

Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)



Konsortialführung:	CSG Clinische Studiengesellschaft GmbH
Förderkennzeichen:	01NVF17020
Akronym:	CCSchool
Projekttitel:	Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und seelischen Störungen
Autor:	Steffen Lütte
Förderzeitraum:	18. September 2017 – 30. April 2021

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	3
1.	Zusammenfassung.....	4
2.	Beteiligte Projektpartner.....	5
3.	Projektziele.....	5
4.	Projektdurchführung.....	6
4.1	Beschreibung der neuen Versorgungsform	6
4.1.1	Prozess A: Standardisierte Diagnostik.....	7
4.1.2	Prozess B: Schulbasiertes Therapeutic Assessment.....	7
4.1.3	Prozess C: Schulbasierte Therapie	8
4.2	Studienzentren und Leistungserbringer.....	9
4.3	Rechtgrundlage der Versorgung	9
4.3	Herausforderungen bei der Implementierung der neuen Versorgungsform	9
4.3.1	Gewinnung von Krankenkassen	9
4.3.2	Zusammenarbeit mit Schulbehörden	10
4.3.3	Gewinnung von niedergelassenen Behandlungsverantwortlichen (BHV).....	10
4.3.4	Gewinnung von CCSchool-Therapeuten (CCS-THP)	10
5.	Methodik.....	10
5.1	Darstellung des Evaluationsdesigns	10
6.	Projektergebnisse.....	16
6.1	Kursevaluation des E-Learning-Kurses „Schulbasierte Interventionen“	16
6.2	Ergebnisse der Evaluation des CCSchool-Programms:.....	17
6.2.1	Stichprobenbeschreibung	17

6.2.2 Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken der Teilnehmenden.....	18
6.2.3 Beschreibung der Einschlussdiagnostik	18
6.2.4 Randomisierungscheck.....	18
6.3 Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform.....	19
6.4 Effektevaluation	20
6.4.1 Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen	20
6.4.2 Verbesserung der Teilhabe	21
6.4.3 Verbesserung der Lebensqualität	21
6.5 Prozessbewertung.....	22
6.5.1 Prozessbewertung aus Sicht der Leistungserbringer	22
6.5.2 Prozessbewertung aus Sicht der Studienteilnehmer	26
6.5.3 Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner	27
7. Diskussion der Projektergebnisse	31
8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung	32
9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	33
10. Literaturverzeichnis.....	33
11. Anhang	36
12. Anlagen.....	36

I. Abkürzungsverzeichnis

BHV	Behandlungsverantwortliche
CBCL	Child Behavior Checklist
CCS-THP	Therapeutinnen und Therapeuten
C-GAF	Child Global Assessment of Functioning
CIS	Columbia Impairment Scale
ICF	International Classification of Functioning
ZfP	Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg
IG	Interventionsgruppe
IG+KG-I	Interventionsgruppe plus Wartekontrollgruppe
IV-Vertrag	Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V
KG	Kontrollgruppe
KG-I	Wartekontrollgruppe
KIJ	Kinder und Jugendliche
LE	Leistungserbringende
M	Mittelwert
n	Stichprobengröße
SD	Standardabweichung
TRF	Teacher Report Forms

1. Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche (KIJ) mit (drohender) seelischer Behinderung benötigen häufig ein Leben lang gute und kontinuierliche medizinische Versorgung. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die die seelische Behinderung begründen, sind zudem mit langfristigen Nachteilen für die weitere Entwicklung verbunden. So weisen ungefähr die Hälfte der betroffenen KIJ auch im Erwachsenenalter noch eine psychische Störung und körperliche Beeinträchtigungen auf (Kim-Cohen et al., 2003; Fergusson et al., 2005; Chen et al., 2009). Mittelfristig sind häufig schulische Leistungseinbußen und gesundheitliches Risikoverhalten zu beobachten (Patel et al., 2007). Laut den Ergebnissen der KIGGS-Studie des RKI waren im Zeitraum von 2014 bis 2017 17 % der KIJ psychisch auffällig und 22 % davon haben psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen (Klasen et al., 2017). Um eine Chronifizierung und die angesprochenen mittel- und langfristigen Folgen zu vermeiden, ist eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik und bedarfsgerechte Therapie essentiell. Als Ziel der kontinuierlichen Behandlung von KIJ mit (drohender) seelischer Behinderung im CCSchool-Konzept gilt es vor allem den Drehtüreffekt zu vermeiden. *Weniger (teil-)stationäre Aufenthalte oder eine geringere Verweildauer im Krankenhaus* ermöglichen eine kontinuierliche Teilhabe in den normalen sozialen Settings und somit auch kontinuierliche Therapie der Problemlagen unter Einbezug der natürlichen Umgebung. Durch den Therapieansatz *Continuum of Care* wird den erkrankten KIJ eine *bessere soziale Teilhabe* ermöglicht. Teilhabe bedeutet u. a. weniger Fehlzeiten im Sozialkontext Schule, so dass auch eine kontinuierliche Schulausbildung gegeben ist. Weiterhin soll durch CCSchool und den Verbleib der KIJ in der natürlichen Umgebung die *Lebensqualität der Betroffenen gefördert* werden.

CCSchool wird in einem cluster-randomisierten Design mit einer Wartekontrollgruppe als Basis für die Ergebnisevaluation (Effektevaluation) evaluiert. Die Randomisierung erfolgt auf Landkreisebene, wobei der Standort der Schule der teilnehmenden KIJ ausschlaggebend für die Gruppenzugehörigkeit ist. Vorgesehen war zunächst eine Analyse von Primärdaten der cluster-randomisierten Studie (Eva-1) und Routinedaten von beteiligten Krankenkassen. In den Routinedaten sollten zwei (nach Propensity Scores) gematchte Vergleichsgruppen aus anderen Regionen als den CCSchool Regionen (Eva-2) und aus dem Vorzeitraum in den CCSchool-Regionen (Eva-3) gebildet werden. Aufgrund des geringen Anteils an Teilnehmenden unter den Versicherten der beteiligten Krankenkassen, konnten die Analysen der Routinedaten der Krankenkassen jedoch nicht umgesetzt werden. Für die Ergebnisevaluation werden daher ausschließlich Primärdaten im Längsschnitt analysiert, wobei Veränderungen über die Zeit zwischen Kontrollgruppe und Interventionsgruppe (inklusive der KIJ der Wartekontrollgruppe, die die Intervention erhalten haben) verglichen werden. Das Design wurde im Projektverlauf zudem um eine ausführliche Prozessevaluation mit Interviews und Befragung der Leistungserbringer und Projektpartner erweitert, die die bereits vorgesehene Prozessevaluation unter den Teilnehmenden ergänzt.

Das Projekt CCSchool konnte aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen nicht in der ursprünglich geplanten Form durchgeführt und evaluiert werden. Dennoch bieten die mit der Ergebnis- und Prozessevaluation gewonnenen Erkenntnisse die Möglichkeit eine Einschätzung hinsichtlich des Potenzials des Therapieansatzes vorzunehmen und Empfehlungen für zukünftige Studien bzw. Hinweise zur Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten.

2. Beteiligte Projektpartner

Konsortialführung: CSG Clinische Studiengesellschaft GmbH, Berlin (Projektleitung: Dr. Marc Kurepkat). Die CSG GmbH ist eine überwiegend im Bereich der klinischen Forschung tätige 100%-Tochtergesellschaft der IGES Institut GmbH. Aufgaben: Managementgesellschaft für den Selektivvertrag und als Konsortialführer verantwortlich für das gesamte Projektmanagement.

Konsortialpartner: (1) Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm (Direktor: Prof. Dr. Jörg M. Fegert). Aufgaben: Entwicklung der Konzepte und zentrale fachliche Steuerung, regionale Steuerung und Implementierung (Südwest/Nordost) in Zusammenarbeit mit ZfP Südwürttemberg (CA PD Dr. Isabel Böge) und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ruppiner Kliniken (CA Prof. Dr. Michael Kölch). Aufgaben: Mitwirkung Konzeptentwicklung, regionale Steuerung und Implementierung. (2) Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrische Klinik Lüneburg (CA Dr. Alexander Naumann). Aufgaben: Mitwirkung Konzeptentwicklung, regionale Steuerung und Implementierung (Nordwest). (3) Techniker Krankenkasse (Ansprechpartner: Lena Zwanzleitner). Aufgaben: Vertragskoordination und –gestaltung des Selektivvertrags; Datenauswertung und -bereitstellung für die Evaluation.

Evaluator: IGES Institut GmbH, Berlin (Projektleitung IGES: Hans-Dieter Nolting). Das IGES Institut ist ein seit 1980 tätiges Forschungs- und Beratungsinstitut im Gesundheitswesen mit ca. 70 wissenschaftlichen Mitarbeitern. IGES verfügt über umfangreiche Erfahrung in der Evaluation von Modellvorhaben.

Kooperationspartner: Folgende Krankenkassen sind dem Selektivvertrag zu CCSchool beigetreten: BKK Mobil Oil, BKK VerbundPlus, BKK Linde, BKK ZF&Partner, Daimler BKK, DAK Gesundheit.

Mit folgenden Krankenkassen wurde eine Kooperationsvereinbarung getroffen, aufgrund derer Versicherter dieser Kassen am CCSchool-Programm teilnehmen konnten: AOK Baden-Württemberg, AOK Niedersachsen.

3. Projektziele

Kinder und Jugendliche (KIJ) mit (drohender) seelischer Behinderung benötigen häufig ein Leben lang gute und kontinuierliche medizinische Versorgung. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die die seelische Behinderung begründen, sind zudem mit langfristigen Nachteilen für die weitere Entwicklung verbunden. So weisen ungefähr die Hälfte der betroffenen KIJ auch im Erwachsenenalter noch eine psychische Störung und körperliche Beeinträchtigungen auf (Kim-Cohen et al., 2003; Fergusson et al., 2005; Chen et al., 2009). Mittelfristig sind häufig schulische Leistungseinbußen und gesundheitliches Risikoverhalten zu beobachten (Patel et al., 2007). Laut den Ergebnissen der KIGGS-Studie des RKI waren im Zeitraum von 2014 bis 2017 17 % der KIJ psychisch auffällig und 22 % davon haben psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen (Klasen et al., 2017). Um eine Chronifizierung und die angesprochenen mittel- und langfristigen Folgen zu vermeiden, ist eine frühzeitige und sorgfältige Diagnostik und bedarfsgerechte Therapie essentiell.

Im deutschen Gesundheitssystem nahm die Zahl der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte mit einer Diagnose aus dem Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) für KIJ unter 15 Jahren in Deutschland von 2000 bis 2010 um 49 % zu (von 296 auf 441 Krankenhaufälle) und verblieb bis 2019 ungefähr auf demselben Niveau von 447 bis 476

Krankenhausfällen pro Jahr (Gesundheitsberichterstattung des Bundes)¹. Der Anstieg an psychiatrischen Hospitalisierungen kann auch in defizitären sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen, die keine kontinuierliche Behandlung gewährleisten, begründet sein. Wiederkehrende Krankenhausaufenthalte (sogenannter Drehtüreffekt) führen zu einer Diskontinuität sowohl in der Behandlung, wegen eines stetigen Wechsels zwischen ambulanter und stationärer Versorgung und dem damit verbundenen Transferverlust von stationär erzielten Behandlungserfolgen, als auch in der schulischen Ausbildung, wegen wiederholter (längerer) Fehlzeiten. Dadurch besteht auch die Gefahr einer chronischen sozialen Desintegration. An diesem Punkt setzt CCSchool an: Das Behandlungskonzept zielt darauf ab, mit der Umsetzung des internationalen Standards eines sektorübergreifenden *Continuum of Care* eine kontinuierliche Behandlung unter Einbezug des Schulkontexts zu ermöglichen.

Da der Schulkontext einer der wichtigsten Sozialkontexte von KIJ ist und aus diesem auch häufig Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten kommen (Burns et al., 1995), ist es naheliegend diesen Kontext in die Therapie von KIJ mit (drohender) seelischer Behinderung einzubeziehen, bzw. falls erforderlich, im Schulkontext Interventionen durchzuführen. So konnte in einem systematischen Review von randomisiert-kontrollierten Studien, in denen schulbasierte Behandlungsansätze untersucht wurden, gezeigt werden, dass dadurch positive Effekte auf Wohlbefinden, Verhalten und psychische Gesundheit erreicht werden können (Cossu et al., 2015). In Deutschland arbeiten die Schulsysteme, Gesundheitssysteme und die Kinder- und Jugendhilfe noch wenig verschränkt. Dabei würde ein vernetztes Vorgehen eine Therapie in der bzw. unter Einbezug der natürlichen Umgebung, d. h. dem ökologisch validen Alltagssetting Schule und Familie, ermöglichen und somit Probleme in dem Kontext behandeln, in dem sie auch zu Tage treten bzw. entstehen (vgl. Barbot et al., 2016; Böge et al., 2015; Corpus et al., 2014; Schmidt et al., 2006; Mattejat et al., 2001).

Als Ziel der kontinuierlichen Behandlung von KIJ mit (drohender) seelischer Behinderung im CCSchool-Konzept gilt es vor allem den Drehtüreffekt zu vermeiden. *Weniger (teil-)stationäre Aufenthalte oder eine geringere Verweildauer im Krankenhaus* ermöglichen eine kontinuierliche Teilhabe in den normalen sozialen Settings und somit auch kontinuierliche Therapie der Problemlagen unter Einbezug der natürlichen Umgebung. Durch den Therapieansatz *Continuum of Care* wird den erkrankten KIJ eine *bessere soziale Teilhabe* ermöglicht. Teilhabe bedeutet u. a. weniger Fehlzeiten im Sozialkontext Schule, so dass auch eine kontinuierliche Schulausbildung gegeben ist. Weiterhin soll durch CCSchool und den Verbleib der KIJ in der natürlichen Umgebung die *Lebensqualität der Betroffenen gefördert* werden.

4. Projektdurchführung

4.1 Beschreibung der neuen Versorgungsform

Der Continuum of Care Ansatz von CCSchool unterteilt sich in drei Prozesse, die vom BHV ggf. mit Unterstützung von CCS-THP umgesetzt werden. Die beteiligten BHV und CCS-THP werden für die Durchführung der drei Prozesse in einem E-Learning mit fünf Modulen trainiert, welches im Projekt entwickelt wurde. Nach erfolgreichem Abschluss der ersten drei Module können die BHV und CCS-THP dem für CCSchool vereinbarten Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V (IV-Vertrag) beitreten und CCSchool-Leistungen erbringen. Die

¹ https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=48817730&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=550&p_ansnr=68006817&p_version=2&D.001=1000001&D.946=14493&D.011=44302 (abgerufen am 26.07.2021)

nur für die BHV vorgesehenen zusätzlichen Module 4 und 5 können innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn des E-Learnings absolviert werden.

Für die BHV bestehen folgende Qualifikationsvoraussetzungen: Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin; approbierte/r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in oder Psychologische Psychotherapeut/in; Arzt/Ärztin in Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -pädiatrie; in Institutionen tätige/r Psychologe/in; Pädagoge/in, Sozialarbeiter/in oder Sozialpädagoge/in in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen- bzw. Psychologische/n Psychotherapeut/in.

Die Qualifikationsvoraussetzungen für die CCS-THP sind: Sozialarbeiter/in, Sozialpädagoge/in, Psychologe/in ohne Approbation, Pädagoge/in, Pflegekraft, Erziehungsfachkraft oder andere Berufsgruppen mit systemischer oder psychotherapeutischer Weiterbildung (in Nicht-Richtlinienpsychotherapieverfahren, ohne Approbation als Abschluss), Ergotherapeut/in, Arbeitstherapeut/in, Musiktherapeut/in, Kreativtherapeut/in, Physiotherapeut/in.

Es haben sich insgesamt 224 Personen für die Kursteilnahme angemeldet, 130 BHV und 94 CCSchooltherapeut*innen. Davon haben 140 Personen den Kurs mit Zertifikat abgeschlossen, 82 BHV und 58 CCSchooltherapeut*innen.

4.1.1 Prozess A: Standardisierte Diagnostik

Die standardisierte Diagnostik besteht aus drei Teilen und wird vollständig von den BHV durchgeführt. Im ersten Teil, der Teil der Regelversorgung ist, erfolgt eine körperliche bzw. neurologische Diagnostik, die, falls erforderlich und nicht in der Kompetenz der BHV, nach Überweisung durch eine entsprechende Fachärztin bzw. einen entsprechenden Facharzt durchgeführt wird, einer Funktionsdiagnostik mittels des Child Global Assessment of Functioning (C-GAF, Shaffer et al., 1983) und der Untersuchung des psychosozialen Funktionsniveaus anhand von psychometrischen Verfahren (Columbia Impairment Scale (CIS, Bird et al., 1993), Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach, 1991; Döpfner et al., 2014).

Im zweiten Teil wird ein an der International Classification of Functioning (ICF; World Health Organization, 2001) orientiertes halbstandardisiertes Interview mit den Sorgeberechtigten geführt, um hinderliche und förderliche Faktoren der Teilhabe sowie Teilhabe-wünsche zu erheben.

Im dritten Teil werden alle Befunde in einem strukturierten Bericht (Beispiel siehe Anlage 3; S. 1-8) zusammengefasst und bewertet, der Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe durch medizinische Therapiemaßnahmen (Behandlungsplan) und adjuvante soziale Hilfsmaßnahmen (Input für einen Gesamthilfeplan) enthält. Zudem treffen die BHV aufgrund der ermittelten Befunde die Entscheidung, ob Prozess B ausgelöst wird.

Die Teilleistung Prozess A wurde mit 105,00 Euro (2018), 108,00 Euro (2019) und 111,00 Euro (2020 und folgende) vergütet.

4.1.2 Prozess B: Schulbasiertes Therapeutic Assessment

Im schulbasierten Therapeutic Assessment arbeiten BHV und CCS-THP in drei Schritten zusammen. Schritt 1 wird vollständig von den CCS-THP durchgeführt und ist eine teilnehmende Beobachtung der KIJ im Schulkontext. Es umfasst eine Verhaltens- und Teilhabediagnostik zur Feststellung, in welchen Bereichen die Teilhabe beeinträchtigt ist. Zudem wird die Lehrereinschätzung mithilfe des Teacher Report Forms (TRF) der CBCL erhoben.

Schritt 2 ist ein Termin der Sorgeberechtigten, der betroffenen KIJ und ggf. der Lehrkraft mit BHV und CCS-THP in der Praxis der BHV zur weiteren Behandlungsplanung. Bei vorliegender Behandlungsindikation wird gemeinsam eine Zielsystematik anhand eines Goal Attainment Scaling (Kleinrahm et al., 2013) erstellt und eine lösungsorientierte Erstintervention nach der

Methode des Therapeutic Assessments (Ougrin et al., 2013) durchgeführt. Dabei wird die Problematik der KiJ anhand eines auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden Diagramms erarbeitet und es werden lösungsorientierte Handlungsansätze ergänzt. Die so erarbeiteten Problemlösestrategien werden den Sorgeberechtigten und KiJ mitgegeben, um sie in den nächsten vier Wochen anzuwenden.

Schritt 3 wird allein von den BHV durchgeführt und umfasst einen nach einer Woche zugeschickten verstärkenden Kurzbericht (Beispiel, siehe Anlage 3, S.9) zu den Inhalten des in Schritt 2 erarbeiteten Diagramms und einen Telefonkontakt nach Ablauf der vier Wochen zur Bewertung der Effektivität der Erstintervention. Basierend auf der Bedarfslage nach Abschluss von Prozess B, d. h. ob weiterhin eine Behandlungsbedürftigkeit im Schulkontext besteht, wird durch die BHV Prozess C in einer Basis- oder Intensiv-Variante angestoßen.

Folgende Teilleistungen des Prozesses B konnten durch die Leistungserbringer wie folgt abgerechnet werden:

- Prozess B1 (Teilnehmende Beobachtung des Kindes im schulischen Milieu und Lehrergespräche nach (halb-) standardisierter Vorgabe): 97,00 € (2018); 101,00 € (2019), 103,00 € (2020 und folgende)
- Prozess B2C (Abstimmung der anhand einer Zielsystematik dokumentierten Ergebnisse mit den Beteiligten, gefolgt von verhaltenstherapeutischer Kurzintervention; CCS-THP): 46,00 € (2018); 48,00€ (2019); 49,00 € (2020 und folgende)
- Prozess B2B (Abstimmung der anhand einer Zielsystematik dokumentierten Ergebnisse mit den Beteiligten, gefolgt von verhaltenstherapeutischer Kurzintervention; BHV): 105,00 € (2018), 108,00 € (2019) und 111,00 € (2020 und folgende)
- Prozess B3 (Verstärkender Kurzbericht nach einer Woche, Telefonkontakt nach vier Wochen zur Evaluation der Effektivität der Intervention): 35,00 € (2018); 36,00€ (2019); 37,00 € (2020 und folgende)

4.1.3 Prozess C: Schulbasierte Therapie

Die schulbasierte Therapie wird gemeinsam von CCS-THP und BHV durchgeführt und umfasst drei Teile. In Teil 1 setzen die CCS-THP etablierte und individualisiert mit Sorgeberechtigten, KiJ und Schule abgestimmte psychotherapeutische Methoden entsprechend der jeweiligen Indikation in der Schule um. Die Sozialarbeit in der Schule wird dadurch sinnvoll um kurative Aspekte ergänzt. In der Basis-Variante besteht die schulbasierte Therapie aus vier bis sechs Terminen, in der Intensiv-Variante aus sechs bis zwölf Terminen, die sich über drei Monate erstrecken.

Teil 2 findet nur im Rahmen der Intensiv-Variante statt und beinhaltet dem Bedarf entsprechende Telefonkontakte mit den BHV, während der dreimonatigen schulbasierten Therapie (ca. ein Termin pro Monat).

Teil 3 ist eine monatliche Abstimmung und Supervision zwischen BHV und CCS-THP zum Behandlungsverlauf, wobei ggf. die Methodik und das Vorgehen angepasst werden. Zu-dem werden die Effekte anhand des Goal Attainment Scaling (Lutz et al., 2008) gemessen.

Folgende Teilleistungen des Prozesses C konnten wie folgt abgerechnet werden:

- Prozess C1 (3 monatiges Behandlungsprogramm bestehend aus z.B. Kleingruppenarbeit, Anti-Stigma-/ Anti-Mobbing-Training, Psychoedukation, Skills-

Training, Good Behavior Game; Basis mit 4-6 Terminen / Intensiv mit 6-12 Terminen): 75,00 € je Termin (2018); 77,00 € je Termin (2019), 79,00 € je Termin (2020 und folgende)

- Prozess C2 (Telefonkontakte mit Patienten (nur bei Intensivvariante)): 46,00 € (2018); 48,00€ (2019); 49,00 € (2020 und folgende)
- Prozess C3C (Fallübergreifende Abstimmung und Supervision zwischen BHV & THP einmal pro Monat; CCS-THP): 46,00 € (2018), 48,00 € (2019) und 49,00 € (2020 und folgende)
- Prozess C3B (Fallübergreifende Abstimmung und Supervision zwischen BHV & THP einmal pro Monat; BHV): 105,00 € (2018), 108,00 € (2019) und 111,00 € (2020 und folgende)

4.2 Studienzentren und Leistungserbringer

Die Versorgung in CCSchool wurde in der Umgebung von vier Studienzentren in drei Bundesländern umgesetzt. Die beteiligten Studienzentren sind die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikum Ulm, die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Klinik Lüneburg und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ruppiner Kliniken. Die Studienzentren setzen eigene BHV und CCS-THP ein und unterstützen zudem niedergelassene Leistungserbringer, die sich über das E-Learning für eine Beteiligung an CCSchool qualifiziert haben.

4.3 Rechtgrundlage der Versorgung

Der zwischen den Projektpartnern abgestimmte und geschlossene Selektivvertrag gemäß §140a SGB V stellte im Rahmen von CCSchool die Rechtsgrundlage zur Leistungserbringung dar. Die beteiligten Leistungserbringer traten entsprechend dem Vertrag bei und übernahmen die Aufgabe Versicherte in den Vertrag einzuschreiben.

Durch eine spätere Öffnung des Projekts nach der Rechtsgrundlage §630a BGB (Antrag auf Erweiterung der Rechtsgrundlage vom 28.06.2019; Bescheid vom 21.08.2019), wurde eine Teilnahme unabhängig von der Kassenzugehörigkeit des/der Versicherten möglich.

4.3 Herausforderungen bei der Implementierung der neuen Versorgungsform

4.3.1 Gewinnung von Krankenkassen

Durch die fehlende Bereitschaft großer, überregionaler Krankenversicherungen an unserem Selektivvertrag teilzunehmen, entstanden Rekrutierungshindernisse auf mehreren Ebenen.

Zum einen konnten bereits aktive Behandlungsverantwortlichen (BHV), nicht alle vorstellig werdenden Patienten auf einen möglichen Programmeinschluss screenen, sondern nur Versicherte der am Projekt teilnehmenden Kassen. Für einige Regionen bedeutete dies, dass die Leistungserbringer nur ca. 35% Ihres Patientenpotentials ausschöpfen können.

Dies wirkte sich negativ auf die Motivation von Behandlungsverantwortlichen auf, was in einigen Fällen dazu führte, dass BHVs gar nicht für das Projekt rekrutierten, weil sie den zu betreibenden Aufwand im Verhältnis zur einer geringen Patienteneinschlusszahl als zu ungünstig einschätzten.

Zum anderen wurde die Diskriminierung von Schülern aufgrund der Kassenzugehörigkeit von Seiten der Schulbehörden berechtigterweise als Hauptkritikpunkt zu unserem Projekt vorgebracht.

Erst durch die spätere Öffnung des Projekts nach der Rechtsgrundlage §630a BGB (Antrag auf Erweiterung der Rechtsgrundlage vom 28.06.2019; Bescheid vom 21.08.2019), wurde eine Teilnahme unabhängig von der Kassenzugehörigkeit des/der Versicherten möglich und dieses elementare Rekrutierungshindernis überwunden.

4.3.2 Zusammenarbeit mit Schulbehörden

Die mit Abstand größte Herausforderung in der Projektumsetzung bestand aus Sicht der Projektpartner in der Zusammenarbeit mit den Schulbehörden. Dies sei insbesondere in langwierigen und schwierigen Abstimmungsprozessen mit einigen Schulbehörden begründet, was dazu führte, dass die Projektumsetzung nicht an allen Projektstandorten gleichermaßen gut starten bzw. stattfinden konnte.

Zudem wurden laut den Angaben der Projektpartner nicht alle Schulen im jeweiligen Landkreis im Vorwege durch die Schulbehörden über das Projekt informiert und aufgeklärt, so dass sich auch auf schulischer Ebene eine Umsetzungsproblematik widerspiegelte. Ferner hätte es auf Leitungsebene der Schulen zum Teil Vorbehalte gegenüber Interventionen im Schulsetting gegeben.

4.3.3 Gewinnung von niedergelassenen Behandlungsverantwortlichen (BHV)

Bei der Gewinnung von niedergelassenen BHV lag die Herausforderung weniger darin, die BHV vom Konzept zu überzeugen, da dieses in der Regel auf großes Interesse stieß. Vielmehr hätte es häufig nicht die zeitlichen oder personellen Ressourcen für eine Umsetzung gegeben. Zudem wurde die hohe Prozesskomplexität von einigen BHV als große Hürde empfunden, welche mit den täglichen Aufgaben in der Praxis nicht gut vereinbar gewesen wäre.

4.3.4 Gewinnung von CCSchool-Therapeuten (CCS-THP)

In der Gewinnung von CCS-THP für das Projekt wurde der hohe Arbeits- und Koordinierungsaufwand mit einer aus Therapeutesicht zu geringen Vergütung als problematisch empfunden. Aspekte wie Fahrzeiten und Terminabsprachen wären laut Rückmeldungen nicht gut im Budget abgebildet gewesen.

Ferner geben einige Projektpartner die Rückmeldung, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb externe Therapeutinnen oder Therapeuten das Konzept umsetzen sollen, wenn es bereits gut ausgebildete Schultherapeutinnen und -therapeuten sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter in den Schulen gibt. Eine Einbindung dieser Berufsgruppen hätte fachlich und inhaltlich mehr Sinn ergeben, da selbstständig agierende Leistungserbringer mit dem für CCSchool erforderlichen Qualifikationsprofil ohnehin selten in der Versorgungslandschaft zu finden wären.

5. Methodik

5.1 Darstellung des Evaluationsdesigns

Der Evaluation von CCSchool liegt ein cluster-randomisiertes Design mit einer Wartekontrollgruppe zu Grunde, bei dem Regionen auf Kreisebene, in denen die neue Versorgungsform umgesetzt wird, zufällig in Kontroll- oder Interventionsregionen aufgeteilt werden. Maßgeblich für die Zugehörigkeit der Patientinnen und Patienten zur Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) ist der Standort ihrer Schule, womit verhindert wird, dass in einer Schule sowohl KIJ der KG als auch der IG unterrichtet werden.

Die teilnehmenden Regionen können Tabelle 1 (Evaluationsbericht S. 11) entnommen werden. Zum Zeitpunkt der Rekrutierung wussten teilnehmende Kij und deren Eltern, ob sie in einem Interventions- oder Kontrollcluster sein würden.

Das Design umfasst eine Ergebnis- und eine Prozessevaluation.

In den Interventionsregionen werden die Patientinnen und Patienten gemäß dem Protokoll der neuen Versorgungsform versorgt. Die Intervention kann in CCSchool drei verschiedene Formen annehmen: (a) ausschließlich Prozess A; (b) ausschließlich Prozesse A und B und (c) Prozesse A, B und C. Die Form der Intervention wird bedarfsgerecht von den BHV für jedes eingeschlossene Kij bestimmt. In der Evaluation werden alle Formen gleichberechtigt als bedarfsgerechte – auf das Individuum zugeschnittene – Interventionen behandelt und entsprechend nicht gegeneinander verglichen. In der Kontrollregion werden die Patientinnen und Patienten gemäß GKV-Regelversorgung versorgt und können nach Abschluss des Beobachtungszeitraums bei Bedarf die neue Versorgungsform in Anspruch nehmen (= Wartekontrollgruppe).

In der Evaluation sollen folgende Endpunkte untersucht werden:

- Primärer Endpunkt: Reduktion von (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten
- Sekundärer Endpunkt 1: Verbesserung der Teilhabe der Kij
- Sekundärer Endpunkt 2: Verbesserung der Lebensqualität der Kij

Ergebnisevaluation

Für die Ergebnisevaluation war ursprünglich ein Beobachtungszeitraum von bis zu 18 Monaten mit vier Erhebungszeitpunkten sowohl für die IG als auch für die KG geplant (, Abbildung 1 des Evaluationsberichts Panel A). Während der Erhebungsphase zeigte sich allerdings eine zu geringe Rekrutierungsquote, weshalb der Beobachtungszeitraum auf sechs Monate verkürzt wurde, d. h. die Teilnehmenden der IG waren für sechs Monate (bzw. bis nach Abschluss der Intervention) und die Teilnehmenden der KG für sechs bis zwölf Monate Teil des Projekts (Abbildung 1 des Evaluationsberichts, Panel B).

Für die Datenanalyse werden die Teilnehmenden der KG, die nach T1 noch die Intervention erhalten haben (KG-I), der IG zugeordnet. Die Veränderung über die Zeit der Intervention wird für die KG-I demnach als Veränderung von T1 zu T2 gemessen. Diese um die Personen der KG-I erweiterte IG wird im Folgenden als IG+KG-I bezeichnet. Gleichzeitig wird die KG unverändert von T0 zu T1 betrachtet, das heißt, die Personen der KG-I gehen sowohl in die KG als auch in die IG+KG-I ein. Die damit möglicherweise einhergehende Verzerrung wird in Kauf genommen, da auf diese Weise die durch die geringe Fallzahl fehlende Power zumindest etwas erhöht werden kann. Im Folgenden wird die Veränderung in KG bzw. IG+KG-I über den jeweiligen Interventionszeitraum mit Prä und Post beschrieben. Für die KG und die IG entspricht der Prä-Zeitpunkt T0 und der Post-Zeitpunkt T1; für die KG-I ist der Prä-Zeitpunkt T1 und der Post-Zeitpunkt T2.

In CCSchool wurde eine rollende Rekrutierung umgesetzt, so dass die eingeschlossenen Patientinnen und Patienten ihren jeweiligen Studienablauf sukzessive durchlaufen haben. Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Mai 2018 bis März 2020. Die letzten Therapiemaßnahmen und Datenerhebungen erfolgten im März 2021.

Für die Ergebnisevaluation waren zu Projektbeginn sowohl die Analyse von Primärdaten (Eva-1) als auch die Analyse von Routinedaten der beteiligten Krankenkassen vorgesehen. Dabei sollten auch zwei gematchte Vergleichsgruppen von Versicherten aus anderen als den an CCSchool beteiligten Regionen (Eva-2, externe Vergleichsgruppe) und aus dem Vorzeitraum in CCSchool-Regionen (Eva-3, historische Vergleichsgruppe) gebildet werden. Aufgrund der

geringen Rekrutierungszahlen wurde die Ergebnisevaluation jedoch auf die Auswertung der Primärdaten (Eva-1) beschränkt (nur von n = 56 KIJ hätten Routinedaten vorgelegen).

Prozessevaluation

Im ursprünglichen Design ist eine Prozessevaluation seitens der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten nach jedem Prozess der Intervention und im Abschlussfragebogen als schriftliche Befragung vorgesehen. Ergänzt wurde die Prozessevaluation im Projektverlauf um telefonische Interviews mit aktiven und passiven BHV und CCS-THP. Das heißt es wurden BHV und CCS-THP, die das E-Learning absolviert haben und entweder Patientinnen und Patienten im Rahmen von CCSchool behandeln (aktiv) oder nicht (passiv), zwischen Oktober und Dezember 2020 interviewt. Auch die Projektpartner wurden gegen Ende der Projektlaufzeit im Februar 2021 im Rahmen der Prozessevaluation mit einer anonymen Online-Befragung befragt.

Einschlusskriterien

Für den Studieneinschluss kommen KIJ mit psychischen Problemlagen und gleichzeitig vorliegenden Schulproblemen in Frage. Gescreent wurden die KIJ von den BHV, wenn eine Diagnose des F-Kapitels des ICD-10 vorliegt und/oder wenn die KIJ auf Initiative der Sorgeberechtigten oder der Schule oder durch Überweisung eines anderen Arztes bzw. einer anderen Ärztin vorstellig werden. Einschlusskriterien sind eine ICD-10 F-Diagnose mit Ausnahme der Suchterkrankungen (F10-F19), eine vorliegende Schulproblematik (CIS-Wert der entsprechenden Items ≥ 3 oder berichtet von Schule bzw. Sorgeberechtigten) und ein C-GAF-Wert kleiner oder gleich 70. Zusätzlich muss die Schule des KIJ in einem an CCSchool teilnehmenden Kreis liegen und CCSchool unterstützen. Die Teilnehmenden müssen zudem gesetzlich krankenversichert sein. Zu Beginn des Projekts musste zudem die Krankenkasse des KIJ das Projekt unterstützen. Dieses Einschlusskriterium wurde im September 2019 verändert, so dass alle gesetzlich versicherten KIJ teilnehmen konnten.

Wenn die genannten formalen und persönlichen Einschlusskriterien erfüllt waren, konnten die KIJ an CCSchool teilnehmen. Dazu mussten die KIJ und deren Eltern über das Projekt aufgeklärt werden und die Informationsmaterialien Patienteninformation, Elterninformation und ein Datenschutzmerkblatt zur Verfügung gestellt bekommen. Erklärten sich Eltern und Kind bereit am CCSchool-Programm teilzunehmen, mussten die Einwilligungserklärungen (Einwilligungserklärung (Eltern), Einwilligungserklärung (Kind)), sowie ggf. die Teilnahmeerklärung (Krankenkasse) zur Teilnahme am IV-Vertrag eigenhändig und mit Datum versehen unterschrieben werden. Dabei war darauf zu achten, dass die verschiedenen teilnehmenden Krankenkassen individuelle kassenspezifische Teilnahmeerklärungen verwendeten, weshalb die BHV aus einer Vielzahl von Krankenkassen-Teilnahmeerklärungen die korrekte Vorlage zu wählen hatten. War der bzw. die Versicherte bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, die nicht am Projekt teilnahm, war keine Teilnahmeerklärung (Krankenkasse) auszufüllen.

Fallzahlen

Insgesamt haben 165 KIJ an CCSchool teilgenommen, wobei n = 112 Teil der IG und n = 53 Teil der KG sind. Aus der KG haben n = 19 nach dem Beobachtungszeitraum die Intervention in Anspruch genommen (KG+I). Die Fallzahl der IG+KG-I ist entsprechend n = 131.

Abbildung 2 des Evaluationskonzepts zeigt ein Flussdiagramm in Anlehnung an die Vorgaben des CONSORT Statements (Campbell et al., 2012). Es liegen ausschließlich Informationen ab Studieneinschluss vor, d. h. die Anzahl der KIJ, die für den Studieneinschluss gescreent wurden, ist nicht bekannt.

Fallzahlkalkulation

Die benötigte Fallzahl hängt bei cluster-randomisierten Studien entscheidend von der Anzahl der Cluster ab. Im Projektantrag waren 20 Cluster (Kreise) vorgesehen, wovon zehn in die IG und zehn in die KG randomisiert werden sollten. Die ursprüngliche Fallzahlkalkulation für den primären Endpunkt Reduktion von (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten beläuft sich auf 1.800 KiJ in diesen 20 Kreisen.

Aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen wurde im Projektverlauf die Operationalisierung des primären Endpunkts verändert, um eine ausreichende Power auch bei geringerer Fallzahl zu erreichen. Statt der Anzahl der Krankenhausaufenthalte wird die Verweildauer im Krankenhaus untersucht. Zudem wurden fünf weitere Kreise als CCSchool-Regionen aufgenommen, so dass in 25 Kreisen (Clustern) rekrutiert werden konnte. Davon sind 12 in Kontrollregionen und 13 in Interventionsregionen randomisiert. Die Fallzahlkalkulation bei einer angenommenen Rekrutierung in 24 der 25 Kreise und einer erwarteten kleinen bis mittleren Effektstärke kommt zu folgenden Ergebnis: Unter Annahme einer kleinen Intra-Class-Correlation (ICC) von 0,05, die die Varianzzerlegung in Varianz innerhalb und zwischen Clustern beschreibt (vgl. Hox, 2010), wird bei einem zweiseitigen Test mit einem Alpha-Niveau von 5 % bei einer Power von 80 % eine Stichprobe von mindestens 192 Patienten in zwölf Clustern pro Gruppe benötigt ($n = 384$ Patienten in 24 Clustern). Diese Fallzahl wurde im Projekt CCSchool nicht erreicht (Einschluss von $n = 165$ KiJ mit $n = 112$ in der IG ($n = 131$ in der IG+KG-I) und $n = 53$ in der KG, so dass die durchgeführten Datenanalysen deutlich unterpower sind. Da aufgrund der geringen Fallzahl die Analysestrategie angepasst werden musste, wurden für die Berechnung der posteriori Power die Ergebnisse der mit der vorhandenen Datengrundlage realisierten Mehrebenenmodelle mit dem Outcome vollstationäre Krankenhausverweildauer zu Grunde gelegt (siehe *Tabelle 16 des Evaluationsberichts*). Unter Annahme einer Normalverteilung der Effekte, für deren Mittelwert der Schätzer b und Standardabweichung die zufälligen Effekte aus Tabelle 16 entnommen wurden, wurde eine Simulation von 10.000 Modellen berechnet. Dabei war in 4.561 Fällen der Interventionseffekt auf einem Signifikanzniveau von 5 % signifikant wurde. Es ergibt sich daher eine posteriori Power von 46 %.

Die berichteten Ergebnisse der Effektevaluation müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden und sind nicht belastbar, sondern haben den Charakter von Ergebnissen einer Pilotstudie für zukünftige Forschung. Der Schwerpunkt der Evaluation liegt daher auf der Prozessevaluation, in der insbesondere die Gründe für die geringen Rekrutierungsraten sowie förderliche und hinderliche Bedingungen in der Projektdurchführung und eine Einschätzung des Behandlungspotenzials von CCSchool erfragt werden. Auf Basis dieser Ergebnisse wird bewertet, ob CCSchool – wenn die Probleme in der Rekrutierung nicht bestanden hätten – ein Erfolgspotenzial für die Versorgung der betroffenen KiJ aufweist.

Datenquellen und Operationalisierung der Endpunkte

Die Erhebung von Primärdaten erfolgte für die Ergebnisevaluation durch die beteiligten Leistungserbringer und für die Prozessevaluation vorwiegend durch den Evaluator. Die Datenerhebungs- und Dokumentationsroutinen des Projekts wurden durch ein Studienmanual gesteuert. Die BHV erhielten von der Konsortialführung für die Umsetzung einen Studienordner, der alle relevanten Unterlagen und Informationsblätter beinhaltet. Das Inhaltsverzeichnis der Studienordner befindet sich in Anlage 2 des Ergebnisberichts). Die erforderlichen pseudonymisierten Daten der Patientenbefragung und der Dokumentationsbögen wurden von der Konsortialführung in Form von Excel- und SAV-Dateien zur Verfügung gestellt. Die Daten der Interviews mit den Leistungserbringern und der Online-Befragung der Projektpartner wurden direkt durch den Evaluator erhoben.

Dokumentationsbögen

Die BHV haben sowohl den Patienteneinschluss (Einschlussdokumentation), als auch den Patienten-Drop-out (Drop-out-Dokumentation), den ggf. stattfindenden Übergang der KG in die Intervention (Dokumentation KG-I) und alle durchgeführten Schritte der Prozesse A bis C (Dokumentation Prozess A, B oder C) anhand von Dokumentationsbögen festgehalten (siehe Anlagen). Die über die Dokumentationsbögen erhobenen Daten werden v. a. zur Darstellung der Inanspruchnahme der Leistungen und zur Beschreibung der Stichprobe genutzt.

Einschlussdokumentation bzw. Dokumentation KG-I

Zum Patienteneinschluss bzw. zum ggf. erfolgten Einschluss der Teilnehmenden der KG in die Intervention werden die formalen Einschlussvoraussetzungen (Region der Schule) und die Einschlusskriterien (ICD-Code, Funktionsniveau und Schulproblematik) dokumentiert. Es liegen von allen 165 eingeschlossenen Patientinnen und Patienten Einschlussdokumentationen vor.

Dokumentiert wird, dass die Schule in einer CCSchool-Region liegt und in welcher (vgl. Tabelle 1 im Evaluationsbericht). Weiterhin werden bis zu zehn ICD-Codes als Einschlussdiagnosen dokumentiert, wobei die Dokumentation mindestens einer ICD-Diagnose (F10 bis F19) erforderlich war. Für 164 der 165 eingeschlossenen KIJ (99,39 %) wurde mindestens ein ICD-Code dokumentiert, für n = 44 (26,67 %) liegen mehr als eine Diagnose vor. Für die Auswertungen wird die erstgenannte Diagnose herangezogen.

Das Funktionsniveau der KIJ wird anhand des C-GAF gemessen. Dabei kann sowohl ein 10-stufiger Wertebereich (von 0 bis 100) angekreuzt, als auch ein konkreter Wert erfasst werden. Der höchste Wertebereich von 100 bis 91 entspricht einer „hervorragende(n) Funktion auf allen Gebieten (zu Hause, in der Schule und mit Gleichaltrigen) (...)“ und der niedrigste Bereich von 10 bis 1 bedeutet, das/der KIJ „benötigt ständige Beaufsichtigung (24 Stunden-Pflege) aufgrund schwersten aggressiven oder selbstschädigenden Verhaltens oder massive Beeinträchtigung des Realitätsbezugs, der Kommunikationsfähigkeit, der Wahrnehmung, des Affekts oder der Körperhygiene“ (Auszug aus dem C-GAF; Shaffer et al., 1983). Auf dem Einschlussdokumentationsbogen wird der ermittelte C-GAF-Wert des KIJ eingetragen.

Die Dokumentation der Schulproblematik erfolgt, indem angegeben wird, ob die Schulproblematik von Sorgeberechtigten oder der Schule berichtet wird oder ob die Ergebnisse des CIS-Fragebogens herangezogen werden. Der CIS-Fragebogen ist ein etabliertes Instrument zur Einschätzung von Problemen in verschiedenen sozialen Kontexten (Bird et al., 1993). Dabei nehmen sowohl die Sorgeberechtigten als auch die KIJ selbst eine Bewertung anhand von 13 Items vor, die von 0 = kein Problem bis 4 = große Probleme beantwortet werden können (Beispielitem Nr. 4: „Wie sehr bereitet es ihr/ihm Probleme, mit anderen Kindern/Jugendlichen ihres/seines Alters auszukommen?“). Der Gesamtwert (Summenscore aus allen 13 Itemwerten) kann demnach zwischen 0 und 52 liegen. Das Einschlusskriterium ist mit einem Wert ≥ 3 auf den die Schule betreffenden Items definiert. Für die Darstellung der Einschlusskriterien wird der Gesamtscore sowie die Auswertung der beiden schulbezogenen Einzelitems² genutzt.

Dokumentation Prozess A, B oder C

Zu jedem der Prozesse A, B und C wurde auf je einem Dokumentationsbogen die Inanspruchnahme von Leistungen festgehalten. Von den 131 KIJ, die die CCSchool-Intervention

² „Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihren/seinen Schulanforderungen bzw. ihre/seine Arbeit zu machen?“ (= CIS A, Item Schulanforderungen); Wie sehr hat sie/er Ihrer Einschätzung nach Probleme mit ihrem/seinem Verhalten in der Schule (oder in ihrem/seinem Job)?“ (= CIS B, Item Schulverhalten)

erhalten haben, liegt von 96 Personen (73,28 %) mindestens der Dokumentationsbogen von Prozess A vor. Zudem wurde angegeben, ob für den Patienten bzw. die Patientin der jeweilige nächste Prozessschritt indiziert ist.

Drop-out-Dokumentation

In der Drop-out-Dokumentation wurde der Zeitpunkt und die Gründe des Drop-outs dokumentiert. Es liegen von 79 Drop-outs Drop-out-Dokumentationen vor, wobei es aber sein kann, dass nicht alle Drop-outs auf diese Weise dokumentiert wurden.

Patientenbefragung

Die BHV händigten nach erfolgtem Studieneinschluss (T0) und zum Follow-Up (T1, T2) sowie direkt nach den einzelnen Prozessschritten der Intervention Fragebögen an die Sorgeberechtigten und die KIJ aus. Über diese Patientenbefragung werden die Daten zur Überprüfung der primären und sekundären Endpunkte und für die Prozessevaluation unter den Teilnehmenden erhoben.

Stichprobencharakteristika und Effektevaluation

Neben einer standardisierten Abfrage soziodemografischer Daten sowie weiterer Charakteristiken der KIJ werden Informationen zu den Endpunkten Krankenhausaufenthalte, Teilhabe und Lebensqualität erfasst (siehe Anlage 6.7 und 6.8 des Evaluationsberichts). Zu T0 liegen Daten von allen der 165 eingeschlossenen KIJ vor, zu T1 von 53 Teilnehmenden (32,12 %) und zu T2 von 7 Personen der KG-I (36,84 %). Die Daten werden für die Stichprobenbeschreibung und die Auswertungen zur Effektevaluation genutzt.

Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken des KIJ

Als soziodemografische Angaben wurden Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Sprache Zuhause und Wohnsituation (mit Eltern, einzelnen Elternteilen, Geschwistern) erfragt. Zudem liegen Angaben zur Schulform und Klassenstufe vor. Weiterhin wurden das Vorliegen einer Behinderung sowie die Medikamenteneinnahme erfasst.

Die familiäre Belastung wird mittels der Bewertung von neun Problemlagen auf einer 5-stufigen Likertskala (0 = gar nicht belastet bis 4 = stark belastet) erhoben. Das Erhebungsinstrument wurde bereits vor der Durchführung von CCSchool im IfP zur Abbildung der familiären Belastung in der klinischen Versorgung entwickelt. Für die Auswertung wird für jedes Item der Mittelwert der Skala berichtet. Zudem wurde das Vorliegen von sechs möglichen Problemlagen in der Schule mit einem Instrument, das ebenfalls auf einer Eigenentwicklung des IfP beruht, erfasst.

Verweildauer in (teil-)stationären Krankenhausaufenthalten (primärer Endpunkt)

Die befragten Personen wurden gebeten, Angaben zu voll- und teilstationären Behandlungen in (KIJ-)psychiatrischen Fachabteilungen oder Kliniken im letzten Jahr (bei Studieneinschluss) bzw. im letzten halben Jahr (beim Follow-Up) zu machen.

Insgesamt haben nur sehr wenige Teilnehmende angegeben, überhaupt in voll- und/oder teilstationärer Behandlung gewesen zu sein (siehe *Tabelle 2 des Evaluationsberichts, S. 18*).

Für die Datenanalysen wird die Verweildauer zugrunde gelegt, d. h. die Gesamtzahl der Nächte der vollstationären Aufenthalte bzw. die Gesamtzahl der Tage in teilstationärer Behandlung in den letzten sechs Monaten. Der T0 Wert wird für die Analysen halbiert, so dass alle Zeitpunkte sich auf sechs Monate beziehen. Bei denjenigen, die angeben, keinen voll- oder teilstationären

Krankenhausaufenthalt erlebt zu haben, wurde die Verweildauer auf Null gesetzt, um die Datengrundlage für die Analyse zu verdichten.

Teilhabe (sekundärer Endpunkt 1)

Die Teilhabe wird anhand der selbstberichteten Fehltagelänge in der Schule/Ausbildung in den letzten sechs Monaten im Rahmen der Patientenbefragung (ausgefüllt durch Sorgeberechtigte oder KiJ) operationalisiert. Konkret wurden die Sorgeberechtigten bzw. KiJ gefragt, ob das KiJ in den letzten sechs Monaten in der Schule oder der Ausbildung gefehlt hat und wenn ja, wie viele Fehltagelänge es waren. Zusätzlich wurden folgende Gründe für die Fehltagelänge erfragt: körperliche Beschwerden ohne ärztliche Behandlung, mit ambulanter ärztlicher Behandlung oder mit Behandlung im Krankenhaus; psychische Beschwerden ohne ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, mit ambulanter ärztlicher/psychotherapeutischer Behandlung oder mit Behandlung im Krankenhaus; Schulschwächen; sonstige Gründe).

Lebensqualität (sekundärer Endpunkt 2)

Die Lebensqualität wird als Fremd- und einmal als Selbstbericht gemessen. Dazu wurde der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Lebensqualität bei KiJ (KINDL-R; Ravens-Sieberer & Bullinger, 2000), sowohl in der Eltern- als auch in der Kinderversion, erhoben. Entsprechend des Manuals kann ein Gesamtwert (Mittelwert aller Items) über die sechs Dimensionen Körper, Psyche, Selbstwert, Familie, Freunde und Schule hinweg (mit jeweils vier Items) gebildet werden. Die Items können auf einer Skala von 0 = nie bis 5 = immer beantwortet werden. Negativ gepolte Items wurden für die Datenauswertung rekodiert. Nach der Berechnung der Werte werden diese auf den Wertebereich 0 bis 100 transformiert. Der Gesamtwert kann demnach zwischen 0 und 100 liegen. Je höher der Wert ausfällt, desto höher ist die Lebensqualität. Der Gesamtwert wird berechnet, sofern 17 der 24 Items ausgefüllt wurden, fehlende Werte werden dabei durch den Gesamtmittelwert ersetzt. Für die Auswertung wurden frei verfügbare Syntaxen verwendet³.

6. Projektergebnisse

6.1 Kursevaluation des E-Learning-Kurses „Schulbasierte Interventionen“

Der Kurs „Schulbasierte Interventionen“ war mit 7 CME-Punkten bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert. Der Kurs „Schulbasierte Interventionen für CCSchool-Therapeut*innen“ war mit 5 CME-Punkten bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg zertifiziert. Es haben sich insgesamt 224 Personen für die Kursteilnahme angemeldet, 130 potentielle BHV und 94 potentielle CCSchooltherapeut*innen. Davon haben 140 Personen den Kurs mit Zertifikat abgeschlossen, 82 BHV und 58 CCSchooltherapeut*innen (für Bundesland und Berufsgruppen der Absolvent*innen siehe Anhang 1 und Anhang 2)). Von den Absolvent*innen waren 84,9% weiblich und 15,1% männlich. Das Alter lag im Durchschnitt bei 38,05 Jahren (SD: 10,30), Range: 22-65. Die Anmeldung für den Online-Kurs erfolgte offen über die Website, wobei bei der Anmeldung die vorhandene Qualifikation als Zuordnungskriterium zum passenden Kursteil angegeben werden musste. So konnten sich Personen aus ganz Deutschland anmelden, auch wenn CCSchool nur in wenigen Auswahlregionen angeboten wurde. Dies kann zumindest zu einem Teil die Diskrepanz zwischen 224 Anmeldungen und 140 Abschlüssen erklären, da angenommen werden kann,

³ <https://www.kindl.org/deutsch/auswertung> (abgerufen am 09.07.2021)

dass die Motivation den ganzen Kurs abzuschließen, geringer sein dürfte, wenn eine Teilnahme am CCSchool-Programm de facto ausgeschlossen ist.

Im Rahmen der Begleitforschung wurden von den Teilnehmenden des E-Learning-Kurses die Zufriedenheit mit dem Kurs und den zur Verfügung gestellten Lernmaterialien, Wünsche für weitere oder vertiefte Informationen sowie die Gründe für die Kursteilnahme abgefragt. Die Evaluation erfolgte mittels eines Online-Fragebogens nach Abschluss der Kursbearbeitung. Es liegen von 126 Personen Datensätze vor. Es zeigte sich eine große Zufriedenheit mit dem Kurs und den zur Verfügung gestellten Lernmaterialien sowie den Arbeitsmaterialien (siehe Anhang 3).

Erfragt wurde außerdem der Grund für die Kursteilnahme. Am häufigsten wurde mit 46% hier angegeben, dass die*der Teilnehmende es für wichtig hält, diese neue Versorgungsform anzubieten und diese ihr*sein bisheriges Angebot sinnvoll ergänzt (siehe Anhang 4).

6.2 Ergebnisse der Evaluation des CCSchool-Programms:

6.2.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 165 KiJ in CCSchool eingeschlossen und können entsprechend des Landkreises, in dem sich die jeweilige Schule befindet, der IG und KG (n = 112 bzw. n = 53) zugeordnet werden. Tabelle 6 des Evaluationsberichts zeigt, wie viele KiJ pro CCSchool-Region rekrutiert werden konnten. Insgesamt wurde in 19 Studienregionen rekrutiert, wobei die Unterscheidung zwischen Biberach-Nord und -Süd nicht dargestellt werden kann, da sie auf den Dokumentationsbögen nicht vermerkt wurde. Es liegen also Daten aus 19 von 24 möglichen Studienregionen (79,17 %) vor, wobei der überwiegende Teil in Baden-Württemberg (n = 99, 60,00 %) eingeschlossen wurde.

Für 79 KiJ (47,88 %) liegt eine Drop-out-Dokumentation vor, von denen 48 (60,76 %) auf Baden-Württemberg, 19 (24,05 %) auf Brandenburg und 12 Drop-outs (15,19 %) auf Niedersachsen entfallen. Es kann jedoch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass es weitere Drop-outs ohne vorliegende Dokumentation gibt. Wie im Flussdiagramm (Abbildung 2 des Evaluationskonzepts) dargestellt, wurden folgende Drop-out Gründe von den BHV in der Drop-out-Dokumentation kodiert: *organisatorische Gründe* (n = 17), *Behandlung in der Schule nicht gewünscht* (n = 9), *fehlende Motivation* (n = 9), *fehlende Teilnahmebereitschaft seitens der Schule* (n = 6), *Kind verzogen* (n = 4), *zu großer Aufwand* (n = 2) und *gesundheitliche Gründe* (n = 2).

Zu den sonstigen Gründen, die zum Drop-out führten (insgesamt n = 37, 46,83 %), zählen Einschränkungen bedingt durch die COVID-19-Pandemie (n = 16), Problem nicht mehr vorhanden bzw. nicht mehr behandlungsbedürftig (n = 9), Mitarbeit/Unterstützung seitens der Sorgeberechtigten fehlt (n = 5), Problem anderweitig behandelt (n = 3), Problematik kann nicht nach dem CCSchool-Ansatz gelöst werden (n = 2), Schulwechsel in einen anderen (außerhalb von CCSchool liegenden) Landkreis (n = 1) oder kein CCS-THP für die Behandlung in der Schule gefunden (n = 1).

Für die KiJ für die zwei Erhebungszeitpunkte vorliegen, beträgt die mittlere Teilnahmedauer zwischen Prä-Zeitpunkt und Post-Zeitpunkt 9,44 Monate (SD = 3,29). In der IG sind es im Mittel 11,52 Monate (SD = 2,97), in der KG 7,61 Monate (SD = 2,37). Der Erhebungszeitraum über die Intervention in der KG-I (T1 zu T2) beträgt im Durchschnitt 4,95 Monate (SD = 1,88). Damit ergibt sich für die IG+KG-I eine mittlere Interventionsdauer von 8,23 Monaten (SD = 2,42).

6.2.2 Soziodemografische Daten und weitere Charakteristiken der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden sind im Mittel 10,52 Jahre alt ($SD = 2,64$). Mehr als zwei Drittel sind männlich (73,17 %), 82,72 % haben die deutsche Staatsangehörigkeit ($n = 134$). Etwas mehr als die Hälfte besucht die Grundschule (56,96 %), dementsprechend ist auch die Verteilung der Stichprobe im Hinblick auf die Klassenstufen. Die Mehrheit der KIJ lebt hauptsächlich bei den leiblichen Eltern (47,40 %, $n = 73$) oder bei der Mutter (42,21 %, $n = 65$). Über drei Viertel (79,39 %; $n = 131$) leben mit mindestens einem (älteren oder jüngeren) Geschwisterkind zusammen (detaillierte Erläuterung siehe Evaluationsbericht Kapitel 3.1.1).

Etwa ein Viertel (26,54 %) der KIJ ($n = 43$; $n = 3$ fehlende Werte) nehmen zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses regelmäßig Medikamente ein. Bei sechs KIJ liegt eine amtlich anerkannte Behinderung vor, was einem prozentualen Anteil von 3,63 % entspricht. Bei einem KIJ beträgt der Grad der Behinderung 60 % und bei einem anderen KIJ 100 % – für die weiteren vier KIJ mit amtlich anerkannter Behinderung wurde kein Behinderungsgrad angegeben. Die Art der Behinderungen wurde zu allen sechs KIJ über Freitextfelder angegeben: ADHS & Lese-Rechtschreib-Schwäche, Autismus, Down-Syndrom, Legasthenie, Asperger-Syndrom, sozial-emotionaler Förderbedarf. Die Sorgeberechtigten berichten insbesondere von Erziehungsschwierigkeiten ($M = 1,45$, $SD = 1,21$) und familiären Streitigkeiten ($M = 1,16$, $SD = 1,17$). Am häufigsten liegen laut den Sorgeberechtigten zudem Konzentrations- oder Leistungsprobleme in der Schule und Ausbildung bei den KIJ vor (83,33 % bzw. 70,27 %). Mit 14,18 % und 13,79 % kommt es eher selten vor, dass das Kind selbst mobbt oder Absentismus ein Problem in Schule oder Ausbildung ist.

6.2.3 Beschreibung der Einschlussdiagnostik

Die BHV diagnostizierten bei Patienteneinschluss mit 81,10 % ($n = 164$; $n = 1$ fehlender Wert) am häufigsten als Hauptdiagnose eine Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98).

Die Einschätzung des allgemeinen Funktionsniveaus (via C-GAF-Score) durch die BHV beträgt im Mittel in der Gesamtstichprobe 53,53 ($SD = 9,10$; $n = 112$, $n = 53$ fehlende Werte), was laut Einordnung auf der Skala eine „wechselnde Funktionsfähigkeit mit gelegentlichen Schwierigkeiten oder Symptomen auf mehreren, aber nicht allen sozialen Gebieten (...)“ bedeutet (Auszug dem C-GAF; Shaffer et al., 1983). Die entsprechende Tabelle im Evaluationsbericht (Tabelle 10 im Evaluationsbericht, S. 30, schlüsselt auf, welcher Anteil der eingeschlossenen KIJ sich bei Einschluss in welchem C-GAF-Wertebereich befindet, wobei beachtet werden muss, dass das Einschlusskriterium bei einem C-GAF-Wert gleich oder unter 70 liegt. Bei den KIJ, die nach T1 die Intervention erhalten haben (KG-I), wurde der C-GAF vor Aufnahme der Interventionsmaßnahmen dokumentiert (Dokumentation KG-I). Die einzelnen Fälle, bei denen der C-GAF-Wert nicht dem Einschlusskriterium entspricht, stammen größtenteils aus der KG-I. In der IG und KG liegt lediglich bei einer Person der C-GAF-Wert über der vorgesehenen Schwelle. Aufgrund der geringen Fallzahl wurden diese Personen jedoch nicht von den Analysen ausgeschlossen.

Auf der Einschlussdokumentation bzw. der Dokumentation KG-I wurde bei 141 KIJ (85,45 %) festgehalten, dass die Schulproblematik anhand des CIS-Werts festgestellt wurde. Bei 160 KIJ (96,97 %) haben Sorgeberechtigte und bei 147 KIJ (89,10 %) die Schule von einer Problematik berichtet (siehe Evaluationsbericht, S. 32).

6.2.4 Randomisierungscheck

Um das Gelingen der Randomisierung zu überprüfen, wurden die IG und KG auf zentralen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Klassenstufe (kategorisiert), erstgenannter Einschluss ICD-Code, C-GAF-Wert, CIS) mittels χ^2 -Tests bzw. t-Test verglichen.

Zwischen IG und KG zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter ($t = -0,149$, $df = 163$, $p = ,882$, $n = 165$), Geschlecht ($\chi^2 = 2,03$, $df = 1$, $p = ,154$, $n = 164$ [$n = 1$ fehlender Wert]), Klassenstufe ($\chi^2 = 16,05$, $df = 9$, $p = ,066$, $n = 158$ [$n = 7$ fehlende Werte]) Verteilung der Einschlussdiagnosen ($\chi^2 = 2,88$, $df = 3$, $p = ,411$, $n = 164$ [$n = 1$ fehlender Wert]) und C-GAF-Wert ($t = 1,04$, $df = 110$, $p = ,300$).

Die CIS-Mittelwerte zu T0 aus der Sicht der Sorgeberechtigten unterscheiden sich signifikant zwischen IG und KG ($t = -2,01$, $df = 123$, $p = ,046$), während kein signifikanter Unterschied für die Werte aus Sicht der KiJ besteht ($t = 1,61$, $df = 98$, $p = ,110$). Die Sorgeberechtigten der KiJ in der IG geben eine geringere Beeinträchtigung an als die Sorgeberechtigten der KiJ der KG (IG: $M = 25,37$; $SD = 10,16$, $n = 84$, $n = 28$ fehlende Werte; KG: $M = 29,49$; $SD = 11,33$, $n = 41$, $n = 12$ fehlende Werte).

Auf Grundlage dieser Ergebnisse ist von einer gelungenen Randomisierung auszugehen. Lediglich bezüglich der CIS-Werte gibt es signifikante Unterschiede. Auch ein Vergleich von IG+KG-I und KG, welcher Grundlage der Regressionsanalysen ist, zeigte darüber hinaus keine signifikanten Gruppenunterschiede. Eine Aufnahme der T0-CIS-Gesamtwerte (Sorgeberechtigte) als Kovariate in die Regressionsmodelle hätte die Datengrundlage (Fallzahlen) aufgrund des hohen Anteils an fehlenden Werten (24,24 %) jedoch deutlich reduziert. Deshalb wurden vom Evaluator keine Kovariaten in die Regressionsmodelle aufgenommen.

6.3 Inanspruchnahme der Leistungen der neuen Versorgungsform

Neben der IG konnten auch KiJ der Kontrollgruppe (KG-I) CCSchool-Leistungen nach dem zweiten Erhebungszeitpunkt in Anspruch nehmen. Nachfolgend wird aufgezeigt, welche Empfehlungen durch die BHV ausgesprochen und welche Leistungen durch die IG und KG-I in Anspruch genommen wurden.

Interventionsgruppe (IG)

Von den 112 KiJ in der IG liegt für $n = 25$ (22,32 %) keine Dokumentation der Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen vor. Von diesen 25 Teilnehmenden haben alle Personen mindestens für fünf Monate an der Studie teilgenommen und ggf. auch Leistungen in Anspruch genommen. Die Dokumentation dieser Inanspruchnahme liegt allerdings nicht vor und konnte in den Analysen nicht berücksichtigt werden.

Prozess A haben $n = 87$ KiJ dokumentiert in Anspruch genommen. Die Anzahl an Personen, die Leistungen aus den Prozessen B und C in Anspruch genommen haben, ergibt sich aus der Empfehlung der BHV, ob weitere Prozessschritte aufgrund einer vorliegenden Problematik indiziert sind. Prozess B wurde 85 KiJ empfohlen und Prozess C 32 KiJ (siehe Tabelle 12 des Evaluationsberichts, S. 33).

Mit allen Sorgeberechtigten wurde durch die BHV zu Beginn ein halbstandardisiertes Interview zur Teilhabe der KiJ geführt. Für 97,70 % ($n = 85$) sprachen die BHV am Ende von Prozess A eine Empfehlung für ein schulbasiertes Therapeutisches Assessment aus. In ungefähr 60 % der Fälle wurden in diesem Prozessschritt durch CCS-THP teilnehmende Beobachtungen (58,82 %; $n = 50$), Verhaltensanalysen (57,65 %; $n = 49$) und/oder Lehrergespräche (60,00 %; $n = 51$) durchgeführt. Am Ende von Prozess B empfahlen die BHV für 37,65 % der KiJ eine schulbasierte Therapie (Basis-Variante: 17,65 %, $n = 15$; Intensiv-Variante: 20,00 %, $n = 17$), die für 87,5 % von CCS-THP auch umgesetzt wurde (Basis-Variante: 43,75 %, $n = 14$; Intensiv-Variante: 43,75 %, $n = 14$). Während in Prozess B nur knapp über die Hälfte der BHV und CCS-THP sich (gemeinsam mit Patientinnen und Patienten) abstimmen (55,29 % bzw. 51,76 %), wird die Abstimmung zwischen BHV und CCS-THP im Prozess C zwischen BHV und CCS-THP deutlich häufiger dokumentiert (75,00 % bzw. 71,88 %).

Wartekontrollgruppe (KG-I)

Von den 19 KiJ in der Wartekontrollgruppe, die die Intervention in CCSchool nach dem Beobachtungszeitraum in Anspruch genommen haben (KG-I), liegt für zehn (52,63 %) keine Dokumentation der konkreten Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen vor. Im Zusammenhang mit den Drop-out-Analysen zeigt sich, dass fünf dieser zehn vermutlich vor Inanspruchnahme von Leistungen des Prozess A die Teilnahme beendet haben bzw. beenden mussten, so dass für fünf Teilnehmende Daten zur Inanspruchnahme fehlen (26,32 %). Von neun KiJ liegen Daten zur Inanspruchnahme des Prozess A vor.

Nach der Empfehlung der BHV, ob weitere Prozessschritte aufgrund einer weiterhin vorliegenden Problematik indiziert sind, ergibt sich die Empfehlung für die Prozesse B (n = 8) und C (n = 3) (siehe Tabelle 13 des Evaluationsberichts, S. 35). Obwohl für fast alle KiJ der KG-I am Ende des Prozesses A eine Empfehlung für ein schulbasiertes Therapeutisches Assessment ausgesprochen wurde (88,89 %, n = 8), wurde dieses in weniger als der Hälfte der Fälle auch umgesetzt (37,50 %, n = 3). Die empfohlene schulbasierte Therapie für drei KiJ konnte für alle umgesetzt werden. Für alle KiJ der KG-I fällt der Interventionszeitraum in die COVID-19 Pandemie, so dass die geringe Inanspruchnahme der Prozesse B und C vermutlich auch in den zeitweisen Schulschließungen während der Pandemie begründet ist. Auch könnten Interventionen nicht mehr stattgefunden haben, da der im Projekt definierte Zeitraum der Leistungserbringung verstrichen war.

6.4 Effektevaluation

Für die Effektevaluation wird der Vergleich von IG+KG-I und KG herangezogen. Lediglich in den deskriptiven Analysen werden die Ergebnisse aller drei Gruppen (IG, IG+KG-I und KG) berichtet.

6.4.1 Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen

Der primäre Endpunkt von CCSchool ist die Reduktion der Verweildauer in voll- und teilstationären Behandlungen in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen bzw. Kliniken. Die Anzahl der verbrachten Nächte in vollstationärer Behandlung und der Umfang an verbrachten Tagen in teilstationärer Behandlung werden herangezogen, um den Effekt der Intervention durch CCSchool zu überprüfen.

Deskriptiv zeigt sich nach der Intervention sowohl vollstationär als auch teilstationär eine Verringerung der Verweildauer im Krankenhaus von Prä zu Post in der IG bzw. IG+KG-I, wohingegen die Post-Werte der KG im Vergleich zu deren Prä-Werten höher ausfallen (siehe Tabelle 14 im Evaluationsbericht). Allerdings sind die Werte der KG auch schon zum Prä-Zeitpunkt vergleichsweise hoch.

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse für die vollstationären Behandlungen können der Tabelle 15 des Evaluationsberichts entnommen werden. Obwohl sich deskriptiv tendenziell eine Reduzierung der Verweildauer im Krankenhaus in der IG+KG-I im Vergleich zur KG zwischen Prä und Post abzeichnet, zeigen sich in den Mehrebenenanalysen weder signifikante Haupteffekte, noch ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit ($b = -1,87$, $p = ,165$). Das Vorzeichen der Interaktion geht in die erwartete Richtung, sie erreicht jedoch keine statistische Signifikanz.

Die Mehrebenenanalyse zur Verweildauer in teilstationären Behandlungen konnte keine zufälligen Effekte berücksichtigen, da aufgrund von geringer Fallzahl zum zweiten Messzeitpunkt eine Schätzung dieser nicht möglich war. Die Ergebnisse sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden (Tabelle 16 des Evaluationsberichts)

Obwohl sich deskriptiv tendenziell eine Reduzierung der teilstationären Behandlungstage in der IG+KG-I im Vergleich zur KG zwischen Prä- und Post-Zeitpunkt abzeichnet, zeigen sich in der Mehrebenenanalyse weder signifikante Haupteffekte, noch ein signifikanter Interaktionseffekt von Zeitverlauf und Gruppenzugehörigkeit ($b = -3,76$ $p = ,405$).

6.4.2 Verbesserung der Teilhabe

Ein weiterer Endpunkt von CCSchool betrifft die Verbesserung der Teilhabe von KIJ in Schule und Ausbildung. Hierfür werden die Fehlzeiten in der Schule analysiert.

Deskriptiv zeigt sich sowohl in der IG bzw. IG+KG-I als auch in der KG eine Verringerung der Fehlzeiten von Prä- zu Post-Zeitpunkt (Tabelle 17 des Evaluationsberichts). Die Fehlzeiten zum Prä-Zeitpunkt liegen zum Teil deutlich über denen des Post-Zeitpunkts, die 95%igen Konfidenzintervalle überlappen im Zeitvergleich für jede der drei Gruppen nicht oder nur knapp.

Gründe für Fehltage zum Prä-Zeitpunkt sind in Tabelle 18 des Evaluationsberichts dargestellt. Der häufigste genannte Grund für Fehltage ist mit 65,54 % körperliche Beschwerden, die ohne ärztliche Bescheinigung zuhause behandelt wurden, gefolgt von körperlichen Beschwerden mit ärztlichem Attest (41,96 %). Fast ein Viertel (24,09 %) geben zudem an, dass psychische Probleme ohne psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe ein Grund für die Fehlzeiten sind.

In den Mehrebenenanalysen zu den Fehlzeiten konnten keine zufälligen Effekte berücksichtigt werden, da die Fallzahl im Längsschnitt für eine Schätzung nicht ausreicht. Die Ergebnisse in Tabelle 15 des Evaluationsberichts sind daher mit Vorsicht zu interpretieren.

Der Zeitverlauf von Prä zu Post hat einen signifikanten negativen Effekt auf die Fehlzeiten: Unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit sind die Fehlzeiten zum Post-Zeitpunkt in CCSchool signifikant geringer als zum Prä-Zeitpunkt ($b = -13,51$, $p = ,005$). Auch die Gruppenzugehörigkeit hat einen signifikanten negativen Einfluss auf die Fehlzeiten: KIJ in der IG+KG-I berichten zum Prä-Zeitpunkt signifikant weniger Fehlzeiten als diejenigen in der KG ($b = -11,22$, $p = ,001$). Der Interaktionseffekt aus Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit ist nicht signifikant ($b = 9,10$, $p = ,176$), so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine Veränderung der Fehlzeiten im Zeitverlauf mit der Gruppenzugehörigkeit zusammenhängt. Die Richtung des Interaktionseffekts geht zudem nicht in die erwartete Richtung.

6.4.3 Verbesserung der Lebensqualität

Für die Auswertung zur Verbesserung der Lebensqualität der KIJ wird der KINDL-Gesamtscore aus Sicht der Sorgeberechtigten und aus Sicht der KIJ genutzt.

Deskriptiv zeigen die KINDL-Werte zur Lebensqualität sowohl in der IG bzw. IG+KG-I als auch in der KG eine ähnliche Steigerung vom Prä- zum Post-Zeitpunkt (Tabelle 20 des Evaluationsberichts). Dies gilt sowohl für die Fremdeinschätzung der Sorgeberechtigten als auch für die Selbsteinschätzung der KIJ.

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum KINDL-Gesamtscore der Sorgeberechtigten können der Tabelle 21 des Evaluationsberichts entnommen werden. Der Zeitverlauf zeigt einen positiven signifikanten Effekt auf den KINDL-Wert, d. h. die Werte zum Post-Zeitpunkt sind in der Gesamtstichprobe signifikant höher als zum Prä-Zeitpunkt ($b = 6,83$, $p < ,001$). Darüber hinaus zeigt sich kein signifikanter Haupteffekt der Gruppenzugehörigkeit ($b = 2,58$, $p = ,226$) und auch kein signifikanter Interaktionseffekt aus den beiden Faktoren ($b = -4,00$, $p = ,106$). Das Vorzeichen des Interaktionseffekts ist zudem nicht in der erwarteten Richtung.

Die Ergebnisse der Mehrebenenanalyse zum KINDL-Gesamtscore aus Sicht der Kij können der Tabelle 22 des Evaluationsberichts entnommen werden. Beide Haupteffekte (Zeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit) zeigen keinen signifikanten Effekt auf den KINDL-Wert. Der Interaktionseffekt ist hingegen statistisch signifikant und fällt in der erwarteten Richtung aus: Die selbsteingeschätzte Lebenszufriedenheit nimmt in der IG+KG-I signifikant stärker zu als in der KG ($b = 6,09$, $p = ,024$).

6.5 Prozessbewertung

6.5.1 Prozessbewertung aus Sicht der Leistungserbringer

Zur Identifikation hinderlicher und förderlicher Faktoren der Umsetzung wurden 20 Leistungserbringer interviewt, wobei Daten von 13 BHV und sieben CCS-THP vorliegen. Ein BHV war im Rahmen von CCSchool sowohl mit den Aufgaben des BHV als auch mit der Rolle des CCS-THP betraut. Tabelle 23 des Evaluationsberichts zeigt die Verteilung der befragten Leistungserbringer auf die Zielgruppen aktive und passive BHV bzw. CCS-THP.

Der überwiegende Anteil der interviewten Leistungserbringer befindet sich in einem Angestelltenverhältnis (65,00 %; $n = 13$) und ist in einer Klinik tätig, die im Rahmen von CCSchool auch als Studienzentrum fungiert. Nur zwei Kliniken nahmen diese Funktion nicht ein. Der andere Anteil der Leistungserbringer ($n = 7$) ist selbstständig tätig, davon 71,43 % mit eigener Praxis ($n = 5$). Fast alle Leistungserbringer haben von CCSchool im Rahmen ihrer Tätigkeit erfahren, z. B. durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte oder durch Fortbildungen bzw. Tagungen. Bis auf eine Person sind alle Leistungserbringer der Ansicht, es sei einfach gewesen, dem IV-Vertrag für CCSchool beitreten zu können.

Die weiteren Ergebnisse der Interviews werden entlang der Themen Projektdurchführung, Rekrutierungsprozess, Vergütung, Zusammenarbeit und Potenzial für die Regelversorgung dargestellt.

Projektdurchführung

Fast die Hälfte der befragten Leistungserbringer beschreibt den bereitgestellten Studienordner mit Fragebögen, Dokumentationsbögen und Ablaufplänen als überwiegend verständlich und nachvollziehbar (45,00 %; $n = 9$). Die andere Hälfte sieht die hohe Prozesskomplexität und die damit verbundene Einarbeitungszeit kritisch. Es wird sich ein komprimiertes Vorgehen mit klaren Strukturen und Fristen gewünscht, das mit dem Praxisalltag gut vereinbar ist.

Von den 20 befragten Leistungserbringern hatte nur eine Person keinen Austauschbedarf bei der Umsetzung von CCSchool. Bis auf einen hatten alle anderen 18 Leistungserbringer Kontakt zur Konsortialführung und empfanden die bereitgestellte Unterstützung übereinstimmend als sehr hilfreich (94,74 %). Drei Leistungserbringer hätten sich darüber hinaus Hilfe bei der Umsetzung, z. B. durch eine Ansprechperson vor Ort, durch Erinnern an Fristen oder sogar dauerhafte Unterstützung bei der Durchführung gewünscht. Drei Leistungserbringer wurden zusätzlich durch die beteiligten Studienzentren bei der Umsetzung unterstützt. Auch diese bewerten den Austausch als überwiegend hilfreich. Die eine Person, die keinen Kontakt zur Konsortialführung hatte, konnte etwaige Fragen mithilfe des Studienzentrums klären.

Rekrutierungsprozess

Der Einschluss von Patientinnen und Patienten anhand der vorgegeben Kriterien wird von den befragten aktiven BHV als überwiegend nachvollziehbar und einfach empfunden (72,73 %; $n = 8$). Allerdings geben die BHV an, dass sich die Sorgeberechtigten, obwohl häufig Bedarf bestand und auch ein Leidensdruck erkennbar war, nicht so einfach von einer Teilnahme überzeugen ließen. Nur vier von elf aktiven BHV sagen, die Überzeugung der

Sorgeberechtigten an CCSchool teilzunehmen, war einfach (36,36 %). Vielmehr wird berichtet, dass eine Überzeugung nur teilweise möglich war bzw. ganz unterschiedlich verlief (45,45 %; n = 5). Einzelne BHV geben auch an, dass die Länge der Fragebögen zur Nicht-Teilnahme führte (9,09 %; n = 1) oder dass zwar Interesse bestand, aber nicht auf die Behandlung gewartet werden wollte (aufgrund des Wartekontrollgruppendesigns; 9,09 %; n = 1).

Eine weitere Herausforderung zeigt sich bei der Kontaktaufnahme zu den Schulen: Fast alle aktiven BHV berichten, dass es durchwachsen bis schwierig war, die Schulen von einer Teilnahme an CCSchool zu überzeugen (81,82 %; n = 9). Nur eine Person sagt, vor der COVID-19 Pandemie wäre es einfacher gewesen und eine andere Person berichtet, dass die Überzeugungsarbeit mithilfe eines zuständigen Schulsozialarbeiters gut funktionierte.

Mögliche Gründe für die geringe Rekrutierungsquote, die die passiven Leistungserbringer nennen, sind beispielsweise die COVID-19 Pandemie (50,00 %; n = 2) oder die Problematik, dass nur innerhalb einer vorgegebenen Bundeslandgrenze rekrutiert werden konnte oder anfänglich zu wenige Krankenkassen involviert waren (50,00 %; n = 2). Die aktiven Leistungserbringer berichten, dass die Schulen im Laufe des Prozesses nicht erreichbar waren oder kein Interesse hatten (12,50 %; n = 2) oder dass der Projektaufwand schlichtweg zu hoch war bzw. zeitliche Ressourcen zur Umsetzung fehlten (12,50 %; n = 2). Die BHV berichten ferner, dass das Projekt im Praxisalltag unterging bzw. mit diesem nicht vereinbar war (18,18 %; n = 2).

Grundsätzlich könnte aus Sicht der Leistungserbringer ein höherer Patienteneinschluss erzielt werden, wenn beispielsweise Schulen vorher über das Projekt informiert werden, möglichst viele Krankenkassen das Projekt unterstützen und der Projektaufwand in einem durchführbaren Rahmen gehalten wird sowie mit der Bereitstellung entsprechender personeller und zeitlicher Ressourcen. Es wird zudem der Wunsch geäußert, dass die Leistungserbringer mehr in die Planung solcher oder ähnlicher Projekte bezogen werden, so dass wichtige Punkte des Praxisalltags, die bei der Umsetzung eine Rolle spielen können, frühzeitig Berücksichtigung finden.

Vergütung

Die aktiven Leistungsbringer wurden gebeten, eine Bewertung der Vergütung des E-Learnings und einzelner CCSchool-Leistungen abzugeben, sofern sie diese durchgeführt haben.

Für jeden Prozessschritt (vom E-Learning bis hin zur schulbasierten Therapie) geben fast immer die Hälfte der Leistungserbringer an, sie könnten zur Vergütung (noch) keine Einschätzung abgeben, da der Arbeitgeber die Vergütung einbehalten hätte, sie zusammen mit dem Gehalt ausgezahlt wurde (und nicht mehr genau bekannt ist, wie viel es war), weil sie zum Zeitpunkt des Interviews noch ausstehend war, oder weil sie sich allgemein nicht mehr genau an den Betrag erinnern könnten.

Diejenigen, die eine Vergütung erhalten haben, waren vor allem mit der Bezahlung des E-Learnings und der schulbasierten Therapie zufrieden (Abbildung 3 des Evaluationsberichts). Sowohl die Vergütung der standardisierten Diagnostik als auch des schulbasierten Therapeutic Assessments hätte aus Sicht einiger Leistungserbringer etwas höher ausfallen können. Zwei Personen begründen dies damit, dass sie eine fehlende Gleichstellung von BHV und CCS-THP wahrgenommen hätten oder dass die Fahrt- und Benzinkostenerstattung zu gering ausgefallen wären.

Zusammenarbeit

Spätestens ab Prozess B ist in CCSchool eine Zusammenarbeit zwischen BHV und CCS-THP sowie mit den Schulen erforderlich. Die aktiven Leistungserbringer, die entsprechende

Prozessschritte durchgeführt haben (Tabelle 24 des Evaluationsberichts) wurden gebeten, die Zusammenarbeit zu bewerten.

Zusammenarbeit aus Sicht der BHV

Von den fünf BHV, die den Prozess B (schulbasiertes Therapeutic Assessment) durchgeführt haben, war das Finden von CCS-THP für eine Zusammenarbeit im Rahmen von CCSchool für drei (60,00 %) sehr einfach, weil die entsprechende Person in der gleichen Klinik tätig war oder die Zusammenarbeit von der Klinik organisiert wurde. Ein BHV (20,00 %) musste die Zusammenarbeit eigenständig initiieren und empfand die Organisation als schwierig, weil aus seiner Sicht ein zu geringer Anreiz für eine Leistungserbringung im Rahmen von CCSchool gegeben war. Ein BHV (20,0 %) hat die Rolle des CCS-THP selbst ausgefüllt. Insgesamt wird von den BHV die Zusammenarbeit mit den CCS-THP positiv, von einer Person aber als sehr zeitaufwendig bewertet. Der gemeinsame Arbeitsprozess könnte aus Sicht der BHV verbessert werden, wenn der Arbeitsumfang komprimierter wäre (n = 1; 20,00 %), eine bessere Vergütung gezahlt würde (n = 1; 20,00 %) oder es insgesamt mehr Austausch mit dem CCS-THP gegeben hätte (n = 1; 20,00 %).

Wie bereits im Zusammenhang mit Rekrutierungsschwierigkeiten dargestellt, erweist sich die Kontaktaufnahme zu den Schulen als Herausforderung für die Leistungserbringer. Die aktiven BHV berichten, dass die Zusammenarbeit mit den Schulen sehr unterschiedlich war – es entstand der Eindruck, dass einige Schulen keine „Externen vor Ort haben wollten“ (sinngemäßes Zitat, Interviewpartner 7). Ein BHV berichtet, die Zusammenarbeit verlief grundsätzlich gut. Förderlich für eine Kooperation mit den Schulen wäre eine Kontaktaufnahme und Vorstellung der beteiligten Personen direkt zu Projektbeginn, um Vertrauen aufbauen zu können. Die „ambitionierten Ziele“ (sinngemäßes Zitat, Interviewpartner 9) von CCSchool seien nachvollziehbar, dennoch wird sich ein komprimierteres Vorgehen für alle beteiligten Akteure gewünscht.

Zusammenarbeit aus Sicht der CCS-THP

Die Einschätzung der befragten aktiven CCS-THP deckt sich weitestgehend mit der Bewertung der BHV. Ein Zusammenschluss mit den BHV wurde vor allem dann als einfach beschrieben, wenn die BHV Kolleginnen bzw. Kollegen oder Vorgesetzte waren. Aus Sicht der CCS-THP gab es bei der Zusammenarbeit keine Probleme, die einen Anpassungs- oder Änderungsbedarf mit sich brachten. Auch die Zusammenarbeit im Prozess C (schulbasierte Therapie) wird sehr positiv bewertet.

Genau wie die BHV bewerten die CCS-THP die Zusammenarbeit mit den Schulen als sehr durchwachsen. Teilweise konnte problemlos mit einem sehr engagierten Lehrpersonal zusammengearbeitet werden, teilweise entstand der Eindruck, dass die Schulen dem Konzept aufgrund „mangelnder Umsetzbarkeit“ (wörtliches Zitat, Interviewpartner 17) skeptisch gegenüberstehen oder die Raumsuche erschwerte die Arbeit vor Ort (n = 1; 20,0 %). Zwei der fünf aktiven CCS-THP (40,0 %) sehen eine Aufklärung im Vorwege als eine mögliche Option, Schulen von einer langfristigen Zusammenarbeit zu überzeugen.

Potenzial des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung

Übereinstimmend sind die befragten Leistungserbringer davon überzeugt, dass hinter CCSchool ein gutes Behandlungskonzept steckt, das nicht nur frühzeitig ansetzt, sondern auch Beobachtung und Hilfe vor Ort (in der Schule) ermöglicht – dort, wo Probleme der betroffenen KIJ auftreten und sichtbar werden. Dieses Vorgehen sei innovativ und würde Behandlungslücken schließen, da eine reine Beobachtung in der Häuslichkeit nicht immer ausreichend sei.

Von den 16 befragten aktiven Leistungserbringern haben acht alle drei Prozesse (selbst oder in Zusammenarbeit mit einem CCS-THP) durchgeführt (50,00 %). Die Gründe, die dazu führten, dass ein Teil der aktiven Leistungserbringer nicht alle Prozessschritte durchführten sind in Tabelle 25 des Evaluationsberichts dargestellt.

Zusammenfassend war demnach auch für diejenigen Leistungserbringer, die aufgrund konzeptioneller Drop-outs (keine Indikation mehr für Weiterbehandlung oder Kontrollgruppe) nicht weiter behandelten, ein Interesse an der Durchführung der weiteren Prozessschritte vorhanden. Insbesondere die COVID-19-Pandemie sorgte aber dafür, dass die Assessments und Behandlungen in der Schule nicht mehr möglich waren.

Die passiven Leistungserbringer, also diejenigen, die keine Patientinnen oder Patienten nach dem CCSchool-Konzept behandelt haben, sehen alle ein hohes Potenzial des Konzeptes für die Regelversorgung. Demnach sei eine reine Beobachtung in der Häuslichkeit, wie es momentan vorgesehen ist, häufig nicht ausreichend. Das neue Konzept würde verschiedene Bereiche verknüpfen, für die ein hoher Bedarf an Zusammenarbeit bestünde.

Die aktiven Leistungserbringer wurden gebeten, die Prozessschritte, die sie selbst oder in Zusammenarbeit durchgeführt haben, differenzierter zu bewerten (Tabelle 26 des Evaluationsberichts). Aus Sicht der aktiven Leistungserbringer sind die einzelnen Konzeptbestandteile von CCSchool überwiegend eine sinnvolle Ergänzung zu vorhandenen Therapiekonzepten. Nur wenige sagen, dass das Konzept insgesamt nicht praxistauglich sei oder beispielsweise die Diagnostik schon genau so umgesetzt werde. Zwei Leistungserbringer sagen, man müsse noch einmal prüfen, für wen das Konzept tatsächlich sinnvoll wäre, da sie der Ansicht sind, das Behandlungskonzept sei nicht für alle Störungsbilder gleichermaßen gut anwendbar.

Für einige BHV haben das Interview mit den Sorgeberechtigten und die strukturierten Berichte zur Förderung der Teilhabe Potenzial in die Regelversorgung aufgenommen zu werden – wiederum andere sind sich, zum Teil aufgrund des hohen Aufwands, eher unsicher oder halten diese Behandlungsteile in der jetzigen Form für zu komplex. Das Potenzial des schulbasierten Therapeutic Assessments und der schulbasierten Therapie wird von allen aktiven Leistungserbringern, die diese auch durchgeführt haben, als sehr hoch eingeschätzt.

Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes

Zum Abschluss der Interviews wurden Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes erfragt. Abbildung 4 des Evaluationskonzepts fasst die aus den Interviews abstrahierten Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Behandlungsansatzes aus Sicht der Leistungserbringer zusammen.

Eine besondere Stärke des Konzeptes ist laut den interviewten Leistungserbringern der innovative, niedrigschwellige Ansatz direkt vor Ort, der nicht nur eine Beobachtung dort ermöglicht, wo Probleme bei betroffenen KIJ häufig entstehen, sondern wo eine Therapie frühzeitig ansetzen kann. Die Herausforderung in der Umsetzung besteht vor allem darin, die teilweise sehr komplexe Struktur im Praxisalltag überblicken und anwenden zu können.

Als eine besondere Herausforderung bei der Umsetzung nennen die Leistungserbringer die Verzögerung oder letzten Endes das Beenden der Zusammenarbeit aufgrund der pandemiebedingten Schließung der Schulen. Einige Leistungserbringer berichten zudem, dass die Umsetzung anfänglich verzögert wurde, da zu wenig Krankenkassen beteiligt waren, was noch einmal die Notwendigkeit des Einbezugs relevanter Akteure hervorhebt. Ebenfalls herausfordernd sei der hohe Koordinationsbedarf aller beteiligten Akteure gewesen. Hieraus resultiert aber auch eine Förderung der Zusammenarbeit, die es ermöglicht, das eigene Netzwerk aufzubauen und/oder zu erweitern.

Grundsätzlich sind die Leistungserbringer der Ansicht, dass die Zielgruppe von CCSchool erheblich von dem innovativen Behandlungskonzept profitieren kann. Es sei ein sehr gutes Hilfskonzept für Sorgeberechtigte, die aufgrund der Problematik, die bei KIJ vorliegt, einen zum Teil hohen Leidensdruck verspüren, ohne wirklich zu wissen, wie und wo sie niedrigschwellige, für sie unkomplizierte Unterstützung erhalten können. Eine frühzeitige Beobachtung und Behandlung von Schulproblemen in den Schulen selbst könne den Betroffenen helfen, die aktuell eher mangelhaft versorgt würden.

6.5.2 Prozessbewertung aus Sicht der Studienteilnehmer

Sowohl die Patientinnen und Patienten der IG als auch der KG-I sowie deren Sorgeberechtigten wurden nach Ende der Prozesse A, B und C (sofern diese jeweils indiziert waren und durchgeführt wurden) nach ihrer Zufriedenheit im Hinblick auf den Prozessablauf befragt.

Aus der Dokumentation der Inanspruchnahme geht hervor, dass (mindestens) 96 KIJ den Prozess A durchlaufen haben (IG: n = 87, KG-I: n = 9), dass bei 53 KIJ ein schulbasiertes Therapeutic Assessment (Prozess B) (IG: n = 50, KG-I: n = 3) und für 31 Betroffene eine schulbasierte (Basis- oder Intensiv-)Therapie im Prozess C stattgefunden hat (IG: n = 28, KG-I: n = 3). Die Anzahl ausgefüllter Fragebögen zur Zufriedenheit mit den Prozessen fällt relativ gering aus (bzw. die Anzahl fehlender Werte sehr hoch). Die Angaben sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Zufriedenheit mit Standardisierter Diagnostik (Prozess A)

Aus der Zufriedenheitsbefragung zum Prozess A liegen 36 ausgefüllte Fragebögen der Sorgeberechtigten (37,50 %) und 31 Fragebögen der KIJ (32,29 %) vor (96 Personen haben laut Prozessdokumentation Prozess A in Anspruch genommen). Beide Seiten sind mit dem Ablauf der Testungen und Gespräche in Prozess A größtenteils zufrieden. Nur zwei KIJ (6,46 %) waren mit dem Ablauf (eher) unzufrieden. Fast zwei Drittel der Sorgeberechtigten (63,89 %) würden die standardisierte Diagnostik aus CCSchool auch anderen betroffenen Familien klar empfehlen, weitere 13,9 % würden sie eher empfehlen. Bei den KIJ sprechen sich mit 35,48 % deutlich weniger für eine klare Empfehlung aus (19,35 % würden sie eher empfehlen) – vielmehr sind die KIJ sich vorwiegend nicht sicher, ob sie eine Teilnahme an Prozess A auch anderen KIJ empfehlen würden (41,94 %).

