



Praxismanual

Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem

OSWALD, S. H., ERNST, C., GOLDBECK, L.



Kinder- und Jugend-
psychiatrie / Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm

1	Einleitung – 4	2.9	Was kann folgen, wenn betroffene Kinder keine Hilfen bekommen? – 16
2	Traumata und Traumafolgestörungen bei Pflegekindern – 6	3	Diagnose und Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung – 17
2.1	Welche biologischen und psychosozialen Risikofaktoren treten bei Pflegekindern häufig auf? – 7	3.1	Wie kann man eine posttraumatische Belastungsstörung erkennen? – 18
2.2	Wie häufig sind Pflegekinder von Entwicklungsstörungen betroffen? – 7	3.2	Wer stellt eine Diagnose? – 19
2.3	Wie häufig treten bei Pflegekindern psychische Störungen auf? – 8	3.3	Wann sollten traumatisierte Kinder behandelt werden? – 19
2.4	Was ist ein traumatisierendes Ereignis? – 9	3.4	Welche Therapien sind bei einer posttraumatischen Belastungsstörung wirksam? – 19
2.4.1	Wie häufig erleben Pflegekinder ein traumatisches Ereignis? – 10	3.5	Wie kann die Behandlung erfolgen, wenn ein Pflegekind psychisch belastet ist jedoch keine PTBS hat? – 20
2.4.2	Welche Faktoren können beeinflussen, ob ein Kind infolge eines traumatischen Erlebnisses eine psychische Störung entwickelt? – 10	4	Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern – 21
2.5	Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)? – 11	4.1	Wer ist zuständig für die Behandlung psychisch kranker Kinder? – 22
2.5.1	Besonderheiten der posttraumatischen Belastungsstörung bei jüngeren Kindern – 12	4.2	Relevante Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus dem SGB V für die Hilfeplanung bei Pflegekindern – 23
2.5.2	Ab welchem Alter können Symptome von posttraumatischem Stress beobachtet werden? – 13	5	Interdisziplinäre Pflegekinder-Versorgung – 29
2.5.3	Weisen chronisch und multipel traumatisierte Kinder andere Symptome auf? – 14	5.1	Schnittstelle Jugendhilfe- und Gesundheitssystem – 30
2.6	Wie können sich intrafamiliäre Traumata auf die Bindungsentwicklung auswirken? – 14	5.2	Wie kann die Zusammenarbeit an der Schnittstelle verlaufen? – 31
2.7	Was sind neurobiologische Folgen von Traumata? – 15		
2.8	Haben traumatisierende Erlebnisse Einfluss auf die körperliche Gesundheit? – 15		

5.3	Wer ist zuständig für die Koordination unterschiedlicher Hilfen? – 32	6.5.3	Fragen zum UCLA-PTSD Reaction Index für DSM-IV – 58
6	Praktische Hilfen – 33	6.5.4	Fragen zu den Traumtypen – 59
6.1	Diagnostikinstrumente – 34	6.5.5	Sonstige Fragen – 60
6.1.1	Das Trauma / Loss Exposure Profile – 35	6.6	Weiterführende Literatur und Links – 62
6.1.2	Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ) – 41	7	Literaturverzeichnis – 65
6.1.3	Der UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV – 45	8	Anhang – 69
6.1.3.1	UCLA PTSD Reaction Index-Kurzversion – 50	8.1	Diagnostikinstrumente – 71
6.1.4	Anwendungsbeispiel aus der Praxis der Jugendhilfe – 51	8.2	Materialien zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung – 97
6.2	Materialien zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung – 52	8.3	Informationsmaterialien für Pflegekinder und Pflegeeltern – 106
6.2.1	Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem – 53	8.4	Downloads – 117
6.2.2	Die Stellungnahme nach § 35a SGB VIII – 53		
6.3	Hilfestellungen zur Vernetzungsarbeit – 54		
6.3.1	Tipps für die systematische Erschließung eines regionalen Versorgungsnetzes – 55		
6.3.2	Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung – 56		
6.4	Informationsmaterialien für Pflegekinder und Pflegeeltern – 57		
6.4.1	Informationsmaterial für die Pflegeeltern – 57		
6.4.2	Informationsmaterial für die Pflegekinder – 57		
6.5	Frage-Antworten-Katalog – 57		
6.5.1	Fragen zum Trauma / Loss Exposure Profile – 58		
6.5.2	Fragen zum Fragebogen zu Stärken und Schwächen, SDQ – 58		

