar	0	1	2
Denkt nach	2	1	0
Führt Aufgaben zu Ende	2	1	0

<u>Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Einzelgänger	0	1	2
Hat wenigstens einen guten Freund	2	1	0
Im allgemeinen bei anderen ...	2	1	0
Wird von anderen gehänselt	0	1	2
Kommt besser mit Erwachsenen aus..	0	1	2

<u>Prosoziales Verhalten</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	0	1	2
Teilt gerne	0	1	2
Hilfsbereit	0	1	2
Liebt zu jüngeren Kindern	0	1	2
Hilft anderen	0	1	2

Um den **Gesamtproblemwert** anzugeben, werden die vier Skalen, die sich auf Probleme beziehen, aufsummiert. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 -40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 der 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis wiederum

hochgerechnet werden.

Interpretation der Werte und Definition einer Störung

Die angegebene Verteilung wurde so gewählt, dass ca 80 % der Kinder als normal, 10 % als grenzwertig auffällig und 10 % als auffällig eingestuft werden. So lässt sich z.B. bei der Fragestellung nach einer Gruppe von Kindern mit hohen Risikofaktoren, bei denen eine grössere Anzahl falsch positiver Fälle unproblematisch ist, ein cut-off bei grenzwertigen Werten wählen. Sollen bei einer Studie möglichst wenig falsch positive Ergebnisse erfasst werden, empfiehlt es sich, nur Kinder mit einem hohen Wert für Auffälligkeiten miteinzubeziehen.

	<u>Normal</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
<u>Eltern-Fragebogen</u>			
Gesamtproblemwert	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Emotionale Probleme	0 - 3	4	5 - 10
Verhaltensprobleme	0 - 2	3	4 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0 - 2	3	4 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4

Lehrer-Fragebogen

Gesamtproblemwert	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Emotionale Probleme	0 - 4	5	6 - 10
Verhaltensprobleme	0 - 2	3	4 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

Dein Name

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift

Datum

Vielen Dank für Deine Hilfe

Auswertung der Selbsteinschätzungsbögen des SDQ-D

Die 25 Items im SDQ umfassen jeweils fünf Skalen mit fünf Merkmalen. Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. "Teilweise zutreffend" wird mit einer Eins bewertet, aber "nicht zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" wird je nach Merkmal bewertet. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen null und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

<u>Emotionale Probleme</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich habe häufig Schmerzen ...	0	1	2
Ich mache mir häufig Sorgen	0	1	2
Ich bin oft unglücklich	0	1	2
Neue Situationen machen mich nervös	0	1	2
Ich habe viele Ängste	0	1	2

<u>Verhaltensprobleme</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich werde leicht wütend ...	0	1	2
Ich tue, was man mir sagt ...	2	1	0
Ich schlage mich häufig	0	1	2
Ich lüge oder moegele	0	1	2
Ich nehme Dinge, die ...	0	1	2

<u>Hyperaktivität</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich bin oft unruhig ...	0	1	2
Ich bin dauernd in Bewegung ...	0	1	2
Ich lasse mich leicht ablenken ...	0	1	2
Ich denke nach, bevor ich handele	2	1	0
Ich mache zu Ende	2	1	0

<u>Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich bin meistens für mich alleine	0	1	2
Ich habe einen guten Freund ...	2	1	0
Ich bin bei Gleichaltrigen beliebt	2	1	0
Ich werde gehänselt	0	1	2
Ich komme mit Erwachsenen aus ...	0	1	2

<u>Prosoziales Verhalten</u>	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu sein ...	0	1	2
Ich teile normalerweise ...	0	1	2
Ich bin hilfsbereit, wenn ...	0	1	2
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	0	1	2
Ich helfe oft freiwillig	0	1	2

Um den **Gesamtproblemwert** anzugeben, werden die vier Skalen, die sich auf Probleme beziehen, aufsummiert. Der Gesamtwert liegt zwischen 0 -40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 der 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis wiederum

hochgerechnet werden.

Interpretation der Werte und Definition einer Störung

Die angegebene Verteilung wurde so gewählt, dass ca 80 % der Kinder als normal, 10 % als grenzwertig auffällig und 10 % als auffällig eingestuft werden. So lässt sich z.B. bei der Fragestellung nach einer Gruppe von Kindern mit hohen Risikofaktoren, bei denen eine grössere Anzahl falsch positiver Fälle unproblematisch ist, ein cut-off bei grenzwertigen Werten wählen. Sollen bei einer Studie möglichst wenig falsch positive Ergebnisse erfasst werden, empfiehlt es sich, nur Kinder mit einem hohen Wert für Auffälligkeiten miteinzubeziehen.