Zufriedenheit mit schulbasiertem Therapeutic Assessment (Prozess B)

Prozessschritt B wurde von 22 Sorgeberechtigten (41,51 %) und 17 KIJ (32,08 %) bewertet (53 Personen haben laut Dokumentationsbögen Prozess C in Anspruch genommen). Das schulbasierte Therapeutic Assessment wird von 86,36 % der Sorgeberechtigten positiv bewertet. Die KIJ selbst sehen dies etwas anders: Nur gut die Hälfte ist mit Prozess B (meistens) zufrieden – 23,53 % waren nur teilweise und 23,53 % sogar (eher) unzufrieden.

Obwohl die Sorgeberechtigten überwiegend mit dem schulbasiertem Therapeutic Assessment zufrieden sind, ist etwa ein Viertel mit dem aus diesem Prozess hervorgehenden Lösungsansatz eher nicht oder nur teilweise einverstanden. Auf der Seite der KIJ sind sogar 46,66 % mit dem erarbeiteten Lösungsansatz nur teilweise oder eher nicht zufrieden.

Unter den Sorgeberechtigten ist der Anteil an Personen, die das schulbasierte Therapeutic Assessment (eher) weiterempfehlen würden, mit fast 70 % größer als unter den KIJ (etwas über 50 %). In beiden Gruppen gibt niemand an, dass sie das schulbasierte Therapeutic Assessment gar nicht weiterempfehlen würden, 4,76 % der Sorgeberechtigten und 11,76 % der KIJ würden es jedoch eher nicht empfehlen. Von den Befragten sind sich ca. 30 % bzw. 35 % nicht sicher, ob sie das schulbasierte Therapeutic Assessment weiterempfehlen sollen.

Zufriedenheit mit schulbasierter Therapie (Prozess C)

Anschließend an das schulbasierte Therapeutic Assessment erfolgte laut den Dokumentationsbögen für 31 Betroffene eine schulbasierte Therapie, wobei diese einer Basis- und einer Intensiv-Variante durchgeführt werden konnte. Es liegen Antworten von 14 Sorgeberechtigten und 14 KiJ vor (45,16 %). Die Sorgeberechtigten sind zu 85,8 % (meistens) zufrieden mit Prozess C, die KiJ selbst aber nur zu 64,29 %. Ungefähr ein Fünftel (21,43 %) der KiJ sind sogar eher nicht bis gar nicht zufrieden.

Etwa 70 % der Sorgeberechtigten und 64 % der KiJ würden Prozess C anderen Betroffenen weiterempfehlen. In beiden Gruppen sind sich fast 30 % nicht sicher, ob sie die schulbasierte Therapie weiterempfehlen sollen und unter den KiJ geben 7,14 % an, dass sie sie eher nicht weiterempfehlen würden.

6.5.3 Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner

Die Daten zur Prozessbewertung aus Sicht der Projektpartner wurden mittels eines Online-Fragebogens erfasst, den 13 von 15 Personen (86,7 %) beantwortet haben. Die Ergebnisse werden gegliedert nach den Teilbereichen Zusammenarbeit, Herausforderungen der Projektdurchführung, Gründe für den geringen Patienteneinschluss und Potenzial für die Regelversorgung dargestellt.

Zusammenarbeit

Insgesamt wird eine positive Bilanz gezogen. Insbesondere bei dem Themen Problemlösungen, die Vertrauensbasis, Rollen und Zuständigkeiten sowie die Informationsweitergabe bewertet deutlich mehr als die Hälfte die Zusammenarbeit als gut bis sehr gut.

Das größte Verbesserungspotenzial kann in der Organisation des Austauschs, z. B. bezüglich der Frequenz oder Länge der Treffen, ausgemacht werden. Wenngleich auch hier der überwiegende Anteil der Projektpartner eine gute bis sehr gute Zusammenarbeit angibt, sind ein Drittel (33,34 %, n = 4) der Ansicht, die Organisation des Austauschs lief nur zum Teil oder eher nicht gut.

Herausforderungen der Projektdurchführung

Die Projektpartner wurden gebeten, aus einer Liste von möglichen Herausforderungen bis zu fünf Punkte anzukreuzen, die aus ihrer Sicht zu den größten Herausforderungen bei der Projektorganisation und/oder -umsetzung gehören.

Um die genannten Herausforderungen besser verstehen zu können, wurden die Projektpartner gebeten, ihre Auswahl über Freitextfelder näher zu erläutern. Nachfolgend werden die Antworten zu den fünf am häufigsten genannten Herausforderungen dargelegt.

Zusammenarbeit mit Schulbehörden

Die mit Abstand größte Herausforderung in der Projektumsetzung bestand aus Sicht der Projektpartner mit 76,92 % der Nennungen (n = 10) in der Zusammenarbeit mit den Schulbehörden. Dies sei insbesondere in langwierigen und schwierigen Abstimmungsprozessen mit einigen Schulbehörden begründet, was dazu führte, dass die Projektumsetzung nicht an allen Projektstandorten gleichermaßen gut starten bzw. stattfinden konnte.

Zudem wurden laut den Angaben der Projektpartner nicht alle Schulen im jeweiligen Landkreis im Vorwege durch die Schulbehörden über das Projekt informiert und aufgeklärt, so dass sich

auch auf schulischer Ebene eine Umsetzungsproblematik widerspiegelt. Ferner hätte es auf Leitungsebene der Schulen zum Teil Vorbehalte gegenüber Interventionen im Schulsetting gegeben.

Gewinnung von niedergelassenen BHV

Für 61,54 % (n = 8) der Projektpartner gab es Schwierigkeiten bei der Gewinnung von niedergelassenen BHV. Dabei lag die Herausforderung nicht darin, die BHV vom Konzept zu überzeugen – dies sei vielfach auf großes Interesse gestoßen. Vielmehr hätte es häufig nicht die zeitlichen oder personellen Ressourcen für eine Umsetzung gegeben. Zudem geben die Projektpartner an, dass die hohe Prozesskomplexität als große Hürde empfunden wurde, welche mit den täglichen Aufgaben in der Praxis nicht gut vereinbar gewesen wäre. Drei Projektpartner sind ferner der Ansicht, dass die Vergütung für die BHV zu gering und damit kein guter Anreiz für eine Teilnahme gewesen ist.

Gewinnung von niedergelassenen CCS-THP

Ebenfalls knapp über die Hälfte der Projektpartner sieht eine der Herausforderungen in der Gewinnung von CCS-THP für das Projekt (53,85 %; n = 7). Insbesondere der hohe Arbeits- und Koordinierungsaufwand mit einer aus ihrer Sicht zu geringen Vergütung sei problematisch gewesen. Aspekte wie Fahrzeiten und Terminabsprachen wären nicht gut im Budget abgebildet gewesen.

Ferner geben einige Projektpartner die Rückmeldung, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb externe Therapeutinnen oder Therapeuten das Konzept umsetzen sollen, wenn es bereits gut ausgebildete Schultherapeutinnen und -therapeuten sowie Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter in den Schulen gibt. Eine Einbindung dieser Berufsgruppen hätte fachlich und inhaltlich mehr Sinn ergeben, da selbstständig agierende Leistungserbringer mit dem für CCSchool erforderlichen Qualifikationsprofil ohnehin selten in der Versorgungslandschaft zu finden wären.

Rekrutierung von ausreichend Patientinnen und Patienten

Nur knapp über die Hälfte der Projektpartner sieht die Rekrutierung von ausreichend Patientinnen und Patienten als Herausforderung bei der Projektumsetzung (53,85 %; n = 7). Aus den detaillierten Antworten (auch zu den anderen Aspekten) geht hervor, dass ein geringer Patienteneinschluss darin begründet sein könnte, dass zwar ausreichend KiJ die Einschlusskriterien erfüllen, der tatsächliche Studieneinschluss aber an anderer Stelle scheiterte. Die Projektpartner erwähnen an dieser Stelle auch, dass die zögerliche Zusammenarbeit mit Schulbehörden (und Schulen) sowie die anfänglich geringe Beteiligungsrate von Krankenkassen den Rekrutierungsprozess erheblich erschwert haben. Betroffene Familien, denen von CCSchool erzählt wurde, wären vom Projekt sehr angetan gewesen, allerdings scheiterte eine Teilnahme häufig an den bereits genannten Gründen (Zusammenarbeit mit Schulbehörden und Schulen, Gewinnung von Krankenkassen, Gewinnung von Leistungserbringenden etc.). Zudem hätte es von einigen KiJ und/oder Sorgeberechtigten Vorbehalte gegenüber einer Behandlung in der Schule gegeben. Ferner geben die Projektpartner an, dass manchen Patientinnen und Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten die Vorteile von CCSchool aus den Gesprächen mit den BHV und/oder den CCS-THP nicht deutlich erkennbar gewesen wären.

Gewinnung von Krankenkassen

Fast die Hälfte der Projektpartner berichtet, dass es sowohl für die Patientenrekrutierung als auch für die Gewinnung von niedergelassenen BHV ein großer Nachteil war, dass nicht von Projektbeginn an mehr Krankenkassen an der Umsetzung beteiligt waren (46,15 %; n = 6).

Dieser Umstand führte beispielsweise dazu, dass motivierte und engagierte (potenzielle) Leistungserbringer im Laufe des Prozesses kaum noch Motivation zur Umsetzung verspürten oder von Beginn an eine Teilnahme ablehnten, mit der Begründung, ein Großteil ihrer Patientinnen oder Patienten sei bei anderen Krankenkassen versichert. Es hätte von Anfang an viele Kij gegeben, die die Einschlusskriterien erfüllten. Diese waren aber häufig bei Krankenkassen versichert, die CCSchool (anfänglich noch) nicht unterstützten.

Gründe für den geringen Patienteneinschluss

Die Projektpartner wurden gebeten, Stichpunkte zu nennen, die ihrer Ansicht nach dazu geführt haben könnten, dass weniger Patientinnen und Patienten in das Projekt eingeschlossen werden konnten, als vorgesehen. Alle teilnehmenden 13 Personen haben die Möglichkeit für eine solche persönliche (Mehrfach-)Wortmeldung genutzt.

Es zeigen sich vor allem erneut die Punkte, die sich auch schon in den Herausforderungen wiederfinden, zum Teil werden diese um weitere Aspekte ergänzt: zu hoher Komplexitätsgrad des Projektes (n = 5; 38,46 %), anfänglich mangelnde Unterstützung von einigen Schulbehörden (n = 5; 38,46 %), anfänglich zu geringe Unterstützung seitens der Krankenkassen (n = 5; 38,46 %), Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von BHV und CCS-THP (n = 4; 30,77 %), Schwierigkeiten bei der Kooperation mit den Schulen (n = 2; 15,38 %), Umsetzung und Vorteile für Patientinnen und Patienten nicht eindeutig erkennbar oder verständlich (n = 2; 15,38 %), vorhandene Netzwerk- und Hilfestrukturen wurden nicht ausreichend berücksichtigt (n = 2; 15,4 %), durch verschiedene Faktoren bedingter verzögerter Projektbeginn (n = 2; 15,38 %), teilweise hohe Fluktuation im zuständigen Personal (n = 2; 15,38 %).

Auf die Nachfrage, über welche Veränderungen man ggf. eine höhere Rekrutierungsrate hätte erreichen können, antworteten zwölf Projektpartner: Verschlankung des administrativen Aufwands bzw. komprimierteres Vorgehen insgesamt für alle Beteiligten (n = 7; 58,33 %), Erweiterung der Einschlussbedingungen von Projektbeginn an, z. B. Einschluss unabhängig von Krankenkassenzugehörigkeit oder von Anfang an mehr Krankenkassenbeteiligung sicherstellen (n = 5; 41,67 %), vor Projektbeginn schulbehördliche Voraussetzungen klären (n = 3; 25,00 %), klare Vorgaben bezüglich der Kooperationsgestaltung zwischen BHV und CCS-THP schaffen (n = 1; 8,33 %), mehr Unterstützung für niedergelassene BHV bei der Umsetzung (n = 2; 16,67 %), höhere Vergütung der Leistungserbringer bzw. einen höheren Anreiz für Leistungserbringer schaffen (n = 2; 16,67 %), transparente Kommunikation mit beteiligten Akteuren und Projektpartnern sowie deren Einbindung in wichtige Prozesse der Entscheidung und Problemlösung (n = 2; 16,67 %), feste Projektmitarbeit sicherstellen, z. B. über Verträge (n = 1; 8,33 %), Zusammenarbeit mit etablierten Strukturen fördern, z. B. mit Schulsozialarbeiterinnen und -arbeitern bzw. Schulpsychologinnen und -psychologen (n = 1; 8,33 %).

Potenzial des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung

Die Projektpartner wurden gebeten, eine Einschätzung abzugeben, inwiefern sie CCSchool für die Regelversorgung empfehlen würden. Die Projektpartner sind sich mehrheitlich einig, dass das Behandlungskonzept ganz oder in Teilen Potenzial für die Regelversorgung hat. Diejenigen, die das ganze Konzept für die Regelversorgung empfehlen würden (n = 5), sagen, dass es trotz aller Herausforderungen oder Kritikpunkte ein wichtiger fehlender Baustein in der Versorgungslandschaft ist. Viele Probleme von Kij entstünden im Schulkontext und sollten auch dort möglichst frühzeitig behandelt werden, damit der Leidensdruck nicht stärker wird und wertvolle Zeit vergeht, bis die Patientinnen und Patienten versorgt werden können. Die Widerstände, die entstanden sind, seien vor allem politischer und/oder struktureller Natur und nicht inhaltlich begründbar. Kompromisse, die man eingehen müsste, z. B. für die

Behandlung in der Schule, werden in der Gesamtbetrachtung als machbar und sinnvoll bewertet.

Von denjenigen, die nur bestimmte Teile für die Regelversorgung empfehlen würden (n = 5), haben dies vier Personen näher erläutert: drei von vier würden die standardisierte Diagnostik empfehlen (75,00 %), zwei von vier das schulbasierte Therapeutic Assessment (50,00 %) und wiederum drei der vier die schulbasierte Therapie (75,00 %). Worin diese vier Projektpartner ihre Einschätzung begründen bzw. mit welchen Einschränkungen ihre Empfehlungen einhergehen, kann den Antworten aus den Freitextfeldern (Tabelle 27 des Evaluationsberichts) entnommen werden.

Die Projektpartner, die nur Potenzial in bestimmten Konzeptteilen sehen, sind sich nicht unbedingt einig, welche davon besser oder schlechter geeignet wären. Grundsätzlich wird von diesen Projektpartnern für alle Prozessschritte zum Teil auch eine Empfehlung ausgesprochen, wengleich diese häufig mit einem Anpassungsbedarf in Richtung Reduktion von Komplexität verbunden ist.

Zwei Personen (15,38 %) würden von einer Empfehlung des Behandlungskonzeptes für die Regelversorgung mit der Begründung Abstand nehmen, dass das föderale Schulsystem nicht an die Regelversorgung angepasst werden kann. Relevante Schnittstellen seien von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Ferner sei das Zusammenspiel der unterschiedlichen SGB-Hilfesysteme noch nicht ausreichend ausgebaut, um den CCSchool-Ansatz implementieren zu können. Man müsse Interventionen finden, die vor Ort funktionieren, störungsspezifisch ausgelegt und vorher in einer Therapie eingeübt worden sind und anschließend begleitend in der Schule umgesetzt werden.

Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes

Die 13 Projektpartner ziehen in den letzten Fragen der Online-Befragung zu Stärken und Herausforderungen des CCSchool-Ansatzes eine positive Bilanz. Alle 13 Projektpartner haben ein positives Feedback zum Behandlungskonzept gegeben. Noch einmal wird betont, dass der innovative Ansatz eine Behandlungslücke schließen würde. Das Konzept sei insgesamt plausibel und sinnvoll.

Hürden werden von den Projektpartnern insbesondere in der hohen Projektkomplexität gesehen, die mit einem hohen Dokumentationsaufwand einhergeht und nicht ausreichend den Praxis- und Schulalltag berücksichtigen würde. Zudem habe bei der Projektplanung im Vorwege zu wenig Austausch mit Schulen/Schulbehörden stattgefunden, um klären zu können, inwieweit eine Umsetzung überhaupt im deutschen Schulsystem machbar wäre und in dieser Art gewünscht wird (oder von vorhandenen Strukturen aufgenommen werden könnte). Ferner sei es grundsätzlich zwar gut, dass viel Austausch und Koordination vorgesehen ist (Netzwerkarbeit werde dadurch gefördert), aber auch für diesen Aufwand gäbe es häufig nicht genügend Kapazitäten. Damit einhergehend wird die Notwendigkeit einer Anpassung der Vergütung für beteiligte BHV und CCS-THP gesehen.

Zusammenfassend sei der Bedarf für Behandlungskonzepte wie CCSchool aus Sicht der Projektpartner vorhanden. Die Schwierigkeiten bei der Projektorganisation, die zum Teil auch mit der COVID-19-Pandemie einhergingen, hätten zwar die Umsetzung erheblich beeinträchtigt, den Gedanken, das Gesundheitssystem mit dem Schulsystem besser zu verknüpfen und (auch) vorsorglich arbeiten zu können, sei dennoch eine wichtige Grundidee.

7. Diskussion der Projektergebnisse

Die größte Einschränkung der Aussagekraft der Ergebnisse der Evaluation begründet sich darin, dass die avisierte Fallzahl nicht erreicht wurde. Zudem liegen nur von 53 Personen der 165 eingeschlossenen KIJ Daten zum zweiten Erhebungszeitpunkt vor. Auch die Drop-out-Rate beträgt fast 50 %, was, auch wenn diese Fälle in die Datenanalysen eingegangen sind, zu Verzerrungen aufgrund von unvollständigen Daten geführt haben kann.

Die durchgeführten Analysen zur Überprüfung der Endpunkte der Effektevaluation sind nicht nur unterpower, sondern konnten auch nicht in der ursprünglich geplanten Konzeption umgesetzt werden. So konnte die regionale Clusterung der Teilnehmenden nicht berücksichtigt und zum Teil zufällige Effekte nicht geschätzt werden. Das heißt, die aufgrund der Clusterrandomisierung notwendige Varianzzerlegung in Varianz zwischen und innerhalb der beteiligten Regionen konnte nicht berücksichtigt werden. Zudem musste angenommen werden, dass die Interventionseffekte weder zwischen Regionen noch zwischen Personen variieren. Die berichteten Ergebnisse der Regressionsmodelle sind daher nur mit großer Vorsicht zu interpretieren. Zur Einordnung der Befunde werden auch deskriptive Tendenzen und Effektstärken berichtet.

Als weitere Einschränkung der Interpretation der Befunde muss berücksichtigt werden, dass ca. 30 % bis 40 % der schulbasierten Behandlungen (Prozess B und C) und 60 % der Datenerhebungen in den Zeitraum der COVID-19 Pandemie fallen. Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen haben ebenfalls Auswirkungen auf die untersuchten Endpunkte Teilhabe und Lebensqualität. Auch ein Rückgang an (teil-)stationären Krankenhausaufnahmen kann durch pandemiebedingte Veränderungen im Gesundheitssystem beeinflusst worden sein.

Das Evaluationskonzept musste aufgrund der beschriebenen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Projekts mehrmals angepasst werden. Zunächst wurde die Messung des primären Endpunkts angepasst, da die Rekrutierung nicht auf Versicherte der beteiligten Krankenkassen eingeschränkt bleiben sollte. Geplant wurde eine Erhebung des primären Endpunkts ((teil-)stationäre Krankenhausaufenthalte) in den Primärdaten unter allen eingeschlossenen Patientinnen und Patienten. Die Analyse von Routinedaten sollte nur für eine Subgruppe mit vorhandenen Krankenkassendaten vorgenommen werden. Letztendlich konnte aufgrund der geringen Rekrutierungsquote in den finalen Datenanalysen jedoch auch die Subgruppenanalyse mit den Routinedaten nicht umgesetzt werden.

Zudem wurde die Operationalisierung des primären Endpunkts angepasst, um die in der Poweranalyse ermittelte benötigte Fallzahl zu reduzieren. Statt der Anzahl der Krankenhausaufenthalte wird die Verweildauer untersucht. Hierbei ist zu beachten, dass nur sehr wenige Teilnehmende überhaupt einen voll- oder teilstationären Krankenhausaufenthalt hatten, wodurch viele Personen eine Verweildauer von 0 Tagen bzw. Nächten haben und der Durchschnittswert für die Verweildauer, sowohl zum Prä- als auch zum Post-Zeitpunkt, sehr gering ausfällt. Auch der Erhebungszeitraum wurde von 18 auf sechs Monate reduziert, so dass nur kurzfristige Effekte direkt nach der Intervention und keine langfristigen Effekte untersucht werden konnten. Aufgrund dieser Einschränkungen sind die Ergebnisse eher im Sinne einer Pilotstudie zu interpretieren, die erste Hinweise auf potenzielle Effekte einer Umsetzung des CCSchool-Konzepts liefert.

Abschließend wurde die Prozessevaluation um Interviews mit den Leistungserbringern und eine Online-Befragung der Projektpartner ergänzt, um die Umsetzungsschwierigkeiten und Rekrutierungsprobleme genauer zu beleuchten. Der Auswertungsfokus wurde insgesamt auf die Prozessevaluation verlagert. Ziel sollte es sein zu beantworten, inwiefern das

Behandlungskonzept überzeugt hat, weshalb nur wenige Patientinnen und Patienten behandelt wurden und was einer reibungslosen Umsetzung entgegenstand.

Während die Teilnahmerate unter den Leistungserbringern und Projektpartnern an der Prozessevaluation relativ hoch ausfällt, ist bei der Prozessevaluation unter den Patientinnen und Patienten der Rücklauf mit 32 % bis 45 % gering. Das heißt die Bewertung des Interventionsprozesses aus Sicht der KIJ und Sorgeberechtigten sollte vorsichtig interpretiert werden. Unter den interviewten Leistungserbringern sind zudem zwei Drittel an den an CCSchool beteiligten Studienzentren angestellt, so dass davon auszugehen ist, dass einige dieser Personen sowohl an den Interviews als auch an der Projektpartnerbefragung teilgenommen haben. Die relativ große Übereinstimmung der Informationen aus den beiden Datenquellen könnte darauf zurückzuführen sein.

Weiterhin scheint die Dokumentation der Inanspruchnahme anhand der Dokumentationsbögen der BHV und CCS-THP unvollständig. So fehlt die Dokumentation der Inanspruchnahme von CCSchool-Leistungen von 25 KIJ der IG (ca. 22 %) und fünf KIJ der KG-I (ca. 26 %). Die berichtete Inanspruchnahmerate könnte also unterschätzt sein.

8. Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Das Projekt CCSchool konnte aufgrund der geringen Rekrutierungszahlen nicht in der ursprünglich geplanten Form durchgeführt und evaluiert werden. Dennoch bieten die mit der Ergebnis- und Prozessevaluation gewonnenen Erkenntnisse die Möglichkeit eine Einschätzung hinsichtlich des Potenzials des Therapieansatzes vorzunehmen und Empfehlungen für zukünftige Studien bzw. Hinweise zur Weiterentwicklung der Versorgung abzuleiten.

Der Behandlungsansatz von CCSchool mit der standardisierten Diagnostik, dem schulbasierten Therapeutic Assessment und der schulbasierten Therapie stößt sowohl bei den beteiligten Leistungserbringern und Projektpartnern als auch bei den Sorgeberechtigten und der Mehrheit der KIJ auf Interesse. Dabei äußerten sich die KIJ aber auch skeptisch gegenüber den schulbasierten Beobachtungen und Interventionen. Um Stigmata nicht zu verstärken, sollte der Nutzen und das Vorgehen für die KIJ selbst aber auch für die beteiligten Schulklassen noch einmal verdeutlicht werden. Mögliche Sorgen und Vorbehalte der KIJ bezüglich der schulbasierten Beobachtungen und Interventionen sollten genauer untersucht werden und im Behandlungskonzept Berücksichtigung finden. Die Leistungserbringer und Projektpartner sind sich dagegen einig, dass das Behandlungskonzept durch die Interventionen im sozialen Alltagskontext Schule eine wichtige Behandlungslücke schließt und ein versorgungsrelevantes Netzwerk zwischen BHV und CCS-THP sowie der Schule entsteht. Die Befunde der Effektevaluation geben hinsichtlich der Lebensqualität der KIJ und der Verweildauer in (teil-)stationärer Behandlung tendenzielle Hinweise auf eine Wirksamkeit des Programms. Für die Teilhabe konnten keine solche Hinweise identifiziert werden, wobei es aber in keiner der Gruppen zu einer Verschlechterung der Teilhabe gekommen ist. Die Ergebnisse der Effektevaluation sind jedoch nicht nur aufgrund der geringen Fallzahl und eingeschränkten Modellschätzung, sondern auch wegen des Einflusses der Pandemie auf die Beschulung und sozialen Kontakte der KIJ mit Vorsicht zu interpretieren.

Einer reibungslosen Umsetzung von CCSchool standen v. a. organisatorische Probleme im Wege. Aus den Ergebnissen der Prozessevaluation lässt sich ableiten, dass eine Verschlanung und Komprimierung insbesondere des Dokumentationsprozesses möglicherweise zu einer höheren Beteiligung der Leistungserbringer und einem höheren Patienteneinschluss geführt hätten. Als zentrale Herausforderung kristallisiert sich die Einbindung von Kultusministerien, Schulbehörden und Schulen heraus. Eine längere Vorbereitungszeit, in der die entsprechenden Stellen ausführlich informiert und eingebunden werden sowie eine persönliche Vorstellung in

den Schulen könnte die Umsetzung des CCSchool-Konzepts vereinfachen. Eine zusätzliche Hürde des CCSchool-Projekts ist dabei, dass es in drei Bundesländern durchgeführt wurde, so dass aufgrund der föderal organisierten Bildungsstrukturen Ministerien und Schulbehörden in drei Bundesländern für das Projekt gewonnen werden mussten. Eine Versorgung unter Einbezug der Schulpsychologinnen und -psychologen bzw. Schulsozialarbeiterinnen und -sozialarbeitern könnte die Akzeptanz seitens der Schulen und Schulbehörden verbessern. Ähnliche Projekte, die zum Ziel haben SGB-übergreifende Versorgungskonzepte zu erproben, könnten die im Beantragungsprozess des Innovationsfonds zukünftig vorgesehene Konzeptionsphase für die neuen Versorgungsformen für diese Vorbereitungen nutzen.

Eine Verschlankung der Anforderungen an die Durchführung von CCSchool sollte auch den Praxisalltag der Leistungserbringer stärker berücksichtigen. Eine höhere Transparenz gegenüber und eine frühzeitige Einbindung von niedergelassenen Leistungserbringern in die Erarbeitung der Arbeitsprozesse kann die Teilnahmebereitschaft und den Patienteneinschluss fördern. In der im Innovationsfonds inzwischen vorgesehenen Konzeptionsphase bei der Förderung neuer Versorgungsformen sollten bei zukünftigen Projekten die vorgesehenen Leistungserbringer aller Sektoren eingebunden werden, um eine reibungslose Integration der Leistungserbringung und Dokumentationen in den Praxisalltag zu gewährleisten.

9. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Isabel Boege, Julia Herrmann, Julia Katharina Wolff, Ulrike Hoffmann, Michael Koelch, Marc Kurepkat, Steffen Lütte, Alexander Naumann, Hans Dieter Nolting und Jörg Michael Fegert
CCSchool: a multicentre, prospective study on improving continuum of care in children and adolescents with mental health problems associated with school problems in Germany
BMC Health Services Research (2018); 18:947

10. Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. *Burlington (Vt)*, 7, 371–392.

Adorjan, K., Pogarell, O., Pröbstl, L., Rüb, M., Wiegand, H. F., Tüscher, O., Lieb, K., Wassiliwizky, M., Gerlinger, G., Heinz, A. & Falkai, P. (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland [Impact of the COVID-19 pandemic on the care situation in psychiatric hospitals in Germany]. *Der Nervenarzt*, 92(6), 562–570. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01129-6>

Barbot, B., Bick, J., Bentley, M. J., Balestracci, K. M. B., Woolston, J. L., Adnopoz, J. A. & Grigorenko, E. L. (2016). Changes in mental health outcomes with the intensive in-home child and adolescent psychiatric service: a multi-informant, latent consensus approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 25(1), 33–43. <https://doi.org/10.1002/mpr.1477>

Bird, H. R., Shaffer, D., Fisher, P. & Gould, M. S. (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 167–176.

Böge, I., Herrmann, J., Wolff, J. K., Hoffmann, U., Koelch, M., Kurepkat, M., Lütte, S., Naumann, A., Nolting, H. D. & Fegert, J. M. (2018). CCSchool: a multicentre, prospective study on improving continuum of care in children and adolescents with mental health problems associated with school problems in Germany. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3713-6>

- Böge, I., Schepker, R., Herpertz-Dahlmann, B. & Vloet, T. D. (2015). Hometreatment -Eine effektive Alternative zu konventionellen Behandlungsformen? [Hometreatment- an effective alternative to inpatient treatment in child and adolescent psychiatry?]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43(6), 411-21. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000377>
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M. & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 147-159. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.3.147>
- Campbell, M. K., Piaggio, G., Elbourne, D. R. & Altman, D. G. (2012). Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ*, 345, 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5661>
- Chen, H., Cohen, P., Crawford, T. N., Kasen, S., Guan, B. & Gordon, K. (2009). Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*, 39(5), 865-874. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004182>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Corpus, N., Schepker, R., Fegert, J. M. & Boege, I. (2014). Eltern und Patienten als Subjekt der Behandlung. *Psychotherapeut*, 59(5), 378-384. <https://doi.org/10.1007/s00278-014-1076-y>
- Cossu, G., Cantone, E., Pintus, M., Cadoni, M., Pisano, A., Otten, R., Kuijpers, R., Pintus, E., Sancassiani, F., Moro, M. F., Holzinger, A., Mereu, A., Preti, A. & Carta, M. G. (2015). Integrating children with psychiatric disorders in the classroom: a systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11(Suppl 1 M3), 41-57. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010041>
- Döpfner, M., Plück, J. & Kinnen, C. & für die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2014). *Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 837-849. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x>
- Hox, J. J. (2010). Sample sizes and power analysis in multilevel regression. In J. J. Hox (Hrsg.), *Quantitative methodology series. Multilevel analysis: Techniques and applications*, 233-256. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Milne, B. J. & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60(7), 709-717. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709>
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F. & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 165(5), 402-407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>

- Kleinrahm, R., Keller, F., Lutz, K., Kölch, M. & Fegert, J. M. (2013). Assessing change in the behavior of children and adolescents in youth welfare institutions using goal attainment scaling. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 33. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-33>
- Lorah, J. (2018). Effect size measures for multilevel models: definition, interpretation, and TIMSS example. *Large-scale Assessments in Education*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40536-018-0061-2>
- Lutz, K., Kleinrahm, R., Kölch, M., Fegert, J. M. & Keller, F. (2008). Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting [Development and psychometric evaluation of goal attainment scales designed to measure quality and change in pedagogical settings]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57(4), 282–300. <https://doi.org/10.13109/prkk.2008.57.4.282>
- Mattejat, F., Hirt, B. R., Wilken, J., Schmidt, M. H. & Remschmidt, H. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 Suppl 1, 171-179. <https://doi.org/10.1007/s007870170008>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Basel: Beltz Verlag. ISBN 978-3-407-29393-0
- Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A. V., Habel, B. & Latif, S. (2013). Teaching therapeutic assessment for self-harm in adolescents: training outcomes. *Psychology and psychotherapy*, 86(1), 70–85. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02047.x>
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302–1313. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (2000). *KINDL-R. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Revidierte Form. Manual. https://www.kindl.org/app/download/6152202784/KINDL_Manual_Deutsch.pdf
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Schlack, R. & Otto, C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>
- Schmidt, M. H., Lay, B., Göpel, C., Naab, S. & Blanz, B. (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5), 265–276. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0531-x>
- Schranz, M., Ullrich, A., Rexroth, U., Hamouda, O., Schaade, L., Diercke, M. & Boender, S. (2021). Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und assoziierter Public-Health-Maßnahmen auf andere meldepflichtige Infektionskrankheiten in Deutschland (MW 1/2016 – 32/2020), 3–7. <https://doi.org/10.25646/8011>
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H. & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40(11), 1228–1231. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790100074010>
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>

11. Anhang

Anhang 1: Tabelle 1: Bundesland der E-Learning Absolvent*innen

Anhang 2: Tabelle 1: Berufsgruppen der E-Learning Absolvent*innen (n=128)

Anhang 3: Tabelle 3: Bewertung der Kursangebote (n=126)

Anhang 4: Tabelle 2: Grund für die Kursteilnahme (n=126)

12. Anlagen

Anlage 1: Schulungsunterlagen Online-Kurs „Schulbasierte Interventionen“

Anlage 2: Inhaltsübersicht Studienordner Leistungserbringer

Anlage 3: Beispielberichte

Anhang 1: Tabelle 3: Bundesland der E-Learning Absolvent*innen

Bundesland	Anteil in Prozent
Baden-Württemberg	40,5
Niedersachsen	30,2
Brandenburg	11,1
Bayern	7,1
Nordrhein-Westfalen	4,8
Berlin	2,4
Hamburg	1,6
Mecklenburg-Vorpommern	0,8
Saarland	0,8
Sachsen-Anhalt	0,8

Anhang 2: Tabelle 4: Berufsgruppen der E-Learning Absolvent*innen (n=128)

	Anteil in Prozent
Behandlungsverantwortliche (BHV)	57.9
Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	8.7
Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde/Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin	0.8
Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie	4.8
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in	10.3
In Institutionen tätiger (Diplom-)Psychologe/-in; in Ausbildung zur/zum Psychologische(n) Psychotherapeuten/-in	1.6
In Institutionen tätiger (Diplom-)Psychologe/-in; in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in	11.1
In Institutionen tätiger Pädagoge/-in/ Sozialpädagoge/-in/Sozialarbeiter/-in in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in	20.6
CCSchool-Therapeut*innen	42.1
Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in	14.3
(Diplom-)Psychologe/-in (ohne Approbation als Therapeut/-in)	8.7
Pädagoge/Pädagogin	7.9
Pflege-/Erziehungsfachkraft	7.9
Abgeschlossene therapeutische Ausbildung (ohne Approbation als Abschluss, z.B. systemische Ausbildung)	1.6
Ergotherapeutin	0.8
Arbeitstherapeut/-in	0.8

Anhang 3: Tabelle 5: Bewertung der Kursangebote (n=126)

Item	Gesamt (N=126) MW (SD)	BHV (N=73) MW (SD)	CCS-THP (N=53) MW (SD)
Das Design der Webseite ist ansprechend gestaltet.	1.52 (.58)	1.53 (.63)	1.49 (.51)
Ich habe mich gut auf der Webseite zurechtgefunden (Navigation, Struktur).	1.51 (.59)	1.56 (.60)	1.43 (.57)
Der inhaltliche Aufbau des Kurses ist stimmig.	1.39 (.52)	1.40 (.52)	1.38 (.53)
Ich fühle mich durch den Online-Kurs gut auf eine Diagnostik schulbezogener Probleme vorbereitet	1.68 (.65)	1.64 (.59)	1.74 (.74)
Ich fühle mich durch den Online-Kurs gut auf die Anwendung der Schulbasierten Intervention vorbereitet.	1.87 (.66)	1.89 (.64)	1.85 (.69)
Mit der Nutzerbetreuung über das Kontaktformular war ich zufrieden.*	1.47 (.61) (N=53)	1.54 (.65) (N=26)	1.41 (.57) (N=27)
Mit den Lernmaterialien war ich zufrieden.	1.48 (.55)	1.48 (.56)	1.49 (.54)
Die zur Verfügung gestellten Arbeitsmaterialien (Erhebungsformulare, Ablaufgrafiken) sind hilfreich für die Diagnostik schulbezogener Probleme.**	1.38 (.49) (N=93)	1.40 (.50) (N=57)	1.33 (.48) (N=36)
Die zur Verfügung gestellten Arbeitsmaterialien (Erhebungsformulare, Ablaufgrafiken) sind hilfreich für die Anwendung der schulbasierten Intervention.**	1.48 (.55) (N=84)	1.53 (.58) (N=49)	1.40 (.50) (N=35)
Nach dem Durchlaufen des Online-Kurses bin ich motiviert die Versorgungsform „Schulbasierte Intervention“ anzuwenden.	1.58 (.62)	1.62 (.59)	1.53 (.67)
Nach dem Durchlaufen des Online-Kurses halte ich die neue Versorgungsform für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung die	1.37 (.53)	1.47 (.58)	1.23 (.42)

Item	Gesamt	BHV	CCS-THP
Skala von 1 (stimme voll zu) bis 4 (stimme überhaupt nicht zu)	(N=126)	(N=73)	(N=53)
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
im Rahmen des Projektes CCSchool erstellt wird für sinnvoll.			

Anmerkung:

Bei den mit * gekennzeichnetem Item gab es eine 5. Antwortkategorie, die für die Berechnung des Mittelwerts nicht berücksichtigt wurde („Habe ich nicht in Anspruch genommen.“)

Bei den mit ** gekennzeichneten Items gab es eine 5. Antwortkategorie, die für die Berechnung des Mittelwerts nicht berücksichtigt wurde („Ich nehme nicht an der Studie CCSchool teil oder ich nehme zwar teil, habe aber noch keine Patienten im Sinne der Studie behandelt.“)

Anhang 4: Tabelle 6: Grund für die Kursteilnahme (n=126)

Sollten bei dem nachfolgenden Item mehrere Antwortoptionen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie bitte die an, die die stärkste Rolle für Sie spielt. Ich habe an dem Online-Kurs teilgenommen, weil ...	Prozent
... ich es für wichtig halte, diese neue Versorgungsform anzubieten und diese mein bisheriges Angebot sinnvoll ergänzt	46.0
... ich durch den Kurs Wissen in Bezug auf neue Therapiemethoden erwerben wollte.	31.7
... ich dazu im Rahmen meiner Anstellung verpflichtet wurde (Dienstverhältnis).	20.6
... ich dadurch erhoffe, mir neue Patientenkreise zu erschließen.	1.6



Einleitung

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 1: Einleitung

www.ccschool.de

1 Über das Projekt

In dieser Lerneinheit soll eine Einführung in die Thematik der schulbezogenen Diagnostik und Behandlung gegeben werden. Die nachfolgend dargestellten Überlegungen waren Grundlage bei der Beantragung des Projektes „CCSchool - Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern mit (drohender) seelischer Behinderung“ beim Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschuss. Sie greifen Überlegungen auf, die vielerorts in Deutschland angemaht wurden und international Teil des Versorgungsstandards sind. Im Rahmen des Projektes CCSchool soll diese neue schulbezogene Versorgungsform eines „Continuum of Care“ erprobt werden.

Häufig werden gerade drohende seelische Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen zu spät erkannt, so dass niedrigschwellige, ambulante, beziehungserhaltende Interventionen nicht mehr möglich sind. Hinzu kommt, dass lange Zeit - im Gegensatz zum internationalen Standard eines sektorenübergreifenden „Continuum of Care“ - in Deutschland im Rahmen des SGB V neuere Versorgungsansätze wie sektorenvernetzende, aufsuchende Behandlung im Lebensumfeld sowie insbesondere schulbezogene heilberufliche Interventionen nicht zur Verfügung standen, bzw. nicht möglich waren. Erst jetzt, seitdem am 01.01.2017 das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) in Kraft trat, wurde eine Möglichkeit geschaffen auch im außerklinischen Umfeld auf Patientenbedürfnisse zugeschnittene Leistungen zu erbringen. Dennoch besteht bis dato in Deutschland noch kein routiniert etabliertes „Continuum of Care“ mit regional ausreichend ausgebauten und/oder koordiniert arbeitenden Versorgungsangeboten im ambulanten und stationären Sektor. Die fehlenden individualisierten, sektorübergreifenden Angebote sowie die „Komm“- statt einer „Bring“- Struktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, dürften ein wesentlicher Grund dafür sein, dass Kinder und Jugendliche, welche von einer seelischen Behinderung bedroht sind, oftmals erst sehr spät (oder gar nicht) in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kommen. Vielleicht hat sogar die steigende Inanspruchnahme von stationären Behandlungsleistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Plener et al. 2015 a/b) mit der akuten, späten Inanspruchnahme von Hilfen und den vorher verpassten Chancen im ambulanten Bereich zu tun.

Durch zahlreiche Studien ist belegt, dass die Effekte von Behandlungen und Verhaltensmodifikationen am stärksten sind, wenn die Behandlung in einem für die betreffende Patientengruppe ökologisch validen Alltagssetting durchgeführt wird. In Bezug auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche hat es sich als besonders wirksam erwiesen, die

Behandlung in das zentrale Alltagsfeld „Schule“ hineinzutragen, wo sich die zu behandelnden Probleme i.d.R. auch primär manifestieren. In den USA wurde von Burns et al. schon 1995 gezeigt, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen zu 75% erstmals im Schulsystem auffallen und deswegen auch dort erste Hilfen benötigen, während nur 16% der Kinder die erste Versorgung über das Gesundheitssystem erhalten. So wird auch in Deutschland die große Mehrheit aller klinischen Vorstellungen dieser Kinder aufgrund von aktuell nicht mehr zu bewältigenden Verhaltensproblemen und emotionalen Belastungen über die Schulen angeregt. Diesem Sachverhalt wird aber in der hierzulande bestehenden Versorgungsstruktur nicht Rechnung getragen, die Behandlung erfolgt stattdessen oftmals begrenzt auf ambulante und (teil-)stationäre traditionelle medizinische Settings. Daraus resultieren vielfach untersuchte Transferverluste, so z.B. der Verlust von bereits stationär erzielten Behandlungserfolgen bei Rückkehr in die „reale“ Lebenswelt. Im stationären und teilstationären Bereich sind oftmals kostspielige Drehtüreffekte die Folge.

Die Notwendigkeit einer Verbesserung der übergreifenden gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit seelischer (oder von seelischer Behinderung bedrohter) Behinderung wird unterstrichen durch den bereits in allen Bundesländern aufgrund der Länderhoheit im Bildungsbereich unterschiedlich angelaufenen Prozess der Einführung und Formen einer inklusiven Beschulung im Gefolge der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention durch die Bundesrepublik Deutschland. Derzeit und in den nächsten Jahren wird es in allen Bundesländern erhebliche Veränderungen in der Schulgesetzgebung und in der Vielfalt der Beschulungsangebote für Kinder und Jugendliche mit (drohender) Behinderung geben. So wurde z.B. am 15.07.2015 vom Landtag Baden-Württemberg die Änderung des Schulgesetzes zur Inklusion verabschiedet. Seit der Gesetzesänderung haben Eltern von Kindern mit einem Anspruch auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot die Möglichkeit zu wählen, ob ihr Kind an einer allgemeinen Schule oder einem Sonderpädagogischen Bildungs- und Beratungszentrum (SBBZ) lernen soll. Inklusion ist dabei Aufgabe aller Schularten. Der zieldifferenzierte Unterricht wurde ins Schulgesetz aufgenommen und die Steuerungsfunktion der Schulverwaltung gestärkt. In Brandenburg wurden „Schulen für gemeinsames Lernen“ genehmigt und befinden sich in der Umsetzung. Im Rahmen der Schulprogrammarbeit stimmen nun auf der Grundlage eines gemeinsam entwickelten Leitbildes Schulleitung, Lehrkräfte, Schüler*innen, Eltern, Kooperationspartner sowie Schulträger pädagogische Grundsätze, schulinterne Entwicklungsziele und Arbeitsschwerpunkte ab. Schulen für gemeinsames Lernen schreiben ihre Schulprogramme unter Beachtung bildungspolitischer Schwerpunktsetzungen fort und erarbeiten ergänzend eine Konzeption für ihren schulinternen Entwicklungsprozess. Die Konzeption umfasst vor allem die Maßnahmen zur

individuellen Förderung (bisher: Förderkonzept) und enthält Festlegungen in folgenden drei Bereichen: Inklusive Kulturen schaffen, Inklusive Strukturen etablieren und Inklusive Praktiken entwickeln. In Niedersachsen wurde am 03.06.2015 eine Änderung des Schulgesetzes verabschiedet, welches vorsieht, dass jahrgangswise ein ausschleichendes Auslaufen der Förderschulklassen erfolgt. Ab dem Schuljahr 2017/2018 - so nun die konsequente Folgeregelung - kann keine Aufnahme mehr aufsteigend ab dem 5. Schuljahrgang (Sekundarbereich I) in die Förderschule erfolgen. Zur Sicherstellung der Beratung und Unterstützung der nun inklusiven Schulen, der Schulträger und der Erziehungsberechtigten sowie zur bedarfsgerechten Zuweisung von sonderpädagogischen Ressourcen der allgemeinen inklusiven Schulen werden „Regionalstellen für schulische Inklusion“ eingerichtet.

Eine Übersicht über sämtliche Schulgesetze in Deutschland, Stand August 2017, finden sie hier: <https://www.kmk.org/dokumentation-und-statistik/rechtsvorschriften-lehrplaene/uebersicht-schulgesetze.html>. Die relevanten Änderungen bezüglich Inklusion in den teilnehmenden Bundesländern sind in der folgenden Tabelle aufgeführt:

Tabelle 1: Links Schutzgesetz in Bezug auf Inklusion

Bundesland	Link Schulgesetz in Bezug auf Inklusion
Baden-Württemberg	www.km-bw.de/Lde/Startseite/Themen/Inklusion (Änderung 2015)
Brandenburg	www.inklusion-brandenburg.de/schulgesetzliche_aenderungen.html (Änderung 2012)
Niedersachsen	www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/einfuehrung_inklusive_n_schule/einfuehrung-der-inklusive-schule-104666.html (Änderung 2012)

Der gesundheitlichen Versorgung im Rahmen des SGB V fällt in diesem Kontext eine Schlüsselrolle zu, weil sie für diese Zielgruppe eine Doppelfunktion erfüllt: Zum einen geht es um die möglichst flächendeckende und sektorenübergreifende Gewährleistung einer fachlich qualifizierten, koordinierten und evidenzbasierten gesundheitlichen Versorgung, die es den Betroffenen ermöglicht bzw. erleichtert, ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu kompensieren. Zum anderen muss das System der medizinischen Versorgung seine

sozialrechtlich vorgeschriebene Steuerungsfunktion für den Zugang zu den Hilfesystemen des SGB VIII bzw. SGB XII in möglichst effektiver Weise erfüllen.

Gemäß der rechtlichen Vorgaben im SGB IX, die sich auf entsprechende Vorgaben der WHO beziehen, sind alle Behinderungsdefinitionen im deutschen Sozialrecht zweigliedrig: Zunächst muss ärztlicherseits nach den Kriterien der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) eine Krankheit diagnostiziert. Dann müssen die aus dieser Krankheit resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen im Alltag als Grundlage für die Hilfeplanung und Hilfestellung im Sinne der Eingliederungshilfe nach SGB VIII und SGB XII bzw. Bundesteilhabegesetz analysiert werden. Die medizinische Versorgung hat also neben der Krankenbehandlung für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche zusätzlich eine wichtige bahnende Funktion zu sozialen Unterstützungsmaßnahmen, Reha-Leistungen und Assistenzleistungen aus den anderen Sozialsystemen, die komplementär i.d.R. dringend erforderlich sind. Auch in diesem Bereich – der insbesondere die ärztliche und psychotherapeutische Diagnostik und Begutachtung betrifft – bestehen teilweise erhebliche regionale Unterschiede, die den betroffenen Familien den Zugang zu erforderlichen Hilfen aus den anderen sozialen Sicherungssystemen erschweren. Dies führt zu vermeidbaren, z. T. nicht unerheblichen Chronifizierungen/Verschlechterungen für die betroffenen Patienten und ihre Familien (Plener et al. 2015 a/b).

Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry hat schon vor mehreren Jahren ein „Continuum of Care“ als den heute aktuellen Standard in der medizinischen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bezeichnet (vgl. Fegert 2015). Da für junge Menschen Schule und Ausbildung die zentralen Lebenswelten sind, gibt es in vielen Ländern erfolgreiche Ansätze, medizinische Interventionen und Krankenbehandlung in den Schulkontext zu integrieren (Hoagwood et al. 2001, Rones & Hoagwood 2000). Dies ist derzeit im deutschen Gesundheitswesen kaum bzw. nicht möglich. Obwohl die laufende Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Behinderungen eine zunehmende Lebensweltorientierung, auch in Bezug auf die heilberuflichen Interventionen erforderlich macht, kommt es in den letzten Jahren immer noch zur Zunahme der stationären Behandlungen, insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Plener et al. 2015 a/b). Dies ist alarmierend. Die eher zunehmende Dominanz stationärer Versorgungsformen in Kombination mit den wachsenden Herausforderungen durch die Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Behinderungen machen es unabdingbar, im Bereich der seelischen bzw. der kombinierten (körperlich/seelischen bzw. geistig/seelischen) Behinderungen neue Interventionsformen zu erproben. Eine zentrale Rolle spielen dabei die Verbesserung der sektorübergreifenden Koordination sowie die Etablierung von schulbasierten medizinischen Behandlungsansätzen,

die bisher in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umgesetzt werden können.

Ziel der im Rahmen des Projektes CCSchool zu entwickelnden neuen Versorgungsform ist es, ein umfassendes, in verschiedenen regionalen Kontexten implementierbares Programm zu erproben, das durch eine Verbesserung der Versorgungskontinuität (continuum of care, CC) und die Einführung innovativer Behandlungsansätze unter Einbezug des schulischen Settings (School) folgende Effekte erzielen soll:

1. Reduktion von voll- und teilstationären Behandlungen in (KiJu-)psychiatrischen Fachabteilungen/Kliniken (Indikator: stationäre Leistungsanspruchnahme)
2. Verbesserung der Teilhabe der Patienten insbesondere in Schule/Ausbildung durch medizinische Symptomreduktion und aufsuchende adäquate Krankenbehandlung (Indikator: Messwerte auf standardisierten Assessment-Instrumenten)
3. Erhöhung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien (Indikator: Messwerte auf standardisierten Assessment-Instrumenten).
4. CCSchool bietet dabei folgende Komponenten an:
5. Aufbau qualifizierter multidisziplinärer und sektorenübergreifender Netzwerke von Leistungserbringern auf regionaler Ebene (Landkreise/kreisfreie Städte),
6. Etablierung definierter Prozesse (Versorgungspfade), nach denen diese Versorgungnetzwerke arbeiten sowie
7. Einführung für Deutschland innovativer Versorgungsleistungen (schulbasierte Therapie), die insbesondere bei drohender Verschlechterung von Problemverhalten in der Schule im Sinne des Risikos stationärer Behandlungsbedürftigkeit zum Einsatz kommen.

In der nachfolgenden Lerneinheit 1.2 werden die Bausteine und der geplante Handlungsablauf der neuen Versorgungsform dargestellt.

2 Quellenverzeichnis

- APK, Weiß P & Heinz A (eds)(2015). Qualität therapeutischer Beziehung - Tagungsdokumentation Berlin, 24./25. September 2014, 1st edn, Aktion Psychisch Kranke, Bonn.
- Burns BJ, Costello EJ, Angold A, Tweed D, Stangl D, Farmer FMZ & Erkanli A (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159.
- Fegert JM (2015). Aspekte guter Qualität. In: APK, Weiß, P. & Heinz, A. (eds) 2015. Qualität therapeutischer Beziehung - Tagungsdokumentation Berlin, 14-30.
- Haogwood K, Burns BJ, Kiser L, Ringeisen H & Schoenwald SK (2001). Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health Services. *Psychiatric Services*, vol. 52, no. 9, 1179-1189.
- Plener PL, Groschwitz RC, Franke CF, Fegert JM & Freyberger HJ (2015a). Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, vol. 63, no. 3, 181-186.
- Plener PL, Straub J, Fegert JM & Keller F (2015b). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern - Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. *Nervenheilkunde*, vol. 34, no. 1-2, 18-23.
- Rones M & Hoagwood K (2000). School-Based Mental Health Services: A Research Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 3, no. 4, 22.

Was beinhaltet CCSchool?

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 2: Was beinhaltet CCSchool

www.ccschool.de

Inhalt

1	Was beinhaltet CCSchool?.....	2
2	Vorgehen in der Interventionsgruppe CCSchool.....	7
2.1	Prozess A „Standardisierte Diagnostik“.....	7
2.2	Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“	8
2.3	Die „Schulbasierte Behandlung“	9
3	Die Kontrollgruppe	12

1 Was beinhaltet CCSchool?

Wie bereits in der Lerneinheit 1.1 beschrieben, ist durch zahlreiche Studien belegt, dass die Effekte von Behandlungen und Verhaltensmodifikationen am stärksten sind, wenn die Behandlung in einem für die betreffende Patientengruppe ökologisch validen Alltagssetting durchgeführt wird. In Bezug auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen hat es sich als besonders wirksam erwiesen, die Behandlung in das zentrale Alltagsfeld „Schule“ hineinzutragen, wo sich die zu behandelnden Probleme i.d.R. auch primär manifestieren. Die große Mehrheit aller klinischen Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen wird aufgrund von nicht mehr zu bewältigenden Verhaltensproblemen und emotionalen Belastungen über die Schulen angeregt. Diesem Sachverhalt wird in der aktuell bestehenden Versorgungsstruktur nicht hinreichend Rechnung getragen und es kommt zu mehreren Problemen:

Problem 1

Meist erfolgt die Behandlung sehr spät und ist auf ambulante und (teil-)stationäre traditionelle medizinische Settings beschränkt. Dabei kommt es dann zu vielfach untersuchten Transferverlusten, d.h. einem Verlust von bereits erzielten Behandlungserfolgen bei Rückkehr in die „reale“ Lebenswelt. Im stationären und teilstationären Bereich sind kostspielige Drehtüreffekte die Folge.

Problem 2

Hilfen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden oftmals aus Ängsten vor Stigmatisierung, oder Transportschwierigkeiten oder auch Unwissenheit als sehr hochschwellig angesehen und so erst spät oder gar nicht aufgesucht. Erst wenn Kinder und Jugendliche aus den Alltagssystemen herauszufallen drohen kommt es zur Diagnostik und ggf. Behandlung.

CCSchool soll diesen Problematiken begegnen, denn es bietet durch ein schulbasiertes Diagnostik- und Behandlungskonzept ein Screening und Hilfen im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen an, so dass frühzeitige Interventionen vor Ort - wo nötig – Chronifizierungen und Drehtüreffekte vermeiden können.

Im Mittelpunkt von **CCSchool** steht so die Implementierung des außerhalb Deutschlands vielfach erprobten, hierzulande innovativen Behandlungsansatzes einer schulbasierten Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung. Hierzu sollen die Systeme von Schule, Jugendhilfe und dem medizinischen Versorgungssystem so

vernetzt werden, dass deren Hilfemöglichkeiten im Sinne eines Continuum of Care optimal ineinandergreifen.

CCSchool beinhaltet drei Prozesse:

- ▶ Prozess A: Standardisierte Diagnostik
- ▶ Prozess B: Schulbasiertes therapeutisches Assessment
- ▶ Prozess C: Schulbasierte Behandlung

An der konkreten Durchführung dieser Prozesse sind zwei Gruppen von Leistungserbringern beteiligt: der/die **Behandlungsverantwortliche** (BHV) und der/die **CC-Schultherapeut*in** (THP).

Der/die „**Behandlungsverantwortliche**“ (BHV) steuert die Behandlung eines Patienten verantwortlich und kann zu folgenden Berufsgruppen gehören:

- ▶ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde/Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinderheilkunde/Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ Psychologische(r) Psychotherapeut/-in
- ▶ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Psychologe/-in in Ausbildung zur/zum Psychologische(r) Psychotherapeuten/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Psychologe/-in in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Pädagoge/-in/ Sozialpädagoge/-in/Sozialarbeiter/-in in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in

Der/die **CC-Schultherapeut*in** (THP) führt die diagnostischen Einschätzungen und Interventionen in den Schulen durch und kann zu folgenden Berufsgruppen gehören:

- ▶ Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in
- ▶ Psychologe/-in (ohne Approbation als Therapeut/-in)

- ▶ Pädagoge/Pädagogin
- ▶ Pflege-/Erziehungsfachkraft
- ▶ Abgeschlossene therapeutische Ausbildung (ohne Approbation als Abschluss, z.B. systemische Ausbildung)
- ▶ Ergotherapeutin
- ▶ Physiotherapeut/-in
- ▶ Arbeitstherapeut/-in
- ▶ Musiktherapeut/-in
- ▶ Kreativtherapeut/-in sonstige (z.B. Tanztherapeut/-in, Kunsttherapeut/-in)

Folgende Indikations- bzw. Auslösekriterien können zur Vorstellung eines Kindes oder Jugendlichen führen, welches dann in einem ersten Kontakt mit dem Behandlungsverantwortlichen ein Screening erhält:

- ▶ Vorstellung des Kindes/Jugendlichen im Schulalter durch die Sorgeberechtigten entweder aus Eigeninitiative oder weil die Schule/Berufsschule/sonstige Ausbildungsstätte eine Vorstellung empfohlen hatte (z.B. wegen drohendem Schulausschluss)
- ▶ Überweisung durch einen anderen Arzt wegen Verdacht auf (drohende) seelische Behinderung
- ▶ Verdacht auf Diagnose aus dem Kapitel F des ICD-10 (GM): Behandlungsgrundlage im SGB V und Grundlage für ärztliche Stellungnahme gem. SGB VIII bzw. XII (Eingangsvoraussetzung)

In dem Screening werden drei Kriterien geprüft:

Kriterium 1: Vorliegen einer F-Diagnose nach ICD-10 (Ausschluss: Hauptdiagnose liegt im Suchtbereich, ICD10: F10-F19) und entsprechende klinische Beeinträchtigung (festgestellt durch den BHV)

und

Kriterium 2: Vorliegen von Schulproblemen, welche anhand von zwei möglichen Wegen erhoben werden kann:

1. Es zeigen sich auf dem von den Eltern und/oder dem Kind/Jugendlichen ausgefüllten Fragebogen, der Columbia Impairment Scale (CIS), Probleme im schulischen Bereich oder
2. die Schule oder die Eltern geben explizit Schulprobleme an

und

Kriterium 3: Das Funktionsniveau des Kindes/Jugendlichen im Alltag liegt auf der Children-Global Assessment of Functioning Scale (C-GAF), eingeschätzt durch den/die Behandlungsverantwortlichen, bei 70 und niedriger.

Sind diese drei Kriterien erfüllt, besteht die Einschlussmöglichkeit in das Projekt CCSchool, und den Eltern und dem Kind/Jugendlichen wird eine Teilnahme angeboten.

Im Rahmen des Projektes soll auch die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform nachgewiesen werden. Dabei soll nicht die Effektivität der einzelnen Interventionen evaluiert werden, sondern inwieweit frühzeitige Behandlung im Lebensumfeld des Kindes spätere invasivere Interventionen (wie z.B. stationäre Behandlung) verhindern kann. Es wird deshalb ein Wartekontrollgruppendesign durchgeführt. Bei Einverständnis der Eltern und des Kindes/Jugendlichen zur Teilnahme an CCSchool erfolgt deshalb eine Randomisierung in die „Interventionsgruppe CCSchool“ oder die „Kontrollgruppe“. Nachfolgend wird zunächst das Vorgehen in der Interventionsgruppe, anschließend das Vorgehen in der Kontrollgruppe beschrieben.

Willigen die Eltern und das Kind ein an dem Projekt teilzuhaben, erfolgt je nach Randomisierung des Schulkreises die Zuteilung in Interventions- oder Kontrollgruppe. Den Ablauf mit Kontroll- und Interventionsgruppe stellt die nachfolgende Abbildung dar:

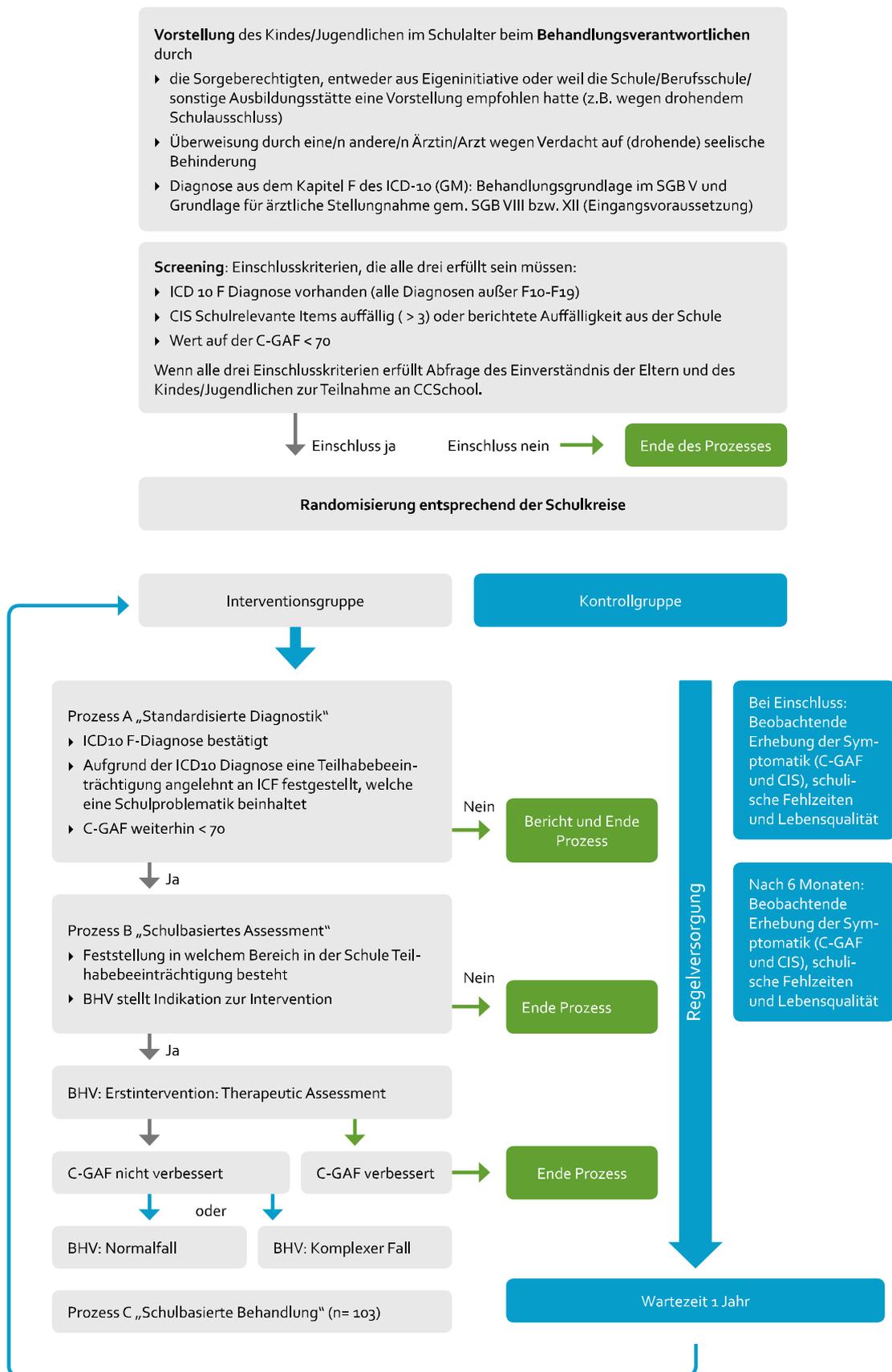


Abbildung 1: Entscheidungsbaum

2 Vorgehen in der Interventionsgruppe CCSchool

Kinder/Jugendliche, welche in die Interventionsgruppe randomisiert werden erhalten zunächst eine Standardisierte Diagnostik (Prozess A). Für die altersspezifische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung sind im Rahmen des Modellvorhabens vom Projektkonsortium für die an CCSchool teilnehmenden Leistungserbringer*innen einheitliche interdisziplinäre Standards definiert worden (Siehe Modul 2).

2.1 Prozess A „Standardisierte Diagnostik“

Diese beinhaltet:

- ▶ Verschiedene Fragebögen zur Erfassung des Funktionsniveaus (ausgefüllt vom Kind/Jugendlichen, den Eltern, der Lehrkraft und der/dem Behandlungsverantwortlichen) (Siehe Lerneinheit 2.1), eine körperlich neurologische Untersuchung und die Erhebung von Basisdaten (siehe Lerneinheit 2.2) sowie ein
- ▶ Ein halbstandardisiertes Interview mit den Eltern zur Erhebung von Barrieren/Hindernissen und Fazilitatoren der Teilhabe sowie der Teilhabewünsche (orientiert an ICF und erhoben anhand des Schemata zur Teilhabebeeinträchtigung) (Siehe Lerneinheiten 3.1 und 3.2)
- ▶ Einen Bericht zu den bisherigen Ergebnissen, mit der bestätigten oder veränderten Diagnose sowie den weiteren Behandlungsempfehlungen (Siehe Lerneinheit 3.3). Diese können sein: Überleitung in den Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“, Prüfung anderer Maßnahmen des SGB V, VIII oder XII, keine weiteren Maßnahmen notwendig.

Wenn im Rahmen des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ eine primär schulbezogene Problematik von Krankheitswert festgestellt wird und/oder die konkrete Gefahr eines Herausfallens aus der aktuellen Lebensumwelt „Schule/Ausbildung“ festgestellt wird, wird der Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“ indiziert.

2.2 Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“

Ziel des Prozesses B „**Schulbasiertes Therapeutisches Assessment**“ ist eine spezifische diagnostische Einschätzung der teilhabebeeinträchtigenden Problematik vor Ort in der Schule, welche dann zu einer Indikationsstellung des weiteren Procedere führt. Das weitere Procedere kann sein (Siehe Lerneinheit 4.1):

- ▶ „Schulbasierte Behandlung“ (Prozess C) indiziert
- ▶ Eine anderweitige medizinische/therapeutische Maßnahmen indiziert
- ▶ Es sollten Maßnahmen der Jugendhilfe oder Behindertenhilfe geprüft werden sollten
- ▶ Keine weitere Maßnahme indiziert

Hierfür wird vom dem/der CC-Schultherapeut*in ein initialer zweistündiger Schulbesuch mit folgenden Elementen durchgeführt:

- ▶ Teilnehmende Beobachtung des Kindes im schulischen Milieu
- ▶ Verhaltensanalyse und Teilhablediagnostik zur Feststellung, in welchen Bereichen die Teilhabe beeinträchtigt ist
- ▶ Ausfüllen des Online-Tool „Functioning Profile“, von Lehrkräften und Eltern

Dabei dokumentiert der/die CC-Schultherapeut*in nach definiertem Standard die Beobachtungen gem. ICF-Logik und führt diese mit dem Ergebnis des Interviews mit der Lehrkraft zusammen (Siehe Lerneinheit 4.2)

Im Rahmen eines gemeinsamen Termins mit dem/der CC-Schultherapeut*in, dem Behandlungsverantwortlichen, den Eltern/Kind/Jugendlichem sowie, wenn gewünscht, einer Lehrkraft der Schule in der Praxis/Psychiatrischen Institutsambulanz des Behandlungsverantwortlichen werden die Ergebnisse des Schulbasierten Assessments validiert und das weitere Procedere festgelegt. Der Prozess wird an dieser Stelle abgebrochen, wenn keine weitere Indikation zu einer schulbasierten Behandlung besteht, oder aber auf Basis des erfolgten Assessments und einer Entscheidungsregel festgestellt wird, dass Ausschlussgründe vorliegen (nicht primär schulassoziertes Problem; Drogenproblematik steht im Vordergrund; vorrangig Kinderschutzthematik). Ggf. werden komplementäre Hilfen initiiert oder angepasst (Eingliederungshilfe nach SGB VIII bzw. SGB XII). (Siehe Lerneinheit 4.3).

Liegt eine primär schulbasierte Problematik vor, schließt sich direkt an den Termin in der Praxis/Institutsambulanz eine 30-minütige verhaltenstherapeutische Kurzintervention, im

Sinne der Methode des „Therapeutischen Assessment“ an (Siehe Lerneinheit 4.4).

„Therapeutic Assessment“ beinhaltet folgende Schritte:

3. Es wird zunächst die Grundproblematik des Kindes/Jugendlichen in einem auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden Diagramm erarbeitet, welches sowohl fokussiert die Problematik erfasst, als auch lösungsorientierte Handlungsansätze enthält.
4. Das Diagramm wird der Familie mit der Aufgabe mitgegeben, die dort erarbeiteten Problemlösungsstrategien in den nächsten vier Wochen anzuwenden.
5. Nach einer Woche wird verstärkend ein therapeutischer Brief zu Inhalten des Diagramms an das Kind/den Jugendlichen verschickt.

Nach vier Wochen erfolgt in einem telefonischen Kontakt durch den Behandlungsverantwortlichen eine Evaluation zur Effektivität der Intervention. Ist eine Verbesserung der Handlungskompetenz der Eltern sowie des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen erfolgt, wird der Prozess an dieser Stelle beendet, bei weiterhin bestehender Problematik erfolgt vom Behandlungsverantwortlichen die Indikationsstellung zur „Schulbasierten Behandlung“ (Prozess C), sofern die Problematik auch jetzt noch primär schulassoziiert ist.

Nun erfolgt eine Formulierung und Dokumentation der Behandlungsziele nach der Methodik des Goal Attainment Scaling (Siehe Lerneinheit 4.4) durch den Behandlungsverantwortlichen für die schulbasierte Behandlung. Danach wird ein Interventionsplan unter Einbezug ggf. bereits existierender Behandlungen des regulären SGB V-Leistungsspektrums (Medikation, Psychotherapien) aufgestellt.

2.3 Die „Schulbasierte Behandlung“

Die „Schulbasierte Behandlung“ kann in zwei unterschiedlich intensiven Varianten durchgeführt werden:

- ▶ Die Variante 1 „Normalfall“ umfasst durch die/den CC-Schultherapeut*in durchgeführte 4-6 Termine in der Schule (alle 2 Wochen über 3 Monate).
- ▶ Die Variante 2 „Komplizierter Fall“ umfasst durch die/den CC-Schultherapeut*in durchgeführte 6-12 Termine in der Schule (wöchentlich über 3 Monate, dazwischen bedarfsweise Kontakt mit dem Behandlungsverantwortlichen per Telefon).

(Siehe Lerneinheit 5.1)

Die in der Schule einzusetzenden Interventionen sollen je nach individueller Problemlage des Kindes/Jugendlichen ausgewählt und umgesetzt werden (Übersicht zu den möglichen Interventionen: Lerneinheit 5.2). Unter anderem können angeboten werden:

- ▶ Soziales Kompetenztraining
- ▶ Anti-Stigma- /Anti-Mobbing-Training
- ▶ Psychoedukation von Kind oder/und Lehrkraft oder/und Eltern
- ▶ Schulbasierte Gruppeninterventionen
- ▶ Skills-Training
- ▶ Verhaltenstherapeutische Verstärkerpläne.

Gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern, den Lehrkräften und dem Behandlungsverantwortlichen wird ein Behandlungsplan erstellt, welcher für die Intervention handlungsleitend ist (Lerneinheit 5.3). Fallübergreifend findet pro Monat ein Termin des/der CC—Schultherapeut*in mit dem/der Behandlungsverantwortlichen zur Abstimmung und Supervision statt. Der/die Behandlungsverantwortliche überprüft zudem zu den im Behandlungsplan festgelegten Meilensteinen, ob die Behandlungsziele – operationalisiert anhand des Goal Attainment Scaling – erreicht sind und der Prozess beendet werden kann. Am Ende der Behandlung und im Follow-up erfolgt die Evaluation der Behandlungseffekte anhand von instrumentenspezifischen Schwellenwerten (C-GAF, CIS), der Lebensqualität (KINDL-R), der Zufriedenheit mit dem Prozessablauf und der Fehlzeiten in der Schule/Arbeit oder stationären Aufenthalten anhand einer telefonischen Nacherhebung (Lerneinheit 5.4). Die nachfolgende Abbildung stellt den Ablauf der Schulbasierten Intervention im Überblick dar.



Abbildung 2: Schulbasierte Intervention

3 Die Kontrollgruppe

Der Verlauf in der Kontrollgruppe erfolgt nach dem Wartelistenprinzip – in der Wartezeit nehmen die Patient*innen der Kontrollgruppe die Regelversorgung in Anspruch. Nach Studieneinschluss (äquivalent zur Interventionsgruppe) durchlaufen alle Patient*innen der Kontrollgruppe eine zwölfmonatige Beobachtungszeit mit einer beobachtenden Erhebungen der Symptomatik (C-GAF und CIS), schulischen Fehlzeiten und Lebensqualität bei Einschluss und nach sechs Monaten.

Nach zwölf Monaten wird den Eltern und dem Kind/Jugendlichen bei Fortbestehen der Problematik angeboten, jetzt ebenfalls Prozess 1 bis 3 der Interventionsgruppe zu durchlaufen. Zum Abschluss von Prozess 3 findet eine letzte Erhebung der Evaluation statt (Siehe Lerneinheit 5.4).

In den nachfolgenden Modulen 2 und 3 werden nun die Bestandteile des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ schrittweise beschrieben.

Was beinhaltet CCSchool?

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 2: Was beinhaltet CCSchool?

www.ccschool.de

Inhalt

1	Was beinhaltet CCSchool?.....	2
2	Vorgehen in der Interventionsgruppe CCSchool.....	7
2.1	Prozess A „Standardisierte Diagnostik“.....	7
2.2	Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“	7
2.3	Die „Schulbasierte Behandlung“	9
3	Die Kontrollgruppe	12

1 Was beinhaltet CCSchool?

Wie bereits in der Lerneinheit 1.1 beschrieben, ist durch zahlreiche Studien belegt, dass die Effekte von Behandlungen und Verhaltensmodifikationen am stärksten sind, wenn die Behandlung in einem für die betreffende Patientengruppe ökologisch validen Alltagssetting durchgeführt wird. In Bezug auf die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen hat es sich als besonders wirksam erwiesen, die Behandlung in das zentrale Alltagsfeld „Schule“ hineinzutragen, wo sich die zu behandelnden Probleme i.d.R. auch primär manifestieren. Die große Mehrheit aller klinischen Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen wird aufgrund von nicht mehr zu bewältigenden Verhaltensproblemen und emotionalen Belastungen über die Schulen angeregt. Diesem Sachverhalt wird in der aktuell bestehenden Versorgungsstruktur nicht hinreichend Rechnung getragen und es kommt zu mehreren Problemen:

Problem 1

Meist erfolgt die Behandlung sehr spät und ist auf ambulante und (teil-)stationäre traditionelle medizinische Settings beschränkt. Dabei kommt es dann zu vielfach untersuchten Transferverlusten, d.h. einem Verlust von bereits erzielten Behandlungserfolgen bei Rückkehr in die „reale“ Lebenswelt. Im stationären und teilstationären Bereich sind kostspielige Drehtüreffekte die Folge.

Problem 2

Hilfen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche werden oftmals aus Ängsten vor Stigmatisierung, oder Transportschwierigkeiten oder auch Unwissenheit als sehr hochschwellig angesehen und so erst spät oder gar nicht aufgesucht. Erst wenn Kinder und Jugendliche aus den Alltagssystemen herauszufallen drohen kommt es zur Diagnostik und ggf. Behandlung.

CCSchool soll diesen Problematiken begegnen, denn es bietet durch ein schulbasiertes Diagnostik- und Behandlungskonzept ein Screening und Hilfen im Lebensumfeld der Kinder und Jugendlichen an, so dass frühzeitige Interventionen vor Ort - wo nötig – Chronifizierungen und Drehtüreffekte vermeiden können.

Im Mittelpunkt von **CCSchool** steht so die Implementierung des außerhalb Deutschlands vielfach erprobten, hierzulande innovativen Behandlungsansatzes einer schulbasierten Krankenbehandlung von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung. Hierzu

sollen die Systeme von Schule, Jugendhilfe und dem medizinischen Versorgungssystem so vernetzt werden, dass deren Hilfemöglichkeiten im Sinne eines Continuum of Care optimal ineinandergreifen.

CCSchool beinhaltet drei Prozesse:

- ▶ Prozess A: Standardisierte Diagnostik
- ▶ Prozess B: Schulbasiertes therapeutisches Assessment
- ▶ Prozess C: Schulbasierte Behandlung

An der konkreten Durchführung dieser Prozesse sind zwei Gruppen von Leistungserbringern beteiligt: der/die **Behandlungsverantwortliche** (BHV) und der/die **CC-Schultherapeut*in** (THP).

Der/die „**Behandlungsverantwortliche**“ (BHV) steuert die Behandlung eines Patienten verantwortlich und kann zu folgenden Berufsgruppen gehören:

- ▶ Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde/Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- ▶ Ärztin/Arzt in Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Kinderheilkunde/Pädiatrie/Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ Psychologische(r) Psychotherapeut/-in
- ▶ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Psychologe/-in in Ausbildung zur/zum Psychologische(r) Psychotherapeuten/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Psychologe/-in in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in
- ▶ In Institutionen tätiger Pädagoge/-in/ Sozialpädagoge/-in/Sozialarbeiter/-in in Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in

Der/die **CC-Schultherapeut*in** (THP) führt die diagnostischen Einschätzungen und Interventionen in den Schulen durch und kann zu folgenden Berufsgruppen gehören:

- ▶ Sozialarbeiter/-in, Sozialpädagoge/-in

- ▶ Psychologe/-in (ohne Approbation als Therapeut/-in)
- ▶ Pädagoge/Pädagogin
- ▶ Pflege-/Erziehungsfachkraft
- ▶ Abgeschlossene therapeutische Ausbildung (ohne Approbation als Abschluss, z.B. systemische Ausbildung)
- ▶ Ergotherapeutin
- ▶ Physiotherapeut/-in
- ▶ Arbeitstherapeut/-in
- ▶ Musiktherapeut/-in
- ▶ Kreativtherapeut/-in sonstige (z.B. Tanztherapeut/-in, Kunsttherapeut/-in)

Folgende Indikations- bzw. Auslösekriterien können zur Vorstellung eines Kindes oder Jugendlichen führen, welches dann in einem ersten Kontakt mit dem Behandlungsverantwortlichen ein Screening erhält:

- ▶ Vorstellung des Kindes/Jugendlichen im Schulalter durch die Sorgeberechtigten entweder aus Eigeninitiative oder weil die Schule/Berufsschule/sonstige Ausbildungsstätte eine Vorstellung empfohlen hatte (z.B. wegen drohendem Schulausschluss)
- ▶ Überweisung durch einen anderen Arzt wegen Verdacht auf (drohende) seelische Behinderung
- ▶ Verdacht auf Diagnose aus dem Kapitel F des ICD-10 (GM): Behandlungsgrundlage im SGB V und Grundlage für ärztliche Stellungnahme gem. SGB VIII bzw. XII (Eingangsvoraussetzung)

In dem Screening werden drei Kriterien geprüft:

Kriterium 1: Vorliegen einer F-Diagnose nach ICD-10 (Ausschluss: Hauptdiagnose liegt im Suchtbereich, ICD10: F10-F19) und entsprechende klinische Beeinträchtigung (festgestellt durch den BHV)

und

Kriterium 2: Vorliegen von Schulproblemen, welche anhand von zwei möglichen Wegen erhoben werden kann:

1. Es zeigen sich auf dem von den Eltern und/oder dem Kind/Jugendlichen ausgefüllten Fragebogen, der Columbia Impairment Scale (CIS), Probleme im schulischen Bereich oder

2. die Schule oder die Eltern geben explizit Schulprobleme an

und

Kriterium 3: Das Funktionsniveau des Kindes/Jugendlichen im Alltag liegt auf der Children-Global Assessment of Functioning Scale (C-GAF), eingeschätzt durch den/die Behandlungsverantwortlichen, bei 70 und niedriger.

Sind diese drei Kriterien erfüllt, besteht die Einschlussmöglichkeit in das Projekt CCSchool, und den Eltern und dem Kind/Jugendlichen wird eine Teilnahme angeboten.

Im Rahmen des Projektes soll auch die Wirksamkeit der neuen Versorgungsform nachgewiesen werden. Dabei soll nicht die Effektivität der einzelnen Interventionen evaluiert werden, sondern inwieweit frühzeitige Behandlung im Lebensumfeld des Kindes spätere invasivere Interventionen (wie z.B. stationäre Behandlung) verhindern kann. Es wird deshalb ein Wartekontrollgruppendesign durchgeführt. Bei Einverständnis der Eltern und des Kindes/Jugendlichen zur Teilnahme an CCSchool erfolgt deshalb eine Randomisierung in die „Interventionsgruppe CCSchool“ oder die „Kontrollgruppe“. Nachfolgend wird zunächst das Vorgehen in der Interventionsgruppe, anschließend das Vorgehen in der Kontrollgruppe beschrieben.

Willigen die Eltern und das Kind ein an dem Projekt teilzuhaben, erfolgt je nach Randomisierung des Schulkreises die Zuteilung in Interventions- oder Kontrollgruppe. Den Ablauf mit Kontroll- und Interventionsgruppe stellt die nachfolgende Abbildung dar:

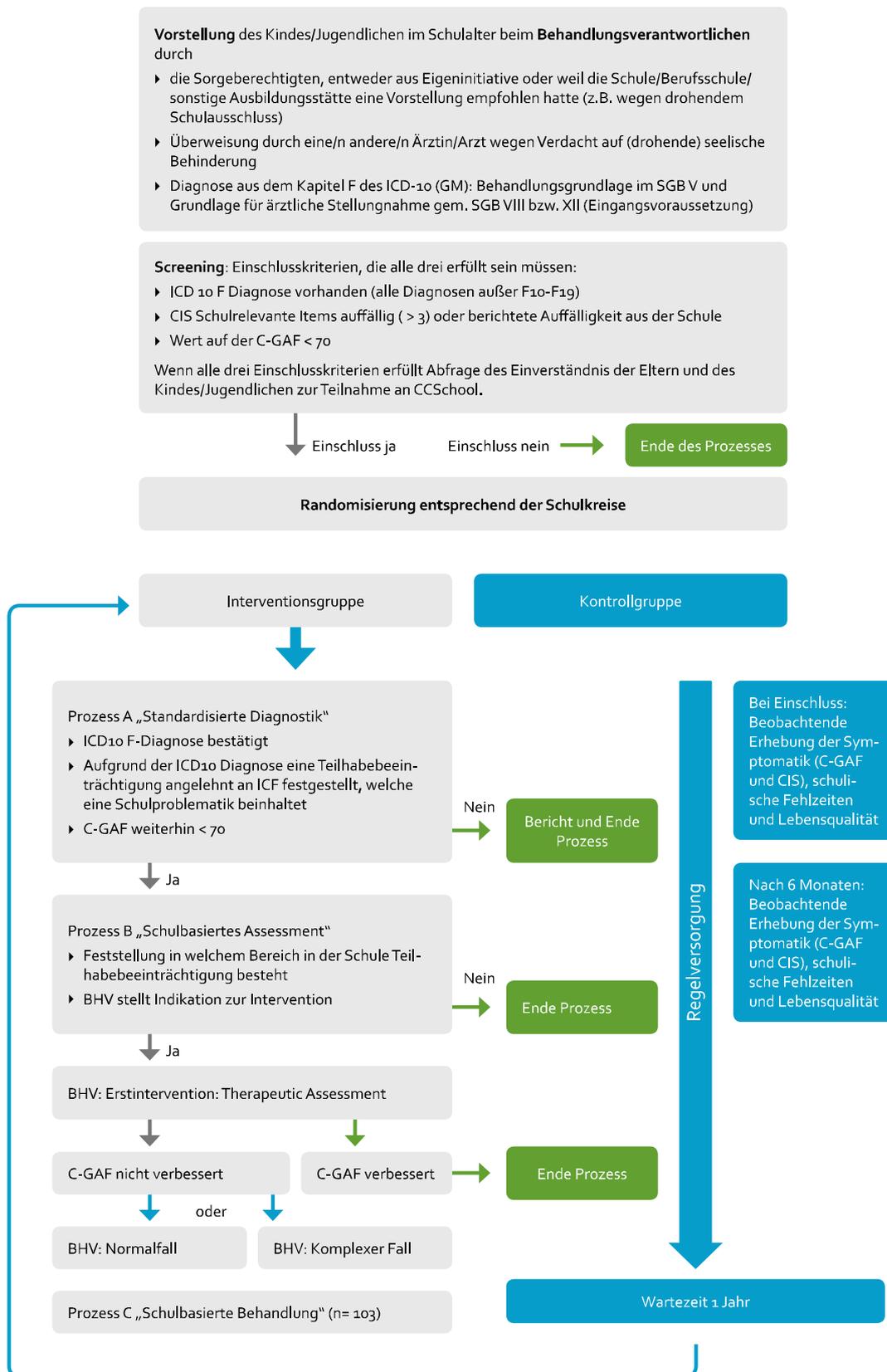


Abbildung 1: Entscheidungsbau

2 Vorgehen in der Interventionsgruppe CCSchool

Kinder/Jugendliche, welche in die Interventionsgruppe randomisiert werden erhalten zunächst eine Standardisierte Diagnostik (Prozess A). Für die altersspezifische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit (drohender) Behinderung sind im Rahmen des Modellvorhabens vom Projektkonsortium für die an CCSchool teilnehmenden Leistungserbringer*innen einheitliche interdisziplinäre Standards definiert worden (Siehe Modul 2).

2.1 Prozess A „Standardisierte Diagnostik“

Diese beinhaltet:

- ▶ Verschiedene Fragebögen zur Erfassung des Funktionsniveaus (ausgefüllt vom Kind/Jugendlichen, den Eltern, der Lehrkraft und der/dem Behandlungsverantwortlichen), eine körperlich neurologische Untersuchung und die Erhebung von Basisdaten sowie ein
- ▶ Ein halbstandardisiertes Interview mit den Eltern zur Erhebung von Barrieren/Hindernissen und Fazilitatoren der Teilhabe sowie der Teilhabewünsche (orientiert an ICF und erhoben anhand des Schemata zur Teilhabebeeinträchtigung)
- ▶ Einen Bericht zu den bisherigen Ergebnissen, mit der bestätigten oder veränderten Diagnose sowie den weiteren Behandlungsempfehlungen. Diese können sein: Überleitung in den Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“, Prüfung anderer Maßnahmen des SGB V, VIII oder XII, keine weiteren Maßnahmen notwendig.

(Siehe Lerneinheit 1.3)

Wenn im Rahmen des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ eine primär schulbezogene Problematik von Krankheitswert festgestellt wird und/oder die konkrete Gefahr eines Herausfallens aus der aktuellen Lebensumwelt „Schule/Ausbildung“ festgestellt wird, wird der Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“ indiziert.

2.2 Prozess B „Schulbasiertes Therapeutisches Assessment“

Ziel des Prozesses B „**Schulbasiertes Therapeutisches Assessment**“ ist eine spezifische diagnostische Einschätzung der teilhabebeeinträchtigenden Problematik vor Ort in der

Schule, welche dann zu einer Indikationsstellung des weiteren Procedere führt. Das weitere Procedere kann sein (Siehe Lerneinheit 2.1):

- ▶ „Schulbasierte Behandlung“ (Prozess C) indiziert
- ▶ Eine anderweitige medizinische/therapeutische Maßnahmen indiziert
- ▶ Es sollten Maßnahmen der Jugendhilfe oder Behindertenhilfe geprüft werden sollten
- ▶ Keine weitere Maßnahme indiziert

Hierfür wird vom dem/der CC-Schultherapeut*in ein initialer zweistündiger Schulbesuch mit folgenden Elementen durchgeführt:

- ▶ Teilnehmende Beobachtung des Kindes im schulischen Milieu
- ▶ Verhaltensanalyse und Teilhabediagnostik zur Feststellung, in welchen Bereichen die Teilhabe beeinträchtigt ist
- ▶ Ausfüllen des Online-Tool „Functioning Profile“, von Lehrkräften und Eltern

Dabei dokumentiert der/die CC-Schultherapeut*in nach definiertem Standard die Beobachtungen gem. ICF-Logik und führt diese mit dem Ergebnis des Interviews mit der Lehrkraft zusammen (Siehe Lerneinheit 2.2)

Im Rahmen eines gemeinsamen Termins mit dem/der CC-Schultherapeut*in, dem Behandlungsverantwortlichen, den Eltern/Kind/Jugendlichem sowie, wenn gewünscht, einer Lehrkraft der Schule in der Praxis/Psychiatrischen Institutsambulanz des Behandlungsverantwortlichen werden die Ergebnisse des Schulbasierten Assessments validiert und das weitere Procedere festgelegt. Der Prozess wird an dieser Stelle abgebrochen, wenn keine weitere Indikation zu einer schulbasierten Behandlung besteht, oder aber auf Basis des erfolgten Assessments und einer Entscheidungsregel festgestellt wird, dass Ausschlussgründe vorliegen (nicht primär schulassoziertes Problem; Drogenproblematik steht im Vordergrund; vorrangig Kinderschutzthematik). Ggf. werden komplementäre Hilfen initiiert oder angepasst (Eingliederungshilfe nach SGB VIII bzw. SGB XII). (Siehe Lerneinheit 2.3).

Liegt eine primär schulbasierte Problematik vor, schließt sich direkt an den Termin in der Praxis/Institutsambulanz eine 30-minütige verhaltenstherapeutische Kurzintervention, im Sinne der Methode des „Therapeutischen Assessment“ an (Siehe Lerneinheit 2.4).

„Therapeutic Assessment“ beinhaltet folgende Schritte:

1. Es wird zunächst die Grundproblematik des Kindes/Jugendlichen in einem auf Ansätzen der kognitiven Verhaltenstherapie basierenden Diagramm erarbeitet, welches sowohl fokussiert die Problematik erfasst, als auch lösungsorientierte Handlungsansätze enthält.
2. Das Diagramm wird der Familie mit der Aufgabe mitgegeben, die dort erarbeiteten Problemlösungsstrategien in den nächsten vier Wochen anzuwenden.
3. Nach einer Woche wird verstärkend ein therapeutischer Brief zu Inhalten des Diagramms an das Kind/den Jugendlichen verschickt.

Nach vier Wochen erfolgt in einem telefonischen Kontakt durch den Behandlungsverantwortlichen eine Evaluation zur Effektivität der Intervention. Ist eine Verbesserung der Handlungskompetenz der Eltern sowie des Verhaltens des Kindes/Jugendlichen erfolgt, wird der Prozess an dieser Stelle beendet, bei weiterhin bestehender Problematik erfolgt vom Behandlungsverantwortlichen die Indikationsstellung zur „Schulbasierten Behandlung“ (Prozess C), sofern die Problematik auch jetzt noch primär schulassoziiert ist.

Nun erfolgt eine Formulierung und Dokumentation der Behandlungsziele nach der Methodik des Goal Attainment Scaling (Siehe Lerneinheit 2.4) durch den Behandlungsverantwortlichen für die schulbasierte Behandlung. Danach wird ein Interventionsplan unter Einbezug ggf. bereits existierender Behandlungen des regulären SGB V-Leistungsspektrums (Medikation, Psychotherapien) aufgestellt.

2.3 Die „Schulbasierte Behandlung“

Die „Schulbasierte Behandlung“ kann in zwei unterschiedlich intensiven Varianten durchgeführt werden:

- ▶ Die Variante 1 „Normalfall“ umfasst durch die/den CC-Schultherapeut*in durchgeführte 4-6 Termine in der Schule (alle 2 Wochen über 3 Monate).
- ▶ Die Variante 2 „Komplizierter Fall“ umfasst durch die/den CC-Schultherapeut*in durchgeführte 6-12 Termine in der Schule (wöchentlich über 3 Monate, dazwischen bedarfsweise Kontakt mit dem Behandlungsverantwortlichen per Telefon).

(Siehe Lerneinheit 3.1)

Die in der Schule einzusetzenden Interventionen sollen je nach individueller Problemlage des Kindes/Jugendlichen ausgewählt und umgesetzt werden (Übersicht zu den möglichen Interventionen: Lerneinheit 3.2). Unter anderem können angeboten werden:

- ▶ Soziales Kompetenztraining
- ▶ Anti-Stigma- /Anti-Mobbing-Training
- ▶ Psychoedukation von Kind oder/und Lehrkraft oder/und Eltern
- ▶ Schulbasierte Gruppeninterventionen
- ▶ Skills-Training
- ▶ Verhaltenstherapeutische Verstärkerpläne.

Gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen, den Eltern, den Lehrkräften und dem Behandlungsverantwortlichen wird ein Behandlungsplan erstellt, welcher für die Intervention handlungsleitend ist (Lerneinheit 3.3). Fallübergreifend findet pro Monat ein Termin des/der CC—Schultherapeut*in mit dem/der Behandlungsverantwortlichen zur Abstimmung und Supervision statt. Der/die Behandlungsverantwortliche überprüft zudem zu den im Behandlungsplan festgelegten Meilensteinen, ob die Behandlungsziele – operationalisiert anhand des Goal Attainment Scaling – erreicht sind und der Prozess beendet werden kann. Am Ende der Behandlung und im Follow-up erfolgt die Evaluation der Behandlungseffekte anhand von instrumentenspezifischen Schwellenwerten (C-GAF, CIS), der Lebensqualität (KINDL-R), der Zufriedenheit mit dem Prozessablauf und der Fehlzeiten in der Schule/Arbeit oder stationären Aufenthalten anhand einer telefonischen Nacherhebung (Lerneinheit 3.4). Die nachfolgende Abbildung stellt den Ablauf der Schulbasierten Intervention im Überblick dar.