1

Einleitung



1

Einleitung

Pflegekinder haben in ihrer Vorgeschichte häufig angstbesetzte Situationen wie Vernachlässigung, körperliche Misshandlung oder sexuellen Missbrauch erlebt, die eine Fremdunterbringung erforderlich machten. Häufig erstrecken sich diese Erlebnisse über mehrere Jahre, bevor sie von der Öffentlichkeit wahrgenommen und Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden. Aufgrund dieser extrem ungünstigen Erfahrungen im primären Beziehungssystem wie auch zahlreicher anderer biologischer und psychosozialer Risikofaktoren weisen diese Kinder häufig Entwicklungs-, Verhaltens- und emotionale Probleme auf, die ihre Entwicklung beeinträchtigen und das Zusammenleben in der Pflegefamilie erschweren.

Aufgrund zahlreicher Gründe, wie z. B. Misstrauen der Eltern und Kinder gegenüber den Behörden, Wechsel des zuständigen Jugendamtes aufgrund von Wohnortwechseln der Familie, Unterbringung des Kindes in anderen Pflegefamilien und/oder Einrichtungen wie auch Dokumentationslücken in der Jugendhilfe ist die Vorgeschichte der Pflegekinder häufig wenig transparent und es liegen wenige Informationen zu traumatisierenden Erlebnissen vor. Traumafolgestörungen werden daher bei der kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Behandlung häufig nicht als solche erkannt und stattdessen andere symptomüberschneidende Diagnosen, wie z. B. eine Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, gestellt, so dass dem Kind keine adäquate Behandlung zukommen kann.

Zur Sicherung der adäquaten Behandlung und Unterstützung von Pflegekindern ist daher der Austausch zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem, wie auch die systematische Erfassung der Vorgeschichte einschließlich traumatisierender Erlebnisse des Kindes durch die Jugendhilfe als erstes Helfersystem unumgänglich.

Dieses Praxismanual entstand im Rahmen des an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm mit Unterstützung der World Childhood Foundation durchgeführten Projektes »Traumaspezifische Diagnostik und Behandlung von Pflegekindern und

Sensibilisierung der Helfersysteme für die speziellen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen von Pflegekindern«. Ziel dieses Projektes war die Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitssystem mit dem Ziel der umfassenden traumaspezifischen Diagnostik und Behandlung von Pflegekindern. Am Projekt nahmen 24 engagierte Jugendämter aus Baden-Württemberg (8), Bayern (13), Thüringen (1), Sachsen (1) und Saarland (1) wie auch fünf Pflegeelternorganisationen aus Baden-Württemberg teil.

Das Manual richtet sich an alle Berufsgruppen und Personen, die mit Pflegekindern zusammen arbeiten und wurde auf die Fragen der Mitarbeiter der Jugendämter und Pflegeeltern abgestimmt. Jedoch sollen die Inhalte dieses Manuals auch Fachleute aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die komplexe Vorgeschichte und Symptomatik von Pflegekindern sensibilisieren und die Vernetzung mit der Jugendhilfe zur Optimierung der Behandlung fördern.

2

Traumata und Traumafolgestörungen bei Pflegekindern



2

Traumata und Traumafolgestörungen bei Pflegekindern

2.1 Welche biologischen und psychosozialen Risikofaktoren treten bei Pflegekindern häufig auf?

Pflegekinder weisen häufig zahlreiche biologische und psychosoziale Risikofaktoren auf, die die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer Entwicklungs- und/oder psychischen Störung erhöhen (siehe Oswald & Goldbeck, 2009b; Oswald & Goldbeck, 2009a). Folgende Risikofaktoren treten bei Pflegekindern häufiger auf als bei anderen Kindern:

Biologische Risikofaktoren: familiäre Anhäufung psychischer Erkrankungen, Konsum von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder psychotropen Substanzen während der Schwangerschaft, auffällige Geburtsparameter (geringes Geburtsgewicht, geringere Körperlänge, geringer Apgar-Wert, Frühgeburt), fehlende oder unzureichende Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft, Mangelernährung.