	<u>Normal</u>	<u>Grenzwertig</u>	<u>Auffällig</u>
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensprobleme	0 - 3	4	5 - 10
Hyperaktivität	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Prosoziales Verhalten	6 - 10	5	0 - 4

Prosoziales Verhalten	Verhaltensprobleme	Emotionale Probleme	Hyperaktivität	Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- **Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden**
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Zusammenfassung der Fragebogengestützten orientierenden Befragung

Name des Kindes/Jugendlichen:

Datum der Befragung:

Begleitende Bezugsperson(en):

Interviewer/In:

I Angaben der Misshandlungsanamnese: Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung und/oder häuslicher Gewalt Selbstbericht Fremdbbericht durch _____

II CATS (Child and Adolescent Trauma Screening)

Welches Ereignis als subjektiv belastendstes benannt? Selbstbericht Fremdbbericht

Ausgefüllte Version	Ermittelter Gesamtwert	Unauffällig	Auffällig
Selbstbericht (7-17 Jahre)		0 bis 20	21 bis 60
Eltern 7-17 Jahre		0 bis 20	21 bis 60
Eltern 3-6 Jahre		0 bis 15	16 bis 48

Hinweise auf Posttraumatischen Belastungsstörung JA NEIN

III Fragebogen zu Stärken und Schwächen

Fremdbbericht ausgefüllt durch	Ermittelte Summe	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert		0 bis 12	13 bis 15	16 bis 40
Emotionale Probleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Verhaltensprobleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Hyperaktivität		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen		0 bis 3	4	5 bis 10
Prosoziales Verhalten		6 bis 10	5	0 bis 4

Selbstberichtfragebogen	Ermittelte Summe	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert		0 bis 15	16 bis 19	20 bis 40
Emotionale Probleme		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Hyperaktivität		0 bis 5	6	7 bis 10
Verhaltensprobleme mit Gleichaltrigen		0 bis 3	4 bis 5	6 bis 10
Prosoziales Verhalten		6 bis 10	5	0 bis 4

Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten JA NEIN

IV Weiteres Vorgehen nach Befragung:

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- **Formular „Liste der Therapiehindernisse“**
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Code: _____

Liste der Therapiehindernisse

Therapiehindernisse

Lösungsvorschläge

➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤

➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- **Formular „Vereinbarung“**
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Vereinbarung

Kind oder Jugendlicher

Begleitperson

Case-Manager(in)

einigen sich auf folgendes weiteres Vorgehen (detaillierte Beschreibung des geplanten Vorgehens mit jeweils ausführendem Akteur):

Ort, Datum _____

Unterschrift Kind/Jugendlicher _____

Unterschrift Begleitperson _____

Unterschrift Case-Manager/in _____

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- **Muster Schweigepflichtsentbindung**
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

Einverständniserklärung

Hiermit entbinde(n) wir/ich

Name der/des Sorgeberechtigten _____

die Klinik/ die Praxis _____

von der Schweigepflicht gegenüber _____
(Case-Manager)

bezüglich Anwesenheit bei Therapieterminen.

Name des Kindes _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Klinik/Praxis _____ den
Case-Manager _____ informiert, wenn mein Kind nicht mehr
regelmäßig an Therapiesitzungen teilnimmt. Des Weiteren bin ich damit
einverstanden, dass der Case-Manager der Klinik/Praxis Informationen zukommen
lässt, die für eine erfolgreiche Therapieplanung notwendig sind (Kontakt Daten,
Rahmenbedingungen etc.).

Ort, Datum _____

Unterschrift Sorgeberechtigter _____

Unterschrift Sorgeberechtigter _____

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- **Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung**
- Checkliste Case-Management
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern



Klient:

Ihr Name: _____

Protokollbogen „Vermittlung und Therapiebegleitung“

Im Folgenden bitten wir Sie um eine kurze Protokollierung der Case-Management Interventionsschritte „Vermittlung und Therapiebegleitung“. Bitte beachten Sie, dass es in den wenigsten Fällen möglich sein wird, alle genannten Schritte vollständig und erfolgreich auszuführen. Der Vollständigkeit halber, sind alle diese Maßnahmen aufgeführt, es ist jedoch völlig normal, wenn auch mal ein „Nein“ angekreuzt wird.

Schritt 16: Folgende geeignete klinische Einrichtung wurde ausgewählt:

Schritt 17: Folgender Anmeldemodus wurde ermittelt:

Schritt 18: Kontakt des Kindes/Jugendlichen mit klinischen Einrichtung ist hergestellt:

Ja, Datum: . .