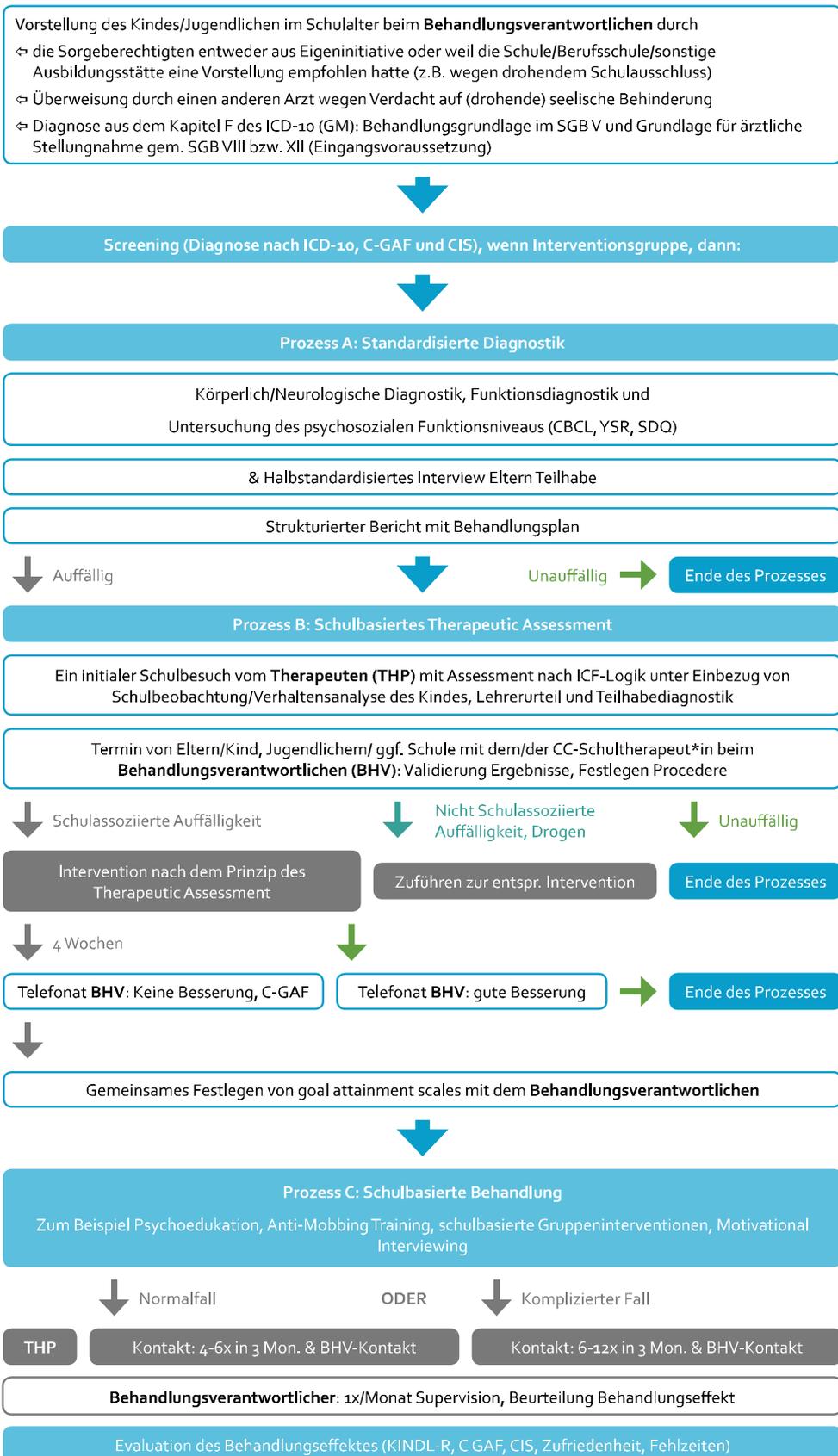


Abbildung 2: Schulbasierte Intervention

3 Die Kontrollgruppe

Der Verlauf in der Kontrollgruppe erfolgt nach dem Wartelistenprinzip – in der Wartezeit nehmen die Patient*innen der Kontrollgruppe die Regelversorgung in Anspruch. Nach Studieneinschluss (äquivalent zur Interventionsgruppe) durchlaufen alle Patient*innen der Kontrollgruppe eine zwölfmonatige Beobachtungszeit mit einer beobachtenden Erhebungen der Symptomatik (C-GAF und CIS), schulischen Fehlzeiten und Lebensqualität bei Einschluss und nach sechs Monaten.

Nach zwölf Monaten wird den Eltern und dem Kind/Jugendlichen bei Fortbestehen der Problematik angeboten, jetzt ebenfalls Prozess 1 bis 3 der Interventionsgruppe zu durchlaufen. Zum Abschluss von Prozess 3 findet eine letzte Erhebung der Evaluation statt (Siehe Lerneinheit 3.4).

In den nachfolgenden Modulen 2 und 3 werden nun die Bestandteile des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ schrittweise beschrieben.

Bewertungsschema zum halbstandardisierten Interview

www.ccschool.de

Inhalt

1 Primär Schulassoziierte Fragen	2
2 Integrationsfragen.....	3
3 Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten.....	5
4 Fragen zu bisherigen Hilfen	8

1 Primär Schulassoziierte Fragen

Zu Frage 1: Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungsprobleme bei ihrem Kind?

Einzubeziehen sind aktuelle Leistungsprobleme innerhalb des letzten Jahres. Diese sollten in der Regel die meisten Fächer, nicht nur ein Fach betreffen, d.h. ihre Ursache nicht in einer (bekannten) Teilleistungsschwäche haben, oder in einem „nicht mögen“ einer Lehrkraft.

- 0. Keine Probleme
- 1. Es bestehen zwar vereinzelt Leistungsprobleme, diese sind aber nicht von klinischer Relevanz.
- 2. Es bestehen deutliche Leistungsprobleme in mehreren Fächern.
- 3. Es besteht eindeutige, relevante Leistungsprobleme, welche die Versetzung gefährden/gefährdet haben.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 3: Kommt es zu Schulschwänzen/Schulabsentismus bei ihrem Kind?

Hierbei sollten alle ärztlich unentschuldigten Fehlzeiten mit einbezogen werden, aber auch gezielt nach Hinweisen auf Somatisierung wie z.B. regelmäßig auftretende Kopf- und Bauchschmerzen gefragt werden und auch häufige Krankschreibungen wegen solcher Somatisierung einbezogen werden.

- 0. Keine Probleme, geht regelmäßig zur Schule. Fehlzeiten nur bei nachvollziehbaren Erkrankungen
- 1. Es bestehen immer wieder tageweise Fehlzeiten aufgrund Kopf-/Bauchschmerzen, oder Fehlen ohne Entschuldigung oder mit elterlicher Entschuldigung, grundsätzlich ist aber noch ein ausreichender Schulbesuch als gegeben anzusehen.
- 2. Es kommt zu regelmäßigen Fehlzeiten, oftmals aufgrund von nicht nachvollziehbaren Gründen. Oder: Schulschwänzen ist regelhaft vorhanden.
- 3. Schulbesuch findet nur sporadisch statt (z.B. längere Fehlzeiten > 1 Woche, nur noch tageweiser oder stundenweiser Schulbesuch); oder: kein Schulbesuch seit mehreren Wochen/Monaten.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 4: Gibt es bei Ihrem Kind Probleme mit Konzentration/Aufmerksamkeit?

0. Keine Konzentrations-/Aufmerksamkeitsprobleme
1. Leichte Konzentrationsprobleme, welche aber letztendlich nicht das Leistungsvermögen in der Schule, bzw. das Mitbekommen von Schulstoff in relevantem Ausmaß stören.
2. Häufige Konzentrationsprobleme. Die Konzentrationsprobleme beeinträchtigen relevant die Leistung
3. Ausgeprägte Konzentrationsprobleme, welche zu Leistungsbeeinträchtigungen führen, zu störendem Verhalten oder Wegträumen. Durchgängige Beeinträchtigung durch Konzentrationsprobleme.
4. Keine Aussage.

2 Integrationsfragen

Zu Frage 5: Wie ist ihr Kind in der Klassengemeinschaft integriert?

Hier sollen Aspekte der sozialen Gegenseitigkeit erfragt werden. Hat das Kind Freunde, oder einen Freundeskreis, oder ist das Kind eher Außenseiter. An welcher Position wird es beim Gruppensport z.B. gewählt. War es schon mal Klassensprecher. Lädt das Kind Kinder aus der Schule nach Hause ein? Wird es zu Geburtstagsfeiern eingeladen?

0. Gute Integration in der Klassengemeinschaft. Das Kind hat ausreichend Freunde in der Schule und berichtet zu Hause von gemeinsamen Erlebnissen/Freunden.
1. Das Kind ist integriert, hat aber eher wenig Freunde (1-2).
2. Das Kind hat kaum Freunde, wird nicht eingeladen, und es fehlen altersentsprechende soziale Einbindungen in peer-groups.
3. Das Kind ist isoliert, wird in der Klassengemeinschaft aktiv ausgeschlossen, hat keine Freunde und keine sozialen Kontakte in der Schule.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 6: Gibt es langjährige positive Freundschaften bei ihrem Kind?

Hier sollen reale Freundschaften (keine Internetfreundschaften) mit einer Dauer von > 1 Jahr einbezogen werden, die mit positiven gemeinsamen Aktivitäten einhergehen. Emotionen des jeweiligen Gegenübers werden wahrgenommen, und ggf. aufgegriffen, Aktivitäten

gemeinsam gestaltet, Hilfen gegenseitig angeboten. Dem Freund/der Freundin können Probleme erzählt werden, und das Kind hat dort auch das Gefühl verstanden zu werden. Gemeinsame Aktivitäten sind nicht dissozial/destruktiv.

0. Es bestehen keine Freundschaften, die als dauerhaft eingeschätzt werden, Kind, bzw. nur Internetfreundschaften.
1. Das Kind hat zumindest eine längerfristige Freundschaft, welche von den Eltern berichtet wird, und zu dem/der sporadischer Kontakt besteht.
2. Das Kind hat 2-3 längerfristige Freundschaften, ≥ 1 Jahr Dauer; der Kontakt ist intermittierend, es bestehen gemeinsame Aktivitäten.
3. Das Kind hat mehrere Freundschaften, von ≥ 1 Jahr Dauer; es besteht regelmäßiger Kontakt und Aktivitäten.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 7: Ist es schon mal bei Ihrem Kind zu Mobbing gekommen?

Ein Schüler oder eine Schülerin wird gemobbt, wenn ein/e einzelne/r Mitschüler*in oder eine Gruppe von Schülern*innen über einen längeren Zeitraum (Wochen und Monate) hinweg dem Kind immer wieder zum Beispiel folgende Dinge antun:

- ▶ gemeine oder unangenehme Dinge zu ihr/ihm sagen
 - ▶ ihn oder sie immer wieder in gemeiner Weise hänseln
 - ▶ ihn oder sie vor anderen lächerlich macht
 - ▶ so tun, als wäre er/sie nicht vorhanden
 - ▶ ihn oder sie bedrohen oder unter Druck setzen
 - ▶ ihn oder sie in einen Raum einsperren
 - ▶ ihm oder ihr Sachen wegnehmen
0. Es ist noch nie zu Mobbing gekommen
 1. In dem letzten Jahr ist es hin und wieder zu schwierigen Situationen mit Mitschülern gekommen, diese waren aber jeweils klärbar und es kam nicht zu einer Beeinträchtigung des Kindes/Jugendlichen im Alltag.
 2. In dem letzten Jahr ist es regelmäßig zu Situationen gekommen in denen das Kind gemobbt wurde, und sich daraufhin in einer hilflosen Situation befand.

3. In dem letzten Jahr ist es zu kontinuierlichem Mobbing gekommen, das Kind hat inzwischen eine klinisch relevante Symptomatik entwickelt, wie z.B. sozialer Rückzug, schulmeidendes Verhalten, aggressive Impulsdurchbrüche u.a.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 8: Hat ihr Kind schon mal gemobbt?

Das Kind wurde im sozialen Kontext schon mit dissozialem Verhalten gegenüber anderen Mitschüler*innen auffällig und entsprechend fanden Gespräche zwischen Kind/Jugendlichem und der Schule/den Eltern/anderen Kindern/Jugendlichen statt, bzw. es kam zu Konsequenzen wie Schulausschluss oder sozialen Wiedergutmachungen.

0. Das Kind war in dieser Hinsicht bisher unauffällig
1. Das Kind ärgert zwar manchmal andere Mitschüler*innen, aber nicht in einem klinisch relevanten Ausmaß.
2. Das Kind/Jugendliche gerät häufiger in Konflikte, welche aufgrund von Mobbing durch das Kind/Jugendlichen entstehen, es kam schon zu Verwarnungen durch die Schule, bzw. Klärungsgesprächen.
3. Das Kind mobbt regelmäßig und zeigt dissoziale Verhaltensweisen. Es hat deswegen auch schon weitergehende Konsequenzen erhalten, z.B. einen Schulausschluss.
4. Keine Angabe.

3 Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten

Zu Frage 9: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (verbal oder körperlich) gegenüber anderen Kindern/Jugendlichen?

Das Kind hat schon körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen gezeigt, es kommt zu Beschimpfungen oder impulsiven Wutausbrüchen (mit Bedrängen, Schlagen, Randalieren), oder das Kind zerstört Dinge/Gegenstände in Wut.

0. Es gab keine Probleme dieser Art im letzten Jahr.
1. Es kam zwar durchaus zu kleineren Auseinandersetzungen oder schwierigem Verhalten, aber ohne weitergehende Konsequenz.

2. Es kam zeitweilig zu Sachbeschädigungen, Aggressionen und oppositionellem Verhalten, verbal oder körperlich.
3. Es kam regelmäßig zu aggressivem Impulsdurchbrüchen mit körperlich oder verbal bedrohlichem Verhalten bzw. schwerwiegender Zerstörung von Eigentum.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 10: Gab es bei Ihrem Kind schon einmal Straffälligkeiten (mit/ohne Anzeige)?

Hierbei gelten alle Auffälligkeiten, die gesetzeswidrig sind, unabhängig davon ob eine Anzeige erfolgt ist, oder nicht, bzw. es zur Strafverfolgung und Gerichtsurteil gekommen ist oder nicht.

0. Keine.
1. Es gab vereinzelte kleinere Delikte, welche ggf. zur Anzeige geführt haben, aber niedergeschlagen wurden, bzw. nicht weitergehend verfolgt wurden.
2. Es gab mehrere Delikte, welche auch schon zu einer Anzeige und Strafverfolgung geführt haben, mit z.B. Auflage von Sozialstunden.
3. Es gab mehrere schwerere Delikte, welche angezeigt wurden und zu einer Strafverfolgung geführt haben, die Sozialstunden und/oder Jugendarrest, bzw. eine Verurteilung zur Haft oder Bewährung nach sich gezogen haben.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 11: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Alkohol/Drogenkonsum?

Hier soll jede Form von Alkohol, bzw. Drogen/Suchtmittelkonsum mit einbezogen werden, unter Berücksichtigung des Alters und der gesellschaftlichen Norm.

0. Es wird kein Alkohol/Drogenkonsum angegeben.
1. Geringer altersangemessener Alkoholkonsum oder auch Drogenkonsum (z.B. Probierkonsum) wird angegeben.
2. Es kommt hin und wieder in der Gruppe zu leichtem bis exzessivem Alkohol/Drogenkonsum, dieser klassifiziert aber noch nicht für ein Suchtverhalten.
3. Es kommt zu regelmäßigem und auch exzessivem Konsum von Alkohol und/oder Drogen, welcher von schädlichem Gebrauch bis zu Abhängigkeit reicht.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 12: Gab es bei Ihrem Kind schon einmal emotionale Probleme?

Hierunter sollen Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut, Interessenverlust, Schlafprobleme und sozialer Rückzug gefasst werden.

- o. Es werden keine Probleme dieser Art beschrieben.
- 1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
- 2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
- 3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 13: Kommt es bei Ihrem Kind zu Ängsten oder Zwängen?

Hierunter sollten insbesondere Leistungs- und Prüfungsängste erfragt werden, aber auch spezifische Phobien und Trennungsängste werden hier erfasst. Ebenso wie Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

- o. Es werden keine Ängste oder Zwänge beschrieben.
- 1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
- 2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
- 3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 14: Zeigt ihr Kind eine Tendenz zur Vermeidung/Somatisierung?

Hier sollen Aspekte wie Konfliktvermeidung im Sinne von sozialem Rückzug mit Ängsten vor Auseinandersetzungen, mangelnde Konfliktlösungsstrategien miteinbezogen werden, sowie aber auch Somatisierungen wie Kopf-/Bauchschmerzen, Angabe von Bewegungsstörungen oder Schlafproblemen. Diese sollen zu relevanten Einschränkungen im Alltag führen. Ebenfalls werden Essstörungen (zu viel, zu wenig) hier mit einbezogen.

CAVE hier besteht eine Überlappung zu Schulvermeidung. Somatisierungen die ausschließlich zu Schulmeidendem Verhalten führen, sollen unter Frage 3 codiert werden.

- o. Es werden keine Probleme dieser Art beschrieben.

1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 15: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zur Selbstverletzung?

Hierbei sollte jegliche Form von Selbstverletzung zum Tragen kommen, Ritzen, Schneiden, Haut aufkratzen, sich selbst Schlagen, Suizidversuche, Versuche sich zu Erhängen, Ertränken, Vors Auto springen etc. welche im letzten Jahr stattgefunden haben. Nicht einbezogen werden sollten reguläre Tätowierungen oder Piercings, während selbstbeigebrachte Tätowierungen und Piercings zählen.

0. Es kam noch nie zu Selbstverletzungen.
1. Es kam zu oberflächlichen und seltenen Selbstverletzungen, die selbstlimitierend waren und auch wieder aufgehört haben, bzw. nur sehr punktuell auftreten.
2. Es kam zu regelmäßigen tiefergehenden Selbstverletzungen, welche zum Teil auch medizinischer Aufmerksamkeit bedurften, oder/und es kam zu einem Suizidversuch oder aber suizidalen Handlungen mit klinischer Relevanz.
3. Es kam zu tiefem Schneiden mit Nähpflicht oder mehreren ernsthaft gemeinten Suizidversuchen, welche regelhaft einer medizinischen Versorgung bedürfen.
4. Keine Angabe

4 Fragen zu bisherigen Hilfen

Zu Frage 16: Haben Sie wegen Ihren Kind bereits Erziehungsberatung in Anspruch genommen?

Unter dieser Frage sollen alle Kontakte zu Erziehungsberatungsstellen gefasst werden, Eltern alleine, Kinder alleine, alle gemeinsam.

0. Kein Kontakt zu Erziehungsberatungsstellen, je.
1. Es gab früher Kontakt zu einer Erziehungseratungsstelle, nicht mehr andauernd.

2. Es gibt aktuellen Kontakt zu einer Erziehungsberatungsstelle.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 17: Haben Sie wegen Ihres Kind bereits Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch genommen?

Unter dieser Frage sollen alle Jugendhilfemaßnahmen, welche je in Anspruch genommen wurden: Kontakt zum ASD, ambulante Jugendhilfemaßnahmen (SpFH, Erziehungsbeistand*in, Schulbegleiter*in, Tagesgruppe) oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen (Unterbringung in einer Einrichtung, Pflegefamilie) erfasst werden.

0. Kein Kontakt zum Jugendamt.
1. Es gab Kontakt zum Jugendamt, aber Hilfen wurden nicht installiert.
2. Es gab früher Kontakt zum Jugendamt mit Installation von Hilfen, nicht mehr andauernd.
3. Es gibt aktuellen Kontakt zum Jugendamt mit Installation von Hilfen.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 18: Gab es schon einmal eine Behandlung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychiater*in und -psychotherapeut*in, Kinder- und Jugendlichenpsycholog*in oder Kinder- und Jugendlichentherapeut*in?

Hier wird die Inanspruchnahme medizinischer oder psychotherapeutischer Leistungen in Bezug auf die emotionalen oder Verhaltensprobleme erfasst.

0. Kein Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen, je.
1. Es gab früher Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen, nicht mehr andauernd.
2. Es gibt aktuellen Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 19: Hat ihr Kind schon einmal Psychopharmaka erhalten?

Hier werden alle verschreibungspflichtigen Psychopharmaka erfasst (atypische und typische Neuroleptika, Antidepressive inklusive Johanniskraut, Stimmungsstabilisatoren, ADHS Medikation (Methylphenidat, Lisdexamphetamin, Guanfacin, Atomoxetin)). **Nicht** erfasst

werden Homöopathika oder naturheilkundliche Medikamente wie z.B. Omega 3 Fettsäuren, Zappelin u.ä.

0. Keine Medikation.
1. Das Kind hat in den letzten 5 Jahren für einen kurzen Zeitraum (<6 Monate) Psychopharmaka erhalten, welche aber wieder abgesetzt sind.
2. Das Kind hat in den letzten 5 Jahren für einen längeren Zeitraum (>6 Monate bis mehrere Jahre) Psychopharmaka erhalten, welche inzwischen aber wieder abgesetzt sind.
3. Das Kind erhält derzeit Psychopharmaka.
4. Keine Angabe.

**Zu Frage 20: Gab es schon einmal Kontakt zu einem Schulsozialarbeiter/
Schulpsychologen/ Beratungslehrer?**

Hier werden alle Beratungsinstanzen, welche von der Schule gestellt werden, erfasst: Vertrauens- und Beratungslehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen sowie Schulpsycholog*innen.

0. Kein Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten.
1. Es gab früher Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten, nicht mehr andauernd.
2. Es gibt aktuellen Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Einführung in die Diagnostik

Isabel Böge

www.ccschool.de



Klinik
für Kinder- und Jugend-
psychiatrie/Psychotherapie
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM

Überblick

Nachdem anhand des initialen Screenings eine Indikation zum CCSchool-Projekt gestellt wurde, durchlaufen die Kinder/und Jugendlichen in der Interventionsgruppe nun als erstes den Prozess A „**Standardisierte Diagnostik**“.

Dieser beinhaltet:

1. Fragebögen, welche von den Eltern bzw. dem Kind/Jugendlichen selbst ausgefüllt werden
2. Eine Einschätzung des bestehenden Funktionsniveaus auf der C-GAF
3. Eine körperlich-neurologische Untersuchung
4. Ein halbstandardisiertes Interview zur Erhebung der Hindernisse und Faszilitatoren der Teilhabe sowie der Teilhabewünsche
5. Die Erhebung der Studiendaten (Basisdaten, SDQ und KIND-L (Eltern/Kind))
6. Eine Zusammenfassung und Bewertung der Befunde in einem strukturierten Bericht, mit Empfehlungen für das weitere Procedere.

In dieser Lerneinheit werden die verschiedenen Materialien hierzu beschrieben und – wo indiziert – an Beispielen erklärt und geübt werden.

Vorgestellt werden:

- ▶ Die Child Global Assessment of Functioning (C-GAF)
 - ▶ Erfasst das Funktionsniveau des Kindes mittels Fremdeinschätzung
 - ▶ Auszufüllen vom Behandlungsverantwortlichen
- ▶ Die Columbia Impairment Scale (CIS)
 - ▶ Erfasst die Funktionseinschränkungen per Selbsteinschätzung
 - ▶ Auszufüllen vom Kind/Jugendlichem (9-17 Jahre) sowie den Eltern
- ▶ Die Child Behaviour Checklist (CBCL) (6-18 Jahre)
 - ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
 - ▶ Auszufüllen von den Eltern
- ▶ Teacher Report Form (TRF) (6-18 Jahre)

- ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
- ▶ Auszufüllen von der Lehrkraft
- ▶ Youth Self Report (YSR) (11-18 Jahre)
 - ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
 - ▶ Auszufüllen vom Kind/Jugendlichen (ab 11 Jahren)

Die Fragebögen ergänzen den klinischen Eindruck, dabei ist zu beachten, dass ein Behandlungsbedarf auch bei unauffälligen Fragebögen, aufgrund des klinischen Eindrucks und der Expertise des BHV bestehen kann, da die Einschätzung des BHV mehr wiegt, als Fragebögen allein genommen für sich. Die Fragebögen sollen im Verlauf zudem dem BHV auch zu Kontrolle des klinischen Erfolgs dienen. Handlungsleitend sind bei der Auswertung des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ die aus der Exploration gewonnenen Daten/Eindrücke zusammen mit der Einschätzung der C-GAF.

Die Daten für den Wissenschaftlichen Teil werden vom BHV erhoben und dann zur Auswertung weitergeleitet. Diese sind:

- ▶ Das Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
 - ▶ Erfasst die Stärken und Schwächen des Kindes/Jugendlichen
 - ▶ Auszufüllen von Kind/Jugendlichem sowie den Eltern
- ▶ Der KIND-L
 - ▶ Erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
 - ▶ Auszufüllen von Kind/Jugendlichem sowie den Eltern
- ▶ Bogen mit Basisdaten
 - ▶ Erfasst Fehlzeiten in der Schule, vorherige stationäre Inanspruchnahme, Soziodemographie und familiäre Belastungsfaktoren
 - ▶ Auszufüllen von den Eltern

Sie finden in dieser Lerneinheit eine inhaltliche Einführung in die jeweiligen Testverfahren mit Beschreibung der psychometrischen Qualitäten.

Übersicht der auszufüllenden Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrument	Wer füllt aus?
Child Global Assessment of Functioning (C-GAF)	Behandlungsverantwortliche/r
Bogen Basisdaten	Eltern
Child Behaviour Checklist (CBCL)	Eltern
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Kind/Jugendliche/r Eltern
KIND-L	Kind/Jugendliche/r Eltern
Columbia Impairment Scale (CIS)	Kind/Jugendliche/r Eltern
Youth Self Report (YSR)	Kind/Jugendliche/r
Teacher Report Form (TRF)	Lehrkraft

Erweiterte Diagnostik und wissenschaftliche Daten

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 3: Diagnostik

www.ccschool.de

1 Beschreibung des Instrumentes C-GAF (Children's Global Assessment of Functioning, deutsch)

Die C-GAF stellt eine **Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus** des Kindes oder Jugendlichen dar, welche vom Behandlungsverantwortlichen aufgrund der anamnestischen und diagnostischen erhobenen Befunde eingeschätzt wird. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung.

Dabei kann die C-GAF-Skala insbesondere dazu dienen, ein Ausgangsniveau zu erheben und dann im Verlauf den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der C-GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder schulischen/beruflichen Funktionsbereiche beurteilt, körperliche Beeinträchtigungen werden außer Acht gelassen. So geben die Instruktionen explizit vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“.

Die Bewertung der C-GAF-Skala soll sich dabei auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalenwert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlungsbedarf widerspiegelt. Die psychischen, sozialen und schulischen/beruflichen Funktionen sind dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht und können einen Wert von 1 bis 100 haben. Liegen unzureichende Informationen vor beträgt der Wert auf der C-GAF = 0.

Werte am unteren Ende der Skala stehen für ausgesprochen hohe Beeinträchtigungen, so wird der Wert von 1-10 z.B. beschrieben als: Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht. Hohe Werte sprechen für ein ausgesprochen gutes Funktionsniveau, Werte von 91-100 werden somit definiert als: Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

Die Bewertung durch den Behandlungsverantwortlichen erfolgt indem er die jeweiligen Aussagen zu den 10-er Schritten von unten nach oben liest, bis eine 10-er Kategorie zu den erhobenen Befunden passt. Je nachdem ob eher die Aussagen über dem passenden 10-er Schritt (Tendenz nach oben) oder unter dem passenden 10-er Schritt (Tendenz nach unten) als ebenfalls passend angesehen wird, wird dann eine Zahl entsprechend der klinischen

Einschätzung aus den oberen oder unteren fünf Ziffern der 10-er Kategorie diagnostisch dem Patienten als C-GAF Wert zugeordnet. Diese Einschätzung kann jederzeit als Verlaufskontrolle wiederholt werden.

Nachfolgend können Sie die Anwendung des Instrumentes an einigen Beispielen üben. Die Lösung wird jeweils unterhalb des Beispiels angegeben.

Beispiel 1

Die Eltern des 10jährigen Tom berichten: „Tom hat schon immer Schwierigkeiten mit den Gleichaltrigen gehabt, wissen Sie? Er kam nie so gut mit seinen Klassenkameraden aus. Ständig wurde er gehänselt. Dabei hat er gar nichts getan. Wenn er mal zugeschlagen hat, dann nur, weil ihn die anderen geärgert haben. Und das waren schon massive Ärgereien. Einmal haben sie eine ganze Flasche Apfelsaft in seinen Schultornister geleert. Es schwamm alles. Zu Kindergeburtstagen ist er nie eingeladen worden, er würde immer alles zerstören hieß es. Zu Hause kam es zwar zeitweilig auch zu Konflikten mit seiner jüngeren Schwester, aber die ließen sich klären. Eigentlich ist er der liebste Junge der Welt, wenn er sich wohl fühlt und akzeptiert ist. Die Leistungen in der Schule fallen ihm nicht schwer, nur Hausaufgaben dauern schrecklich lange. Er läßt sich ständig ablenken, oder spielt an seinem Handy nebenbei. Ich stelle mich schon immer mit dem Bügelbrett daneben. Beim Handy aber ist es ganz anders, da kann er sich Stunden konzentrieren. Als kleines Kind konnte er auch tagelang Lego spielen. Inzwischen leidet er schon ziemlich unter den sozialen Problemen. Manchmal ist er tageweise ganz traurig und zieht sich zurück, möchte nicht zur Schule gehen, obwohl wir ihn jeden Tag schicken. Wissen Sie was wir tun sollen?“

Lösung

C-GAF 67, Bereich dann 61-70

Beispiel 2

Die 15jährige Anna kommt selbst zur Ersteinschätzung, sie berichtet, dass sie sich seit ca. einem Jahr sozial zurückziehe, sie habe damals Schwierigkeiten in ihrer Freundesgruppe gehabt, da sich der Freund ihrer besten Freundin für sie interessiert habe. Sie habe ihn abgewiesen, aber es sei zum Konflikt mit ihrer Freundin gekommen, und diese habe sie in der WhatsApp-Gruppe total unmöglich dargestellt. Gleichzeitig sei es zu Schwierigkeiten mit den Schulleistungen gekommen. Sie hätte einen total blöden Lehrer gehabt, und sei in ihren

Lieblingsfächern Deutsch und Englisch von einer 1-2 auf eine 4 gerutscht. Das habe zu Stress mit ihren Eltern geführt. Sie habe seitdem das Gefühl nichts zu können. Sie sei einfach nur dumm. Oft weine sie grundlos und morgens falle es ihr schwer aufzustehen. Dann komme es auch mal vor, dass sie sich drei Tage im Bett verkriechen und nur noch schlafen. Am liebsten wäre sie nicht mehr da. Alles falle ihr schwer. Früher habe sie Ballett getanzt und viel trainiert, heute können sie sich keine 10 min Training mehr vorstellen. Sie fühle sich dick und unattraktiv, dabei esse sie kaum etwas. Vor kurzem hätten sie ein Familienwochenende zum Anlass des 80. Geburtstags ihrer Oma gehabt, da habe sie sich dann schon zusammengerissen, und keiner habe was gemerkt, es sei ihr aber schwer gefallen, eigentlich wäre sie lieber zu Hause geblieben. Ihre Eltern würden viel arbeiten, die hätten es lange nicht bemerkt, dass es ihr nicht gut gehe. Jetzt aber habe ihre Mutter einen Anruf ihrer Lehrerin erhalten, welche hinterfragt habe, warum Anna nicht mehr regelmäßig in die Schule komme. Daraufhin hätte ihre Mutter mit ihr geredet, ob ihre Mutter das ganze Ausmaß verstanden habe, wisse sie nicht. Aber sie hätte ihr hier einen Termin gemacht, da sei sie eigentlich ganz froh drum gewesen.

Lösung

C-GAF 53, Bereich dann 51 bis 60)

Beispiel 3

Jan ist 14 Jahre alt und besucht die 8. Klasse der Hauptschule. Die Eltern stellen ihren Sohn wegen erheblichen Schulproblemen und Schwierigkeiten zu Hause vor. Aktueller Anlass ist ein Gespräch mit der Lehrerin gewesen, welche gesagt habe, Jan würde den Unterricht stören, Konflikte mit Mitschülern provozieren und sich zudem leistungsmäßig derart verschlechtern, dass er Gefahr laufe das Klassenziel nicht zu schaffen. Zudem habe es in der vergangenen Woche eine körperlich aggressive Auseinandersetzung mit einem Mitschüler gegeben, weswegen die Schule jetzt einen zweiwöchigen Schulverweis aussprechen würde. Jetzt sei Jan zuhause und spiele PC bis weit in die Nacht, mit Freunden treffe er sich nur noch selten. Die Eltern berichten weiter, dass es im häuslichen Kontext ebenfalls Probleme mit der Regeleinhaltung gebe, Jan komme und gehe wie es ihm passe, in den letzten Monaten sei er vermehrt auch über Nacht ausgeblieben, die Eltern hätten ihn schon zweimal vermisst gemeldet. Zudem seien bei Gericht mehrere Anzeigen von Ladendiebstählen, zweimalige Körperverletzung, Beschädigung von einem Ruderklub und eine einmalige Brandlegung

anhängig. Jan selbst benennt, dass er überhaupt keinen „Bock“ auf die Vorstellung beim Therapeuten habe, er verstehe nicht, warum das alles so ein Problem sei. Er sei eben gerne mit Freunden unterwegs, und brauche künftig eh keinen Schulabschluss, da er sein früheres Hobby Surfen zu seinem Beruf machen wolle.

Lösung

C-GAF: 47, Bereich dann 41-50

Beispiel 4

Lisa, 17 Jahre, kommt nach suizidalen Äußerungen in der Schule zu Vorstellung. Sie hätte sich an die Schulsozialarbeiterin gewandt, da sie einfach keinen Sinn mehr im Leben sehe. Sie habe dies nicht ihren Eltern sagen wollen, denn sie wolle ihnen keine Sorgen machen. Ihre beste Freundin aber habe nun mitbekommen, dass es ihr nicht gut gehe und sei dann mit ihr zur Schulsozialarbeiterin gegangen. Lisa habe im letzten Jahr ihre Oma verloren, die ihr sehr wichtig gewesen sei, ihre Oma habe sie eigentlich großgezogen, ihre Eltern hätten schon immer viel gearbeitet und seien wenig zu Hause gewesen. Die Oma aber sei immer da gewesen. Nachdem sie plötzlich an einem Herzinfarkt gestorben sei, sei es so still zu Hause gewesen. Lisa habe wenig Freundinnen, sei schon immer eher schüchtern und zurückhaltend gewesen, wengleich aber gut integriert. Sie werde durchaus zu Festen und Partys eingeladen, gehe aber inzwischen kaum noch hin, nur zu ihrer besten Freundin habe sie noch guten Kontakt. Sie sei eine gute Schülerin, könne sich in letzter Zeit aber nicht mehr so gut konzentrieren. Das Leben erlebe sie als sehr anstrengend und habe kein Ziel. Sie sei zwar inzwischen in der 11. Klasse des Gymnasiums, aber wisse nicht, was sie hinterher machen wolle. Eigentlich würde sie am liebsten einfach die Augen schließen und am nächsten Tag nicht mehr aufwachen. Sie wisse aber auch, dass sie aktiv derzeit nichts tun werde um das Leben zu beenden, auch wenn sie sich noch so sehr danach sehne. Das könne sie ihren Eltern nicht antun.

Lösung

C-GAF: 48, Bereich dann 41-50

Beispiel 5

Die Eltern von Dustin, 9 Jahre, berichten: Dustin sei ein guter Grundschüler in der 3. Klasse. Er habe einen durchaus großen Freundeskreis und geht zweimal die Woche in den Fußballverein. Er sei aber sehr ängstlich. So schlafe er schon immer lieber bei seinen Eltern als in seinem Bett. Er habe aber auch schon in seinem Bett geschlafen. An Halloween habe er nun bei einem Freund ein Video mit Killerclowns gesehen, seitdem sei er überzeugt, dass ein Killerclown ihn holen werde. Solange es hell sei traue er sich wie gewohnt alles zu machen, wenn es aber dunkel werde, habe er massive Ängste. Die Tür zu seinem Zimmer müsse offen stehen, seine Eltern dürften beide das Haus nicht verlassen, sobald diese ins Bett gehen würden, würde er zu ihnen kommen. Er schlafe unruhig, oder gar nicht, habe tiefe Augenringe unter den Augen, und halte auch alle anderen mit seiner nächtlichen Unruhe wach. In der Schule falle er bisher noch nicht durch Leistungsabfall auf, das könne aber eigentlich nur eine Frage der Zeit sein. Dustin selbst gehe mit der Problematik offen um, so habe er seiner Klasse und seinen Freunden davon erzählt und fühle sich da auch gut verstanden.

Lösung

C-GAF 75, Bereich dann 71-80

Beispiel 6

Matthis Eltern berichten: Matthis, 16 Jahre, hat die letzten Wochen nur noch sehr unregelmäßig die Schule besucht. Er komme und gehe wie er wolle. Eigentlich sei er begabt und hat auch gerade ohne irgendwas zu tun den Hauptschulabschluss geschafft, ihr anderer Sohn habe ein Abi mit 1,0 gemacht, aber Matthis wolle einfach nichts lernen und habe immer nur Musik im Kopf. Sie seien ja auch Musiklehrer und würden deswegen seine musische Leidenschaft durchaus verstehen, aber man müsse doch Musik studieren. Matthis sei jetzt nur noch mit Drogen-konsumierenden Freunden unterwegs. Er würde bestimmt auch dealen. Er sei aggressiv und habe sich auch schon auf dem Schulhof geprügelt, was zu einer Anzeige geführt habe. Sie würden nicht mehr wissen, was sie tun sollen.

Matthis selbst ist ein schlanker in schwarz gekleideter Junge mit langen Haaren. Er selbst berichtet, dass er zwar hin und wieder THC konsumiere, aber vor allen anderen Drogen habe er Respekt, die würde er nicht anfassen, auch wenn ein Teil seiner Freunde diese durchaus konsumieren würde. Speed, Heroin, Koks etc. seien „Scheiß Drogen“, sein Leben sei die Musik. Er wolle sich eine Band zusammenstellen und Rockstar werden. Nichts anderes. Er

habe viele Freunde und könne leicht in jedem Umfeld anknüpfen. Freunde würde er überall finden. Unterwegs sei er v.a. in der Musikszene. Den Hauptschulabschluss habe er für seine Eltern gemacht. Damit die endlich zufrieden seien. Schule interessiere ihn nicht. Er sei jetzt auf einer weiterführenden Schule angemeldet. Die Zeit die er fehlen könne ohne rauszufliegen würde er fehlen, aber den Rest dann auch hingehen. Den Hauptkonflikt habe er mit seinem Vater. Überhaupt sei sein einziges Problem in seinem Leben sein Vater. Der wolle ihn kontrollieren, das wolle er aber nicht.

Lösung

C-GAF 68, Bereich dann 61-70

Beschreibung des Instrumentes Columbia Impairment Scale (CIS)

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 3: Diagnostik

www.ccschool.de

1 Die Columbia Impairment Scale (CIS)

Die Columbia Impairment Scale (CIS) wurde von Bird et al. (1993 und 1996) entwickelt und gilt als generell valides und handhabbares Instrument zur Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren. Sie hat zum Ziel, ein möglichst ganzheitliches Bild der psychosozialen Beeinträchtigungen widerzuspiegeln.

Die CIS besteht dabei aus 13 Items und liegt in einer Elternversion sowie einer Kinder-/Jugendlichenversion vor. Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Bogens beträgt jeweils circa fünf Minuten. Die CIS erfasst die psychosoziale Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen auf vier Dimensionen:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen (Items 2, 3, 7, 9 und 10),
- ▶ Psychopathologische Dimensionen (Items 1, 4, 8 und 13),
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten (Items 5 und 12),
- ▶ Freizeitverhalten (Items 6 und 11)

Für die Beurteilung wird eine Likert-Skala von 0 = „keine Probleme“ bis 4 = „sehr große Probleme“ zugrunde gelegt, 5 kann für „weiß nicht“ angegeben werden.

Der Bogen wird mit folgender Anweisung an die Eltern gegeben:

Der CIS soll uns dazu dienen den Behandlungsbedarf Ihres Kindes entsprechend einzuschätzen und im Verlauf zu beurteilen.

Es gibt dreizehn Bereiche zum Verhalten Ihres Kindes, die Sie von 0 (Kein Problem) bis 4 (große Probleme) bewerten sollen. Versuchen Sie bitte eine möglichst präzise Einschätzung abzugeben, indem Sie jeden Punkt durch Einkreisen der Zahl, die am besten das momentane Verhalten Ihres Kindes beschreibt, bewerten.

Wenn sich das Verhalten Ihres Kindes von Zeit zu Zeit verändert, ziehen Sie bitte für Ihre Überlegungen das Verhalten der letzten Zeit heran (innerhalb der letzten ein bis zwei Wochen).

BITTE BEWERTEN SIE ALLE DREIZEHN PUNKTE. Wenn Sie etwas nicht wissen oder die Frage nicht auf Ihr Kind passt, kreisen Sie bitte die Nummer 5 ein.

Sollten Sie einen oder mehrere Punkte nicht verstehen, fragen Sie bitte Ihre/n Ansprechpartner*in in der Behandlung Ihres Kindes, der Ihnen gerne weiterhilft.

Es gibt dreizehn Verhaltensbereiche, die Du von 0 (Kein Problem) bis 4 (Große Probleme) bewerten sollst.

Kreise bitte bei jedem Punkt die Zahl ein, die am besten Dein momentanes Verhalten beschreibt. Wenn sich Dein Verhalten von Zeit zu Zeit verändert, schätze bitte Dein Verhalten in der letzten Zeit (innerhalb der letzten ein bis zwei Wochen) ein.

BITTE BEWERTE ALLE DREIZEHN PUNKTE. Wenn du etwas nicht weißt oder die Frage nicht auf dich passt, kreise bitte die Nummer 5 ein.

Solltest du einen oder mehrere Punkte nicht verstehen, frag bitte Deine/n Therapeut*in, der/die es dir gerne erklären wird.

Analog erfolgt die Anweisung bei Ausgabe an die Kinder/Jugendlichen:

Winters et al. (2005) sehen in der CIS eine Verbesserung der C-GAF aufgrund der psychometrischen Eigenschaften der CIS, der einfachen Handhabung sowie aufgrund der Existenz sowohl einer Version für Eltern als auch einer für Kinder. Da es eine Einschätzung der Betroffenen ist, stellt es eine gute Ergänzung zur C-GAF dar.

Anwendung fand die CIS bislang nicht nur, um Funktionseinschränkungen zu erfassen, sondern auch um Veränderungen von Funktionsparametern im Verlauf zu evaluieren (Nagar et al. 2010). Desweiteren kann der Gesamtwert der CIS auch als ergänzender Parameter zur Erfassung der Lebensqualität während der Behandlung im ambulanten psychiatrischen Setting verwendet werden (Bastiaens & Dello Stritto, 2005).

Zur Überprüfung der Validität der CIS können CIS und C-GAF, dann abgeglichen werden. Initiale Untersuchungen der Skala zeigten dabei insbesondere bei der Eltern-Version der CIS gute Ergebnisse bezüglich der Korrelationen zwischen den beiden Messmethoden. Eine gute Reliabilität für das englischsprachige Original wurde nachgewiesen (Cronbachs α zwischen 0,70 und 0,89). Eine Übersetzung ins Deutsche mit Rückübersetzung ins Englische wurde durchgeführt. Die für den deutschen Fragebogen gemessene Reliabilität zeigte sich dem englischen Wert vergleichbar (Cronbachs α = 0,74 bis 0,91).

Auswertung

Die Auswertung der CIS erfolgt dann sowohl als Gesamtwert, als auch auf den einzelnen Dimensionen. Dabei werden die einzelnen angekreuzten Items einfach zusammengezählt. Die Auswertungsscores können zwischen 0 und 52 liegen. Je höher der Auswertungsscore, desto höher die Beeinträchtigung. Ab 15 oder höher wird eine klinisch relevante Beeinträchtigung angenommen. Für die CCSchool-Studie ist besonders auf die Dimension Schul-/und Arbeitsverhalten zu achten. Je höher der Wert umso auffälliger die Schulproblematik. (Auffälligkeit ab ≥ 3).

2 Quellenverzeichnis

- Bastiaens L, Dello Stritto C (2005). Quality of life of children and adolescents during psychiatric treatment in a community mental health setting. *Psychiatry* 2: 32-35.
- Bird HR, Andrews H, Schwab-Stone M, Goodman S, Dulcan M, Richters J et al. (1996). Global measure of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 295-307.
- Bird HR, Shaffer D, Fisher P, Gould MS, Staghezza B, Chen J & Hoven C (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 167-176.
- Nagar S, Sherer JT, Chen H, Aparasu RR (2010). Extent of functional impairment in children and adolescents with depression. *Current Medical Research & Opinion*, 26: 2057-2064.
- Winters NC, Collett BR, Myers KM (2005). Ten-year review of rating scales, VII: scales assessing functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44: 309-338.

Beschreibung des Instrumentes KIND-L

Revidierter Fragebogen für KINDer und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998

Julia Herrmann

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 3: Diagnostik

www.ccschool.de

1 Instrument KIND-L

Der KIND-L (www.kindl.org) stellt ein Instrument zur **Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**, d.h. der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 bis 17 Jahren dar. Als Outcomevariable bei Interventionsstudien erfährt die selbstwahrgenommene Gesundheit in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Da sie als mehrdimensionales Konstrukt verstanden wird, berücksichtigt der KIND-L Fragebogen neben physisch-körperlichen auch psychisch-emotionale und soziale Aspekte (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998; Ravens-Sieberer, Karow, Barthel & Klasen 2014). Das Instrument ist zur generischen, d.h. krankheitsübergreifenden, Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geeignet und kann sowohl in klinischen Stichproben als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart 2007).

Anhand der Informationen aus dem KIND-L lassen sich Subgruppen oder **Individuen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsprobleme** identifizieren sowie das Ausmaß an Belastung näher bestimmen, das mit spezifischen Erkrankung oder Behinderungen einhergeht. Außerdem dient das Instrument dazu, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Um entwicklungsbedingten Einflussfaktoren bei der Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität Rechnung zu tragen, liegen Fragebogenversionen für verschiedene Altersgruppen vor (3-6 Jahre: Kiddy-KIND-L, 7-13 Jahre: Kid-KIND-L, 14-17 Jahre: Kiddo-KIND-L). Ebenfalls liegen Fremdbeurteilungsversionen für die Eltern bzw. Bezugspersonen vor. Genutzt werden sollen in **CCSchool** der Kid-KIND-L, der Kiddo-KIND-L sowie die Elternversion. Dabei bestehen zwischen den Fragebögen lediglich marginale Unterschiede in den Formulierungen, so dass alle Fragebögen gut miteinander abgleichbar sind (siehe unten). Ab dem Schulalter umfassen Selbst- und Fremdbesicht 24 analoge Aussagen, deren Zutreffen von den Befragten mittels 5-fach gestufter Antwortkategorien (nie, selten, manchmal, oft, immer) im Rückblick auf die letzte Woche beurteilt wird (Ravens-Sieberer et al. 2014). Auf übergeordneter Ebene erfasst der KIND-L-Fragebogen die folgenden sechs Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität:

- ▶ Körperliches Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.“, „... war ich müde und schlapp.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... hatte ich Schmerzen.“, „... war ich müde und erschöpft.“

- ▶ Elternversion (identisch für Kid- und Kiddo-KIND-L): „... hat mein Kind sich krank gefühlt.“, „... hatte mein Kind Kopfschmerzen und Bauchschmerzen.“
- ▶ Emotionales Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich Angst gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt“, „... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
- ▶ Selbstwert, z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fand ich mich gut.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.“
 - ▶ Elternversion: „... war mein Kind stolz auf sich.“, „... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.“
- ▶ Wohlbefinden in der Familie, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden.“, „... haben mir eine Eltern Sachen verboten.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden“, „... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.“, „... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.“
- ▶ Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mit Freunden gespielt.“, „... mochten mich die anderen Kinder.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... bin ich bei anderen gut angekommen.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... ist mein Kind bei anderen gut angekommen.“
- ▶ Schulisches Wohlbefinden, z. B.: z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten.“).

Neben einer differenzierten Auswertung kann aus den 24 Items des KIND-L auch ein übergreifender Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berechnet werden. Insgesamt sowie auf Subskalenebene bedeuten höhere Werte dabei eine bessere subjektiv empfundene Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2007). Zur Auswertung werden die in Werten zwischen 1 („nie“) bis 5 („immer“) ausgedrückten Angaben zu den 24 Fragebogenitems aufsummiert, wobei asymptotisch formulierte Items ggf. zuvor invertiert werden. Die erhaltenen Summenscores werden anschließend einer Transformation unterzogen, die es erlaubt, die Messwerte für alle Aspekte auf Skalen von 0-100 Punkten anzugeben. (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998).

Als ursprünglich deutschsprachiges Instrument wurde der KIND-L in zahlreiche Sprachen übersetzt und wird in nationalen wie internationalen Forschungsprojekten häufig eingesetzt (Ravens-Sieberer et al. 2014). Normwerte für das Instrument entstammen der repräsentativen, vom Robert-Koch Institut (RKI) durchgeführten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, www.kiggs-studie.de). Ergebnisse aus Validierungsstudien konnten zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien nachweisen (Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha > .70$, Retest-Reliabilität unter stabilen Bedingungen: $r_{tt} = .80$, geringere Zusammenhänge unter Veränderungsbedingungen dokumentieren andererseits die Verlaufssensitivität des Instruments, Zusammenhänge von $r > .70$ mit inhaltsverwandten Außenkriterien belegen die Konstruktvalidität des KIND-L; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Vorliegende Befunde sprechen weiterhin für eine gute Akzeptanz des KIND-L bei den Befragten (Ravens-Sieberer et al. 2007) und auch aus diesem Grund für die Eignung des Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Umfragen mit Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2007).

In **CCSchool** wird der Kind-L v. a. zur Verlaufskontrolle der Lebensbefindlichkeit eingesetzt. Es soll sowohl ein Ausgangswert erhoben, als auch die Verbesserung bzw. Verschlechterung auf den einzelnen Skalen im Verlauf beobachtet werden. Erhebungen mit dem KIND-L sind zu folgenden Messzeitpunkten geplant: zu Beginn der Interventionsphase, nach CCSchool-Prozess B und C und zur Evaluation des Behandlungseffekts beim geplanten Follow-up. Die Auswertung erfolgt durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeitenden.

2 Quellenverzeichnis

Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.

Ravens-Sieberer U, Ellert U, & Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 810-818.

Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D & Klasen F (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. Dialogues in Clinical Neuroscience, 16, 147-158.

Beschreibung des Instrumentes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 3: Diagnostik

www.ccschool.de

1 Der Fragebogen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Neben einer Elternversion existieren Parallelversionen für die Selbstbeurteilung durch Jugendliche im Alter von 11-16 Jahren (SDQ-deu-J) und die Fremdbeurteilung durch Lehrkräfte (SDQ-deu-L).

Der SDQ besteht aus fünf Einzelskalen mit jeweils fünf Merkmalen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Prosoziales Verhalten

Die Bewertung der Items erfolgt dreistufig durch: 0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend, 2 = eindeutig zutreffend.

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Instruktion in der die Eltern/Lehrkräfte bzw. Kinder/Jugendlichen gebeten werden, zu jedem Punkt entweder "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend" zu markieren und dabei alle Fragen so gut sie können, selbst wenn sie sich nicht ganz sicher sind oder ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt, zu beantworten. Die Antworten sollen sich v.a. auf das Verhalten (des Kindes) in den letzten sechs Monaten, beziehungsweise in diesem Schuljahr beziehen.

Der Fragebogen enthält insgesamt 25 Merkmale, wobei 10 Merkmale positiv und 14 negativ formuliert sind und problematische Erlebensweisen des Kindes abfragen, während ein Merkmal neutral formuliert wurde.

Für den SDQ wurde eine gute Reliabilität und Validität nachgewiesen (Becker 2004, Goodman 1998). Das Strength and Difficulties Questionnaire wird auch im Rahmen des KIGGS-Surveys des Robert-Koch-Instituts und seiner „Wellen“ eingesetzt. Das heißt die offiziellen deutschen Daten zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter werden mit diesem Instrument erhoben (Hölling et al. 2014).

Auswertung

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. "Teilweise zutreffend" wird immer mit einer 1 bewertet, "nicht

zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" wird je nach Item unterschiedlich bewertet. Dabei kann der Wert 0 oder 2 haben. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen 0 und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

Um den Gesamtwert anzugeben, werden nur die vier Skalen aufsummiert, die sich auf Probleme beziehen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten

Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 der 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis hochgerechnet werden.

Interpretation

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.

Die jeweiligen Ergebnisse sind wie folgt zu bewerten:

Elternfragebogen

Tabella 1: Elternfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
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

Für den Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Eine große epidemiologische Studie zur geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in England (2000) N=4.228 (11-15 Jahre), ergab folgende Unterteilungen:

Selbstfragebogen

Tabella 2: Selbstfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 17	18 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 4	5	6 - 10
Hyperaktivität	0 - 6	7	8 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	7 - 10	6	0 - 5

► Weitere Informationen und Literaturangaben zum SDQ : www.sdqinfo.com

2 Quellenverzeichnis

- Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 17-24.
- Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 11-16.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 125-130.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mausz E & KiGGS Study Group (2014). "Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)", *Bundesgesundheitsblatt* 57, 807-819.

Beschreibung der Instrumente CBCL, TRF und YSR

Isabel Böge

Modul 1: Einführung

Lerneinheit 3: Diagnostik

www.ccschool.de

Inhalt

1	Die Child Behaviour Checklist (CBCL)	2
2	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)	3
3	Fragebogen für Jugendliche (YSR).....	3
4	Gütekriterien der Fragebögen	3
5	Auswertung	4
6	Quellenverzeichnis	4

1 Die Child Behaviour Checklist (CBCL)

Die Child Behaviour Checklist (CBCL) ist ein ins Deutsche übersetzter Elternfragebogen (Achenbach, 1991) zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter 6-18 Jahre. Die CBCL ist mittlerweile in mehr als 50 Sprachen übersetzt worden, international liegen mehr als 2.000 Studien mit diesem Fragebogenverfahren vor. Die Bearbeitung dauert pro Fragebogen etwa 15 bis 20 Minuten.

Der Fragebogen erfasst im ersten Teil das Urteil von Eltern über psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil das Urteil über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Items des ersten Teils werden zu drei Kompetenzskalen (Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule) zusammengefasst. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet:

- ▶ ängstlich/depressiv
- ▶ rückzüglich/depressiv
- ▶ Körperliche Beschwerden
- ▶ Soziale Probleme
- ▶ Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme
- ▶ Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Regelverletzendes Verhalten
- ▶ Aggressives Verhalten

Die Skalen: ängstlich/depressiv, rückzüglich/depressiv und Körperliche Beschwerden werden zu der übergeordneten Skala **Internalisierende Auffälligkeiten** zusammengefasst.

Die Skalen Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala **Externalisierende Auffälligkeiten**.

Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet.

Der Gesamtwert wird aus allen 118 Items gebildet.

Neu hinzugekommen ist bei der aktuellen Auflage die Möglichkeit, DSM-orientierte Skalen zu bestimmen (Affektive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome, Oppositionelle Verhaltenssymptome, Dissoziale Symptome).

2 Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)

Parallel steht ein Fragebogen für Lehrkräfte (Alter 6-8 Jahre) zur Verfügung, welcher durch den gleichartigen Aufbau des Fragebogens ermöglicht, die Einschätzung der verschiedenen Perspektiven zu vergleichen. Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist die deutsche Fassung (Achenbach, 1991) der Teacher's Report Form (TRF), der Child Behaviour Checklist und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Der erste Teil erfasst soziale Kompetenzen und schulische Leistungen. Im zweiten Teil sind 95 Items des Lehrerfragebogens mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) identisch. Die Items des ersten Teils werden zu zwei Kompetenzskalen (Schulische Leistungen und Verhaltenskompetenzen) zusammengefasst. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden ebenfalls die acht mit dem Elternfragebogen identischen Problemskalen gebildet, sowie der Fragebogen in Bezug auf internale Störungen, externale Störungen und einen Gesamtwert ausgewertet.

3 Fragebogen für Jugendliche (YSR)

Auch der Fragebogen YSR wurde direkt aus der CBCL abgeleitet und erlaubt eine Beurteilung der weitgehend identischen Merkmale aus Sicht des Jugendlichen. (Achenbach, 1991). Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist ebenso wie der TRF analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Der erste Teil ist mit der CBCL 6-18 weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 Items alle Items des Elternfragebogens übernommen. Wie beim Elternfragebogen werden somit die Items des ersten Teils zu drei Kompetenzskalen zusammengefasst und aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens die gleichen Problemskalen und auch übergeordneten Skalen gebildet.

4 Gütekriterien der Fragebögen

Sowohl in Klinik- als auch in Feldstichproben liegt bei allen drei Fragebögen die interne Konsistenz der Skalen zweiter Ordnung (internale Probleme, externale Probleme) mit Werten für Cronbachs Alpha $> .80$ im guten Bereich. Die interne Konsistenz der Gesamtauffälligkeit ist mit einem Cronbachs Alpha von mindestens $.93$ in allen drei Bögen sehr gut. Es liegen internationale Studien an repräsentativen Feldstichproben vor, welche die (im Original US-amerikanischen) Faktorenmodelle der drei Fragebogenversionen kulturübergreifend überzeugend replizieren, und damit die Skalierung 2001 bestätigen.

Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen beim CBCL, YSR und TRF konnte auch für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden. Die Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe (getrennt für Jungen und Mädchen) von annähernd 1.800 Kindern und Jugendlichen.

So liegen für alle drei Fragebogenfassungen Normdaten (Stanine-Werte und Prozentränge) einer Klinikstichprobe vor (CBCL/6-18R: N = 1.217; YSR/11-18R: N=718; TRF/6-18R: N=793). Bundesweit repräsentative Normdaten (T-Werte) liegen für die CBCL/6-18R (N=2.471) und die YSR/11-18R (N=1.798) vor. Für die TRF/6-18R stehen Vergleichsdaten einer Großstadtstichprobe von Grundschulkindern (6-11 Jahre) (N=397) zur Verfügung.

5 Auswertung

Die Auswertung erfolgt anhand von zur Verfügung gestellten Auswertungsbögen und Schablonen.

6 Quellenverzeichnis

Achenbach TM (1991). Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.

Döpfner M, Plück J, Kinnen, C., & für die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2014). Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe.

Einleitung

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

Überblick

Nachdem anhand des initialen Screenings eine Indikation zum CCSchool-Projekt gestellt wurde, durchlaufen die Kinder/und Jugendlichen in der Interventionsgruppe nun als erstes den Prozess A „**Standardisierte Diagnostik**“.

Dieser beinhaltet:

1. Fragebögen, welche von den Eltern bzw. dem Kind/Jugendlichen selbst ausgefüllt werden
2. Eine Einschätzung des bestehenden Funktionsniveaus auf der C-GAF
3. Eine körperlich-neurologische Untersuchung
4. Ein halbstandardisiertes Interview zur Erhebung der Hindernisse und Faszilitatoren der Teilhabe sowie der Teilhabewünsche
5. Die Erhebung der Studiendaten (Basisdaten, SDQ und KIND-L (Eltern/Kind))
6. Eine Zusammenfassung und Bewertung der Befunde in einem strukturierten Bericht, mit Empfehlungen für das weitere Procedere.

In dieser Lerneinheit werden die verschiedenen Materialien hierzu beschrieben und – wo indiziert – an Beispielen erklärt und geübt werden.

Vorgestellt werden:

Die Child Global Assessment of Functioning (C-GAF)

- ▶ Erfasst das Funktionsniveau des Kindes mittels Fremdeinschätzung
- ▶ Auszufüllen vom Behandlungsverantwortlichen

Die Columbia Impairment Scale (CIS)

- ▶ Erfasst die Funktionseinschränkungen per Selbsteinschätzung
- ▶ Auszufüllen vom Kind/Jugendlichem (9-17 Jahre) sowie den Eltern

Die Child Behaviour Checklist (CBCL) (6-18 Jahre)

- ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
- ▶ Auszufüllen von den Eltern

Teacher Report Form (TRF) (6-18 Jahre)

- ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
- ▶ Auszufüllen von der Lehrkraft

Youth Self Report (YSR) (11-18 Jahre)

- ▶ Erfasst Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltenskompetenzen
- ▶ Auszufüllen vom Kind/Jugendlichen (ab 11 Jahren)

Die Fragebögen ergänzen den klinischen Eindruck, dabei ist zu beachten, dass ein Behandlungsbedarf auch bei unauffälligen Fragebögen, aufgrund des klinischen Eindrucks und der Expertise des BHV bestehen kann, da die Einschätzung des BHV mehr wiegt, als Fragebögen allein genommen für sich. Die Fragebögen sollen im Verlauf zudem dem BHV auch zu Kontrolle des klinischen Erfolgs dienen. Handlungsleitend sind bei der Auswertung des Prozesses A „Standardisierte Diagnostik“ die aus der Exploration gewonnenen Daten/Eindrücke zusammen mit der Einschätzung der C-GAF.

Die Daten für den Wissenschaftlichen Teil werden vom BHV erhoben und dann zur Auswertung weitergeleitet. Diese sind:

Das Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

- ▶ Erfasst die Stärken und Schwächen des Kindes/Jugendlichen
- ▶ Auszufüllen von Kind/Jugendlichem sowie den Eltern

Der KIND-L

- ▶ Erfasst die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen
- ▶ Auszufüllen von Kind/Jugendlichem sowie den Eltern

Bogen mit Basisdaten

- ▶ Erfasst Fehlzeiten in der Schule, vorherige stationäre Inanspruchnahme, Soziodemographie und familiäre Belastungsfaktoren sowie die Zufriedenheit mit dem Prozessablauf
- ▶ Zu erfragen und auszufüllen vom BHV

Sie finden in dieser Lerneinheit eine inhaltliche Einführung in die jeweiligen Testverfahren mit Beschreibung der psychometrischen Qualitäten.

Table 1: Übersicht der auszufüllenden Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrument	Wer füllt aus?
Child Global Assessment of Functioning (C-GAF)	Behandlungsverantwortliche/r
Bogen Basisdaten	Behandlungsverantwortliche/r
Child Behaviour Checklist (CBCL)	Eltern
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Kind/Jugendliche/r Eltern
KIND-L	Kind/Jugendliche/r Eltern
Columbia Impairment Scale (CIS)	Kind/Jugendliche/r Eltern
Youth Self Report (YSR)	Kind/Jugendliche/r
Teacher Report Form (TRF)	Lehrkraft

Code _____

Basisdaten und Allgemeiner Erhebungsbogen

Um die Lebenssituation und relevanten schulischen Daten bei der Evaluation der Problematik mit einbeziehen zu können, möchten wir Sie bitten die folgenden allgemeinen Angaben zu Ihrem Kind bzw. Jugendlichen zu beantworten:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: Jahr _____ Monat _____

1 Soziographische Angaben

Angaben zu den familiären Verhältnissen:

Bei den folgenden Fragen geht es um die Schulausbildung und die berufliche Situation der Erziehungsberechtigten des Kindes bzw. des/ der Jugendlichen:

1.1 Welchen höchsten Schulabschluss besitzen die Erziehungsberechtigten des Kindes?

Vater	Mutter
<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss
<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss	<input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss
<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder Äquivalent	<input type="checkbox"/> Mittlere Reife oder Äquivalent
<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur	<input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss

Code _____

1.2 Welche Berufsqualifikation besitzen die Erziehungsberechtigten des Kindes?

Vater	Mutter
<input type="checkbox"/> Keine abgeschlossene Ausbildung	<input type="checkbox"/> Keine abgeschlossene Ausbildung
<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre
<input type="checkbox"/> Abschluss einer Berufsfachschule	<input type="checkbox"/> Abschluss einer Berufsfachschule
<input type="checkbox"/> Abschluss einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule	<input type="checkbox"/> Abschluss einer Fachschule, Meister- oder Technikerschule
<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss/Diplom (FH)	<input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss/Diplom (FH)
<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Magister, Diplom, Staatsexamen)	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Magister, Diplom, Staatsexamen)
<input type="checkbox"/> Promotion (Doktorprüfung)	<input type="checkbox"/> Promotion (Doktorprüfung)

1.3 Falls Erwerbstätigkeit besteht: In welchen Berufen arbeiten die im Haushalt lebenden Erwachsenen/Eltern des Kindes bzw. des/der Jugendlichen aktuell?

Aktuell ausgeübter Beruf des Vaters:

Aktuell ausgeübter Beruf der Mutter:

1.4 Diese Tätigkeit wird ausgeübt als

Vater	Mutter
<input type="checkbox"/> Vollzeit-erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit-erwerbstätigkeit
<input type="checkbox"/> Teilzeit-Erwerbstätigkeit mit ____ Stunden	<input type="checkbox"/> Teilzeit-Erwerbstätigkeit mit ____ Stunden

Code _____

1.5 Wie viele Bücher besitzt der Haushalt, in dem das Kind bzw. der/die Jugendliche lebt?

(Als Hilfestellung für die Schätzung ggf. den Durchschnittswert von 50 Büchern pro Meter Regal angeben).

Wie viele Bücher gibt es bei Ihnen zu Hause? (Nachtigall & Kröhne 2004):

- keine oder nur sehr wenige
- genug Bücher, um ein Regalbrett zu füllen
- genug Bücher, um ein Regal zu füllen
- genug Bücher, um zwei Regale zu füllen
- über 200 Bücher

1.6 Welche Nationalität besitzt Ihr Kind?

- Deutsch
- Deutsch **und** eine andere Nationalität
- Nur eine andere Nationalität

2 Familiäre Belastungsfaktoren

2.1 Sind in der Familie des Kindes bzw. des/ der Jugendlichen Belastungen durch einen oder mehrere der folgenden Faktoren bekannt oder werden berichtet?

	Stimmt genau	Stimmt eher	Stimmt teilweise	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht
Körperliche Erkrankungen von einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Psychische Erkrankungen von einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				

Code _____

	Stimmt genau	Stimmt eher	Stimmt teilweise	Stimmt eher nicht	Stimmt gar nicht
Alkohol- oder Drogenproblematik von einem Elternteil	<input type="checkbox"/>				
Pflegebedürftigkeit von Familienmitgliedern (Großeltern, Eltern, Geschwister)	<input type="checkbox"/>				
Alltagsschwierigkeiten					
▶ Familiäre Streitigkeiten	<input type="checkbox"/>				
▶ Erziehungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
▶ Beengte Wohnverhältnisse	<input type="checkbox"/>				
▶ Finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges, bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>				

3 Schulaspekte

3.1 Welche Schulform besucht das Kind bzw. der/die Jugendliche aktuell?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Gesamtschule |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Förderschule |
| <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Berufsschule |
| <input type="checkbox"/> Gymnasium | <input type="checkbox"/> Keine Schule |

Code _____

3.2 Welche Klassenstufe besucht das Kind bzw. der/die Jugendliche aktuell?

Aktuell besuchte Klassenstufe: Klasse _____

3.3 Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche in der Schule Klassenstufen übersprungen?

Nein, es wurde *noch nie* eine Klassenstufe übersprungen.

Ja, es wurde eine Klassenstufe übersprungen.

Falls ja, bitte angeben, welche Klassenstufe(n) jeweils übersprungen wurde(n) und wann:

Übersprungen wurde Klasse _____ im Schuljahr ____ / ____

3.4 Hat das Kind bzw. der/die Jugendliche in der Schule Klassenstufen wiederholt?

Nein, es wurde *noch nie* eine Klassenstufe wiederholt.

Ja, es wurde *einmal* eine Klassenstufe wiederholt.

Ja, es wurde *mehr als einmal* eine Klassenstufe wiederholt.

Falls ja, bitte angeben, welche Klassenstufe(n) jeweils wiederholt wurde(n) und wann:

Wiederholt wurde Klasse _____ im Schuljahr ____ / ____

Wiederholt wurde Klasse _____ im Schuljahr ____ / ____

3.5 Hat das Kind bzw. der/ die Jugendliche schon ein- oder mehrmals von einer Sekundarschulform auf eine andere gewechselt?

Z.B. vom Gymnasium auf eine Realschule *oder umgekehrt*; nicht gemeint ist der Wechsel von der Grundschule auf die weiterführende Schule.

Nein, die Sekundarschulform wurde *noch nie* gewechselt.

Ja, die Sekundarschulform wurde *einmal* gewechselt.

Ja, die Sekundarschulform wurde *mehr als einmal* gewechselt.

Falls ja, bitte angeben, welche Schulwechsel es gegeben hat und wann, z.B. in Klasse 8 vom Gymnasium (G8) auf die Realschule.

Code _____

Gewechselt wurde in Klasse _____ von _____

auf _____

Gewechselt wurde in Klasse _____ von _____

auf _____

3.6 Hat bei Ihrem Kind schon einmal eine Leistungsdiagnostik stattgefunden?

Wenn ja, welches Verfahren wurde verwendet?

Nein

Ja

WISC-IV/HAWIK-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fourth Edition)

CFT-20 R (Grundintelligenztest Skala 2 – Revision)

K-ABC-II (Kaufman Assessment Battery for Children - Second Edition)

CPM (Coloured Progressive Matrices nach Raven)

AID-3 (Adaptives Intelligenz Diagnostikum 3)

SON-R 2,5-7 oder **SON-R 6-40** (Snijders-Oomen Nonverbaler Intelligenztest)

WNV (Wechsler Nonverbal Scale of Ability)

Anderes Verfahren, bitte angeben: _____

Verfahren unbekannt

Bitte tragen Sie hier das Ergebnis und das Datum der Leistungsdiagnostik ein:

Gemessener IQ-Gesamtwert: _____, Jahr: _____ (Datum)

4 Probleme/Fehlzeiten in der Schule

4.1 Welche Probleme gab es bisher in der Schule? (Mehrfachnennungen möglich)

	Keine	< 1 Jahr	<2 Jahre	Seit der 5. Klasse	Schon immer
Leistungsprobleme	<input type="checkbox"/>				
Schulabsentismus	<input type="checkbox"/>				
Störendes Verhalten	<input type="checkbox"/>				
Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/>				
Erlebtes Mobbing	<input type="checkbox"/>				
Kind mobbt selbst	<input type="checkbox"/>				

4.2 Hatte das Kind aus einem oder mehreren der folgenden Gründe in dem letzten Jahr längere Fehlzeiten in der Schule gehabt?

Bitte dokumentieren Sie, ob es bei dem Kind bzw. dem/der Jugendlichen in der Vergangenheit bereits ein- oder mehrmals zu längeren Fehlzeiten in der Schule gekommen ist?

	Nicht zutreffend	0-5 Tage / Jahr	5-10 Tage / Jahr	10-20 Tage / Jahr	20-30 Tage / Jahr	1-3 Monate / Jahr	> 3 Monate / Jahr
Körperliche Beschwerden, die ohne ärztliche Krankenschreibung zu Hause behandelt wurden	<input type="checkbox"/>						

Code _____

	Nicht zu- treffend	0-5 Tage / Jahr	5-10 Tage / Jahr	10-20 Tage / Jahr	20-30 Tage / Jahr	1-3 Monate/ Jahr	> 3 Monate/ Jahr
Ambulant behandelte körperliche Erkrankung mit ärztlicher Krankschreibung	<input type="checkbox"/>						
Körperliche Erkrankung, die der stationären Behandlung bedurfte	<input type="checkbox"/>						
Psychische Beschwerden (z. B. Angst vor der Schule) ohne begleitende Inan- spruchnahme psychiatrischer/psychoth erapeutischer Hilfe	<input type="checkbox"/>						
Psychische Beschwerden, die ambulant psychiat- risch/psychothera- peutisch behandelt wurden	<input type="checkbox"/>						
Psychische Beschwerden, die der (teil-)stationären Behandlung bedurften	<input type="checkbox"/>						
Schulabsentismus ganztäglich oder stundenweise	<input type="checkbox"/>						

Code _____

	Nicht zu- treffend	0-5 Tage / Jahr	5-10 Tage / Jahr	10-20 Tage / Jahr	20-30 Tage / Jahr	1-3 Monate/ Jahr	> 3 Monate/ Jahr
Anderer Grund:	<input type="checkbox"/>						

5 Vorherige stationäre Inanspruchnahme

Bei den folgenden Fragen geht es um die frühere Inanspruchnahme medizinischer bzw. psychiatrischer Behandlung für das Kind bzw. des/ der Jugendlichen. Bitte dokumentieren Sie dazu.

5.1 Hat das Kind wegen körperlicher Beschwerden in der Vergangenheit schon eine oder mehrere der folgenden Behandlungsformen durchlaufen?

Stationärer Aufenthalt in der
Kinderklinik aufgrund körperlicher
Erkrankung

- Nein, niemals
- Ja, einmal, wann? _____
- Ja, mehrmals, wann? _____
- _____

Tagesklinische Behandlung in der
Kinder-und Jugendpsychiatrie

- Nein, niemals
- Ja, einmal, wann? _____
- Ja, mehrmals, wann? _____
- _____

Code _____

Stationäre Behandlung in der Kinder-
und Jugendpsychiatrie

- Nein, niemals
 - Ja, einmal, wann? _____
 - Ja, mehrmals, wann? _____
-

Stationärer Aufenthalt in einer
Rehaklinik

- Nein, niemals
 - Ja, einmal, wann? _____
 - Ja, mehrmals, wann? _____
-

Ambulante Psychotherapie

- Nein, niemals
 - Ja, aktuell laufend
 - Ja, in der Vergangenheit, aktuell keine
-

Ambulante Fachtherapie (Ergo-, Logo-
, Mototherapie,
Teilleistungsförderung)

- Nein, niemals
 - Ja, aktuell laufend
 - Ja, in der Vergangenheit, aktuell keine
-

Sonstige

Wie oft:

Erklärung Basisdaten und Allgemeiner Erhebungsbogen

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

1 Erklärung Basisdaten und Allgemeiner Erhebungsbogen

Der Bogen Basisdaten und Allgemeiner Erhebungsbogen soll v.a. dazu dienen die Grundinformationen zu den

- ▶ soziodemografischen Daten und Lebensbedingungen,
- ▶ bisherigen schulischen Problemen,
- ▶ familiären Belastungsfaktoren,
- ▶ und bisherigen Behandlungen zu erfragen.

Hierbei werden die Eltern gebeten vor dem Termin beim Behandlungsverantwortlichen den Fragebogen „Basisdaten und Allgemeiner Erhebungsbogen“ ausfüllen. Erhoben werden dort die sozialen Lebensbedingungen und familiäre Belastungsfaktoren zusätzlich zu den schulischen Auffälligkeiten, um das soziale, ökonomische und auch genetische Risiko anhand der Fragestellungen einschätzen zu können (Jenkins, 2003).

Es sollen durch die schriftliche Form möglichst neutral standardisiert Belastungsfaktoren erfasst werden, damit diese dann dem Behandlungsverantwortlichen als Vorinformation dienen, bevor dieser im nächsten Schritt das halbstandardisierte Interview durchführt. Hierdurch können im folgenden Halbstandardisierten Interview Fragen in Bezug auf die Schulproblematik gezielter gestellt werden können.

Mehrere Studien (Böge et al. 2014, Gilbody et al. 2001), haben dabei gezeigt, dass Fragebögen oder Erhebungen von Basisdaten vor einem Behandlungstermin ergänzende Informationen liefern können, welche in einem alleinigen Gespräch vom Therapeuten/der Therapeutin mit den Eltern/Jugendlichen/Kindern sonst nicht preisgegeben werden. Dabei ist aber zu beachten, dass Angaben auf Fragebögen lediglich ergänzend gewertet werden sollten, das klinische Urteil des Behandelnden ist und bleibt ausschlaggebend für die Diagnose und die daraus resultierende Behandlungsplanung.

Die Fragen zu Fehltagen in der Schule und stationärer/ambulanter Behandlung (Sektionen (4) und (5)) werden dabei in Fragebogenform nicht nur vor Behandlungsbeginn gestellt, sondern dienen auch der Verlaufskontrolle. Diese werden erneut (siehe Bogen Schulfehlzeiten und Patientenzufriedenheit) nach den CCSchool-Prozessen B und C sowie zum Zeitpunkt des Follow-up gestellt.

2 Quellenverzeichnis

- Boege I, Corpus N, Schepker R, Fegert JM (2014). Pilot study: feasibility of using the Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) during acute suicidal crisis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 8: 28.
- Gilbody SM, House AO, Sheldon TA (2001). Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review, *BMJ* 322 (7283): 406-409.
- Jenkins R (2003). Making psychiatric epidemiology useful. The contribution of epidemiology to government policy. *Int Rev Psychiatry* 15 (1-2): 188-200.

Erweiterte Diagnostik und wissenschaftliche Daten

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

1 Beschreibung des Instrumentes C-GAF (Children's Global Assessment of Functioning, deutsch)

Die C-GAF stellt eine **Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus** des Kindes oder Jugendlichen dar, welche vom Behandlungsverantwortlichen aufgrund der anamnestischen und diagnostischen erhobenen Befunde eingeschätzt wird. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung.

Dabei kann die C-GAF-Skala insbesondere dazu dienen, ein Ausgangsniveau zu erheben und dann im Verlauf den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der C-GAF-Skala werden nur die psychischen, sozialen oder schulischen/beruflichen Funktionsbereiche beurteilt, körperliche Beeinträchtigungen werden außer Acht gelassen. So geben die Instruktionen explizit vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“.

Die Bewertung der C-GAF-Skala soll sich dabei auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalenwert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlungsbedarf widerspiegelt. Die psychischen, sozialen und schulischen/beruflichen Funktionen sind dabei auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht und können einen Wert von 1 bis 100 haben. Liegen unzureichende Informationen vor beträgt der Wert auf der C-GAF = 0.

Werte am unteren Ende der Skala stehen für ausgesprochen hohe Beeinträchtigungen, so wird der Wert von 1-10 z.B. beschrieben als: Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht. Hohe Werte sprechen für ein ausgesprochen gutes Funktionsniveau, Werte von 91-100 werden somit definiert als: Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

Die Bewertung durch den Behandlungsverantwortlichen erfolgt indem er die jeweiligen Aussagen zu den 10-er Schritten von unten nach oben liest, bis eine 10-er Kategorie zu den erhobenen Befunden passt. Je nachdem ob eher die Aussagen über dem passenden 10-er Schritt (Tendenz nach oben) oder unter dem passenden 10-er Schritt (Tendenz nach unten) als ebenfalls passend angesehen wird, wird dann eine Zahl entsprechend der klinischen

Einschätzung aus den oberen oder unteren fünf Ziffern der 10-er Kategorie diagnostisch dem Patienten als C-GAF Wert zugeordnet. Diese Einschätzung kann jederzeit als Verlaufskontrolle wiederholt werden.

Nachfolgend können Sie die Anwendung des Instrumentes an einigen Beispielen üben. Die Lösung wird jeweils unterhalb des Beispiels angegeben.

Beispiel 1

Die Eltern des 10jährigen Tom berichten: „Tom hat schon immer Schwierigkeiten mit den Gleichaltrigen gehabt, wissen Sie? Er kam nie so gut mit seinen Klassenkameraden aus. Ständig wurde er gehänselt. Dabei hat er gar nichts getan. Wenn er mal zugeschlagen hat, dann nur, weil ihn die anderen geärgert haben. Und das waren schon massive Ärgereien. Einmal haben sie eine ganze Flasche Apfelsaft in seinen Schultornister geleert. Es schwamm alles. Zu Kindergeburtstagen ist er nie eingeladen worden, er würde immer alles zerstören hieß es. Zu Hause kam es zwar zeitweilig auch zu Konflikten mit seiner jüngeren Schwester, aber die ließen sich klären. Eigentlich ist er der liebste Junge der Welt, wenn er sich wohl fühlt und akzeptiert ist. Die Leistungen in der Schule fallen ihm nicht schwer, nur Hausaufgaben dauern schrecklich lange. Er läßt sich ständig ablenken, oder spielt an seinem Handy nebenbei. Ich stelle mich schon immer mit dem Bügelbrett daneben. Beim Handy aber ist es ganz anders, da kann er sich Stunden konzentrieren. Als kleines Kind konnte er auch tagelang Lego spielen. Inzwischen leidet er schon ziemlich unter den sozialen Problemen. Manchmal ist er tageweise ganz traurig und zieht sich zurück, möchte nicht zur Schule gehen, obwohl wir ihn jeden Tag schicken. Wissen Sie was wir tun sollen?“

Lösung

C-GAF 67, Bereich dann 61-70

Beispiel 2

Die 15jährige Anna kommt selbst zur Ersteinschätzung, sie berichtet, dass sie sich seit ca. einem Jahr sozial zurückziehe, sie habe damals Schwierigkeiten in ihrer Freundesgruppe gehabt, da sich der Freund ihrer besten Freundin für sie interessiert habe. Sie habe ihn abgewiesen, aber es sei zum Konflikt mit ihrer Freundin gekommen, und diese habe sie in der WhatsApp-Gruppe total unmöglich dargestellt. Gleichzeitig sei es zu Schwierigkeiten mit den Schulleistungen gekommen. Sie hätte einen total blöden Lehrer gehabt, und sei in ihren

Lieblingsfächern Deutsch und Englisch von einer 1-2 auf eine 4 gerutscht. Das habe zu Stress mit ihren Eltern geführt. Sie habe seitdem das Gefühl nichts zu können. Sie sei einfach nur dumm. Oft weine sie grundlos und morgens falle es ihr schwer aufzustehen. Dann komme es auch mal vor, dass sie sich drei Tage im Bett verkrieche und nur noch schlafe. Am liebsten wäre sie nicht mehr da. Alles falle ihr schwer. Früher habe sie Ballett getanzt und viel trainiert, heute können sie sich keine 10 min Training mehr vorstellen. Sie fühle sich dick und unattraktiv, dabei esse sie kaum etwas. Vor kurzem hätten sie ein Familienwochenende zum Anlass des 80. Geburtstags ihrer Oma gehabt, da habe sie sich dann schon zusammengerissen, und keiner habe was gemerkt, es sei ihr aber schwer gefallen, eigentlich wäre sie lieber zu Hause geblieben. Ihre Eltern würden viel arbeiten, die hätten es lange nicht bemerkt, dass es ihr nicht gut gehe. Jetzt aber habe ihre Mutter einen Anruf ihrer Lehrerin erhalten, welche hinterfragt habe, warum Anna nicht mehr regelmäßig in die Schule komme. Daraufhin hätte ihre Mutter mit ihr geredet, ob ihre Mutter das ganze Ausmaß verstanden habe, wisse sie nicht. Aber sie hätte ihr hier einen Termin gemacht, da sei sie eigentlich ganz froh drum gewesen.

Lösung

C-GAF 53, Bereich dann 51 bis 60)

Beispiel 3

Jan ist 14 Jahre alt und besucht die 8. Klasse der Hauptschule. Die Eltern stellen ihren Sohn wegen erheblichen Schulproblemen und Schwierigkeiten zu Hause vor. Aktueller Anlass ist ein Gespräch mit der Lehrerin gewesen, welche gesagt habe, Jan würde den Unterricht stören, Konflikte mit Mitschülern provozieren und sich zudem leistungsmäßig derart verschlechtern, dass er Gefahr laufe das Klassenziel nicht zu schaffen. Zudem habe es in der vergangenen Woche eine körperlich aggressive Auseinandersetzung mit einem Mitschüler gegeben, weswegen die Schule jetzt einen zweiwöchigen Schulverweis aussprechen würde. Jetzt sei Jan zuhause und spiele PC bis weit in die Nacht, mit Freunden treffe er sich nur noch selten. Die Eltern berichten weiter, dass es im häuslichen Kontext ebenfalls Probleme mit der Regeleinhaltung gebe, Jan komme und gehe wie es ihm passe, in den letzten Monaten sei er vermehrt auch über Nacht ausgeblieben, die Eltern hätten ihn schon zweimal vermisst gemeldet. Zudem seien bei Gericht mehrere Anzeigen von Ladendiebstählen, zweimalige Körperverletzung, Beschädigung von einem Ruderklub und eine einmalige Brandlegung

anhängig. Jan selbst benennt, dass er überhaupt keinen „Bock“ auf die Vorstellung beim Therapeuten habe, er verstehe nicht, warum das alles so ein Problem sei. Er sei eben gerne mit Freunden unterwegs, und brauche künftig eh keinen Schulabschluss, da er sein früheres Hobby Surfen zu seinem Beruf machen wolle.

Lösung

C-GAF: 47, Bereich dann 41-50

Beispiel 4

Lisa, 17 Jahre, kommt nach suizidalen Äußerungen in der Schule zu Vorstellung. Sie hätte sich an die Schulsozialarbeiterin gewandt, da sie einfach keinen Sinn mehr im Leben sehe. Sie habe dies nicht ihren Eltern sagen wollen, denn sie wolle ihnen keine Sorgen machen. Ihre beste Freundin aber habe nun mitbekommen, dass es ihr nicht gut gehe und sei dann mit ihr zur Schulsozialarbeiterin gegangen. Lisa habe im letzten Jahr ihre Oma verloren, die ihr sehr wichtig gewesen sei, ihre Oma habe sie eigentlich großgezogen, ihre Eltern hätten schon immer viel gearbeitet und seien wenig zu Hause gewesen. Die Oma aber sei immer da gewesen. Nachdem sie plötzlich an einem Herzinfarkt gestorben sei, sei es so still zu Hause gewesen. Lisa habe wenig Freundinnen, sei schon immer eher schüchtern und zurückhaltend gewesen, wengleich aber gut integriert. Sie werde durchaus zu Festen und Partys eingeladen, gehe aber inzwischen kaum noch hin, nur zu ihrer besten Freundin habe sie noch guten Kontakt. Sie sei eine gute Schülerin, könne sich in letzter Zeit aber nicht mehr so gut konzentrieren. Das Leben erlebe sie als sehr anstrengend und habe kein Ziel. Sie sei zwar inzwischen in der 11. Klasse des Gymnasiums, aber wisse nicht, was sie hinterher machen wolle. Eigentlich würde sie am liebsten einfach die Augen schließen und am nächsten Tag nicht mehr aufwachen. Sie wisse aber auch, dass sie aktiv derzeit nichts tun werde um das Leben zu beenden, auch wenn sie sich noch so sehr danach sehne. Das könne sie ihren Eltern nicht antun.

Lösung

C-GAF: 48, Bereich dann 41-50

Beispiel 5

Die Eltern von Dustin, 9 Jahre, berichten: Dustin sei ein guter Grundschüler in der 3. Klasse. Er habe einen durchaus großen Freundeskreis und geht zweimal die Woche in den Fußballverein. Er sei aber sehr ängstlich. So schlafe er schon immer lieber bei seinen Eltern als in seinem Bett. Er habe aber auch schon in seinem Bett geschlafen. An Halloween habe er nun bei einem Freund ein Video mit Killerclowns gesehen, seitdem sei er überzeugt, dass ein Killerclown ihn holen werde. Solange es hell sei traue er sich wie gewohnt alles zu machen, wenn es aber dunkel werde, habe er massive Ängste. Die Tür zu seinem Zimmer müsse offen stehen, seine Eltern dürften beide das Haus nicht verlassen, sobald diese ins Bett gehen würden, würde er zu ihnen kommen. Er schlafe unruhig, oder gar nicht, habe tiefe Augenringe unter den Augen, und halte auch alle anderen mit seiner nächtlichen Unruhe wach. In der Schule falle er bisher noch nicht durch Leistungsabfall auf, das könne aber eigentlich nur eine Frage der Zeit sein. Dustin selbst ginge mit der Problematik offen um, so habe er seiner Klasse und seinen Freunden davon erzählt und fühle sich da auch gut verstanden.

Lösung

C-GAF 75, Bereich dann 71-80

Beispiel 6

Matthis Eltern berichten: Matthis, 16 Jahre, hat die letzten Wochen nur noch sehr unregelmäßig die Schule besucht. Er komme und gehe wie er wolle. Eigentlich sei er begabt und hat auch gerade ohne irgendwas zu tun den Hauptschulabschluss geschafft, ihr anderer Sohn habe ein Abi mit 1,0 gemacht, aber Matthis wolle einfach nichts lernen und habe immer nur Musik im Kopf. Sie seien ja auch Musiklehrer und würden deswegen seine musische Leidenschaft durchaus verstehen, aber man müsse doch Musik studieren. Matthis sei jetzt nur noch mit Drogen-konsumierenden Freunden unterwegs. Er würde bestimmt auch dealen. Er sei aggressiv und habe sich auch schon auf dem Schulhof geprügelt, was zu einer Anzeige geführt habe. Sie würden nicht mehr wissen, was sie tun sollen.

Matthis selbst ist ein schlanker in schwarz gekleideter Junge mit langen Haaren. Er selbst berichtet, dass er zwar hin und wieder THC konsumiere, aber vor allen anderen Drogen habe er Respekt, die würde er nicht anfassen, auch wenn ein Teil seiner Freunde diese durchaus konsumieren würde. Speed, Heroin, Koks etc. seien „Scheiß Drogen“, sein Leben sei die Musik. Er wolle sich eine Band zusammenstellen und Rockstar werden. Nichts anderes. Er

habe viele Freunde und könne leicht in jedem Umfeld anknüpfen. Freunde würde er überall finden. Unterwegs sei er v.a. in der Musikszene. Den Hauptschulabschluss habe er für seine Eltern gemacht. Damit die endlich zufrieden seien. Schule interessiere ihn nicht. Er sei jetzt auf einer weiterführenden Schule angemeldet. Die Zeit die er fehlen könne ohne rauszufliegen würde er fehlen, aber den Rest dann auch hingehen. Den Hauptkonflikt habe er mit seinem Vater. Überhaupt sei sein einziges Problem in seinem Leben sein Vater. Der wolle ihn kontrollieren, das wolle er aber nicht.

Lösung

C-GAF 68, Bereich dann 61-70

Beschreibung des Instrumentes Columbia Impairment Scale (CIS)

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

1 Die Columbia Impairment Scale (CIS)

Die Columbia Impairment Scale (CIS) wurde von Bird et al. (1993 und 1996) entwickelt und gilt als generell valides und handhabbares Instrument zur Erfassung der psychosozialen Beeinträchtigung bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren. Sie hat zum Ziel, ein möglichst ganzheitliches Bild der psychosozialen Beeinträchtigungen widerzuspiegeln.

Die CIS besteht dabei aus 13 Items und liegt in einer Elternversion sowie einer Kinder-/Jugendlichenversion vor. Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Bogens beträgt jeweils circa fünf Minuten. Die CIS erfasst die psychosoziale Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen auf vier Dimensionen:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen (Items 2, 3, 7, 9 und 10),
- ▶ Psychopathologische Dimensionen (Items 1, 4, 8 und 13),
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten (Items 5 und 12),
- ▶ Freizeitverhalten (Items 6 und 11)

Für die Beurteilung wird eine Likert-Skala von 0 = „keine Probleme“ bis 4 = „sehr große Probleme“ zugrunde gelegt, 5 kann für „weiß nicht“ angegeben werden.

Der Bogen wird mit folgender Anweisung an die Eltern gegeben:

Der CIS soll uns dazu dienen den Behandlungsbedarf Ihres Kindes entsprechend einzuschätzen und im Verlauf zu beurteilen.

Es gibt dreizehn Bereiche zum Verhalten Ihres Kindes, die Sie von 0 (Kein Problem) bis 4 (große Probleme) bewerten sollen. Versuchen Sie bitte eine möglichst präzise Einschätzung abzugeben, indem Sie jeden Punkt durch Einkreisen der Zahl, die am besten das momentane Verhalten Ihres Kindes beschreibt, bewerten.

Wenn sich das Verhalten Ihres Kindes von Zeit zu Zeit verändert, ziehen Sie bitte für Ihre Überlegungen das Verhalten der letzten Zeit heran (innerhalb der letzten ein bis zwei Wochen).

BITTE BEWERTEN SIE ALLE DREIZEHN PUNKTE. Wenn Sie etwas nicht wissen oder die Frage nicht auf Ihr Kind passt, kreisen Sie bitte die Nummer 5 ein.

Sollten Sie einen oder mehrere Punkte nicht verstehen, fragen Sie bitte Ihre/n Ansprechpartner*in in der Behandlung Ihres Kindes, der Ihnen gerne weiterhilft.

Es gibt dreizehn Verhaltensbereiche, die Du von 0 (Kein Problem) bis 4 (Große Probleme) bewerten sollst.

Kreise bitte bei jedem Punkt die Zahl ein, die am besten Dein momentanes Verhalten beschreibt. Wenn sich Dein Verhalten von Zeit zu Zeit verändert, schätze bitte Dein Verhalten in der letzten Zeit (innerhalb der letzten ein bis zwei Wochen) ein.

BITTE BEWERTE ALLE DREIZEHN PUNKTE. Wenn du etwas nicht weißt oder die Frage nicht auf dich passt, kreise bitte die Nummer 5 ein.