Psychosoziale Risikofaktoren: alleinerziehende Mütter, jugendliche Mütter, materielle und emotionale Vernachlässigung, mangelnde Förderung, körperliche und emotionale Misshandlung, sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Armut, große Kinderanzahl in der Familie.

Aufgrund der Ansammlung biologischer und psychosozialer Risikofaktoren, stellen Pflegekinder eine Risikopopulation für die Entwicklung von Entwicklungs- und psychischen Störungen dar.

2.2 Wie häufig sind Pflegekinder von Entwicklungsstörungen betroffen?

Pflegekinder sind häufig von Entwicklungsauffälligkeiten in verschiedenen Bereichen betroffen. Sowohl körperliche, als auch kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsverzögerungen sind häufig zu beobachten. Ursachen können sowohl biologischer als auch psychosozialer Art sein.

Im Vergleich zu anderen Kindern sind Pflegekinder häufig kleiner und leichter und weisen einen geringeren Kopfumfang auf (Oliván, 2003; Pears & Fisher, 2005). In diesem Zusammenhang spricht man von einem psychosozialen Minderwuchs, wenn die verzögerte körperliche Entwicklung mit mangelnder Fürsorge und Versorgung und einem damit verbundenem erhöhten Stressniveau zusammenhängt. Bei einem Wechsel in eine fürsorgliche Umgebung ist bei den betroffenen Kindern häufig ein Wachstumsschub zu verzeichnen (Oliván, 2003). Ebenso ist der gesundheitliche Zustand bei Pflegekindern oft beeinträchtigt; am häufigsten werden Haut- und Atembeschwerden festgestellt (Leslie, Gordon, Meneken et al., 2005).

Die folgende Tabelle bietet orientierende Zahlen aus US-amerikanischen Studien mit drei bis 36 Monate alten Pflegekindern an (Leslie, Gordon, Ganger et al., 2002; Leslie et al., 2005):

Art der Entwicklungsverzögerung	Schweregrad	
	LEICHT	SIGNIFIKANT
Kognitiv	33–36 %	26–30 %
Motorisch	24–31 %	12–21 %
Sprachlich	43–51 %	7–13 %

Tabelle 1: Prozentuale Angaben zu Entwicklungsauffälligkeiten bei Pflegekindern

Nicht nur in der körperlichen, sondern auch in der kognitiven, sprachlichen und motorischen Entwicklung können vernachlässigte und verwahrloste Kinder bei frühem Wechsel in eine fürsorgliche und fördernde Umgebung Entwicklungsfortschritte machen.

Aufgrund der hohen Raten von Entwicklungsverzögerungen und beeinträchtigten Gesundheitszuständen bei Pflegekindern ist eine kinderärztliche Abklärung bei Pflegestellenunterbringung dringend notwendig, um notwendige Behandlungen und Fördermaßnahmen einzuleiten.

Aufgrund der hohen Auftretenshäufigkeit von Entwicklungsproblemen bei Pflegekindern, sollten Pflegekinder zu einer umfassenden Abklärung ihres Gesundheits- und Entwicklungszustandes beim Kinderarzt vorgestellt werden.

2.3 Wie häufig treten bei Pflegekindern psychische Störungen auf?

Infolge der zahlreichen Risikofaktoren sind Pflegekinder im Vergleich zur Gesamtpopulation häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen. Studien, die die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Pflegekindern von null bis 18 Jahren untersuchten (im Zeitraum von 1998 bis 2008), stellten bei 32 bis 44 % der untersuchten Kinder psychische Störungen fest (Burge, 2007; Steele & Buchi, 2008). 61 % der Pflegekinder waren im Laufe ihres Lebens bereits von einer psychischen Erkrankung betroffen (McMillen, Zima, Scott, Auslander, & Munson et al.; 2005), wobei 32 % der Kinder mehr als eine psychische Störung aufwiesen. Die folgenden psychische Störungen wurden bei Pflegekindern am häufigsten diagnostiziert (siehe Übersichtsartikel Oswald, Heil, & Goldbeck, 2010):