Nein, Gründe:

Schritt 19: Das Kind / der Jugendliche war beim ersten Gespräch in der Klinik/Praxis

Ja

Nein, Gründe:

Neuer Termin mit Case-Manager zur Erörterung von Hindernissen wurde vereinbart

Ja Nein

Bitte protokollieren Sie im Folgenden, den Kontakt bzw. die Kontakte, welche mit dem betroffenen Kind und/oder der Bezugsperson, im Rahmen der „Vermittlung und Therapiebegleitung“ stattgefunden haben:

(Sofern nur ein Termin stattgefunden hat, muss nur eine Zeile ausgefüllt werden)

Datum	Persönlich vs. Telefonisch	Dauer in Minuten
1) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. _____ Minuten
2) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. _____ Minuten
3) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. _____ Minuten
4) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. _____ Minuten
5) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Persönlich <input type="checkbox"/> Telefonisch	Ca. _____ Minuten

Ist der Beginn einer Therapie geplant?

Ja, Am . . soll folgende Therapie begonnen werden:

Nein, Gründe:



Klient:

Ihr Name: _____

Hat das Kind / der Jugendliche (bzw. die Familie) eine Therapie begonnen?

Ja, Datum: . .

Nein, Gründe:

Hat eine gemeinsame Therapie- und Hilfeplanung statt gefunden:

Ja, Datum: . .

Nein, Gründe:

Es wurden folgende zusätzliche Unterstützungen eingeleitet:

Das Kind / der Jugendliche besucht die Therapie nach 6-8 Wochen weiterhin regelmäßig

Ja, Datum: . .

Nein, Gründe:

Falls nach 6-8 Wochen kein regelmäßiger Therapiebesuch erfolgt: Hat ein erneutes beratendes Gespräch stattgefunden

Ja, Datum: . .

Nein, Gründe:

Kontakte des Case-Managers mit der klinischen Einrichtung/Praxis (bitte mit Datum, Anlass und Themen des Gesprächsinhaltes auflisten):

<p>➤</p> <p>➤</p> <p>➤</p>

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- **Checkliste Case-Management**
- Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern



Checkliste benötigter Unterlagen für das Case-Management

Interventionsmanual

Eingangskontakt

Liste der Therapiehindernisse

Haftnotizen und Stifte

Formular Vereinbarung

Formular Schweigepflichtsentbindung

Protokollbogen Eingangskontakt

Vermittlung

Kontaktliste gemeindenaher klinischer Einrichtungen und Niedergelassenen

Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung

Therapiebegleitung

Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung

Anhang

- Protokollbogen Eingangskontakt
- Übersicht Misshandlungsanamnese
- Fragebögen für die orientierende Befragung zur psychischen Belastung des Kindes (CATS und SDQ in Versionen für Bezugspersonen und für Kinder/Jugendliche) mit Auswertungshinweisen und Schablone
- Dokumentation der orientierenden Befragung zum psychischen Befinden
- Formular „Liste der Therapiehindernisse“
- Formular „Vereinbarung“
- Muster Schweigepflichtsentbindung
- Protokollbogen Vermittlung und Therapiebegleitung
- Checkliste Case-Management
- **Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern**

Checkliste für die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern

(in Anlehnung an Rauch, 2011 und Van Keuk & Ghaderi, 2011)

Vorgespräch	
	Gegenseitiges Kennenlernen
	Informationen geben zum Zeitrahmen, zur Bezahlung, zur Schweigepflicht
	Beschreibung der eigenen Tätigkeit
	Information über den Stil der Übersetzung (direkt, alles übersetzen)
	Kontakt zwischen Sprachmittler und Klient vor und nach dem Gespräch vermeiden
Gespräch	
	Zum Gespräch auffordern
	Klient den Sitzplatz wählen lassen. Hauptkommunikationsfluss zwischen Berater und Klient, Augenkontakt zu allen möglich
	Alle Personen und Rollen vorstellen, Gesprächsführung klären
	Regeln klären (Schweigepflicht, alles wird übersetzt, keine weiteren Kontakte, Umgang mit zufälligen Kontakten)
	Abstrakte Begriffe im Deutschen klären
	Zwischenfrage: Verstehen sich Klient und Dolmetscher sprachlich?
Nachbesprechung	
	Getrennte Gespräche mit Dolmetscher und Klienten: Wie war die Verständigung?
	Sprachmittler und Klienten nicht gemeinsam gehen lassen
Speziell mit dem Sprachmittler	
	Gab es Besonderheiten?
	Möglichkeit, sich Informationen zum kulturellen und regionalen Hintergrund zu holen
	kurze Entlastung und Befindlichkeitsklärung nach belastenden Gesprächen
	Klären des weiteren Vorgehens

Quelle:

Rauch, S. (2011). Soziale Arbeit mit Menschen aus unterschiedlichen Ländern und Sprachen. In E. van Keuk, C. Ghaderi, I. Joksimovic, D. David (Hrsg.), Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, S. 261 - 265

Van Keuk, E. & Ghaderi, C. (2011). Leitfaden zum Einsatz von Dolmetschern bzw. Sprach- und Kulturmittlern. In E. van Keuk, C. Ghaderi, I. Joksimovic, D. David (Hrsg.), Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, S. 266 - 267