Solltest du einen oder mehrere Punkte nicht verstehen, frag bitte Deine/n Therapeut*in, der/die es dir gerne erklären wird.

Analog erfolgt die Anweisung bei Ausgabe an die Kinder/Jugendlichen:

Winters et al. (2005) sehen in der CIS eine Verbesserung der C-GAF aufgrund der psychometrischen Eigenschaften der CIS, der einfachen Handhabung sowie aufgrund der Existenz sowohl einer Version für Eltern als auch einer für Kinder. Da es eine Einschätzung der Betroffenen ist, stellt es eine gute Ergänzung zur C-GAF dar.

Anwendung fand die CIS bislang nicht nur, um Funktionseinschränkungen zu erfassen, sondern auch um Veränderungen von Funktionsparametern im Verlauf zu evaluieren (Nagar et al. 2010). Desweiteren kann der Gesamtwert der CIS auch als ergänzender Parameter zur Erfassung der Lebensqualität während der Behandlung im ambulanten psychiatrischen Setting verwendet werden (Bastiaens & Dello Stritto, 2005).

Zur Überprüfung der Validität der CIS können CIS und C-GAF, dann abgeglichen werden. Initiale Untersuchungen der Skala zeigten dabei insbesondere bei der Eltern-Version der CIS gute Ergebnisse bezüglich der Korrelationen zwischen den beiden Messmethoden. Eine gute Reliabilität für das englischsprachige Original wurde nachgewiesen (Cronbachs α zwischen 0,70 und 0,89). Eine Übersetzung ins Deutsche mit Rückübersetzung ins Englische wurde durchgeführt. Die für den deutschen Fragebogen gemessene Reliabilität zeigte sich dem englischen Wert vergleichbar (Cronbachs α = 0,74 bis 0,91).

Auswertung

Die Auswertung der CIS erfolgt dann sowohl als Gesamtwert, als auch auf den einzelnen Dimensionen. Dabei werden die einzelnen angekreuzten Items einfach zusammengezählt. Die Auswertungsscores können zwischen 0 und 52 liegen. Je höher der Auswertungsscore, desto höher die Beeinträchtigung. Ab 15 oder höher wird eine klinisch relevante Beeinträchtigung angenommen. Für die CCSchool-Studie ist besonders auf die Dimension Schul-/und Arbeitsverhalten zu achten. Je höher der Wert umso auffälliger die Schulproblematik. (Auffälligkeit ab ≥ 3).

2 Quellenverzeichnis

- Bastiaens L, Dello Stritto C (2005). Quality of life of children and adolescents during psychiatric treatment in a community mental health setting. *Psychiatry* 2: 32-35.
- Bird HR, Andrews H, Schwab-Stone M, Goodman S, Dulcan M, Richters J et al. (1996). Global measure of impairment for epidemiologic and clinical use with children and adolescents. *Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6, 295-307.
- Bird HR, Shaffer D, Fisher P, Gould MS, Staghezza B, Chen J & Hoven C (1993). The Columbia Impairment Scale (CIS): Pilot findings on a measure of global impairment for children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 167-176.
- Nagar S, Sherer JT, Chen H, Aparasu RR (2010). Extent of functional impairment in children and adolescents with depression. *Current Medical Research & Opinion*, 26: 2057-2064.
- Winters NC, Collett BR, Myers KM (2005). Ten-year review of rating scales, VII: scales assessing functional impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44: 309-338.

Beschreibung des Instrumentes KIND-L

Revidierter Fragebogen für KINDer und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998

Julia Herrmann

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

1 Instrument KIND-L

Der KIND-L (www.kindl.org) stellt ein Instrument zur **Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**, d.h. der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 bis 17 Jahren dar. Als Outcomevariable bei Interventionsstudien erfährt die selbstwahrgenommene Gesundheit in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Da sie als mehrdimensionales Konstrukt verstanden wird, berücksichtigt der KIND-L Fragebogen neben physisch-körperlichen auch psychisch-emotionale und soziale Aspekte (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998; Ravens-Sieberer, Karow, Barthel & Klasen 2014). Das Instrument ist zur generischen, d.h. krankheitsübergreifenden, Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geeignet und kann sowohl in klinischen Stichproben als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart 2007).

Anhand der Informationen aus dem KIND-L lassen sich Subgruppen oder **Individuen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsprobleme** identifizieren sowie das Ausmaß an Belastung näher bestimmen, das mit spezifischen Erkrankung oder Behinderungen einhergeht. Außerdem dient das Instrument dazu, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Um entwicklungsbedingten Einflussfaktoren bei der Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität Rechnung zu tragen, liegen Fragebogenversionen für verschiedene Altersgruppen vor (3-6 Jahre: Kiddy-KIND-L, 7-13 Jahre: Kid-KIND-L, 14-17 Jahre: Kiddo-KIND-L). Ebenfalls liegen Fremdbeurteilungsversionen für die Eltern bzw. Bezugspersonen vor. Genutzt werden sollen in **CCSchool** der Kid-KIND-L, der Kiddo-KIND-L sowie die Elternversion. Dabei bestehen zwischen den Fragebögen lediglich marginale Unterschiede in den Formulierungen, so dass alle Fragebögen gut miteinander abgleichbar sind (siehe unten). Ab dem Schulalter umfassen Selbst- und Fremdbesicht 24 analoge Aussagen, deren Zutreffen von den Befragten mittels 5-fach gestufter Antwortkategorien (nie, selten, manchmal, oft, immer) im Rückblick auf die letzte Woche beurteilt wird (Ravens-Sieberer et al. 2014). Auf übergeordneter Ebene erfasst der KIND-L-Fragebogen die folgenden sechs Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität:

- ▶ Körperliches Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.“, „... war ich müde und schlapp.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... hatte ich Schmerzen.“, „... war ich müde und erschöpft.“

- ▶ Elternversion (identisch für Kid- und Kiddo-KIND-L): „... hat mein Kind sich krank gefühlt.“, „... hatte mein Kind Kopfschmerzen und Bauchschmerzen.“
- ▶ Emotionales Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich Angst gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt“, „... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
- ▶ Selbstwert, z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fand ich mich gut.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.“
 - ▶ Elternversion: „... war mein Kind stolz auf sich.“, „... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.“
- ▶ Wohlbefinden in der Familie, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden.“, „... haben mir eine Eltern Sachen verboten.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden“, „... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.“, „... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.“
- ▶ Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mit Freunden gespielt.“, „... mochten mich die anderen Kinder.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... bin ich bei anderen gut angekommen.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... ist mein Kind bei anderen gut angekommen.“
- ▶ Schulisches Wohlbefinden, z. B.: z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten.“).

Neben einer differenzierten Auswertung kann aus den 24 Items des KIND-L auch ein übergreifender Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berechnet werden. Insgesamt sowie auf Subskalenebene bedeuten höhere Werte dabei eine bessere subjektiv empfundene Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2007). Zur Auswertung werden die in Werten zwischen 1 („nie“) bis 5 („immer“) ausgedrückten Angaben zu den 24 Fragebogenitems aufsummiert, wobei asymptotisch formulierte Items ggf. zuvor invertiert werden. Die erhaltenen Summenscores werden anschließend einer Transformation unterzogen, die es erlaubt, die Messwerte für alle Aspekte auf Skalen von 0-100 Punkten anzugeben. (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998).

Als ursprünglich deutschsprachiges Instrument wurde der KIND-L in zahlreiche Sprachen übersetzt und wird in nationalen wie internationalen Forschungsprojekten häufig eingesetzt (Ravens-Sieberer et al. 2014). Normwerte für das Instrument entstammen der repräsentativen, vom Robert-Koch Institut (RKI) durchgeführten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, www.kiggs-studie.de). Ergebnisse aus Validierungsstudien konnten zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien nachweisen (Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha > .70$, Retest-Reliabilität unter stabilen Bedingungen: $r_{tt} = .80$, geringere Zusammenhänge unter Veränderungsbedingungen dokumentieren andererseits die Verlaufssensitivität des Instruments, Zusammenhänge von $r > .70$ mit inhaltsverwandten Außenkriterien belegen die Konstruktvalidität des KIND-L; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Vorliegende Befunde sprechen weiterhin für eine gute Akzeptanz des KIND-L bei den Befragten (Ravens-Sieberer et al. 2007) und auch aus diesem Grund für die Eignung des Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Umfragen mit Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2007).

In **CCSchool** wird der Kind-L v. a. zur Verlaufskontrolle der Lebensbefindlichkeit eingesetzt. Es soll sowohl ein Ausgangswert erhoben, als auch die Verbesserung bzw. Verschlechterung auf den einzelnen Skalen im Verlauf beobachtet werden. Erhebungen mit dem KIND-L sind zu folgenden Messzeitpunkten geplant: zu Beginn der Interventionsphase, nach CCSchool-Prozess B und C und zur Evaluation des Behandlungseffekts beim geplanten Follow-up. Die Auswertung erfolgt durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeitenden.

2 Quellenverzeichnis

Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.

Ravens-Sieberer U, Ellert U, & Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 810-818.

Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D & Klasen F (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. Dialogues in Clinical Neuroscience, 16, 147-158.

Beschreibung des Instrumentes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

1 Der Fragebogen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Neben einer Elternversion existieren Parallelversionen für die Selbstbeurteilung durch Jugendliche im Alter von 11-16 Jahren (SDQ-deu-J) und die Fremdbeurteilung durch Lehrkräfte (SDQ-deu-L).

Der SDQ besteht aus fünf Einzelskalen mit jeweils fünf Merkmalen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Prosoziales Verhalten

Die Bewertung der Items erfolgt dreistufig durch: 0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend, 2 = eindeutig zutreffend.

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Instruktion in der die Eltern/Lehrkräfte bzw. Kinder/Jugendlichen gebeten werden, zu jedem Punkt entweder "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend" zu markieren und dabei alle Fragen so gut sie können, selbst wenn sie sich nicht ganz sicher sind oder ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt, zu beantworten. Die Antworten sollen sich v.a. auf das Verhalten (des Kindes) in den letzten sechs Monaten, beziehungsweise in diesem Schuljahr beziehen.

Der Fragebogen enthält insgesamt 25 Merkmale, wobei 10 Merkmale positiv und 14 negativ formuliert sind und problematische Erlebensweisen des Kindes abfragen, während ein Merkmal neutral formuliert wurde.

Für den SDQ wurde eine gute Reliabilität und Validität nachgewiesen (Becker 2004, Goodman 1998). Das Strength and Difficulties Questionnaire wird auch im Rahmen des KIGGS-Surveys des Robert-Koch-Instituts und seiner „Wellen“ eingesetzt. Das heißt die offiziellen deutschen Daten zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter werden mit diesem Instrument erhoben (Hölling et al. 2014).

Auswertung

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. "Teilweise zutreffend" wird immer mit einer 1 bewertet, "nicht

zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" wird je nach Item unterschiedlich bewertet. Dabei kann der Wert 0 oder 2 haben. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen 0 und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

Um den Gesamtproblemwert anzugeben, werden nur die vier Skalen aufsummiert, die sich auf Probleme beziehen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten

Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 der 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis hochgerechnet werden.

Interpretation

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.

Die jeweiligen Ergebnisse sind wie folgt zu bewerten:

Elternfragebogen

Tabelle 1: Elternfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
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

Für den Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Eine große epidemiologische Studie zur geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in England (2000) N=4.228 (11-15 Jahre), ergab folgende Unterteilungen:

Selbstfragebogen

Tabelle 2: Selbstfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 17	18 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 4	5	6 - 10
Hyperaktivität	0 - 6	7	8 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	7 - 10	6	0 - 5

► Weitere Informationen und Literaturangaben zum SDQ : www.sdqinfo.com

2 Quellenverzeichnis

- Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 17-24.
- Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 11-16.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 125-130.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mausz E & KiGGS Study Group (2014). "Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)", *Bundesgesundheitsblatt* 57, 807-819.

Beschreibung der Instrumente CBCL, TRF und YSR

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 1: Erfassung des Funktionsniveaus

www.ccschool.de

Inhalt

1	Die Child Behaviour Checklist (CBCL)	2
2	Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)	3
3	Fragebogen für Jugendliche (YSR).....	3
4	Gütekriterien der Fragebögen	3
5	Auswertung	4
6	Quellenverzeichnis	4

1 Die Child Behaviour Checklist (CBCL)

Die Child Behaviour Checklist (CBCL) ist ein ins Deutsche übersetzter Elternfragebogen (Achenbach, 1991) zum Verhalten von Kindern und Jugendlichen im Alter 6-18 Jahre. Die CBCL ist mittlerweile in mehr als 50 Sprachen übersetzt worden, international liegen mehr als 2.000 Studien mit diesem Fragebogenverfahren vor. Die Bearbeitung dauert pro Fragebogen etwa 15 bis 20 Minuten.

Der Fragebogen erfasst im ersten Teil das Urteil von Eltern über psychosoziale Kompetenzen und im zweiten Teil das Urteil über Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und somatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Items des ersten Teils werden zu drei Kompetenzskalen (Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule) zusammengefasst. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden acht Problemskalen gebildet:

- ▶ ängstlich/depressiv
- ▶ rückzüglich/depressiv
- ▶ Körperliche Beschwerden
- ▶ Soziale Probleme
- ▶ Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme
- ▶ Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Regelverletzendes Verhalten
- ▶ Aggressives Verhalten

Die Skalen: ängstlich/depressiv, rückzüglich/depressiv und Körperliche Beschwerden werden zu der übergeordneten Skala **Internalisierende Auffälligkeiten** zusammengefasst.

Die Skalen Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten bilden die übergeordnete Skala **Externalisierende Auffälligkeiten**.

Die restlichen drei Skalen mit den Bezeichnungen Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme sind keiner übergeordneten Skala zugeordnet.

Der Gesamtwert wird aus allen 118 Items gebildet.

Neu hinzugekommen ist bei der aktuellen Auflage die Möglichkeit, DSM-orientierte Skalen zu bestimmen (Affektive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome, Oppositionelle Verhaltenssymptome, Dissoziale Symptome).

2 Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF)

Parallel steht ein Fragebogen für Lehrkräfte (Alter 6-8 Jahre) zur Verfügung, welcher durch den gleichartigen Aufbau des Fragebogens ermöglicht, die Einschätzung der verschiedenen Perspektiven zu vergleichen. Der Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen ist die deutsche Fassung (Achenbach, 1991) der Teacher's Report Form (TRF), der Child Behaviour Checklist und ist analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Der erste Teil erfasst soziale Kompetenzen und schulische Leistungen. Im zweiten Teil sind 95 Items des Lehrerfragebogens mit dem Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL 4-18) identisch. Die Items des ersten Teils werden zu zwei Kompetenzskalen (Schulische Leistungen und Verhaltenskompetenzen) zusammengefasst. Aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens werden ebenfalls die acht mit dem Elternfragebogen identischen Problemskalen gebildet, sowie der Fragebogen in Bezug auf internale Störungen, externale Störungen und einen Gesamtwert ausgewertet.

3 Fragebogen für Jugendliche (YSR)

Auch der Fragebogen YSR wurde direkt aus der CBCL abgeleitet und erlaubt eine Beurteilung der weitgehend identischen Merkmale aus Sicht des Jugendlichen. (Achenbach, 1991). Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist ebenso wie der TRF analog zum Elternfragebogen aufgebaut. Der erste Teil ist mit der CBCL 6-18 weitgehend identisch. Im zweiten Teil wurden bis auf 16 Items alle Items des Elternfragebogens übernommen. Wie beim Elternfragebogen werden somit die Items des ersten Teils zu drei Kompetenzskalen zusammengefasst und aus den Items des zweiten Teils des Fragebogens die gleichen Problemskalen und auch übergeordneten Skalen gebildet.

4 Gütekriterien der Fragebögen

Sowohl in Klinik- als auch in Feldstichproben liegt bei allen drei Fragebögen die interne Konsistenz der Skalen zweiter Ordnung (internale Probleme, externale Probleme) mit Werten für Cronbachs Alpha $> .80$ im guten Bereich. Die interne Konsistenz der Gesamtauffälligkeit ist mit einem Cronbachs Alpha von mindestens $.93$ in allen drei Bögen sehr gut. Es liegen internationale Studien an repräsentativen Feldstichproben vor, welche die (im Original US-amerikanischen) Faktorenmodelle der drei Fragebogenversionen kulturübergreifend überzeugend replizieren, und damit die Skalierung 2001 bestätigen.

Die faktorielle Validität und die Reliabilität der Problemskalen beim CBCL, YSR und TRF konnte auch für deutsche Stichproben weitgehend bestätigt werden. Die Normierung erfolgte anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe (getrennt für Jungen und Mädchen) von annähernd 1.800 Kindern und Jugendlichen.

So liegen für alle drei Fragebogenfassungen Normdaten (Stanine-Werte und Prozentränge) einer Klinikstichprobe vor (CBCL/6-18R: N = 1.217; YSR/11-18R: N=718; TRF/6-18R: N=793). Bundesweit repräsentative Normdaten (T-Werte) liegen für die CBCL/6-18R (N=2.471) und die YSR/11-18R (N=1.798) vor. Für die TRF/6-18R stehen Vergleichsdaten einer Großstadtstichprobe von Grundschulkindern (6-11 Jahre) (N=397) zur Verfügung.

5 Auswertung

Die Auswertung erfolgt anhand von zur Verfügung gestellten Auswertungsbögen und Schablonen.

6 Quellenverzeichnis

Achenbach TM (1991). Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.

Döpfner M, Plück J, Kinnen, C., & für die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2014). Manual deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen, (CBCL/ 6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R). Göttingen: Hogrefe.

Erhebungsbogen körperlich-neurologische Diagnostik

1 Allgemein körperlicher Untersuchungsbefund

1.1 Allgemeinzustand

- Gut
- Schlecht

1.2 Ernährungszustand

- Kachektisch
- Schlank
- Normal
- Adipös

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg (_____ Perzentile)

BMI _____

1.3 Haut

- Intakt

Wunden

- Brandwunde Lokalisation _____
- Schnittwunde Lokalisation _____
- Ritzwunde Lokalisation _____

Schürfwunde Lokalisation _____

Druckstelle/ Prellung Lokalisation _____

Andere Wunde Lokalisation _____

Narben

Frisch Lokalisation _____

Alt 1 Wo. 1 Mo. >1 Mo.

Lokalisation _____

Pigmentierung: _____

1.4 Schleimhäute

Trocken

Feucht

1.5 Lymphknoten

Cervical palpabel nicht palpabel

Axilar palpabel nicht palpabel

Inguinal palpabel nicht palpabel

1.6 Schilddrüse

Größe

Regelrecht

Vergrößert

Nicht palpabel

Inguinal ja nein

1.7 Herz und Kreislauf

Herzfrequenz _____/Minute

Blutdruck rechts _____ mm Hg

Blutdruck links _____ mm Hg

Herztöne Rein Regelmäßig Arrhythmisch

Herztöne Rein Regelmäßig Arrhythmisch

Herzgeräusche Ja Nein

1.8 Lunge

Klopfschall

Sonor

Hypersonor

Gedämpft

Lungengrenzen

Normal

Hochstand Rechts Links

Tiefstand Rechts Links

Atemgeräusch

Abgeschwächt

Vesikulär

Verschärft

Nebengeräusche

Keine

Trocken

Feucht

1.9 Abdomen

Schmerzen

- Oberer Quadrant
- Unterer Quadrant
- Rechter Quadrant
- Linker Quadrant

Resistenzen

- Oberer Quadrant
- Unterer Quadrant
- Rechter Quadrant
- Linker Quadrant

Leber nicht tastbar

_____ QF unter dem Rippenbogen tastbar

Milz nicht tastbar

_____ QF unter dem Rippenbogen tastbar

1.10 Klopfeschmerz, Beweglichkeit

Wirbelsäule frei beweglich

kein Klopfeschmerz Klopfeschmerz

Nierenlager frei beweglich

kein Klopfeschmerz Klopfeschmerz

Gelenke frei beweglich

Bewegungseinschränkung:

Pubertätsstadium nach Tanner

PH _____, G/B _____

2 Neurologischer Untersuchungsbefund

Alter: _____ Jahre

2.1 Händigkeit

Rechts

Links

2.2 Meningismus

Positiv

Negativ

2.3 Lasègue

Beidseits negativ

Rechts negativ

Rechts ab _____ Grad positiv

Links negativ

Links ab _____ Grad positiv

2.4 Hirnnerven

	rechts	links
Visus		
Gesichtsfeld		
Pupillen: eng/mittelweit/weit		
Kaumuskulatur: Zähne aufeinanderbeißen, Kraft?		

	rechts	links
N. Fazialis: Stirnrunzeln, Augen fest schließen, Backen aufblasen, Nase rümpfen		
Zunge: Keine Deviation/Deviation		
Gaumensegel: Keine Deviation/Deviation		
N.Accessorius: Kopf gegen die Hand drücken		
Okulomotorik: Nystagmus/Kein Nystagmus		
NAP Druckschmerzhaft/o.B.		

2.5 Motorik

Tonus: _____

	rechts	links
Hyperkinesien		
Extrapyramidalmotorik		
Faszikulationen		
Tremor		

2.6 Kraftgrade

	rechts	links
Normale Kraft		
Leichte Kraftminderung		
Mittlere Kraftminderung		

	rechts	links
Schwere Kraftminderung		

2.7 Sprache

Muttersprache _____

Sprachstörung:

Dysathrie _____

Poltern/Stottern _____

Sprachverzögerung _____

2.8 Reflexe

	rechts	links
Achillsehnenreflex (ASR)		
Adduktorenreflex (ADR)		
Bizepssehnenreflex (BSR)		
Patellarsehnenreflex (PSR)		
Radiusperiostreflex (RPR)		
Bauchhautreflex		
Babinski		

2.9 Koordination

	rechts	links
Finger-Nase-Versuch (FNV)		
Finger-Finger-Versuch (FFV)		

	rechts	links
Knie-Hacken-Versuch (KHV)		

2.10 Feinmotorik der Finger

- Diadochokinese
- Eudiadochokinese
- Dysdiadochokinese
- Bradydiadochokinese

2.11 Stehen/Gehen

	sicher	unsicher	auffällig
Einbeinstand/Hüpfen			
Romberger Stehversuch			
Unterberger Tretversuch			
Blindgang			
Seiltänzerengang			

2.12 Vegetativum

- Miktion _____
- Stuhlgang _____
- Schlaf _____
- Hidrosis _____
- Sexualfunktion _____
- Sensibilität _____
- Vibration _____

Beschreibung des Instrumentes KIND-L

Revidierter Fragebogen für KINDer und Jugendliche zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998

Julia Herrmann

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 2: Erweitere Diagnostik und wissenschaftliche Daten

www.ccschool.de

1 Instrument KIND-L

Der KIND-L (www.kindl.org) stellt ein Instrument zur **Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**, d.h. der subjektiv wahrgenommenen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen zwischen 3 bis 17 Jahren dar. Als Outcomevariable bei Interventionsstudien erfährt die selbstwahrgenommene Gesundheit in den vergangenen Jahren zunehmend Beachtung (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Da sie als mehrdimensionales Konstrukt verstanden wird, berücksichtigt der KIND-L Fragebogen neben physisch-körperlichen auch psychisch-emotionale und soziale Aspekte (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998; Ravens-Sieberer, Karow, Barthel & Klasen 2014). Das Instrument ist zur generischen, d.h. krankheitsübergreifenden, Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität geeignet und kann sowohl in klinischen Stichproben als auch bei gesunden Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (Ravens-Sieberer, Ellert & Erhart 2007).

Anhand der Informationen aus dem KIND-L lassen sich Subgruppen oder **Individuen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsprobleme** identifizieren sowie das Ausmaß an Belastung näher bestimmen, das mit spezifischen Erkrankung oder Behinderungen einhergeht. Außerdem dient das Instrument dazu, mögliche Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und Funktionierens frühzeitig aufzudecken (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Um entwicklungsbedingten Einflussfaktoren bei der Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität Rechnung zu tragen, liegen Fragebogenversionen für verschiedene Altersgruppen vor (3-6 Jahre: Kiddy-KIND-L, 7-13 Jahre: Kid-KIND-L, 14-17 Jahre: Kiddo-KIND-L). Ebenfalls liegen Fremdbeurteilungsversionen für die Eltern bzw. Bezugspersonen vor. Genutzt werden sollen in **CCSchool** der Kid-KIND-L, der Kiddo-KIND-L sowie die Elternversion. Dabei bestehen zwischen den Fragebögen lediglich marginale Unterschiede in den Formulierungen, so dass alle Fragebögen gut miteinander abgleichbar sind (siehe unten). Ab dem Schulalter umfassen Selbst- und Fremdbesicht 24 analoge Aussagen, deren Zutreffen von den Befragten mittels 5-fach gestufter Antwortkategorien (nie, selten, manchmal, oft, immer) im Rückblick auf die letzte Woche beurteilt wird (Ravens-Sieberer et al. 2014). Auf übergeordneter Ebene erfasst der KIND-L-Fragebogen die folgenden sechs Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität:

- ▶ Körperliches Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... hatte ich Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen.“, „... war ich müde und schlapp.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... hatte ich Schmerzen.“, „... war ich müde und erschöpft.“

- ▶ Elternversion (identisch für Kid- und Kiddo-KIND-L): „... hat mein Kind sich krank gefühlt.“, „... hatte mein Kind Kopfschmerzen und Bauchschmerzen.“
- ▶ Emotionales Wohlbefinden, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich Angst gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich viel gelacht und Spaß gehabt“, „... habe ich mich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind viel gelacht und Spaß gehabt“, „... hat mein Kind sich ängstlich oder unsicher gefühlt.“
- ▶ Selbstwert, z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fand ich mich gut.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... war ich stolz auf mich“, „... fühlte ich mich wohl in meiner Haut.“
 - ▶ Elternversion: „... war mein Kind stolz auf sich.“, „... fühlte mein Kind sich wohl in seiner Haut.“
- ▶ Wohlbefinden in der Familie, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden.“, „... haben mir eine Eltern Sachen verboten.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich mich gut mit meinen Eltern verstanden“, „... fühlte ich mich durch meine Eltern eingeschränkt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind sich gut mit uns als Eltern verstanden.“, „... fühlte mein Kind sich durch mich bevormundet.“
- ▶ Wohlbefinden in Bezug auf Freunde/Gleichaltrige, z. B.: „In der letzten Woche ...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich mit Freunden gespielt.“, „... mochten mich die anderen Kinder.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... bin ich bei anderen gut angekommen.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind etwas mit Freunden zusammen gemacht.“, „... ist mein Kind bei anderen gut angekommen.“
- ▶ Schulisches Wohlbefinden, z. B.: z. B.: „In der letzten Woche...“
 - ▶ Kid-KIND-L: „... habe ich die Schulaufgaben gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Kiddo-KIND-L: „... habe ich die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... habe ich Angst vor schlechten Noten gehabt.“
 - ▶ Elternversion: „... hat mein Kind die Aufgaben in der Schule/ Ausbildung gut geschafft.“, „... hatte mein Kind Angst vor schlechten Noten.“).

Neben einer differenzierten Auswertung kann aus den 24 Items des KIND-L auch ein übergreifender Gesamtwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität berechnet werden. Insgesamt sowie auf Subskalenebene bedeuten höhere Werte dabei eine bessere subjektiv empfundene Lebensqualität (Ravens-Sieberer et al. 2007). Zur Auswertung werden die in Werten zwischen 1 („nie“) bis 5 („immer“) ausgedrückten Angaben zu den 24 Fragebogenitems aufsummiert, wobei asymptotisch formulierte Items ggf. zuvor invertiert werden. Die erhaltenen Summenscores werden anschließend einer Transformation unterzogen, die es erlaubt, die Messwerte für alle Aspekte auf Skalen von 0-100 Punkten anzugeben. (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998).

Als ursprünglich deutschsprachiges Instrument wurde der KIND-L in zahlreiche Sprachen übersetzt und wird in nationalen wie internationalen Forschungsprojekten häufig eingesetzt (Ravens-Sieberer et al. 2014). Normwerte für das Instrument entstammen der repräsentativen, vom Robert-Koch Institut (RKI) durchgeführten „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS, www.kiggs-studie.de). Ergebnisse aus Validierungsstudien konnten zufriedenstellende psychometrische Gütekriterien nachweisen (Interne Konsistenz: Cronbachs $\alpha > .70$, Retest-Reliabilität unter stabilen Bedingungen: $r_{tt} = .80$, geringere Zusammenhänge unter Veränderungsbedingungen dokumentieren andererseits die Verlaufssensitivität des Instruments, Zusammenhänge von $r > .70$ mit inhaltsverwandten Außenkriterien belegen die Konstruktvalidität des KIND-L; Ravens-Sieberer & Bullinger 1998). Vorliegende Befunde sprechen weiterhin für eine gute Akzeptanz des KIND-L bei den Befragten (Ravens-Sieberer et al. 2007) und auch aus diesem Grund für die Eignung des Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität in Umfragen mit Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2007).

In **CCSchool** wird der Kind-L v. a. zur Verlaufskontrolle der Lebensbefindlichkeit eingesetzt. Es soll sowohl ein Ausgangswert erhoben, als auch die Verbesserung bzw. Verschlechterung auf den einzelnen Skalen im Verlauf beobachtet werden. Erhebungen mit dem KIND-L sind zu folgenden Messzeitpunkten geplant: zu Beginn der Interventionsphase, nach CCSchool-Prozess B und C und zur Evaluation des Behandlungseffekts beim geplanten Follow-up. Die Auswertung erfolgt durch die wissenschaftlichen Projektmitarbeitenden.

2 Quellenverzeichnis

Ravens-Sieberer U & Bullinger M (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.

Ravens-Sieberer U, Ellert U, & Erhart M (2007). Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Eine Normstichprobe für Deutschland aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 810-818.

Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D & Klasen F (2014). How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry. Dialogues in Clinical Neuroscience, 16, 147-158.

Beschreibung des Instrumentes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 2: Erweiterte Diagnostik und wissenschaftliche Daten

www.ccschool.de

1 Der Fragebogen Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) ist ein Fragebogen zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten und -stärken bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren. Neben einer Elternversion existieren Parallelversionen für die Selbstbeurteilung durch Jugendliche im Alter von 11-16 Jahren (SDQ-deu-J) und die Fremdbeurteilung durch Lehrkräfte (SDQ-deu-L).

Der SDQ besteht aus fünf Einzelskalen mit jeweils fünf Merkmalen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Prosoziales Verhalten

Die Bewertung der Items erfolgt dreistufig durch: 0 = nicht zutreffend, 1 = teilweise zutreffend, 2 = eindeutig zutreffend.

Der Fragebogen beginnt mit einer kurzen Instruktion in der die Eltern/Lehrkräfte bzw. Kinder/Jugendlichen gebeten werden, zu jedem Punkt entweder "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend" zu markieren und dabei alle Fragen so gut sie können, selbst wenn sie sich nicht ganz sicher sind oder ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt, zu beantworten. Die Antworten sollen sich v.a. auf das Verhalten (des Kindes) in den letzten sechs Monaten, beziehungsweise in diesem Schuljahr beziehen.

Der Fragebogen enthält insgesamt 25 Merkmale, wobei 10 Merkmale positiv und 14 negativ formuliert sind und problematische Erlebensweisen des Kindes abfragen, während ein Merkmal neutral formuliert wurde.

Für den SDQ wurde eine gute Reliabilität und Validität nachgewiesen (Becker 2004, Goodman 1998). Das Strength and Difficulties Questionnaire wird auch im Rahmen des KIGGS-Surveys des Robert-Koch-Instituts und seiner „Wellen“ eingesetzt. Das heißt die offiziellen deutschen Daten zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter werden mit diesem Instrument erhoben (Hölling et al. 2014).

Auswertung

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht darin, die Werte jeder einzelnen Skala aufzuaddieren. "Teilweise zutreffend" wird immer mit einer 1 bewertet, "nicht

zutreffend" oder "eindeutig zutreffend" wird je nach Item unterschiedlich bewertet. Dabei kann der Wert 0 oder 2 haben. Das Ergebnis kann auf allen fünf Skalen einen Wert zwischen 0 und 10 ergeben, falls Angaben zu allen fünf Merkmalen gemacht wurden. Falls ein oder zwei Werte fehlen, kann das Ergebnis hochgerechnet werden.

Um den Gesamtwert anzugeben, werden nur die vier Skalen aufsummiert, die sich auf Probleme beziehen:

- ▶ Emotionale Probleme
- ▶ Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme
- ▶ Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen
- ▶ Verhaltensauffälligkeiten

Der Gesamtwert liegt zwischen 0 und 40. Die Skala mit prosozialem Verhalten wird dabei nicht berücksichtigt. Falls Angaben zu mindestens 12 der 20 relevanten Items gemacht wurden, kann das Gesamtergebnis hochgerechnet werden.

Interpretation

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.

Die jeweiligen Ergebnisse sind wie folgt zu bewerten:

Elternfragebogen

Tabelle 1: Elternfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
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

Für den Selbstfragebogen liegen bislang noch keine deutschen Normen vor. Eine große epidemiologische Studie zur geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in England (2000) N=4.228 (11-15 Jahre), ergab folgende Unterteilungen:

Selbstfragebogen

Tabelle 2: Selbstfragebogen

-	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	0 - 15	16 - 17	18 - 40
Emotionale Probleme	0 - 5	6	7 - 10
Verhaltensauffälligkeiten	0 - 4	5	6 - 10
Hyperaktivität	0 - 6	7	8 - 10
Probleme mit Gleichaltrigen	0 - 3	4	5 - 10
Prosoziales Verhalten	7 - 10	6	0 - 5

► Weitere Informationen und Literaturangaben zum SDQ : www.sdqinfo.com

2 Quellenverzeichnis

- Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A (2004). Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: Do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 17-24.
- Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A (2004). Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. *European Child Adolescent Psychiatry* 13, 11-16.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7, 125-130.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mausz E & KiGGS Study Group (2014). "Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1)", *Bundesgesundheitsblatt* 57, 807-819.

Die körperlich-neurologische Diagnostik

Isabel Böge

Modul 2: Diagnostik Teil I

Lerneinheit 2: Erweiterte Diagnostik und wissenschaftliche Daten

www.ccschool.de

Die Erhebung eines körperlichen und neurologischen Befundes ist nach übereinstimmender Meinung aller Expert*innen ein unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen, da eine körperliche Erkrankung für die Entstehung einer psychischen Störung ätiologisch bedeutsam sein kann. So können sich z.B. eine angeborene Stoffwechselerkrankung oder genetisch bedingte Syndrome in einem psychischen Befund äußern, oder aber andersherum kann eine psychische Erkrankung, z.B. eine Essstörung auch körperliche Folgen haben. Selbstverletzendes Verhalten wird gerne von den Kindern/Jugendlichen versteckt und muss in Ausmaß, Tiefe und Lokalisation erhoben werden. Körperliche Misshandlungen werden durch die körperliche Untersuchung aufgedeckt. Diese sollte also ggf. unter Anwesenheit von Eltern stattfinden.

Bei der allgemeinen Inspektion werden äußeres Erscheinungsbild, Allgemein-, Ernährungs-, und Körperpfelegzustand ermittelt. Auf allgemeine Dismorphiezeichen (Epikanthus, tiefer Haaransatz) wird geachtet. Die genaue Untersuchung des Kopfes, Thorax, des Abdomens, des Genitales, der Extremitäten, der Hände und der Haut sollte nach einem vorgegeben Schema (siehe exemplarischen Bogen im Downloadbereich) erfolgen.

Bei der Inspektion des Mundes sollte auf den Zustand der Zähne (auf Verfärbungen bei bulimischen Patienten achten, Pflegestatus steht auch im Zusammenhang mit soziökonomischen Status und möglicher Vernachlässigung), der Tonsillen und der Mundschleimhaut geachtet werden. Im Thoraxbereich werden Herzaktionen, Puls, Blutdruck und Atemgeräusche beurteilt, im Abdominalbereich Milz, Leber palpiert und perkutiert. Pathologische Resistenzen und Darmtätigkeit werden geprüft, die Nierenlagen und Bruchpforten beurteilt. Im Bereich der Genitale werden Missbildungen und Pubertätsstadium auf Entwicklungsrückstand untersucht. Im Bereich der Extremitäten werden Bewegungseinschränkungen, Bewegungsabläufe und Haltungsanomalien geprüft. Die Haut wird sowohl auf Zeichen von Systemerkrankungen (z.B. cafe-au-lait Flecken) als auch auf Spuren von selbstverletzendem Verhalten, Misshandlungsspuren und Injektionsstellen bei Drogenabusus untersucht.

Bei der neurologischen Untersuchung werden die Hirnnerven überprüft, die Motorik, inwiefern die Kraft seitengleich ist, die Grob- und Feinkoordination, die Reflexe, sowie das Vegetativum. Neurologische Zeichen werden dabei in so genannte „Hard Signs“ und „Soft Signs“ unterteilt. „Hard Signs“ stützen sich auf lokalisierbare Schädigungen des Nervensystems, beispielsweise Abnormitäten der Hirnnerven, pathologische Reflexe, Reflexdifferenzen, Beeinträchtigungen der Motilität sowie Sensibilitätsstörungen. „Soft Signs“ bzw. „diskrete“ Zeichen werden vielmehr als Negativdefinition in Abgrenzung zu „Hard Signs“ verstanden. Sie gelten dem entgegen als Indikatoren einer diffusen Hirnfunktionsschädigung, welche den Betroffenen in aller Regel nicht bewusst ist. Vielmehr

spiegeln sie Störungen fein abgestimmter und integrativer Leistungen des zentralen Nervensystems wider. In ihrer ursprünglichen Definition reflektierten sie dabei normdeviante Leistungen motorischer und sensorischer Aufgaben bei fehlender lokalisierbarer neurologischer Störung. Beispiele für Neurological Soft Signs sind Rechts-Links-Konfusion, kontralateral assoziierte Spiegelbewegungen sowie eine Beeinträchtigung der motorischen Koordinationsfähigkeit. Am besten untersucht sind „Soft Signs“ bei schizophrenen Patienten, aber auch für andere psychiatrische Krankheitsbilder sind inzwischen neurologische „Soft Signs“ beschrieben worden (z.B. bei Zwangserkrankungen und Depressionen verlangsamte Bewegungsabläufe).

Halbstandardisiertes Interview Eltern

Bewertungsskala

0	1	2	3	4
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/ Weiß nicht

1 Primär Schulassoziierte Fragen

1.1 Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungsprobleme bei ihrem Kind?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

1.2 Hat ihr Kind schon einmal eine Klasse wiederholt?

Ja Nein Welche Klasse hat Ihr Kind wiederholt? _____

1.3 Kommt es zu Schulschwänzen/Schulabsentismus bei Ihrem Kind?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

1.4 Gab es bei Ihrem Kind Probleme mit Konzentration/Aufmerksamkeit?

<input type="checkbox"/>				
Gar nicht	Zum Teil	Oft	Regelmäßig/ immer	Nicht passend/Weiß nicht

2 Integrationsfragen

2.1 Wie ist Ihr Kind in die Klassengemeinschaft integriert?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

2.2 Gibt es langjährige positive Freundschaften bei Ihrem Kind?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

2.3 Ist es schon mal bei Ihrem Kind zu Mobbing gekommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

2.4 Hat Ihr Kind schon einmal gemobbt?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3 Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten

3.1 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (verbal oder körperlich) gegenüber anderen Kindern/Jugendlichen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.2 Gab es bei Ihrem Kind schon einmal Straffälligkeiten (mit/ohne Anzeige)?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.3 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Alkohol/Drogenkonsum?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.4 Gab es bei Ihrem Kind schon mal emotionale Probleme?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.5 Kommt es bei Ihrem Kind zu Ängsten oder Zwängen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.6 Zeigt Ihr Kind eine Tendenz zur Vermeidung, Somatisierung?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

3.7 Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Selbstverletzungen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

4 Fragen zu bisherigen Hilfen

4.1 Haben Sie wegen Ihrem Kind bereits Erziehungsberatung in Anspruch genommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

4.2 Haben Sie wegen Ihren Kind bereits Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch genommen?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

4.3 Gab es schon einmal Kontakt zu einem/einer Kinder und Jugendpsychiater*in, Kinder- und Jugendpsycholog*in, Kinder- und Jugendlichentherapeut*in?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

4.4 Hat Ihr Kind/Jugendlicher schon einmal Psychopharmaka erhalten?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

4.5 Gab es schon einmal Kontakt zu einem/einer Schulsozialarbeiter*in/ Schulpsycholog*in/ Beratungslehrer*in?

Gar nicht

Zum Teil

Oft

Regelmäßig/
immer

Nicht
passend/Weiß
nicht

5 Umfeld

5.1 Mit wem lebt Ihr Kind/Jugendlicher zusammen?

- Ein Elternteil
- Beide Eltern
- Patchworkfamilie
- Pflegefamilie/Jugendhilfe
- Andere: _____

5.2 Wie ist das Sorgerecht geregelt?

- Gemeinsames Sorgerecht
- Alleiniges Sorgerecht
- Vormundschaft

5.3 Ist Ihr Kind/Jugendlicher in einen Sportverein integriert?

- Ja – Welchen? _____
- Nein

5.4 Gibt es andere Vereine in denen Ihr Kind/Jugendlicher tätig ist?

- DLRG
- Freiwillige Feuerwehr
- Musikverein
- Pfadfinder
- Andere _____

5.5 Trifft Ihr Kind in seiner Freizeit Freunde außerhalb der Schule?

- Nein, mein Kind hat keine Freunde
- Ja
 - Jeden Tag
 - Mehrmals/Woche
 - 1x/Woche
 - Seltener als 1x/Woche

5.6 Besteht regelmäßiger Medienkonsum (PC, Handy)?

- Nein, kein regelmäßiger Konsum
- Ja
 - < 2 Stunden/Tag
 - 2-3 Stunden/Tag
 - 4-5 Stunden/Tag
 - 5-8 Stunden/Tag
 - > 8 Stunden/Tag

Weitere Anmerkungen:

Bewertungsschema zum halbstandardisierten Interview

Modul 3: Diagnostik Teil II

Lerneinheit 1: Halbstandardisiertes Interview

www.ccschool.de

Inhalt

1	Primär Schulassoziierte Fragen	2
2	Integrationsfragen.....	3
3	Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten.....	5
4	Fragen zu bisherigen Hilfen	8

1 Primär Schulassozierte Fragen

Zu Frage 1: Gibt es aus Ihrer Sicht Leistungsprobleme bei ihrem Kind?

Einzubeziehen sind aktuelle Leistungsprobleme innerhalb des letzten Jahres. Diese sollten in der Regel die meisten Fächer, nicht nur ein Fach betreffen, d.h. ihre Ursache nicht in einer (bekannten) Teilleistungsschwäche haben, oder in einem „nicht mögen“ einer Lehrkraft.

- 0. Keine Probleme
- 1. Es bestehen zwar vereinzelt Leistungsprobleme, diese sind aber nicht von klinischer Relevanz.
- 2. Es bestehen deutliche Leistungsprobleme in mehreren Fächern.
- 3. Es besteht eindeutige, relevante Leistungsprobleme, welche die Versetzung gefährden/gefährdet haben.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 3: Kommt es zu Schulschwänzen/Schulabsentismus bei ihrem Kind?

Hierbei sollten alle ärztlich unentschuldigten Fehlzeiten mit einbezogen werden, aber auch gezielt nach Hinweisen auf Somatisierung wie z.B. regelmäßig auftretende Kopf- und Bauchschmerzen gefragt werden und auch häufige Krankschreibungen wegen solcher Somatisierung einbezogen werden.

- 0. Keine Probleme, geht regelmäßig zur Schule. Fehlzeiten nur bei nachvollziehbaren Erkrankungen
- 1. Es bestehen immer wieder tageweise Fehlzeiten aufgrund Kopf-/Bauchschmerzen, oder Fehlen ohne Entschuldigung oder mit elterlicher Entschuldigung, grundsätzlich ist aber noch ein ausreichender Schulbesuch als gegeben anzusehen.
- 2. Es kommt zu regelmäßigen Fehlzeiten, oftmals aufgrund von nicht nachvollziehbaren Gründen. Oder: Schulschwänzen ist regelhaft vorhanden.
- 3. Schulbesuch findet nur sporadisch statt (z.B. längere Fehlzeiten > 1 Woche, nur noch tageweiser oder stundenweiser Schulbesuch); oder: kein Schulbesuch seit mehreren Wochen/Monaten.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 4: Gibt es bei Ihrem Kind Probleme mit Konzentration/Aufmerksamkeit?

0. Keine Konzentrations-/Aufmerksamkeitsprobleme
1. Leichte Konzentrationsprobleme, welche aber letztendlich nicht das Leistungsvermögen in der Schule, bzw. das Mitbekommen von Schulstoff in relevantem Ausmaß stören.
2. Häufige Konzentrationsprobleme. Die Konzentrationsprobleme beeinträchtigen relevant die Leistung
3. Ausgeprägte Konzentrationsprobleme, welche zu Leistungsbeeinträchtigungen führen, zu störendem Verhalten oder Wegträumen. Durchgängige Beeinträchtigung durch Konzentrationsprobleme.
4. Keine Aussage.

2 Integrationsfragen

Zu Frage 5: Wie ist ihr Kind in der Klassengemeinschaft integriert?

Hier sollen Aspekte der sozialen Gegenseitigkeit erfragt werden. Hat das Kind Freunde, oder einen Freundeskreis, oder ist das Kind eher Außenseiter. An welcher Position wird es beim Gruppensport z.B. gewählt. War es schon mal Klassensprecher. Lädt das Kind Kinder aus der Schule nach Hause ein? Wird es zu Geburtstagsfeiern eingeladen?

0. Gute Integration in der Klassengemeinschaft. Das Kind hat ausreichend Freunde in der Schule und berichtet zu Hause von gemeinsamen Erlebnissen/Freunden.
1. Das Kind ist integriert, hat aber eher wenig Freunde (1-2).
2. Das Kind hat kaum Freunde, wird nicht eingeladen, und es fehlen altersentsprechende soziale Einbindungen in peer-groups.
3. Das Kind ist isoliert, wird in der Klassengemeinschaft aktiv ausgeschlossen, hat keine Freunde und keine sozialen Kontakte in der Schule.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 6: Gibt es langjährige positive Freundschaften bei ihrem Kind?

Hier sollen reale Freundschaften (keine Internetfreundschaften) mit einer Dauer von > 1 Jahr einbezogen werden, die mit positiven gemeinsamen Aktivitäten einhergehen. Emotionen des jeweiligen Gegenübers werden wahrgenommen, und ggf. aufgegriffen, Aktivitäten

gemeinsam gestaltet, Hilfen gegenseitig angeboten. Dem Freund/der Freundin können Probleme erzählt werden, und das Kind hat dort auch das Gefühl verstanden zu werden. Gemeinsame Aktivitäten sind nicht dissozial/destruktiv.

0. Es bestehen keine Freundschaften, die als dauerhaft eingeschätzt werden, Kind, bzw. nur Internetfreundschaften.
1. Das Kind hat zumindest eine längerfristige Freundschaft, welche von den Eltern berichtet wird, und zu dem/der sporadischer Kontakt besteht.
2. Das Kind hat 2-3 längerfristige Freundschaften, ≥ 1 Jahr Dauer; der Kontakt ist intermittierend, es bestehen gemeinsame Aktivitäten.
3. Das Kind hat mehrere Freundschaften, von ≥ 1 Jahr Dauer; es besteht regelmäßiger Kontakt und Aktivitäten.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 7: Ist es schon mal bei Ihrem Kind zu Mobbing gekommen?

Ein Schüler oder eine Schülerin wird gemobbt, wenn ein/e einzelne/r Mitschüler*in oder eine Gruppe von Schülern*innen über einen längeren Zeitraum (Wochen und Monate) hinweg dem Kind immer wieder zum Beispiel folgende Dinge antun:

- ▶ gemeine oder unangenehme Dinge zu ihr/ihm sagen
 - ▶ ihn oder sie immer wieder in gemeiner Weise hänseln
 - ▶ ihn oder sie vor anderen lächerlich macht
 - ▶ so tun, als wäre er/sie nicht vorhanden
 - ▶ ihn oder sie bedrohen oder unter Druck setzen
 - ▶ ihn oder sie in einen Raum einsperren
 - ▶ ihm oder ihr Sachen wegnehmen
0. Es ist noch nie zu Mobbing gekommen
 1. In dem letzten Jahr ist es hin und wieder zu schwierigen Situationen mit Mitschülern gekommen, diese waren aber jeweils klärbar und es kam nicht zu einer Beeinträchtigung des Kindes/Jugendlichen im Alltag.
 2. In dem letzten Jahr ist es regelmäßig zu Situationen gekommen in denen das Kind gemobbt wurde, und sich daraufhin in einer hilflosen Situation befand.

3. In dem letzten Jahr ist es zu kontinuierlichem Mobbing gekommen, das Kind hat inzwischen eine klinisch relevante Symptomatik entwickelt, wie z.B. sozialer Rückzug, schulmeidendes Verhalten, aggressive Impulsdurchbrüche u.a.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 8: Hat ihr Kind schon mal gemobbt?

Das Kind wurde im sozialen Kontext schon mit dissozialem Verhalten gegenüber anderen Mitschüler*innen auffällig und entsprechend fanden Gespräche zwischen Kind/Jugendlichem und der Schule/den Eltern/anderen Kindern/Jugendlichen statt, bzw. es kam zu Konsequenzen wie Schulausschluss oder sozialen Wiedergutmachungen.

0. Das Kind war in dieser Hinsicht bisher unauffällig
1. Das Kind ärgert zwar manchmal andere Mitschüler*innen, aber nicht in einem klinisch relevanten Ausmaß.
2. Das Kind/Jugendliche gerät häufiger in Konflikte, welche aufgrund von Mobbing durch das Kind/Jugendlichen entstehen, es kam schon zu Verwarnungen durch die Schule, bzw. Klärungsgesprächen.
3. Das Kind mobbt regelmäßig und zeigt dissoziale Verhaltensweisen. Es hat deswegen auch schon weitergehende Konsequenzen erhalten, z.B. einen Schulausschluss.
4. Keine Angabe.

3 Fragen zu bisherigen Verhaltensauffälligkeiten

Zu Frage 9: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (verbal oder körperlich) gegenüber anderen Kindern/Jugendlichen?

Das Kind hat schon körperlich aggressives Verhalten gegenüber anderen gezeigt, es kommt zu Beschimpfungen oder impulsiven Wutausbrüchen (mit Bedrängen, Schlagen, Randalieren), oder das Kind zerstört Dinge/Gegenstände in Wut.

0. Es gab keine Probleme dieser Art im letzten Jahr.
1. Es kam zwar durchaus zu kleineren Auseinandersetzungen oder schwierigem Verhalten, aber ohne weitergehende Konsequenz.

2. Es kam zeitweilig zu Sachbeschädigungen, Aggressionen und oppositionellem Verhalten, verbal oder körperlich.
3. Es kam regelmäßig zu aggressivem Impulsdurchbrüchen mit körperlich oder verbal bedrohlichem Verhalten bzw. schwerwiegender Zerstörung von Eigentum.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 10: Gab es bei Ihrem Kind schon einmal Straffälligkeiten (mit/ohne Anzeige)?

Hierbei gelten alle Auffälligkeiten, die gesetzeswidrig sind, unabhängig davon ob eine Anzeige erfolgt ist, oder nicht, bzw. es zur Strafverfolgung und Gerichtsurteil gekommen ist oder nicht.

0. Keine.
1. Es gab vereinzelte kleinere Delikte, welche ggf. zur Anzeige geführt haben, aber niedergeschlagen wurden, bzw. nicht weitergehend verfolgt wurden.
2. Es gab mehrere Delikte, welche auch schon zu einer Anzeige und Strafverfolgung geführt haben, mit z.B. Auflage von Sozialstunden.
3. Es gab mehrere schwerere Delikte, welche angezeigt wurden und zu einer Strafverfolgung geführt haben, die Sozialstunden und/oder Jugendarrest, bzw. eine Verurteilung zur Haft oder Bewährung nach sich gezogen haben.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 11: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zu Alkohol/Drogenkonsum?

Hier soll jede Form von Alkohol, bzw. Drogen/Suchtmittelkonsum mit einbezogen werden, unter Berücksichtigung des Alters und der gesellschaftlichen Norm.

0. Es wird kein Alkohol/Drogenkonsum angegeben.
1. Geringer altersangemessener Alkoholkonsum oder auch Drogenkonsum (z.B. Probierkonsum) wird angegeben.
2. Es kommt hin und wieder in der Gruppe zu leichtem bis exzessivem Alkohol/Drogenkonsum, dieser klassifiziert aber noch nicht für ein Suchtverhalten.
3. Es kommt zu regelmäßigem und auch exzessivem Konsum von Alkohol und/oder Drogen, welcher von schädlichem Gebrauch bis zu Abhängigkeit reicht.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 12: Gab es bei Ihrem Kind schon einmal emotionale Probleme?

Hierunter sollen Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut, Interessenverlust, Schlafprobleme und sozialer Rückzug gefasst werden.

- o. Es werden keine Probleme dieser Art beschrieben.
- 1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
- 2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
- 3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 13: Kommt es bei Ihrem Kind zu Ängsten oder Zwängen?

Hierunter sollten insbesondere Leistungs- und Prüfungsängste erfragt werden, aber auch spezifische Phobien und Trennungsängste werden hier erfasst. Ebenso wie Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

- o. Es werden keine Ängste oder Zwänge beschrieben.
- 1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
- 2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
- 3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
- 4. Keine Angabe.

Zu Frage 14: Zeigt ihr Kind eine Tendenz zur Vermeidung/Somatisierung?

Hier sollen Aspekte wie Konfliktvermeidung im Sinne von sozialem Rückzug mit Ängsten vor Auseinandersetzungen, mangelnde Konfliktlösungsstrategien miteinbezogen werden, sowie aber auch Somatisierungen wie Kopf-/Bauchschmerzen, Angabe von Bewegungsstörungen oder Schlafproblemen. Diese sollen zu relevanten Einschränkungen im Alltag führen. Ebenfalls werden Essstörungen (zu viel, zu wenig) hier mit einbezogen.

CAVE hier besteht eine Überlappung zu Schulvermeidung. Somatisierungen die ausschließlich zu Schulmeidendem Verhalten führen, sollen unter Frage 3 codiert werden.

- o. Es werden keine Probleme dieser Art beschrieben.

1. Leichtere Probleme ohne Beeinträchtigung des Alltags.
2. Deutliche Probleme mit Beeinträchtigung und ärztlicher Behandlung.
3. Starke und durchgängige Probleme die am altersentsprechenden Alltag durchgängig hindern.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 15: Kam es bei Ihrem Kind schon einmal zur Selbstverletzung?

Hierbei sollte jegliche Form von Selbstverletzung zum Tragen kommen, Ritzen, Schneiden, Haut aufkratzen, sich selbst Schlagen, Suizidversuche, Versuche sich zu Erhängen, Ertränken, Vors Auto springen etc. welche im letzten Jahr stattgefunden haben. Nicht einbezogen werden sollten reguläre Tätowierungen oder Piercings, während selbstbeigebrachte Tätowierungen und Piercings zählen.

0. Es kam noch nie zu Selbstverletzungen.
1. Es kam zu oberflächlichen und seltenen Selbstverletzungen, die selbstlimitierend waren und auch wieder aufgehört haben, bzw. nur sehr punktuell auftreten.
2. Es kam zu regelmäßigen tiefergehenden Selbstverletzungen, welche zum Teil auch medizinischer Aufmerksamkeit bedurften, oder/und es kam zu einem Suizidversuch oder aber suizidalen Handlungen mit klinischer Relevanz.
3. Es kam zu tiefem Schneiden mit Nähpflicht oder mehreren ernsthaft gemeinten Suizidversuchen, welche regelhaft einer medizinischen Versorgung bedürfen.
4. Keine Angabe

4 Fragen zu bisherigen Hilfen

Zu Frage 16: Haben Sie wegen Ihren Kind bereits Erziehungsberatung in Anspruch genommen?

Unter dieser Frage sollen alle Kontakte zu Erziehungsberatungsstellen gefasst werden, Eltern alleine, Kinder alleine, alle gemeinsam.

0. Kein Kontakt zu Erziehungsberatungsstellen, je.
1. Es gab früher Kontakt zu einer Erziehungseratungsstelle, nicht mehr andauernd.

2. Es gibt aktuellen Kontakt zu einer Erziehungsberatungsstelle.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 17: Haben Sie wegen Ihres Kind bereits Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch genommen?

Unter dieser Frage sollen alle Jugendhilfemaßnahmen, welche je in Anspruch genommen wurden: Kontakt zum ASD, ambulante Jugendhilfemaßnahmen (SpFH, Erziehungsbeistand*in, Schulbegleiter*in, Tagesgruppe) oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen (Unterbringung in einer Einrichtung, Pflegefamilie) erfasst werden.

0. Kein Kontakt zum Jugendamt.
1. Es gab Kontakt zum Jugendamt, aber Hilfen wurden nicht installiert.
2. Es gab früher Kontakt zum Jugendamt mit Installation von Hilfen, nicht mehr andauernd.
3. Es gibt aktuellen Kontakt zum Jugendamt mit Installation von Hilfen.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 18: Gab es schon einmal eine Behandlung durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychiater*in und -psychotherapeut*in, Kinder- und Jugendlichenpsycholog*in oder Kinder- und Jugendlichentherapeut*in?

Hier wird die Inanspruchnahme medizinischer oder psychotherapeutischer Leistungen in Bezug auf die emotionalen oder Verhaltensprobleme erfasst.

0. Kein Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen, je.
1. Es gab früher Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen, nicht mehr andauernd.
2. Es gibt aktuellen Kontakt zu einem der genannten Berufsgruppen.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Zu Frage 19: Hat ihr Kind schon einmal Psychopharmaka erhalten?

Hier werden alle verschreibungspflichtigen Psychopharmaka erfasst (atypische und typische Neuroleptika, Antidepressive inklusive Johanniskraut, Stimmungsstabilisatoren, ADHS Medikation (Methylphenidat, Lisdexamphetamin, Guanfacin, Atomoxetin)). **Nicht** erfasst

werden Homöopathika oder naturheilkundliche Medikamente wie z.B. Omega 3 Fettsäuren, Zappelin u.ä.

0. Keine Medikation.
1. Das Kind hat in den letzten 5 Jahren für einen kurzen Zeitraum (<6 Monate) Psychopharmaka erhalten, welche aber wieder abgesetzt sind.
2. Das Kind hat in den letzten 5 Jahren für einen längeren Zeitraum (>6 Monate bis mehrere Jahre) Psychopharmaka erhalten, welche inzwischen aber wieder abgesetzt sind.
3. Das Kind erhält derzeit Psychopharmaka.
4. Keine Angabe.

**Zu Frage 20: Gab es schon einmal Kontakt zu einem Schulsozialarbeiter/
Schulpsychologen/ Beratungslehrer?**

Hier werden alle Beratungsinstanzen, welche von der Schule gestellt werden, erfasst: Vertrauens- und Beratungslehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen sowie Schulpsycholog*innen.

0. Kein Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten.
1. Es gab früher Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten, nicht mehr andauernd.
2. Es gibt aktuellen Kontakt zu schulischen Beratungsangeboten.
3. Nicht belegt.
4. Keine Angabe.

Fallbeispiel Florian

Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Isabel Böge

Der 16jährige Florian beschrieb eine seit einigen Monaten bestehende depressive Stimmungslage mit seit einigen Monaten bestehendem komplettem sozialem Rückzug. Der Beginn der Symptomatik stand im Zusammenhang mit zunehmenden Schwierigkeiten im Kontakt mit dem leiblichen Vater vor ca. 2,5 Jahren. Die Eltern seien getrennt und hätten Schwierigkeiten angemessen miteinander zu kommunizieren. Florian lehne in Loyalität mit seiner Mutter den Vater ab, zumal er sich auch von dem Vater abgelehnt fühle, welcher den Kontakt zu ihm nicht suche. Florian benennt verächtlich: Sein Vater habe mit seiner Alkoholsucht selbst schuld, wenn keiner ihn möge. Sein Bruder lebe bei dem Vater, Florian habe aber auch zu diesem keinen Kontakt. Zur Mutter habe Florian eine ambivalente Beziehung. Diese lebe mit ihrem neuen Lebensgefährten zusammen. Sie behandle ihn eigentlich fair, aber er komme dennoch immer wieder in Konflikte mit ihr.

Psychopathologisch imponierte Florian im Gespräch unsicher, ängstlich und misstrauisch; er sprach sehr leise. Zusätzlich zu den akut aufgetretenen Schwierigkeiten schilderte Florian massive Probleme in der Schule, die seit der 8. Klasse bestünden. Er zeige einen Notenabfall, könne sich schlecht konzentrieren. Die Mitschüler seien aber eigentlich ganz okay, auch wenn er mit diesen nicht klarkomme und sich zurückziehe. Er äußerte soziale Ängste, wie sich vor den Klassenkameraden zu blamieren oder etwas Falsches zu sagen, Angst vor der Klasse zu sprechen.

Beispiel Florian

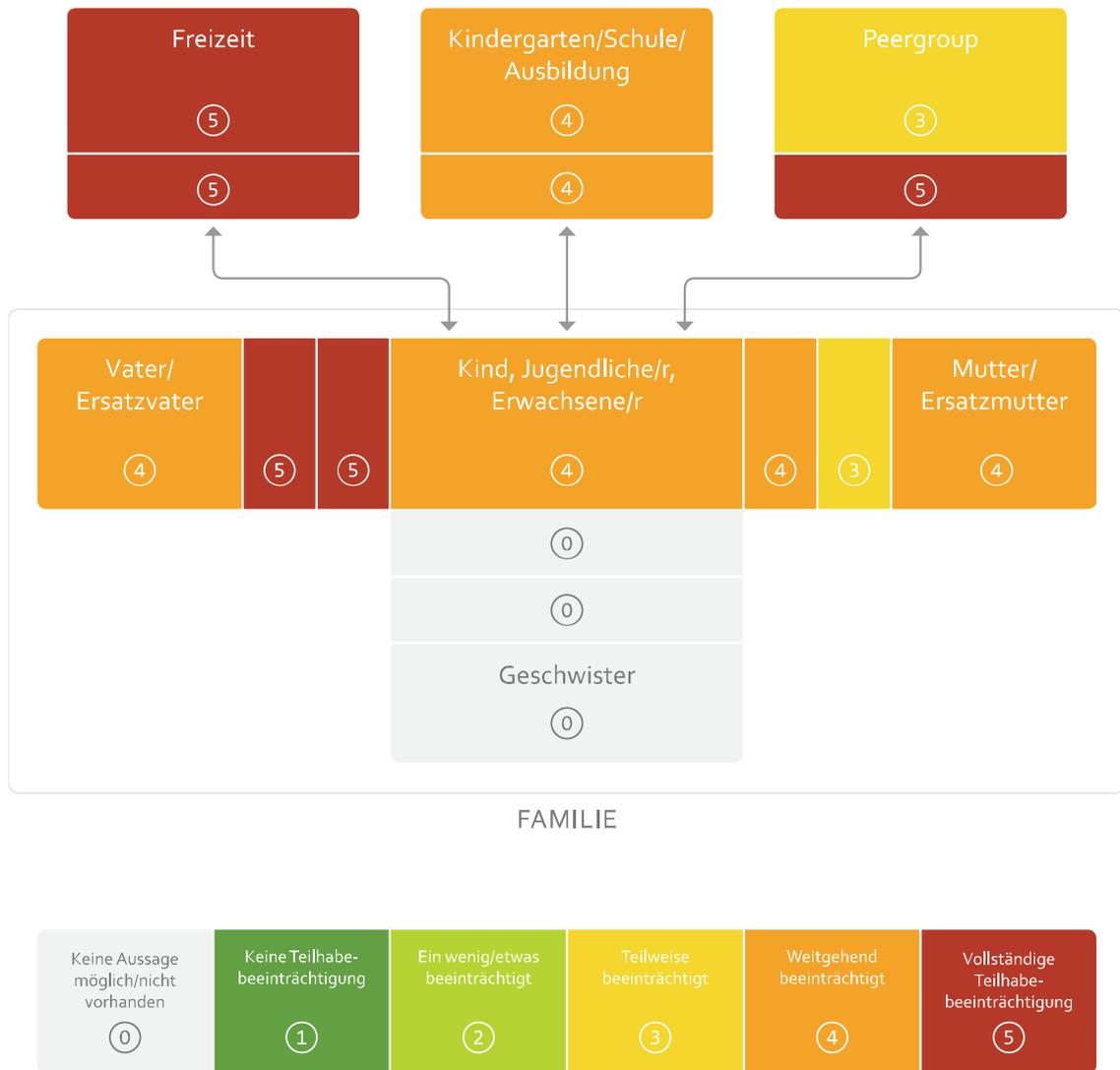


Abbildung 1: Beispiel zur Farbskala

Fallbeispiel Jennifer

Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Isabel Böge

Jennifer, eine 16jährige Gymnasiastin mit sehr guten Schulleistungen, Einzelkind, hat während der vergangenen 6 Monate 15kg an Körpergewicht verloren. Ihr BMI beträgt mittlerweile 14,5 kg/m². Gespräche mit Jennifer sind nur noch über einen sehr begrenzten Themenbereich möglich. Jennifer ist blass, sie spricht langsam, mit leiser Stimme und wirkt depressiv verstimmt. Sie beklagt Einschlafprobleme und eine verminderte Belastbarkeit. Ihr vormals eher kleiner Freundeskreis hat sich aktuell weiter reduziert, eigentlich ist nur noch eine gute Freundin aus der Grundschulzeit übrig. Aber auch diese trifft sie selten. Das Handballtraining sowie ihren Ballettunterricht hat sie aufgrund von ihrer verringerten körperlichen Belastbarkeit aufgeben müssen. Sie selbst sieht keinerlei Problematik in der Schule, allerdings bestehen leichte Konzentrationsstörungen. Mit ihren Eltern hat sie massive Konflikte. Sie fühlt sich eingeengt, und es kommt immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen oder wortloser Verweigerung. Beide Eltern sind sehr belastet und können die Problematik nicht nachvollziehen, wobei sich der Vater noch ein wenig besser durch seine Arbeit rausziehen kann als die Mutter. Beide Eltern zeigen sich vordergründig harmonisch, darunter ist aber bei der Mutter eine spürbare Wut zu erahnen, da sie nur schwer Verständnis für die Problematik aufbringen kann.

Beispiel Jennifer

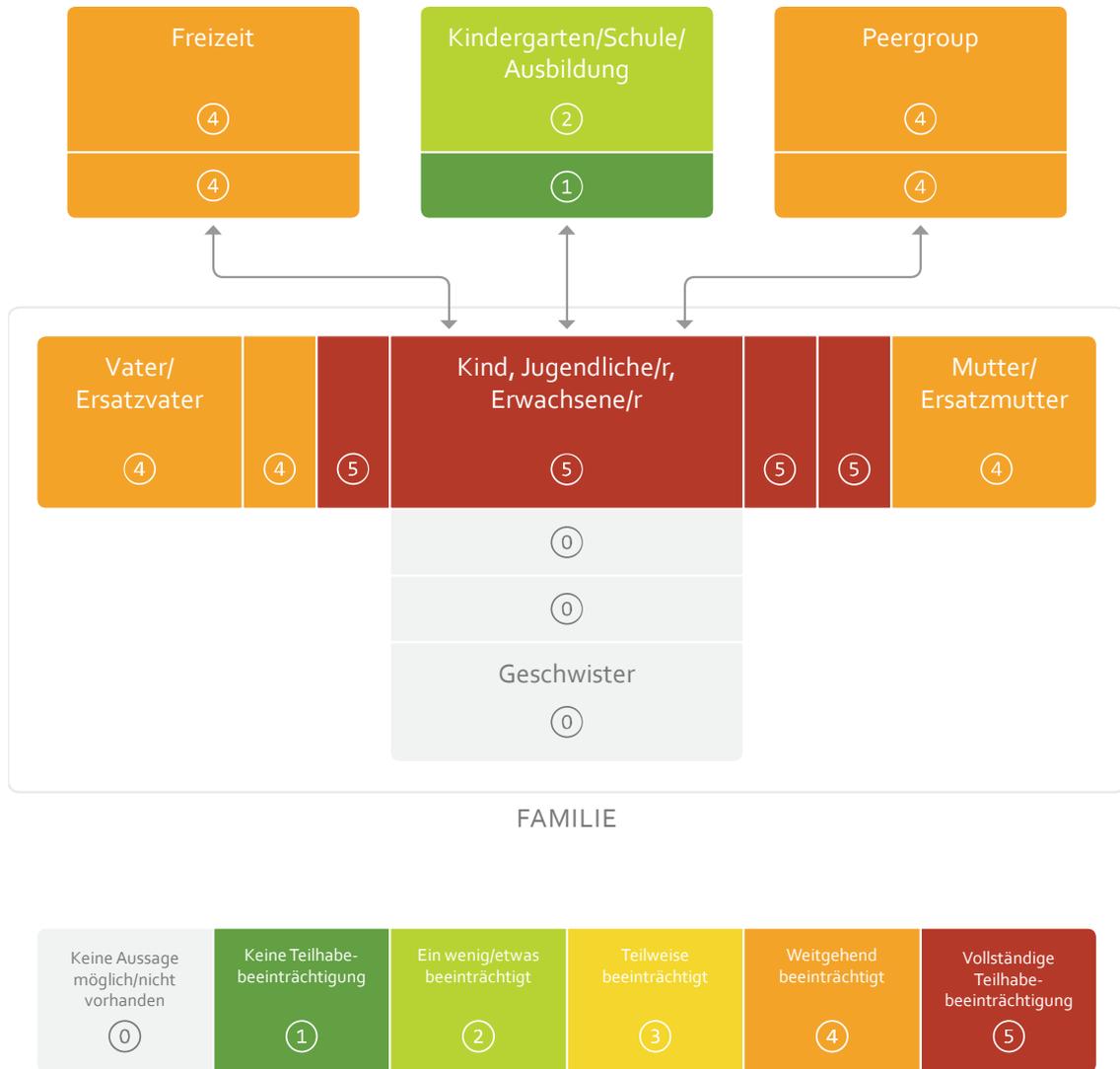


Abbildung 1: Beispiel zur Farbskala

Fallbeispiel Julia

Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Isabel Böge

Die 8-jährige Julia verweigert den Schulbesuch seit 2 Monaten. Es hätte schon ein ambulanter Behandlungsversuch stattgefunden. Eine Psychotherapie sei begonnen worden, die einen Vertrag zum Schulbesuch beinhaltet habe, jedoch habe sich nur ein teilweiser Erfolg gezeigt. Mal sei Julia wieder zur Schule gegangen, mal habe sie sich weiter verweigert. In der Schule habe sie zwei wirklich gute Freundinnen, ansonsten sei sie aber eher schüchtern und zurückhaltend in der Kontaktaufnahme. Einzige Ausnahme sei im Stall. Sie gehe sehr gerne reiten, da lasse sie kaum einen Termin aus. Es falle auf, dass ihr im Stall auch die Kontakte zu anderen Kindern leichter fallen würden. In der Vorgeschichte sei Julia häufig krank gewesen und auch dadurch sei es zu unregelmäßigem Schulbesuch gekommen, so dass Julia zeitweise aufgrund von großen Lücken Schwierigkeiten mit dem Lernstoff gehabt habe. Die Mutter holte sie bis heute immer wieder wegen Bauchschmerzen von der Schule ab, und sei inzwischen deswegen selbst belastet da auch sie so bei ihrem Teilzeitjob immer wieder fehle. Sie reagiere u.a. deswegen auch immer mal „genervt“ auf Julias Verweigerung, wobei sie sich selbst schnell Vorwürfe wegen unpädagogischen Verhaltens mache, wenn sie die Geduld verliere. Auch Julias Vater reagiere belastet und besorgt, er behalte aber mehr Ausgeglichenheit in der Kommunikation mit Julia. Julia selbst schlafe bei ihren Eltern im Bett und bleibe nicht alleine zu Hause. Für sie seien die Eltern die Hauptbezugspersonen. Geschwister habe Julia keine.

Lösung

Beispiel Julia

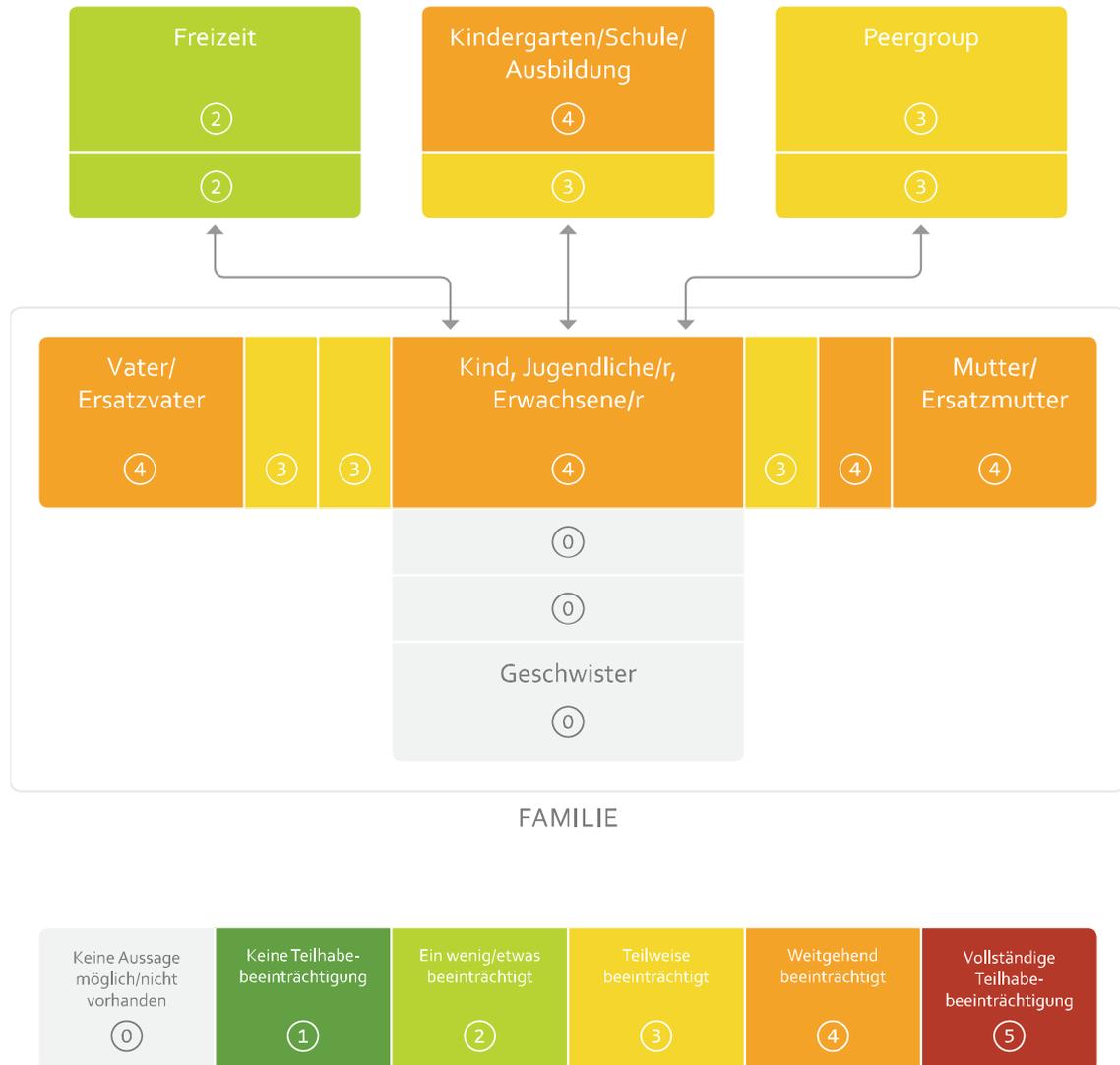


Abbildung 1: Beispiel zur Farbskala

Fallbeispiel Max

Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Isabel Böge

Max ist 9 Jahre alt und besucht die Grundschule. Die Eltern stellen ihren Sohn wegen erheblicher Schulprobleme und Schwierigkeiten zu Hause vor. Max störe massiv den Unterricht, indem er während des Unterrichts in der Klasse herumlaufe und ständig dazwischenrufe. Zudem sei er sehr häufig in Auseinandersetzungen mit seinen Mitschülern verwickelt. Seine Leistungen seien schwankend und hingen sehr davon ab, ob das jeweilige Thema Max interessiere. Er sei sehr unordentlich und vergesse häufig seine Schulbücher und Hausaufgaben. Gleichzeitig wirke er in der Schule teilweise sehr bedrückt und leide darunter, dass er überall anecke. Max selbst wüschte sich, nicht mehr in die Schule gehen zu müssen, weil er ungerechtfertigterweise für alles beschuldigt werde und ständig Streit mit der „blöden Lehrerin“ und seinen Mitschülern habe. Er habe keine Freunde, deswegen sei Max nach der Schule meistens zu Hause, da seine Klassenkameraden sich von ihm zurückgezogen hätten. Da könne er dann stundenlang ruhig vor dem PC sitzen und spielen. Zu Hause, so erzählen die Eltern weiter, gebe es aber ebenfalls etliche Probleme. So lasse Max überall seine Sachen liegen und benötige z.B. sehr lange Zeit beim Anziehen morgens und beim Ausziehen abends. Gerade mit der Mutter komme es ständig zu Konflikten. Die täglichen Hausaufgaben seien für Max und seine Mutter zunehmend unerträglich. Die Mutter wisse nicht mehr was sie tun solle um ihm Grenzen zu stecken, sie habe sich selbst in psychotherapeutische Behandlung begeben, da sie vor Sorgen kaum noch geschlafen habe. Dennoch sei sie Max weiterhin zugewandt und berichtet davon, dass er auch mal hilfsbereit sein könne. Max selber hänge trotz der kontinuierlichen Konflikte sehr an seiner Mutter, auch seinen Vater habe er gern und freue sich, wenn dieser nach der Arbeit Zeit für ihn habe. Dem Vater falle der Umgang mit Max ein wenig leichter, was allerdings auch daran liegen könne, dass er den Tag über bei der Arbeit sei, aber auch der Vater fühle sich aber durch die ständigen Probleme mit Max beeinträchtigt und belastet. Geschwister habe Max keine.

Beispiel Max

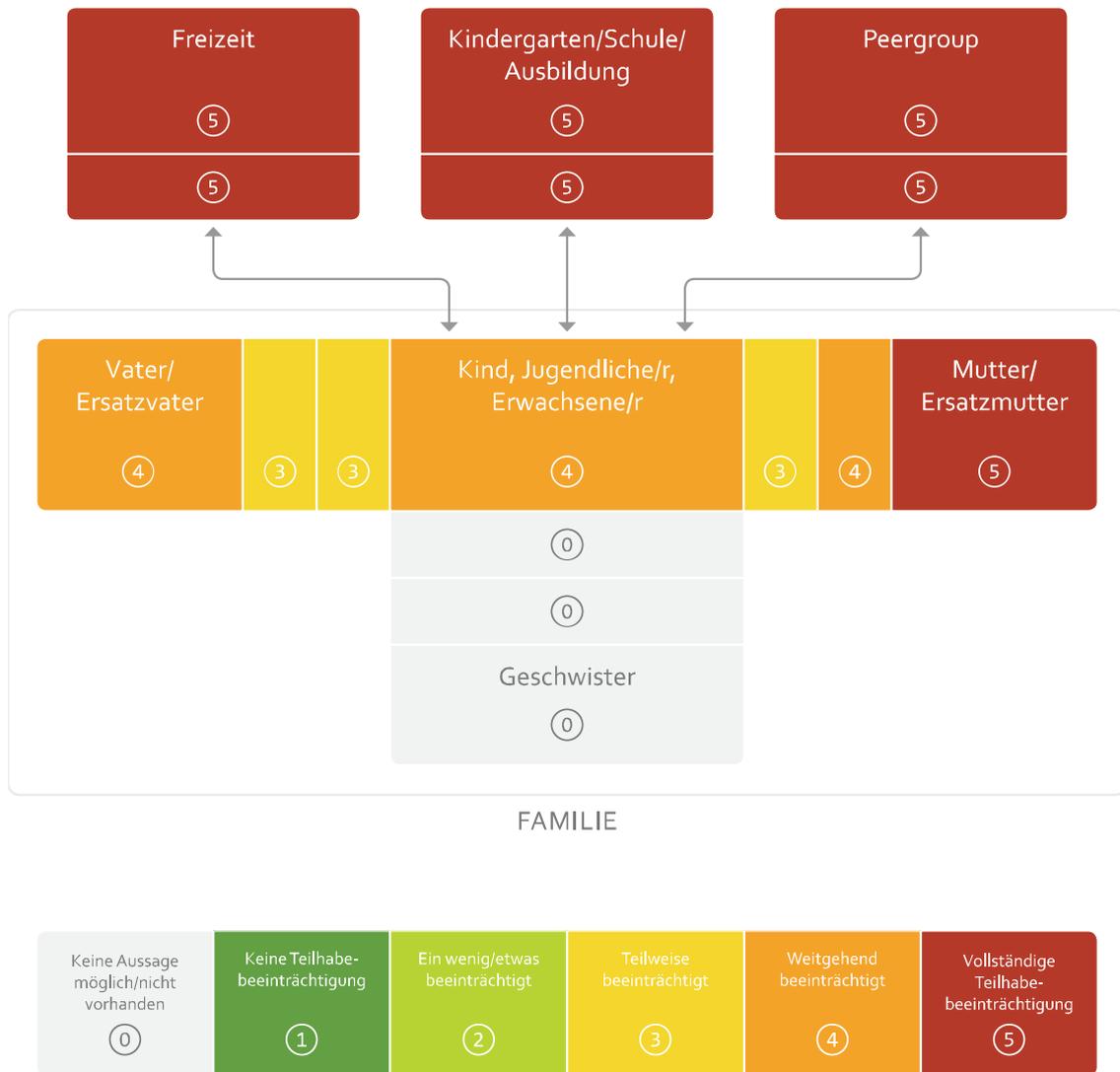


Abbildung 1: Beispiel Farbskala

Fallbeispiel Patrick

Michael Kölch, Jörg M. Fegert, Isabel Böge

Der 14-jährige Patrick wird von seinen Eltern in der Ambulanz vorgestellt. Diese berichten, dass sie Patrick erzieherisch keinerlei Grenzen setzen können. Im häuslichen Kontext gebe es Probleme mit der Regeleinhaltung, Patrick komme und gehe, wann es ihm passe, in den letzten Monaten sei er vermehrt auch über Nacht ausgeblieben, ohne dass die Eltern gewusst hätten, wo er sich aufhielt. Gerade der Vater sei inzwischen sehr belastet und vermeide die Kommunikation mit Patrick, da Gespräche zwischen Vater und Sohn regelmäßig eskalieren würden. Während der Vater Patrick massiv abwertet, hat die Mutter eher einen permissiven Erziehungsstil und versuche Patrick ständig zu verteidigen. Auch die Mutter berichtet von einer eigenen Belastung, sieht aber ihre Lebensaufgabe darin Patrick zu schützen. Mit dem Bruder streitet Patrick regelmäßig, dabei würden die Konflikte meist von Patrick ausgehen, der Bruder zeige nur wenig Eigenbelastung. Die Eltern berichten zudem von mehrfachen Ladendiebstählen, unerlaubtem Fahren mit einem Mofa und massiven Konflikten mit anderen Jugendlichen. Patrick rege sich im Konfliktfall derart auf, dass es schon zu zweimaliger Körperverletzung gekommen sei, dabei sei er eigentlich ganz gut in eine Peergroup integriert. Er habe sich dann nur nicht mehr unter Kontrolle. In der Vergangenheit habe Patrick häufiger die Schule geschwänzt, er sei von den Eltern gegenüber der Schule entschuldigt worden, um weitere Schwierigkeiten zu vermeiden. Inzwischen gehe er aber wieder halbwegs regelmäßig, seine Leistungen seien „mittel“. Patrick selbst benennt, dass er auf Schule „überhaupt keinen Bock“ habe. Er verstehe nicht, wo das Problem liege. Er sei eben gerne mit seinen Freunden unterwegs, brauche keinen Schulabschluss, da er später ohnehin „irgendwas mit Informatik“ machen wolle, und dieser dafür nicht erheblich sei. Früher habe er Fußball gespielt, und habe sich in einer Jugendgruppe integriert, dieses habe er aber inzwischen aufgegeben. Das sei „uncool“. Nur zum Bogenschießen gehe er noch regelmäßig.

Beispiel Patrick

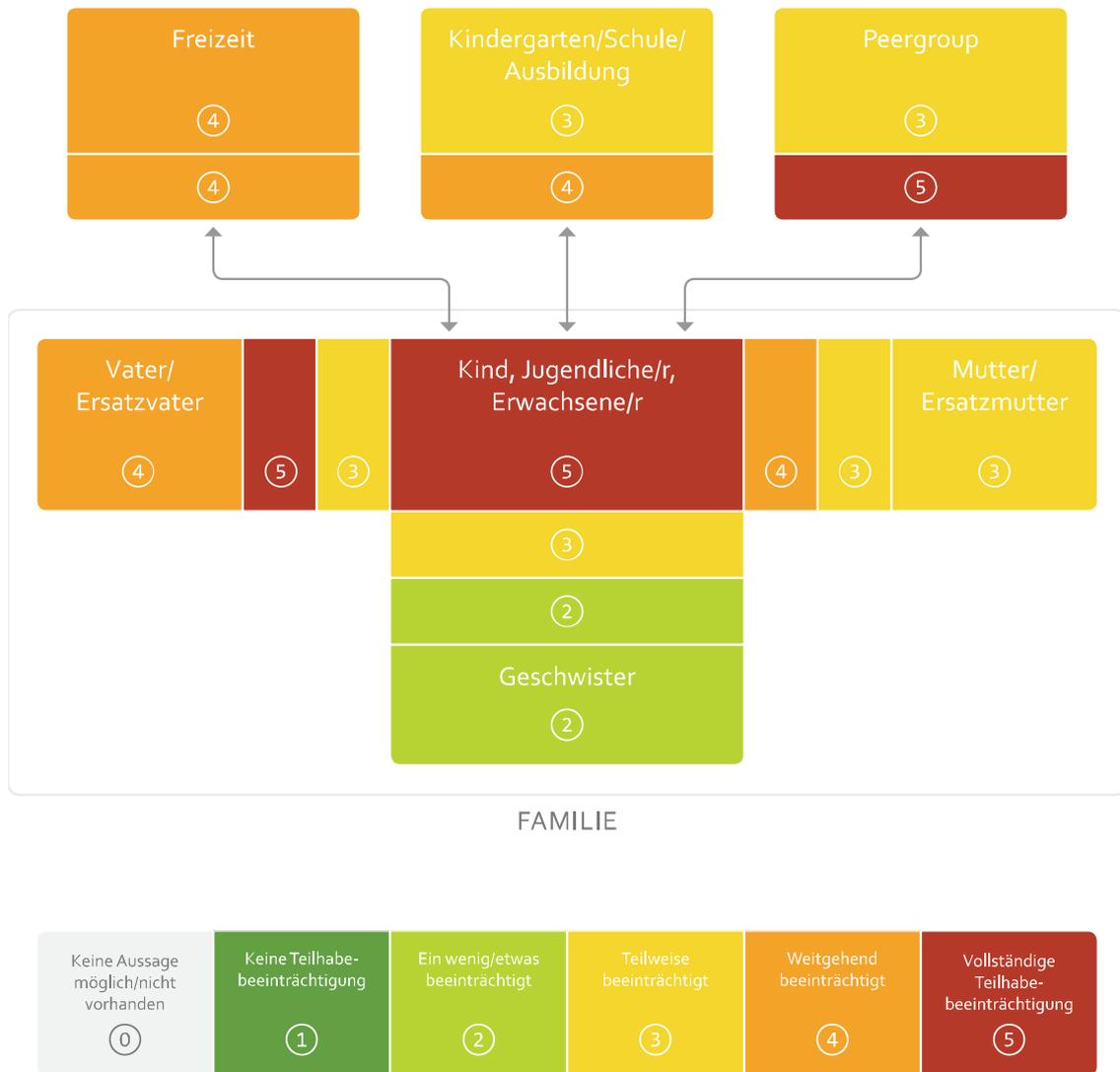


Abbildung 1: Beispiel zur Farbskala

Schema zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung

Julia Herrmann, Isabel Böge, Michael Kölch

Modul 3: Diagnostik Teil II

Lerneinheit 2: Erhebung der Teilhabe

www.ccschool.de

Für die Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung im Projekt CCSchool soll ein Erfassungsschema genutzt werden, das die Einschränkungen in der Teilhabe einfach visualisieren und dokumentieren soll. Defizite und Ressourcen werden so unmittelbar erkennbar und lassen sich einfach kommunizieren. Grundlage der Einträge in das Schema sind die Angaben und Informationen, die aus den mit dem Kind/Jugendliche/jungen Erwachsenen und den Angehörigen im Rahmen der Diagnostik geführten Gespräche gewonnen und fachlich bewertet wurden.

Die meist komplexe individuelle Ausgangslage der Kinder/Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit einer Vielzahl an Information wird im Schema systematisiert und differenziert hinsichtlich der verschiedenen relevanten Teilhabedimensionen dargestellt. Neben einer Visualisierung besteht die Möglichkeit relevante Informationen zur Teilhabe und zur Biografie, sowie zu Faktoren, die als Barrieren oder Faziliatoren fungieren, aus ärztlicher/psychotherapeutischer Sicht darzustellen.

Verhalten und Entwicklung von Individuen sind das Ergebnis vielfacher Wechselbeziehungen zwischen

1. den individuellen personellen Voraussetzungen einerseits und –
2. vom den jeweils relevanten sozialen Bezugsrahmen bestimmten Bewältigungsmöglichkeiten von Problemen andererseits

(Vgl. grundlegend z.B. das sozial-ökologische Modell von Bronfenbrenner, 1981).

Generell können drei essentielle Kriterien für die Einschätzung der Teilhabe bzw. der Beeinträchtigung gelten (vgl. Kölch, Keller, Kleinrahm & Fegert, 2007):

1. **Pervasivität** der Teilhabebeeinträchtigung: Betrifft die Beeinträchtigung vorrangig spezifische Lebensbereiche oder stellt sie sich eher umfassend dar?
2. **Intensität** der Teilhabebeeinträchtigung: Wie stark ist der Ausprägungsgrad der Beeinträchtigung?
3. **Chronizität** der Teilhabebeeinträchtigung (bei wiederholter Schemaerstellung): Wie dauerhaft ist die Problematik?

Die graphische Darstellung des Ausmaßes an Beeinträchtigung in den hauptsächlichen Lebensbereichen von Kindern und Jugendlichen, der Familie (mit Beziehungen zu Eltern und Geschwistern), dem Freizeitbereich, der Schule und dem Bereich von Peer-Beziehungen macht Einschränkungen einfach ersichtlich und fokussiert auf die in der Hilfeplanung wichtigen Bereiche.

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt das zu nutzende Erfassungsschema.