Diagnose

HÄUFIGKEIT IN VERSCHIEDENEN STUDIEN

- Reaktive Bindungsstörung → 37 %
- Bindungsstörung mit Enthemmung → 22 %
- Posttraumatische Belastungsstörung → 14–64 %
- Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten → 4–47 %
- Störung des Sozialverhaltens → 2–47 %
- ADHS → 10–21 %
- Depression → 5–32 %
- Angststörungen → 3–20 %

Tabelle 2: Häufige Diagnosen bei Pflegekindern (Oswald et al., 2010)

Vor dem Hintergrund der hohen Auftretenshäufigkeit psychischer Störungen ist bei Beobachtung von Verhaltensproblemen eine kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Diagnostik indiziert, um den Behandlungsbedarf zu überprüfen. Häufig werden für Kinder mit externalisierenden Verhaltensproblemen (Wutausbrüche, aggressives Verhalten, Hyperaktivität, Stehlen etc.) aufgrund des störenden Charakters ihres Verhaltens eher Behandlungsmaßnahmen aufgesucht als für Kinder mit internalisierenden Verhaltensproblemen (Niedergestimmtheit, Ängste, sozialer Rückzug etc.). Zu beachten ist jedoch, dass auch Kinder, die ihre Belastung eher »still« verarbeiten, sehr beeinträchtigt sein können und Unterstützung benötigen.

Pflegekinder weisen häufig psychische Störungen auf. Bei Hinweisen auf Verhaltens- oder emotionale Probleme sollte daher rechtzeitig eine kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Untersuchung erfolgen, um eine notwendige Behandlung oder weitere Unterstützungsmaßnahmen rechtzeitig einzuleiten.

2.4

Was ist ein traumatisierendes Ereignis?

Nach dem Klassifikationssystem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2002) wird ein Ereignis als potentiell traumatisierend angesehen, wenn es außergewöhnlich bedrohlich ist oder ein katastrophales Ausmaß annimmt, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Nach dem Klassifikationssystem DSM-IV der American Psychiatric Association (Saß, Wittchen, & Zaudig, 2009) ist ein traumatisches Ereignis charakterisiert durch drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder einer anderen Person. Hierunter fallen ebenfalls nicht altersangemessene Erfahrungen, die mit Hilflosigkeit und einem Gefühl des Ausgeliefertseins verbunden sind (z. B. sexueller Missbrauch, Vernachlässigung).

Sowohl als Opfer, als auch als Zeuge und auch durch das indirekte Miterleben eines solchen Ereignisses (z. B. wenn Angehörigen etwas Schreckliches widerfahren ist) kann eine Traumatisierung erfolgen. Das Erleben des Ereignisses ist verbunden mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Bei Kindern kann sich dies durch agitiertes oder aufgelöstes Verhalten äußern.

Traumatisierende Ereignisse können unterschieden werden zwischen einmaligen und unvorhersehbaren Ereignissen (umschriebenes Trauma, Traumatyp I; z. B. ein schwerer Autounfall) und Erlebnissen, die über einen längeren Zeitraum immer wieder auftreten (chronische Traumatisierung, Traumatyp II; z. B. körperliche Misshandlung über mehrere Jahre). Das Erleben von Typ-II-Traumata birgt ein größeres Risiko für die kindliche Entwicklung. So besteht bei Kindern, die in misshandelnden bzw. vernachlässigenden Familien aufwachsen, ein hohes Risiko Bindungsstörungen zu entwickeln (Ziegenhain, 2009c; Ziegenhain, 2009a). Häufig kommt es vor, dass ein Kind oder Jugendlicher nicht nur eines, sondern mehrere traumatisierende Ereignisse erlebt hat.