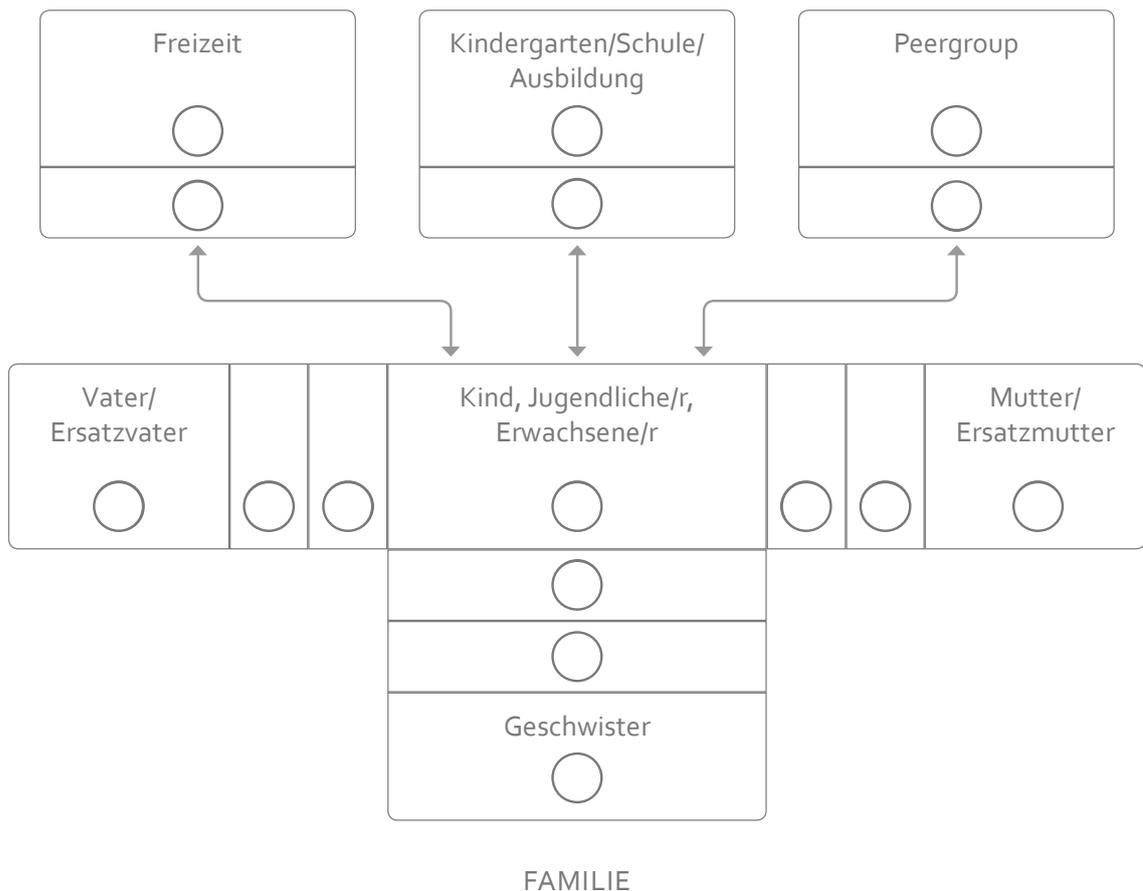


Abbildung 1: Erfassungsschema

Dem Erfassungsschema liegt eine systemische Sichtweise des Kindes/Jugendlichen in seinen sozialen Bezugsräumen zugrunde. Bei der Entwicklung des Modells wurden Kernbereiche für die Erfassung einer Teilhabebeeinträchtigung herausgearbeitet: Zentrales Element ist die Person, deren Teilhabe dargestellt werden soll, in den Fällen hier **das Kind, die/der Jugendliche/r, junge/r Erwachsene/r**. Elementarer Bezugsrahmen für das Kind, die/den Jugendlichen, jungen Erwachsene/r ist die **Familie**, weswegen diese im direkten Zusammenhang dargestellt wird. Weitere wichtige Lebensbereiche (und damit Teilhabedomänen) eines Kindes/Jugendlichen/jungen Erwachsene sind die Bereiche **Freizeit, Kindergarten/Schule/Ausbildung** und **Peergroup**, die im Schema über den Bereich Familie gruppiert sind. Alle Bereiche werden graphisch durch einzelne Kästchen dargestellt die die individuellen Voraussetzungen der betreffenden Person bzw. die ihr im (familiären) Umfeld zur Verfügung stehenden Ressourcen für die Teilhabe an den einzelnen Lebensbereichen, bzw. die Einschränkung durch in der Person liegende Faktoren, wie z.B. eine psychische Störung, eine Behinderung etc. repräsentieren. Die Ausprägung dieser individuellen

Voraussetzungen soll, wie in der nachfolgenden Abbildung 2 sichtbar, im Erfassungsschema durch eine Skalierung mit sechs Farben nach dem Ampelschema eingeschätzt werden.



Abbildung 2: Ampelschema

So bedeutet eine weiße Einfärbung: „keine Aussage möglich/nicht vorhanden (0)“, dunkelgrün unterlegte Felder stehen für „Keine Teilhabebeeinträchtigung (1)“, hellgrüne Flächen für „Ein wenig/etwas beeinträchtigt“ (2), gelb steht für „Teilweise beeinträchtigt“ (3), orange für „Weitgehend beeinträchtigt“ (4) und eine rote Einfärbung bedeutet „Vollständige Teilhabebeeinträchtigung (5)“.

Teilhabebeeinträchtigung kann einmal den Aspekt haben, dass es innerhalb eines Bereiches Probleme gibt, also z.B. ein psychisch kranker Elternteil, andauernd schlechte Noten in der Schule aufgrund falscher Schulform, Integration in eine dissoziale Peergroup etc. Zum anderen spielen aber auch Aspekte der Interaktion und Kommunikation eine Rolle. So kann z.B. ein Elternteil psychisch erkrankt sein und damit gewisse Defizite in seinen elterlichen Fähigkeiten haben, aber die Beziehung, Kommunikation und Interaktion zwischen Kind und Elternteil ist gut und eng. Bei Schulproblemen kann die Kommunikation zwischen Familie und Schule trotzdem gut sein, sie kann aber auch nicht stattfinden und Teil des Problems sein. Deshalb ist neben den Bereichen an sich auch die Interaktion zwischen den Bereichen für die Teilhabeeinschätzung wichtig. Die Teilhabemöglichkeit des Kindes/Jugendlichen wird durch die Interaktion und Beziehung zwischen den wichtigsten Teilhabedomänen (Familie, Peers, Kita/Schule/Ausbildung, Freizeit) und dem Kind/Jugendlichen begriffen, gekennzeichnet durch die Pfeile, die in der nachfolgenden Abbildung 3 sichtbar sind.

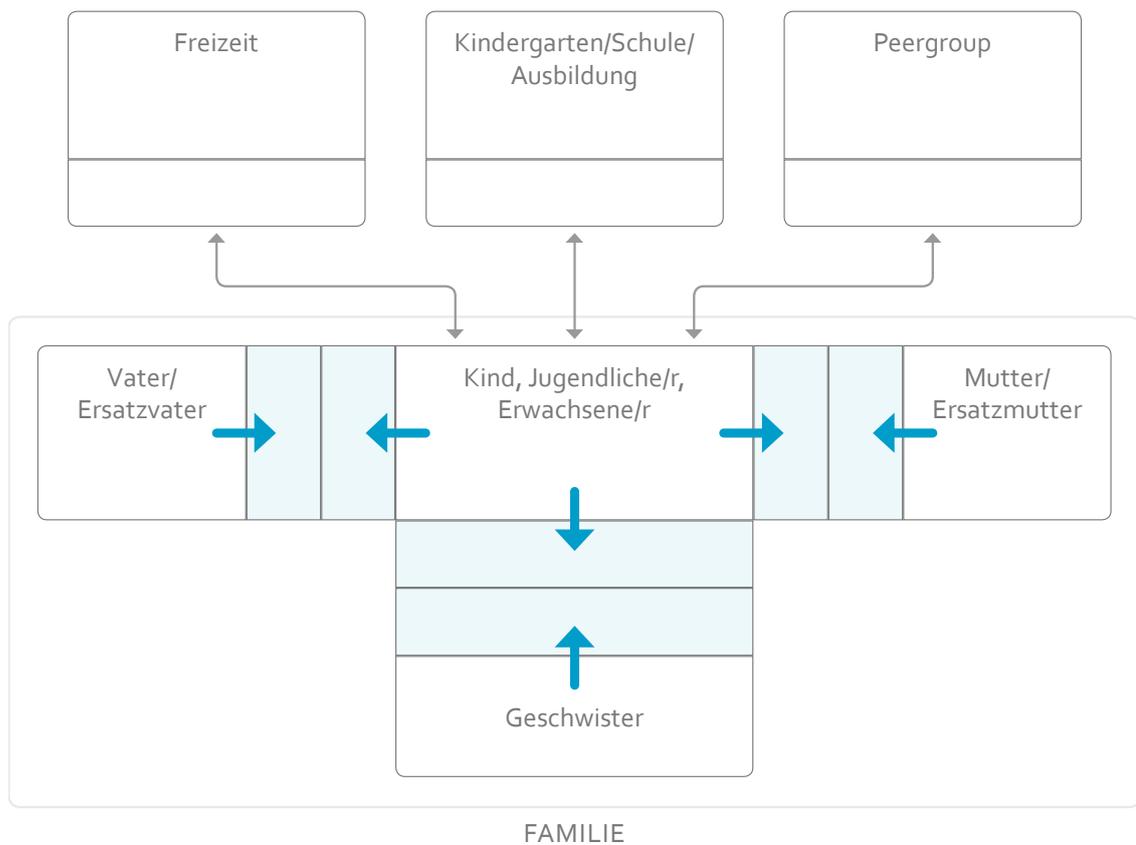


Abbildung 3: Teilhabemöglichkeiten

Innerhalb des Familiensystems sollen individuelle und interaktionelle Faktoren jeweils beidseitig erfasst und dargestellt werden sollen. D.h., es gilt individuelle wie interaktionelle Ressourcen jeweils von Seiten des im Fokus stehenden Kindes bzw. des/der Jugendlichen sowie auch von Seiten der möglichen Interaktionspartner*innen (Vater, Mutter, Geschwister) einzuschätzen. Zwischen den Kästen der Familienmitglieder sind zu diesem Zweck jeweils zwei separate Kontaktflächen vorgesehen. In Bezug zu den Subsystemen des weiteren Sozialraums (Freizeit, Kindergarten/Schule/Ausbildung, Peergroup) werden über die Kontaktflächen die interaktionellen Ressourcen aber auch die Beeinträchtigungen der im Mittelpunkt stehenden Person bzw. auch der Familie abgebildet.

Eine Besonderheit des Erfassungsschemas ist, dass interaktionelle Aspekte der Teilhabe (d.h. die Integration und Beziehungsqualitäten der im Fokus stehenden Person in Bezug zu den einzelnen Aspekten ihrer Umwelt) ebenfalls erfasst werden. Diese werden von den individuellen Voraussetzungen der Beteiligten (siehe oben) gesondert erfasst und dargestellt. Während die individuellen Faktoren durch die Einfärbung der entsprechenden Kästen

repräsentiert werden (s.o.), wird die Ausprägung der interaktionellen Ressourcen durch die Farbe der Kontaktflächen zwischen den einzelnen Subsystem-Kästen gekennzeichnet. Der dahinterstehende Gedanke in der Darstellung ist, dass gerade die Beziehungs- und Interaktionsqualitäten bei der Planung von Maßnahmen zur Verbesserung der Teilhabe von hoher Bedeutung und ggfs. Ansatzpunkt vieler Maßnahmen sind. Mit dieser Interaktionsebene folgt das Schema auch der Logik der ICF, welche beinhaltet, dass es nicht allein um Faktoren die in einer Einschränkung des Individuums oder seiner Umwelt begründet liegen geht, sondern auch um das Niveau der Interaktion.

In der nachfolgenden Abbildung 4 ist die Kontaktfläche zur Dokumentation der Interaktion gekennzeichnet.

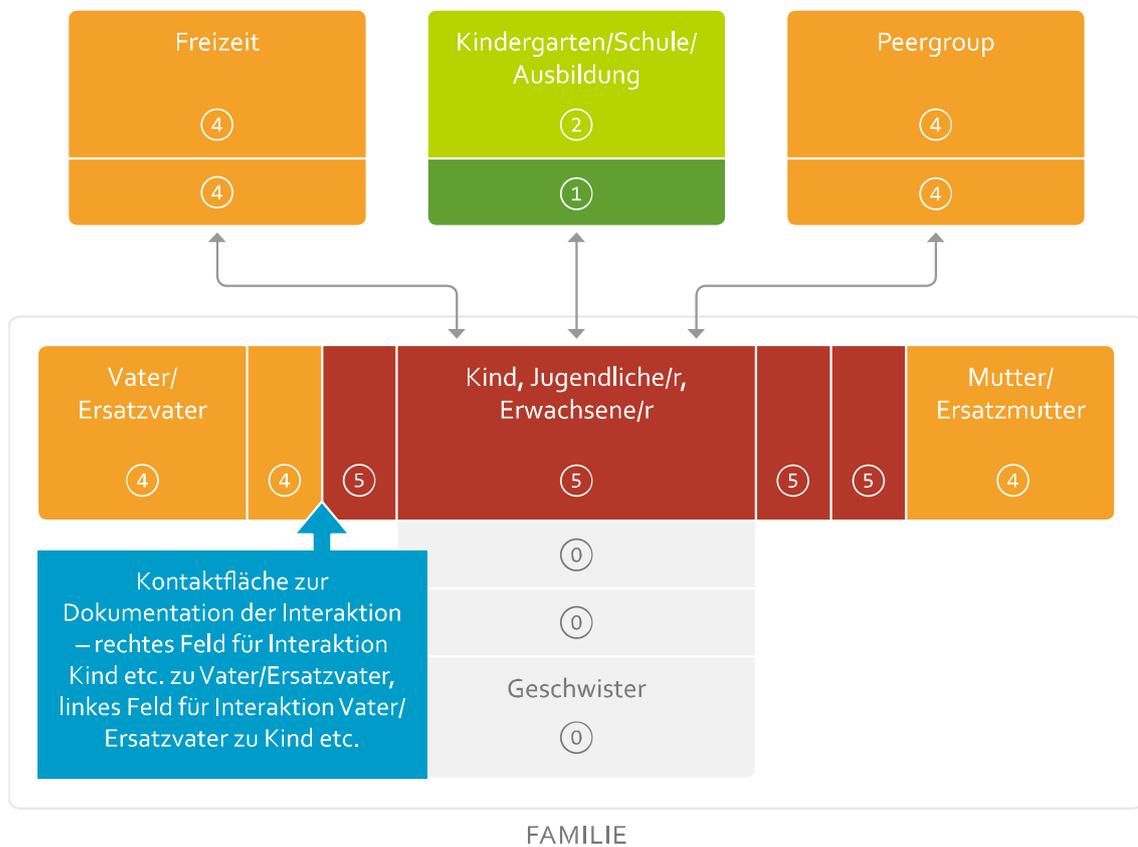


Abbildung 4: Kontaktfläche zur Dokumentation der Interaktion

Beispiele zur Dokumentation der Interaktion in die Bereiche Freizeit, Kindergarten/Schule/Ausbildung und Peergroup

Bei einem normal intelligenten Kind, das jedoch in der Schule durch aggressives Verhalten und Leistungsverweigerung auffällt und infolge dessen von einem Schulausschluss bedroht ist, würde im Bereich der „Schule“ eine starke Beeinträchtigung angezeigt werden. Wenn die Interaktion zwischen Familie und Schule aber gut sind, das Problem z.B. auch von den Eltern wahrgenommen wird wäre die Interaktion ohne Probleme.

Anders verhielte es sich bei einem normal intelligenten Kind, das Schulangst zeigt und nicht zur Schule geht, wenn die Eltern das Kind krankschreiben lassen und nicht mit der Schule interagieren. Hier wäre prinzipiell die Schule bei einem guten Leistungsniveau, aufgrund des Fehlens des Kindes in der Schule bestünde aber ein Problembereich, ebenfalls wäre die Interaktion zwischen den Bereichen problembeladen und so zu kennzeichnen.

Beispiele zur Dokumentation der Interaktion innerhalb der Familie

So kann zum Beispiel eine starke Beeinträchtigung beim Individuum zur Teilhabe vorliegen (z.B. aufgrund eines Autismus), und diese sich auch in einem anderen Bereich (z.B. Schule) zeigen, aber aufgrund besonderer schulischer Anstrengungen und der Familie, funktioniert die Kommunikation und Interaktion zwischen diesen Bereichen gut. Ein anderes Beispiel wäre ein psychisch kranker Elternteil, der selbst in seiner Elternfunktion aufgrund der Erkrankung eingeschränkt ist, aber der eine liebevolle Beziehung zu seinem Kind hat und umgekehrt das Kind eine liebevolle Interaktion und Beziehung zu diesem Elternteil hat.

Quellenverzeichnis

Bronfenbrenner, U (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kölch, M., Keller, F., Kleinrahm, R., & Fegert, J. M. (2007). Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation*, 19, 8-18.

Vertrauliche (§ 203 StGB und § 76 SGB X)

Ärztliche Stellungnahme zur Planung einer Eingliederungshilfe

nach § 35a SGB VIII (KJHG),

nach § 39 BTHG (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)

1 Angaben zur Person

Name:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Schule:

Personensorgeberechtigte:

Andere wesentliche Erziehungspersonen:

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom (s. Anlage)
nehme(n) ich/wir aufgrund unserer persönlichen Untersuchung im Rahmen des Projektes
CCSchool vom zur nötigen Hilfeplanung wie folgt Stellung.

2 Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse

Nach den in § 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Kriterien der WHO
(Weltgesundheitsorganisation) liegt bei dem o. g. Patienten ...

keine Störung vor (Eingangskriterium für einen Rechtsanspruch nach § 35 a SGB VIII liegt
nicht vor).

Wird Hilfe zur Erziehung für erforderlich gehalten (§ 27 ff. KJHG)

- Ja
- Nein
- ein diagnostizierbares Störungsbild/Erkrankung vor.

2.1 Störungsbild/Erkrankung

2.1.1 Psychische Störungen

- F0** organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- F1** psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2** Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- F3** Affektive Störungen
- F4** Neurotische/Belastungs- und somatoforme Störungen
- F5** Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren
- F6** Persönlichkeits- (erst ab 16. Lebensjahr) und Verhaltensstörungen
- F9** Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Exakte Hauptdiagnose:

.....

Relevante psychiatrische Komorbiditäten:

.....
.....
.....

2.1.2 Körperliche Erkrankungen:

.....
.....
.....

Nur bei der Kombination *körperliche Erkrankung* und *psychische Störung* bzw. geistige Behinderung und psychische Störung zu beantworten:

Ist die psychische Störung im Vordergrund des Gesamtstörungenbildes zu sehen, hat sie die meisten Auswirkungen auf MAS Achse VI?

- Ja
- Nein

Ist aufgrund des Störungsbildes unter 1.1. nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Chronifizierung und eine längerdauernde soziale Beeinträchtigung zu erwarten? (nur bei Neufeststellung schwerer Krankheitsbilder, die aus fachlicher Sicht in der Regel mit schweren sozialen Beeinträchtigungen einhergehen, wie z. B. frühkindlicher Autismus. Hier ist das Abwarten des weiteren Verlaufs relativ irrelevant).

- Ja
- Nein

2.2 Entwicklungsstand (F8)

- Altersentsprechend
- Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F 80)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Legasthenie, Rechenstörung etc.) (F 81)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen (F 82)
- Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)

2.3 Intelligenz (F 7)

- Normal oder überdurchschnittlich
- Lernbehinderung
- Geistige Behinderung

- Beurteilungsquelle: Eindruck
 Testung

(Als Grundlage für den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung ist nur die Testung bzw. bei Nichttestbarkeit schulische Klärung und entsprechende Beschulung anspruchsbegründend.)

2.4 Familiäre Belastungen

- | | | |
|-------|---|--------------------------|
| 1.4.0 | Keine Angaben möglich | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.1 | Belastende intrafamiliäre Beziehungen | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.2 | Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.3 | Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.4 | Belastende Erziehungsbedingungen | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.5 | Akute belastende Lebensereignisse | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.6 | Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung,, Misshandlung, sexuellen Missbrauch | <input type="checkbox"/> |
| 1.4.7 | Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit | <input type="checkbox"/> |

2.5 Schweregrad (globale Einschätzung)

- | | | |
|-------|--|--------------------------|
| 1.5.0 | Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten | <input type="checkbox"/> |
| 1.5.1 | Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen | <input type="checkbox"/> |
| 1.5.2 | Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen | <input type="checkbox"/> |
| 1.5.3 | Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen | <input type="checkbox"/> |

- 1.5.4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen

- 1.5.5 Deutliche u. übergreifende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen

- 1.5.6 Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung in den meisten Bereichen

- 1.5.7 Braucht beträchtliche Betreuung

- 1.5.8 Braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)

2.6 Auswirkung der Störung auf welche Lebensbereiche?

- 1.6.1. Selbstpflege, Selbstbezug, Selbstwert, Selbstwirksamkeitserleben

- 1.6.2. Familiäre Beziehungen, Familiäre Interaktionen

- 1.6.3. Peer-Gruppe, Gruppenfähigkeit

- 1.6.4. Schul- und Leistungsbereich

- 1.6.5. Freizeitbereich

- 1.6.6. Soziales Umfeld, Nachbarschaft

3 Vorschlag zur Umsetzung von Hilfen (Facilitation) aus ärztlicher Sicht

Welchen Beeinträchtigungen könnte therapeutisch oder pädagogisch wie gegengesteuert werden?

3.1 Welche Defizite liegen beim Jugendlichen vor? Welche Hilfeform aus dem Bereich der Eingliederungshilfe (gemäß § 40, 41 BSHG bzw. § 35a KJHG) ist aus ärztlicher Sicht indiziert (ambulante, teilstationäre, stationäre Jugendhilfemaßnahmen)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 Andere Hilfen und Therapien sowie Heilmittel finanziert durch andere Kostenträger, welche anhand der Defizite indiziert sind

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 Bei über 18jährigen:

Ist die beschriebene Beeinträchtigung und vorgeschlagene Hilfe "jugendtypisch"?

Ja

Nein

Ist das beschriebene psychische Störungsbild im Verlauf primär als chronifiziert einzuschätzen, so dass auch im Erwachsenenalter voraussichtlich auf längere Dauer Hilfe nötig sein wird?

Ja

Nein

4 Hilfekonferenz unter Teilnahme des Arztes aus ärztlicher Sicht erforderlich?

Ja

Nein

5 Wiedervorstellung zur Feststellung der Effektivität der Maßnahme empfohlen in

½ Jahr

1 Jahr

2 Jahren

Datum, Unterschrift und Funktion des/der Aussteller(s)

.....

Briefkopf

An

Kinderarzt

Adresse

Nachrichtlich

Familie Muster, Straße, Ort

Max Muster, * 01.01.2001, Straße, Ort

Sehr geehrter Herr Kollege, [Liebe Familie Muster](#),

wir berichten über die Vorstellung von [Max Muster](#) im Rahmen des Projektes CCSchool am [01.01.2018](#).

Diagnosen nach MAS ICD 10:

Achse I

(Klinisch-psychiatrisches Syndrom)

Achse II

*(Umschriebene
Entwicklungsstörungen)*

Achse III

(Intelligenzniveau)

Achse IV

(Relevante körperliche Symptomatik)

Achse V

*(Aktuelle assoziierte abnorme
psychoziale Umstände)*

Achse VI

*(Globales psychosoziales
Funktionsniveau)*

Vorstellungsanlass:

(Problematik)

Max besuche nicht mehr die Schule, zuvor sei es zu multiplen Schulwechsell gekommen, welche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten, Stören im Unterricht, Wutausbrüchen in der Klasse, mangelnden Freunde, „Anecken“ sowie fehlender Selbständigkeit beim schulischen Arbeiten erfolgt seien. Geschildert werden zudem vielfältige Leistungsprobleme. Das Störverhalten im Unterricht habe inzwischen abgenommen.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe: cm (..... Percentile), Gewicht: kg (..... Percentile), BMI: kg/m² (..... Percentile).

Haut warm und trocken, Schleimhäute feucht, keine krankhaften Veränderungen offensichtlich.

Kopf/Hals: Schilddrüse nicht sichtbar vergrößert, Gebiss unauffällig. Zunge feucht, nicht belegt, Rachenring und Tonsillen reizlos.

Brustkorb normal gebildet. Lungen: vesikuläres Atemgeräusch, keine Spastik, keine Rasselgeräusche. Lungengrenzen gut atemverschieblich.

Herz: rein und rhythmisch. Pulse auch peripher gut tastbar.

Bauch: weich und unauffällig, Peristaltik über allen vier Quadranten gut hörbar. Leber und Milz nicht vergrößert tastbar.

Geschlechtsorgane nicht untersucht.

Pubertätsstadium: Tanner PH, G/B

Wirbelsäule nicht klopfschmerzhaft, Nierenlager frei. Extremitäten und Gelenke unauffällig.

Kein Brennen beim Wasserlassen, keine Stuhlgangauffälligkeiten.

Keine Allergien oder Krampfanfälle in der Anamnese.

Keine regelmäßige Medikation.

Neurologischer Untersuchungsbefund:

Pupillen rund, mittelweit isokor +/+, regelrechter Hirnnervenstatus mit intakter Oculo- und Pupillomotorik. Rechts/Linkshändigkeit, Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar, Babinski negativ. Gang unauffällig, Hampelmannsprung gut koordiniert, Blindgang sicher,

Seiltänzerengang unauffällig, Romberg ohne Abweichung, Unterberger Tretversuch ohne Befund, Finger-Nasen-Versuch zielgenau, Eudiadochokinese/Dysdiadochokinese, Finger-Daumen-Wechselltest ausreichend, Einbeinstand und -hüpfen gut. Keine motorischen und sensiblen Ausfälle. Keine Koordinationsstörungen/neurologische Soft signs in Form von Keine vegetative Übererregbarkeit.

Psychopathologischer Befund

(Orientierung, Kontaktaufnahme, Stimmung, Suizidalität, Ängste, Zwänge, inhaltliche/formale Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen,)

Columbia Impairment Scale (CIS)

Die Columbia Impairment Scale stellt ein Selbsteinschätzungs- (Kinder/Jugendliche) bzw. Fremdeinschätzungsinstrument (Eltern/Lehrer) der **psychosozialen Beeinträchtigung** der Kinder und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren dar. Sie erfasst diese auf vier Dimensionen: zwischenmenschliche Beziehungen, psychopathologische Dimensionen, Schul-/Arbeitsverhalten, Freizeitverhalten. Ebenso wird ein Gesamtwert gebildet. Die Auswertungsscores können zwischen 0 und 52 liegen. Je höher der Auswertungsscore, desto höher die Beeinträchtigung (Auffälligkeit ab ≥ 15).

Max füllte alle Fragestellungen aus. Auf den jeweiligen Skalen erreichte er folgende Werte:

Zwischenmenschliche Beziehungen:	.....	(auffällig/unauffällig)
Psychopathologische Dimension:	.....	(auffällig/unauffällig)
Schul-/Arbeitsverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Freizeitverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Gesamtwert:	.....	(auffällig/unauffällig)

Frau Muster füllte alle Fragestellungen aus. Auf den jeweiligen Skalen beschrieb sie für Max:

Zwischenmenschliche Beziehungen:	.....	(auffällig/unauffällig)
Psychopathologische Dimension:	.....	(auffällig/unauffällig)
Schul-/Arbeitsverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Freizeitverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Gesamtwert:	.....	(auffällig/unauffällig)

Testbefunde

C-GAF (Children's Global Assessment of Functioning)

Die C-GAF stellt eine **Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus** des Kindes oder Jugendlichen dar, welcher anhand der anamnestischen und diagnostischen erhobenen Befunde therapeutisch eingeschätzt wird. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung. Die C-GAF kann dabei einen Wert von 0 bis 100 annehmen, wobei 0 für ein sehr schlechtes Funktionsniveau im Alltag und 100 für ein ausgesprochen gutes Funktionsniveau im Alltag steht.

Max Funktionsniveau lag zum aktuellen Zeitpunkt bei einem Wert von

Elternfragebogen CBCL 6-18 R

Der Elternfragebogen erfasst im ersten Teil die elterliche Einschätzung von psychosoziale Kompetenzen (in den Bereichen Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule) und im zweiten Teil von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und somatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Items des zweiten Teils des Fragebogens bilden in der Auswertung acht Problemskalen: Ängstlich/depressiv, Rückzüglich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten, Aggressives Verhalten. Ebenfalls können zwei übergreifende Skalen (internalisierende und externalisierende Probleme) sowie ein Gesamtwert gebildet werden.

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Für Max wurden weitergehende auffällige Werte beschrieben auf den Skalen:

.....
.....
.....

Youth Rating Scale (YSR 11-18)

(Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist analog zum Elternfragebogen CBCL aufgebaut.)

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Max beschrieb für sich weitergehende auffällige Werte auf den Skalen:

.....
.....
.....

Teacher Report Form (TRF)

(Der Fragebogen wird von den Lehrkräften beantwortet und ist ebenfalls analog zum Elternfragebogen CBCL aufgebaut.)

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Für Max wurden vom Lehrer weitergehende auffällige Werte beschrieben auf den Skalen:

.....
.....

Beurteilung und Empfehlung

(Wiederholung Diagnose, Zusammenfassung Befunde, und dann daraus Ableitend Empfehlung weiterer Maßnahmen)

Bei Max besteht seit der Kindheit eine nicht nachhaltig behandelte hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, welche derzeit zunehmend schulassozierte Problematik bedingt. In den Fragebogenverfahren zeigte sich durchgängig in den Bereichen Hyperkinetik, Verhaltensstörungen, sowie aggressive Verhaltensweisen sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung Auffälligkeiten. Der C-GAF lag mit einem Wert von ebenfalls im Interventionsbedürftigen Bereich.

In Bezug auf die Teilhablediagnostik ergaben sich folgende/keine Auffälligkeiten bei Max: Es liegt (k)eine Teilhabebeeinträchtigung nach §35a SGB VIII im Bereich vor. Aus ärztlicher Sicht liegen somit die Voraussetzungen für Leistungen nach §35a SGB VIII (nicht) vor.

Es wurde mit Frau Muster und Max besprochen, dass aus Sicht der Mitarbeiter von CCSchool ein weitergehendes schulbasiertes therapeutisches Assessment indiziert ist, was mit Einverständnis von Frau Muster und Max jetzt zeitnah eingeleitet werden wird.

Nach Komplettierung der Schulbasierten Evaluation von Max wird entschieden ob weitere schulbasierte Interventionen erforderlich sind.

Oder

Es wurde mit Frau Muster und Max besprochen, dass derzeit noch eine gute Kompensation der Schwierigkeiten im Alltag aber auch in der Schule besteht und deswegen derzeit eine weitergehende Intervention im Sinne von CCSchool nicht erforderlich ist. Folgendes Procedere wurden empfohlen

Mit freundlichen Grüßen

Name

Berufsbezeichnung

Funktion in CCSchool (BHV)

Name

Berufsbezeichnung

Funktion in CCSchool (CCSchultherapeut)

Erstellen eines standardisierten Berichts

Isabel Böge

Anhand der bis zu diesem Punkt erhobenen Befunde erfolgt nun für die Eltern die Erstellung eines standardisierten Berichts zum Prozess A: „Standardisierte Diagnostik“.

Dieser sollte folgende Elemente beinhalten (siehe Musterbericht CCSchool in dieser Lerneinheit):

- ▶ Multiaxiale Diagnose nach ICD10 (MAS)
- ▶ Vorstellungsanlass: *(kurze Schilderung der Problematik)*
- ▶ Körperlicher und Neurologischer Untersuchungsbefund
- ▶ Psychopathologischer Befund
- ▶ Diagnostikelemente:
 - ▶ C-GAF
 - ▶ CIS
 - ▶ Soweit erhoben CBCL, YSR, TRF
- ▶ Beurteilung und Empfehlung (an dieser Stelle sollte auf ggf. nötige Maßnahmen nach SGB VIII oder SGB XII eingegangen werden. Alternativ kann ein ergänzender Bericht nach §35a SGB VIII ausgefüllt werden. Im Downloadbereich ist eine entsprechende Vorlage zu finden.)

EXKURS: §35a SGB VIII

Der § 35a SGB VIII beinhaltet Eingangsvoraussetzungen für eine mögliche Eingliederungshilfe für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche.

Kinder oder Jugendliche haben demnach ein Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne des §35a SGB VIII sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

Es gibt hierfür zwei Voraussetzungen. Die eine Eingangsvoraussetzung ist, dass seitens des Jugendamtes eine Beeinträchtigung in der Teilhabe festgestellt wird. Die andere Voraussetzung ist, dass

- ▶ von einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- ▶ einer/einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in oder
- ▶ einer Ärztin/einem Arzt oder einer/einem psychologischen Psychotherapeut*in, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt

eine Diagnose nach dem gültigen Klassifikationssystem (derzeit ICD-10 GM) gestellt wird. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht.

Nach Einholung einer ärztlichen Stellungnahme zu den Eingangsvoraussetzungen in Bezug auf die Diagnose und der sozialpädagogischen Diagnose hinsichtlich der Teilhabebeeinträchtigung und daraus folgender notwendiger Maßnahmen zur Beseitigung derselben, sind gesetzlich die gleichen Hilfen vorgesehen, die auch Eltern im Rahmen der Hilfen zur Erziehung seitens des Jugendamtes gewährt werden können. Unterschied ist beim §35a SGB VIII, dass hier das Kind/die/der Jugendliche Anspruchsberechtigte/r ist.

Leistungen können erfolgen:

1. in ambulanter Form
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises, sowie die Art der Leistungen richten sich nach §53 Absatz 3 und 4 Satz 1, den §§54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit die Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

Weiter ist im Gesetzestext definiert: Sind Hilfen zur Erziehung notwendig, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken (z.B. SpFH, oder stationäre Jugendhilfemaßnahmen). Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch

genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden (z.B. Tagesgruppe).

Einführung Schulbasiertes Assessment und subsequente Entscheidungswege im Therapeutic Assessment

Isabel Böge

In diesem Text wird das durch die/den CCSchool-Therapeutin/Therapeuten durchgeführte Schulbasierte Assessment beschrieben.

1 Das Schulbasierte Assessment

Der Prozess besteht aus insgesamt drei Schritten. Der erste Schritt ist die Beobachtung des Kindes/Jugendlichen in der Schule und nachfolgend ein Interview mit der Lehrkraft. Die Beobachtung erfolgt in einer Schulstunde, welche als geeignet von der Lehrkraft angesehen wird, um das Problemverhalten der Schülerin/des Schülers beobachten zu können.

Voraussetzung ist die Einwilligung von Eltern/Personensorgeberechtigten und Schule.

Dabei soll die/der CCSchool-Therapeutin/Therapeut folgende Punkte beurteilen:

- ▶ **Leistungsverhalten:** Ist die Schülerin/der Schüler in der Lage, die Materialien aufzugreifen und Lerninhalte dann entsprechend anzuwenden? Benötigt die Schülerin/der Schüler zusätzliche Hilfestellungen? Wie ist die Beteiligung am Unterrichtsgeschehen?
- ▶ **Konzentration:** Wie lange sind im Unterrichtsverlauf Konzentration und Aufmerksamkeit vorhanden?
- ▶ **Störendes Verhalten:** Zeigt die Schülerin/der Schüler störende Verhaltensweisen im Unterricht (steht auf, ruft in die Klasse, reagiert impulsiv-aggressiv)?
- ▶ **Soziale Integration/Interaktion der Schülerin/des Schülers:** Wie ist die Schülerin/der Schüler sozial in die Klasse integriert? Wie ist die Interaktion mit den Mitschülerinnen und -schülern?
- ▶ **Mobbing:** Wird die Schülerin/der Schüler gemobbt? Mobbt die Schülerin/der Schüler selbst?

Eine Bewertung der Beobachtungen erfolgt von der CCSchool-Therapeutin/vom CCSchool-Therapeuten angelehnt an die ICF auf folgendem Bewertungsblatt (siehe auch Lerneinheit 4.2). Dieses Bewertungsblatt können Sie sich unter Download in dieser Lerneinheit auch als Datei herunterladen.

Tabelle 1: Bewertungsblatt für das Schulische Assessment durch die/den CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten

Verhaltensweisen	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe X
Schulische Verhaltensweisen						
Kann angebotene Lerninhalte aufgreifen	-	-	-	-	-	-
Kann gelerntes Wissen anwenden	-	-	-	-	-	-
Benötigt zusätzliche Hilfen beim Wissenserwerb	-	-	-	-	-	-
Beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen	-	-	-	-	-	-
Hält sich an Regeln und Grenzen	-	-	-	-	-	-
Reagiert auf direkte Ansprache	-	-	-	-	-	-
Zeigt störendes Verhalten	-	-	-	-	-	-
Folgt konzentriert dem Unterricht	-	-	-	-	-	-
Soziale Integration						
Ist in die Klassengemeinschaft integriert	-	-	-	-	-	-
Wird gemobbt	-	-	-	-	-	-
Mobbt andere	-	-	-	-	-	-
Zeigt körperliche Aggressionen	-	-	-	-	-	-
Kommuniziert mit Erwachsenen	-	-	-	-	-	-
Kommuniziert mit Gleichaltrigen	-	-	-	-	-	-
Zeigt prosoziale helfende Verhaltensweisen	-	-	-	-	-	-
Zeigt fürsorgliches Verhalten	-	-	-	-	-	-

Dabei wird für die Bewertung folgende Bewertungsskala zugrunde gelegt:

Tabelle 2: Bewertungsskala für Bewertungsblatt

Stufe	Beschreibung
Stufe 1	Verhalten nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...)
Stufe 2	Verhalten leicht ausgeprägt (schwach, gering ...)
Stufe 3	Verhalten mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...)
Stufe 4	Verhalten erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...)
Stufe 5	Verhalten voll ausgeprägt (komplett, total ...)
Stufe X	Keine Angabe

Im Anschluss an die teilnehmende Beobachtung erfolgen ein kurzes halbstandardisiertes Interview mit der Lehrkraft und das Aushändigen des TRF-Fragebogens an die Lehrkraft.

In einem zweiten Schritt erfolgt ein gemeinsames Auswertungsgespräch von der/vom Behandlungsverantwortlichen, der/dem CCSchool-Therapeutin/Therapeuten, dem Kind/Jugendlichen und den Eltern. Falls notwendig werden andere relevante Personen (z.B. Klassenlehrkraft) einbezogen. In diesem Gespräch werden die bisherigen Ergebnisse zusammengetragen und daraus resultierend die Notwendigkeit weiterer Schritte oder aber die Beendigung der Maßnahme abgeleitet. (siehe Flussdiagramm)

Es gibt vier mögliche Ergebnisse und daraus ableitbare Pfade:

1. Es liegt eine **psychische Störung** mit Behandlungsbedarf **bei gleichzeitiger schulischer Problematik** vor: In diesem Fall erfolgt in einem dritten Schritt anhand des Therapeutic Assessment (TA) (siehe Lerneinheit 4.3) eine erste problemfokussierte Intervention (Erstellen eines Therapeutic-Assessment-Diagramms) mit dem Kind/Jugendlichen. Diese wird nach vier Wochen in einem Telefonat evaluiert.
2. Es liegt eine **psychische Störung** vor, diese ist **aber nicht schulbasiert**: Es besteht keine Indikation zur schulbasierten Behandlung. Es erfolgt ein Hinweis/eine Empfehlung zu einer/einem umliegenden niedergelassene/n Kinder- und Jugendpsychiater/-in, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in oder Pädiater/-in zu gehen.

3. Es liegt **keine psychische Störung, aber eine (Schul-)Problematik** vor: Es erfolgt ein Hinweis/eine Empfehlung Angebote der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.
4. Es liegt weder ein psychisches Problem noch eine (Schul-)Problematik vor: Der Prozess endet hier.

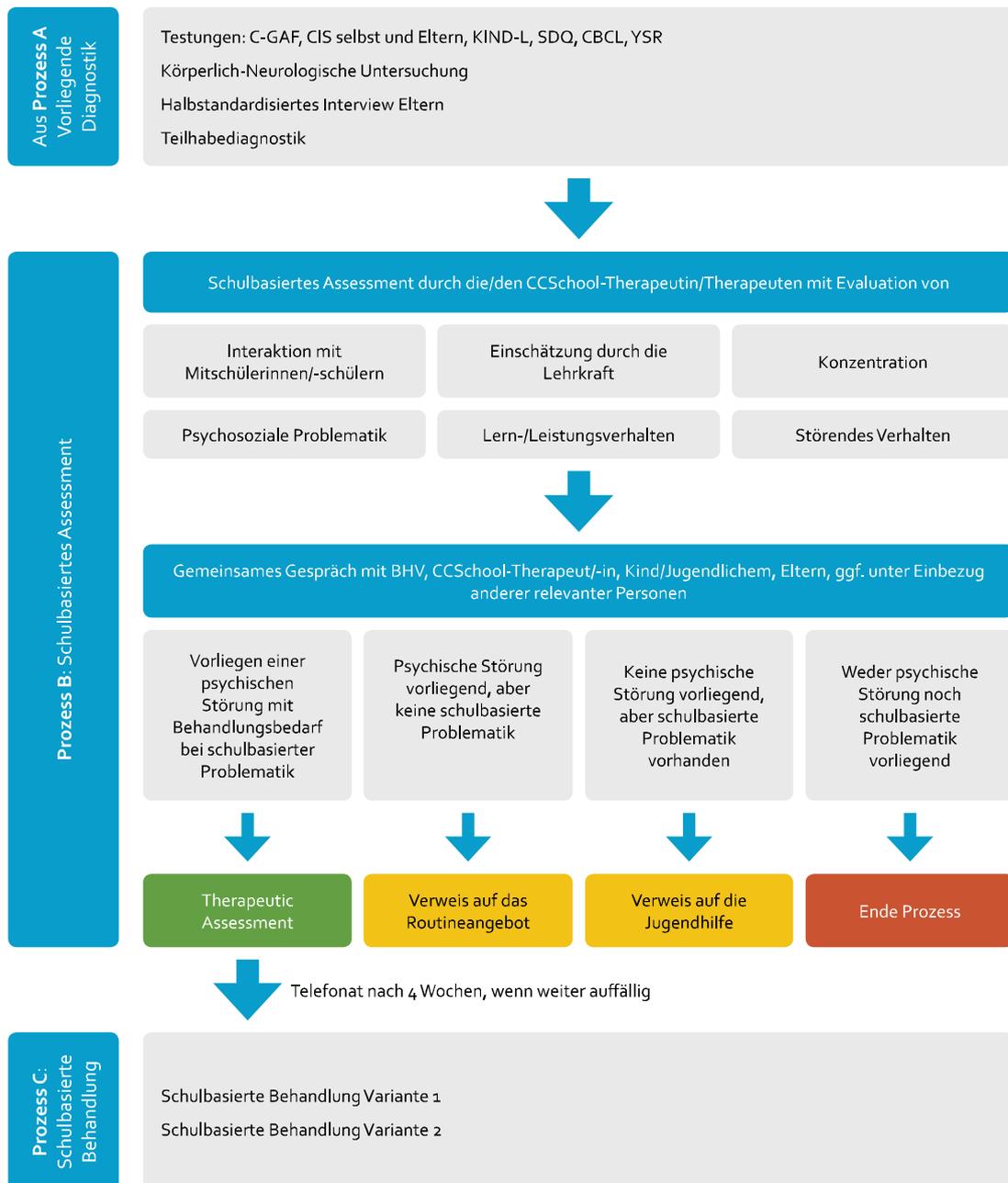


Abbildung 1: Flussdiagramm: Prozess „Schulbasiertes Assessment“

Therapeutic Assessment am konkreten Beispiel

Isabel Böge

Sie führen als Behandlungsverantwortliche/r im CCSchool-Projekt als Teil der Intervention in Prozess B das Schulbasierte Therapeutic Assessment mit der Studienteilnehmerin Janine (Gymnasiastin, 15 Jahre) durch. Durch die Kurzintervention des Therapeutic Assessment sollen folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Probleme des Kindes bzw. des/ der Jugendlichen
- ▶ Erarbeiten von möglichen ersten Verhaltensalternativen

1 Janine

Janine ist 15 Jahre alt, sie lebt mit ihrer alleinerziehenden Mutter zusammen und besucht das Gymnasium in der 9. Klasse. In der Grundschule und den Klassen 5 und 6 war sie eine sehr gute, völlig problemlose Schülerin gewesen, erst in Klasse 7 und 8 fielen Janine Leistungen etwas schwerer, sie hatte aber immer noch gute bis sehr gute Leistungen gezeigt. Jetzt ist aber Janines Versetzung gefährdet. Auch wenn Janine einmalig beim Wechsel von der Grundschule ins Gymnasium zunächst Integrationsschwierigkeiten gezeigt hatte, hatte Janine eigentlich nie Probleme mit den Mitschülerinnen und Mitschülern. Janine war bis zu diesem Schuljahr eigentlich immer eine beliebte Schülerin gewesen, die gut in der Klasse integriert gewesen sei. Im letzten Schuljahr (Klasse 9) war es dann aber für Janine schwierig geworden und Janine wurde beim CCSchool-Projekt vorgestellt, da es bei ihr zu einem Leistungseinbruch in fast allen Fächern gekommen war, mit Verschlechterung der Leistungen um bis zu 2 Noten. Zudem war Janine im Sportunterricht durch oberflächliche Ritzwunden aufgefallen, so dass ihre Mutter zu einem Gespräch mit der Klassenlehrerin gebeten worden war. Diese hatte der Mutter berichtet, dass eine neue Mitschülerin die Gruppe der Mädchen in der Klasse „neu sortiert“ habe und Janine derzeit etwas darum kämpfen müsse ihre Position in der Klassengemeinschaft zu erhalten.

2 Diagnostische Ergebnisse:

Auf der **C-GAF** war Janine mit einem **Wert von 58** eingeschätzt worden.

Auf der **CIS in der Selbstbeurteilung** erreichte Janine einen hohen Gesamt-Problemwert von 34 Punkten (≥ 16 gilt als auffällig), dabei gab sie Probleme fast allen Bereichen an:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 15 (von 20 Punkten)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 10 (von 16 Punkten)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 5 (von 8 Punkten)
- ▶ Freizeitverhalten = 4 (von 8 Punkten)

Janines Mutter gab auf der **CIS in der Fremdeinschätzung** ebenfalls einen hohen Wert von 36 an. Sie beurteilte Janine in allen Dimensionen als auffällig:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 16 (von 20 Punkten)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 9 (von 16 Punkten)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 5 (von 8 Punkten)
- ▶ Freizeitverhalten = 6 (von 8 Punkten)

Beim **Schulischen Assessment** fiel auf, dass Janine versuchte, sich sehr unauffällig zu verhalten. Sie suchte zu keinem Zeitpunkt den Blickkontakt mit der Lehrkraft oder den Mitschülerinnen und Mitschülern, ging nur auf Aufforderung in den Kontakt. Wenn sie im Unterricht dran genommen wurde, schwieg sie zumeist, oder sprach mit sehr leiser Stimme. Dabei waren ihre Antworten dennoch meist korrekt. Sie wirkte durchgehend nervös und verunsichert. In den Pausen war sie eher für sich, sah aber immer zu der Mädchengruppe hinüber, als ob sie gerne zu den lebhafteren Mädchen dazugehören würde.

Janine wurde die Intervention des Therapeutic Assessment angeboten und sie nahm es gerne an. Im Folgenden ist das geführte Gespräch zu lesen. Bitte füllen Sie am Ende dieser Einheit das leere TA-Schema aus.

3 Erarbeitung eines gemeinsamen Verständnisses der Probleme der Teilnehmerin.

BHV: „Jetzt geht es darum, dass wir, Du und ich, Janine, uns noch einmal gemeinsam ansehen, was denn da überhaupt passiert, wenn es Dir nicht gut geht. Toll wäre, wenn wir gemeinsam eine erste Möglichkeit erarbeiten könnten, was Du in solchen Momenten als aller erstes statt ritzen oder Dich zurückziehen tun kannst. Dafür habe ich hier ein leeres

Diagramm, das ich gerne mit Dir gemeinsam ausfüllen möchte. Das können wir dann – wenn Du magst - hinterher noch mit Deiner Mutter besprechen. Dabei bestimmst Du, wieviel ihr gesagt wird. Wäre das okay?“

Janine: „Weiß nicht... ich denke schon...“

BHV: Ich habe Dir ja schon gesagt, dass ich nicht automatisch, das, was Du mir erzählst auch Deiner Mutter erzähle. Du bestimmst, was ich an Infos an Deine Mutter weitergebe, und was auch nicht. Außer, wenn es jetzt darum gehen würde, dass Du mir erzählst, dass Du Dich selbst massiv gefährdest, oder Dir das Leben nehmen willst, dann muss ich Deine Mutter mit einbeziehen, das würde ich Dir dann aber auch vorher sagen. Okay?

Janine: Okay.

BHV: Kannst Du denn einmal sagen, was für Dich eigentlich das Hauptproblem ist?“

Janine: „... ich glaube, dass meine Mutter wegen der Schule so rumstresst.

BHV: Mmh, was passiert denn da, wenn es bei Euch zuhause wegen der Schule Stress gibt? Und warum passiert das?

Janine: Meine Mutter macht Stress, weil ich keine guten Noten mehr bekomme. Aber sie denkt eh immer nur, dass ich was wert bin, wenn ich „gut“ in der Schule bin. Dabei sind doch ganz andere Dinge wichtig im Leben. Ich hätte viel lieber Freunde und wäre anerkannt. Früher da konnte ich mit ihr über meine Probleme reden. Jetzt aber kritisiert sie mich nur noch und versucht mich zu kontrollieren. Dabei versteht sie doch einfach gar nichts! Sie soll mich einfach in Ruhe lassen!

BHV: Das heißt Du findest dass Du von Deiner Mutter zu oft kritisiert wirst?

Janine: Ich kann ihr nichts recht machen. Sie haben sie doch eben gehört. Ich habe aus ihrer Sicht zu wenig Freunde, ziehe mich zurück, mache keine Hausaufgaben, schreibe schlechte Noten, soll mich anders anziehen, soll aufhören zu ritzen, ich könnte die Liste unendlich fortsetzen. Und die Lehrer in der Schule sind auch nicht besser, keiner versteht, dass es gar nicht so einfach ist, alle Anforderungen zu erfüllen. Ich finde Schule man eben gar nicht so leicht, wie alle sagen. Wenn man ganz viel dafür tut, dann vielleicht, aber dann hat man keine Freunde, ist uncool. Man hat mich sogar schon mal als Oma-like bezeichnet.

BHV: „Okay, ich glaube ich weiß, was Du meinst, wenn Du sagst, dass sie Dich kritisiert, aber wie meinstest Du das mit dem kontrollieren?“

Janine: Naja, meine Mutter traut mir nix zu. Sie möchte am liebsten noch wie in der Grundschule jeden Tag die Hausaufgaben von mir sehen. Die zeige ich ihr aber nicht mehr. Außerdem muss ich ihr ständig sagen, wann ich komme und wohin ich gehe, sie fragt ständig

nach. Und jetzt wo sie einmal gesehen hat, dass ich ritze, will sie auch noch meine Arme jeden Tag sehen. Die hat doch keine Ahnung.

BHV: Wie gehst Du denn damit um, wenn Du Dich von Deiner Mutter kontrolliert fühlst? Wie reagierst Du darauf?

Janine: Ich versuche ihr auszuweichen, ihr nicht zu zeigen, wie es mir geht und sie möglichst wenig über mich wissen zu lassen. Ich will ihr möglichst wenig Grund geben, Fragen zu stellen oder unzufrieden mit mir zu sein. Ich versuche schon, es ihr recht zu machen und nicht aufzufallen. Aber das schaffe ich nicht immer. Ich strenge mich wirklich an: Ich will ja „ganz normal“ sein: Freunde haben, gut drauf und gut in der Schule sein und ihr keine Sorgen machen, aber egal was ich mache, es ist ja doch nie gut genug. Seit meine Mutter auch noch das mit dem Ritzen bemerkt hat, ist alles noch viel schlimmer geworden: Jetzt ist sie super misstrauisch und praktisch immer an mir dran'. Sie sagt, sie will ja nur mein Bestes, aber sie setzt mich damit total unter Druck.

BHV: Und wie ist das, wenn Du unter Gleichaltrigen bist – Du hast gesagt, dass Dir Freundschaften und die Anerkennung von anderen Jugendlichen auch wichtig sind. Wie läuft es denn da so für Dich – z. B. in Deiner Klasse? Hast Du da Freunde?

Janine: Irgendwie ist es da genauso: Denen in meiner Klasse kann ich es auch nicht recht machen. Die finden mich langweilig, weil ich eher ruhig bin, mich nicht so viel traue und nicht so viele Ideen habe. Ich wünschte, das wäre anders, aber ich weiß einfach nicht gut genug Bescheid, was gerade die angesagteste Musik ist oder das hipste Modelabel oder so. Die Luisa zum Beispiel, die neu bei uns in der Klasse ist, die kennt sich da richtig gut aus und hat zu allem eine Meinung. Aber sie ist nur mit den coolsten Mädchen aus unserer Klasse BFFs. Die sind auch alle ziemlich hübsch. Mich beachten die nicht so. Eine Zeit lang habe ich nach der Schule noch versucht, mit ihnen abzuhängen, aber es ist ihnen egal, ob ich dabei bin oder nicht. Was wirklich läuft in der Gruppe, so mit Jungs und so oder wo sich die anderen sonst noch treffen, das habe ich nie mitgekriegt, da wollen die mich nicht dabei haben. Ich war jetzt vielleicht noch nie so krass beliebt oder so, aber früher hatte ich meine beste Freundin Caro und noch ein paar andere Mädchen aus der Klasse, aber die Caro ist letztes Jahr weggezogen und irgendwie hat sich seither alles verändert. Jetzt gehöre ich einfach nicht mehr dazu. Ja, und in der Schule die Lehrer haben mich sowieso schon abgeschrieben – jetzt ist sogar schon meine Versetzung gefährdet.

BHV: Wenn Du eine Überschrift finden müsstest, dafür wie Du dich verhältst, wenn Du mit Deiner Mutter oder auch mit Gleichaltrigen zusammen bist, wie könnte die heißen?

Janine: „Ich weiß nicht ...?“

BHV: Mir ging gerade „ich kann es niemandem recht machen“ durch den Kopf. Kannst Du damit etwas anfangen?

Janine: „Hm ... ja, doch, das passt wahrscheinlich schon.“

BHV: Wie könnte man das denn als „Ich-Satz“ formulieren? Bei Ich-Sätzen geht es um Grundüberzeugungen die man in sich trägt, die mit „Ich bin ...“ beginnen, z.B. „Ich bin unfähig.“ Oder „Ich bin ungeliebt“ oder ... Hast Du eine Idee, wie dies bei Dir heißen könnte?

Janine: Mmh, ich weiß nicht. Ich bekomme eben nie was hin. Wenigstens nicht wenn ich mich kritisiert oder kontrolliert fühle. Dann bin ich die Voll-Versagerin.

BHV: Was wäre, wenn ich hier hinschreiben würde: Wenn ich mich kontrolliert und kritisiert fühle – das war unser Ausgangspunkt – fühle ich mich, als ob ich gar nichts kann ... Könnte man vielleicht auch sagen: wertlos?

Janine: Ja, eben so, als ob ich niemand wirklich etwas wert bin, weil ich nie gut genug bin: Nicht intelligent genug, nicht hübsch genug, nicht cool genug, einfach gar nichts. Nie kann ich es ihnen recht machen. Egal, wie sehr ich es versuche.

BHV: Genau. Dann würde ich hier als Grundüberzeugung eintragen: „Ich bin wertlos“. Und auch wenn Du versuchst „es allen Recht zu machen“, hast Du den Eindruck, dass es nicht ausreicht, um akzeptiert zu werden. Würde das passen, wenn ich das so hinschreibe?

Janine: „Ich denke schon ... vor allem habe ich Angst es nicht zu schaffen, es allen Recht zu machen.“

BHV: Dann sollten wir das hier auch noch hinschreiben: „Angst es nicht zu schaffen“, denn das ist ja die Folge aus dem, dass Du es allen Recht machen möchtest. Passt das?

Janine: Ja, ist okay.

BHV: Was hast Du denn in einer Situation in der Du es nicht hinbekommst es Deinem Gegenüber Recht zu machen noch für ein Gefühl, neben der Angst es nicht zu schaffen?

Janine: Mmh, Ich finde es anstrengend, immer so tun zu müssen, als wäre ich so oder so, vor den Mitschülern, den Lehrern, meiner Mutter. Manchmal denke ich mir: was soll ich eigentlich noch tun? Wenn ich es ihnen schon nicht recht machen kann, dann sollen sie mich doch in Ruhe lassen. Dann brauche ich mir wenigstens nicht ständig den Kopf zu zerbrechen, wie sie mich doch noch mögen könnten oder was mit mir verkehrt ist. Es macht mich traurig und unsicher gegenüber allen anderen. Ich weiß einfach nicht was richtig ist.

BHV: Du hast jetzt an Gefühlen einerseits Ärger aber auch Unsicherheit und Traurigkeit benannt, welches von den drei Gefühlen, denkst Du denn steht im Vordergrund?

Janine: Ich glaube, dass ich mich unsicher fühle.

BHV: Gut dann halte ich das mal als erstes Gefühl fest: „Ich fühle mich unsicher.“ Das ist kein schönes Gefühl. Was machst Du denn, wenn du Dich unsicher fühlst, damit es Dir wieder besser geht? Hast Du da schon etwas ausprobiert?“

Janine: Na ja, eigentlich will ich einfach, dass das aufhört, dass ich so angespannt bin. Aber da hilft mir ja nichts. Außer... außer das Ritzen halt. Wenn ich ganz verzweifelt bin, muss ich mich einfach ritzen, sonst komme ich einfach gar nicht mehr klar.

BHV: Wenn Du Dich sehr unsicher und angespannt fühlst, ist Deine Strategie, dass Du Dich ritzt? Kann ich Ritzen dann so, mit einem weiteren Pfeil aufzeichnen?“

Janine: Ja ...

BHV: Hilft das ritzen denn?

Janine: Ja und nein, ich fühle mich kurz besser, das hört sich jetzt bestimmt komisch an, aber der Druck lässt echt einen Moment lang nach, nach dem ritzen, und ich fühle mich handlungsfähig, habe die Kontrolle über das was in mir und um mich herum passiert, aber dann ...

BHV: Also, nachdem Du Dich geritzt hast, geht es Dir erstmal besser und Du fühlst Dich „in Kontrolle“. Aber dann, was ist dann?“

Janine: Dann sehe ich, was ich gemacht habe ... Wenn es dann vorbei ist, also, wenn der Druck weg ist, mich zu ritzen, dann sehe ich die Schnitte und komme mir erst Recht unfähig vor. Ich weiß dass es keine Lösung ist, das ist doch eigentlich voll psycho, sich zu ritzen. Eigentlich klar, dass mit so einer wie mir keiner was zu tun haben will. Wenn das auch noch in der Schule rauskommt, dann ist total alles aus. Reicht ja schon, dass meine Mutter deshalb jetzt so einen Aufstand macht. Jetzt habe ich sie vollends enttäuscht.

BHV: Das heißt, nach dem Ritzen, obwohl Du kurz erleichtert warst, und das Gefühl hattest die Kontrolle zu haben, denkst Du eigentlich noch viel schlechter von Dir?

Janine: „Ja, vor allem jetzt wo es noch meine Mutter das mitgekriegt hat, ist echt alles nur noch schlimmer. Jetzt ist sie noch mehr enttäuscht von mir und auch noch traurig, weil sie denkt, dass sie alles falsch gemacht hat und dass ich eine Therapie brauche. Also, das will ich ja gar nicht, dass sie sich Sorgen macht um mich und so. Ich will sie wirklich nicht enttäuschen, mir wäre viel lieber, alles wäre ganz normal mit mir – eben so wie sie sich das vorstellt. Oder die in meiner Klasse. Oder die Lehrer. Aber ich kann halt auch nicht immer so tun als wäre alles okay, wenn es das nicht ist. Wenn sie mich wenigstens in Ruhe lassen würde. Aber stattdessen macht sie nur noch mehr Stress.“

BHV: Könnten wir das so darstellen in unserem Diagramm, dass sich nach dem Ritzen der Kreis schließt, weil du dann eigentlich ganz ähnliche Gedanken hast, wie am Anfang – solche

Sachen wie: „Meine Mutter ist enttäuscht von mir“, was dann schließlich wieder zu solchen Ideen führt wie, ich bin nichts wert.' oder ‚ich kann gar nichts.'?

Janine: Ja... Nur noch mehr sogar.

BHV: Hast Du also insgesamt den Eindruck, dass es so etwa ablaufen könnte, wie ich es jetzt hier im Diagramm aufgeschrieben habe?: Du hast im Moment in verschiedenen Bereichen Deines Lebens, das Gefühl, es Anderen – einerseits Deiner Mutter und Deinen Lehrern, aber auch den Gleichaltrigen in Deiner Klasse, mit denen du gern befreundet wärst -einfach nicht recht machen zu können, obwohl Du Dich sehr um ihre Anerkennung bemühst. Das verunsichert Dich und bringt Dich unter Druck, wie Du sagst. Wenn das ganz stark wird, hast du herausgefunden, dass Ritzen Dir Erleichterung bringt. Allerdings – wie Du selbst gesagt hast – nur für eine kurze Zeit. Denn im Nachhinein denkst Du dann erst recht schlecht von Dir oder hast jedenfalls ganz ähnliche Gedanken wie vorher. Was dann wieder dazu führt, dass Du Dich nur noch schlechter fühlst, also vorher, wie du sagst. Und dann sind wir wieder am Ausgangspunkt und das Ganze könnte von vorne losgehen? Du kannst Dir das gerne nochmal ganz in Ruhe anschauen. Wenn Dir das Diagramm an irgendeiner Stelle doch nicht richtig vorkommt, lass uns überlegen, wie wir es verändern müssten, damit Du es stimmig findest.

Janine: Nein, doch, das stimmt schon so... leider.

Erarbeiten von möglichen ersten Verhaltensalternativen

BHV: „Janine, Du hast mir geholfen, Deine Schwierigkeiten besser zu verstehen, und auch gesagt, dass Du eigentlich ganz gern den Kreislauf durchbrechen würdest, weil Du Dich mit dem, wie es gerade ist, auch nicht wohlfühlst. Was denkst Du, an welchem Punkt in dem Diagramm könntest du am einfachsten etwas verändern? Wir nennen das „Exits“ – sprich Ausgänge aus dem Kreislauf finden.

Janine: Weiß nicht. Ich glaub nicht, dass ich da was ändern kann. Sonst hätte ich das doch schon getan.

BHV: Dann überlegen wir mal anders: An welchem Punkt würdest Du am liebsten was verändern?

Janine: Ich weiß nicht. Ich weiß wirklich gar nicht, wo ich da anfangen soll.

BHV: „Dann lass uns doch mal hier ziemlich am Anfang von unserem Diagramm beginnen. Wir hatten wir besprochen, dass Du dazu neigst, es anderen recht machen zu wollen, weil Du Dir davon ihre Anerkennung erhoffst. Bei mir ist auch hängen geblieben, dass Du gesagt hast, es strengt Dich an, immer so zu tun „als ob“. Kannst Du mir das näher erklären, was Du damit meinst?“

Janine: Naja, wenn ich Stress mit meiner Mutter vermeiden will, tue ich so, als ob ich die Schule ernst nehme und dort gut mitkomme. Bei den Lehrern ist es so ähnlich, da müsste ich so tun, als fände ich das spannend, was die erzählen, dabei weiß ich noch nicht mal, wofür ich das alles irgendwann mal brauchen soll, was wir in der Schule lernen sollen. Um Freunde zu finden müsste ich mich viel mehr trauen – in Discos gehen, mich total gut mit Musik auskennen, mit Klamotten oder Models oder so. Oder ich müsste total hübsch sein, damit sich auch die Jungs für mich interessieren. Sowas halt ...

BHV: Das hört sich ein bisschen so an, als würdest Dich diese Sachen selber gar nicht interessieren, sondern als würdest Du sie nur den anderen zuliebe tun. Bei der Schule verstehe ich das ja noch – das ist wirklich nicht immer leicht zu verstehen, wozu man die vielen Sachen lernen soll, die am Gymnasium so dran sind und manche Fächer interessieren einen eben auch wirklich einfach nicht, das kann schon vorkommen. Aber wie ist das denn mit Deinen Interessen: Interessierst Du Dich denn für Diskos, Musik und Klamotten oder Models?

Janine: „Na ja, Diskos und Models jetzt nicht so. Aber wenn ich das sagen würde – dass ich nicht die neuste Staffel von GNTM geschaut oder das Finale verpasst habe oder so – dann wäre ich ja gleich vollkommen out. Müssen die anderen ja nicht wissen, dass ich viel lieber Bücher lese – wie gesagt, es ist schon mal das Wort „Oma-like“ gefallen, das will ich nicht nochmal hören. Also mache ich halt mit. Klamotten und Musik, ja, das ist mir schon nicht egal. Aber ich höre eigentlich lieber was anderes als was gerade so angesagt ist – mehr so ältere Sachen, die die anderen nicht mehr cool finden. Mit Klamotten ist es genauso: Natürlich will ich nicht wie eine Oma rumlaufen, aber so Pink und Glitzer und Handtaschen und Make-up, das ist halt auch nicht so meins, steht mir auch gar nicht wirklich – irgendwie fühle ich mich da ganz verkleidet. Aber die Luisa und ihre Mädels wissen halt immer ganz genau was geht und was gar nicht. Und die haben halt das Sagen.

BHV: Das hört sich ja nicht gerade so an, als ob Du Dich wohlfühlst, wenn Du mitmachst, was die anderen sagen oder Dich dem anpasst, was sie vielleicht gut finden. Was wäre denn, wenn Du es einfach mal drauf ankommen lässt und anziehst, was Dir gefällt oder ihnen mal Deine Lieblingsmusik vorspielst?

Janine: „Nee, bloß nicht – das verstehen Sie nicht. Das geht wirklich gar nicht, dann finden die mich ja vollends uncool ...

BHV: Aber so wie Du es bisher versuchst, klappt es ja auch nicht so richtig, so wie ich das verstanden habe – Du fühlst Dich unwohl, weil Du Dich immer anpasst und es bringt Dir noch nicht mal die Anerkennung der anderen. Auch blöd, oder?

Janine: Ja, das stimmt schon. Aber ... Nein, das traue ich mich glaube ich wirklich nicht, einfach so mein eigenes Ding zu machen.

BHV: Aber ein bisschen Lust hättest Du vielleicht doch dazu ...?

Janine: Ja, naja, ich will ja auch nicht nur so eine Nachmacherin sein ...

BHV: Vielleicht wäre es dann eine Möglichkeit, dass Du, wenn Du mit den anderen abhängst, mal ganz genau beobachtest, ob Dich das, worum es gerade geht, eigentlich interessiert oder ob Du nur mitmachst, um dazuzugehören. Und wenn Du das Gefühl hast, es interessiert Dich nicht oder es stresst Dich sogar, dann überlegst Du was Du jetzt gerade lieber machen würdest. Nur für Dich. Dass die Luisa das vielleicht doof finden könnte, das kann ich mir ja noch vorstellen. Aber glaubst Du wirklich dass sich plötzlich alle Mädchen geändert haben? Gab es denn nicht vielleicht vorher auch ein paar Mädels, die ein wenig mehr in Deine Richtung gedacht haben?

Janine: Mmh, weiß nicht die Lilli vielleicht.

BHV: Okay, wenn wir davon ausgehen, dass Lilli, vielleicht auch nur mitmacht um dazuzugehören ...

Janine: Nee, so meinte ich es nicht, Lilli gehört schon dazu, nur ich gehöre nicht dazu. Aber Lilli, mochte früher eben auch noch zusätzlich andere Sachen.

BHV: Okay, also, wenn wir davon ausgehen, dass Lilli früher auch noch andere Sachen mochte, dann wäre es doch vielleicht mal ein Versuch wert ihr zu erzählen, was Du in dem Moment gerne sonst noch machen würdest. Womöglich findet sie Deine Vorschläge gut, und Du hattest Lilli nur noch nicht so sehr auf dem Schirm? Du musst ja nicht gleich alles anders machen als die anderen und Deine Klassenkameraden mit einem ganz anderen Stil überraschen, oder alles blöd finden, was ihnen gefällt. Aber vielleicht versuchst Du ein bisschen mehr drauf zu achten, was Dir selber eigentlich Spaß macht und probierst das aus auch anderen, z.B. Lilli, zu zeigen? Wäre das vorstellbar?"

Janine: Ok, ich versuch's mal.

BHV: Ok, das heißt, immer wenn Du Dich angestrengt fühlst, versuchst du, zu überlegen, ob Dir das, was Du gerade machst oder mitmachst überhaupt guttut. Ich schreibe jetzt als eine mögliche Veränderung in Deinem Verhalten hier rein: „Ich schaue was mir wirklich guttut“ hin, passt das?

Janine: Ok.

BHV: Kannst Du noch oder sollen wir eine kleine Pause machen, bevor wir noch besprechen, was Du an den anderen Stationen im Diagramm jeweils anders machen könntest?

Janine: Nee, is schon okay, danke ...

BHV: Wenn Du das Diagramm jetzt nochmal anschaust – gibt es jetzt einen Punkt, wo Du besonders dringend überlegen möchtest, wie Du dort den Kreislauf stoppen könntest, den wir hier erarbeitet haben? Oder sollen wir einfach der Reihe nach weiter vorgehen?"

Janine: Der Reihe nach ...

BHV: „Gut, also ... beim Punkt „ich versuche es allen recht zu machen“ haben wir besprochen, dass Du versuchen könntest, ein bisschen mehr darauf zu achten, ob das was die anderen wollen auch Dir guttut und dass Du versuchst, das Gewicht ein bisschen mehr auf Dich als auf die anderen zu verlagern. Wie sieht es nun aus mit dem Punkt „Ich habe Angst es nicht zu schaffen“? Da höre ich Überforderung heraus? Du auch?"

Janine: Ja.

BHV: Und was wäre dein Rat – an Dich selbst oder auch an jemand anderen, der oder die sich in einer Situation überfordert fühlt? Was könnte so jemand tun?"

Janine (zögernd): Um Hilfe bitten ...

BHV: Genau, wenn man etwas nicht alleine schafft, ist eine gute Idee, sich Unterstützung zu holen. Wie ist das bei Dir? Fällt Dir jemand ein, den Du ansprechen könntest, wenn Dir alles zu viel wird?"

Janine: Aber das ist es ja gerade ... Ich kann niemandem sagen wie es mir geht, weil mich keiner versteht. Das setzt mich ja gerade so unter Druck.

BHV: Ja, das habe ich verstanden. Aber lass uns doch nochmal überprüfen, ob das wirklich stimmt. Vielleicht gibt es ja doch noch jemanden, an den Du Dich wenden könntest, an den Du bisher nicht gedacht hast, aber der oder die Dich vielleicht doch ganz gut verstehen könnte? Oder es jedenfalls versuchen würde? Gibt es da wirklich niemanden?"

Janine: Ich glaube nicht ... Die Caro ist ja weg. Die Lilli scheint wenigstens mehr so bei der Clique von Luisa dabei zu sein, auch wenn ich das jetzt nochmal überprüfen werde und meine Tante Martina, die mir eigentlich echt wichtig ist, habe ich neulich auch enttäuscht, weil ich eine Verabredung abgesagt habe. Jetzt traue ich mich nicht mehr, mich bei ihr zu melden, weil sie mich jetzt bestimmt auch nicht mehr mag.

BHV: Hm, aber um das ganz sicher zu wissen, müsstest Du Tante Martina schon selber fragen, oder? Würdest du z. B. den Kontakt zu jemandem abbrechen, den Du gerne hast, nur weil die Person sich einmal nicht mit Dir treffen wollte oder konnte?"

Janine: Nein ...

BHV: Also könntest Du Dich mal bei Deiner Tante Martina melden und nachhören, wie es eigentlich aussieht und ob ihr euch nicht mal wieder treffen könnt und euch vielleicht ein bisschen unterhalten?

Janine: Ja, eigentlich schon ...

BHV: Angenommen, dass Du Tante Martina angerufen und herausgefunden hast, dass das ein Missverständnis war - dass Du sie gar nicht enttäuscht hast und sie Dich natürlich noch weiterhin treffen will – könnte sie dann vielleicht jemand sein, an den Du Dich wenden könntest, wenn Dir alles zu viel wird und Du Angst hast, nicht mehr alleine mit allem klarzukommen?

Janine: Eigentlich schon ... Tante Martina war immer schon entspannter als Mama ...

BHV: Dann schreibe ich hier einmal als mögliche Alternative zu „sich überfordert fühlen“ rein „um Hilfe bitten“.

Janine: Ja, ok, ich kann's ja mal versuchen ...

BHV: Gut, lass uns den nächsten Punkt anschauen: Falls es wieder zu einer Situation kommt, wo Du Dich innerlich sauer und angespannt fühlst : Tante Martina ist gerade nicht zu erreichen und ich bin gerade bei einem Termin und kann auch nicht gleich ans Telefon kommen - Du könntest Dich nämlich auch bei mir melden, wenn Du Dich überfordert fühlst, das hatte ich Dir sowieso noch sagen wollen ... Also nehmen wir an, irgendwie passiert es wieder, dass Du in so eine angespannte Stimmung kommst. Was könntest du tun, was Dich wieder entspannt? Gibt es da was, was Dir guttut und womit Du Dich runterbringen kannst?

Janine: Hm ... Musik hören vielleicht?

BHV: Musik ist immer gut. Allerdings kann Musik es einem noch schlechter gehen lassen, wenn sie ganz traurig ist, oder es einem besser gehen lassen, weil sie einen z.B. an etwas Schönes erinnert. Denkst Du da an eine bestimmte Musik?

Janine: Meine Lieblingsmusik halt. So Alternative Rock mit Gitarre und Texten von Leuten, die mehr so ticken wie ich. Creep von Radiohead zum Beispiel. Das kennt von den Leuten aus meiner Klasse gar keiner, dabei ist das ein super Lied. Echt traurig, aber ich mag es, weil ich mich echt verstanden fühle, wenn ich mir das anhöre. Schade, dass ich nicht in den frühen Neunzigern in England gelebt habe ...

BHV: Ich kenne das Lied nun nicht, was nichts heißen will, aber deswegen muss ich nachfragen: Wenn Du sagst, dass das Lied echt traurig ist, hilft es Dir denn trotzdem, sprich, geht es Dir dann besser, wenn Du es hörst oder schlechter?

Janine: Ich weiß was Sie meinen, und Sie haben glaube ich recht. Auch wenn ich Creep wirklich mag, bleibe ich dann eher in meiner traurigen Stimmung. Vielleicht sollte ich lieber

ein Lied nehmen, was ich gerne im Sommer gehört habe, z.B. Heartbeat song von Kelly Clarkson, was mehr upbeat ist.

BHV: Ich fand immer „I am what I am“ von Gloria Gaynor auch gut, aber wahrscheinlich liegt das vor Deiner Zeit ... aber wenn wir bei Musik bleiben, müsste die laut oder leise sein? Es gibt ja auch Kopfhörer, wenn Du befürchtest, dass Du deine Mutter stören könntest.

Janine: Eindeutig laut!

BHV: Gut, also, nächstes Mal, wenn Du Dich angespannt und innerlich sauer fühlst, hörst Du Dir Musik an die passt – ganz laut (Musik hören – laut). Alles klar?

Janine: Ja, klar!

BHV: Super, ich muss Dir wirklich ein großes Lob aussprechen – Du hast wirklich gute Ideen, wie Du Dir helfen kannst, jetzt wo wir uns mal diesen Kreislauf aufgezeichnet haben, kommt es mir gleich viel leichter vor, sich das zu überlegen – oder wie siehst du das?

Janine: Ja, das stimmt schon. Vorher habe ich mir das nie so überlegt, wie das alles zusammenhängt.

BHV: Und bist Du denn bereit, noch ein bisschen so weiter zu machen und noch für die restlichen Punkte zu überlegen, was Du tun könntest? Z. B. gleich hier: wenn Du Dich doch einmal wieder unsicher fühlst und denkst, dass du niemandem etwas wert bist...? Was wäre da eine mögliche Lösung? Denke man an den Gegensatz von „Rückzug“.

Janine: Wenn Sie das so sagen, wahrscheinlich in Kontakt gehen, aber mit wem?

BHV: Wenn ich jetzt daran denke, was Du von Deiner Mutter erzählt hast, was wäre mit Deiner Mutter? Hast Du das Deiner Mutter mal gesagt, dass Du Dich oft unsicher fühlst?

Janine: Das kann ich sie doch nicht so fragen ... ?!

BHV: Warum nicht?

Janine: Na, weil... weil sie mich nicht verstehen würde... genervt wäre... Weil, also gut, neulich habe ich sowas schon zu ihr gesagt – da, als das mit dem Ritzen rausgekommen ist. Daraufhin hat meine Mutter fürchterlich angefangen zu weinen und gemeint, dass ich ungerecht bin und sie das nicht verdient hat, weil sie doch nur mein Bestes will und dass sie mich wohl lieb hat und nicht versteht, warum ich so bin. Na ja, auf so ein Theater habe ich jedenfalls keinen Bock mehr.

BHV: Was meinst du: Vielleicht war das eine eher ungewöhnliche Situation, in der deine Mutter so reagiert hat – eine, in der Ihr beide sehr aufgewühlt wart und es sie sehr getroffen hat, so etwas von Dir zu hören? Wie wäre es, wenn wir das bei einem unserer nächsten Termine mal zusammen Deiner Mutter gegenüber ansprechen: Dass Du gerade so fühlst, als

ob Du ihr nur gut genug wärst, wenn Du bestimmte Anforderungen erfüllst. Und dann schauen wir mal, ob sie dem einfach so zustimmt. Wäre das ok, das Du nochmal versuchst, das anzusprechen, wenn ich dabei bin?

Janine: Nee, das will ich eigentlich nicht, und wenn dann später ...

BHV: Okay, dann stelle ich den Punkt mal erst einmal nach hinten aber ich hätte einen anderen Vorschlag: Hast Du denn schon etwas über sogenannte „Skills“ gehört und wie sie Dir dabei helfen können nicht zu Ritzen?

Janine: Nein ... Skills – was soll das denn sein?

BHV: Skills einzusetzen ist ein ganz hilfreiches Mittel um Spannungszustände, wie die, die Du mir beschrieben hast, in den Griff zu bekommen, möglichst ohne dass es zum Ritzen kommt. Erst mal musst Du Deine Anspannung einschätzen können und dann kannst Du erarbeiten, was Du bei niedriger, mittlerer und hoher Anspannung tun kannst, um sie jeweils zu reduzieren. Das sind dann die einzelnen Skills. Bei niedriger Anspannung reicht vielleicht schon so etwas aus wie wir vorhin besprochen haben: Musik hören, Sport treiben oder etwas anderes, wovon Du weißt, dass es Dich entspannt. Wenn Deine Anspannung bereits höher gestiegen ist, braucht es evtl. einen stärkeren Reiz, um Dich abzulenken – vielleicht einen intensiven Geruch einatmen oder auf etwas Scharfes beißen. Das Ziel wäre, dass Du Dir dann mit den Skills selbst helfen kannst Dich zu regulieren, und gar nicht erst ritzen musst. Wie hört sich das für Dich an?

Janine: Das finde ich interessant, ich würde gerne was anders tun können als zu ritzen, denn hinterher tut es doch weh ...

BHV: Super, dann würde ich hier jetzt einmal aufhören. Wir haben ganz schön viele mögliche Veränderungen gefunden. Findest Du nicht auch?

Janine: Ja, ich muss sagen, das habe ich nicht gedacht ...

BHV: Was meinst Du, sollen wir das Diagramm Deiner Mutter zeigen, oder möchtest Du es erst einmal für Dich behalten?

Janine: Das ist schon wieder eine schwierige Frage. Aber ich glaube, ich behalte es erst einmal für mich. Ich kann mir ja überlegen ob ich es ihr im Verlauf zeige.

BHV: Dann würde ich sagen, wir machen für heute hier Schluss. Ich kopiere Dir dann jetzt noch das Diagramm und gebe es Dir mit. Und dann würde ich Dir in ca. 1 Woche einen Brief schreiben in dem ich nochmal alles zusammenfasse. Und Du darfst kontrollieren ob ich es auch richtig verstanden habe. Wenn nicht, melde Dich. Ich gebe Dir auch noch meine Karte mit.

Was würden Sie in das Diagramm eintragen?

Bitte tragen Sie auch die gehörten „Exits“ mit ein.

Janine:

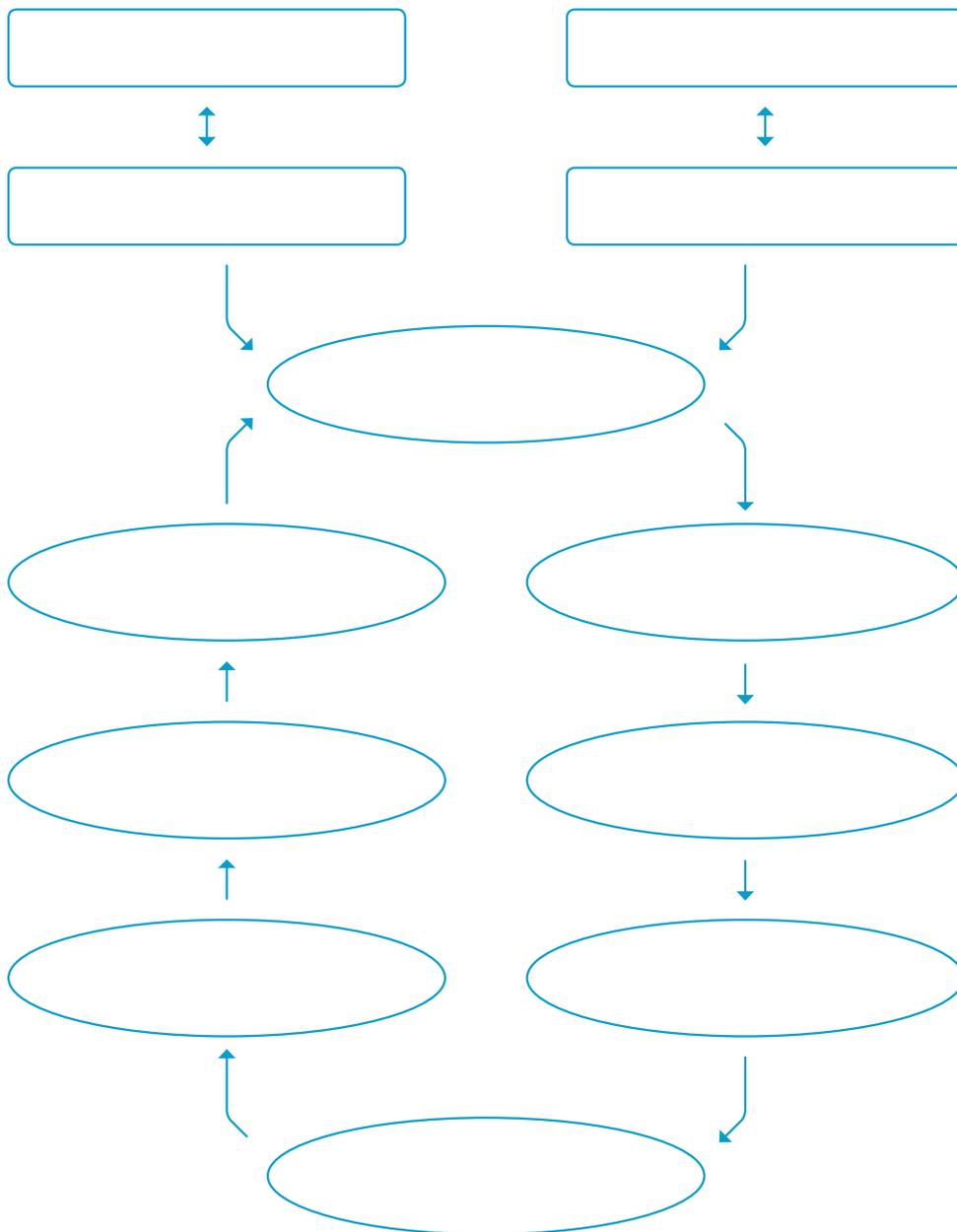


Abbildung 1: Diagramm Therapeutic Assessment

Einführung in die Intervention: Therapeutic Assessment

Isabel Böge

Modul 4: Intervention Teil I

Lerneinheit 3: Therapeutic Assessment

www.ccschool.de

Inhalt

1	Verständnis der zugrundeliegenden reziproken Rollen.....	2
2	Verständnis der dysfunktionalen Grundüberzeugungen.....	4
3	Erstellen des Therapeutic-Assessment-Diagramms (TA-Diagramms).....	4
4	Erarbeiten der „Exits“	7
5	Versenden eines zusammenfassenden Kurzbriefs	11
6	Quellenverzeichnis	12

Nach Abschluss des Diagnostikprozesses und des Schulbasierten Assessments erfolgt die Besprechung der vorliegenden diagnostischen Daten mit der/dem Behandlungsverantwortlichen, der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten sowie den Eltern, dem Kind/Jugendlichen und ggf. weiterer relevanter Personen (wie z.B. der Lehrkraft). Ist eine weitergehende schulbasierte Behandlung indiziert, erfolgt direkt im Anschluss an das Auswertungsgespräch die erste Intervention: Therapeutic Assessment (TA).

Ziel des Therapeutic Assessment ist es, gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen, ggf. unter Einbezug der Eltern:

- ▶ Ein gemeinsames Problemverständnis zu entwickeln.
- ▶ Eine Motivation zu erzeugen, das Problemverhalten ändern zu wollen.
- ▶ Beim Kind/Jugendlichen Zuversicht zu erzeugen, dass das Problemverhalten änderbar ist.
- ▶ Gemeinsam mögliche erste Lösungsvorschläge für das Problem zu erarbeiten.

Das Therapeutic Assessment besteht dabei aus 5 Elementen:

- ▶ Verständnis der zugrundeliegenden reziproken Rollen
- ▶ Verständnis der dysfunktionalen Grundüberzeugungen
- ▶ Erstellen des Therapeutic-Assessment-Diagramms (TA-Diagramms)
- ▶ Erarbeiten der „Exits“
- ▶ Versenden eines zusammenfassenden Kurzbriefs

Die Methode des Therapeutic Assessments wurde auf der Basis von Kognitiv Analytischer Therapie entwickelt (Ougrin, Zundel & Audrey 2010). Kognitiv Analytische Therapie ist eine fokussierte Kurzzeitintervention, welche unter Einbezug der Prinzipien von Kognitiver Verhaltenstherapie, Psychodynamischer Psychotherapie und Kognitiver Psychologie entwickelt wurde. Die Kognitiv Analytische Therapie legt den Schwerpunkt auf die Erarbeitung von pragmatischen Problemlösestrategien, welche aus einem gemeinsamen Verständnis von zugrundeliegenden dysfunktionalen Gedankengängen entwickelt werden.

1 Verständnis der zugrundeliegenden reziproken Rollen

Es wird davon ausgegangen, dass das Verhalten von Kindern und Jugendlichen aus den Verhaltensweisen und wechselseitigen Beziehungen entsteht, welche die Kinder oder Jugendlichen in ihren frühen Kindheitsjahren erlebt haben. So kann sich z.B. ein Kind, das von

den Eltern wenig Beziehungsqualität angeboten bekommen hat, alleingelassen gefühlt haben („Ich werde allein gelassen“ und „Ich bin allein“). Ein Kind, das sehr kritische Eltern gehabt hat, kann sich viel kritisiert gefühlt haben („Ich werde kritisiert“ und „Ich bin kritisiert“). Ein Kind das von den Eltern direkt oder indirekt abgelehnt worden ist, kann die Ablehnung internalisiert haben. („Ich werde abgelehnt“ und „Ich bin abgelehnt“). Ein Kind, das unter sehr enger Kontrolle gestanden hat, kann sich kontrolliert fühlen („Ich werde kontrolliert“ und „Ich bin kontrolliert“).

Dabei wird davon ausgegangen, dass diese wechselseitigen Beziehungsmuster bzw. reziproke Rollen **automatisiert** ablaufen, da sie **internalisiert** wurden. Zudem sind die wechselseitigen Beziehungsmuster **polarisiert**. Es gibt z.B. nur das kritisiert werden oder aber andere kritisieren, aber keine Empfindung für Mittelwege – als ob man in einem Fahrstuhl feststeckt, bei dem nur der Knopf für das oberste und das unterste Stockwerk funktioniert, nicht für die Zwischenstockwerke. Auch wenn solche wechselseitigen Beziehungsmuster früher im Sinne der Adaptation an das Verhalten der Erwachsenen hilfreich gewesen sein mögen, so sind sie doch in den allermeisten Fällen im Verlauf als **dysfunktional** anzusehen, da sie Grundüberzeugungen hervorrufen, die zu Problemverhalten führen. Solche früh erlebten wechselseitigen Beziehungsmuster sind zumeist **persistierend** und ohne einen reflektiven Prozess mit subsequenter bewusster Verhaltensänderung **schnell aktiviert in stressigen Situationen**, gerade wenn Kinder und Jugendliche **wenig alternative Handlungsstrategien** kennen.

Auch wenn das Konzept der wechselseitigen Beziehungen komplex ist, so kann man es Kindern und Jugendlichen in der Regel leicht erklären: „Wenn Du Dich in der Vergangenheit oft abgelehnt und zurückgewiesen gefühlt hast, dann reagierst Du immer heftiger im Verlauf auf genau solche Erfahrungen. Bis dahin, dass es dazu kommen kann, dass Du selbst andere ablehnt und zurückweist (auch Dich), um Angst, Traurigkeit und das Gefühl von Verletzung auszuhalten.“

Ein Beispiel einer Kommunikation in reziproken Rollen wäre:

Mutter: „Mir reicht’s, ich habe Dein Verhalten so satt. Ich will, dass Du ausziehst, ich ertrage Dich einfach nicht mehr“ => **Zurückweisen**

Tochter (weinend): „Ich kann es Dir aber auch nie recht machen.“ => **Sich zurückgewiesen fühlen**

Oder aber: Tina erinnert, dass ihre Mutter immer unzufrieden mit ihren Hausaufgaben gewesen sei (kritisiert werden), ihre Mutter habe Tina oft Aufgabenstellungen mehrfach machen lassen, bis sie diese dann akzeptiert habe (kontrolliert werden). Tina hat sich dann

unmotiviert und frustriert gefühlt und zuletzt keine Hausaufgaben mehr gemacht (sich kritisiert und kontrolliert fühlen).

2 Verständnis der dysfunktionalen Grundüberzeugungen

Beim Therapeutic Assessment geht es darum, diese zugrundeliegenden wechselseitigen Beziehungsmuster zu eruieren und daraus abgeleitete dysfunktionale Grundüberzeugungen zur eigenen Person zu erkennen. Dysfunktionale Grundüberzeugungen sind Gedanken, Gefühle, Ideen oder Bilder die ein Kind/Jugendlicher von sich hat und die Basis seines/ihres Handelns darstellen.

Wichtige wechselseitige Beziehungsmuster mit daraus resultierenden dysfunktionalen Grundüberzeugungen sind z.B.:

Tabelle 1: wechselseitige Beziehungsmuster und resultierenden dysfunktionalen Grundüberzeugungen

Elterliches Verhalten	Kindliche Wahrnehmung	Resultierende Grundüberzeugung
Kritisierend	Sich kritisiert fühlen	„Ich kann nichts“
Kontrollierend	Sich kontrolliert fühlen	„Ich bin dumm“
Verlassen	Sich allein fühlen	„Ich bin wertlos“
Zurückweisen	Sich zurückgewiesen fühlen	„Ich bin nicht liebenswert“
Grenzüberschreitend	Sich ohne Grenzen fühlen	„Ich darf nicht ich selbst sein“
Verurteilend	Sich verurteilt fühlen	„Ich verdiene Strafe“

3 Erstellen des Therapeutic-Assessment-Diagramms (TA-Diagramms)

Hat man den zugrundeliegenden Entstehungsmechanismus sowie die dysfunktionalen Grundüberzeugungen verstanden, geht es im nächsten Schritt darum, daraus resultierende

repetitive (oftmals problematische) Verhaltensweisen gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen nachzuvollziehen und diese im Versuch ein gemeinsames Problemverständnis zu erlangen in einem Kreislauf aufzuzeichnen.

Beispiel

Max berichtet, dass er sich inzwischen bei vielen Aufgabenstellungen nicht konzentrieren könne und sich dann **einfach „dumm“ fühle**. Er wisse, dass er diese eigentlich verstehe, aber sobald ihm jemand **versuche etwas extra zu erklären** blockiere er. Er fühle sich dann im Nachgang schlecht und habe das Gefühl etwas falsch gemacht zu haben. Meist sei er dann **sauer und angespannt**. Daraufhin **entstehe in ihm Druck**, den er nicht abzubauen wisse, und **dann trinke er**. Es sei dann kurzzeitig besser, da **alles egal und cool** sei, aber letztendlich fühle er sich dann wieder schlecht, weil auch das Trinken ja etwas sei, was seine Eltern nicht wollen. Wenn diese mitbekommen würden, dass er mit seinen Freunden konsumiere, **würden sie ihm das Treffen mit seinen Freunden verbieten**, und ihm sagen, er solle stattdessen lernen. Er würde aber in solchen Situationen nix auf die Reihe bekommen und sich schon gar nicht auf die Matheaufgaben konzentrieren können, die sein Vater ihm stelle. Deswegen seien dann oft seine Lösungen falsch. Wenn der Vater diese kontrolliere und schimpfe, dann fühle sich Max **schon wieder dumm**.