Beispiele für traumatisierende Ereignisse:

- Kriegerische Auseinandersetzungen, Terroranschlag
- Gewalttätige Angriffe auf die eigene Person (Vergewaltigung, körperlicher Angriff, Raubüberfall, ...)
- Entführung, Geiselnahme
- Folterung
- Kriegsgefangenschaft, Lagerhaft
- Naturkatastrophen, Massenschadensereignisse
- Kindesmisshandlung, -vernachlässigung, -missbrauch
- Häusliche Gewalt
- Schwere Unfälle
- Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung
- Verlust einer nahestehenden Person unter schrecklichen Umständen

Traumatische Erfahrungen sind jedoch nicht auf diese Ereignisse beschränkt. Weiterhin sollte bedacht werden, dass nicht jede Schädigung, die auf ein Kind einwirkt, zu einer Traumatisierung führt, und dass nicht alle von einem Trauma betroffenen Kinder psychische Störungen entwickeln.

Ob ein Ereignis potentiell traumatisierend ist, hängt von der subjektiven Wahrnehmung der Person ab. Auch Ereignisse wie Vernachlässigung und Verwahrlosung, die über einen längeren Zeitraum chronisch die körperliche und seelische Integrität gefährden, sind mit einem hohen Ausmaß an Unsicherheit und Ängsten verbunden und können traumatisierend sein.

2.4.1

Wie häufig erleben Pflegekinder ein traumatisches Ereignis?

In der Arbeit mit Pflegekindern ist zu beobachten, dass die meisten von ihnen chronisch und multipel traumatisiert sind, das heißt dass sie meist über einen längeren Zeitraum (häufig mehrere Jahre) mehreren traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt waren. Eine systematische Recherche der internationalen Fachliteratur von 1998 bis 2008 ergab, dass Pflegekinder am häufigsten wegen Vernachlässigung, körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauchs außerhäuslich untergebracht wurden (Oswald et al., 2010). Andere häufige Gründe für ihre Fremdunterbringung stellen emotionale Misshandlung, mangelnde Verfügbarkeit der Aufsichtsperson und Drogen- oder Alkoholmissbrauch der Eltern dar.

Traumatisierende Ereignisse

Häufigkeit in verschiedenen Studien

- Vernachlässigung → 18% bis 78%
- körperliche Misshandlung → 6 bis 48%
- sexueller Missbrauch → 4 bis 55%
- emotionale Misshandlung → 8 bis 77%
- mangelnde Verfügbarkeit der Aufsichtsperson → 21 bis 30%
- Drogen- oder Alkoholmissbrauch der Eltern → 14 bis 30%

Tabelle 3: Häufigkeit verschiedener Traumatypen bei Pflegekindern (Oswald et al., 2010)

Pflegekinder haben in ihrer Vorgeschichte häufig über längere Zeiträume mehrere traumatisierende Ereignisse erlebt. Um sie zu verstehen und adäquat zu unterstützen ist es wichtig ihre Vorgeschichte systematisch zu erfassen.

2.4.2

Welche Faktoren können beeinflussen, ob ein Kind infolge eines traumatischen Erlebnisses eine psychische Störung entwickelt?

Ob und in welchem Masse sich nach einer Traumatisierung posttraumatische Stresssymptome entwickeln, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Hierbei sind unter anderem die Dauer und Häufigkeit der Vernachlässigung und/oder der Misshandlung, die Brutalität der Gewaltanwendung, die Beziehungsqualität zwischen Verursacher und Kind und das Alter des Kindes bei Beginn der Vernachlässigung/Misshandlung von Bedeutung.

Je jünger das Alter des Kindes bei der Traumatisierung ist, je enger die Beziehung zwischen dem Kind und dem Verursacher ist und je länger das Kind sich in der traumatisierenden Lebenssituation befand, umso schwerer sind die zu erwartenden emotionalen Folgen auf Seiten des Kindes. Von besonderer Wichtigkeit ist auch die vorgegangene geistige oder emotionale Entwicklung des Kindes und die Verfügbarkeit einer schützenden Bezugsperson. Es gibt Studien, die belegen, dass die mütterliche Unterstützung nach einem (einmaligen) Trauma das Ausmaß von Folgeproblemen verringern kann (Adams, McClellan, Douglass et al., 1995; McClellan, McCurry, Ronnei et al., 1997).

2.5

Was ist eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)?

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich nach dem direkten oder indirekten Erleben eines traumatisierenden Ereignisses entwickeln. Ungefähr jedes dritte Kind, das ein traumatisches Ereignis erlebt, entwickelt eine PTBS.

Ein traumatisches Ereignis kann Gefühle wie extreme Angst, Furcht, Entsetzen und Hilflosigkeit auslösen. Ebenfalls können psychische und körperliche Stressreaktionen wie Schlafstörungen, Alpträume, erhöhter Herzschlag, Konzentrationsschwierigkeiten, Übelkeit, Kopf- und Bauchschmerzen, Reizbarkeit und erhöhte Schreckhaftigkeit mit einhergehen. Es ist auch möglich, dass diese Symptome erst einige Zeit nach dem Ereignis auftreten. Diese Symptome stellen normale Reaktionen auf das Erleben eines traumatischen Ereignisses dar und klingen nach ein paar Stunden oder mehreren Tagen ab. Bleiben diese Verhaltensänderungen jedoch länger als ein Monat nach dem traumatischen Erlebnis erhalten, geht dies über die normale Stressreaktion hinaus und das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sollte überprüft werden. Ebenfalls kann es vorkommen, dass posttraumatische Belastungssymptome erst Wochen, Monate oder Jahren nach dem traumatisierenden Ereignis auftreten.

Bei einer PTBS liegen typischerweise Beschwerden aus drei Bereichen vor:

1. Das **Wiedererleben** des traumatischen Ereignisses, z.B. durch wiederkehrende belastende Erinnerungen, Bilder, Wahrnehmungen, Gedanken und Träume, sowie starke psychische und körperliche Reaktionen, wenn man sich in Situationen befindet, die dem Trauma ähneln oder wenn Schlüsselreize an das Trauma erinnern. Bei *Kleinkindern* können sich diese Symptome in Form von zwanghafter Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas beim Spielen, Nachspielen oder Alpträumen äußern. Mindestens ein Symptom dieses Bereiches ist bei einer PTBS vorhanden.
2. Die **Vermeidung** von Situationen, Orten, Personen, Gedanken, Gefühlen und Gesprächen, die an das Trauma erinnern, die Unmöglichkeit, sich an das Ereignis oder Teile davon zu erinnern, sowie die Abnahme von Interessen, Aktivitäten, Gefühlen und Zukunftsplänen. Bei *Kleinkindern* können ebenfalls eine Einengung des Spielverhaltens, sozialer Rückzug oder Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation beobachtet werden. Mindestens drei Symptome dieses Bereiches sind bei einer PTBS vorhanden.
3. Andauernde **erhöhte körperliche Anspannung**, die sich in Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßiger Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit äußern kann. Mindestens zwei Symptome dieses Bereiches sind bei einer PTBS vorhanden.

2.5.1 Besonderheiten der posttraumatischen Belastungsstörung bei jüngeren Kindern

Wie bereits im vorherigen Abschnitt aufgeführt, können sich die Symptome der PTBS bei Kleinkindern anders ausdrücken als bei älteren Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen (siehe hierzu Scheeringa, Zeanah, Drell et al., 1995).

Als Besonderheit von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern ist das Nachspielen des traumatischen Geschehens zu nennen (traumatisches Spiel), bei dem sich teilweise bestimmte Aspekte des Traumas zwanghaft wiederholen. Ebenso treten häufige Erinnerungen an das traumatische Erlebnis auf, die sich auch außerhalb des Spiels äußern. Manche traumatisierte Kinder inszenieren ein von ihnen erlebtes traumatisches Ereignis neu, indem sie ihre Bezugspersonen dazu bringen, sich ähnlich zu verhalten wie ihre früheren Peiniger. Darüber hinaus zeigen sich bei Kindern häufig Angstträume, die nicht unbedingt in erkennbarem Zusammenhang mit dem erlebten Ereignis stehen und zum Beispiel von Geistern oder Monstern handeln.