Erstellt man auf Basis dieser Konstellation ein TA-Diagramm, würde dieses wie folgt aussehen:

Wechselseitige Beziehungen oder Reziproke Rollen

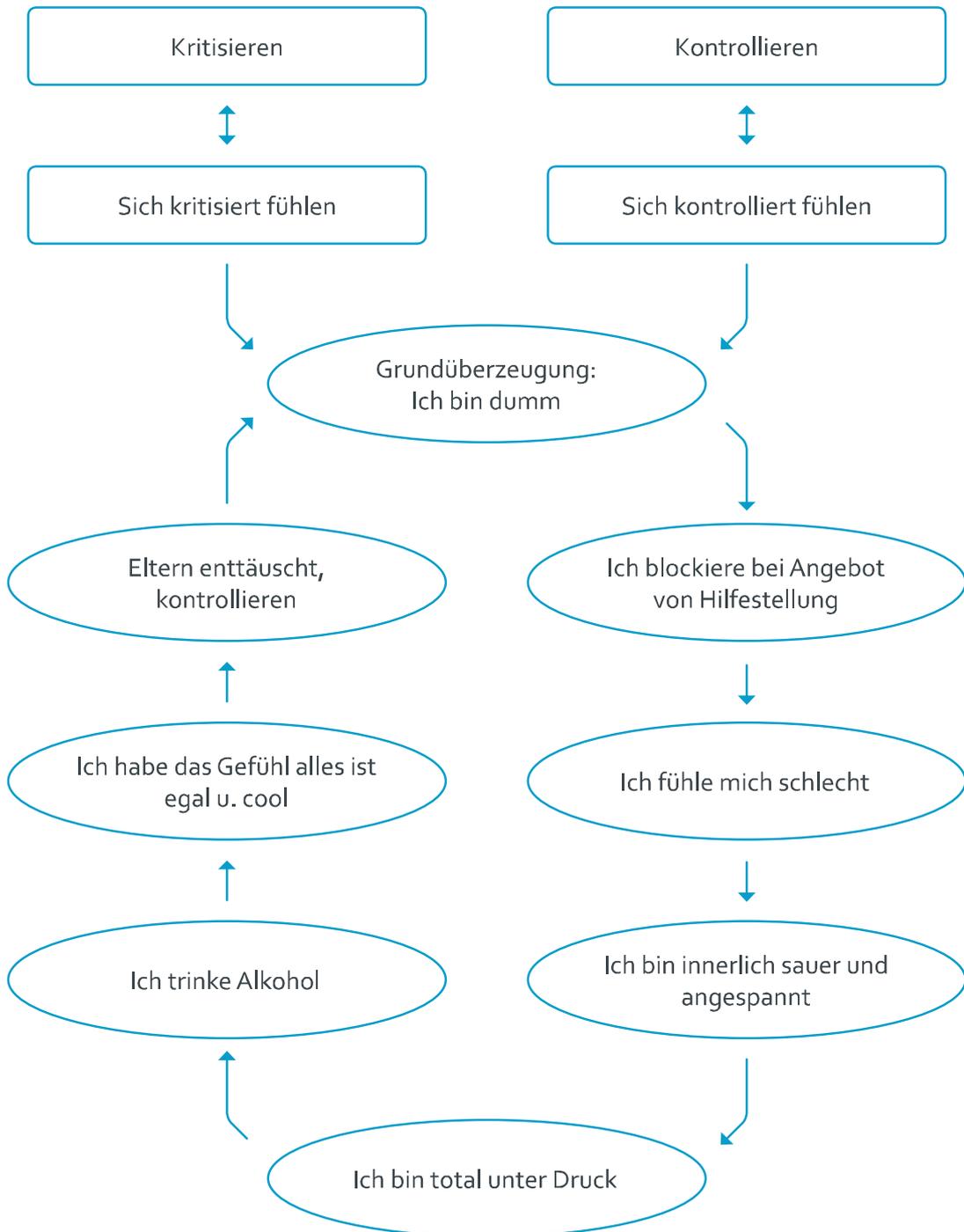


Abbildung 1: Wechselseitige Beziehungen oder Reziproke Rollen

4 Erarbeiten der „Exits“

In dem nächsten Schritt sollen mit dem Kind/Jugendlichen mögliche Exits (Auswege im Sinne von Verhaltensalternativen) aus dem Teufelskreis erarbeitet werden. Hier können verschiedene Elemente therapeutischer Methoden einfließen, je nach Schwerpunkt der/des Behandlungsverantwortlichen. Ziel ist es in möglichst guter Kooperation mit dem Kind/Jugendlichen gemeinsam Lösungsmöglichkeiten für das Problemverhalten zu erarbeiten. Mögliche Methoden sind, Methoden ...

- ▶ der Kognitiven Verhaltenstherapie
- ▶ des Problemlösetrainings
- ▶ der Systemischen Therapie
- ▶ von Zukunftsorientierte Fragestellungen
- ▶ des Motivational Interviewing
- ▶ des Mentalisierens
- ▶ der Interpersonellen Psychotherapie
- ▶ von Emotionsregulationsstrategien

Exits können dabei jegliche funktionale Handlungen, Dinge, Personen sein, die für das Kind/den Jugendlichen hilfreich zu sein scheinen um veränderte Handlungsweisen auszuprobieren. Dabei sollten Exits realistisch und leicht umsetzbar sein.

Im Falle von Max benannte dieser im Gespräch: *„Naja, eigentlich weiss ich, dass ich nicht dumm bin, ich habe ja meist auch gute Noten in der Schule, zuletzt habe ich 13 Punkte in Englisch geschrieben. Vielleicht sollte ich einfach keine Mathe-Hausaufgaben mehr mit meinem Vater machen. Meist bin ich ja derjenige, der, wenn er was nicht versteht, um Hilfe bittet. Vielleicht kann ich auch jemanden aus der Schule um Hilfe bitten. Wenn ich dennoch zu Hause mit meinem Vater aneinandergerate und das Gefühl kommt, dass ich etwas nicht schnell genug verstehe, könnte ich mir ja vielleicht als erstes den Brief von Tanta Sarah holen. Die fand mich nämlich immer toll – hat sie wenigstens gesagt – und hat mir das auch mal geschrieben. Ich habe mich damals riesig gefreut und den Brief aufbewahrt. Er liegt in meinem Tagebuch. Meist hilft es diesen zu lesen. Wenn ich dennoch sauer und angespannt bin, könnte ich eine Runde Joggen gehen, denn Bewegung tut mir immer gut und meist komme ich danach runter(...)“*

Die möglichen von dem Kind/Jugendlichen veränderten Verhaltensweisen (Exits) werden dann dem TA Diagramm zugefügt. Es sollten wenn möglich so viele Exits wie möglich

gefunden werden. Es ist dabei aber darauf zu achten, dass die Vorschläge wenn irgend möglich vom Kind/Jugendlichen kommen und nicht primär von der Therapeutin/vom Therapeuten entwickelt werden, wenngleich diese/r Vorschläge machen kann.

Max´ TA- Diagramm mit Exits

Wechselseitige Beziehungen oder Reziproke Rollen

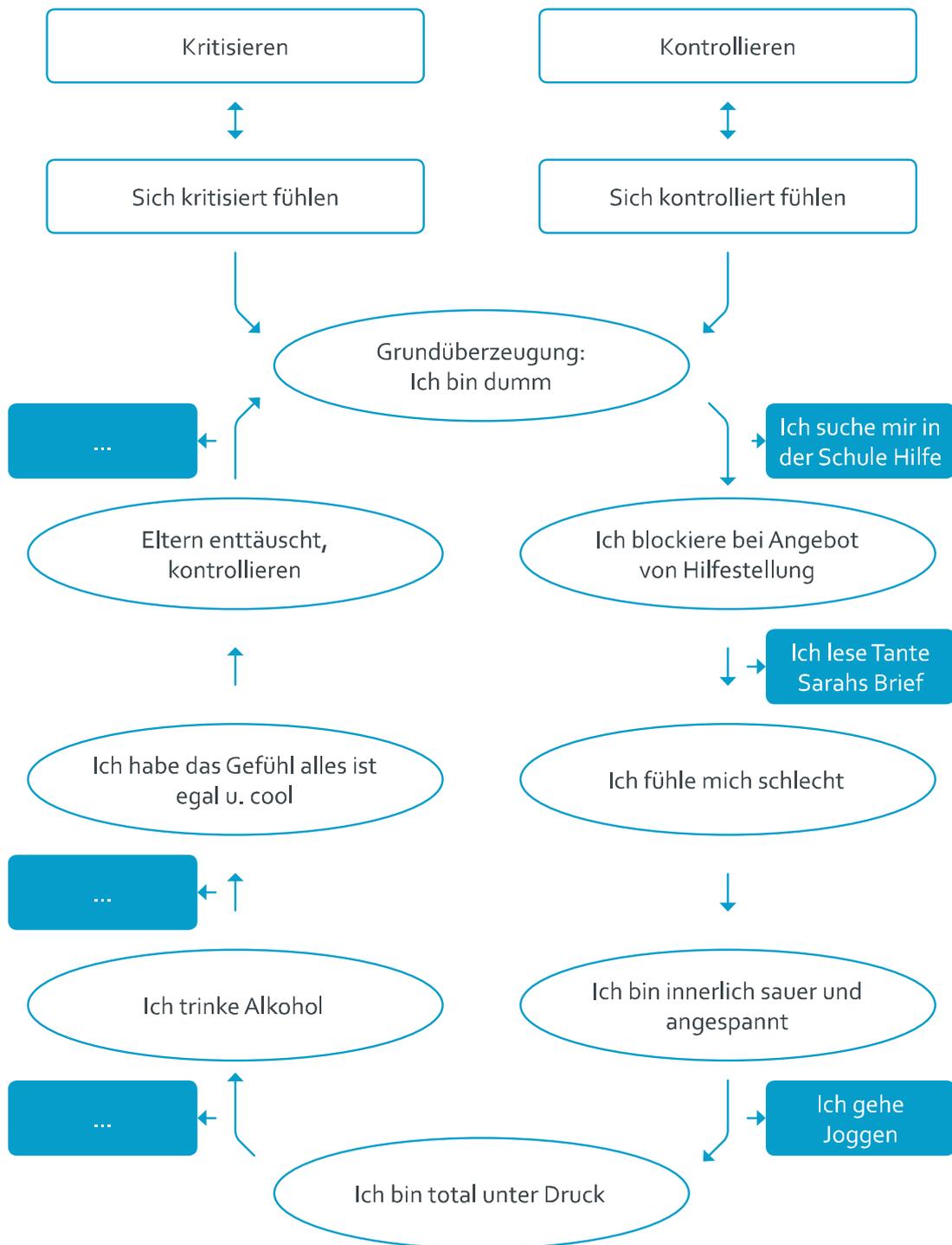


Abbildung 2: wechselseitige Beziehungen oder Reziproke Rollen

Dem Kind/Jugendlichen wird dann eine Kopie des Diagramms mit der Bitte die erarbeiteten „Exits“ auszuprobieren mitgegeben.

5 Versenden eines zusammenfassenden Kurzbriefts

Als letzter Schritt wird **eine Woche nach dem stattgehabten Termin** von der/dem Behandlungsverantwortlichen ein persönlicher Brief zusammen mit einer zweiten Kopie des Diagramms dem Kind/Jugendlichen nochmals zugeschickt. In dem Brief werden

- ▶ das erlangte therapeutische Verständnis des Problemverhaltens,
- ▶ die erarbeiteten Inhalte sowie die
- ▶ benannten Lösungsmöglichkeiten

zusammengefasst, um die Intervention des Therapeutic Assessment in Erinnerung zu rufen, sowie die Motivation zur Anwendung der alternativen Verhaltensalternativen zu verstärken.

Nach 4 Wochen erfolgt eine telefonische Rückfrage zwischen dem BHV bzw. der BHV, den Eltern und dem Kind/Jugendlichen, ob sich Änderungen ergeben haben.

6 Quellenverzeichnis

Ougrin D, Zundel T & Audrey V Ng (2010): Self Harm in Young People – A Therapeutic Assessment manual. Hodder Arnold.

Evaluation der Behandlungseffekte

Isabel Böge

Zum Abschluss der CC-School Behandlung erfolgt die Evaluation der Behandlungseffekte anhand der eingesetzten Fragebögen bzw. Dokumentationen, die das Kind/die/der Jugendliche, die Eltern und die/der CCSchool-Therapeutin/-Therapeut sowie die/der Behandlungsverantwortliche ausfüllen.

Dafür werden folgende Themen an bis zu vier Zeitpunkten wiederholt erhoben:

- ▶ Goal Attainment Scaling: Gemeinsame Evaluation des Ausmaß der Zielerreichung (in Prozessen C)
 - mit dem Kind/Jugendlichen und der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten
 - sowie zwischen der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten und der/dem Behandlungsverantwortlichen (BHV)

Ebenfalls sollte an dieser Stelle dann mit dem Kind/Jugendlichen und dessen Eltern, ggf unter Einbezug der Lehrkraft besprochen werden, inwieweit weitere Maßnahmen als erforderlich gesehen werden oder aber der Prozess als abgeschlossen gewesen werden kann.

- ▶ C-GAF (BHV) und CIS (Kind/Jugendliche/r und Eltern) zur Beurteilung des nun vorliegenden psychosozialen Funktionsniveaus
- ▶ KIND-L (Kind/Jugendliche/r bzw. Eltern) zur Erhebung der Lebensqualität zum Abschluss des Prozesses
- ▶ Die individuelle Patientenzufriedenheit mittels dem Patientenzufriedenheitsbogen jeweils nach Prozess A, B und C (Kind/Jugendliche/r bzw. Eltern) (siehe Bögen unter dem Button „Download“ in dieser Lerneinheit)
- ▶ Die Fehlzeiten in der Schule während des Behandlungszeitraums (Eltern)
- ▶ Mögliche Krankenhausaufnahmen während der Behandlungszeit in Tagen (Eltern)

Tabelle 1: Übersicht der zu erhebenden Daten

-	Eltern	Kind/Jugendliche/r	CCSchool-Therapeutin/- therapeut, Behandlungsverantwortliche/r
CIS	x	x	-
C-GAF	-	-	Behandlungsverantwortliche/r
KIND-L	x	x	-
Goal Attainment Scaling	-	-	CC-School-Therapeutin/- therapeut, Behandlungsverantwortliche/r
Patientenzufriedenheit	x	x	-
Fehlzeiten Schule	x	-	-
Krankenhausaufnahme (in Tagen)	x	-	-

Überblick Interventionspfade

Isabel Böge

Der Prozess C „Schulbasierte Behandlung“ wird in zwei Varianten durchgeführt: In der **Variante 1 „Normalfall“** umfasst der Prozess 4-6 Termine der/des CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten in der Schule (alle 2 Wochen über 3 Monate, dazwischen Kontakt per E-Mail möglich). In der **Variante 2 „Komplizierter Fall“** umfasst der Prozess 6-12 Termine des der/des CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten in der Schule (wöchentlich über 3 Monate, dazwischen bedarfsweise Kontakt per Telefon). Darüber hinaus findet fallübergreifend pro Monat ein Termin der/des **CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten** mit der/dem **Behandlungsverantwortlichen** zur Abstimmung und Supervision statt. Die/der **Behandlungsverantwortliche** überprüft zu den im Interventionsplan festgelegten Meilensteinen, ob die Behandlungsziele – operationalisiert anhand des Goal Attainment Scaling sowie von instrumentenspezifischen Schwellenwerten (C-GAF, CIS, SDQ) – erreicht sind und der Prozess beendet werden kann.

1 Variante 1 „Normalfall“

In aller Regel werden die Schülerinnen und Schüler mit einer psychischen Störung mit Behandlungsbedarf bei schulbasierter Problematik in der Variante 1 „Normalfall“ behandelt. Diese Schülerinnen und Schüler sind mit normaler Behandlungsintensität (alle 2-3 Wochen) erreichbar und zeigen (als Anhaltwert) in **einem Bereich** der C-GAF **deutliche** oder aber in **zwei Bereichen mäßige** Auffälligkeiten.

Beispiele: Dies könnten Schülerinnen und Schüler mit einer ausgeprägten Schulunlust sein, welche zunehmend in eine depressive Stimmung mit sozialem Rückzug mündet. Oder es sind Schülerinnen und Schüler mit einem bisher noch nicht nachhaltig behandelten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, welches mäßig ausgeprägt ist, das aber aufgrund der Konzentrationsprobleme nun z.B. Leistungsprobleme macht, oder es sind Schülerinnen und Schüler mit umschriebenen sozialen Ängsten bzw. Prüfungsängsten, welche z.B. Auswirkungen auf den Selbstwert bzw. Leistungen haben u.a.m.

Die Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau in einem oder zwei Bereichen fallen dem Umfeld dabei auf und werden in den vorherigen Testungen auch beschrieben, sind aber noch nicht in dem Maße limitierend, dass sie eine völlige Funktionsunfähigkeit bedingen.

Die erste Intervention des **Therapeutic Assessment** aus Prozess B hat leider noch keine durchschlagende Veränderung erbracht. Es wird daraufhin der Schule, den Eltern und der Schülerin/dem Schüler in 4-6 Terminen (ca. alle zwei Wochen) eine Intervention vor Ort, in der Schule, unter Einbezug der relevanten Personen angeboten. Dabei soll diese Intervention problemfokussiert je nach Angeboten der/des CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten stattfinden. Es besteht keine manualisierte Vorgabe, sondern die Maßnahmen in der Schule werden der Schülerin/dem Schüler und ihrem/seinem Problembereich individuell angepasst. In der Regel sollten die 4-6 Termine in der Schule enthalten:

- ▶ eine Einheit Psychoedukation für die Schülern/den Schüler, mit Erarbeiten von einem ersten Verständnis der Problematik sowie ersten Möglichkeiten von verändertem Verhalten,
- ▶ eine Einheit Psychoedukation für die zuständigen Lehrkräfte,
- ▶ sowie dann 2-3 Einheiten mit der Schülerin/dem Schüler zum Erstellen von konkreten individualisierten Skilllisten/Verhaltenstherapieplänen/Ressourcen des Kindes/Jugendlichen und Vorschlägen zur Umsetzung/Einsetzen derselben,
- ▶ eine Einheit zur Evaluation der erarbeiteten Kompetenzen und Planung des weiteren Prozederes.

Um in den oben beispielhaft benannten konkreten drei Beispielen zu bleiben, würde dies z.B. bedeuten:

- ▶ Bei einer Schülerin/einem Schüler mit einer ausgeprägten Schulunlust, welche zunehmend in eine depressive Stimmung mit sozialem Rückzug mündet:
 - Psychoedukation mit dem Kind/Jugendlichen zum Thema Depression ggf. unter Einbezug der Lehrkraft. Konkrete Vorschläge zur Unterstützung des Kindes/Jugendlichen von Seiten der Lehrkraft, z.B. durch positive Verstärkung bei gelingenden Leistungen sollten erarbeitet werden
 - Erarbeiten mit dem Kind/Jugendlichen von eigenen Ressourcen mit Focus auf Motivation durch Erfolgserlebnisse
 - Besprechen von Emotionsregulationsstrategien sowie weitergehender Unterstützung, wo erforderlich.

- ▶ Bei einer Schülerin/einem Schüler mit einem bisher noch nicht nachhaltig behandelten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, welches mäßig ausgeprägt ist, und aufgrund dessen die Schülerin/der Schüler zunehmend bei Konzentrationsproblemen Leistungsprobleme entwickelt, können Elemente sein:
 - Psychoedukation zum Thema ADHS für die Schülerin/den Schüler ggf. unter Einbezug der Eltern (wegen Hausaufgabensituationen)
 - Psychoedukation der Lehrkräfte mit z.B. Vorschlägen zur Änderung der Sitzordnung, oder Hilfestellungen zur Fokussierung der Aufmerksamkeit
 - Konzentrationstraining mit der Schülerin/dem Schüler
 - Klärung der Frage nach der Notwendigkeit von Medikation mit den Eltern und der Schülerin/dem Schüler
 - Stärken der eigenen Ressourcen der Schülerin/des Schülers
- ▶ Bei einer Schülerin/einem Schüler mit umschriebenen sozialen Ängsten bzw. Prüfungsängsten, welche z.B. Auswirkungen auf den Selbstwert bzw. Leistungen haben:
 - Erarbeiten der konkreten Ängste mit Erstellen einer Angsthierarchie
 - Erarbeiten von Angstexpositionsaufgaben welche dann begleitet ausgeführt werden
 - Ressourcenarbeit zur Stärkung des Selbstwerts und Selbstwirksamkeitserlebens
 - Psychoedukation des Umfelds (Lehrkräfte, Eltern) um Unterstützungsmaßnahmen für die Schülerin/den Schüler installieren zu können.

Die zu installierenden Maßnahmen (siehe auch Liste an Vorschlägen für Behandlungselemente in Lerneinheit 5.3) sollten vor Beginn der Behandlung in einer Behandlungsplanung festgehalten werden (siehe Lerneinheit 5.2) und am Ende der 4-6 Termine per Goal Attainment Scaling evaluiert werden. (Siehe Lerneinheit 5.4)

Eltern, Lehrkräfte und Kind/Jugendliche/r erhalten die Möglichkeit von Kontaktaufnahme zwischen den Behandlungselementen per E-Mail.

2 Variante 2 „Komplizierter Fall“

Die Variante „Komplizierter Fall“ unterscheidet sich von der Variante „Normalfall“ v.a. durch die nötige Intensität der anzubietenden Interventionen (8-12 Termine wöchentlich). Die Variante 2 sollte nicht bei mehr als bei 20% der Fälle indiziert werden. Diese soll den

Kindern/Jugendlichen angeboten werden, bei denen von der/vom Behandlungsverantwortlichen eine hohe Intensität von Terminen für nötig erachtet wird, da schwere psychosoziale Funktionseinschränkungen vorliegen, sie z.B. **fast funktionsunfähig in einem Bereich, deutlich beeinträchtigt in zwei Bereichen oder mäßig aber übergreifend beeinträchtigt in allen Bereichen** sind. Die Indikationsstellung für einen komplizierten Fall muss begründet werden: weil ... vorliegt, wird bei Schülerin/Schüler X die Variante 2 „komplizierter Fall“ indiziert.

Beispiele: Variante 2 umfasst z.B. Kinder/Jugendliche welche schon eine manifeste Depression mit kompletten sozialem Rückzug und Desintegration aus der Klassengemeinschaft entwickelt haben (komplette Funktionsunfähigkeit in dem Bereich soziale Kontakte). Oder aber aufgrund eines ausgeprägten ADHS mit ggf. auch vorherigen uneffektiven Behandlungsversuchen, schulisch sowohl im Sozialverhalten aufgrund von impulsivem und störenden Verhalten sowohl Schwierigkeiten in der Klassengemeinschaft aufweisen als auch Leistungseinbrüche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zeigen (deutliche psychosoziale Funktionsunfähigkeit in zwei Bereichen: soziale Kontakte und schulisches Leistungsvermögen). Oder aber Kinder/Jugendliche welche selbstverletzendes Verhalten aufweisen mit Stimmungseinbrüchen, Konflikten in der Familie und Schulabsentismus sowie subsequentem Leistungsversagen (mäßige übergreifende psychosoziale Funktionsunfähigkeit in fast allen Bereichen: soziale Kontakte, Selbstfürsorge, Familie, Schule).

Auch bei der Variante 2 finden die Interventionen durch die/den CCSchool- Therapeutin/-Therapeuten aufsuchend in der Schule und im Lebensumfeld statt. Es werden die gleichen Interventionselemente angewandt, allerdings finden diese in einer höheren Frequenz und somit auch mit direkteren Rückmeldungen statt. Zusätzlich sind Telefonkontakte möglich.

Behandlungselemente könnten bei den benannten Beispielfällen wie folgt sein:

- ▶ Bei Kindern/Jugendlichen welche eine manifeste Depression mit kompletten sozialem Rückzug und Desintegration aus der Klassengemeinschaft entwickelt haben:
 - Mehrere psychoedukative Einheiten mit Erarbeitung eines Krankheitsverständnisses
 - Eine Einheit zur Psychoedukation der Lehrkräfte
 - Eine Einheit zur Psychoedukation der Eltern und ggf. Diskussion von antidepressiver Medikation
 - Eine Einheit zur Erarbeitung eigener Ressourcen
 - Konkrete Erarbeitung von Freizeitgestaltung/Veränderung eigener Handlungen

- Üben prosozialer Verhaltensweisen/Stärkung sozialer Kompetenzen
 - Entspannungsübungen/Achtsamkeitstraining
 - Besprechen von Emotionsregulationsstrategien sowie weitergehender Unterstützung, wo erforderlich.
- ▶ Bei Kindern und Jugendlichen mit ausgeprägten ADHS mit ggf. auch vorherigen uneffektiven Behandlungsversuchen, welche schulisch sowohl im Sozialverhalten aufgrund von impulsivem und störenden Verhalten Schwierigkeiten in der Klassengemeinschaft aufweisen als auch Leistungseinbrüche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zeigen:
- Mehrere Psychoedukative Einheiten mit dem Kind/Jugendlichen zu ADHS
 - Eine Einheit mit den Lehrkräften zum Umgang mit ADHS Schülern
 - Eine Einheit mit den Eltern zum Umgang mit ADHS-Kindern/Jugendlichen und Diskussion, Überprüfung der aktuellen Medikationsstrategie
 - Konzentrationstraining
 - Übungen zur Impulskontrolle
 - Etablieren von Verstärkerplänen für positives, prosoziales Verhalten
 - Soziales Kompetenztraining
- ▶ Bei Kindern/Jugendlichen welche selbstverletzendes Verhalten mit Stimmungseinbrüchen und Schulabsentismus sowie subsequentem Leistungsversagen aufweisen:
- Mehrere Einheiten zur Psychoedukation zum Thema selbstverletzendem Verhalten inklusive Erarbeiten von persönlichen Skills und subsequentes Skillstraining
 - Psychoedukation der Lehrkräfte zum Umgang mit Selbstverletzendem Verhalten bei einzelnen Schülerinnen/Schülern aber auch der möglichen entstehenden Gruppendynamik
 - Psychoedukation der Eltern zum Umgang mit einem Kind/Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten
 - Erarbeiten eines gemeinsamen Verständnisses von der Funktion des selbstverletzendem Verhalten und ggf. Anbieten von ursachenspezifischen Interventionen
 - Stärkung von sozialen Kompetenzen

- Erarbeitung von Emotionsregulationsstrategien
- Evaluation eigener Kompetenzen gegen Ende der Behandlung und Evaluation von der Notwendigkeit weiterer therapeutischer Anbindung.

Nachdem von der/dem Behandlungsverantwortlichen gemeinsam mit der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten entschieden wurde, welche Variante dem Kind/Jugendlichen zur Verfügung gestellt wird, erfolgt eine Behandlungsplanung (siehe Lerneinheit 5.2).

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf A (Diagnostik)

Isabel Böge

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf A (Diagnostik): Kind/Jugendlicher

Hallo!

Wir würden Dir zum Abschluss der Diagnostikphase gerne noch drei kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja, was wir besser machen können. Es wäre toll, wenn Du die beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit den Ablauf der Tests in der Diagnostikphase?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Würdest Du eine Teilnahme an der Diagnostikphase des CCSchool-Projektes einem anderen Kind/Jugendlichen empfehlen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ja | Eher ja | Vielleicht | Eher nein | Nein |

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Diagnostikphase anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf A (Diagnostik): Eltern

Liebe Eltern,

um zu wissen, was wir im Verlauf besser machen können, würden wir Sie bitten, die folgenden drei Fragen zur Diagnostikphase zu beantworten.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit den Ablauf der Tests in der Diagnostikphase?

Vollkommen
Zufrieden

Meistens
zufrieden

Teils/Teils
zufrieden

Eher nicht
zufrieden

Gar nicht
zufrieden

Würden Sie einem Kind/Jugendlichen von jemandem den Sie kennen, eine Teilnahme an der Diagnostikphase des CCSchool-Projektes empfehlen?

Ja

Eher ja

Vielleicht

Eher nein

Nein

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Diagnostikphase anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf B (Schulbasiertes Assessment)

Isabel Böge

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf B (Schulbasiertes Assessment): Kind/Jugendlicher

Hallo!

Zum Abschluss des Schulbasierten Assessments würden wir Dir gerne vier kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja, was wir besser machen können. Es wäre toll, wenn Du die beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit dem Besuch der Projektmitarbeiterin/des Projektmitarbeiters in der Schule?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Wie zufrieden warst Du mit dem Gespräch, bei dem anhand des Therapeutic Assessment, erste Lösungsansätze im Diagramm erarbeitet wurden?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Würdest Du eine Teilnahme an dem Schulbasierten Assessment des CC-School-Projektes einem anderen Kind/Jugendlichen empfehlen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ja | Eher ja | Vielleicht | Eher nein | Nein |

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir beim Schulbasierten Assessment anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf B (Schulbasiertes Assessment): Eltern

Liebe Eltern,

Zum Abschluss des Schulbasierten Assessments würden wir Sie gerne bitten, uns vier kurze Fragen zu beantworten, um zu wissen, was wir im Verlauf besser machen können.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit Ablauf des Schulbasierten Assessments?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Wie zufrieden waren Sie mit dem anhand des Therapeutic Assessment erarbeiteten ersten Lösungsansatz?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Würden Sie einem Kind/Jugendlichen von jemandem den Sie kennen, eine Teilnahme an dem Schulbasierten Assessment des CC-School-Projektes empfehlen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ja | Eher ja | Vielleicht | Eher nein | Nein |

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir beim Schulbasierten Assessment anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf C (Schulbasierte Behandlung)

Isabel Böge

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf C (Schulbasierte Behandlung): Kind/Jugendliche/r

Hallo!

Zum Abschluss der Schulbasierten Behandlung würden wir Dir gerne noch einmal vier kurze Fragen stellen, um zu wissen, ob und wenn ja was wir besser machen können.

Es wäre toll, wenn Du die beantworten könntest.

Wie zufrieden warst Du mit dem Ablauf der erfolgten Behandlung IN der Schule?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Würdest Du einem anderen Kind/Jugendlichen eine Teilnahme an der Schulbasierten Behandlung des CCSchool-Projektes empfehlen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ja | Eher ja | Vielleicht | Eher nein | Nein |

Hast Du eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Schulbasierten Behandlung anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Wie zufrieden warst Du mit der CCSchool-Behandlung insgesamt?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Zufriedenheit mit dem Prozessablauf C (Schulbasierte Behandlung): Eltern

Liebe Eltern,

Zum Abschluss der Schulbasierten Behandlung würden wir Sie gerne noch einmal bitten, uns vier kurze Fragen zu beantworten, um zu wissen, was wir im Ablauf besser machen können. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Wie zufrieden waren Sie mit dem Ablauf der erfolgten Behandlung IN der Schule?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Würden Sie einem Kind/Jugendlichen von jemandem den Sie kennen, eine Teilnahme an der Schulbasierten Behandlung des CCSchool-Projektes empfehlen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ja | Eher ja | Vielleicht | Eher nein | Nein |

Haben Sie eine Idee oder einen Vorschlag, was wir bei der Schulbasierten Behandlung anders/besser machen können? Wir freuen uns über Anregungen/Verbesserungsvorschläge.

Wie zufrieden waren Sie mit der CCSchool-Behandlung insgesamt?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Vollkommen
Zufrieden | Meistens
zufrieden | Teils/Teils
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Gar nicht
zufrieden |

Behandlungsplan

Isabel Böge

In dem ersten gemeinsamen Gespräch zwischen der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten und der Schülerin/dem Schüler in der Schule werden die nun zu erreichenden Ziele per Goal Attainment Scaling festgelegt, welche dann in einem gemeinsamen Gespräch zwischen der/dem Behandlungsverantwortlichen und der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten abgeglichen werden. Auf der Basis beider Einschätzungen wird dann von der/vom CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten und der/dem Behandlungsverantwortlichen ein gemeinsamer Behandlungsplan erstellt.

Anhand des Goal Attainment Scaling soll die vermutete prozentuale Erreichbarkeit der Ziele des Kindes/Jugendlichen bezüglich der drei am wichtigsten erscheinenden Problemkomplexe eingeschätzt werden. Zusätzlich wird eine prognostische Einschätzung vorgenommen, wie groß der Anteil der Zielerreichung bei Beendigung der Maßnahme sein wird. Die Behandlungsplanung dient dem Festlegen konkreter Schritte.

Hierfür wird beim Goal Attainment Scaling sowohl der momentane Zustand (IST) als auch das zu erreichende Zielverhalten (SOLL) gemeinsam definiert und zu einem späteren Zeitpunkt überprüft. Wie bei Lutz et al. (2008) beschrieben, soll auf diese Weise vom Beginn der Maßnahme an die Einbindung des Kindes/Jugendlichen in die Behandlung sowie die Motivation an der Zielerreichung mitzuwirken, gestärkt werden. Entscheidend für eine Messung von Wirkung und Erfolg therapeutischer Maßnahmen sind spezifische, operative Zielvereinbarungen, die von allen Beteiligten akzeptiert wurden (Beywl & Schepp-Winter, 1999). Hierzu gehört auch, dass bewusst gemacht wird, dass sehr kleinschrittig vorgegangen werden kann, damit das nächste Teilziel für das Kind/die/den Jugendliche/n in einem absehbaren festgelegten Zeitrahmen erreichbar erscheint, statt durch utopisch erscheinende Fernziele zu demotivieren.

Unabdingbar für eine methodisch gut gestützte Evaluation ist, dass im Vorfeld Kriterien für die Einschätzung des Grads der Zielerreichung festgelegt werden. Für die Praxis ist es außerdem notwendig, dass die Zielvereinbarungen im Zielerreichungsprozess je nach individueller Ausgangssituation veränderbar sind (vgl. auch Hillmeier & Eschenbach, 2005).

Die Zielvereinbarung und die Definition der Zielerreichung sollen nicht im Prozess geändert werden, sondern die Zielerreichungsinstrumente sollten so flexibel sein, dass die Meßskala für die Evaluation genügend Raum bietet, auch Schwankungen aufzuzeigen. Zudem sollten neben den vorhandenen Zielen immer auch bei Bedarf neue, zusätzliche oder alternative Ziele definiert werden können.

Als wichtige Merkmale von Teilhabe und sozialer Kompetenz werden in vielen Studien aber auch bei Alltagsbefragungen von Fachpersonal die Integration in Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe gesehen, außerdem die Bewältigung sozialer Situationen, lebenspraktische Fähigkeiten, persönliche Hygiene sowie natürlich die Ressourcen in Form von Interessen und Freizeitaktivitäten (vgl. Kölch, Keller, Kleinrahm & Fegert, 2007; Hillmeier u. Eschenbach, 2005; 12. Kinder- und Jugendbericht). Daher ist es sinnvoll, neben der individuellen Zieldefinition operationalisierte Bereiche sozialer Kompetenz einschätzen zu lassen.

Um Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Kindern/Jugendlichen, aber auch zwischen Maßnahmen bezüglich der Verläufe bei der Zielerreichung herzustellen, sind beim Goal Attainment Scaling Zielbereiche definiert, die für Kinder bzw. Jugendliche als allgemeingültig anzusehen sind und somit von allen bearbeitet werden können. Folgende Kategorien für Ziele einer Maßnahme bei CCSchool können somit für bzw. mit dem Kind/Jugendlichen festgelegt werden:

1. Kommunikationsfähigkeit
2. Umgang mit Konflikten/Konfliktmanagement
3. Kritikfähigkeit
4. Verbindlichkeit/Zuverlässigkeit/sich an Regeln halten
5. Selbständigkeit/Autonomie (in lebenspraktischen Dingen)/Verselbständigung
6. Verhalten in der Schule/Ausbildung
7. Perspektive für die Zukunft entwickeln
8. Integration in Gruppen Gleichaltriger/Aufbau von Freundschaften

Die meisten individuellen Ziele lassen sich dabei unter eine dieser acht Kategorien einordnen, allerdings wird es vermutlich auch immer wieder dazu kommen, dass Kinder und/oder Jugendliche individuelle Ziele benennen, wie z.B. Selbstbewusstsein stärken, Sozialverhalten verbessern, Stressmanagement trainieren, Gesundheitsverhalten verbessern, Körperhygiene

verbessern, Herkunftsfamilienbeziehung verbessern, weiterführende Hilfe installieren, Durchsetzungsfähigkeit verbessern, Freizeitgestaltung erarbeiten, Umgang mit Ängsten, Self-Care etablieren, Konzentrationsfähigkeit verbessern, Motivation erhöhen, Ressourcen stärken, etc. Diese sollten dann als „individuelle Ziele“ aufgegriffen werden und ebenfalls mit der Zielerreichungsskala eingeschätzt werden.

Wichtig ist, dass die individuell zu definierenden Ziele realistisch erreichbar sein sollten. Die Veränderungsmessung bzw. Zielerreichung wird daran festgemacht, ob ein vorher festgelegtes SOLL erreicht werden konnte. Dadurch sind trotz Strukturierung des Zielvereinbarungsprozesses individuelle Variationen möglich. Die individuelle Zielerreichungsskala eröffnet die Möglichkeit, dass alle im Einzelfall relevanten therapeutischen Ziele definiert und eingeschätzt werden. Zunächst werden drei bis fünf relevante Ziele selbst formuliert, wovon mindestens eines ein sogenanntes Ressourcenziel sein soll, d.h. es wird angestrebt, eine vorhandene Stärke weiter auszubauen statt ein Defizit zu beheben. Definiert werden diese Ziele durch ihren negativen und positiven Extrempol, bevor sie auf der 7-stufigen Skala eingeschätzt werden. Neben der Einschätzung des momentanen Grades der Zielerreichung (Ist) wird das bis zur nächsten Erhebung realistisch zu erreichende Zielverhalten definiert (Soll). Ziel ist nicht, ein ideales, aber in der Realität nicht zu erreichendes Verhalten anzustreben, sondern sich realistische und erreichbare Ziele zu setzen. Neben der Beschreibung des Zielverhaltens werden auch die zur Erreichung der Veränderung notwendigen Schritte sowohl seitens des Kindes/Jugendlichen als auch der/des CCSchool- Therapeutin/-Therapeuten definiert. Nach den drei Monaten Behandlungszeit von CCSchool wird die Zielerreichung evaluiert.

Für die Einschätzung des Grads der Zielerreichung wird eine operationalisierte Zielerreichungsskala zugrunde gelegt:

1. Zielverhalten ist **nicht erreicht** bzw. **tritt so gut wie nie auf** (es gibt noch **massive Probleme** beim Ausführen der Zielverhaltensweise, vgl. Definition Negativpol)
2. Zielverhalten ist **zu einem geringen Anteil erreicht**, bzw. das Zielverhalten **tritt selten auf** (es gibt noch **deutliche Probleme** beim Ausführen der Zielverhaltensweise)
3. Zielverhalten ist ein **wenig/etwas erreicht**, bzw. das Kind/die/der Jugendliche zeigte **manchmal** das Zielverhalten
4. Zielverhalten ist **teilweise erreicht**, bzw. das Kind/die/der Jugendliche zeigte **öfter** das Zielverhalten

5. Zielverhalten ist **weitgehend erreicht**, bzw. das Kind/die/der Jugendliche zeigt **häufig** das Zielverhalten
6. Zielverhalten ist **fast vollständig erreicht**, bzw. zeigt das Kind/die/der Jugendliche **meistens** das Zielverhalten
7. Zielverhalten wird **vollständig erreicht** bzw. das Kind/die/der Jugendliche zeigt **immer** das Zielverhalten (vgl. Definition Positivpol)

Anhand der festgelegten Ziele soll dann eine Behandlungsplanung erfolgen, die in regelmäßigen Abständen in den supervisorischen Terminen zwischen der/dem Behandlungsverantwortlichen und der/dem CCSchool-Therapeutin/-Therapeuten überprüft wird. Dabei wird die Behandlungsplanung anhand von vier Kategorien erstellt:

- ▶ Festgestellte Probleme,
- ▶ Ressourcen des Kindes/Jugendlichen,
- ▶ Individuell festgelegte Zielbereiche des Kindes/Jugendlichen,
- ▶ Maßnahmen der aufsuchenden CCSchool-Behandlung, welche eingesetzt werden, um die jeweiligen Ziele zu erreichen.

1 Beispiele einer Behandlungsplanung:

1.1 Variante 1: „Normalfall“

Ein Kind mit einer ausgeprägten Schulunlust, welche zunehmend in eine depressive Stimmung mit sozialem Rückzug gemündet hat:

Tabelle 1: Variante 1 "Normalfall"

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit Therapeut*in	Erreichbarkeit Kind
Schulunlust	motivierbar	Setzen kleiner Ziele im Bereich Schule	Verstärkerplan: Wahrnehmung Erfolgs-erlebnisse	Ist: 1 Ziel: 3	1 4
Depressive Stimmung	intelligent, veränderungs-bereit	Stimmungs- aufhellung	Psychoedukation	Ist: 2 Ziel: 5	3 5
Sozialer Rückzug	freundlich, zugewandt, offen für Neues	Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen	Soziales Kompetenz- training	Ist: 3 Ziel: 6	1 4

1.2 Variante 2: „Komplizierter Fall“

Ein Schüler/eine Schülerin mit ausgeprägtem ADHS, welche/r schulisch sowohl im Sozialverhalten aufgrund von impulsivem und störenden Verhalten Schwierigkeiten in der Klassengemeinschaft aufweist als auch Leistungseinbrüche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten zeigt:

Tabelle 2: Variante 2 "Komplizierter Fall"

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit Therapeut*in	Erreichbarkeit Kind
Impulsivität	Veränderungs- bereit	Sich an Regeln halten	Verstärkerplan: Selbstkontrolle	Ist: 1 Ziel: 3	1 5
Konzentration	intelligent	Verbesserung der schulischen Leistungsfähigkeit	Konzentrations- training Klärung Medikation	Ist: 2 Ziel: 5	3 4
Schwierigkeiten in der Peergruppe	sportlich, offen, motivierbar	Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen	Soziales Kompetenz- training	Ist: 3 Ziel: 6	1 6

2 Quellenverzeichnis

- Lutz K, Kleinrahm R, Kölch M, Fegert JM & Keller F (2008). Entwicklung und psychometrische Eigenschaften von Zielerreichungsskalen zur Qualitäts- und Veränderungsmessung im pädagogischen Setting, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57: 282–300
- Beywl W & Schepp-Winter E (1999). Zielfindung und Zielerklärung. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, QS 21. Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn.
- Hillmeier H & Eschenbach G (2005). Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen als Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Hinweise zum Vollzug der gesetzlichen Bestimmungen nach §35a SGB VIII. Dokumentation eines Workshops 2005. München: Zentrum Bayern Familie und Soziales. Bayerisches Landesjugendamt.
- Kölch M, Keller F, Kleinrahm R & Fegert JM (2007). Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Prävention und Rehabilitation, 19, 8-18.

Anwendungsbeispiel: Fall Florian

Isabel Böge

Aufgabe

Bitte evaluieren Sie für das nachfolgende Fallbeispiel welche Variante der Schulbasierten Behandlung Sie nehmen würden und erstellen Sie einen Behandlungsplan mit Angabe von Methoden. Eine Musterlösung ist angegeben. Grundlage des nachfolgenden Beispiels ist einer der in Lerneinheit 3.2 vorgestellten Fälle. Dieser wurde um Angaben aus dem Schulassessment ergänzt.

Der 16jährige Florian beschrieb eine seit einigen Monaten bestehende depressive Stimmungslage mit kompletten sozialen Rückzug. Er sei eigentlich zuvor ganz gut in der Peergroup integriert gewesen und diese würde ihn auch immer noch akzeptieren, Florian suche aber keinerlei Kontakt mehr von sich aus und könne auch nur schwer auf Kontaktangebote der Freunde reagieren. Meist lehne er diese ab. Seine früheren Hobbies (Segelfliegen und Schachspielen) habe er komplett eingestellt. Er habe zu nichts mehr Lust. Zusätzlich zu den akut aufgetretenen Schwierigkeiten schilderte Florian massive Probleme in der Schule, die seit der 8. Klasse bestünden. Er zeige einen Notenabfall, könne sich schlecht konzentrieren. Auch wenn die Mitschüler eigentlich ganz okay seien, habe er Angst sich vor den Klassenkameraden zu blamieren oder etwas Falsches zu sagen, Angst vor der Klasse zu sprechen.

Der Beginn der Symptomatik stand im Zusammenhang mit zunehmenden Schwierigkeiten im Kontakt mit dem leiblichen Vater vor ca. 2,5 Jahren. Die Eltern seien getrennt und hätten Schwierigkeiten angemessen miteinander zu kommunizieren. Florian lehne in Loyalität mit seiner Mutter den Vater ab, zudem er sich auch von dem Vater abgelehnt fühle, welcher den Kontakt zu ihm nicht suche. Florian benennt verächtlich: Sein Vater habe mit seiner Alkoholsucht selbst schuld, wenn keiner ihn möge. Dieser trinke phasenweise wohl, habe aber seine Anstellung noch nicht verloren. Sein Bruder lebe bei dem Vater, Florian habe aber auch zu diesem keinen Kontakt. Zur Mutter habe Florian eine ambivalente Beziehung. Diese lebe mit ihrem neuen

Lebensgefährten zusammen. Sie behandle ihn eigentlich fair, habe auch angemessene Anforderungen an ihn, aber er komme dennoch immer wieder in Konflikte mit ihr. Psychopathologisch imponierte Florian im Gespräch unsicher, ängstlich und misstrauisch; er sprach sehr leise. Die Mitschüler seien aber eigentlich ganz okay, auch wenn er mit diesen nicht klarkomme, sich zurückziehe.

C-GAF: 46

Florian erreicht auf der **CIS in der Selbstbeurteilung** einen hohen Gesamt-Problemwert von 31 Punkten (≥ 16 gilt als auffällig), dabei gibt er Probleme in fast allen Bereichen zumindest mäßige Probleme an:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 10 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 9 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 7 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 5 (von 8)

Florians Mutter gibt auf der **CIS in der Fremdeinschätzung** ebenfalls einen hohen Wert von 33 an. Sie beurteilt ihren Sohn übereinstimmend mit Florian auf fast allen Dimensionen als auffällig:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 9 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 10 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 7 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 7 (von 8)

Beim **Schulischen Assessment** fiel Florian durch eine gedrückte Stimmung auf. Er war nicht schwingungsfähig, lächelte fast nie und zeigte auch bei allgemeinen Scherzen keine mimischen Reaktionen. In den Kontakt mit anderen ging er nur auf Ansprache, wobei seine Antworten kurz und knapp ausfielen. Meist schwieg er sich aus. Im Unterricht wirkte er unkonzentriert, abwesend und konnte auf gestellte Fragen meist nicht antworten. Laut den Lehrkräften hatte er im Rahmen der 8. Klasse einen Abstieg um 2 Noten gezeigt. Früher habe er 2er und 3er geschrieben. Beim **Therapeutic Assessment** machte Florian interessiert mit und konnte mehrere Exits für sich finden, so wollte er gerne bei Problemen seine Mutter ansprechen, innere Spannung durch Joggen abbauen und in der Schule versuchen bei schlechter Stimmung sich mit anderen Jugendlichen abzulenken. Florian meldete zurück, dass

er zwar jeweils an die Handlungsalternativen gedacht habe, aber sie letztendlich dann nicht hätte umsetzen können.

Welche Variante der Schulbasierten Behandlung würden Sie wählen und wie sähe ein Behandlungsplan aus?

Behandlungsvariante

Variante 1

Variante 2

Behandlungsplan

Probleme

Ressourcen

Zielbereiche

Maßnahmen

Erreichbarkeit

Therapeut*in

Schüler

				Ist: Ziel:	
				Ist: Ziel:	
				Ist: Ziel:	

Behandlungsvariante

Variante 2, da Florian eine durchgehende Problematik zeigt, welche er aber bereit ist anzugehen.

Behandlungsplan

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit	
				Therapeut*in	Schüler
Leistungspro-bleme	Durchschnittliche Intelligenz, Veränderungs-motivation	Problemanalyse	Etablieren von Unterstützungs-angeboten	Ist: 1 Ziel: 4	1 5
Gefahr der sozialen Desintegration	Prosoziale Fähigkeiten	Soziale Kontakte etablieren	Ressourcenarbeit Selbstwertstärkung	Ist: 2 Ziel: 6	3 6
Stimmungs-einbrüche	Gute Reflektionsfähigkeit	Stimmungs-stabilisierung	Aufklärung zu Medikation Psychoedukation zum Thema Depression	Ist: 2 Ziel: 5	1 4

Anwendungsbeispiel: Fall Jennifer

Isabel Böge

Aufgabe

Bitte evaluieren Sie für das nachfolgende Fallbeispiel welche Variante der Schulbasierten Behandlung Sie nehmen würden und erstellen Sie einen Behandlungsplan mit Angabe von Methoden. Eine Musterlösung ist angegeben. Grundlage des nachfolgenden Beispiels ist einer der in Lerneinheit 3.2 vorgestellten Fälle. Dieser wurde um Angaben aus dem Schulassessment ergänzt.

Jennifer, eine 16jährige Gymnasiastin mit sehr guten Schulleistungen, Einzelkind, hat während der vergangenen 6 Monate 15kg an Körpergewicht verloren. Ihr BMI beträgt mittlerweile 14,5 kg/m². Gespräche mit Jennifer sind nur noch über einen sehr begrenzten Themenbereich möglich. Jennifer ist blass, sie spricht langsam, mit leiser Stimme und wirkt depressiv verstimmt. Sie beklagt Einschlafprobleme und eine verminderte Belastbarkeit. Ihr vormals eher kleiner Freundeskreis hat sich aktuell weiter reduziert, eigentlich ist nur noch eine gute Freundin aus der Grundschulzeit übrig. Aber auch diese trifft sie selten. Das Handballtraining sowie ihren Ballettunterricht hat sie aufgrund von ihrer verringerten körperlichen Belastbarkeit aufgeben müssen. Auch wenn sie für sich immer noch Fitnessübungen nach einem starren Plan durchführt. Mit ihren Sportfreunden hat sie allerdings nur noch selten Kontakt. Sie selbst sieht keinerlei Problematik in der Schule, Lernen tut sie immer noch gerne, und ist schulisch, trotz leichter Konzentrationsstörungen, von den Leistungen her weiterhin wenig beeinträchtigt. Mit ihren Eltern hat sie massive Konflikte. Sie fühlt sich eingeengt, und es kommt immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen über das Essen oder wortloser Verweigerung Jennifers. Insbesondere ihre Mutter würde immer wieder versuchen Jennifer zu nötigen Nahrung zu sich zu nehmen und gehe oft in den Konflikt. Es ist trotz vordergründiger Harmonie der Familie eine unterschwellige Wut der Mutter auf Jennifer zu erahnen, da sie nur schwer Verständnis für die Problematik aufbringen kann. Auch wenn der Vater sich aus den täglichen Konflikten etwas besser raushält, so sind letztendlich beide Eltern sehr belastet.

C-GAF: 55

Jennifer erreicht auf der **CIS in der Selbstbeurteilung** einen unauffälligen Wert von 10 (Cut-off ≥ 16). Auch auf den Einzelskalen sieht sie sich als unauffällig:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 3 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 5 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 0 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 2 (von 8)

Jennifers Eltern geben auf der **CIS in der Fremdeinschätzung** einen auffälligen Wert von 32 an. Sie beurteilen Jennifer auf 2 von 4 Dimensionen als hoch auffällig, auf einer Dimension liegt sie im Grenzbereich:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 9 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 15 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 0 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 8 (von 8)

Beim **Schulischen Assessment** zeigte sich Jennifer unauffällig. Sie blieb zwar in Bezug auf die Gleichaltrigengruppe eher für sich, wusste aber bei Ansprache zu reagieren. Im Unterricht arbeitete sie konzentriert mit, beim Sportunterricht beteiligte sie sich als Schiedsrichterin. Mit Erwachsenen ging sie höflich und zuvorkommend, aber reserviert um. Sie zeigte einen hohen Perfektionismus. Angesprochen auf die offensichtliche Essproblematik reagierte Jennifer ausweichend, aber nicht abweisend. Beim **Therapeutic Assessment** nahm sie sich vor, wenn sie unter Druck geraten würde, nicht mit Restriktion von Nahrung zu reagieren, sondern zu versuchen sich abzulenken. Sie meldete rück, dass ihr das auch gelungen sei.

Welche Variante der Schulbasierten Behandlung würden Sie wählen und wie sähe ein Behandlungsplan aus?

Behandlungsvariante

Variante 1

Variante 2

Behandlungsplan

Probleme

Ressourcen

Zielbereiche

Maßnahmen

Erreichbarkeit

Therapeut*in

Schüler

				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	

Behandlungsvariante

Variante 1, da auch wenn es deutlich nach einer ausgeprägten Essstörungsproblematik aussieht, diese nicht primär in der Schule anzugehen ist. Lediglich die soziale Interaktion mit Gleichaltrigen wirkt in der Schule gestört. Ein Schulbasierter Behandlungsversuch kann somit nur ein Versuch sein, um soweit in den Kontakt zu kommen, dass eine längere Behandlung initiiert werden kann.

Behandlungsplan

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit	
				Therapeut*in	Schüler
Keine Konfliktlösungsstrategien (v.a. passive Aggression)	Reflektiert, intelligent	Andere Problemlösestrategien etablieren Selbstwertstärkung	Stärkung der Selbstreflektion	Ist: 1 Ziel: 4	4 5
Geringe Integration in die Peergruppe	Prosoziale Kompetenzen vorhanden	Verbesserte Integration in die Gruppe der Gleichaltrigen	Ressourcenarbeit Skills erarbeiten	Ist: 2 Ziel: 6	3 5
Perspektivplanung	Freundlich, konfliktmeidend	Veränderungsmotivation erreichen	Psychoedukation von Eltern/Jennifer	Ist: 1 Ziel: 5	1 3

Anwendungsbeispiel: Fall Julia

Isabel Böge

Aufgabe

Bitte evaluieren Sie für das nachfolgende Fallbeispiel welche Variante der Schulbasierten Behandlung Sie nehmen würden und erstellen Sie einen Behandlungsplan mit Angabe von Methoden. Eine Musterlösung ist angegeben. Grundlage des nachfolgenden Beispiels ist einer der in Lerneinheit 3.2 vorgestellten Fälle. Dieser wurde um Angaben aus dem Schulassessment ergänzt.

Die 8-jährige Julia verweigert den Schulbesuch seit 2 Monaten. Es hätte schon ein ambulanter Behandlungsversuch stattgefunden. Eine Psychotherapie sei begonnen worden, die einen Vertrag zum Schulbesuch beinhaltet habe, jedoch habe sich nur ein teilweiser Erfolg gezeigt. Mal sei Julia wieder zur Schule gegangen, mal habe sie weiter sich verweigert. Julia berichtet, dass sie, wenn sie in der Schule sei, eigentlich gerne in der Schule sei. Sie habe dort zwei wirklich gute Freundinnen, ansonsten sei sie aber eher schüchtern und zurückhaltend in der Kontaktaufnahme. Einzige Ausnahme sei im Stall. Sie gehe sehr gerne reiten, da lasse sie kaum einen Termin aus. Es falle auf, dass ihr im Stall auch die Kontakte zu anderen Kindern leichter fallen würden. In der Vorgeschichte sei Julia häufig krank gewesen und auch dadurch sei es zu unregelmäßigem Schulbesuch gekommen, so dass Julia zeitweise aufgrund von großen Lücken Schwierigkeiten mit dem Lernstoff gehabt habe. Sie wolle aber gut in der Schule sein und schäme sich, wenn sie Lücken habe. Die Mutter hole sie bis heute immer wieder wegen Bauchschmerzen von der Schule ab, und sei inzwischen deswegen selbst belastet da auch sie so bei ihrem Teilzeitjob immer wieder fehle. Sie reagiere u.a. deswegen auch immer mal „genervt“ auf Julias Verweigerung, wobei sie sich selbst schnell Vorwürfe wegen unpädagogischem Verhalten mache, wenn sie die Geduld verliere. Auch Julias Vater reagiere belastet und besorgt, er behalte aber mehr Ausgeglichenheit in der Kommunikation mit Julia. Julia habe eine enge Bindung an ihre Eltern, sie schlafe bei ihren Eltern im Bett und bleibe nicht alleine zu Hause. Außer beim Thema Schule bestünde eine gute Beziehung, komme aber die Notwendigkeit eines Schulbesuchs zur Sprache, auch dass die

„Bauch- und Kopfschmerzen evtl. psychosomatisch seien“ bocke und verweigere sich Julia schnell. Sie stelle dann die Kommunikation mit ihren Eltern ein. Und nehme diese erst wieder bei neutralen Themen auf. Geschwister habe Julia keine.

C-GAF: 62

Julia erreicht auf der **CIS in der Selbstbeurteilung** einen unauffälligen Gesamt-Problemwert von 6 Punkten (≥ 16 gilt als auffällig), dabei gibt sie nur in zwei Bereichen überhaupt Werte an:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 0 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 4 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 2 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 0 (von 8)

Julias Eltern sehen Julia deutlich auffälliger. Sie geben ihr auf der **CIS in der Fremdeinschätzung** einen auffälligen Wert von 21. In den einzelnen Dimensionen beurteilen sie 2 von 4 als auffällig:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 5 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 9 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 6 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 1 (von 8)

Beim **Schulischen Assessment** fiel auf, dass Julia sich eher still und zurückgezogen präsentierte. Sie ging nur auf Ansprache mit anderen Kindern in Kontakt, stand ansonsten alleine im Pausenhof. Einmal ging sie zur Lehrerin und klagte über Kopfschmerzen, ging aber zurück zu den anderen, als die Lehrerin meinte, das würde auch wieder vorbeigehen. Ihre Schulmaterialien sortierte sie zwanghaft. Beim Lösen einzelner Aufgaben bzw. im Unterricht zeigte sie sich hoch konzentriert. Es fiel eine perfektionistische Schrift auf. Beim **Therapeutic Assessment** benannte Julia, dass sie versuchen wollen würde, wenn sie Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen bekommen würde, dennoch zur Schule zu gehen, weil sie eigentlich wisse, dass sie diese aushalten könne. Dies habe einmal funktioniert, beim zweiten Mal aber sei sie dann doch lieber zuhause geblieben.

Welche Variante der Schulbasierten Behandlung würden Sie wählen und wie sähe ein Behandlungsplan aus?

Behandlungsvariante

Variante 1

Variante 2

Behandlungsplan

Probleme

Ressourcen

Zielbereiche

Maßnahmen

Erreichbarkeit

Therapeut*in

Schüler

				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	

Behandlungsvariante

Variante 1, da noch ein angemessenes Funktionsniveau erhalten ist. Unter psychoedukativem Einbezug der Eltern und Lehrkräfte ist zu erwarten, dass Julia genug Hilfestellungen erhält um die Eigenverantwortung zu übernehmen.

Behandlungsplan

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit	
				Therapeut*in	Schüler
Schul-meidendes Verhalten	Zeigt prosoziale Fähigkeiten, freundlich, intelligent	Regelmäßiger Schulbesuch Umgang mit psychosomatischen Beschwerden verbessern	Psychoedukation von Julia und ihren Eltern, sowie den Lehrkräften zum Umgang mit psychosomatischen Beschwerden Verstärkerplan	Ist: 2 Ziel: 7	4 7
Fehlende Autonomie	Eigenständig im Stall, offen, wenn sie sicher in der Interaktion ist	Stärkung von Selbstwerterleben	Ressourcenarbeit	Ist: 3 Ziel: 5	1 6

Anwendungsbeispiel: Fall Patrick

Isabel Böge

Aufgabe

Bitte evaluieren Sie für das nachfolgende Fallbeispiel welche Variante der Schulbasierten Behandlung Sie nehmen würden und erstellen Sie einen Behandlungsplan mit Angabe von Methoden. Eine Musterlösung ist angegeben. Grundlage des nachfolgenden Beispiels ist einer der in Lerneinheit 3.2 vorgestellten Fälle. Dieser wurde um Angaben aus dem Schulassessment ergänzt.

Der 14jährige Patrick wird von seinen Eltern in der Ambulanz vorgestellt. Diese berichten, dass sie Patrick erzieherisch keinerlei Grenzen setzen können. Im häuslichen Kontext gebe es Probleme mit der Regeleinhaltung, Patrick komme und gehe, wann es ihm passe, in den letzten Monaten sei er vermehrt auch über Nacht ausgeblieben, ohne dass die Eltern gewusst hatten, wo er sich aufhielt. Gerade der Vater sei inzwischen sehr belastet, wenngleich er sich in der Arbeit ablenke und sehr auf eigene Entlassung achte, er vermeide die Kommunikation mit Patrik, da Gespräche zwischen Vater-Sohn regelmäßig eskalieren würden. Meist sei der Vater vorwürfig. Während der Vater Patrik massiv abwertet, hat die Mutter eher einen permissiven Erziehungsstil und versuche Patrick ständig zu verteidigen. Auch die Mutter berichtet von einer eigenen Belastung, sieht aber ihre Lebensaufgabe darin Patrick zu schützen. Patrik nutze dies aus und nehme von der Mutter Hilfestellungen gerne an, auch wenn er diese im Gegenzug eher beschimpfe. Mit dem Bruder streitet Patrik regelmäßig, dabei würden die Konflikte meist von Patrick ausgehen, der Bruder zeige nur wenig Eigenbelastung. Die Eltern berichten zudem von mehrfachen Ladendiebstählen, unerlaubtem Fahren mit einem Mofa und massiven Konflikten mit anderen Jugendlichen. Patrick rege sich im Konfliktfall derart auf, dass es gegenüber anderen Jugendlichen schon zu zweimaliger Körperverletzung gekommen sei, dabei sei er eigentlich ganz gut in eine Peergroup integriert und verbringe auch eine ganze Menge Zeit mit seinen Freunden. Er habe sich aber in solchen Momenten nicht mehr unter Kontrolle. Es bestehe eine hohe „Ich“ Zentrierung. In der Vergangenheit habe Patrick häufiger die Schule geschwänzt, er sei von den Eltern gegenüber der

Schule entschuldigt worden, um weitere Schwierigkeiten zu vermeiden. Inzwischen gehe er aber wieder halbwegs regelmäßig, seine Leistungen seien „mittel“. Patrick selbst benennt, dass er auf Schule „überhaupt keinen Bock“ habe. Er verstehe nicht, wo das Problem liege. Er sei eben gerne mit seinen Freunden unterwegs, brauche keinen Schulabschluss, da er später ohnehin „irgendwas mit Informatik“ machen wolle, und dieser dafür nicht erheblich sei. Früher habe er Fussball gespielt, Konfirmandenunterricht besucht und sei Bogenschießen gewesen, er habe aber inzwischen fast alles aufgegeben. Das sei „uncool“. Nur zum Bogenschießen gehe er noch regelmäßig.

C-GAF: 49

Patrick erreicht auf der **CIS in der Selbstbeurteilung** einen hohen Gesamt-Problemwert von 34 Punkten (≥ 16 gilt als auffällig), dabei gibt er Probleme in 3 von 4 Bereichen an:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 11 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 12 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 7 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 2 (von 8)

Patricks Eltern geben auf der **CIS in der Fremdeinschätzung** ebenfalls einen hohen Wert von 42 an. Sie beurteilen Patrick auf allen Dimensionen als auffällig:

- ▶ Zwischenmenschliche Beziehungen = 16 (von 20)
- ▶ Psychopathologische Dimensionen = 14 (von 16)
- ▶ Schul- bzw. Arbeitsverhalten = 8 (von 8)
- ▶ Freizeitverhalten = 4 (von 8)

Beim **Schulischen Assessment** fiel auf, dass Patrick eher in einer dissozialen Peergroup integriert ist, in der er versucht „cool“ zu sein. Er zeigt zugrundeliegend eher einen geringen Selbstwert, mit hohen Ängsten vor Leistungsversagen. Laut den Lehrkräften hat er in den naturwissenschaftlichen Fächern Leistungsprobleme und scheint Inhalte hier nicht oder falsch zu verstehen. Patrick zeigt sich in seiner sozialen Interaktion unsicher und ängstlich, welches er mit aggressiven Gebaren und provokativen Sprüchen kompensiert. Er zeigt eine mäßige Motivation zur Mitarbeit, kann sich aber auf das Angebot mit dem CCSchool-Therapeuten Bogenschießen zu gehen einlassen, zudem er selbst benennt dass seine impulsiven Durchbrüche ihm bisher nur Ärger eingebracht haben und es ganz gut wäre diese im Griff zu haben. Beim **Therapeutic Assessment** hatte er sich insofern auch vorgenommen, wenn er

Aggression spüre, dass er dann 15 min rausgehen wolle, dies habe aber nur mäßig funktioniert.

Welche Variante der Schulbasierten Behandlung würden Sie wählen und wie sähe ein Behandlungsplan aus?

Behandlungsvariante

Variante 1

Variante 2

Behandlungsplan

Probleme

Ressourcen

Zielbereiche

Maßnahmen

Erreichbarkeit

Therapeut*in

Schüler

				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	
				Ist:	
				Ziel:	

Behandlungsvariante

Variante 1, da noch ein angemessenes Funktionsniveau erhalten ist. Unter psychoedukativem Einbezug der Eltern und Lehrkräfte ist zu erwarten, dass Julia genug Hilfestellungen erhält um die Eigenverantwortung zu übernehmen.

Behandlungsplan

Probleme	Ressourcen	Zielbereiche	Maßnahmen	Erreichbarkeit	
				Therapeut*in	Schüler
Umgang mit Konflikten	Veränderungsbereit	Bessere Problemlösestrategien Selbstwertstärkung	Verstärkerplan Problemlösetraining	Ist: 1 Ziel: 4	1 5
Regel-einhaltung	Kann Strukturen annehmen	Regelmäßiger Schulbesuch	Psychoedukation Eltern/Patrick	Ist: 2 Ziel: 5	3 5
Keine prosozialen Kontakte	Integration ins Bogenschießen, sportlich, sucht soziale Kontakte	Aufbau von prosozialen Kontakten zu Gleichaltrigen	Soziales Kompetenztraining Ressourcenarbeit	Ist: 2 Ziel: 6	4 7

Gutes Feedback – Regeln für eine wirksame Rückmeldung

Isabel Böge

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Gutes Feedback – Regeln für eine wirksame Rückmeldung. In Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter (S. 62). Ulm: Druckwerk.

Das Feedback ist eine Form der direkten und konkreten Rückmeldung an eine Person oder Gruppe. Es basiert auf der persönlichen Sicht des Feedback-Gebers. Damit das Feedback wirksam und hilfreich sein kann, ist es wichtig, dass es auf wertschätzende Art und zu einem erwünschten Zeitpunkt stattfindet.

Die Beteiligten sollten beim Feedback-Geben und Feedback-Annehmen die nachfolgenden Regeln kennen und einhalten.

1 Regeln beim Feedback-Geben

1.1 Das Feedback sollte...

- ▶ wertschätzend formuliert sein
- ▶ in der Ich-Form formuliert sein
- ▶ beschreibend sein (und nicht bewertend oder interpretierend)
- ▶ nützlich sein
- ▶ spezifisch (klar und genau formuliert sein)
- ▶ erwünscht sein
- ▶ konkret und umsetzbar (auf Verhalten bezogen) sein

- ▶ neue Informationen geben
- ▶ ausgewogen sein (Positives sowie Negatives hat seinen Platz)
- ▶ auf zukünftiges Verhalten blicken
- ▶ Prioritäten setzen

2 Regeln beim Feedback-Annehmen

2.1 Die/der Feedback-Nehmer*in sollte ...

- ▶ ... die/den Feedback-Geber*in ausreden lassen
- ▶ ... sich nicht rechtfertigen, erklären oder verteidigen; das Gesagte unbedingt so stehen lassen
- ▶ ... sich Zeit nehmen, um über die Inhalte des Feedbacks nachzudenken und für sich zu bestimmen, was daraus mitgenommen werden kann
- ▶ ... sich für das Feedback bedanken

3 Quellenverzeichnis

Fengler J (1998). Feedback geben. Weinheim: Beltz.

Macke G (2008). Hochschuldidaktik. Weinheim: Beltz.

Gutes Feedback. Regeln für eine wirksame Rückmeldung. Zugriff am 21.02.2017.

Verfügbar unter: www.uni-goettingen.de/en/feedback-rules/131697.html

[07.02.2018].

Problemlösetraining

Isabel Böge

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Probleme lösen (S. 36-37). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

Schwierigkeiten und Probleme tauchen immer wieder im Arbeitsalltag auf. Oft lassen sie sich durch ein Gespräch klären, manchmal kann es aber auch sehr hilfreich sein, sich das Problem zunächst genauer anzuschauen und zu reflektieren. In Folge werden dann individuelle Lösungen erarbeitet und geprüft. In der kognitiven Verhaltenstherapie haben D’Zurilla und Goldfried (1971) einen Leitfaden entwickelt, um Probleme und deren Lösungen strukturiert anzugehen und so zu einer schnelleren und effektiveren Lösung eines Problems zu kommen. Das Problemlösetraining ist eine systemische Herangehensweise bei Entscheidungen bzw. Fragestellungen, die unlösbar oder schwierig scheinen.

Man unterscheidet dabei sieben Schritte:

1. Problemidentifikation
2. Problembeschreibung und Problemanalyse
3. Zielformulierung
4. Lösungs- und Veränderungsplanung
5. Ausprobieren der Lösung oder Probehandeln
6. Bewertung des Probehandelns
7. Transferplanung

Dieses Vorgehen ist stark strukturiert und es ist am Anfang erstmal schwierig, sich einem Problem auf diese Weise zu nähern. Gerade diese Struktur hilft aber dabei, ein Problem genauer zu analysieren und den Kern des Problems herauszuarbeiten, verschiedene Lösungsstrategien zu sammeln und unter Betrachtung dieser zu überprüfen, ob das Problem gelöst werden kann.

1 Schritt 1: Problemidentifikation

Das Problem wird genau in allen möglichen Aspekten beschrieben. Leitfragen hierzu sind:

- ▶ Was ist mein Anliegen?
- ▶ Worum geht es?
- ▶ Wie denke, fühle oder verhalte ich mich?
- ▶ Wie reagiert mein Körper?
- ▶ Wie reagieren andere?

2 Schritt 2: Problembeschreibung und Problemanalyse

Das Problem wird nun detailliert analysiert. Bei diesem Schritt ist es wichtig, das Problem genau zu beschreiben, ohne zu früh über Lösungen nachzudenken oder sich selbst zu rechtfertigen. Hierfür sind Leitfragen:

- ▶ Wie lange besteht das Problem schon?
- ▶ Wie ist das Problem entstanden?
- ▶ Welche Bedingungen halten das Problem aufrecht?
- ▶ Welche Konsequenzen hat das Problem für mein Leben?
- ▶ Welche Versuche habe ich bisher unternommen, um das Problem zu lösen?
- ▶ Warum haben sie nicht funktioniert?

3 Schritt 3: Zielformulierung

Im dritten Schritt wird festgelegt, was das Ziel sein soll. Hierbei geht es noch nicht darum, Lösungsansätze zu entwickeln. Vielmehr kommt es darauf an, ein klares, konkretes und realistisches Ziel für sich selbst zu erarbeiten. Unter Umständen kann es hier nötig sein, mehrere Teilziele zu formulieren. Teilziele helfen, am Ball zu bleiben und kleine Fortschritte zu erreichen. Mögliche Fragen sind:

- ▶ Was genau möchte ich erreichen oder ändern?
- ▶ Bis wann möchte ich dieses Ziel oder Teilziel erreicht haben?

4 Schritt 4: Lösungs- oder Veränderungsplanung

In diesem Schritt werden mit der Methode des Brainstormings möglichst viele Lösungsvorschläge gesammelt: Was könnte ich machen, um mein Ziel zu erreichen? Es sollen möglichst viele, wertfreie und auf den ersten Blick auch lustig wirkende Ideen gesammelt werden.

Wenn möglichst viele Ideen zusammengekommen sind, wird bewertet, welche Lösungen realistisch erscheinen und welche kurz- oder langfristigen Konsequenzen daraus entstehen. Am Ende sollte ganz persönlich entschieden werden, welche Lösungsstrategie am positivsten erscheint. Diese wird daraufhin detailliert geplant.

5 Schritt 5: Ausprobieren der Lösung oder Probehandeln

Der Lösungsvorschlag wird umgesetzt und in der Realität erprobt.

6 Schritt 6: Bewertung des Probehandelns

Hat es geklappt? Nach einiger Zeit setzt man sich erneut mit dem Problem auseinander und bewertet für sich selbst, ob das Ziel oder Teilziele erreicht wurden. Auch für diesen Schritt ist es gut, sich nochmal Zeit zu nehmen und das Ergebnis der Problemlösungsstrategie schriftlich zu bewerten.

- ▶ Hat mir diese Lösungsmöglichkeit bei der Lösung des Problems geholfen?
- ▶ Was genau davon?
- ▶ Was hat nicht geholfen?
- ▶ Welche Auswirkungen hat das Zusammenarbeiten mit anderen?
- ▶ Soll sie fortgesetzt oder aufgegeben werden?

Wenn die Lösungsmöglichkeit nicht zum Erfolg geführt hat, ist es gut, anhand dieser Fragen und der neuen Situation nochmals zu Schritt 4 zu springen und ein erneutes Brainstorming durchzuführen bzw. sich die bereits gesammelten Lösungsideen erneut anzuschauen.

7 Schritt 7: Transferplanung

Bei einer erfolgreichen Problemlösung kann man überlegen, ob es weitere Probleme oder Teilprobleme gibt, für die die gefundene Lösungsstrategie ebenfalls eingesetzt werden könnte.

8 Quellenverzeichnis

D'Zurilla, T. J., Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.

Rückmeldung

Isabel Böge

Text und Idee übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Abschluss, Feedback. In Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Curriculum Schulbegleiter. Fortbildungskonzept für die Qualifizierung von Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern (S. 106-110). Ulm: Druckwerk.

Kurzbeschreibung

Am Ende einer Einheit, oder auch einer vorgeschlagenen Verhaltensänderung kann es passend sein, dass die Kinder/Jugendlichen die Inhalte der Einheit noch einmal kurz reflektieren und Fazit ziehen z.B. über die theoretische und praktische Relevanz der erarbeiteten Inhalte.

Dartscheiben-Reflexion

Mit der Dartscheiben-Reflexion können die einzelnen Inhalte der Einheit bewertet werden. Dafür hängt die/der CCSchool-Therapeut*in das Blatt der Reflexion Dart auf. Der kleinste und dunkelste Kreis steht dabei für „voll ins Schwarze getroffen“, d.h. „sehr gut“ bewertet. Je weiter nach außen die Ringe gehen, desto weniger gut wird die Einheit bewertet.

Es stehen für das Kind/Jugendlichen kleine Klebepunkte in zwei Farben bereit.

- ▶ Die erste Farbe wird für die folgende Frage angeklebt: Wie bewertest Du den **theoretischen** Inhalte der Einheit insgesamt?
- ▶ Die zweite Farbe wird für die folgende Frage angeklebt: Wie bewertest Du die **praktische** Alltagsrelevanz der Einheit, der erarbeiteten Inhalte insgesamt? (Dabei können verschiedene Farben für verschiedene Inhalte (z.B. einzelne Skills) genommen werden?)

Wenn das Kind/die/der Jugendliche die Klebepunkte angeklebt hat, kann (muss aber nicht) noch Zeit gegeben werden, um die Bewertungen zu begründen.

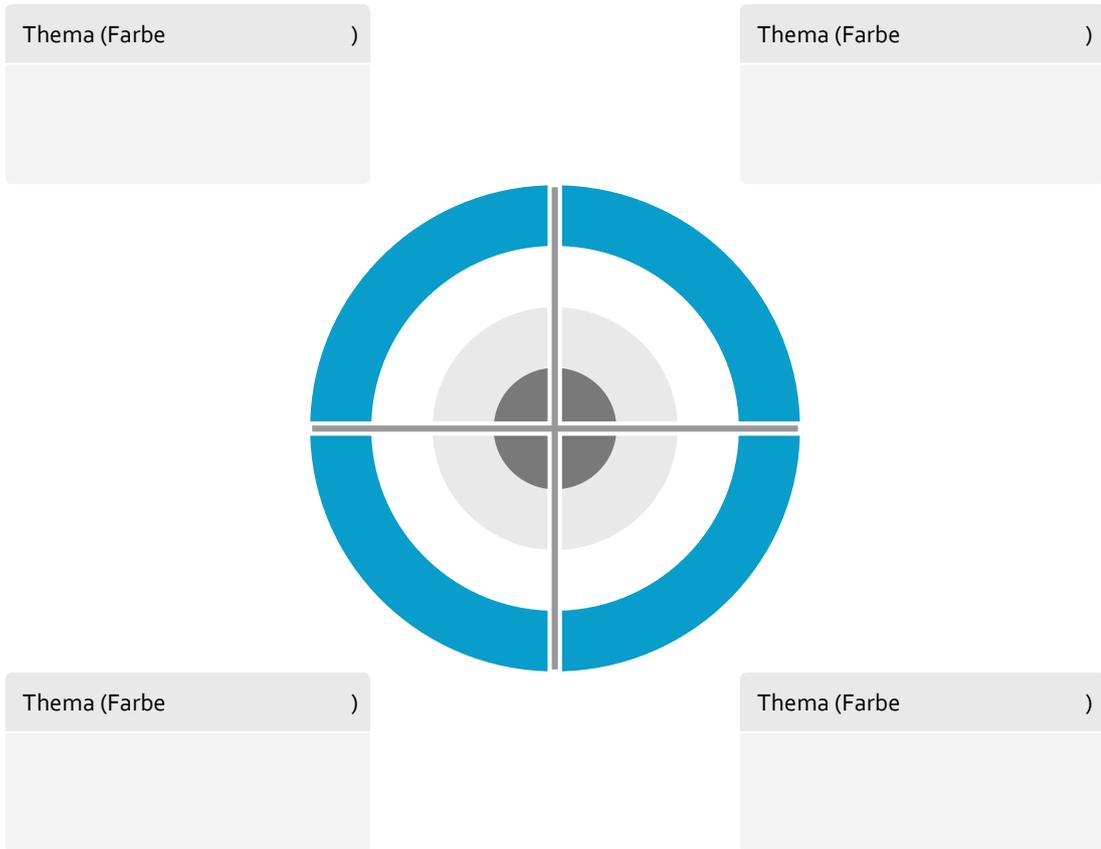


Abbildung 1: Dartscheiben-Reflexion

Umgang mit schwierigem Verhalten

Isabel Böge

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Probleme lösen (S. 54). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Das Verhalten des Kindes/Jugendlichen analysieren

- ▶ Wann tritt das Verhalten auf?
- ▶ Gibt es Auslöser für dieses Verhalten?

2 Das Netzwerk nutzen

- ▶ Wie gehen andre, z. B. die Eltern, mit diesem Verhalten um?
- ▶ Einheitliche Absprachen treffen
- ▶ Aufgaben verteilen (wer ist für welchen Part zuständig: Lehrkraft, Eltern, CCSchool-Therapeut*in etc.)

3 Mit dem Kind/Jugendlichen Lösungen erarbeiten

- ▶ Wie können Konflikte vermieden werden?
- ▶ Was hilft dem Kind/Jugendlichen bei Wut?
- ▶ Was können Anreize für sein, das Verhalten zu ändern?

4 Absprachen treffen, Vorgehen festlegen

- ▶ Wer ermahnt die Schülerin/den Schüler (Lehrkraft und/ oder CCSchool-Therapeut*in)
- ▶ Gibt es nonverbale Zeichen für die Schülerin bzw. den Schüler zur Selbstregulation (z. B. Klopfen auf den Tisch, Zwinkern oder Schnipsen)?
- ▶ Was erfolgt, wenn die Schülerin/der Schüler sich nicht beruhigt (Auszeit draußen/ Nachbarzimmer)?
- ▶ Was passiert bei einer Eskalation, wer kümmert sich um die Schülerin/den Schüler?
- ▶ Wer kümmert sich bei einer Eskalation um die Mitschülerinnen und Mitschüler?

5 Konsequenzen aussprechen und einhalten

- ▶ Konsequenzen frühzeitig aussprechen und einhalten
- ▶ Negative Konsequenzen sollten sich direkt aus dem Problemverhalten erheben und nicht sofort erfolgen!
- ▶ Ihr Verhalten sollte für das Kind/die/den Jugendlichen vorhersehbar sein!
- ▶ Versuchen sie Ihre eigenen Gefühle (Wut, Aggressionen) nicht dem Kind oder der bzw. dem Jugendlichen gegenüber zu zeigen, sondern neutral zu bleiben.

6 Nach einer Eskalation

- ▶ Wer thematisiert das Geschehene mit der Schülerin/dem Schüler?
- ▶ Wer spricht Konsequenzen aus?
- ▶ Wer muss informiert werden (z.B. Eltern, Nachmittagsbetreuung, Schulleitung)?
- ▶ Wie könnte eine Konsequenz für die Schülerin/den Schüler aussehen?
- ▶ Wiedergutmachung (z. B. den Schaden beheben)?
- ▶ Ausschluss aus der Situation (Ausschluss muss vom Kind oder von der bzw. dem Jugendlichen als negativ erlebt werden)
- ▶ Entzug von Privilegien

- ▶ Einengung des Handlungsspielraums (insbesondere bei jüngeren Kindern; z.B. das Kind zum Ort führen, an dem es etwas tun soll)

7 Quellenverzeichnis

Petermann F, Döpfner M & Görtz-Dorten A (2016). Aggressiv-oppositionelles Verhalten im Kindesalter. Göttingen: Hogrefe.

Plück J, Wieczorrek E, Wolff Metternich T & Döpfner M (2006). Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten (PEP). Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. Göttingen: Hogrefe.

Herausfordernde Situationen meistern: Reflexion Umgang mit Aggressionen

Isabel Böge

Im Schulalltag und im Unterricht sind Sie als Lehrkraft häufig mit herausfordernden Situationen (z. B. das Auftreten von Gewalt) konfrontiert, bei denen psychische Störungen von Schülerinnen und Schülern eine Rolle spielen können, aber nicht müssen. In jedem Fall dürfte es hilfreich sein, sich auf entsprechende Situationen vorzubereiten und sich im Vorfeld mit ihnen auseinanderzusetzen.

Kinder mit einer Störung des Sozialverhaltens (SSV) und/oder einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zeigen besonders herausfordernde Verhaltensweisen, auf die Sie als Lehrkraft reagieren müssen, auch beim traumatisierten Schülerinnen und Schülern kann mit schwierigem Verhalten zu rechnen sein. In der Auseinandersetzung mit besonders herausfordernden Situationen im Schulkontext ist es nützlich, die eigenen Grenzen mit aggressivem Verhalten zu reflektieren und für den Umgang mit der Schülerin/dem Schüler entsprechende konkrete Lösungs- und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln.

Ziele der Reflexion:

- ▶ Eigenen Umgang mit Grenzen reflektieren
- ▶ Umgang mit Emotionen (Wut, Trauer, Aggressionen)

Reflexion Umgang mit Aggressionen

Jeder Mensch geht anders mit verbaler und/ oder körperlicher Aggression um. Es ist wichtig, sich zu verdeutlichen, wo die eigene „Komfortzone“ liegt und wo Grenzen sind, die nicht überschritten werden sollten.



Abbildung 1: Umgang mit Aggressionen

Meine Persönliche Komfortzone

Wo habe ich verbale und/ oder körperliche Aggression erlebt?

Wie reagiere ich auf Aggressionen? Welche Emotionen spüre ich?

Wie spüre ich meine Grenzen?

Wie kommuniziere ich meine Grenzen?

Mögliche Interventionen

Isabel Böge

Im Folgenden werden Interventionsmöglichkeiten benannt, die von den CCSchool-Therapeut*innen während der Einheiten an der Schule angewandt werden können. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern soll eher als Anregung dienen, welche Methoden im Schulkontext im Rahmen des CCSchool Projektes anwendbar sind.

Es stehen in diesem Kurs psychoedukative/informative Texte zur Verfügung zu den Themen:

- ▶ Psychoedukation für Kind/Jugendlichen, Eltern oder Lehrkräfte
 - ▶ ADHS
 - ▶ Autismus
 - ▶ Bindungsstörung
 - ▶ Depression
 - ▶ Körperliche Behinderung
 - ▶ Mobbing
 - ▶ Nachteilsausgleich
 - ▶ Selbstverletzendes Verhalten
 - ▶ Störung des Sozialverhaltens
 - ▶ Trauma
- ▶ Erstellen von Verhaltenstherapeutischen Pläne mit Verstärkerprogramm
- ▶ Stärkung sozialer Kompetenzen anhand von Methoden des sozialen Kompetenztrainings
- ▶ Antiaggressionstraining
- ▶ Reflektion sozialer Ängste/Interaktionsschwierigkeiten
- ▶ Konzentrationstraining

- ▶ Erstellen von Angsthierarchien mit Expositionstraining
- ▶ Entspannungstraining/Achtsamkeitstraining
- ▶ Erarbeiten von individualisierten Skills, und Einüben/Erproben dieser
- ▶ Erlernen von Emotionsregulationsstrategien
- ▶ Schulbezogene Interventionen – z.B. bei Mobbing – mit Einbezug der Klasse nach Einholen eines Einverständnisses der Eltern
- ▶ Ressourcentraining
- ▶ Training vom Umgang mit psychosomatischen Beschwerden (siehe auch Methode Kuhhandel)
- ▶ Erarbeiten von Impulskontrollstrategien
- ▶ Erarbeiten von guten Feedbackstrategien
- ▶ Problemlösetraining
- ▶ Erarbeitung von Umgang mit schwierigem Verhalten (v.a. bei SSV Kindern/Jugendlichen, siehe Download-Materialien)
- ▶ Dart-Chart
- ▶ Einüben regelmäßiger Reflektionen eigenen Verhaltens

Gerne werden hier weitere Anregungen aufgenommen. Sollten Sie Anregungen haben können Sie uns über das Kontaktformular auf der Webseite anschreiben. Sie finden dies in der Fußzeile der Webseite unter „Kontakt“.

Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit des Störungsbildes	3
3	Überlappung mit anderen Störungen	3
4	Ursachen der Störung	3
5	Verlauf der Störung	3
6	Therapeutische Möglichkeiten	4
7	Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung	4
8	Was können Lehrkräfte im Speziellen tun?	6
	8.1 Das Verhalten analysieren	6
	8.2 Das Netzwerk nutzen, Absprachen treffen	6
	8.3 Konsequenzen besprechen und umsetzen	6
	8.4 Nach einer Eskalation	7
9	Quellenverzeichnis	8

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert, JM (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hg.). *Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter* (S. 40-42). Ulm: Druckwerk.

1 Das Störungsbild

Die Kernsymptome der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sind Aufmerksamkeitsstörungen, Impulsivität und Hyperaktivität (Döpfner, Banaschewski & Sonuga-Barke, 2008). Störungen der **Aufmerksamkeit** äußern sich darin, dass Tätigkeiten (insbesondere solche mit kognitiven Anforderungen) nicht beendet werden. Häufig damit verknüpft ist eine kognitive und/oder motivationale **Impulsivität**, die sich in unüberlegtem plötzlichem Handeln bzw. in der Unfähigkeit, Bedürfnisse aufzuschieben, äußert. Als **Hyperaktivität** wird eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende motorische Aktivität und eine exzessive Ruhelosigkeit bezeichnet, die in unstrukturierten Situationen besonders deutlich wird.

Für eine ADHS-Diagnose wird vorausgesetzt, dass diese Auffälligkeiten in mindestens zwei verschiedenen Lebensbereichen auftreten, wobei der Schweregrad variieren kann. Je nach diagnostischem Klassifikationssystem muss sich die Störung bereits vor dem siebten (ICD-10, vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2009; DSM-IV, vgl. Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) bzw. zwölften Lebensjahr (DSM-5, vgl. Falkai et al., 2015) manifestieren, und es müssen entweder alle drei Kernsymptome (ICD-10) oder auch nur ein bis zwei (DSM) für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten vorliegen und zu klinischen Beeinträchtigungen führen (Döpfner et al., 2008).

So wird nach DSM auch bei Kindern und Jugendlichen ADHS diagnostiziert, die keine Hyperaktivität zeigen (häufig als ADS bezeichnet; ADHS: vorwiegend unaufmerksamer Typ). Diese Kinder und Jugendlichen haben lediglich Probleme damit, sich zu konzentrieren. Weil sie nicht durch motorische Unruhe und impulsives Verhalten auffallen, werden ihre Symptome und so auch ihr Förderbedarf häufig nicht richtig eingeschätzt. Dies kann schwere Folgen für ihre Lebensqualität und Leistungsfähigkeit bis hin zum Erwachsenenalter haben (Simchen, 2015).

2 Häufigkeit des Störungsbildes

Die Prävalenz beträgt in den europäischen Ländern bei Kindern zwischen 3,6 und 6,7% und bei Jugendlichen zwischen 2,2 und 2,6%. Bei Jungen wird zwei- bis dreimal häufiger ADHS diagnostiziert als bei Mädchen (Döpfner et al., 2008).

3 Überlappung mit anderen Störungen

Bei bis zu 80% der Betroffenen werden weitere Störungen diagnostiziert, insbesondere oppositionelle Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50%), stärker ausgeprägte Störungen des Sozialverhaltens (30-50%), affektive (meist depressive) Störungen (15-20%), Angststörungen (20-25%) und umschriebene Lernstörungen (10-25%). 15-19% entwickeln Substanzabhängigkeiten, und es werden gehäuft Tic-, Sprech- und Sprachstörungen sowie Störungen der motorischen Funktionen beobachtet (Döpfner et al., 2008).

4 Ursachen der Störung

Das gegenwärtige Modell zur Entstehung der ADHS umfasst biologische und psychosoziale Faktoren, wobei biologische (insbesondere genetische) Faktoren eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung der Störung darstellen. Psychosoziale Faktoren (wie ungünstige familiäre Bedingungen, geringer sozioökonomischer Status und psychische Auffälligkeiten der Eltern) tragen überwiegend sekundär zur Ausprägung und Aufrechterhaltung der Problematik sowie zur Entwicklung weiterer psychischer Störungen bei. Es konnte u.a. ein Zusammenhang zwischen ADHS und Eltern-Kind-Interaktion beobachtet werden, in der Form, dass fehlendes bzw. inkonsistentes Setzen von Grenzen die Entstehung einer ADHS begünstigen.

5 Verlauf der Störung

Im Jugendalter verbessern sich vor allem die Symptome der Hyperaktivität und Impulsivität. Die Diagnose der ADHS bleibt jedoch bei ca. 40% bis ins junge Erwachsenenalter bestehen und ein noch größerer Prozentsatz weist weiterhin Beeinträchtigungen auf (Döpfner et al., 2008).

6 Therapeutische Möglichkeiten

Für die Diagnose der ADHS gibt es verschiedene Umfeld- und patientenzentrierte Interventionen wie z.B. Elterntrainings, Eltern-Kind-Therapien und Selbstmanagementverfahren sowie der Einsatz von Psychopharmaka im Rahmen einer Pharmakotherapie. Verhaltens- und Pharmakotherapie stellen jeweils wirksame Behandlungsmethoden dar und ihre Kombination (multimodale Therapie) ist einer reinen Pharmakotherapie geringfügig überlegen (Döpfner, Frölich & Lehmkuhl, 2013).

7 Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

Im Umgang mit von ADHS betroffenen Kindern und Jugendlichen bestehen typische Interaktionsfallen, die zur Aufrechterhaltung und Verschärfung der Symptomatik beitragen: Aufforderungen und Grenzsetzungen von Bezugspersonen werden von aufmerksamkeitsgestörten und impulsiven Kindern und Jugendlichen selten beachtet und daher mehrfach wiederholt. Befolgt das Kind oder die/der Jugendliche schlussendlich die Aufforderung, wird dem meist keine besondere Beachtung durch die Bezugsperson geschenkt, wohingegen auffälliges, nicht folgsames Verhalten des Kindes/Jugendlichen vermehrte, wenn auch negativ getönte, Aufmerksamkeit zur Folge hat. Auf persistierendes unfolgsames Verhalten reagieren Bezugspersonen dann mit Drohungen oder Ratlosigkeit und schließlich entweder mit einem Nachgeben oder mit ziellosen Aggressionen.

Diese Reaktionsweisen der Bezugspersonen haben zur Folge, dass mangelnde Regelbefolgung und oppositionelles wie aggressives Verhalten des Kindes oder der bzw. des Jugendlichen eher zunehmen (negative Verstärkung bzw. negative Vorbildfunktion) (Döpfner et al., 2013).

Als pädagogische Intervention zur Bewältigung konkreter Problemsituationen steht an erster Stelle eine Strukturierung der Abläufe in der Familie und in der Schule. Da Kinder und Jugendliche mit ADHS eine mangelnde Fähigkeit zur Selbststeuerung haben, sind Strukturierungen von außen (wie z. B. feste Tagesabläufe) notwendig. Des Weiteren sind eine positive Zuwendung bei angemessenem Verhalten, Aufforderungen und Grenzsetzungen in einer eindeutigen Weise und adäquate negative Konsequenzen bei auffälligem Verhalten wichtig (Döpfner et al., 2013).

In der Schule sollten die Lehrkräfte die Zusammensetzung der Klasse, ungünstige Einflüsse durch andere (auffällige) Kinder und die Sitzposition des Kindes (es sollte möglichst weit

vorne sitzen) beachten. Es ist hilfreich, für Kinder bzw. Jugendliche mit ADHS, wenn Unterrichtsaktivitäten häufiger gewechselt und strukturiertes Lernen gegenüber Freiarbeit betont wird. Es sollten Verhaltensregeln für die ganze Klasse festgelegt werden und die jeweiligen positiven und negativen Konsequenzen beim Befolgen bzw. Nichtbefolgen von Regeln besprochen werden. Die Konsequenzen müssen möglichst unmittelbar und regelmäßig auf das jeweilige Verhalten erfolgen (Döpfner et al., 2013).

- ▶ Strukturieren Sie mit dem Kind bzw. Jugendlichen den Sitzplatz sehr klar (evtl. aufmalen, wo liegt das Buch, wo das Mäppchen) und fordern Sie diese Ordnung täglich ein. Unnötige Dinge sollten nicht auf dem Pult liegen und im Ranzen verstaut werden. Vor allem Ablenkungen wie Spielsachen, Handy etc. sollten während des Unterrichts im Ranzen bleiben.
- ▶ Helfen sie dem Kind/Jugendlichen dabei, die Aufgaben zu strukturieren: schreiben Sie z.B. alle Aufgaben untereinander (To-Do-Liste), damit sie/er schon erledigte Punkte durchstreichen kann. Führen Sie ein striktes Bearbeitungsmuster ein (z.B. 1.) Aufgabe lesen, 2.) Überschrift ins Heft übertragen, 3.) Aufgaben nacheinander bearbeiten, 4.) Buch wegräumen etc.). Fokussieren Sie das Kind/die/den Jugendliche/n bei Ablenkungen immer wieder auf die eigentlichen Aufgaben.
- ▶ Minimieren Sie die Reize: gehen Sie nach Möglichkeit in einen ruhigen Raum ohne viel Ablenkung, räumen Sie unwichtige Dinge vom Tisch oder bauen Sie einen „Paravent“ zum Tischnachbarn. Auch das Tragen von geräuschminimierenden Kopfhörern kann helfen, Reize abzdämpfen.
- ▶ Ganz wichtig ist, dass Sie das Kind/die/den Jugendliche/n loben, wenn etwas gut gemacht wurde (auch schon kleine Erfolge honorieren) und nicht permanent maßregeln.

Spezifische Problemsituationen und Problemverhaltensweisen in der Schule sollten identifiziert und ihr Verlauf kontrolliert werden. Wenn negative Lehrer-Schüler-Interaktionen dominieren, können geeignete Maßnahmen (wie z.B. eine regelmäßige kurze positive Rückmeldung nach Ende des Unterrichts) helfen, die positive Aufmerksamkeit und Zuwendung zur Schülerin/zum Schüler zu steigern. Das wirkungsvolle Äußern von Anforderungen und Grenzsetzungen sowie von Zuwendung, wenn Aufforderungen und Grenzen beachtet werden, ist im Gruppenkontext nicht immer einfach, aber wichtig (Döpfner et al., 2013).

8 Was können Lehrkräfte im Speziellen tun?

8.1 Das Verhalten analysieren

Überlegen Sie, wann und in welchen Situationen das unerwünschte Verhalten auftritt und was in der Vergangenheit Auslöser dafür waren! Wie haben Sie in der Vergangenheit auf das Verhalten reagiert, war dieses Verhalten hilfreich?

8.2 Das Netzwerk nutzen, Absprachen treffen

Erkundigen Sie sich, wie andere Personen mit schwierigem Verhalten des Kindes/Jugendlichen umgehen: Was machen beispielsweise die Eltern bei Wutanfällen?

Überlegen Sie gemeinsam, wie Konflikte vermeiden werden können, und wie das Kind/die/der Jugendliche lernen kann, die eigene Wut zu regulieren.

Versuchen Sie einheitliche Absprachen zu treffen, an denen sich das Kind/die/der Jugendliche orientieren kann.

Überlegen Sie mit anderen Beteiligten (z.B. Eltern, Therapeut*innen, Schulbegleiter*innen), wer welchen Part bei der Verhaltensregulierung übernehmen kann: Wann ist es Aufgabe der Lehrkraft, wann der Schulbegleitung, die Schülerin/den Schüler zu ermahnen? Gibt es nonverbale Zeichen für das Kind/die/den Jugendliche/n zur Selbstregulation (z. B. Klopfen auf den Tisch oder schnipsen)? Was erfolgt, wenn das Kind/die/den Jugendliche/n sich nicht beruhigt, gibt es z.B. eine Auszeit in einem Nachbarzimmer? Was passiert bei einer Eskalation, wer kümmert sich um die Mitschülerinnen und Mitschüler?

8.3 Konsequenzen besprechen und umsetzen

Bei Konsequenzen ist es wichtig, dass sie nicht nur leere Hülsen sind, die dem Kind/Jugendlichen signalisieren „Du kannst tun, was du willst“, sondern das diese anzeigen, dass es Ihnen ernst ist. Sprechen Sie deshalb nur Konsequenzen aus, die Sie einhalten können (und auch einhalten wollen!). Geben Sie dem Kind/Jugendlichen durch frühzeitige Ermahnung die Möglichkeit, das eigene Verhalten noch zu ändern („Noch eine Ermahnung, dann ...“) und bieten Sie Möglichkeiten an, die Eskalation zu verhindern („Ich habe das Gefühl, Dir würde es guttun, Du arbeitest nebenan ...“). Sie sollten in Ihrem Verhalten vorhersagbar agieren. Negative Konsequenzen sollten sich direkt aus dem Problemverhalten ergeben und sofort

erfolgen. Auch wenn es oftmals schwierig ist, sich nicht von der Gegenübertragung leiten zu lassen: Zeigen Sie Ihre eigenen Gefühle (Wut, Aggressionen) nicht, sondern bleiben Sie neutral.

8.4 Nach einer Eskalation

Es sollte überlegt werden, wie nach einer Eskalation fortgefahren wird. Wie kann das Geschehene besprochen werden, ohne es künstlich aufzubauschen? Überlegen Sie, wer das Geschehene mit dem Kind bzw. der oder dem Jugendlichen thematisiert und wer ggf. informiert werden muss (z. B. Eltern, Nachmittagsbetreuung, Schulleitung).

9 Quellenverzeichnis

- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hg.) (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Döpfner M, Banaschewski T & Sonuga-Barke E (2008). Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS). In F. Petermann, Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (6. Aufl.) (S. 257-276). Göttingen: Hogrefe.
- Döpfner M, Frölich J & Lehmkuhl G (2013). Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Bd. 1, 2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H & Zaudig M (Hg.) (2015). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Simchen H (2015). Die vielen Gesichter des ADS: Begleit- und Folgeerkrankungen richtig erkennen und behandeln. Stuttgart: Kohlhammer.

Autismus-Spektrum-Störung

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit des Störungsbilds	3
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	3
4	Ursachen der Störung	4
5	Verlauf der Störung	4
6	Therapeutische Möglichkeiten	4
7	Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung	5
8	Quellenverzeichnis	7

Text adaptiert nach: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Autismus-Spektrum-Störung (S. 24-27). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Das Störungsbild

Bei der Autismus-Spektrum-Störung handelt es sich um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung, die in der Regel in den ersten drei Lebensjahren beginnt, aber bei milderen Formen oft erst sehr viel später diagnostiziert wird. Bisher galt gemäß DSM-IV (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009) als Hauptkriterium der Abgrenzung des Asperger-Syndroms vom frühkindlichen Autismus, dass beim Asperger-Autismus keine auffällige sprachliche und kognitive Entwicklung vorliegt. Die Variation von autistischen Störungen ist aber sehr groß, was die bisherigen Unterteilungen nicht gut abbilden. Deswegen wird zunehmend der Sammelbegriff der „Autismus-Spektrum-Störung“ verwendet.

Für eine Diagnose nach dem ICD-10 müssen hierfür vielfältige Verhaltensstörungen in verschiedenen Bereichen vorliegen, u.a. in der gegenseitigen sozialen Interaktion, in der Kommunikation und Sprache, sowie begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (Poustka et al., 2008). Auffälligkeiten bzw. Schwierigkeiten treten in der Regel in folgenden Bereichen auf:

- ▶ In der verbalen und nonverbalen Kommunikation z.B.
 - ▶ bei der Verwendung von Sprache: fehlende oder eingeschränkte Verbalsprache
 - ▶ bei der Kontaktaufnahme: eingeschränkter Blickkontakt, wenig gerichtete Mimik und Gestik, wenig soziales Lächeln, aber auch Kneifen, Ziehen und blitzschnelles Hinschauen als Form der Kontaktaufnahme
- ▶ In der Beziehung zu anderen Menschen z.B.
 - ▶ kaum Interesse an anderen Menschen, benutzt andere Menschen wie Gegenstände
 - ▶ kaum geteilte Aufmerksamkeit mit Anderen, wenig sozio-emotionale Gegenseitigkeit, Probleme mit sozialen Regeln
 - ▶ Hang zur Selbstisolation
- ▶ Im Umgang mit Spielzeug und Objekten, z. B. Beschäftigung mit nicht-funktionellen Gegenständen
- ▶ Bei der Änderung von Routinen

- ▶ In der Motorik durch repetitive Verhaltensweisen und/oder Bewegungen, Hyperaktivität, Koordinationsschwierigkeiten und Schwierigkeiten mit der Willkürmotorik und der Ausführung von Handlungen nach Aufforderung
- ▶ Bei emotionalen Reaktionen; diese wirken von außen oft schwer nachvollziehbar, z.B. Angst- und Panikreaktionen, aber auch Gleichgültigkeit sowie Stimmungsschwankungen, die sich in Schreien, Weinen und Lachen äußern können
- ▶ In einer veränderten Wahrnehmung, die stark abhängig vom aktuellen Befinden und der aktuellen Situation ist und sich in Form von Über- oder Unterempfindlichkeit, einer verminderten Reizselektion und damit verbundener Reizüberflutung zeigt. Diese Störungen der Reizwahrnehmung hat einen Einfluss auf die eigene Körperwahrnehmung bei akustischen, optischen und Geruchsreizen, was zu unüblichen und unkontrollierten Reaktionen führen kann. Wenn viele gleichzeitig sprechen, ist die Fokussierung auf einen Sprecher für diese Kinder/Jugendlichen schwierig und die Orientierung in Zeit und Raum fällt ihnen häufig schwer. Objekte und Situationen werden in ihren Details und weniger als Gesamtform wahrgenommen, und Generalisierungen von einer Situation auf die andere sind dadurch beeinträchtigt.

Die Variationsbreite bzgl. der Ausprägung der Schwierigkeiten und der Intelligenz ist sehr groß. Die Diskrepanz in der Leistung kann zwischen einzelnen Bereichen stark variieren („Leistungsinseln“ stehen neben schweren Leistungsbeeinträchtigungen). Die Lernfähigkeit ist bei einer hohen Ausprägung der Autismus-Spektrum-Störung schwer feststellbar.

2 Häufigkeit des Störungsbilds

Die angegebenen Prävalenzen für eine Autismus-Spektrum-Störung schwanken zwischen 1,9 und 38,9 pro 10.000 Kindern. Jungen sind viermal häufiger betroffen als Mädchen (Poustka et al., 2008).

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

Bei Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung treten häufig auch andere psychische und physische Störungen auf. Eine Intelligenzminderung betrifft ca. 75% der Kinder und Jugendlichen. 20% erleiden im Laufe ihres Lebens eine Epilepsie, diese beginnt meist in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Hyperaktivität, Tic-Störungen, affektive Störungen, Autoaggression und Zwangsstörungen werden häufig beobachtet. Bei

organischen Krankheiten, die zu Verhaltensmustern führen, die auch bei der Autismus-Spektrum-Störung auftreten oder diesen ähnlich sind, wie z. B. tuberöse Hirnsklerose, Phenylketonurie, Fragiles X-Syndrom, Neurofibromatose, spricht man von syndromalem Autismus (Poustka et al., 2008).

4 Ursachen der Störung

Man geht davon aus, dass die Autismus-Spektrum-Störung weniger durch Umweltfaktoren, sondern überwiegend durch biologische Faktoren, insbesondere durch genetische, verursacht wird. Die Erbllichkeit wird auf 90% geschätzt. Als Umweltfaktoren werden angeborene Krankheiten (Röteln, Zytomegalovirus, Mononukleose oder Hypothyreose), vorgeburtliche Faktoren (wie Alkoholismus der Mutter, Hypothyreose und autoimmunologische Prozesse) diskutiert (Poustka et al., 2008).

5 Verlauf der Störung

Die Autismus-Spektrum-Störung ist eine persistierende Störung, d.h. die Auffälligkeiten in Sprache und (sozialem) Verhalten bleiben im Allgemeinen bis ins Erwachsenenalter bestehen (Ballaban-Gil et al., 1996). Es werden große interindividuelle Unterschiede im Verlauf beobachtet. Ca. 10% der Betroffenen können als Erwachsene ein selbständiges Leben führen (Poustka et al., 2008). Unfälle mit Todesfolge sind bei Betroffenen tendenziell häufiger, da sie Situationen und Gefahren schlechter einschätzen können (ebd.).

6 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Maßnahmen haben das Ziel, die soziale Interaktionsfähigkeit und Selbständigkeit zu verbessern sowie Rituale einzuüben, die Auto- und Fremdaggressionen, Hyperaktivität und motorischen Defiziten entgegenwirken. Ein derzeit populärer Therapieansatz ist der TEACCH-Ansatz, der auf der Strukturierung der Situation (structured teaching) und auf eine Visualisierung (z. B. durch red teaching) und auf eine Visualisierung, z. B. durch kleine Kärtchen, setzt, und die ABA-Methode, die auf operanter Konditionierung beruht und ein umfassendes frühkindliches Therapiemodell ist. Eine effektive medikamentöse Therapie gibt es bislang nicht.

7 Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung

Die Vielfalt der Erscheinungsformen und des Entwicklungsverlaufs erfordern einen individualisierten und flexiblen Umgang mit dem Kind oder mit der bzw. dem Jugendlichen. Eine Kenntnis des familiären Lebensumfeldes kann beim Verständnis von kindlichen Verhaltensweisen helfen. Um einheitliche und verlässliche Rahmenbedingungen zu schaffen, ist generell ein ständiger Austausch mit den Eltern über Ziele und Handlungsformen förderlich. Das Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009) hat die im Folgenden referierten Ratschläge zur Gestaltung des Lerngeschehens von Kindern und Jugendlichen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusammengestellt.

Als grundsätzliche Vorbemerkung sei benannt, dass im regulären Schulalltag zumeist nur Kinder mit einem high-functioning-Autismus, d.h. einem guten kognitiven Niveau inkludierbar sind, bzw. nicht so früh auffallen, dass eine Beschulbarkeit im Regelschulsetting in Frage steht. Es ist nach Diagnosestellung wichtig, die Besonderheiten der einzelnen Kinder/Jugendlichen aufzugreifen und auf diese soweit als möglich einzugehen, ohne den Ablauf des Unterrichts zu verunmöglichen. Die Kommunikation sollte eindeutig, das Kind oder die bzw. den Jugendlichen sollte direkt mit Blickkontakt und Nennung des Namens angesprochen werden. Ratsam ist es, kurze klare Anweisungen zu geben und auf Ironie oder eine sehr bildliche Sprache zu verzichten. Auch gemeinsames Handeln und Anregungen sind bedeutsam, indem man z.B. Impulse und Handlungen des Kindes/Jugendlichen aufgreift, unterstützt, aber auch weiterentwickelt und variiert.

Im Schulalltag benötigen betroffene Kinder und Jugendliche eine individuelle Orientierungsgebung. Hierbei sind Kontinuität und Vorhersagbarkeit wichtig. Dazu sind zum einen zeitliche und inhaltliche Strukturierungen, aber auch konsequentes Verhalten in Bezug auf Regeln und Vereinbarungen notwendig. Es hilft, wenn Beginn und Ende von Handlungen gekennzeichnet werden, z.B. durch Signale. Auf die Änderung von Routinen sollte das Kind oder die bzw. der Jugendliche angemessen vorbereitet werden, indem die Änderungen (vorab) angekündigt werden und geklärt wird, was diese für sie oder ihn bedeuten.

Ein Kind/Jugendlicher mit einer Autismus-Spektrum-Störung kann den Eindruck von Inaktivität, Interesselosigkeit und Unaufmerksamkeit vermitteln, obwohl er/sie gut zuhört. Hier sollte gezielt nachgefragt werden, um den Stand festzustellen. Häufig ist Unterstützung bei der Herangehensweise an Aufgaben, bei der Strukturierung und dem systematischen Lernen sowie bei der Handhabung der Unterrichtsmaterialien notwendig. Hier kann eine Schulbegleitung beim Bewältigen von komplexen Handlungen helfen, indem sie die

Handlungen in einzelne Handlungsschritte zerlegt und später wieder zusammensetzt. Dabei muss der jeweilige Handlungsschritt ausgeführt sein, bevor die Anweisung für den nächsten erfolgt. Die optimale Lernumgebung ergibt sich aus dem individuellen Förderbedarf, je nach Schulfach kann eine andere Form der Hilfestellung notwendig werden.

Hohe Ablenkbarkeit und der Abbruch von Tätigkeiten wechseln sich ab mit einer Fixierung auf Themen. Das Kind/die/der Jugendliche kann Leistungsinselfen besitzen (z.B. Spezialist für Kalender, Fahrpläne oder Telefonnummern sein), die sich nur schwer in den Unterricht integrieren lassen. Um mit der Aufmerksamkeit bei den Unterrichtsthemen zu bleiben ist häufig ein motivierender Anschlag notwendig, sowie Ermutigung und Lob für Erfolge.

Im Unterricht kommt es bei Schülerinnen und Schülern mit einer Autismus-Spektrum-Störung unter Umständen auch zu Schwierigkeiten, weil diese/r ggf. wenig bereit ist, die eigenen Lernstrategien zugunsten der vorgegebenen Lernschritte aufzugeben. Hier bedarf es dann individueller Lösungen, bzw. ein gemeinsames Verständnis der Problembereiche mit individuellen Lösungen.

Schülerinnen und Schüler mit einer Autismus-Spektrum-Störung benötigen ein hohes Maß an Übung, um Alltagshandlungen zu automatisieren. Dies kann z.B. durch Wiederholungen in lebenspraktischen Zusammenhängen erreicht werden. Wiederholungs- und Übungsphasen von bekanntem Lernstoff dagegen stellen oft eine Unterforderung dar, sie führen zu Langeweile, Konzentrationsverlust sowie Rückzug und Abwehr. Eine Über- oder Unterforderung im Unterricht lässt sich an der Zunahme von problematischem Verhalten erkennen. Tatsächlich liegen vielen Schulschwierigkeiten falsche Einschätzungen der Lern- und Leistungsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen zugrunde.

Als Schutz vor Reizüberflutung kann ein abgeschirmter Arbeitsplatz im Klassenzimmer dienen. Einzelsituationen und Einzelunterricht können als Ruhepause sowohl für das Kind/die/den Jugendlichen als auch für die Klasse wichtig sein, um z.B. emotionale Belastung zu reduzieren.

Wie bereits beschrieben, können soziale Situationen für Kinder oder Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung schwer verständlich sein. Deshalb benötigen diese im Schulalltag Unterstützung bei der Interaktion und Kommunikation mit den Lehrkräften und den Mitschülerinnen und Mitschülern. Eine wichtige Aufgabe von Lehrkräften oder Schulbegleitung ist es, soziale Situationen zu erklären. Hierbei kann das Verhalten der Mitschülerinnen und Mitschüler zur sozialen Orientierung genutzt werden, indem das Kind/die/der Jugendliche zur Nachahmung – z.B. von Sprache und Interaktionen – angeregt wird („Schau, wie deine Mitschülerinnen und Mitschüler es machen!“). Zum anderen ist es eine wichtige Aufgabe, den Mitschülerinnen und Mitschülern einen angemessenen und

respektvollen Umgang mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen beizubringen, da diese oftmals schnell dazu tendieren diese wegen ihrer Andersartigkeit zu hänseln oder ärgern. Wichtig im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen ist es, deren Andersartigkeit aber auch Begabungen wahrzunehmen und auf diese Art und Weise dabei zu unterstützen, dass eine Integration in der Klasse ermöglicht und Leistungsfähigkeit hergestellt wird.

Hilfreich bei einer eindeutigen Kommunikation kann für Kinder oder Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung die sogenannte „Unterstützte Kommunikation“ (ISAAC – International Society for Augmentative and Alternative Communication; breites Spektrum nonverbaler Kommunikationssysteme) oder „Gestützte Kommunikation“ (FC – Facilitated communication) sein. Dabei werden unterschiedliche Methoden angewandt wie die Arbeit mit Piktogrammen, einem „Talker“ (ein Bildschirm, bei dem einzelne Symbole oder ganze Sätze vorgelesen werden) oder auch das Schreiben auf einem Computer mit Hilfe eines „Stützers“, der das Schreiben erleichtern soll. Diese Methode und ihr Nutzen sind nicht ganz unumstritten, aber oftmals gängige Praxis. Dabei sollte an dieser Stelle angemerkt werden, dass sich evidenzbasierte (in Studien nachweislich wirksame Methoden) von nicht evidenzbasierten Ansätzen (deren Wirksamkeit nicht gesichert ist) unterscheiden und die Popularität einzelner Methoden nicht unbedingt der Evidenzlage entspricht. Die Kunst der Behandlerin/des Behandlers ist es dann, Ansätze, die ggf. aus medizinischer und psychologischer Sicht nicht immer ganz nachzuvollziehen sind ebenfalls aufzugreifen und diese entweder in das Behandlungsspektrum zu integrieren oder aber im Einverständnis von dem Kind/Jugendlichen zu ersetzen.

8 Quellenverzeichnis

Ballaban-Gil K, Rapin I, Tuchmann R & Shinnar S (1996). Longitudinal examination of the behavioral, language and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorders. *Pediatric Neurology*, 15(3), 217-223.

Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hg.). (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009). Handreichung zur schulischen Förderung von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Verhaltensweisen. Verfügbar unter www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/autismus [21.01.2017].

Poustka F, Bölte S, Feneis-Matthews S & Schmötzer G (2008). Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Frühkindliche Bindungsstörungen

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit des Störungsbilds	2
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	3
4	Ursachen der Störung	3
5	Verlauf der Störung	4
6	Therapeutische Möglichkeiten	4
7	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Bindungsstörung	5
8	Quellenverzeichnis	5

1 Das Störungsbild

Bindungsstörungen werden in beiden großen Diagnosesystemen (ICD-10 und DSM-IV) als Störungen der sozialen Funktionen beschrieben, die z.T. mit emotionalen Auffälligkeiten einhergehen: In jedem Fall drücken sie sich in sozial unangemessenen Verhaltensweisen aus. Sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV werden derzeit zwei Formen von Bindungsstörungen unterschieden: eine **Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters** (ICD-10 F 94.1) bzw. „inhibited Typ“ nach DSM-IV und eine **Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung** (ICD-10 F 94.2) bzw. „disinhibited Typ“ nach DSM-IV.

Die **Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters** ist durch übermäßig furchtsames und wachsames bzw. ambivalentes und widersprüchliches Verhalten gegenüber Bezugspersonen sowie emotionale Auffälligkeiten gekennzeichnet, die in unterschiedlichen sozialen Situationen beobachtbar sein sind. Im Kontakt mit Bezugspersonen und insbesondere in für sie belastenden Situationen zeigen diese Kinder widersprüchliche Verhaltensweisen wie z.B. eine abwechselnde Suche nach bzw. Vermeidung von Nähe. Es treten gleichermaßen aggressives Verhalten (gegen sich selbst und andere) und sozialer Rückzug auf. Während gegenüber Erwachsenen anteilig soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit herstellbar sind, ist der Kontakt mit Gleichaltrigen häufig erschwert.

Bei einer **Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung** steht distanzloses Verhalten gegenüber verschiedensten Bezugspersonen im Vordergrund bzw. diese ist durch nicht-selektives, wahlloses Bindungsverhalten charakterisiert: In Belastungssituationen wird von solchen Kindern entweder darauf verzichtet, Nähe oder Trost bei anderen zu suchen oder aber es werden vertraute wie unvertraute Personen gleichermaßen um Aufmerksamkeit und Zuspruch angegangen. Generell erscheint die Interaktionsgestaltung mit verschiedenen Gegenübern wenig differenziert („soziale Promiskuität“), und es ist inadäquates Beziehungsverhalten (anklammerndes Verhalten, Suche nach Aufmerksamkeit) beobachtbar. Auch beim enthemmten Typ sind aggressive Verhaltensweisen gegenüber sich selbst und anderen, erschwerte soziale Interaktionen mit Gleichaltrigen und eingeschränktes soziales Spiel kennzeichnend. Emotionale Auffälligkeiten können vorkommen, stehen aber nicht im Vordergrund.

2 Häufigkeit des Störungsbilds

Zur Häufigkeit von Bindungsstörungen liegen noch sehr wenige Daten vor. Hochgerechnete Schätzungen auf der Grundlage von Misshandlungs- und Vernachlässigungsfällen legen eine geringe Prävalenz (weniger als 1%) nahe (O'Connor, 2002; Richters & Volkmar, 1994, beide

Quellen zitiert nach Ziegenhain & Fegert, 2012). Allerdings wurde in den letzten Jahren auch deutlich, dass Bindungsstörungen oftmals unterdiagnostiziert sind. In bestimmten Risikogruppen (z. B. Pflege- oder Heimkinder) gibt es deutlich höhere Wahrscheinlichkeiten für das Vorkommen von Bindungsstörungen.

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

Für die Diagnose einer Bindungsstörung wird ein Einsetzen der Symptomatik vor dem 5. Lebensjahr vorausgesetzt, die häufig mit umschriebenen Entwicklungsstörungen einhergeht. Differentialdiagnostisch sind primär organische Ursachen und tiefgreifende Entwicklungsstörungen auszuschließen, darunter Störungen des autistischen Spektrums: Anders als beim frühkindlichen Autismus liegt bei beiden Formen der Bindungsstörung ein intaktes Sprachvermögen vor. Die Unterscheidung vom Asperger-Syndrom, das nicht anhand sprachlicher Merkmale abgegrenzt werden kann, muss aufgrund anamnestischer Informationen erfolgen, wobei gilt, dass Bindungsstörungen sozial erworben, autistische Störungen hingegen stark genetisch bedingt sind. Von einer frühkindlichen Bindungsstörung zu unterscheiden sind psychosoziale oder körperliche Probleme infolge sexueller oder körperlicher Misshandlung. Ebenfalls auszuschließen sind das Vorliegen einer Anpassungsstörung sowie bestimmter Formen der Schizophrenie. Für die Diagnose einer Bindungsstörung dürfen die Symptome außerdem nicht primär auf kognitive Einschränkungen zurückzuführen sein.

4 Ursachen der Störung

Bindungstheoretisch wird davon ausgegangen, dass Säuglinge und Kleinkinder eine starke angeborene Neigung haben, sich an nahestehende und (emotional) verfügbare Bezugspersonen zu binden, auf deren verlässliche Aufmerksamkeit und Fürsorge sie angewiesen sind. Insbesondere in Belastungssituationen dient der Kontakt zur Bindungsperson der Herstellung eines Gefühls von Sicherheit und damit zur Stressreduktion. In einem extrem unangemessenen und wenig vorhersagbaren Beziehungskontext (z.B. bei elterlicher Vernachlässigung oder Misshandlung, häufig wechselnden Bindungspersonen wie z.B. bei Pflegekindern oder fehlender Exklusivität der Zuwendung wie z.B. in Heimen) kann der Aufbau von Bindung jedoch stark beeinträchtigt sein und als Folge mangelhafter Beziehungen können Symptome einer Bindungsstörung entstehen. Aufgrund extrem inkonsistenter und dysfunktionaler Beziehungserfahrungen im frühen Kindesalter zeigen

Bindungsgestörte daher insbesondere in Stresssituationen inadäquat wirkendes und widersprüchliches Sozialverhalten.

Im ICD-10 werden Bindungsstörungen in sozialen Beziehungen in Zusammenhang mit schwerer elterlicher Vernachlässigung und Misshandlung beschrieben. Im DSM-IV wird der Zusammenhang mit einer massiv pathologischen (elterlichen) Betreuungssituation hergestellt. Zwar gilt ein vernachlässigender oder misshandelnder Beziehungskontext nicht als zwingende klassifikatorische Bedingung, dennoch sollte die Diagnose einer reaktiven Bindungsstörung nach ICD-10 ohne Hinweis auf eine Vernachlässigung oder Misshandlung nur mit Vorsicht gestellt werden (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, zit. nach Ziegenhain & Fegert, 2012).

5 Verlauf der Störung

Bindungsstörungen haben auch mit professioneller Unterstützung eine eher ungünstige Verlaufsprognose. Oftmals wird bei Betroffenen, die im Kindesalter die Diagnose einer Bindungsstörung mit Enthemmung erhalten, später im Jugendlichen- oder Erwachsenenalter eine Persönlichkeitsstörung festgestellt.

6 Therapeutische Möglichkeiten

Bei der Behandlung von Bindungsstörungen ist von langen Therapiedauern auszugehen, es braucht viel Zeit und Geduld um Kindern mit einer Bindungsstörung angemessene soziale Interaktionsformen beizubringen. Hier sind die psychotherapeutischen Möglichkeiten begrenzt. Interventionen sind ohne Mitarbeit der erwachsenen Bezugspersonen wenig erfolgversprechend, innerhalb von Therapieverläufen sind Beziehungsabbrüche (durch Wechsel der behandelnden Fachpersonen, der Pflegefamilie etc.) erfolgskritisch und sofern möglich zu vermeiden. Primär wichtig ist die Schaffung eines verlässlichen, entwicklungs- und persönlichkeitsfördernden Umfelds, wobei Bezugspersonen, die Bindungsgestörte betreuen, möglichst professionelle Unterstützung zur Seite gestellt werden sollte, da sich im Kontakt mit den Betroffenen oft hohe Anforderungen ergeben. Sofern eine Kooperationsbereitschaft von Elternseite vorliegt, sind gezielte Interventionen zur Förderung und Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion notwendig. Liegt bei Betroffenen besonders regelloses oder aggressives Verhalten vor, kann eine medikamentöse Behandlung zur Impulskontrolle hilfreich sein. Dieses ist aber als Behandlung des Symptoms anzusehen, nicht als Behandlung

der Ursache. Bei jüngeren Kindern können spieltherapeutische Angebote unter Einbeziehung der erwachsenen Bezugspersonen unterstützend eingesetzt werden.

7 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Bindungsstörung

Im Umgang mit bindungsgestörten Kindern und Jugendlichen ist ein eindeutiges Auftreten wichtig, das einerseits das klare Setzen von Grenzen umfasst, andererseits auch Verlässlichkeit und Sicherheit signalisieren sollte. Bei Ansprache sollte Blickkontakt gesucht werden, da die Aufmerksamkeit nur selten dem relevantesten Objekt sondern in der Regel dem lautesten bzw. auffälligsten Objekt geschenkt wird. Auch gehört dazu, trotz Abwehr immer wieder Beziehungsangebote zu machen, wobei auf eine sensible, v.a. nicht zu emotionale oder fordernde Gestaltung und einen vorsichtigen Umgang mit Nähe und Distanz geachtet werden sollte.

8 Quellenverzeichnis

- Dilling H, Mombour W & Schmidt H (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V [F]). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- O'Connor TG (2002). Attachment disorders in infancy and childhood. In: Rutter M & Taylor E (Hg.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches*. Malden, MA: Blackwell, 776-792.
- Richters MM & Volkmar F (1994). Reactive attachment disorder of infancy or early childhood. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 33, 328-332.
- Ziegenhain U & Fegert JM (2012). Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Fegert JM, Eggers C & Resch F (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* Berlin: Springer, 938-947.

Depressionen im Kindes- und Jugendalter

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit.....	4
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	4
4	Ursachen der Störung.....	4
5	Verlauf der Störung	5
6	Therapeutische Möglichkeiten	5
7	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Depression	6
7.1	Das Gespräch suchen	6
7.2	Die betroffenen Schülerinnen/Schüler am Unterricht beteiligen	8
8	Quellenverzeichnis	9

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Depressionen im Kindes- und Jugendalter (S. 12-13). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

Depressive Störungen haben in den letzten Jahren bei Kindern und Jugendlichen zugenommen. Daher sind sowohl die Prävention als auch die Früherkennung bei Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung. Obwohl Lehrkräfte als zentrale Bezugspersonen von Schülerinnen und Schülern eine wichtige Funktion bezüglich der (Früh-) Erkennung psychischer Belastungen und der Einleitung weiterer Schritte haben, ist dies bislang kaum als Ansatzpunkt für Präventionsansätze genutzt worden (ZPG, 2017).

1 Das Störungsbild

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen können aus verschiedenen Gründen schwer zu erkennen sein. Die Diagnostik sollte grundsätzlich stets durch eine/n Kinder- und Jugendpsychiater*in oder eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/-Psychotherapeuten erfolgen. Für eine gesicherte Diagnose sind die Beobachtungen von Eltern, Lehrkräften, Erzieher*innen und weiteren Bezugspersonen sehr wertvoll.

Nach ICD-10 gelten für die Diagnose einer Depression folgende Kriterien :

1. Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens zwei der folgenden Symptome über mindestens zwei Wochen: depressive Stimmung in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß über die meiste Zeit des Tages, Verlust des Interesses oder der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, verminderte Energie und erhöhte Ermüdbarkeit.
2. Zusätzlich mindestens zwei Symptome bis zu einer Gesamtzahl von vier (leichte Episode) bis acht (schwere Episode) aus der folgenden Gruppe: Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, Schuld- und Wertlosigkeitsgefühle, negatives Zukunftsdenken und Pessimismus, Selbstverletzung, suizidale Handlungen oder Gedanken an Suizid, Schlafstörungen jeder Art, Appetitverlust.
3. Eventuell somatisches Syndrom, das folgende typischen Merkmale aufweisen kann: Verlust von Freude oder Interesse, mangelnde Reaktionsfähigkeit auf positive Ereignisse, mindestens zwei Stunden zu frühes Erwachen, Morgentief, psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Libidoverlust.

Obwohl für Kinder und Jugendliche die gleichen Diagnosekriterien nach ICD-10 gelten die auch bei Erwachsenen Anwendung finden, sind die Erscheinungsformen einer depressiven Symptomatik in dieser Altersgruppe vielfältig und uneinheitlich (Groen & Petermann, 2008; Henn, Himmel, Ziegenhain & Fegert, 2017). Gerade jüngere Kinder zeigen oft nicht die typischen Symptome. Im Jugendalter treten hingegen einige depressive Verhaltensweisen auch als Teil der normalen Pubertätsentwicklung auf (z.B. Gereiztheit, Grübeln, Selbstzweifel, Motivationsprobleme).

Im Überblick sind altersabhängig folgende Besonderheiten in der Symptomatik der Depression möglich (Deutsche Depressionshilfe, 2017):

Im **Kleinkindalter (1-3 Jahre)** können vermehrtes Weinen, mimische Ausdrucksarmut, erhöhte Reizbarkeit, Überanhänglichkeit, selbststimulierendes Verhalten (z.B. Schaukeln des Körpers, exzessives Daumenlutschen), Teilnahmslosigkeit, Spielunlust oder auffälliges Spielverhalten, gestörtes Essverhalten sowie Schlafstörungen Anzeichen einer Depression sein.

Im **Vorschulalter (3-6 Jahre)** kann sich eine depressive Symptomatik durch einen traurigen Gesichtsausdruck, reduzierte Gestik und Mimik, leichte Irritierbarkeit, Stimmungsschwankungen, Ängstlichkeit, mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen, Teilnahms- und Antriebslosigkeit, introvertiertes Verhalten, vermindertes Interesse an Bewegung, innere Unruhe und Gereiztheit, unangepasstes oder auch aggressives Verhalten, Ess- und Schlafstörungen äußern.

Bei **Schulkindern (6-12 Jahre)** können verbale Berichte über Traurigkeit, Denkhemmungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen, Schulleistungsstörungen, Zukunftsangst, Ängstlichkeit, unangemessene Schuldgefühle und unangebrachte Selbstkritik, psychomotorische Hemmung (z.B. langsame Bewegungen, schlaffe Körperhaltung), Appetitlosigkeit, (Ein-) Schlafstörungen sowie Suizidgedanken auf eine Depression hinweisen.

Im **Pubertäts- und Jugendalter (13-18 Jahre)** zählen vermindertes Selbstvertrauen, Selbstzweifel, Ängste, Lustlosigkeit, Konzentrationsmangel, Stimmungs labilität, tageszeitabhängige Befindlichkeitsschwankungen, Leistungsstörungen, Insuffizienzgefühle, Gefahr der Isolation und des sozialen Rückzugs, psychosomatische Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen), Gewichtsverlust, Schlafstörungen und Suizidgedanken zu den möglichen Symptomen einer Depression.

Bei der diagnostischen Einschätzung inwieweit eine Depression vorliegen könnte, ist es somit unerlässlich, die altersabhängigen Besonderheiten zu beachten sowie zu unterscheiden, dass es sich bei einer Depression um weit mehr als eine zeitweilige Verstimmtheit oder schlechte

Laune, sondern um eine medizinische Erkrankung handelt, die der professionellen Behandlung bedarf. Neben dem Zeitkriterium von mindestens zwei Wochen Symptombdauer ist bei einer depressiven Erkrankung von weitaus höherem persönlichem Leiden und stärkeren negativen Auswirkungen auf das Sozialleben und die allgemeine (z.B. schulische) Entwicklung auszugehen.

2 Häufigkeit

Die Prävalenz depressiver Störungen liegt bei Kindern im Grundschulalter zwischen 1,9 und 3,4%, ab dem 13. Lebensjahr erhöht sich die Prävalenz auf 3,2 bis 8,9% (Mehler-Wex & Kölch, 2008). Bis zum Einsetzen der Pubertät ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen, ab dem Jugendalter sind Mädchen zwei- bis dreimal so häufig von depressiven Störungen betroffen (Lehmkuhl, Walter & Lehmkuhl, 2008). Laut der Weltgesundheitsorganisation leiden ca. 6,2 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 9 bis 17 Jahren an einer Depression, davon überwiegend Mädchen (European Alliance against Depression, 2017). Die depressiven Episoden sind bei Kindern und Jugendlichen mit durchschnittlich sieben bis neun Monaten kürzer als bei Erwachsenen (Lehmkuhl, Walter & Lehmkuhl, 2008).

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

Bei Kindern und Jugendlichen ist es eher die Regel als die Ausnahme, dass die Depression mit weiteren psychischen Erkrankungen, wie z.B. Angststörungen (bis zu 75%), Störungen des Sozialverhaltens (bis zu 50%) oder erhöhter Aggressivität (bis zu 25%) einhergeht (Mehler-Wex & Kölch, 2008). Wenn andere Symptome stark im Vordergrund stehen, besteht leider auch das Risiko, dass die depressive Symptomatik überdeckt und von Bezugspersonen und Fachleuten übersehen wird.

4 Ursachen der Störung

Es wird vermutet, dass bei der Depressionsentstehung biologische und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Als Risikofaktoren gelten u.a. eine erhöhte biologische Stressanfälligkeit, negative gedankliche Bewertungsmuster, eine ungünstige Emotionsregulation und negative Affektivität, eine geringe Bindungsqualität zwischen Eltern und Kindern, Verlusterlebnisse, geringe soziale Kompetenzen und chronische Belastungen (Groen & Petermann 2008; Henn et al., 2017).

Während insgesamt instabilere und vielfältigere Umwelтанforderungen als Entstehungsfaktoren für die steigende Prävalenz von Depressionen im Kindes- und Jugendalter diskutiert werden, stellt das Jugendalter per se eine Zeit erhöhter Anfälligkeit für Depressionen dar. Zum einen sind Jugendliche mit einer Vielzahl an Entwicklungsaufgaben konfrontiert, (z.B. Abnabelung vom Elternhaus und Identitätsbildung, zunehmender Leistungsdruck, Zukunftsangst, Liebeskummer etc.), andererseits verfügen sie, verglichen mit Erwachsenen, über weniger bzw. geringer ausgebildete Bewältigungsstrategien, wodurch das Stresserleben und Insuffizienzgefühle erhöht sein können (European Alliance against Depression, 2017). Bei einem nicht unerheblichen Anteil an Kindern und Jugendlichen spielen bei der Entstehung einer Depression außerdem spezifische Belastungsfaktoren wie etwa Mobbing (30%) eine Rolle.

5 Verlauf der Störung

Nach erstmaligem Auftreten einer manifesten Depression besteht ein hohes Langzeitrisko wiederholt an einer depressiven Störung zu erkranken. Etwa 70% erleben spätestens nach fünf Jahren erneut eine depressive Episode (Henn et al., 2017; Lehmkuhl, Walter & Lehmkuhl, 2008). Umso wichtiger ist eine frühzeitige effektive Behandlung.

6 Therapeutische Möglichkeiten

Die wichtigsten Pfeiler in der Depressionsbehandlung sind die Psychotherapie und ggf. unterstützend die antidepressive Medikation, wobei letztere limitiert ist, da lediglich SSRI-Hemmer eine nachgewiesene Wirkung haben, während die klassischen Trizyklischen Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen unwirksam sind. Alternativ zu SSRI-Hemmern stellt bei leichteren Depressionen lediglich Johanniskraut noch eine Alternative dar. Dieser Fakt verleiht der Psychotherapie einen umso höheren Stellenwert. Als zusätzliche Unterstützung können Angebote aus anderen Bereichen hilfreich sein (Sport, kreative Aktivitäten, Ernährung usw.). Oftmals ist eine Kombination verschiedener Ansätze sinnvoll (European Alliance against Depression, 2017).

Zur Unterstützung im Alltag stellt körperliche Aktivität (z.B. im Rahmen des Sportunterrichts) ein relativ niedrigschwelliges, aber effektives Angebot zur Stimmungsaufhellung dar. Dabei sollte bei depressiven Schülerinnen und Schülern nicht der Leistungsaspekt im Vordergrund stehen, sondern ein Gefühl von Gemeinsamkeit und Aktivität gestärkt werden (FIDEO, 2017).

7 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Depression

7.1 Das Gespräch suchen

Durch den häufigen Kontakt sowie die besondere Beziehung zu ihren Schülerinnen und Schülern, können Lehrkräfte bei der Diagnostik von Depressionen im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Informationsquelle sein. Sie können sich relativ natürlich nach der aktuellen Situation einer Schülerin oder eines Schülers erkundigen, z.B. erfragen, ob sie/er sich traurig fühlt, wie ausgeprägt dieser Zustand ist und wie lange er schon andauert. Bei einem solchen Gespräch ist es wichtig, gut zuzuhören und sowohl für verbale als auch für non-verbale Hinweise aufmerksam zu sein. Außerdem gilt es zu beachten, dass sich eine depressive Symptomatik nicht nur im Erleben (z.B. negative Gedanken, Traurigkeit) und Verhalten (z.B. Rückzug, Gereiztheit, Konzentrationsprobleme, veränderter Appetit), sondern auch körperlich (z.B. in Form von Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen) bemerkbar machen kann.

Allerdings darf nicht erwartet werden, dass Betroffene ihre Probleme auf Nachfrage bereitwillig offen legen. Vielmehr könnte es auch passieren, dass sich angesprochene Kinder und Jugendliche verschließen und versuchen, ihre Symptome herunterzuspielen oder zu verbergen (European Alliance against Depression, 2017), eventuell sind mehrere Gesprächsversuche notwendig, bis sich die Schülerin/der Schüler öffnet (FIDEO, 2017). Lehrkräfte sollten dann nicht insistieren, aber signalisieren, dass sie als Ansprechpartner*in zur Verfügung stehen, sie die Betroffenen wahrnehmen und ihnen ihr Befinden wichtig ist. Gutgemeinte leicht dahingesagte Aufmunterungen (z. B. „Kopf hoch“, „Das wird schon wieder“) sind dabei allerdings nicht hilfreich, und sollten wenn möglich vermieden werden, da sie eher bewirken, dass sich die/der Angesprochene nicht ernst genommen, sondern unzulänglich und dadurch noch schlechter fühlt (FIDEO, 2017). Stattdessen ist das Gesprächsangebot zum Zuhören und gemeinsam Lösungen suchen als hilfreich anzusehen.

Bevor das Gespräch mit einer Schülerin/einem Schüler gesucht wird, sowie ganz generell zur Überprüfung der eigenen Vermutung, kann es hilfreich sein, sich in Erinnerung rufen, wie die betreffende Person sich vor etlichen Monaten üblicherweise verhalten hat. Eventuelle Veränderungen können so besser erkannt und ggf. im Gespräch auch genauer benannt werden. Ausgehend von der Formulierung des eigenen Eindrucks (z.B.: „Mir ist in den letzten Wochen aufgefallen, dass Du ... Wie siehst Du das?“) können dann verschiedene relevante Problembereiche angesprochen werden, um die Symptomatik besser einordnen zu können, z. B.:

- ▶ Ist die Problematik auf schulischen Bereich begrenzt? („Gibt es auch anderswo Schwierigkeiten?“)
- ▶ Wie ist der Kontakt zu Freunden/besteht sozialer Rückzug? („Triffst Du Dich mit Freunden?“)
- ▶ Gibt es noch Freizeitinteressen und Dinge, die Spaß machen? („Gehst Du Deinen Hobbys nach?“)
- ▶ Hat die Schülerin/der Schüler bei Bedarf Ansprechpersonen? („Mit wem kannst Du Dich unterhalten, wenn Du Sorgen hast?“)
- ▶ Ist die/der Jugendliche in der Lage sich ggf. selbständig Hilfe zu suchen? („Hast Du Dir schon Hilfe geholt?“) (FIDEO, 2017)

Wenn man als Lehrkraft oder Elternteil vermutet, dass ein Kind oder Jugendlicher an einer Depression erkrankt sein könnte, ist es hilfreich, sich Rat und weitere Informationen von einer kompetenten Stelle (z.B. schulpyschologischer Dienst, niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater*in oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in) zu holen. Die Unterstützung speziell ausgebildeter Fachpersonen ist hilfreich, wenn das Gespräch mit der Familie des betroffenen Kindes bzw. des oder der Jugendlichen gesucht werden soll und es z.B. darum geht, die Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung zu verdeutlichen.

Auch wenn keine fachspezifische Hilfe/schulpyschologische Beratung sofort zur Verfügung steht, sollte man mit der Familie sprechen, unter anderem weil sich Familien bzw. Kinder/Jugendliche aus Unkenntnis oder Angst vor Stigmatisierung oft erst spät aus eigener Initiative um Hilfe bemühen. Das Benennen von entsprechenden Beobachtungen von außen kann deswegen sinnvoll sein, um das Aufsuchen von Hilfe anzuregen. Im Gespräch sollte die Vorstellung des Kindes bzw. der/des Jugendlichen beim Hausarzt oder gleich einer/einem Kinder- und Jugendpsychiater*in vorschlagen werden, damit diese/r die Situation einschätzt und ggf. die weitere Behandlung einleitet.

Darüber hinaus kann es hilfreich sein, die Betroffenen und ihre Familien bereits in Grundzügen über Behandlungsmöglichkeiten informieren zu können und mit dem Versorgungsangebot in der Nähe der Schule vertraut zu sein, so dass man den Familien direkt einige Anlaufpunkte vorschlagen kann (European Alliance against Depression, 2017).

7.2 Die betroffenen Schülerinnen/Schüler am Unterricht beteiligen

Bei depressiven Schülerinnen und Schülern ist das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und das Können meist deutlich eingeschränkt. Um sie dabei zu unterstützen, aus dem Kreislauf von Insuffizienzgefühlen und Versagensangst, negativen Rückmeldungen sowie Lern- und Leistungsschwierigkeiten auszubrechen, können die folgenden Mittel hilfreich sein:

- ▶ Möglichst Aufgaben ohne Zeitdruck anbieten
- ▶ Freiarbeit einräumen
- ▶ Sonderaufgaben ermöglichen um schlechte Leistungen bei Arbeiten zu kompensieren
- ▶ Stärken betonen
- ▶ Entspannungsübungen
- ▶ Integration in den Klassenverband
- ▶ Förderung kreativer und gestalterischer Ausdrucksmöglichkeiten

Eine Depression ist eine Erkrankung welche nicht leicht zu besiegen ist, oft mit eigener Entwertung und sozialem Rückzug einhergeht und somit kontinuierliche positive Rückmeldung als Gegengewicht bedarf. Hilfreich ist, wenn Lehrkräfte betroffene Schüler in die Klassengemeinschaft immer wieder aktiv mit einbinden und die kleinen und aller kleinsten Erfolge loben (FIDEO, 2017).

Die an Depression erkrankten Schülerinnen und Schüler sind aufgrund ihrer Erkrankung gegenüber gesunden Schülerinnen und Schülern benachteiligt. Das zeigt sich insbesondere bei Leistungsanforderungen, da durch die Depression das Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit aber auch Aufmerksamkeit und Konzentration eingeschränkt sind. Reduktion von Leistungsdruck für betroffene Schülerinnen und Schüler ist deswegen als hilfreich anzusehen. Um Sonderregelungen oder einen Nachteilsausgleich zu erarbeiten, sollte Kontakt zu den behandelnden Fachleuten aufgenommen werden, wenn Sorgeberechtigte den Lehrkräften bzw. Fachpersonen eine entsprechende Schweigepflichtentbindung erteilen (FIDEO, 2017).

8 Quellenverzeichnis

- Bayerisches Zentrum für Prävention und Gesundheit (ZPG). Verfügbar unter: www.zpg-bayern.de/fortbildung-psychische-gesundheit-und-depression-bei-schuelern.html [07.02.2018].
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- European Alliance against Depression. Verfügbar unter: ifightdepression.com/de/index.php?id=3723 [07.02.2018].
- Fighting Depression Online (FIDEO). Verfügbar unter: www.fideo.de/fuer-paedagogen/tipps-fuer-paedagogen/schulalltag/ [07.02.2018].
- Groen G & Petermann F (2008). Depressive Störungen. In: Petermann F (Hg.) Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 427-443.
- Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Curriculum Schulbegleiter. Fortbildungskonzept für die Qualifizierung von Schulbegleiterinnen und Schulbegleitern. Ulm: Druckwerk.
- Lehmkuhl G, Walter D & Lehmkuhl U (2008). Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. In. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, 399-405.
- Mehler-Wex C & Kölch M (2008). Depressive Störungen des Kindes- und Jugendalters. Deutsches Ärzteblatt, 105(9), 149-155.
- Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Verfügbar unter: www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter [07.02.2018].

Körperliche Behinderung

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Häufigkeit körperlicher Behinderungen.....	2
2	Ursachen der Behinderungen	2
3	Verlauf.....	3
4	Überlappungen mit anderen Krankheits- oder Störungsbildern	3
5	Therapeutische Möglichkeiten	3
6	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer körperlichen Behinderung	5
7	Quellenverzeichnis	6

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Körperliche Behinderung (S. 14-16). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Häufigkeit körperlicher Behinderungen

Aufgrund der unterschiedlichen Schädigungen bzw. Erkrankungen, die zu körperlichen Behinderungen gezählt werden, ist es schwierig, die Prävalenz für den Gesamtbereich der körperlichen Behinderungen zu benennen.

Ein Bild der Häufigkeit körperlicher Behinderungen in Deutschland ergibt sich aus den regelmäßig erhobenen Zahlen des Statistischen Bundesamtes („Statistik der schwerbehinderten Menschen“; Schätzung auf Grundlage des Mikrozensus). Gemäß den neuesten Zahlen (Destatis, 2016) lebten zum Jahresende 2015 rund 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland, was einer Quote von 9,3% der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings sind nur etwa 2% Kinder und Jugendliche. Knapp zwei von drei Menschen mit einer Schwerbehinderung haben körperliche Behinderungen.

Die „Statistik der schwerbehinderten Menschen“ umfasst allerdings nur Personen mit einem Grad der Behinderung von 50 oder mehr, während die Schätzung auf Grundlage des Mikrozensus auch Personen mit leichten Behinderungen (unter 50) erfasst. Der Grad der Behinderung (GdB) und der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) sind ein „Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015, S. 19). Der Grad der Behinderung kann – ebenso wie der Grad der Schädigungsfolgen – zwischen 20 und 100 liegen.

2 Ursachen der Behinderungen

Ursachen für die verschiedenen körperlichen Behinderungen ergeben sich aus der jeweiligen Grunderkrankung. Diese können hier aufgrund der Vielzahl nicht genannt werden. Gemäß der Statistik der schwerbehinderten Menschen wurde mit 86% der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht. 4% der Behinderungen waren angeboren bzw. traten im ersten Lebensjahr auf und 2% waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen.

3 Verlauf

Körperbehinderungen können sehr unterschiedliche Ausmaße annehmen und sich in verschiedenen Erscheinungsbildern äußern. Sie sind nicht vorübergehend, sondern in jedem Fall längerfristig oder lebenslang gegeben. Dabei können Übergänge zu chronischen Erkrankungen fließend sein. Eine körperliche Behinderung betrifft den Menschen jedoch nicht allein rein funktional auf einen körperlichen Bereich beschränkt, sondern stets in seiner Gesamtpersönlichkeit. Motorik, Wahrnehmung, Intelligenz, Lernen, Handlungsfähigkeit, emotionales Verhalten, Kommunikation und die Identitätsentwicklung in der sozialen Interaktion sind betroffen (erweiterte Informationen: siehe Reader „Psycho- bzw. Soziomotorik von Manfred Bechstein, 2016).

4 Überlappungen mit anderen Krankheits- oder Störungsbildern

Menschen mit schweren Körperbehinderungen können häufig von weiteren sekundären Erkrankungen betroffen sein (Seekins, Clay & Ravesloot, 1994). Zu beachten ist insbesondere die Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen, wobei die Entstehung eher im psychischen (psychosomatisch), eher im körperlichen (somatopsychisch), oder in beiden Bereichen in ähnlichem Gewicht (somatoform) liegen kann (Freyberger & Stieglitz, 1996).

Ob die primäre Ursache von Einschränkungen im Alltag im körperlichen oder psychischen Bereich liegt ist rechtlich deswegen relevant, weil Förderungen dann entweder nach SGB VIII (bei primär psychischen Störungen) und demnach dem Jugendamt oder nach SGB XII (bei primär körperlichen Behinderungen) und demnach dem Sozialamt erfolgen.

5 Therapeutische Möglichkeiten

Aus der Schädigung einer körperlichen Struktur oder Funktion können Beeinträchtigungen in anderen Bereichen entstehen. Nach Bechstein (2016) sind das:

- ▶ **Beeinträchtigungen der Motorik**, z.B. Veränderung der Muskelspannung bei Spasmen, Athetose, Ataxie; grobmotorische Auffälligkeiten; feinmotorische Auffälligkeiten in den Greifbewegungen, beim Schreiben und Zeichnen.
- ▶ **Beeinträchtigung der Wahrnehmung**, z.B. reduzierter Erlebnis- und Erfahrungsraum; Sehfunktionsstörungen (bei spastischen Lähmungen); Beeinträchtigungen der Perzeption von Form, Größe, Menge, Richtung und Raum durch veränderte sensomotorische

Entwicklung; zentrale Wahrnehmungsstörungen (Beeinträchtigung in der Reizselektion, Diskrimination, Codierung, intermodalen Verknüpfung und Integration aufgenommener Wahrnehmungsreize); häufig Über- und Unterempfindlichkeiten bei vestibulären, taktilen und propriozeptiven Stimulationen; durch eingeschränkte Erfahrungsmöglichkeiten kann der Aufbau des Merksystems verzögert sein.

- ▶ **Beeinträchtigungen der Intelligenz**, z.B. deutliche Abweichung in der Intelligenzhöhe und Veränderung der Intelligenzfunktionen (Neigung zu „konkretem“ Verhalten; Lösung abstrakter Problemstellung fällt schwer; Schwierigkeiten bei simultanen kognitiven Leistungsanforderungen; Mangel an Erfahrungswissen und Schwierigkeiten, Erfahrungen zu übertragen; bei kognitiven Problemstellungen Rückgriff auf „globale“ Fähigkeiten und weniger auf differenzierte Fertigkeiten); Veränderungen der Gedächtnisleistungen (in Abhängigkeit vom Intelligenzniveau Verringerung der Merkfähigkeit; leichte Ablenkbarkeit bei kognitiven Leistungsanforderungen; mehr Zeit zum Lernen erforderlich; unregelmäßige Lernfortschritte, z.T. mit Stillständen und/ oder Rückschritten im Lernverlauf).
- ▶ **Beeinträchtigung des Lernens**, z.B. viel Zeit zum Aneignen von neuen Informationen notwendig; Lernzuwachsrate erheblich verlangsamt, Lernfortschritt unregelmäßig, diskontinuierlich; eingeschränkte Informationskapazität; geringe Begriffsbildungsfähigkeit; Konzentration nur kurzfristig möglich; schnelle Erschöpfung und viele Pausen nötig.
- ▶ **Beeinträchtigung des emotionalen Verhaltens**, z.B. große interindividuelle Varianz im psychischen Verhalten (bspw. vermehrte Passivität, depressiv-resignierende Verhaltensmuster, erhöhte Sensitivität, vermehrte Ängstlichkeit, unausgeglichene, aggressive Impulskontrolle, gestörte Selbstbehauptungstendenzen, soziale Isolation); Überempfindlichkeit der Körperwahrnehmung kann zur Zurückhaltung, depressiven Anzeichen, Ängstlichkeit und Vorsicht führen; Unterempfindlichkeit der Körperwahrnehmung kann zu Unangepasstheit und Distanzlosigkeit führen.
- ▶ **Beeinträchtigung der Kommunikation**, z. B. Beeinträchtigung in den verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen ebenso wie in ihren stimmlichen und nicht-stimmlichen Ausdrucksformen.
- ▶ **Erschwerte Selbstfindung in sozialer Interaktion**, z.B. ist die Selbstfindung von Menschen mit Körperbehinderungen eine Gratwanderung zwischen sozialer Anpassung bzw. sozialer Akzeptanz einerseits und Selbstbehauptung andererseits.

Je nach Art der Beeinträchtigung stehen unterschiedliche therapeutische Maßnahmen zur Verfügung, z. B. körperorientierte Ansätze, Musiktherapie, Kunsttherapie, Vojta-Therapie, Bobath-Konzept u.v.a.m.

6 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer körperlichen Behinderung

Im Vordergrund steht eine förderliche Unterstützung und Begleitung der Lern- und Selbstentwicklung von betroffenen Kindern und Jugendlichen hin zu einer möglichst autonomen Lebensgestaltung. Es gilt, die vorhandenen Möglichkeiten zu fördern. Dazu gehört auch, dass sie lernen, ihre Körperbehinderung anzunehmen und Zutrauen in ihre Fähigkeiten bzw. zu ihrem Können zu entwickeln.

7 Quellenverzeichnis

Bechstein, M. (2016). Körperbehinderung. Verfügbar unter:

www.mbechstein.de/reader_pm/theorie_themen/o8_koerperbehinderung.pdf
[07.02.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015). Versorgungsmedizinverordnung.

Verfügbar unter: bmas.de/sharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k70-versorgungsmed-verordnung.pdf;jsessionid=9181689F41E36C05E2ECB2E169DA46Bo?__blob=publicationFil&v=3 [07.02.2018].

Destatis (Statistisches Bundesamt)(2016). Verfügbar unter:

destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/BehinderteMenschen.html [07.02.2018].

Freyberger HJ & Stieglitz RD (1996). Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger.

Seekins T, Clay J & Ravesloot C (1994). A descriptive study of secondary conditions reported by a population of adults with physical disabilities served by three independent living centers in a rural state. *Journal of Rehabilitation*, 60, 47-51.

Körperliche Behinderung

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Häufigkeit körperlicher Behinderungen.....	2
2	Ursachen der Behinderungen	2
3	Verlauf.....	3
4	Überlappungen mit anderen Krankheits- oder Störungsbildern	3
5	Therapeutische Möglichkeiten	3
6	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer körperlichen Behinderung	5
7	Quellenverzeichnis	6

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Körperliche Behinderung (S. 14-16). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Häufigkeit körperlicher Behinderungen

Aufgrund der unterschiedlichen Schädigungen bzw. Erkrankungen, die zu körperlichen Behinderungen gezählt werden, ist es schwierig, die Prävalenz für den Gesamtbereich der körperlichen Behinderungen zu benennen.

Ein Bild der Häufigkeit körperlicher Behinderungen in Deutschland ergibt sich aus den regelmäßig erhobenen Zahlen des Statistischen Bundesamtes („Statistik der schwerbehinderten Menschen“; Schätzung auf Grundlage des Mikrozensus). Gemäß den neuesten Zahlen (Destatis, 2016) lebten zum Jahresende 2015 rund 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland, was einer Quote von 9,3% der Gesamtbevölkerung entspricht. Allerdings sind nur etwa 2% Kinder und Jugendliche. Knapp zwei von drei Menschen mit einer Schwerbehinderung haben körperliche Behinderungen.

Die „Statistik der schwerbehinderten Menschen“ umfasst allerdings nur Personen mit einem Grad der Behinderung von 50 oder mehr, während die Schätzung auf Grundlage des Mikrozensus auch Personen mit leichten Behinderungen (unter 50) erfasst. Der Grad der Behinderung (GdB) und der Grad der Schädigungsfolgen (GdS) sind ein „Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2015, S. 19). Der Grad der Behinderung kann – ebenso wie der Grad der Schädigungsfolgen – zwischen 20 und 100 liegen.

2 Ursachen der Behinderungen

Ursachen für die verschiedenen körperlichen Behinderungen ergeben sich aus der jeweiligen Grunderkrankung. Diese können hier aufgrund der Vielzahl nicht genannt werden. Gemäß der Statistik der schwerbehinderten Menschen wurde mit 86% der überwiegende Teil der Behinderungen durch eine Krankheit verursacht. 4% der Behinderungen waren angeboren bzw. traten im ersten Lebensjahr auf und 2% waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen.

3 Verlauf

Körperbehinderungen können sehr unterschiedliche Ausmaße annehmen und sich in verschiedenen Erscheinungsbildern äußern. Sie sind nicht vorübergehend, sondern in jedem Fall längerfristig oder lebenslang gegeben. Dabei können Übergänge zu chronischen Erkrankungen fließend sein. Eine körperliche Behinderung betrifft den Menschen jedoch nicht allein rein funktional auf einen körperlichen Bereich beschränkt, sondern stets in seiner Gesamtpersönlichkeit. Motorik, Wahrnehmung, Intelligenz, Lernen, Handlungsfähigkeit, emotionales Verhalten, Kommunikation und die Identitätsentwicklung in der sozialen Interaktion sind betroffen (erweiterte Informationen: siehe Reader „Psycho- bzw. Soziomotorik von Manfred Bechstein, 2016).

4 Überlappungen mit anderen Krankheits- oder Störungsbildern

Menschen mit schweren Körperbehinderungen können häufig von weiteren sekundären Erkrankungen betroffen sein (Seekins, Clay & Ravesloot, 1994). Zu beachten ist insbesondere die Komorbidität psychischer und körperlicher Erkrankungen, wobei die Entstehung eher im psychischen (psychosomatisch), eher im körperlichen (somatopsychisch), oder in beiden Bereichen in ähnlichem Gewicht (somatoform) liegen kann (Freyberger & Stieglitz, 1996).

Ob die primäre Ursache von Einschränkungen im Alltag im körperlichen oder psychischen Bereich liegt ist rechtlich deswegen relevant, weil Förderungen dann entweder nach SGB VIII (bei primär psychischen Störungen) und demnach dem Jugendamt oder nach SGB XII (bei primär körperlichen Behinderungen) und demnach dem Sozialamt erfolgen.

5 Therapeutische Möglichkeiten

Aus der Schädigung einer körperlichen Struktur oder Funktion können Beeinträchtigungen in anderen Bereichen entstehen. Nach Bechstein (2016) sind das:

- ▶ **Beeinträchtigungen der Motorik**, z.B. Veränderung der Muskelspannung bei Spasmen, Athetose, Ataxie; grobmotorische Auffälligkeiten; feinmotorische Auffälligkeiten in den Greifbewegungen, beim Schreiben und Zeichnen.
- ▶ **Beeinträchtigung der Wahrnehmung**, z.B. reduzierter Erlebnis- und Erfahrungsraum; Sehfunktionsstörungen (bei spastischen Lähmungen); Beeinträchtigungen der Perzeption

von Form, Größe, Menge, Richtung und Raum durch veränderte sensomotorische Entwicklung; zentrale Wahrnehmungsstörungen (Beeinträchtigung in der Reizselektion, Diskrimination, Codierung, intermodalen Verknüpfung und Integration aufgenommener Wahrnehmungsreize); häufig Über- und Unterempfindlichkeiten bei vestibulären, taktilen und propriozeptiven Stimulationen; durch eingeschränkte Erfahrungsmöglichkeiten kann der Aufbau des Merksystems verzögert sein.

- ▶ **Beeinträchtigungen der Intelligenz**, z.B. deutliche Abweichung in der Intelligenzhöhe und Veränderung der Intelligenzfunktionen (Neigung zu „konkretem“ Verhalten; Lösung abstrakter Problemstellung fällt schwer; Schwierigkeiten bei simultanen kognitiven Leistungsanforderungen; Mangel an Erfahrungswissen und Schwierigkeiten, Erfahrungen zu übertragen; bei kognitiven Problemstellungen Rückgriff auf „globale“ Fähigkeiten und weniger auf differenzierte Fertigkeiten); Veränderungen der Gedächtnisleistungen (in Abhängigkeit vom Intelligenzniveau Verringerung der Merkfähigkeit; leichte Ablenkbarkeit bei kognitiven Leistungsanforderungen; mehr Zeit zum Lernen erforderlich; unregelmäßige Lernfortschritte, z.T. mit Stillständen und/ oder Rückschritten im Lernverlauf).
- ▶ **Beeinträchtigung des Lernens**, z.B. viel Zeit zum Aneignen von neuen Informationen notwendig; Lernzuwachsrate erheblich verlangsamt, Lernfortschritt unregelmäßig, diskontinuierlich; eingeschränkte Informationskapazität; geringe Begriffsbildungsfähigkeit; Konzentration nur kurzfristig möglich; schnelle Erschöpfung und viele Pausen nötig.
- ▶ **Beeinträchtigung des emotionalen Verhaltens**, z.B. große interindividuelle Varianz im psychischen Verhalten (bspw. vermehrte Passivität, depressiv-resignierende Verhaltensmuster, erhöhte Sensitivität, vermehrte Ängstlichkeit, unausgeglichene, aggressive Impulskontrolle, gestörte Selbstbehauptungstendenzen, soziale Isolation); Überempfindlichkeit der Körperwahrnehmung kann zur Zurückhaltung, depressiven Anzeichen, Ängstlichkeit und Vorsicht führen; Unterempfindlichkeit der Körperwahrnehmung kann zu Unangepasstheit und Distanzlosigkeit führen.
- ▶ **Beeinträchtigung der Kommunikation**, z. B. Beeinträchtigung in den verbalen und nonverbalen Kommunikationsformen ebenso wie in ihren stimmlichen und nicht-stimmlichen Ausdrucksformen.
- ▶ **Erschwerte Selbstfindung in sozialer Interaktion**, z.B. ist die Selbstfindung von Menschen mit Körperbehinderungen eine Gratwanderung zwischen sozialer Anpassung bzw. sozialer Akzeptanz einerseits und Selbstbehauptung andererseits.

Je nach Art der Beeinträchtigung stehen unterschiedliche therapeutische Maßnahmen zur Verfügung, z. B. körperorientierte Ansätze, Musiktherapie, Kunsttherapie, Vojta-Therapie, Bobath-Konzept u.v.a.m.

6 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer körperlichen Behinderung

Im Vordergrund steht eine förderliche Unterstützung und Begleitung der Lern- und Selbstentwicklung von betroffenen Kindern und Jugendlichen hin zu einer möglichst autonomen Lebensgestaltung. Es gilt, die vorhandenen Möglichkeiten zu fördern. Dazu gehört auch, dass sie lernen, ihre Körperbehinderung anzunehmen und Zutrauen in ihre Fähigkeiten bzw. zu ihrem Können zu entwickeln.

7 Quellenverzeichnis

Bechstein, M. (2016). Körperbehinderung. Verfügbar unter:

www.mbechstein.de/reader_pm/theorie_themen/o8_koerperbehinderung.pdf
[07.02.2018].

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015). Versorgungsmedizinverordnung.

Verfügbar unter: bmas.de/sharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/k70-versorgungsmed-verordnung.pdf;jsessionid=9181689F41E36C05E2ECB2E169DA46Bo?__blob=publicationFil&v=3 [07.02.2018].

Destatis (Statistisches Bundesamt)(2016). Verfügbar unter:

destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Behinderte/BehinderteMenschen.html [07.02.2018].

Freyberger HJ & Stieglitz RD (1996). Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie. Basel: Karger.

Seekins T, Clay J & Ravesloot C (1994). A descriptive study of secondary conditions reported by a population of adults with physical disabilities served by three independent living centers in a rural state. *Journal of Rehabilitation*, 60, 47-51.

Mobbing

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Was ist Mobbing?	2
2	Folgen von Mobbing	2
3	Erkennen von Mobbing.....	3
4	Wer wird zum Täter, wer zum Opfer von Mobbing?.....	3
5	Ursachen von Mobbing.....	4
6	Maßnahmen gegen Mobbing	4
7	Opfer-Checkliste	5
8	Täter-Checkliste	5
9	Quellenverzeichnis	7
10	Webseiten zum Thema Mobbing.....	8

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Probleme lösen (S. 32-34). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Was ist Mobbing?

Definition von Mobbing (engl.: bullying) nach Dan Olweus (1994, S. 1173):

„Ein Schüler oder eine Schülerin ist Gewalt ausgesetzt oder wird gemobbt, wenn er oder sie wiederholt und über eine längere Zeit den negativen Handlungen eines oder mehrerer anderer Schüler oder Schülerinnen ausgesetzt ist.“

Von Mobbing spricht man also dann, wenn einer Einzelperson geschadet wird, indem sie in negativer Weise behandelt wird, und zwar nicht nur einmalig, sondern gehäuft und nicht nur an wenigen Tagen. Welche negativen Handlungen werden im Mobbing nun zum Beispiel gezeigt? Vandebosch und van Cleemput (2009) unterscheiden zwei Formen des Mobbing: direktes und indirektes. Zum direkten Mobbing zählt z.B. Schlagen, Beschädigen von persönlichem Eigentum und Beschimpfen oder obszöne Gesten, zum indirekten Mobbing wiederum Gerüchte verbreiten und das Weitergeben vertraulicher Informationen.

Auch im sogenannten Cybermobbing, d.h. Mobbing unter Nutzung moderner Kommunikationsmittel wie dem Internet oder Smartphone, lassen sich diese beiden Formen des Mobbing wiederentdecken. So wird persönliches Eigentum z.B. durch Zuschicken von virusinfizierten Dateien beschädigt oder es werden vertrauliche Text- sowie Bildnachrichten an Dritte weitergegeben (Vandebosch & van Cleemput, 2009).

2 Folgen von Mobbing

Diejenigen, die in der Schule Opfer von Mobbing werden, zeigen oftmals in der Folge z.B. Schulverweigerung und einen damit zusammenfallenden Leistungsabfall, aber auch Ängste und Depressionen können auftreten (Hanish & Guerra, 2002). Zwar nicht als eine direkte Folge des Mobbings, aber damit verbunden, belegen Studien, dass Täter von Mobbing auch später delinquentes Verhalten wie Substanzmissbrauch oder physische Gewalt zeigen (Dake, Prive & Telljohann, 2003; Olweus, 2004). So wurden 35-40% der Jungen, die zwischen ihrem sechsten und neunten Lebensjahr andere gemobbt hatten, bis zu ihrem 24. Lebensjahr mindestens dreimal straffällig – im Vergleich dazu wurden dies nur 10% der Jungen, die nicht

in Mobbing involviert waren (Olweus, 1994). Von daher wären frühzeitige Interventionen nicht nur für die Opfer sondern auch für die Täter von Mobbing als sinnvoll zu erachten.

3 Erkennen von Mobbing

Ein erster Schritt bei der Bekämpfung von Mobbing ist, dass man es „von außen“ überhaupt erkennt. So wurde in mehreren Studien, in denen Selbstangaben von betroffenen Schülerinnen und Schüler zu Mobbing mit Einschätzungen von Lehrkräften verglichen wurden, gezeigt, dass Mobbing von diesen häufig nicht als solches wahrgenommen wird. (Liau, Flannery & Quinn-Leering, 2004; Wienke Totura, Green, Karver & Gesten, 2009). Es ist demnach wichtig das Schulgeschehen sehr aufmerksam zu beobachten und die Schülerinnen und Schüler explizit auf Mobbing anzusprechen und Erzähltes zu konkretisieren („Was geschieht genau?“). Den Betroffenen sollte signalisiert werden, dass jemand ihnen zuhört, sie ernst nimmt und sich für sie einsetzt. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil sich 25% der betroffenen Kinder und Jugendlichen von sich selbst aus niemandem anvertrauen würden (Cassidy, Jackson & Brown, 2009).

Hilfreich zum Erkennen von Mobbingssituationen sind z. B. die von Hayer & Scheithauer (2008) zusammengestellten typischen Verhaltensmuster von Mobbingopfern. So ziehen sich Opfer von Mobbing oft plötzlich zurück und fehlen in der Schule unentschuldigt oder zeigen dort, wie bereits erwähnt, einen plötzlichen Leistungsabfall. Außerdem gehen Geldbeträge oder Sachen der Mobbingopfer gehäuft „verloren“ oder „kaputt“ und die betroffenen Schülerinnen und Schüler zeigen vermehrt selbstverletzendes Verhalten wie etwa Ritzen.

4 Wer wird zum Täter, wer zum Opfer von Mobbing?

Zwar kann Mobbing jeden treffen, jedoch können einige Merkmale ausgemacht werden, die es begünstigen, zum Täter oder Opfer von Mobbing zu werden (Scheithauer, Hayer & Petermann, 2003). So haben die Opfer meist einen niedrigen sozialen Status, ein niedriges Selbstwertgefühl und/oder zeigen „Auffälligkeiten“ wie etwa eine Behinderung. Die Täter dagegen haben einen eher hohen sozialen Status, zeigen Selbstidealisierungen, eine positive Einstellung gegenüber Gewalt und sind meist älter als ihre Opfer. Die Täter von Mobbing sind jedoch nicht per se als „böse“ anzusehen. Vielmehr haben sie gelernt (z.B. von den Eltern) über Aggressionen Ziele zu erreichen (Dake et al., 2003). Nicht alle Täter oder Opfer zeigen jedoch diese Merkmale und Schülerinnen und Schüler mit diesen Merkmalen werden nicht automatisch zu Tätern oder Opfern.

Wichtige Faktoren, die davor schützen, zum Opfer von Mobbing zu werden, sind einerseits in der Schule Freunde zu haben, und andererseits die Emotionen gut regulieren zu können. Hat eine Schülerin oder ein Schüler wenig Rückhalt durch Peers und zeigt sie oder er zudem starke emotionale Reaktionen auf erfahrenes Mobbing (wie z.B. sichtbare Angst oder Weinen), dann bestärkt das meist die/den Täter*in weiter zu mobben (Scheithauer et al., 2003; Mahady-Wilton, Craig & Pepler, 2000). Ebenfalls sind, wie bereits erwähnt Schüler und Schülerinnen, die nonkonformes Aussehen aufweisen und/oder sich „auffällig“ verhalten, gehäuft von Mobbing betroffen (Scheithauer et al., 2003), so z.B. Kinder und Jugendliche mit einer Autismus-Spektrum-Störung, welche wegen ihres andersartigen Verhaltens, und oftmals des geringen Rückhalts durch Peers bei einem geringen Verständnis von sozialen Situationen prädisponiert sind Opfer von Mobbing zu werden (Schröder, Cappadocia, Bebko, Pepler & Weiss, 2014). Aus diesen Grund sollte bei solchen Schülern und Schülerinnen verstärkt auf Mobbing geachtet werden und ggf. diesbezüglich Schutz angeboten werden.

5 Ursachen von Mobbing

Nicht nur Merkmale der Täter und Opfer können Ursachen von Mobbing darstellen, sondern auch Reaktionen der übrigen Schülerinnen und Schüler haben einen Einfluss auf Entstehung und Aufrechterhaltung von Mobbing. Mobbingtäter*innen zeigen oft eine Tendenz sich von den eigenen Peers stark beeinflussen zu lassen (Cook, Williams, Guerra, Kim & Sadek, 2010). Sie fühlen sich in ihrem Mobbingverhalten bestärkt, wenn ihre Peers ihnen dies positiv rückmelden. Es zeigt sich, dass im Schnitt ein Drittel einer Klasse Belustigung empfindet, wenn jemand gemobbt wird (Spröder, Schlottke & Hautzinger, 2008), was dann weiteres Mobbing hervorruft.

6 Maßnahmen gegen Mobbing

Neben dem aufmerksamen und genauen Beobachten der Schulsituation und dem Befragen und Zuhören der Erzählungen der Schülerinnen und Schüler, schlägt Olweus (1994) vor, auf mehreren Ebenen gegen Mobbing vorzugehen. So könnte auf der Schulebene z. B. eine verbesserte Pausenaufsicht eingesetzt oder ein Kontakttelefon eingerichtet werden. Außerdem sei es hilfreich, auf der Klassenebene Klassenregeln gegen Gewalt und Mobbing explizit zu formulieren (z.B. Null-Toleranz gegenüber Gewalt) und gewaltfreie Lösungen und kooperatives Lernen zu vermitteln. Auf der Schülerebene wiederum ist es ratsam, einerseits

ernste Gespräche mit den Tätern, den Opfern und deren Eltern zu führen und andererseits „neutrale“ Schülerinnen und Schüler mit einzubinden.

Bei folgenden Verhaltensweisen wäre es sinnvoll weitergehend auf Mobbing zu achten, bzw. Schülerinnen oder Schüler auf Mobbing anzusprechen (nach Scheithauer et al, 2003):

7 Opfer-Checkliste

- ▶ Kommt von der Schule mit dreckiger oder zerrissener Kleidung nach Hause
- ▶ Hat Verletzungen (z. B. Schnitte oder Schrammen)
- ▶ Hat nur wenige oder gar keine Freunde; wird selten von anderen Kindern eingeladen
- ▶ Hat Angst vor Schulbesuch und/oder wechselt häufig den Schulweg
- ▶ Klagt über Kopf- oder Bauchschmerzen
- ▶ Schläft nicht gut, hat Alpträume
- ▶ Fragt nach zusätzlichem Geld, beklagt Verlust von Dingen
- ▶ Verliert das Interesse an Schularbeiten
- ▶ Zeigt auffällige Verhaltensänderungen
- ▶ Scheint traurig, niedergeschlagen oder launisch zu sein; weigert sich, darüber zu sprechen
- ▶ Isst weniger, kaut an den Nägeln
- ▶ Ist ängstlich, hat geringes Selbstwertgefühl
- ▶ Ist ruhig, einfühlsam, passiv

8 Täter-Checkliste

- ▶ Hänzelt, bedroht, tritt oder schlägt andere Kinder
- ▶ Temperamentvoll, impulsiv
- ▶ Findet es schwer, sich an Regeln zu halten
- ▶ Verhält sich gegenüber Erwachsenen vorlaut und aggressiv
- ▶ Ist „hartgesotten“, zeigt keine Sympathie für Kinder, die drangsaliert werden

- ▶ Toleriert es, Aggressionen (zur Zielerreichung) instrumentell einzusetzen
- ▶ Zeigt dissoziales Verhalten (z. B. Vandalismus, Diebstahl)

9 Quellenverzeichnis

- Cassidy W, Jackson M & Brown KN (2009). Sticks and stones can break my bones, but how can pixels hurt me? Students' experiences with cyber-bullying. In: *School Psychology International*, 30, 383-402.
- Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE & Sadek S (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. In: *School Psychology Quarterly*, 25(2), 64-83.
- D'Zurzilla TJ & Goldfried MR (1971). Problem solving and behavior modification. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Dake JA, Price JH & Telljohann SK (2003). The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 73(5), 173-181.
- Hanish LD & Guerra NG (2002). A longitudinal analysis of patterns of adjustment following peer victimization. In: *Development and Psychopathology*, 14(11), 69-89.
- Hayer T & Scheithauer H (2008). Bullying. In Scheithauer H, Hayer T & Niebank K (Hg.). (2008). *Problemverhalten und Gewalt im Jugendalter: Erscheinungsformen, Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Liau AK, Flannery DJ & Quinn-Leering K (2004). A comparison of teacher-rated and self-reported threats of interpersonal violence. In: *The Journal of Early Adolescence*, 24(3), 231-249.
- Mahady-Wilton M, Craig WM & Pepler DJ (2000). Emotional Regulation and Display in Classroom Bullying: Characteristic Expressions of Affect, Coping Styles and Relevant Contextual Factors. In: *Social Development*, 2, 226-244.
- Olweus D (1994). Annotation: Bullying at School: Basic Facts and Effects of a School Based Intervention Program. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171-1190.
- Olweus D (1996). *Gewalt in der Schule. Was Eltern und Lehrer wissen sollten*. Bern: Huber.
- Scheithauer H, Hayer T & Petermann F (2003). *Bullying unter Schülern: Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte*. Göttingen: Hogrefe.
- Schröder JH, Cappadocia MC, Bebko JM, Pepler DJ & Weiss JA (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. In: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 1520-1534.

Spröber N, Schlottke PF & Hautzinger M (2008). Bullying in der Schule. Weinheim: Beltz.

Vandebosch H & van Cleemput K (2009). Cyberbullying among youngsters: Profiles of bullies and victims. In: *New Media & Society*, 11(8), 1349-1371.

Wienke Totura, CM, Green AE, Karver MS & Gesten EL (2009). Multiple informants in the assessment of psychological, behavioral, and academic correlates of bullying and victimization in middle school. In: *Journal of Adolescence*, 32(3), 193-221.

10 Webseiten zum Thema Mobbing

mobbing-schluss-damit.de [08.02.2018]

seitenstark.de/kinder/sicheres-internet/gegen-mobbing [08.02.2018]

www.fairplayer.de/ [08.02.2018]

www.familienhandbuch.de/babys-kinder/entwicklung/jugendliche/herausforderung/Mobbing.php [08.02.2018]

www.klicksafe.de [08.02.2018]

www.schulpsychologie.de/wws/1818186.php [08.02.2018]

Nachteilsausgleich

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Allgemeine Informationen zum Nachteilsausgleich.....	2
2	Nachteilsausgleich – praktische Umsetzung.....	2
3	Abgrenzung Nachteilsausgleich zum zieldifferenten Unterricht.....	4
4	Quellenverzeichnis	4

Text übernommen und adaptiert nach: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert, JM (2017). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). In Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hg.). *Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter* (S. 100-103). Ulm: Druckwerk.

1 Allgemeine Informationen zum Nachteilsausgleich

Der Nachteilsausgleich gründet auf dem Gleichheitsgrundsatz gemäß Art. 3 Abs. 1 GG („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) und soll dementsprechend eine Benachteiligung aufgrund einer Behinderung verhindern bzw. behinderungsbedingte Nachteile ausgleichen. Im schulischen Kontext regelt der Nachteilsausgleich für Kinder und Jugendliche mit besonderem Förderbedarf die Bedingungen unter denen Leistungen erbracht werden müssen. Dazu zählen Kinder und Jugendliche mit Schwierigkeiten beim Rechnen (Dyskalkulie), die Aufmerksamkeitsprobleme haben und solche, die aufgrund von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen erschwerte Voraussetzungen haben. Maßnahmen im Rahmen des Nachteilsausgleichs zur differenzierten und individualisierten Anpassung der Leistungsabfrage gemäß den Lern- und Entwicklungsvoraussetzungen des jeweiligen Kindes werden in der Regel im Rahmen der Klassenkonferenz unter Vorsitz der Schulleitung besprochen und beschlossen. Der Nachteilsausgleich gilt, soweit nicht anders besprochen, für alle Unterrichtsfächer und ist für alle Lehrkräfte bindend.

2 Nachteilsausgleich – praktische Umsetzung

Die Art und der Umfang des gewährten Nachteilsausgleichs ist eine pädagogische Entscheidung, die sehr individuell und kreativ gestaltet werden kann. Der Ausgleich ist stets so auszurichten, dass die Einschränkung ausgeglichen und somit dem Gleichheitsgrundsatz entsprochen werden kann. Der Nachteilsausgleich kann sich sowohl auf den Bereich der **Leistungsüberprüfung** (z.B. mehr Zeit für die Klassenarbeit), aber auch auf die **Leistungsbeurteilung** (z.B. mündliche Noten werden außer Acht gelassen) und den **Unterrichtsalltag** beziehen.

Beispiele

- ▶ Andere Bewertung von Klassenarbeiten nach krankheitsbedingten Fehlzeiten
- ▶ Veränderte Leistungsbewertung: verringerte Anzahl der Klassenarbeiten und Prüfungen (individuelle Verlängerung, Unterbrechungen, Räumlichkeiten etc.)

- ▶ Variation der Arbeitszeit bei Klassenarbeiten und Prüfungen (Befreiung von Musik, Kunst, Religion und Sport bzw. Veränderung der Bewertung in der Schule oder im außerschulischen Lebensumfeld)
- ▶ Verteilung eines Schuljahres auf zwei Schuljahre (stets mit Zustimmung des Regierungspräsidiums)
- ▶ Zulassung von Diktiergeräten zur Wiedergabe des Sprachausdrucks
- ▶ Zulassung/Bereitstellung spezieller Arbeitsmittel wie Alphasmart, Laptop, PC, Kassettenrekorder, spezifisch gestaltete Arbeitsblätter, größeres Schriftbild und besondere Heftgestaltung usw.
- ▶ Differenzierte Aufgabenstellungen im Kunst-, Musik- und Sportunterricht
- ▶ Gewähr von Phasen der Entspannung
- ▶ Härtefallregelungen bei der Aufnahme in Berufsfachschulen oder berufsbildenden Gymnasien (Notendurchschnitt)
- ▶ Leistungen im Lesen oder Rechtschreiben werden – auch für die Berechnung der Zeugnisnote – zurückhaltend gewichtet

Wichtig ist zu beachten, dass die Anforderungen der Sache an sich, also das schulartgemäße Niveau, erreicht werden muss. Des Weiteren sollten Schülerinnen und Schüler und ihre Eltern möglichst früh in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden und die Maßnahmen der gesamten Klasse dargestellt und begründet werden. Die Maßnahmen des Nachteilsausgleichs werden dabei **nicht im Zeugnis vermerkt** und dürfen zu keiner Benachteiligung anderer führen. Lediglich eine andere Gewichtung der Rechtschreibung in den einzelnen Fächern wird in der Halbjahresinformation und im Zeugnis unter „Bemerkungen“ notiert.

Ein Nachteilsausgleich ist immer eine individuelle Entscheidung und muss mit den Beteiligten besprochen werden. Bei Störungsbildern wie der Autismus-Spektrum-Störung, ADHS, Lese-Rechtschreib-Schwäche (Legasthenie) und Dyskalkulie können Maßnahmen des Nachteilsausgleichs angedacht werden. Es gibt für diese Störungsbilder aber keine allgemeingültigen Regelungen, jede Entscheidung wird individuell mit der Schule, den Eltern und evtl. weiteren Beteiligten (Therapeut*innen, der Schulpsychologischen Beratungsstelle usw.) getroffen und regelmäßig überprüft.

In den Abschlussklassen, außer den Abschlussklassen der Grundschulen, und in den Jahrgangsstufen des Gymnasiums sind Ausnahmen von der Verbindlichkeit des allgemeinen Anforderungsprofils, insbesondere eine zurückhaltende Gewichtung bei der Leistungsmessung, nicht mehr möglich.

3 Abgrenzung Nachteilsausgleich zum zieldifferenten Unterricht

Es wird unterschieden zwischen einer **zielgleichen** und einer **zieldifferenten** Beschulung.

Zielgleiche Beschulung bedeutet, dass trotz der Behinderung/Einschränkung die gleichen Unterrichtsinhalte und Leistungsüberprüfungen wie bei den Mitschülerinnen und Mitschülern erfolgen. Beeinträchtigungen werden durch individuelle Regelungen des Nachteilsausgleichs so gut wie möglich reduziert.

Die **zieldifferente** Beschulung hingegen sieht eine individuelle Gestaltung der Unterrichtsinhalte und -ziele vor. Dies bedeutet, dass für die Leistungsmessung individuelle Maßstäbe gelten. Es bedarf dafür des Nachweises einer sonderpädagogischen Förderung.

Beispiele

Zielgleich: Mareikes Hörvermögen ist stark eingeschränkt, daher kann sie dem Unterrichtsgeschehen nicht so gut folgen wie ihre Mitschülerinnen und Mitschüler. Sie erhält des Öfteren eigene Übungsblätter, wenn die anderen im Klassengespräch diskutieren. Zudem werden ihre mündlichen Leistungen weniger gewichtet. Jedoch werden ihre anderen Leistungen ebenso wie die der Mitschülerinnen und Mitschüler gemessen, da sie zielgleich unterrichtet wird.

Zieldifferent: Tom besucht die vierte Klasse der Grundschule. Er hat das Down-Syndrom und kann nicht allen Unterrichtsinhalten so folgen wie seine Mitschülerinnen und Mitschüler. Für ihn gelten individuelle Ziele, bei Einzelarbeiten bekommt er meist eigene Übungsblätter und bei Klassenarbeiten erhält er spezielle Aufgaben. Das Ziel für die vierte Klasse ist, dass Tom einfache Sätze lesen und schreiben und im Zahlenraum von 1 bis 30 rechnen kann.

4 Quellenverzeichnis

Landesinstitut für Schulentwicklung (2016). Verfügbar unter:

www.schulebw.de/schularten/schulartuebergreifende_themen/handreichungen/module/Modul_A_2011-11-25.pdf. [07.02.2018].

Landesrecht-BW (2017). Zugriff am 07.02.2017. Verfügbar unter: www.landesrecht-bw.de/portal/portal/t/g30/page/bsbawueprod.psm1?doc.hl=1&docid=VVBW-VVBW000003010&documentnumber=3&numberofresults=3&doctyp=vvbw&showdoccase=1&doc.part=F¶mfromHL=true#focuspoint [07.02.2018].

Psychoedukation Selbstverletzendes Verhalten

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit des Störungsbilds	2
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	2
4	Ursachen für selbstverletzendes Verhalten.....	3
5	Verlauf der Störung	3
6	Therapeutische Möglichkeiten	3
7	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit selbstverletzendem Verhalten	5
8	Quellenverzeichnis	8

1 Das Störungsbild

Unter selbstverletzendem Verhalten, auch nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) genannt, versteht man „eine absichtliche, direkte Zerstörung oder Veränderung des Körpergewebes **ohne suizidale Absicht.**“ (In-Albon, Plener, Brunner & Kaess, 2015, S. 11).

Häufige Methoden der Selbstverletzung sind das Schneiden (mit Rasierklingen oder anderen scharfen Gegenständen), Verbrennen, Kratzen und Aufschürfen der Haut durch Reibung (Projekt 4S: Schulen stark machen gegen Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität). Um von NSSV mit Störungscharakter ausgehen zu können, muss sich selbstverletzendes Verhalten von Betroffenen mehrfach zeigen und kein einmaliges Geschehen sein.

Nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten tritt häufig erstmals im frühen Jugendalter auf, das häufigste Einstiegsalter liegt bei 13 Jahren (Projekt 4S). Oft ist die Selbstverletzung Ausdruck einer psychischen Notlage, vielfach besteht seine Funktion darin, von negativen Gefühlen zu entlasten, mit denen die Betroffenen nicht anders umzugehen wissen. Weniger zutreffend ist die Vermutung, dass das Motiv für Selbstverletzung vorrangig Aufmerksamkeit oder manipulatives Verhalten sei (In-Albon et al., 2015).

2 Häufigkeit des Störungsbilds

NSSV ist relativ häufig. Etwa ein Drittel deutscher Jugendlicher hat sich zumindest schon einmal im Leben selbst verletzt, etwa 4 Prozent tun dies wiederholt und würden die Kriterien gemäß DSM-5 erfüllen. In einer Studie mit jungen Erwachsenen berichteten etwa 14 Prozent davon, sich bereits einmal selbst verletzt zu haben (Projekt 4S).

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

Selbstverletzendes Verhalten ist häufig mit affektiven und im späteren Jugend- und Erwachsenenalter auch mit Persönlichkeitsstörungen vergesellschaftet, darunter insbesondere die Borderline-Störung. Wobei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst ab dem 18. LJ gestellt werden sollte. Ebenso rechtfertigt alleiniges NSSV nicht die Diagnose einer Borderline-Störung. Hier bedarf es mehrerer Kriterien, von denen NSSV nur eines ist.

Ebenfalls häufig sind begleitende Angststörungen, Depressionen, Substanzmissbrauch oder Abhängigkeitsprobleme, externalisierende Störungen (z.B. aggressives Verhalten), aber auch internalisierende Symptome (z.B. Essstörungen).

4 Ursachen für selbstverletzendes Verhalten

NSSV kann vielfältige Ursachen haben: Es wird angenommen, dass an seiner Entstehung und Aufrechterhaltung sowohl biologische als auch psychische und soziale Faktoren beteiligt sind. An biologischen Faktoren können z.B. eine genetische bedingte psychische Vulnerabilität oder veränderte Stressreaktion des Körpers eine Rolle spielen. Als psychische Faktoren werden z.B. eine geringe Stressresistenz, ein niedriger Selbstwert, mangelnde Fähigkeiten, Emotionen zu erkennen oder auch eine starke Neigung zu Schuldgefühlen und Selbstkritik diskutiert. Soziale Faktoren können so verschiedene Dinge wie z.B. fehlende soziale Unterstützung, Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen (z.B. Mobbing), Ausgrenzung, traumatische Kindheitserlebnisse, schwierige familiäre Verhältnisse und psychische Schwierigkeiten von Angehörigen oder ein kritisierender und entwertender elterlicher Erziehungsstil sein (für eine detaillierte Auflistung s. In-Albon et al., 2015, S. 21).

5 Verlauf der Störung

Selbstverletzendes Verhalten tritt mehrheitlich bzw. mit besonderer Häufung im Jugendalter auf und ist in vielen Fällen selbstlimitierend, insbesondere wenn es Nachahmungscharakter hat bzw. einem Ausprobieren entspricht. Allerdings kann selbstverletzendes Verhalten nicht generell als jugendspezifisches, vorübergehendes Problemverhalten abgetan werden, gerade Jugendliche die sich schwerer verletzen bzw. bei denen Traumatisierungen ursächlich zugrunde liegen neigen dazu, NSSV als dysfunktionale Methode zur Entlastung für Stress, Druck und Belastungsgefühle beizubehalten und dieses Verhalten dann auch zu verstecken.