Auch bei Kindern kann man Episoden mit objektiven Anzeichen des Wiedererlebens oder von Dissoziation bemerken. Bei Dissoziationen handelt es sich um einen teilweisen oder völligen Verlust von Erinnerungen, der Wahrnehmung eigener Gefühle (z. B. Angst) oder körperlicher Empfindungen (z. B. Hunger, Durst), der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. Auch findet sich bereits bei sehr jungen Kindern eine psychische Belastung, wenn sie mit Reizen (z. B. Geräuschen wie Schreien oder Weinen) konfrontiert sind, die sie an das Trauma erinnern. Auch findet man häufig Einengungen des Spielverhaltens, sozialen Rückzug und eine Einschränkung der Fähigkeit, eigene Gefühle zu erleben. Davon kann auch das Schmerzempfinden betroffen sein. Eine auch als »eingefrorene Aufmerksamkeit« bezeichnete Erstar-

rung wurde bei misshandelten Kindern beobachtet, sobald sich die misshandelnde Person oder eine ähnlich aussehende Person näherte.

Auch kommt es vor, dass die Kinder bereits erlernte Fähigkeiten wieder verlieren. Hierbei sind insbesondere die Sprache und die Sauberkeitserziehung von Bedeutung. Erhöhte körperliche Erregung äußert sich bei sehr kleinen Kindern durch nächtliche Unruhe- oder Angstzustände, Einschlafschwierigkeiten, nächtliches Erwachen aus anderen Gründen als Alpträumen oder Angstzuständen, eine schlechtere Konzentrationsfähigkeit als vor dem Trauma, übertriebene Wachsamkeit und/oder übertriebene Schreckreaktionen. Weiterhin finden sich Ängste und/oder Aggressionen, die vor dem Trauma bisher nicht aufgetreten waren (z. B. Angst alleine auf Toilette zu gehen, Angst vor der Dunkelheit).

Im Folgenden sind die Kriterien zur Stellung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern (Scheeringa, Zeanah, Drell et al., 1995) aufgelistet.

A. Der Säugling / das Kleinkind wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem das folgende Kriterium erfüllt war:

1. Der Säugling / das Kleinkind beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

B. Wiedererleben: Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.

1. Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel.
2. Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne zwanghaftes Wiederholen und anderen Charakteristika des posttraumatischen Spiels.
3. Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiels, ohne notwendige offensichtliche psychische Belastung.
4. Alpträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wiedererkennbaren Inhalt.
5. Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation.
6. Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweisreizen.

C. Abflachung der Reagibilität: Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.

1. Einengung des Spielverhaltens
2. Sozialer Rückzug
3. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts
4. Verlust erworbener Fähigkeiten, insbesondere im Bereich der Sauberkeitserziehung

D. Erhöhter Arousal: Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.

1. Nächtliche Angstzustände
2. Einschlafschwierigkeiten
3. Nächtliches Erwachen (nicht wegen Alpträumen oder Angstzuständen)
4. Schlechtere Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma
5. Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz)
6. Übertriebene Schreckreaktion

E. Neue Ängste und Aggression: Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.

1. Neu auftretende Aggression
2. Neu auftretende Trennungsangst
3. Angst, allein auf die Toilette zu gehen
4. Angst vor der Dunkelheit
5. Andere Ängste vor Dingen oder Situationen, die offensichtlich traumabezogen sind

F. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.

2.5.2

Ab welchem Alter können Symptome von posttraumatischem Stress beobachtet werden?

Bereits ab einem Alter von 9 Monaten sind Kinder aus entwicklungspsychologischer Sicht in der Lage, Symptome von posttraumatischem Stress zu erleben. Dies lässt sich dadurch erklären, dass sie von diesem Alter an dazu in der Lage sind, Objekte, Personen und Gesichter wieder zu erkennen und diese in Bezug zu dem traumatischen Ereignis zu stellen. Bis zum Alter von etwa drei Jahren verfügen Kinder allerdings noch nicht über die Möglichkeit ihre Belastung sprachlich auszudrücken. Auch die Fähigkeit ihr eigenes Leid wahrzunehmen, ist noch nicht sehr weit entwickelt.