Bei wiederholter Selbstverletzung können Gewöhnungseffekte, wie etwa eine reduzierte Schmerzschwelle die Wahrscheinlichkeit eines fortgesetzten selbstschädigenden Umgangs mit sich selbst erhöhen.

6 Therapeutische Möglichkeiten

Immer zu beachten ist die Nähe zur Suizidalität bei selbstverletzendem Verhalten. Es sollte deswegen bei jeder Form von Selbstverletzung zunächst einmal eine Vorstellung bei einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie angeregt werden, um die Frage nach einer suizidalen Gefährdung beurteilen zu lassen. Diese/r wird dann das weitere Procedere mit dem Kind/Jugendlichen bzw. dessen Eltern ggf unter Einbezug der Lehrkraft besprechen.

Je nach Schweregrad kann eine psychotherapeutische Therapie dann entweder in einem ambulanten oder auch im stationären Setting durchgeführt werden. Soweit möglich, wird der ambulanten Therapie der Vorrang gegeben, da sie weniger in den Lebensalltag eingreift. Dies ist möglich, wenn ...

- ▶ ... keine akute Suizidgefährdung vorliegt.
- ▶ ... ausreichende familiäre Unterstützung gegeben ist.
- ▶ ... die/der betroffene Jugendliche kooperationsbereit ist.

Eine stationäre Behandlung wird dagegen notwendig, wenn ...

- ▶ ... sich eine ambulante Psychotherapie als nicht ausreichend erweist, z.B. weil das selbstverletzende Verhalten dauerhaft ist oder sich verschlimmert und mit weiteren psychischen Problemen einhergeht, die durch eine stationäre Therapie wirksamer angegangen werden können.
- ▶ ... eine akute Suizidgefährdung vorliegt.
- ▶ ... die selbstzugefügten Verletzungen schwerwiegend sind.
- ▶ ... gravierende familiäre Schwierigkeiten, die Behandlung erschweren.

Oftmals ist zunächst eine Behandlungsmotivation zu erarbeiten, da Selbstverletzung von den Jugendlichen, die sich selbst verletzen, nicht selten als funktionale Problemlösung angesehen wird, welche sie ungerne aufgeben.

In der Behandlung von NSSV besteht dann ein zentrales Ziel darin, gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen die Motive für das selbstverletzende Verhalten zu verstehen, bzw. zu erarbeiten, welche Funktionen es erfüllt. Dies stellt die Grundlage für den Aufbau alternativer Verhaltensweisen, sogenannter „skills“ dar, die Betroffene dann einsetzen können, wenn sie in Situationen geraten, wo der Druck zur Selbstverletzung steigt. Ziel ist es, negative Gefühlszustände adäquater und auf weniger selbstschädigende Weise regulieren zu können. Die Betroffenen müssen hierzu lernen, ihre Befindlichkeit kontinuierlich gut einzuschätzen, um bereits bei einem niedrigen Spannungsniveau mit dem Einsatz von „skills“ reagieren zu können und so der Selbstverletzung vorzubeugen. Skills sind dabei individuell zu erarbeiten. Sie können von entspannenden Tätigkeiten (z.B. Musik hören oder Sport treiben) über stärkere Reizen setzen (z. B. Sich-Schnipsen mit einem Gummiband, auf eine Chillischote beißen oder einen scharfen Geruch einatmen), bis hin zu skills-Ketten reichen, bei denen sukzessive verschiedene alternative Verhaltensweisen eingesetzt werden, um das Befinden anders als durch Selbstverletzung wieder zu verbessern.

7 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit selbstverletzendem Verhalten

Oft kommt es vor, dass gerade Lehrkräfte von sich aus Anzeichen für selbstverletzendes Verhalten bemerken, oder auch Mitschülerinnen/Mitschüler Lehrkräften berichten, dass sie Selbstverletzungen bemerkt haben, weshalb ihnen eine wichtige Rolle bei der Anbahnung von Hilfestellungen zukommt. Generell ist es daher wichtig, als Lehrkraft sensibel für psychische Probleme oder auftretende Verhaltensänderungen von Schülerinnen und Schülern zu sein.

Wenn man aufgrund entsprechender Beobachtungen der Vermutung nachgehen möchte, dass bei einer Schülerin/einem Schüler selbstverletzendes Verhalten vorliegt, ist es wichtig, zu bedenken, dass die Konfrontation mit dem selbstverletzendem Verhalten bei betroffenen Jugendlichen Scham und Angst vor Vorwürfen sowie Gefühle von Überforderung, Traurigkeit und Belastung auslösen kann. Im Gespräch sollte daher ein ruhiger und verständnisvoller Ton gewählt sowie folgende Hinweise beachtet werden (vgl. In-Albon et al., 2015, S. 27):

- ▶ Gespräche in Ruhe, ohne Zeitdruck und möglichst unaufgeregt führen
- ▶ Das selbstverletzende Verhalten direkt ansprechen ohne dies emotional zu kommentieren mit Sätzen wie: „Wie kann man nur so etwas machen.“
- ▶ „Respektvolle Neugierde“ hinsichtlich der Gründe und Auslöser für das selbstverletzende Verhalten, aber aufgrund der Gefahr einer unbeabsichtigten Verhaltensverstärkung (im Sinne von „man bekommt positive Zuwendung für NSSV“) dieses möglichst sachlich halten ohne zuviel emotionale Fürsorge.
- ▶ Sich eigene Gefühle von Hilflosigkeit und Angst oder Wut als normal zugestehen
- ▶ Das selbstverletzende Verhalten als Signal für eine seelische Not der/des Jugendlichen interpretieren und ernstnehmen
- ▶ Verständnis zeigen und das selbstverletzende Verhalten als Ausdruck von Belastung verstehen, mit der die/der Jugendliche aktuell nicht auf andere und weniger schädliche Weise umzugehen versteht. Häufig handelt es sich um einen Versuch, im Umgang mit schwierigen Gefühlen Erleichterung herbeizuführen
- ▶ Versuchen Sie, die oder den Betroffenen dazu zu motivieren, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen

Treten an einer Schule Selbstverletzungen auf, kann es in Folge durchaus zu selbstverletzenden Verhalten von Mitschülerinnen/Mitschülern kommen. Dabei ist zu beachten, dass ernsthafte Selbstverletzung in den allermeisten Fällen weitere

Psychopathologie zugrunde liegen hat, und nicht „einfach mal so auftritt“. Oberflächliche Selbstverletzungen sind in den meisten Fällen ein Ausprobieren und nach Empfinden des Schmerzes selbstlimitierend. Dennoch sollte auch solches Verhalten mit den einzelnen Schülerinnen/Schülern angesprochen werden.

Tritt selbstverletzendes Verhalten im Schulkontext auf, ist es wichtig, dass alle Lehrkräfte ähnlich reagieren, so dass es hilfreich sein kann, ein schulinternes Protokoll zu erarbeiten, in dem Vorgehensweisen im Kollegium geregelt sind. Darin kann z.B. festgelegt werden, in welchen Fällen Lehrkräfte selbstverletzendes Verhalten melden sollten und ggf. eine zentrale Ansprechperson definiert werden oder auf welche Art und Weise Eltern einbezogen werden.

Die folgende, dem Ratgeberbuch von In-Albon et al. (2015, S. 33) erstellte Tabelle gibt einen Überblick über empfohlene Verhaltensweisen im Umgang mit Schülerinnen und Schülern, die selbstverletzendes Verhalten zeigen:

*Tabelle 1: Verhaltensweisen bei Schüler*innen mit selbstverletzendem Verhalten*

Hilfreiche Verhaltensweisen	Weniger hilfreiche Verhaltensweisen
<ul style="list-style-type: none">▶ Der Schülerin/dem Schüler ruhig und mitfühlend begegnen▶ Vermitteln, dass die/der Betroffene als Person akzeptiert wird, auch wenn ihr/sein Verhalten hingenommen wird▶ Mitteilen, dass andere sich Gedanken über die betreffende Schülerin/den betreffenden Schüler machen▶ Sich vergegenwärtigen, dass Selbstverletzung häufig eine Strategie darstellt, mit der Betroffene versuchen, sich von seelischem Schmerz und schwer zu bewältigenden Gefühlen zu entlasten▶ Über selbstverletzendes Verhalten in den Worten kommunizieren, die der oder die	<ul style="list-style-type: none">▶ In übertriebenen Aktionismus verfallen (z.B. sofort die Eltern oder einen Notarzt verständigen)▶ Panik, Schock und Ablehnung zeigen, Vorwürfe machen▶ Ein Ultimatum stellen oder Drohungen aussprechen▶ Übermäßiges Interesse und Zuwendung zeigen (Achtung: Gefahr der Verstärkung des Verhaltens!)▶ Betroffenen erlauben, sich detailliert mit Mitschülerinnen/Mitschülern über Selbstverletzungen auszutauschen▶ Über selbstverletzendes Verhalten einer Schülerin/eines Schülers vor oder mit anderen oder in der Klasse sprechen

Hilfreiche Verhaltensweisen

- Betroffene auch selbst wählt („seine Sprache sprechen“)
- ▶ Bereitschaft zum Zuhören vermitteln
- ▶ Nicht werten, urteilen oder Vorwürfe machen
- ▶ Anbieten, bei der Suche nach und Einleitung von weiteren Hilfen zu unterstützen

Weniger hilfreiche Verhaltensweisen

- ▶ Der/dem Betroffenen versichern, dass man mit anderen nicht über ihr/sein Verhalten sprechen wird (es sei denn bei begründeten Verdacht einer Suizidgefährdung)

8 Quellenverzeichnis

In-Albon, T., Plener, P., Brunner, R. & Kaess, M. (2015). Ratgeber Selbstverletzendes Verhalten. Informationen für Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe.

Projekt 4S: Schulen stark machen gegen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten.
Zugriff am 06.01.2017. Verfügbar unter: www.projekt-4s.de/was-ist-nssv/methoden-und-haeufigkeit/ [08.02.2018].

Störung des Sozialverhaltens

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Das Störungsbild	2
2	Häufigkeit des Störungsbilds	3
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	3
4	Ursachen der Störung	4
5	Verlauf der Störung	4
6	Therapeutische Möglichkeiten	5
7	Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Störung des Sozialverhaltens	5
8	Quellenverzeichnis	7

Text übernommen und adaptiert aus: Henn K, Himmel R, Ziegenhain U & Fegert JM (2017). Probleme lösen (S. 50-52). In: Baden-Württemberg Stiftung GgmbH (Hrsg.), Materialien Schulbegleiter. Begleitmaterialien zum Curriculum Schulbegleiter. Ulm: Druckwerk.

1 Das Störungsbild

Die Diagnose „Störung des Sozialverhaltens“ (SSV) wird gestellt, wenn ein sich wiederholendes und seit mindestens sechs Wochen andauerndes Muster **dissozialen und aggressiven Verhaltens** beobachtet wird.

Hiervon unterschieden wird **aggressiv-oppositionelles Verhalten** welches gemäß dem internationalen Klassifikationssystem ICD-10 (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2009) zwar ebenfalls zu den Störungen des Sozialverhaltens gezählt wird, im DSM-5 (vgl. Falkai et al., 2015) und DSM-IV (vgl. Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) jedoch als eigene Störung klassifiziert ist. Diese zeichnet sich durch andauernd trotziges, provokatives, negativistisches und feindseliges Verhalten aus (Petermann & Petermann, 2008). Folgende Symptome sind u.a. charakteristisch: das Kind oder die/der Jugendliche wird schnell ärgerlich, widersetzt sich häufig den Anweisungen und Regeln Erwachsener, streitet sich häufig und verärgert andere absichtlich. Aggressiv-oppositionelles Verhalten wird bei 2 bis 16% der Kinder beobachtet, am häufigsten zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr und nur bei 2,5% der Jugendlichen (Petermann & Petermann, 2008). Aggressiv-oppositionelles Verhalten gilt als die relevanteste Vorläuferstörung für aggressiv-dissoziale Störungen des Sozialverhaltens (Petermann & Petermann, 2008), insbesondere bei Jungen (Stadler, 2012).

Ein Verhalten wird als dissozial bezeichnet, wenn altersentsprechende soziale Normen und Regeln des Zusammenlebens verletzt werden. Zu den **Symptomen aggressiv-dissozialen Verhaltens** zählen:

- ▶ Aggressives Verhalten gegenüber Menschen und Tieren (u.a. Grausamkeit, häufiges Drohen oder Einschüchtern, Diebstahl, sexuelle Nötigung)
- ▶ Zerstörung von Eigentum (z.B. Brandstiftung)
- ▶ Betrug oder Diebstahl (Lügen, Einbruch, Ladendiebstahl)
- ▶ Schwere Regelverstöße (vor dem 13. Lebensjahr über Nacht wegbleiben, Weglaufen, Schule schwänzen)

Dabei ist zu beachten, dass Aggressionsformen alters- und geschlechtsabhängig sind: im Vorschul- und Grundschulalter neigen Jungen mehr zur körperlichen Aggression, Mädchen

eher zu indirekten (relationalen) Aggressionsformen. Grausamkeiten gegenüber anderen Kindern oder Tieren sind eher selten. Im Jugendalter wird massives aggressives Verhalten und Delinquenz sowohl bei Jungen als auch Mädchen beobachtet (u.a. Einsatz von Waffen, kollektive Gewalttaten, Diebstahl, Drogenmissbrauch), wenige Jugendliche werden auch gegenüber Eltern und Lehrkräften aggressiv. Bei Mädchen kommt es vermehrt zu Suizidversuchen, Schulschwierigkeiten und Schwangerschaften vor dem 18. Lebensjahr (Petermann, Döpfner & Schmidt, 2007).

Für eine Diagnose der Störung des Sozialverhaltens muss mindestens eines der oben unter a) bis d) genannte Symptome in den letzten sechs Monaten aufgetreten sein. Im DSM-5 werden Subtypen nach dem Zeitpunkt des Beginns (vor oder nach dem 10. Lebensjahr), nach der Intensität (leicht, mittel oder schwer, je nach Anzahl und Art) und dem Vorliegen einer emotionalen Unbeteiligtheit (callous-unemotional traits; auch kalte Aggression genannt, u.a. gehört hierzu fehlende Empathie und oberflächliche Affekte; bei 10-46% der Betroffenen) unterschieden (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012; Pardini & Frick, 2013). Emotional Unbeteiligte zeichnen sich vermehrt durch ein instrumentell-aggressives (proaktives) Verhalten aus, während impulsiv-aggressives (reaktives) Verhalten eher von leicht erregbaren und zu Angst neigenden Betroffenen gezeigt wird (Stadler, 2012; Pardini & Frick, 2013). Im ICD-10 werden weitere Symptome differenziert je nachdem wo das aggressiv-dissoziale Verhalten auftritt: nur auf die Familie beschränkt, bei fehlenden sozialen Bindungen zu Gleichaltrigen oder bei komorbider (zusätzlicher) emotionaler Störung (Petermann et al., 2007).

2 Häufigkeit des Störungsbilds

Die Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens liegt bei 4 bis 5%, wobei Jungen zwei- bis viermal häufiger betroffen sind. Im Grundschulalter kann eine Störung des Sozialverhaltens bei 1 bis 2% der Mädchen und bei 4% der Jungen diagnostiziert werden. Im Jugendalter (14.-18. Lebensjahr) verdoppelt sich die Prävalenz vorübergehend und sinkt danach wieder deutlich unter das Ausgangsniveau (Petermann & Petermann, 2013).

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

Störungen des Sozialverhaltens gehen häufig mit weiteren psychischen Störungen einher, insbesondere der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; bei jüngeren

Kindern bis zu 50%) und internalisierenden Störungen (Depression und/ oder Angst; bei 60-70% der Betroffenen) (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012).

4 Ursachen der Störung

Zu den Risikofaktoren für die Entwicklung aggressiv-dissozialen Verhaltens zählen biologische und psychologische Faktoren. Bei frühem Beginn der SSV werden gehäuft prä- und perinatale Risikofaktoren (z.B. Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft), familiäre Risikofaktoren (niedriger sozioökonomischer Status, Psychopathologien der Eltern) und neurokognitive und sprachliche Defizite des Kindes/Jugendlichen beobachtet (Stadler, 2012). Störung des Sozialverhaltens mit gleichzeitiger emotionaler Unbeteiligtkeit hat eine hohe genetische Komponente, wohingegen sie ohne emotionale Unbeteiligtkeit vor allem durch die Umweltfaktoren erklärt werden kann (Stadler, 2012). Das Erziehungsverhalten der Eltern ist an der Entstehung und Aufrechterhaltung der SSV entscheidend beteiligt. Inkonsistente und/oder harsche Erziehung (d.h. aggressive Modelle in der Familie), unzureichende Aufsicht und mangelnde Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (Petermann & Petermann, 2013), aber auch körperlicher und sexueller Missbrauch sind mit SSV assoziiert (Maniglio, 2014; Petermann et al., 2007). Weitere familiäre Risikofaktoren sind mütterliche Depression und Ehekonflikte. Kindliche Risikofaktoren sind ein hitziges Temperament (z.B. erhöhte Impulsivität), mangelnde Impulskontrolle und Emotionsregulation, reduzierte Empathie, Störungen in der moralischen Urteilsbildung, soziale Kompetenzdefizite und eine verzerrte sozial-kognitive Informationsverarbeitung (u.a. werden uneindeutige soziale Situationen schneller als feindselig wahrgenommen) (Petermann et al., 2007).

5 Verlauf der Störung

Aggressiv-dissoziales Verhalten ist im Verlauf oft stabil und geht dann leider mit vielfältigen psychosozialen Beeinträchtigungen wie der Entwicklung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung, Inhaftierung, Drogenmissbrauch und schlechterer psychischer und physischer Gesundheit im Erwachsenenalter einher (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012). Die Stabilität aggressiv-dissozialer Verhaltensweisen ist in der Regel höher bei frühem Beginn, schwerer Symptomatik, einer Vielzahl betroffener Bereiche, einem gemeinsamen Auftreten mit ADHD, elterlicher Psychopathologie (insbesondere Alkoholmissbrauch) und dem Vorliegen einer emotionalen Unbeteiligtkeit (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012;

Pardini & Frick, 2013). Bei einem späten Beginn und leichter bis mittlerer Intensität der Symptome ist der Verlauf in der Regel günstiger und nicht chronisch (Petermann et al., 2007).

6 Therapeutische Möglichkeiten

Bei der Behandlung der SSV ist ein multimodaler Ansatz wichtig, der neben dem Kind/Jugendlichen auch das Elternhaus, die Schule und Gleichaltrigengruppe berücksichtigen sollte.

Für die Reduktion der impulsiv-aggressiven Verhaltenssymptomatik bieten sich Kompetenztrainings für die Betroffenen an. Diese umfassen das Festlegen von Regeln und Grenzen, positive Zuwendung bei angemessenem Verhalten und eine passende Hilfestellung bei der Bewältigung von Konfliktsituationen. Wichtig sind dabei positive, wertschätzende Beziehungserfahrungen und unmittelbare Erfolge für die Kinder/Jugendlichen bei der Anwendung der neu erworbenen Verhaltensstrategien um Selbstwirksamkeit und Anerkennung zu erleben (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012). Bei ausgeprägt impulsiv-aggressivem Verhalten kann ergänzend eine Pharmakotherapie in Betracht gezogen werden. Elterntrainings sind nur bei jüngeren Kindern und nur für einen kurzen Zeitraum (< 1 Jahr) wirksam, kognitiv-behaviorale Familientherapien haben dagegen eine nachgewiesene Wirkung (Petermann et al., 2007; Stadler, 2012).

Für die Behandlung der proaktiv-instrumentellen Aggression, die vor allem von Betroffenen mit emotionaler Unbeteiligung gezeigt wird, sind therapeutische Maßnahmen, die auf den Prinzipien des aversiven Lernens beruhen, weniger effektiv, da emotional unbeteiligte Kinder und Jugendliche kaum auf Bestrafung reagieren (Stadler, 2012; Pardini & Frick, 2013). Therapeutische Ansätze, die eine warme und enge Eltern-Kind-Beziehung fördern, sind hier eher erfolgversprechend (Pardini & Frick, 2013).

7 Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit einer Störung des Sozialverhaltens

Eigene Klarheit, Eindeutigkeit und Bestimmtheit sind Voraussetzung für das Umlernen des Kindes oder der bzw. des Jugendlichen. Es ist wichtig, klare Regeln aufzustellen, im Sinne einer Vorbildfunktion klar und eindeutig zu handeln, sowie angemessene Hilfestellungen bei der Bewältigung von Konfliktsituationen anzubieten, z.B. indem man in einer ruhigen Situation mit dem Kind bzw. Jugendlichen gemeinsam den Konflikt analysiert (wie kam es zu

dem Konflikt, was sind die eigenen Anteile, welche Lösungsmöglichkeiten gibt es und was sind deren Vor- und Nachteile?). Dazu gehört auch, zu loben, wenn etwas gut gemacht wird, insbesondere wenn Regeln eingehalten wurden. Aggressives Verhalten dagegen darf nicht zum Erfolg führen. Problemverhalten sollte unmittelbare negative Konsequenzen zur Folge haben. Dies kann so aussehen, dass man die Regelverletzung benennt und negative Konsequenzen ankündigt, dem Kind bzw. Jugendlichen aber noch eine Möglichkeit zur Verhaltenskorrektur gibt und wenn diese nicht erfolgt, negative Konsequenzen durchführt. Mögliche Formen sind Wiedergutmachung, der Entzug von Privilegien oder insbesondere bei jüngeren Kindern die Einengung des Handlungsspielraums.

Des Weiteren kann es hilfreich sein, auf die regelmäßigen sozialen Kontakte (Peergroup) zu achten, und gegebenenfalls Alternativen anzubieten, wenn die Peergroup problematisch ist (Petermann et al., 2007).

8 Quellenverzeichnis

- Dilling H, Mombour W & Schmidt MH (Hg.)(2009). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H & Zaudig M (Hg.)(2015). Diagnostischer und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Maniglio R (2014). Significance, nature, and direction of the association between child sexual abuse and conduct disorder: A systematic review. In: *Trauma Violence Abuse*, 16 (3), 241-257.
- Pardini D & Frick PJ (2013). Multiple developmental pathways to conduct disorder: Current conceptualizations and clinical implications. In: *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(1), 20-25.
- Petermann F, Döpfner M & Schmidt MH (2007). Aggressiv-dissoziale Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie (Bd. 3). Göttingen: Hogrefe.
- Petermann U & Petermann F (2008). Aggressiv-oppositionelles Verhalten Störungen. In: Petermann F (Hg.) *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Göttingen: Hogrefe., 277-293.
- Petermann F & Petermann U (2013). Störungen des Sozialverhaltens. In: *Kindheit und Entwicklung*, 22(3), 123-126.
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M & Houben I (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision. Göttingen: Hogrefe.
- Stadler C (2012). Störungen des Sozialverhaltens. Sind Erklärungsansätze eine Grundlage für eine evidenzbasierte Klassifikation und Behandlung? In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40, 7-19.

Traumafolgestörungen: Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung

Isabel Böge

Modul 5: Intervention Teil II

Lerneinheit 3: Komponenten der Intervention

www.ccschool.de

Inhalt

1	Die Störungsbilder.....	2
1.1	Akute Belastungsreaktion.....	2
1.2	Anpassungsstörung.....	2
1.3	Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).....	3
1.4	Posttraumatische Belastungsstörung	4
2	Häufigkeit von Traumafolgestörungen.....	5
2.1	Akute Belastungsreaktion.....	5
2.2	Anpassungsstörung.....	5
2.3	Posttraumatische Belastungsstörung	6
3	Überlappung mit anderen Störungsbildern	6
3.1	Akute Belastungsreaktion.....	6
3.2	Anpassungsstörung.....	6
3.3	Posttraumatische Belastungsstörung	7
4	Entstehung von Traumafolgestörungen	7
5	Therapeutische Möglichkeiten	8
5.1	Akute Belastungsreaktion.....	8
5.2	Anpassungsstörung.....	8
5.3	Posttraumatische Belastungsstörung	9
6	Quellenverzeichnis	11

1 Die Störungsbilder

1.1 Akute Belastungsreaktion

Von der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird die akute Belastungsreaktion unterschieden, die unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis eintreten kann und in der Regel innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen wieder abklingt. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine akute Belastungsreaktionen in eine PTBS übergeht.

Die akute Belastungsreaktion ist durch dissoziative Symptome (Dissoziation = Abspaltung unangenehmer Empfindungen und Erinnerungen) wie emotionale Taubheit, eine verminderte Reaktions-, Wahrnehmungs- und ggf. Erinnerungsfähigkeit, Angst und Depression, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität oder rückzügliches Verhalten sowie vegetative Symptome (z.B. Herzrasen, Schwitzen) gekennzeichnet.

Häufig bestehen bei Betroffenen, die eine PTBS entwickeln, neben der Kernsymptomatik der PTBS (Intrusionen, Vermeidung, Übererregtheit) auch noch Anzeichen der akuten Belastungsreaktion weiter fort.

1.2 Anpassungsstörung

Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Symptomatik einer Anpassungsstörung ist somit als Ausdruck einer nicht zeitnah bzw. adäquat erfolgten Bewältigung der Geschehnisse zu verstehen.

Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt bei dem möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann

ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.

Für die Anpassungsstörung gilt ein diagnostisches Zeitkriterium, das besagt, dass die Gesamtsymptomatik innerhalb eines Monats nach Eintritt der Belastung (schwerwiegende und einschneidende Lebensveränderungen, nicht unbedingt Extremereignisse) beginnen und nicht länger als sechs Monate andauern sollte. Depressive Symptome im Rahmen einer Anpassungsstörung können jedoch bis zu zwei Jahren fortbestehen.

1.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Kinder und Jugendliche, die plötzlichen gravierenden, akuten oder wiederholten Belastungen ausgesetzt waren, entwickeln häufig einen klinisch relevanten Symptomkomplex aus emotionalen, verhaltensmäßigen, kognitiven und körperlichen Auffälligkeiten und Beschwerden, der als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bezeichnet wird. Diese ist durch die folgende Kernsymptomatik gekennzeichnet (s. Brunner, Plener & Resch, 2012, S. 598):

- ▶ Wiedererleben des traumatischen Erlebnisses in Form von wiederkehrenden, intrusiven Gedanken, Erinnerungen und Träumen
- ▶ Emotionaler und sozialer Rückzug mit ausgeprägtem Vermeidungsverhalten
- ▶ Zustand der vegetativen Übererregtheit

Das Zustandekommen der Symptomatik wird ursächlich auf das Erleben extremer, nicht im Rahmen üblicher menschlicher Erfahrung liegender Ereignisse (z.B. Unfälle, Verlusterlebnisse, Naturkatastrophen, Gewalttaten, Kriegs-, Flucht- und Foltererfahrungen) zurückgeführt, wobei allerdings individuelle Faktoren wie persönliche Verarbeitungs- oder Erlebensmuster zur Entstehung beizutragen scheinen, d.h. nicht jeder Mensch, der mit einer potentiell traumatisierenden Belastung konfrontiert war, reagiert zwangsläufig mit einer PTBS, andererseits ist bei Betroffenen, die eine Belastungsreaktion zeigen, das Extremereignis als primär ursächlich für die Symptomatik anzusehen, die anderenfalls nicht entstanden wäre. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung ([F62.0](#)) über.

Im **Kindesalter** können spezifische Reaktionen auf Traumaerlebnisse in emotionaler Taubheit bestehen, außerdem können infolge des Erlebten wieder regressive Verhaltensweisen auftreten (z. B. Bettnässen, Mutismus, Nahrungsverweigerung oder durch Schlüsselreize ausgelöste Ängstlichkeit). Es kann es zum Verlust bereits erworbener Kompetenzen kommen. Auch Schlafstörungen und Alpträume können auftreten.

Im **Schulalter** können traumabedingte Konzentrationsstörungen sich negativ auf die Gesamtentwicklung und insbesondere die schulischen Leistungen auswirken. Es kann auch sein, dass das Erlebte als Bewältigungsversuch nachgespielt wird.

Als Ursachen von Posttraumatischen Belastungsstörungen werden generell zwei Traumtypen unterschieden:

Als **Typ-I-Trauma** werden einmalig und kurz auftretende traumatische Ereignisse bezeichnet, die häufig durch ein plötzliches und unerwartetes Auftreten sowie akute Lebensgefahr gekennzeichnet sind (z.B. Verkehrsunfälle, Natur- oder technische Katastrophen, Miterleben krimineller Gewalttaten als Opfer oder Zuschauer).

Beim **Typ-II-Trauma** handelt es sich um über einen längeren Zeitraum wiederholt erlebte traumatische Ereignisse (z.B. wiederholte Gewalterfahrungen in Form körperlicher oder sexueller Misshandlung in oder auch außerhalb der Familie, Kriegserfahrungen wie Gefangenschaft und Folter, Geiselhaft), bei denen es somit zu einer Kumulation belastender, in Eintreten und Ausmaß nicht vorhersagbarer, traumatischer Erlebnisse kommt.

1.4 Posttraumatische Belastungsstörung

Mangels kontrollierter Studien kann die Frage nach Ursachen für ein Fortbestehen bzw. einen Rückgang von PTBS-Symptomen bislang nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Während Spontanremissionen möglich sind, zeigt ein erheblicher Anteil an Betroffenen längerfristige Beeinträchtigungen. Generell remittieren die Typ-I-Traumafolgen kurz- oder mittelfristig mit höherer Wahrscheinlichkeit als Traumen von Typ-II. Insbesondere PTBS-Symptome, die infolge intrafamiliärer Gewalt oder aufgrund von Kriegserlebnissen entwickelt wurden, weisen tendenziell eine hohe Persistenz auf. Allgemein haben sich die folgenden vier Aspekte als relevante Verlaufsprädiktoren erwiesen (Schepker, 1997, zit. nach Brunner et al., 2012):

- ▶ **Art des Traumas:** Von Menschen verübte traumatische Handlungen sind im Allgemeinen schädlicher als Naturkatastrophen oder Unfälle.
- ▶ **Dosis-Wirkungs-Beziehung:** Je höher die eigene Bedrohung, desto ausgeprägter die unmittelbare Reaktion und in der Folge das Ausmaß der PTBS.

▶ **Stärke der initialen Angstreaktion**

- ▶ **Auswirkungen des Traumas auf den Lebensalltag** der Betroffenen: Je gravierender die Konsequenzen für die Lebensnormalität, desto ausgeprägter die Stresssymptome.

Als wesentliche Vermittlungsfaktoren für die Entwicklung einer PTBS haben sich außerdem die folgenden drei Aspekte ergeben (vgl. Brunner et al., 2012, S. 604):

- ▶ Schweregrad der Traumakonfrontation
- ▶ Traumabedingte Beeinträchtigungen der elterlichen Bezugspersonen
- ▶ Zeitliche Nähe zum traumatischen Ereignis

Auch die emotionale Reaktion der Eltern hat sich als wesentlich für die Entstehung einer PTBS-Symptomatik erwiesen. Umgekehrt profitieren Kinder und Jugendliche, wenn sie sehen können, wie den Eltern die Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses gelingt.

2 Häufigkeit von Traumafolgestörungen

2.1 Akute Belastungsreaktion

Systematische Untersuchungen zur Entstehung akuter Belastungsreaktionen bei Kindern und Jugendlichen liegen kaum vor und sofern Daten vorliegen, handelt es sich um Hochrechnungen. Einer Studie mit Opfern von Verkehrsunfällen zufolge zeigen nur wenige Betroffene das Vollbild einer akuten Belastungsreaktion, ein erheblicher Anteil jedoch eine minder schwere Schockreaktion (Daviss et al., 2000, zit. nach Brunner et al., 2012). Die akute Belastungsreaktion ist diagnostisch und therapeutisch insbesondere als potentieller Übergangspfad zur PTBS interessant.

2.2 Anpassungsstörung

Epidemiologische Studien geben die Auftretenshäufigkeit von Anpassungsstörungen in der Allgemeinbevölkerung mit ca. 5 bis 20 Prozent an. Die Prävalenz ist in Risikogruppen oder klinischen Stichproben höher einzuschätzen.

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

In Nordamerika durchgeführte epidemiologische Studien berichten für Kinder eine Wahrscheinlichkeit von 9,2 Prozent bis zum Alter von 9 bis 12 Jahren von einer PTBS betroffen zu werden (Lonigan, Shannon & Taylor, 1994; zit. nach Brunner et al., 2012), eine Untersuchung an Jugendlichen in den USA lieferte etwas geringere Prävalenzen (3,1–6%; Giaconia, Reinherz & Silverman, 1995; zit. nach Brunner et al., 2012). Eine Studie an einer großen Stichprobe deutscher Jugendlicher zwischen 12 bis 17 Jahren (Bremer Jugendstudie; Essau, Conradt & Petermann, 1999, zit. nach Brunner et al., 2012) berichtet eine deutlich geringere Auftretenshäufigkeit von 1,6 Prozent bei einem gleichzeitigen Risiko von 22,5 Prozent, mindestens einmal in der bisherigen Lebenszeit ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben. In Risikostichproben (z.B. Jugendliche, die in sozialen Brennpunkten leben und Gewalterfahrung haben), sind jedoch deutlich höhere Auftretenshäufigkeiten zu erwarten.

3 Überlappung mit anderen Störungsbildern

3.1 Akute Belastungsreaktion

Bei der akuten Belastungsreaktion zeigt sich eine gemischte und auch wechselhafte Symptomatik, die depressive und ängstliche Reaktionen inklusive vegetativer Anzeichen (z. B. Herzrasen, Schwitzen), sozialen Rückzug und Überaktivität umfassen kann, so dass entsprechende Störungsbilder diagnostisch abzugrenzen sind (z.B. Depressionen, Ängste oder somatische Beschwerden, die nicht eindeutig auf ein traumatisches Ereignis zurückgeführt werden können). Symptome der akuten Belastungsreaktion können sich außerdem mit der Symptomtrias der PTBS (Intrusionen, Vermeidung, Übererregtheit) vermischen, insbesondere, da die akute Belastungsreaktion in eine PTBS übergehen kann, sofern sie nicht nach verhältnismäßig kurzer Zeit remittiert.

3.2 Anpassungsstörung

Auch bei der Anpassungsstörung ist eine sorgfältige Abgrenzung zu depressiven und Angsterkrankungen erforderlich. Die eindeutige Beziehung zwischen vorliegenden Symptomen und einer ursächlichen Belastung muss nachgewiesen sein, außerdem sind die entsprechenden Zeitkriterien zu beachten.

3.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Aufgrund des umfassenden Beeinträchtigungspotentials durch die PTBS kommt es zu einem großen Spektrum möglicher Begleitsymptomaten, die differentialdiagnostisch abzugrenzen sind, wobei als Merkmal einer PTBS im Unterschied zu anderen psychischen Erkrankungen stets die Ursächlichkeit des traumatischen Extremerlebnisses gesichert werden muss.

Komorbiditäten und Differentialdiagnosen können folgende Störungsbilder umfassen (vgl. Brunner et. al, 2012, S. 603):

- ▶ Panikstörung
- ▶ Generalisierte Angststörung
- ▶ Zwangsstörung
- ▶ Manisch-depressive Erkrankung
- ▶ Hyperkinetisches Syndrom
- ▶ Substanzmissbrauch (z. B. Alkohol- und Drogenkonsum)
- ▶ Dissoziative Störungen
- ▶ Verhaltensstörungen
- ▶ Persönlichkeitsstörungen (z. B. Borderline)
- ▶ Schizophrene oder andere psychotische Störungen

Im Schulalltag dürften traumatisierte Kinder und Jugendliche vor allem durch internalisierende (ängstlich-depressive oder somatische) Symptome oder auch durch externalisierendes (d.h. aggressives, unangepasstes) Verhalten, sowie Aufmerksamkeitsdefizite, Hyperaktivität und Vermeidung auffallen. Die genannten Symptome stellen einen Ausdruck erhöhter Irritabilität und Sensibilität infolge der Traumatisierung dar.

4 Entstehung von Traumafolgestörungen

Traumafolgestörungen nehmen unter den psychischen Erkrankungen in gewisser Weise eine Sonderstellung ein: Obwohl bei vielen Störungen davon ausgegangen wird, dass psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eine Rolle spielen, werden sie für das Auftreten der meisten Erkrankungen nicht als ursächlich angesehen. Traumafolgestörungen hingegen werden als direkte Folge außergewöhnlicher

akuter oder wiederholter Belastung verstanden - die traumatischen Ereignisse gelten hier also als Ursache der Beschwerden, die ohne die erlebte Belastung nicht zustande gekommen wären. Ergänzend ist hierzu jedoch zu sagen, dass nicht jede Person, die einem potentiell traumatischen Erlebnis ausgesetzt war, in der Folge klinisch relevante Belastungssymptome zeigt. Vielmehr scheinen neben der Schwere der erlebten Gefahr auch individuelle Faktoren wie das subjektive Erleben oder die Art der Verarbeitung der belastenden Erfahrung für die Entwicklung posttraumatischer Belastungsreaktionen ausschlaggebend zu sein. Das Erleben eines Traumas ist somit eine notwendige, nicht aber eine hinreichende Bedingung für die Entstehung einer Traumafolgestörung. Dies belegen auch Studienergebnisse (Breslau & Davies, 1987, zit. nach Brunner, Plener & Resch, 2012, S. 598), denen zufolge zwischen 40 bis 70 Prozent der Allgemeinbevölkerung mindestens einmal im Leben Belastungen erleben, die die Kriterien einer schweren Traumatisierung erfüllen, während nur 1 bis 14 Prozent dieser Personen später tatsächlich die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhalten.

5 Therapeutische Möglichkeiten

5.1 Akute Belastungsreaktion

Bei der akuten Belastungsreaktion ist vor allem eine kurze Krisenintervention angezeigt, bei der Suizidalität und das Vorliegen von Ängsten abgeklärt werden können. Ggf. kann ein Trauma-Debriefing erfolgen. Da akute Belastungsreaktionen tendenziell nach kurzer Zeit wieder abklingen, ist meist aber keine längere Therapie erforderlich.

5.2 Anpassungsstörung

Anliegen bei der Therapie der Anpassungsstörungen ist es, bestehende Belastungen wo möglich zu reduzieren oder aber dem/der Betroffenen Methoden zu vermitteln damit umzugehen. Dabei geht es erst einmal ums gemeinsame Verstehen der Belastungselemente mit in Folge dann Erarbeiten von Verhaltensalternativen, bzw. der Vermittlung geeigneter Bewältigungsstrategien (Coping), in die meist auch das soziale und familiäre Umfeld einbezogen werden sollte.

5.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Für die Wahl der geeigneten Therapiemethode sind Art und Schwere des für die PTBS-Symptomatik ursächlichen Stressors sowie das Alter der oder des Betroffenen und die Ressourcen der Bezugspersonen abzuwägen. Prinzipiell können verschiedene Therapieansätze kombiniert oder sukzessive zum Einsatz kommen. Zur Behandlung der PTBS können die folgenden Therapiemöglichkeiten zur Behandlung Einsatz finden (vgl. Brunner et al., 2012, S. 607):

- ▶ Pharmakotherapie
- ▶ Psychodynamische Therapieangebote
- ▶ Verhaltenstherapeutische Techniken zur Angstbewältigung
- ▶ Traumafokussierte–kognitive Verhaltenstherapie (TF-CBT)
- ▶ Narrative Expositionstherapie (NET)
- ▶ Desensibilisierung durch Augenbewegung („Eye movement desensitization and reprocessing“, EMDR): Dieses Verfahren beruht darauf, dass die Patientin/der Patient mit den Augen dem gleichmäßig hin und herbewegten Fingern der Therapeutin/des Therapeuten folgt, während die oder der Betroffene gleichzeitig angehalten ist, sich die traumatischen Erlebnisse in Erinnerung zu rufen. Der Vorgang wird so lange wiederholt, bis sich bei der oder dem Betroffenen eine Entlastung von den belastenden Erinnerungen eingestellt hat. Es wird angenommen, dass die Wirksamkeit dieses spezifischen Verfahrens auf einer Veränderung der kognitiven Verarbeitung des Traumas beruht.
- ▶ Psychoedukative Elemente

Außerdem können je nach Art der Traumatisierung weitere Hilfen wie beispielweise Fremdunterbringung (z.B. bei familiärer Gewalt) nötig werden.

Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Traumafolgestörungen (vgl. Lohmann, 2017)

Die Wahrscheinlichkeit, als Lehrkraft mit traumatisierten Schülerinnen und Schülern zu tun zu haben, ist aufgrund der aktuellen Flüchtlingsthematik besonders hoch – wobei Kinder aus schwierigen familiären Verhältnissen oder andere Risikogruppen wie Pflege- oder Adoptivkinder nicht aus dem Blick verloren werden sollten. Traumatisierte Kinder und Jugendliche können, wenn sie ihre Problematik externalisierend verarbeitet haben, problematisches, den Unterricht störendes Verhalten zeigen. Kinder die das Trauma eher mit sich abmachen zeigen hingegen internalisierendes rückzügliches Verhalten. Es ist daher hilfreich, sich als Lehrkraft gut über einen geeigneten Umgang mit entsprechenden

Schülerinnen und Schülern zu informieren. Wichtig ist hier, nicht Hilfen über alle Grenzen hinweg anzubieten, sondern auch darauf zu achten, Selbstfürsorge zu betreiben und ggf. an Fachkräfte zu verweisen, wenn Schülerinnen und Schüler nicht mit den üblichen pädagogischen Mitteln handhabbar erscheinen.

Aufgrund ihrer Erfahrungen mit plötzlicher und extremer Belastung haben Traumatisierte oft ein hohes Sicherheits- und Kontrollbedürfnis. Um frühere Ängste nicht erneut auszulösen, sollten Betroffene wo möglich vor unklaren, unsicheren oder bedrohlichen Situationen geschützt werden.

Es ist wichtig, ihnen sichere Strukturen zu bieten, zu denen auch der regelmäßige Schulbesuch an räumlich sicheren Orten, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Klassengemeinschaft und zuständigen Lehrkräften gehören. Verlässliche Bezugspersonen und stabile, vorhersagbare Beziehungen sind für traumatisierte Schülerinnen und Schüler besonders wichtig. Dafür sind eine offene und freundliche Aufnahme in die Klassengemeinschaft und eine grundsätzlich positive und akzeptierende Haltung der betreffenden Schülerin/dem betreffenden Schüler gegenüber hilfreich. Die Aufklärung der Klasse zu evtl. merkwürdigen Verhaltensweisen, Reizbarkeit oder aber plötzlichen Belastungsreaktionen des Kindes/Jugendlichen im Rahmen einer bestehenden PTBS kann hilfreich sein, um in der Klasse Verständnis und Hilfsbereitschaft gegenüber betroffenen Mitschülerinnen und Mitschülern herzustellen.

Sollte es dennoch zu wiederholenden schwierigen Verhaltensweisen kommen, kann für entsprechende Situationen ein Ablaufplan erarbeitet werden, der das Verhalten während und nach der Eskalation regelt und bestimmte Verhaltensweisen festlegt, die der Schülerin/dem Schüler bei Bedarf zur Verfügung stehen (z.B. den Klassenraum verlassen, um sich an einem definierten Ort und/oder bei einer bestimmten vereinbarten Tätigkeit zu entspannen und negative Gefühle herunter zu regulieren). Die Verhaltensoptionen können ggf. mit bestimmten Visualisierungen (Bildkärtchen o.ä.) verknüpft werden, mit denen der Lehrkraft signalisiert werden kann, dass der oder die Betreffende eine Auszeit braucht.

6 Quellenverzeichnis

- Brunner R, Plener PL & Resch F (2012). Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen und Selbstbeschädigungserkrankungen. In: Fegert JM, Eggers C & Resch F (Hg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin: Springer, 597-619.
- Daviss WB, Racusin R, Fleischer A, Mooney D, Ford JD & McHugo GJ (2000). Acute stress disorder symptomatology during hospitalization for pediatric injury. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 569-575.
- Essau CA, Conradt J & Petermann F (1999). Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 27, 37-45.
- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK & Cohen E (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. In: *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 34, 1369-1380.
- Lohmann M (2017). *Traumatisierte Schüler in Schule und Unterricht. Grundlagen, Strategien und Praxistipps für Lehrer*. Hamburg: AOL-Verlag.
- Lonigan CJ, Shannon MP & Taylor CM (1994). Children exposed to disaster: risk factors for the development of post-traumatic stress symptomatology. In: *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 33, 80-93.
- Schepker R (1997). Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter – Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 46-56.

Liste von Skills

Isabel Böge

1 Sich ablenken

1.1 Aktivitäten

- ▶ Puzzles
- ▶ Computerspiele
- ▶ Lesen
- ▶ Sport: Laufen, Skaten, Fahrrad fahren, Wandern, Schwimmen, Tanzen, Reiten, Volleyball, Aerobic, Walken, Krafttraining, Boxen ...
- ▶ Bügeln
- ▶ Mandala anmalen
- ▶ Lieblingsklamotten anziehen
- ▶ Tagebuch schreiben
- ▶ Etwas reparieren
- ▶ Ins Kino, Theater gehen
- ▶ Etwas schreiben: Briefe, Pro und Contra Liste, Einkaufszettel
- ▶ Etwas planen – Ausflug, eine besondere Stunde in der man sich nur Zeit für sich selbst nimmt
- ▶ Basteln
- ▶ Malen
- ▶ Singen
- ▶ Etwas auswendig lernen
- ▶ Aufräumen
- ▶ Putzen
- ▶ Renovieren
- ▶ Wäsche waschen
- ▶ Kochen
- ▶ Etwas dekorieren
- ▶ Mit einem Haustier spielen
- ▶ Pro und Contra
- ▶ Eine beliebige Route auf dem Stadtplan einzeichnen und dann entlang dieser Route laufen, joggen, Rad fahren

1.2 Unterstützung

- ▶ Einen Freund besuchen, anrufen
- ▶ Jemandem ein Geschenk, eine Blume(...) basteln, malen, kaufen
- ▶ Beim Geschirrspülen helfen
- ▶ Vokabeln abfragen
- ▶ Mit einer Freundin/einem Freund etwas spielen
- ▶ E-Mails schreiben
- ▶ Chatten
- ▶ Beim Wäsche auf/abhängen, bügeln helfen
- ▶ Den Tisch decken
- ▶ Kleidungsstücke flicken
- ▶ Socken stopfen
- ▶ Zusammen Kuchen backen oder kochen
- ▶ Jemandem zuhören
- ▶ Jemanden ermutigen

1.3 Vergleichen

- ▶ Andere bemitleiden sich- ich tue etwas dagegen, dass es mir so schlecht geht
- ▶ Die haben die gleiche Chance wie ich aber sie nutzen sie nicht
- ▶ Realitätsüberprüfung

1.4 Gefühle/Gefühle ersetzen

- ▶ Roman lesen
- ▶ Sich von einer Freundin/einem Freund durch Witze etc. aufmuntern lassen
- ▶ Sich etwas Gutes tun
- ▶ Papier zerknüllen/zerreißen
- ▶ Einen Knoten auf ein Handtuch machen und damit auf das Bett schlagen
- ▶ Ein altes Laken zerreißen
- ▶ In den Wald gehen und laut schreien
- ▶ Gedanken/Gefühle aufschreiben
- ▶ Leichtes Lächeln
- ▶ Emotionales Leiden loslassen
- ▶ Dem Gefühl entgegengesetzt handeln
- ▶ Den Augenblick verändern
- ▶ Gedankenstopp
- ▶ Step by Step

1.5 Gedanken

- ▶ Stadt-Land-Fluss
- ▶ In 7er- Schritten rückwärts zählen
- ▶ Kreuzwortsrätsel
- ▶ Tangram
- ▶ IQ-Tests
- ▶ Text aus einer anderen Sprache übersetzen
- ▶ Mathematikaufgaben
- ▶ Perlen/Steinchenkette oder dickere Schnur verknoten und wieder auflösen
- ▶ Büroklammern ineinanderhängen und so schnell wie möglich wieder auseinandermachen
- ▶ Beliebige Punkte auf ein Blatt machen und versuchen durch Verbinden eine Figur zu zeichnen
- ▶ Kreuzwortsrätsel selber erstellen
- ▶ Fadenspiele
- ▶ Jonglieren
- ▶ Im Internet etwas suchen
- ▶ Mit Bauklötzchen etwas bauen
- ▶ Einen Zauberwürfel lösen
- ▶ Memory spielen
- ▶ Ein Bild auf dem Computer malen und dabei die Maus verkehrt herum halten
- ▶ Einen Text mit der linken Hand abschreiben

2 Sich zurückholen durch Körperempfindungen

- ▶ Gummiband, Haargummi
- ▶ Eis
- ▶ Eisgelkissen
- ▶ Wurzelbürste
- ▶ Laute Musik
- ▶ Wechselduschen
- ▶ Schreien
- ▶ Mit nackten Füßen in einen Bach stehen
- ▶ Massage
- ▶ Massagegeräte (elektrisch – mechanisch)
- ▶ Vitamin–Brausetabletten ganz in den Mund nehmen und langsam zergehen lassen
- ▶ Brausebonbons/-würfel
- ▶ „Saure Süßigkeiten“
- ▶ Theraband
- ▶ Übungen an der Wand: sich mit dem Rücken anlehnen und die Knie im 90°-Winkel aufstellen; einen Tennisball hinter den Rücken klemmen und ihn hoch und runterrollen
- ▶ „Knisterkuhschokolade“ essen (langsam)
- ▶ Barfuss laufen
- ▶ Muskeln anspannen und loslassen
- ▶ Krafttraining (eine Muskelgruppe besonders belasten, danach gut dehnen)
- ▶ Handtrainer für Gitarristen
- ▶ Ammoniak
- ▶ Münsterkäse riechen
- ▶ Chili–Schoten essen
- ▶ Japanisches Heilöl oder „Olbas“ riechen oder auf die Zunge tröpfeln
- ▶ Knoblauch pur essen
- ▶ Sambal Oelek
- ▶ „Fishermans Friend“ lutschen
- ▶ „Airwaves“ oder andere Kaugummis
- ▶ Eukalyptus Erfrischungstücher riechen (aus der Apotheke)
- ▶ Frischen Zitronensaft trinken
- ▶ Sich von jemandem festhalten oder drücken lassen
- ▶ Sich selbst umarmen
- ▶ Etwas Schweres tragen
- ▶ In die Sauna gehen
- ▶ Scharfe Zahnpasta
- ▶ Bademassagehandschuhe
- ▶ Sandsäckchen auf den Bauch legen
- ▶ Jonglieren
- ▶ Gummitwist

3 Sich beruhigen mit Hilfe der fünf Sinne

3.1 Sehen

- ▶ Kaleidoskop
- ▶ Kunstpostkarten
- ▶ Glasbriefbeschwerer mit bunten Motiven
- ▶ In ein Museum gehen
- ▶ Lavalampe
- ▶ Aquarium
- ▶ Fotografieren
- ▶ Ins Feuer schauen
- ▶ Dias anschauen
- ▶ Angenehme Fotos von schönen Erlebnissen
- ▶ Blumen
- ▶ Wolken ziehen sehen
- ▶ Besonders kräftige Farben
- ▶ Bildbände
- ▶ Zoo
- ▶ Waschmaschine in Bewegung
- ▶ Sterne zuordnen
- ▶ Aufgenommenes Einzel auf Video
- ▶ Leuchtendes Jojo
- ▶ Malen oder zeichnen (auf großem Format, mit fließender Tusche auf feuchtem Papier, dicke Waschkreide, Dispersionsfarbe...)
- ▶ Schütteldose (Schneekugel...)

3.2 Hören

- ▶ Vogelgezwitscher
- ▶ Musik (Lieblingsmusik)
- ▶ Meditationsmusik
- ▶ Lifekonzert
- ▶ Selbst Musik machen
- ▶ Wellenrauschen
- ▶ Rauschmuscheln
- ▶ Singen
- ▶ Trommeln
- ▶ Naturlaute hören
- ▶ Regentropfen
- ▶ Geräusche im Haus
- ▶ Laute Musik auf Kopfhörern
- ▶ Popcorn in einem Topf mit Deckel machen

3.3 Riechen

- ▶ Lieblingsparfum
- ▶ Creme
- ▶ Wie riecht es draußen früh morgens?
Nach einem Regen?
- ▶ Frisch gemähtes Gras, Heu/Stroh
- ▶ Blumen
- ▶ Essen
- ▶ Früchte
- ▶ Bett mit frisch bezogener Bettwäsche
- ▶ Frische Kleidung anziehen
- ▶ Kochen
- ▶ Ätherische Öle im Duftlämpchen
- ▶ Duftkerzen
- ▶ Räucherstäbchen
- ▶ Seife
- ▶ Körpercreme
- ▶ Gesichtscreme
- ▶ Tigerbalsam
- ▶ Knoblauchpizza
- ▶ WC-Spray
- ▶ Gesägtes Holzstück

3.4 Schmecken

- ▶ Frische kräftige Kräuter
- ▶ Frisch gepresster Saft
- ▶ Bonbons
- ▶ Schokolade
- ▶ Kaugummi
- ▶ Kuchen
- ▶ Tee
- ▶ Eissorten ausprobieren
- ▶ Münsterkäse oder Erdnussbutter essen
- ▶ Selbstgemachtes Popcorn
- ▶ Anis (eventuell mit etwas Zucker) oder Kümmel pur essen

3.5 Fühlen

- ▶ Samt
- ▶ Seide
- ▶ Hund
- ▶ Katze
- ▶ Pferd
- ▶ Fluschdecke
- ▶ Weiche oder harte Bürste barfuß laufen
- ▶ Sich abklopfen
- ▶ Wärmflasche
- ▶ Baden
- ▶ Stofftier
- ▶ Sandsäckchen (auch auf Heizung erhitzt)
- ▶ Igelball
- ▶ Gummiball
- ▶ Vogelfeder
- ▶ Massage
- ▶ Lieblingshose
- ▶ Beim Geschirr spülen das Prickeln der platzenden Schaumbläschen spüren
- ▶ Indianisches Drahtspiel oder kleine Drahtspiele zum bewegen in der Hand
- ▶ Lotusblüte
- ▶ Koush – Ball (eine Art superweicher Igelball aus weichem Gummi)
- ▶ In einem Geschäft Schuhe anprobieren

4 Den Augenblick verändern durch:

4.1 Phantasie

- ▶ Phantasiereise
- ▶ „Sicherer Ort“
- ▶ Reiseführer anschauen
- ▶ (Erinnerungs)fotos
- ▶ Bildbände
- ▶ Sich den Feind in einer „löchrigen Unterhose“ vorstellen
- ▶ Erinnerungen an angenehme Erlebnisse

4.2 Sinngebung

- ▶ „Hätte ich das nicht getan, dann...“ im Nachhinein ist ein Sinn besser zu sehen: diesen merken und sich bei der nächsten schwierigen Situation wieder ins Gedächtnis rufen (eventuell aufschreiben, Tagebuch)
- ▶ „Alles hat einen Sinn/Grund, auch wenn ich ihn im Moment nicht sehe.“

4.3 Gebet, Meditation

- ▶ In eine Kirche setzen, eine Kerze anzünden, an Dinge denken, für die ich dankbar bin.
- ▶ Sich auf den Boden setzen und versuchen an nichts zu denken
- ▶ Ritual
- ▶ Beten ums Aushalten–Können

4.4 Entspannung

- ▶ Muskel anspannen und wieder loslassen
- ▶ „Urlaub machen“:
- ▶ Schönes Bad nehmen
- ▶ Eine Viertelstunde Auszeit nehmen und achtsam einen Tee trinken
- ▶ Fußbad
- ▶ Ein Stück Kuchen oder einen Joghurt auf der Zunge zergehen lassen
- ▶ Massage
- ▶ Wärmflasche
- ▶ Sich kurz zum Schlafen hinlegen

- ▶ Sauna
- ▶ Pause machen
- ▶ In ein Cafe gehen
- ▶ Schlafen
- ▶ Lesen
- ▶ Lavalampe
- ▶ Step by Step
- ▶ Schritte in Richtung angenehmer Gefühle
- ▶ Konzentration auf den Augenblick
- ▶ Eine Zeitung oder ein Buch lesen
- ▶ 10 Minuten lang ein Kreuzworträtsel machen
- ▶ Eine Freundin anrufen
- ▶ Ein kurzes Hörspiel im Radio anhören
- ▶ Pro und Contra
- ▶ Den Augenblick verändern
- ▶ Gedankenstop

5 Längerfristige Streßtoleranzskills

- ▶ Radikale Akzeptanz („im Augenblick kann ich nicht handeln, ich muss die Situation so gut wie möglich aushalten, bis ich eingreifen kann“)
- ▶ Innere Bereitschaft
- ▶ Leichtes Lächeln (durch das Lächeln verändert sich mein Körperzustand – positive Reaktionen und Entspannung können einsetzen. Ich lächle nur für mich, hat nichts mit anderen Menschen zu tun!). Dabei den Kopf hochnehmen, gerade sitzen, tief durchatmen. Ich kann mir auch vorstellen, dass z.B. mein Chef eine löchrige Unterhose anhat oder versuchen, die Welt mit liebevollen, positiven Gedanken zu sehen (z.B. statt „Was denkt der wohl Schlechtes über mich?“ oder „Der will mir bestimmt was Böses“ denken: „Was könnte der andere gut an mir finden? Oder „Die arme Frau schaut so genervt –bestimmt hat sie einen stressigen Einkauf hinter sich ...“)
- ▶ Schritte in Richtung angenehmer Gefühle
- ▶ Verwundbarkeit verringern (z.B. gute Tagesplanung mit Pausen, damit ich nicht in Stress komme und meine Spannung dadurch nicht noch ansteigt).

6 Notfallkoffer

- ▶ Bei sich haben (kleines Format, Gürteltasche, Federmäppchen, Kosmetiktasche, Brieftasche, Dose, Kästchen, Geldbeutel, ...)
- ▶ Gut aufzumachen
- ▶ Auch möglich: Gegenstände überall in den Kleidern und Taschen verteilen (z.B. auch als Halsketten- Anhänger oder Schlüsselanhänger)
- ▶ Zu Hause gut erreichbar an einem festen Platz

6.1 Mögliche Gegenstände

- ▶ Chili
- ▶ Vitamin- oder Brausetabletten oderpulver
- ▶ Knackfrosch
- ▶ Bonbons (süß, sauer, scharf, bitter)
- ▶ Bürstchen, rauch oder weich
- ▶ Kieselstein
- ▶ Verschiedene Steine (rauch-, glatt, stumpf- glitzernd)
- ▶ Parfumprobchen
- ▶ Lippenstifte mit unterschiedlichem Geschmack
- ▶ Pro- und Contraliste
- ▶ Zettel mit Spruch (von einem mir sehr vertrauten Menschen)
- ▶ Duftöl
- ▶ Kleines Stofftier
- ▶ Japanisches Heilöl
- ▶ Handgelenk- Gummis
- ▶ Ärger/Wutball
- ▶ Kiefernzapfen
- ▶ Wäscheklammer
- ▶ Besondere Taschentücher (z.B. mit lustigen Motiven oder Geruch)
- ▶ Figur aus Überraschungsei
- ▶ Postkarte
- ▶ Walkman, CD- oder Mp3 Player
- ▶ Knopf, Stein, Tuch von meinem „Lieblingsmensch“
- ▶ Jonglierbälle/Tücher
- ▶ Luftballons (aufblase bis er zerplatzt, zum aufblasen als Atemübung, Luftballon spielen als Achtsamkeitsübung)
- ▶ Quietschendes Gummitier
- ▶ Ammoniak
- ▶ Gummiball
- ▶ Japanischer Papierball
- ▶ Vibrator

- ▶ Kaugummis
- ▶ Kleine Geschicklichkeitsspiele
- ▶ Vogelfeder
- ▶ Kieselsteine (die man sich z.B. beim Arztbesuch, bei einer Prüfung in die Schuhe machen kann)
- ▶ Minikaleidoskop
- ▶ Murmeln
- ▶ Erinnerungsfoto
- ▶ Adresse und Telefonnummer von einem vertrauten Menschen
- ▶ Spieluhr
- ▶ Mini-Igelball
- ▶ Softball
- ▶ Knetgummi
- ▶ Erfrischungstuch
- ▶ Besonderer Stift
- ▶ Comicfigur aus Gummi (die mich an etwas erinnert, z.B. den anderen ruhig mal die Zähne zeigen ...)
- ▶ Spielwürfel
- ▶ Glöckchen
- ▶ Pfeife
- ▶ Kleines Buch
- ▶ Kleiner Block mit Rätseln, Mandalas, ...
- ▶ Indianisches Drahtspiel oder kleine Drahtspiele zum Bewegen in der Hand
- ▶ Mathetrainer „Little Professor“
- ▶ Prisma
- ▶ Koush- Ball (eine Art superweicher Igelball)
- ▶ Aufmunternde/Unterstützende Briefe
- ▶ Steinchen/Perlenkette
- ▶ Rosenkranz

Liste von Skills

Isabel Böge

1 Sich ablenken

Aktivitäten

Tabelle 1: Aktivitäten

- ▶ Puzzles
- ▶ Computerspiele
- ▶ Lesen
- ▶ Sport: Laufen, Skaten, Fahrrad fahren, Wandern, Schwimmen, Tanzen, Reiten, Volleyball, Aerobic, Walken, Krafttraining, Boxen ...
- ▶ Bügeln
- ▶ Mandala anmalen
- ▶ Lieblingsklamotten anziehen
- ▶ Tagebuch schreiben
- ▶ Etwas reparieren
- ▶ Ins Kino, Theater gehen
- ▶ Etwas schreiben: Briefe, Pro und Contra Liste, Einkaufszettel
- ▶ Basteln
- ▶ Malen
- ▶ Singen
- ▶ Etwas auswendig lernen
- ▶ Aufräumen
- ▶ Putzen
- ▶ Renovieren
- ▶ Wäsche waschen
- ▶ Kochen
- ▶ Etwas dekorieren
- ▶ Mit einem Haustier spielen
- ▶ Pro und Contra
- ▶ Eine beliebige Route auf dem Stadtplan einzeichnen und dann entlang dieser Route laufen, joggen, Rad fahren

- ▶ Etwas planen – Ausflug, eine besondere Stunde in der man sich nur Zeit für sich selbst nimmt

Unterstützung

Tabelle 2: Unterstützung

- | | |
|---|---|
| ▶ Einen Freund besuchen, anrufen | ▶ Beim Wäsche auf/abhängen, bügeln helfen |
| ▶ Jemandem ein Geschenk, eine Blume(...) basteln, malen, kaufen | ▶ Den Tisch decken |
| ▶ Beim Geschirrspülen helfen | ▶ Kleidungsstücke flicken |
| ▶ Vokabeln abfragen | ▶ Socken stopfen |
| ▶ Mit einer Freundin/einem Freund etwas spielen | ▶ Zusammen Kuchen backen oder kochen |
| ▶ E-Mails schreiben | ▶ Jemandem zuhören |
| ▶ Chatten | ▶ Jemanden ermutigen |

Vergleichen

Tabelle 3: Vergleichen

- ▶ Andere bemitleiden sich- ich tue etwas dagegen, dass es mir so schlecht geht
- ▶ Die haben die gleiche Chance wie ich aber sie nutzen sie nicht
- ▶ Realitätsüberprüfung

Gefühle/Gefühle ersetzen

Tabelle 4: Gefühle/Gefühle ersetzen

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ▶ Roman lesen | ▶ Gedanken/Gefühle aufschreiben |
| ▶ Sich von einer Freundin/einem Freund durch Witze etc. aufmuntern lassen | ▶ Leichtes Lächeln |
| ▶ Sich etwas Gutes tun | ▶ Emotionales Leiden loslassen |
| ▶ Papier zerknüllen/zerreißen | ▶ Dem Gefühl entgegengesetzt handeln |

- ▶ Einen Knoten auf ein Handtuch machen und damit auf das Bett schlagen
- ▶ Ein altes Laken zerreißen
- ▶ In den Wald gehen und laut schreien
- ▶ Den Augenblick verändern
- ▶ Gedankenstop
- ▶ Step by Step

Gedanken

Tabelle 5: Gedanken

- ▶ Stadt-Land-Fluss
- ▶ In 7er- Schritten rückwärts zählen
- ▶ Kreuzworträtsel
- ▶ Tangram
- ▶ IQ-Tests
- ▶ Text aus einer anderen Sprache übersetzen
- ▶ Mathematikaufgaben
- ▶ Perlen/Steinkette oder dickere Schnur verknoten und wieder auflösen
- ▶ Büroklammern ineinanderhängen und so schnell wie möglich wieder auseinandermachen
- ▶ Beliebige Punkte auf ein Blatt machen und versuchen durch Verbinden eine Figur zu zeichnen
- ▶ Kreuzworträtsel selber erstellen
- ▶ Fadenspiele
- ▶ Jonglieren
- ▶ Im Internet etwas suchen
- ▶ Mit Bauklötzchen etwas bauen
- ▶ Einen Zauberwürfel lösen
- ▶ Memory spielen
- ▶ Ein Bild auf dem Computer malen und dabei die Maus verkehrt herum halten
- ▶ Einen Text mit der linken Hand abschreiben

2 Sich zurückholen durch Körperempfindungen

Tabelle 6: Sich zurückholen durch Körperempfindungen

- ▶ Gummiband, Haargummi
- ▶ Eis
- ▶ Eisgelkissen
- ▶ Wurzelbürste
- ▶ Laute Musik
- ▶ Wechselduschen
- ▶ Schreien
- ▶ Mit nackten Füßen in einen Bach stehen
- ▶ Massage
- ▶ Massagegeräte (elektrisch – mechanisch)
- ▶ Vitamin–Brausetabletten ganz in den Mund nehmen und langsam zergehen lassen
- ▶ Brausebonbons/-würfel
- ▶ „Saure Süßigkeiten“
- ▶ Theraband
- ▶ Übungen an der Wand: sich mit dem Rücken anlehnen und die Knie im 90°-Winkel aufstellen; einen Tennisball hinter den Rücken klemmen und ihn hoch und runterrollen
- ▶ „Knisterkuhschokolade“ essen (langsam)
- ▶ Barfuss laufen
- ▶ Muskeln anspannen und loslassen
- ▶ Krafttraining (eine Muskelgruppe besonders belasten, danach gut dehnen)
- ▶ Handtrainer für Gitarristen
- ▶ Ammoniak
- ▶ Münsterkäse riechen
- ▶ Chili–Schoten essen
- ▶ Japanisches Heilöl oder „Olbas“ riechen oder auf die Zunge tröpfeln
- ▶ Knoblauch pur essen
- ▶ Sambal Oelek
- ▶ „Fishermans Friend“ lutschen
- ▶ „Airwaves“ oder andere Kaugummis
- ▶ Eukalyptus Erfrischungstücher riechen (aus der Apotheke)
- ▶ Frischen Zitronensaft trinken
- ▶ Sich von jemandem festhalten oder drücken lassen
- ▶ Sich selbst umarmen
- ▶ Etwas Schweres tragen
- ▶ In die Sauna gehen
- ▶ Scharfe Zahnpasta
- ▶ Bademassagehandschuhe
- ▶ Sandsäckchen auf den Bauch legen
- ▶ Jonglieren
- ▶ Gummitwist

3 Sich beruhigen mit Hilfe der fünf Sinne

Sehen

Tabelle 7: Sehen

- ▶ Kaleidoskop
- ▶ Kunstpostkarten
- ▶ Glasbriefbeschwerer mit bunten Motiven
- ▶ In ein Museum gehen
- ▶ Lavalampe
- ▶ Aquarium
- ▶ Fotografieren
- ▶ Ins Feuer schauen
- ▶ Dias anschauen
- ▶ Angenehme Fotos von schönen Erlebnissen
- ▶ Blumen
- ▶ Wolken ziehen sehen
- ▶ Besonders kräftige Farben
- ▶ Bildbände
- ▶ Zoo
- ▶ Waschmaschine in Bewegung
- ▶ Sterne zuordnen
- ▶ Aufgenommenes Einzel auf Video
- ▶ Leuchtendes Jojo
- ▶ Malen oder zeichnen (auf großem Format, mit fließender Tusche auf feuchtem Papier, dicke Waschkreide, Dispersionsfarbe...)
- ▶ Schütteldose (Schneekugel...)

Hören

Tabelle 8: Hören

- ▶ Vogelgezwitscher
- ▶ Musik (Lieblingsmusik)
- ▶ Meditationsmusik
- ▶ Lifekonzert
- ▶ Selbst Musik machen
- ▶ Wellenrauschen
- ▶ Rauschmuscheln
- ▶ Singen
- ▶ Trommeln
- ▶ Naturlaute hören
- ▶ Regentropfen
- ▶ Geräusche im Haus
- ▶ Laute Musik auf Kopfhörern
- ▶ Popcorn in einem Topf mit Deckel machen

Riechen

Tabelle 9: Riechen

- ▶ Lieblingsparfum
- ▶ Creme
- ▶ Wie riecht es draußen früh morgens?
Nach einem Regen?
- ▶ Frisch gemähtes Gras, Heu/Stroh
- ▶ Blumen
- ▶ Essen
- ▶ Früchte
- ▶ Bett mit frisch bezogener Bettwäsche
- ▶ Frische Kleidung anziehen
- ▶ Kochen
- ▶ Ätherische Öle im Duftlämpchen
- ▶ Duftkerzen
- ▶ Räucherstäbchen
- ▶ Seife
- ▶ Körpercreme
- ▶ Gesichtscreme
- ▶ Tigerbalsam
- ▶ Knoblauchpizza
- ▶ WC-Spray
- ▶ Gesägtes Holzstück

Schmecken

Tabelle 10: Schmecken

- ▶ Frische kräftige Kräuter
- ▶ Frisch gepresster Saft
- ▶ Bonbons
- ▶ Schokolade
- ▶ Kaugummi
- ▶ Kuchen
- ▶ Tee
- ▶ Eissorten ausprobieren
- ▶ Münsterkäse oder Erdnussbutter essen
- ▶ Selbstgemachtes Popcorn
- ▶ Anis (eventuell mit etwas Zucker) oder Kümmel pur essen

Fühlen

Tabelle 11: Fühlen

- ▶ Samt
- ▶ Seide
- ▶ Hund
- ▶ Katze
- ▶ Pferd
- ▶ Flauschdecke
- ▶ Weiche oder harte Bürste barfuß laufen
- ▶ Sich abklopfen
- ▶ Wärmflasche
- ▶ Baden
- ▶ Stofftier
- ▶ Sandsäckchen (auch auf Heizung erhitzt)
- ▶ Igelball
- ▶ Gummiball
- ▶ Vogelfeder
- ▶ Massage
- ▶ Lieblingshose
- ▶ Beim Geschirr spülen das Prickeln der platzenden Schaumbläschen spüren
- ▶ Indianisches Drahtspiel oder kleine Drahtspiele zum bewegen in der Hand
- ▶ Lotusblüte
- ▶ Koush – Ball (eine Art superweicher Igelball aus weichem Gummi)
- ▶ In einem Geschäft Schuhe anprobieren

4 Den Augenblick verändern durch:

Phantasie

Tabelle 12: Phantasie

- ▶ Phantasiereise
- ▶ „Sicherer Ort“
- ▶ Reiseführer anschauen
- ▶ (Erinnerungs)fotos
- ▶ Bildbände
- ▶ Sich den Feind in einer „löchrigen Unterhose“ vorstellen
- ▶ Erinnerungen an angenehme Erlebnisse

Sinngebung

Tabelle 13: Sinngebung

- ▶ „Hätte ich das nicht getan, dann...“ im Nachhinein ist ein Sinn besser zu sehen: diesen merken und sich bei der nächsten schwierigen Situation wieder ins Gedächtnis rufen (eventuell aufschreiben, Tagebuch)
- ▶ „Alles hat einen Sinn/Grund, auch wenn ich ihn im Moment nicht sehe.“

Gebet, Meditation

Tabelle 14: Gebet, Meditation

- ▶ In eine Kirche setzen, eine Kerze anzünden, an Dinge denken, für die ich dankbar bin.
- ▶ Sich auf den Boden setzen und versuchen an nichts zu denken
- ▶ Ritual
- ▶ Beten ums Aushalten–Können

Entspannung

Tabelle 15: Entspannung

- ▶ Muskel anspannen und wieder loslassen
- ▶ „Urlaub machen“:

- ▶ Schönes Bad nehmen
- ▶ Fußbad
- ▶ Massage
- ▶ Wärmflasche
- ▶ Sauna
- ▶ Pause machen
- ▶ In ein Cafe gehen
- ▶ Schlafen
- ▶ Lesen
- ▶ Lavalampe
- ▶ Step by Step
- ▶ Schritte in Richtung angenehmer Gefühle
- ▶ Konzentration auf den Augenblick
- ▶ Eine Viertelstunde Auszeit nehmen und achtsam einen Tee trinken
- ▶ Ein Stück Kuchen oder einen Joghurt auf der Zunge zergehen lassen
- ▶ Sich kurz zum Schlafen hinlegen
- ▶ Eine Zeitung oder ein Buch lesen
- ▶ 10 Minuten lang ein Kreuzworträtsel machen
- ▶ Eine Freundin anrufen
- ▶ Ein kurzes Hörspiel im Radio anhören
- ▶ Pro und Contra
- ▶ Den Augenblick verändern
- ▶ Gedankenstopp

5 Längerfristige Stresstoleranzskills

Tabelle 16: Längerfristige Stresstoleranz

- ▶ Radikale Akzeptanz („im Augenblick kann ich nicht handeln, ich muss die Situation so gut wie möglich aushalten, bis ich eingreifen kann“)
- ▶ Innere Bereitschaft
- ▶ Leichtes Lächeln (durch das Lächeln verändert sich mein Körperzustand – positive Reaktionen und Entspannung können einsetzen. Ich lächle nur für mich, hat nichts mit anderen Menschen zu tun!). Dabei den Kopf hochnehmen, gerade sitzen, tief durchatmen. Ich kann mir auch vorstellen, dass z.B. mein Chef eine löchrige Unterhose anhat oder versuchen, die Welt mit liebevollen, positiven Gedanken zu sehen (z.B. statt „Was denkt der wohl Schlechtes über mich?“ oder „Der will mir bestimmt was Böses“ denken: „Was könnte der andere gut an mir finden? Oder „Die arme Frau schaut so genervt – bestimmt hat sie einen stressigen Einkauf hinter sich ...“)
- ▶ Schritte in Richtung angenehmer Gefühle
- ▶ Verwundbarkeit verringern (z.B. gute Tagesplanung mit Pausen, damit ich nicht in Stress komme und meine Spannung dadurch nicht noch ansteigt).

6 Notfallkoffer

Tabelle 17: Notfallkoffer

- ▶ Bei sich haben (kleines Format, Gürteltasche, Federmäppchen, Kosmetiktasche, Brieftasche, Dose, Kästchen, Geldbeutel, ...)
- ▶ Gut aufzumachen
- ▶ Auch möglich: Gegenstände überall in den Kleidern und Taschen verteilen (z.B. auch als Halsketten- Anhänger oder Schlüsselanhänger)
- ▶ Zu Hause gut erreichbar an einem festen Platz

Mögliche Gegenstände

Tabelle 18: Mögliche Gegenstände

- ▶ Chili
- ▶ Vitamin- oder Brausetabletten oderpulver
- ▶ Knackfrosch
- ▶ Bonbons (süß, sauer, scharf, bitter)
- ▶ Bürstchen, rauch oder weich
- ▶ Kieselstein
- ▶ Verschiedene Steine (rauch-, glatt, stumpf- glitzernd)
- ▶ Parfumprobchen
- ▶ Lippenstifte mit unterschiedlichem Geschmack
- ▶ Pro- und Conraliste
- ▶ Zettel mit Spruch (von einem mir sehr vertrauten Menschen)
- ▶ Duftöl
- ▶ Ärger/Wutball
- ▶ Kiefernzapfen
- ▶ Wäscheklammer
- ▶ Besondere Taschentücher (z.B. mit lustigen Motiven oder Geruch)
- ▶ Figur aus Überraschungsei
- ▶ Postkarte
- ▶ Walkman, CD- oder Mp3 Player
- ▶ Knopf, Stein, Tuch von meinem „Lieblingsmensch“
- ▶ Jonglierbälle/Tücher
- ▶ Luftballons (aufblase bis er zerplatzt, zum aufblasen als Atemübung, Luftballon spielen als Achtsamkeitsübung)
- ▶ Quietschendes Gummitier
- ▶ Ammoniak

- ▶ Kleines Stofftier
- ▶ Japanisches Heilöl
- ▶ Handgelenk- Gummis
- ▶ Kaugummis
- ▶ Kleine Geschicklichkeitsspiele
- ▶ Vogelfeder
- ▶ Kieselsteine (die man sich z.B. beim Arztbesuch, bei einer Prüfung in die Schuhe machen kann)
- ▶ Minikaleidoskop
- ▶ Murmeln
- ▶ Erinnerungsfoto
- ▶ Adresse und Telefonnummer von einem vertrauten Menschen
- ▶ Spieluhr
- ▶ Mini-Igelball
- ▶ Softball
- ▶ Knetgummi
- ▶ Erfrischungstuch
- ▶ Besonderer Stift
- ▶ Comicfigur aus Gummi (die mich an etwas erinnert, z.B. den anderen ruhig mal die Zähne zeigen ...)
- ▶ Gummiball
- ▶ Japanischer Papierball
- ▶ Vibrator
- ▶ Spielwürfel
- ▶ Glöckchen
- ▶ Pfeife
- ▶ Kleines Buch
- ▶ Kleiner Block mit Rätseln, Mandalas, ...
- ▶ Indianisches Drahtspiel oder kleine Drahtspiele zum Bewegen in der Hand
- ▶ Mathetrainer „Little Professor“
- ▶ Prisma
- ▶ Koush- Ball (eine Art superweicher Igelball)
- ▶ Aufmunternde/Unterstützende Briefe
- ▶ Steinchen/Perlenkette
- ▶ Rosenkranz

Inhaltsübersicht

ORDNER	NR.	ABSCHNITT	Dokumente
I	1	Organisatorisches	Kontaktdaten Ansprechpartner, Ablaufplan, Information zum Abrechnungsdienstleister, Briefentwurf (Krankenkasse), Briefentwurf (Schule)
I	2	Screening	C-GAF Fragebogen T0 BHV, CIS Fragebogen T0 Eltern, CIS Fragebogen T0 Kinder ab 9 Jahren
I	3	Einschluss	Patienteninformation, Elterninformation, Einwilligungserklärung, Einwilligungserklärung Eltern, TNE DAK, TNE Daimler BKK, TNE BKK Mobil Oil, TNE BKK Linde, TNE TK, (TNE AOK BW oder Niedersachsen), Schweigepflichtentbindungserklärung, Patienteneinschluss Dokumentationsbogen, Fragebogen T0 Eltern, Fragebogen T0 Kinder 7-8 Jahre, Fragebogen T0 Kinder 9-10 Jahre, Fragebogen T0 Kinder 11-13 Jahre, Fragebogen T0 Jugendliche ab 14 Jahren
I	4	Prozess A	Erhebungsbogen körperlich-neurologische Diagnostik, Halbstandardisiertes Interview Eltern, Ärztliche Stellungnahme zur Planung einer Eingliederungshilfe, Prozess A: Dokumentationsbogen, Zufriedenheit A Eltern, Zufriedenheit A Kind/Jugendlicher
I	5	Prozess B	Goal Attainment Scaling, Halbstandardisiertes Interview Lehrkraft, Bewertungsblatt für die Unterrichtsbeobachtung, Gesamtauswertungsschema des Schulbasierten Assessments, Schema Therapeutic Assessment, Prozess B Dokumentationsbogen, Zufriedenheit B Eltern, Zufriedenheit B Kind/Jugendlicher
I	6	Prozess C	Prozess C Dokumentationsbogen, Zufriedenheit C Eltern, Zufriedenheit C Kind/Jugendlicher
II	7	Evaluationsbefragung T1	C-GAF Fragebogen T1 BHV, Fragebogen T1 Eltern, Fragebogen T1 Kinder 7-8 Jahre, Fragebogen T1 Kinder 9-10 Jahre, Fragebogen T1 Kinder 11-13 Jahre, Fragebogen T1 Jugendliche ab 14 Jahren
II	8	Evaluationsbefragung T2	C-GAF Fragebogen T2 BHV, Fragebogen T2 Eltern, Fragebogen T2 Kinder 7-8 Jahre, Fragebogen T2 Kinder 9-10 Jahre, Fragebogen T2 Kinder 11-13 Jahre, Fragebogen T2 Jugendliche ab 14 Jahren
II	9	Evaluationsbefragung T3	C-GAF Fragebogen T3 BHV, Fragebogen T3 Eltern, Fragebogen T3 Kinder 7-8 Jahre, Fragebogen T3 Kinder 9-10 Jahre, Fragebogen T3 Kinder 11-13 Jahre, Fragebogen T3 Jugendliche ab 14 Jahren
II	10	Drop-Out-Dokumentationsbogen	Drop-Out: Dokumentationsbogen, Prüfung Patienteneinschluss Kontrollgruppe in die Intervention: Dokumentationsbogen
II	11	Fragebogen Versorgungsqualität	Fragebogen IG Versorgungsqualität Eltern, Fragebogen IG Versorgungsqualität Kinder ab 9 Jahren, Fragebogen KG Versorgungsqualität Eltern, Fragebogen KG Versorgungsqualität Kinder ab 9 Jahren

Anlage 3: Beispielberichte

Briefkopf

An

Kinderarzt

Adresse

Nachrichtlich

Familie Muster, Straße, Ort

Max Muster, * 01.01.2001, Straße, Ort

Sehr geehrter Herr Kollege, [Liebe Familie Muster](#),

wir berichten über die Vorstellung von [Max Muster](#) im Rahmen des Projektes CCSchool am [01.01.2018](#).

Diagnosen nach MAS ICD 10:

Achse I

(Klinisch-psychiatrisches Syndrom)

Achse II

*(Umschriebene
Entwicklungsstörungen)*

Achse III

(Intelligenzniveau)

Achse IV

(Relevante körperliche Symptomatik)

Achse V

*(Aktuelle assoziierte abnorme
psychoziale Umstände)*

Achse VI

*(Globales psychosoziales
Funktionsniveau)*

Vorstellungsanlass:

(Problematik)

Max besuche nicht mehr die Schule, zuvor sei es zu multiplen Schulwechseln gekommen, welche aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten, Stören im Unterricht, Wutausbrüchen in der Klasse, mangelnden Freunde, „Anecken“ sowie fehlender Selbständigkeit beim schulischen Arbeiten erfolgt seien. Geschildert werden zudem vielfältige Leistungsprobleme. Das Störverhalten im Unterricht habe inzwischen abgenommen.

Körperlicher Untersuchungsbefund:

Allgemeinzustand gut, Ernährungszustand gut.

Größe: cm (..... Percentile), Gewicht: kg (..... Percentile), BMI: kg/m² (..... Percentile).

Haut warm und trocken, Schleimhäute feucht, keine krankhaften Veränderungen offensichtlich.

Kopf/Hals: Schilddrüse nicht sichtbar vergrößert, Gebiss unauffällig. Zunge feucht, nicht belegt, Rachenring und Tonsillen reizlos.

Brustkorb normal gebildet. Lungen: vesikuläres Atemgeräusch, keine Spastik, keine Rasselgeräusche. Lungengrenzen gut atemverschieblich.

Herz: rein und rhythmisch. Pulse auch peripher gut tastbar.

Bauch: weich und unauffällig, Peristaltik über allen vier Quadranten gut hörbar. Leber und Milz nicht vergrößert tastbar.

Geschlechtsorgane nicht untersucht.

Pubertätsstadium: Tanner PH, G/B

Wirbelsäule nicht klopfschmerzhaft, Nierenlager frei. Extremitäten und Gelenke unauffällig.

Kein Brennen beim Wasserlassen, keine Stuhlgangauffälligkeiten.

Keine Allergien oder Krampfanfälle in der Anamnese.

Keine regelmäßige Medikation.

Neurologischer Untersuchungsbefund:

Pupillen rund, mittelweit isokor +/+, regelrechter Hirnnervenstatus mit intakter Oculo- und Pupillomotorik. Rechts/Linkshändigkeit, Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar, Babinski negativ. Gang unauffällig, Hampelmannsprung gut koordiniert, Blindgang sicher,

Seiltänzerengang unauffällig, Romberg ohne Abweichung, Unterberger Tretversuch ohne Befund, Finger-Nasen-Versuch zielgenau, Eudiadochokinese/Dysdiadochokinese, Finger-Daumen-Wechselltest ausreichend, Einbeinstand und -hüpfen gut. Keine motorischen und sensiblen Ausfälle. Keine Koordinationsstörungen/neurologische Soft signs in Form von Keine vegetative Übererregbarkeit.

Psychopathologischer Befund

(Orientierung, Kontaktaufnahme, Stimmung, Suizidalität, Ängste, Zwänge, inhaltliche/formale Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Halluzinationen,)

Columbia Impairment Scale (CIS)

Die Columbia Impairment Scale stellt ein Selbsteinschätzungs- (Kinder/Jugendliche) bzw. Fremdeinschätzungsinstrument (Eltern/Lehrer) der **psychosozialen Beeinträchtigung** der Kinder und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren dar. Sie erfasst diese auf vier Dimensionen: zwischenmenschliche Beziehungen, psychopathologische Dimensionen, Schul-/Arbeitsverhalten, Freizeitverhalten. Ebenso wird ein Gesamtwert gebildet. Die Auswertungsscores können zwischen 0 und 52 liegen. Je höher der Auswertungsscore, desto höher die Beeinträchtigung (Auffälligkeit ab ≥ 15).

Max füllte alle Fragestellungen aus. Auf den jeweiligen Skalen erreichte er folgende Werte:

Zwischenmenschliche Beziehungen:	.....	(auffällig/unauffällig)
Psychopathologische Dimension:	.....	(auffällig/unauffällig)
Schul-/Arbeitsverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Freizeitverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Gesamtwert:	.....	(auffällig/unauffällig)

Frau Muster füllte alle Fragestellungen aus. Auf den jeweiligen Skalen beschrieb sie für Max:

Zwischenmenschliche Beziehungen:	.....	(auffällig/unauffällig)
Psychopathologische Dimension:	.....	(auffällig/unauffällig)
Schul-/Arbeitsverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Freizeitverhalten:	.....	(auffällig/unauffällig)
Gesamtwert:	.....	(auffällig/unauffällig)

Testbefunde

C-GAF (Children's Global Assessment of Functioning)

Die C-GAF stellt eine **Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus** des Kindes oder Jugendlichen dar, welcher anhand der anamnestischen und diagnostischen erhobenen Befunde therapeutisch eingeschätzt wird. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung. Die C-GAF kann dabei einen Wert von 0 bis 100 annehmen, wobei 0 für ein sehr schlechtes Funktionsniveau im Alltag und 100 für ein ausgesprochen gutes Funktionsniveau im Alltag steht.

Max Funktionsniveau lag zum aktuellen Zeitpunkt bei einem Wert von

Elternfragebogen CBCL 6-18 R

Der Elternfragebogen erfasst im ersten Teil die elterliche Einschätzung von psychosoziale Kompetenzen (in den Bereichen Aktivitäten, soziale Kompetenz und Schule) und im zweiten Teil von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten und somatischen Beschwerden von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren. Die Items des zweiten Teils des Fragebogens bilden in der Auswertung acht Problemskalen: Ängstlich/depressiv, Rückzüglich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, Schlaf- und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten, Aggressives Verhalten. Ebenfalls können zwei übergreifende Skalen (internalisierende und externalisierende Probleme) sowie ein Gesamtwert gebildet werden.

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Für Max wurden weitergehende auffällige Werte beschrieben auf den Skalen:

.....
.....
.....

Youth Rating Scale (YSR 11-18)

(Der Fragebogen kann von Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 18 Jahren beantwortet werden und ist analog zum Elternfragebogen CBCL aufgebaut.)

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Max beschrieb für sich weitergehende auffällige Werte auf den Skalen:

.....
.....
.....

Teacher Report Form (TRF)

(Der Fragebogen wird von den Lehrkräften beantwortet und ist ebenfalls analog zum Elternfragebogen CBCL aufgebaut.)

Internalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Externalisierende Probleme T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Gesamtwert T-Wert = (unauffällig/grenzwertig/auffällig)

Für Max wurden vom Lehrer weitergehende auffällige Werte beschrieben auf den Skalen:

.....
.....

Beurteilung und Empfehlung

(Wiederholung Diagnose, Zusammenfassung Befunde, und dann daraus Ableitend Empfehlung weiterer Maßnahmen)

Bei Max besteht seit der Kindheit eine nicht nachhaltig behandelte hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, welche derzeit zunehmend schulassozierte Problematik bedingt. In den Fragebogenverfahren zeigte sich durchgängig in den Bereichen Hyperkinetik, Verhaltensstörungen, sowie aggressive Verhaltensweisen sowohl in der Selbst- als auch in der Fremdeinschätzung Auffälligkeiten. Der C-GAF lag mit einem Wert von ebenfalls im Interventionsbedürftigen Bereich.

In Bezug auf die Teilhablediagnostik ergaben sich folgende/keine Auffälligkeiten bei Max: Es liegt (k)eine Teilhabebeeinträchtigung nach §35a SGB VIII im Bereich vor. Aus ärztlicher Sicht liegen somit die Voraussetzungen für Leistungen nach §35a SGB VIII (nicht) vor.

Es wurde mit Frau Muster und Max besprochen, dass aus Sicht der Mitarbeiter von CCSchool ein weitergehendes schulbasiertes therapeutisches Assessment indiziert ist, was mit Einverständnis von Frau Muster und Max jetzt zeitnah eingeleitet werden wird.

Nach Komplettierung der Schulbasierten Evaluation von Max wird entschieden ob weitere schulbasierte Interventionen erforderlich sind.

Oder

Es wurde mit Frau Muster und Max besprochen, dass derzeit noch eine gute Kompensation der Schwierigkeiten im Alltag aber auch in der Schule besteht und deswegen derzeit eine weitergehende Intervention im Sinne von CCSchool nicht erforderlich ist. Folgendes Procedere wurden empfohlen

Mit freundlichen Grüßen

Name

Berufsbezeichnung

Funktion in CCSchool (BHV)

Name

Berufsbezeichnung

Funktion in CCSchool (CCSchultherapeut)

Beispiel verstärkender Kurzbericht zu Prozess B

Liebe Janine,

Wir haben am xx.xx.xxxx einen Ambulanztermin gehabt und das TA Diagramm gemeinsam ausgefüllt. Ich hatte dir versprochen, dass ich Dir nach 1 Woche einen Brief schreibe, in dem ich die Ergebnisse unseres Gesprächs zusammenfasse. Also...

...Du hast mir erzählt, dass deine Mutter Dir in den letzten Wochen Stress macht, weil du nicht mehr so gute Noten wie früher schreibst und sie das mit dem Ritzen herausbekommen hat.

Dir sind die schlechteren Noten gar nicht so wichtig, Du hättest lieber guten Kontakt zu Freunden, was Dir im Augenblick schwer fällt. Anstatt, dass deine Mutter nun aber Zeit für Dich hat, um mit Dir auch mal über deine Probleme zu reden, fühlst Du Dich vor allem von ihr kontrolliert und kritisiert. Deswegen versuchst du ihr auszuweichen und ihr nicht so sehr zu zeigen, wie es Dir geht.

In der Schule ist es auch nicht leicht, weil du dich nicht mehr so zu den Mädchengruppen dazugehörig fühlst, wie es früher war, bevor Caro, deine beste Freundin, weggezogen ist. In den letzten Wochen kommt es Dir vor wertlos zu sein, dabei möchtest du es gerne allen Recht machen, aber das gelingt nicht so ganz. Was dann wiederum zu Angst führt alle zu enttäuschen. Das macht Dich unsicher. Und wenn du dich sehr unsicher fühlst, dann ritzt Du. Das macht es zwar nicht besser, aber dann fühlst du dich wieder in Kontrolle. Allerdings nicht lang, denn wenn du die Schnitte siehst fühlst du dich erst Recht unfähig, womit sich der Kreislauf schließt, du dich wieder wertlos und Angst hast andere zu enttäuschen.

Wir haben dann besprochen wie Du den Kreislauf durchbrechen kannst und Du hast tolle Vorschläge gemacht.

- So hast Du gesagt, dass Du mal schauen willst, welches Verhalten von Dir Du verändern kannst so dass es Dir wirklich gut tut und dass Du versuchst dich zu trauen dies auch hin und wieder deiner Freundin Lilli zu zeigen.
- Auch hast Du als mögliche Alternative zu „Angst haben andere zu enttäuschen“ gesagt, du könntest mal versuchen, wenn alles zu viel ist, um Hilfe zu bitten. Z.B. deine Tante Martina.
- Als drittes haben wir besprochen, dass Du, das nächste Mal wenn du traurig bist, Musik hörst, ganz laut, die eher upbeat ist.
- Als letztes haben wir besprochen, dass Du über Skills nachdenkst, die dir helfen können Dich aus Spannungszuständen herauszubekommen. Da wolltest du dich mal ausprobieren.

Ich hoffe, dass Dir es in der letzten Woche gelungen ist, das eine oder andere hiervon umzusetzen und freue mich darauf dich in 3 Wochen am xx.xx.xxxx um xx:xx Uhr zu hören.

Dir bis zu unserem Termin alles Gute,

Mit vielen Grüßen

Dr. Max Mustermann