Allerdings gibt es viele Hinweise darauf, dass sich eine Traumatisierung während der frühen Kindheit auf die gesamte weitere Entwicklung eines Menschen auswirkt. Die landläufige Annahme, ein Säugling oder Kleinkind sei zu jung, um durch schlimme Erlebnisse berührt zu werden, gilt nicht (Gaensbauer, 2002). Nur weil ein junges Kind noch nicht in der Lage ist, Erinnerungen aus seinem Gedächtnis abzurufen und seine Belastung sprachlich auszudrücken, heißt das nicht, dass es diese Belastung nicht erlebt. So zeigte zum Beispiel eine Studie verstärkte

körperliche Stressreaktionen bei traumatisierten Kleinkindern, während diese mit Schlüsselreizen an das traumatische Ereignis erinnert wurden (Scheeringa, Zeanah, Myers et al., 2004).

Posttraumatische Stresssymptome können bereits im Säuglingsalter entwickelt werden. Aufgrund des Stands der sprachlichen und kognitiven Entwicklung können Kinder jedoch erst ab einem Entwicklungsalter von drei Jahren Erlebnisse sprachlich speichern und wiedergeben, so dass frühere traumatisierende Erlebnisse nicht bewusst erinnert werden.

2.5.3

Weisen chronisch und multipel traumatisierte Kinder andere Symptome auf?

Pflegekinder haben bis zur ihrer Fremdunterbringung häufig über mehrere Jahre wiederholt (= chronische Traumatisierung) verschiedene traumatische Erlebnisse oder Zustände (= multiple Traumatisierung) erlebt. Bei einer Erhebung in der Pflegekinderambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Ulm konnte festgestellt werden, dass 14 (70 %) der 20 untersuchten Pflegekinder drei oder mehr Traumata über den Zeitraum von mehreren Jahren erlebt haben (Oswald & Goldbeck, 2009a). Dennoch erfüllten die meisten Pflegekinder trotz komplexer Verhaltensprobleme nicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach den Klassifikationssystemen ICD-10 oder DSM-IV.

In Fachkreisen wird diskutiert, dass die bestehenden Diagnostikkriterien für eine PTBS der komplexen Symptomatik chronisch und multipel traumatisierter Kinder (Misstrauen in Beziehungen, negatives Selbstbild, Unfähigkeit extreme Affektzustände zu modulieren, aggressive Ausbrüche, Risikoverhalten, Selbstverletzung etc.) nicht gerecht wird und entwicklungsphasenabhängige

Unterschiede nicht berücksichtigt. Die Arbeitsgruppe um Van der Kolk (2005) schlägt aufgrund dessen die Diagnose einer Traumaentwicklungsstörung (»Developmental Trauma Disorder«) vor, die den umfassenden Entwicklungs- und Verhaltensproblemen chronisch traumatisierter Kinder gerechter wird. Bislang ist diese Diagnose jedoch noch unzureichend erforscht und nicht in den internationalen Klassifikationssystemen für psychische Störungen enthalten.

Chronisch und multipel traumatisierte Kinder weisen häufig komplexe Verhaltensprobleme auf, die durch die Diagnostikkriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausreichend erfasst werden können. Der Forschungsstand hierzu ist noch unzureichend.

2.6

Wie können sich intrafamiliäre Traumata auf die Bindungsentwicklung auswirken?

Gerade in der frühen Kindheit werden Traumatisierungen meist durch Bindungspersonen ausgelöst bzw. finden innerhalb von Bindungen statt. Es handelt sich dabei häufig um wiederholte bzw. chronische Traumatisierungen durch emotional nahe stehende Menschen.

In Situationen, die von Kleinkindern als unsicher erlebt werden, wird ihr Bindungsverhalten angeregt. Das heißt, die Kinder suchen in solchen Situationen die Nähe zu ihrer Bezugsperson, um mit ihrer Belastung umgehen zu können. Bei Kindern, die durch ihre Eltern vernachlässigt bzw. misshandelt wurden, fehlt diese Strategie bzw. sie führt nicht zum Erfolg, da die Kinder sich von ihren Eltern keine Sicherheit erhoffen können. Der Konflikt, in dem die Kinder sich in solchen Situationen befinden, äußert sich durch bizarr erscheinende Verhaltensweisen, wie starke Gehemmtheit, körperliches Erstarren oder Furchtreaktionen. Das Problem des Kindes im Umgang mit seinen Ge-

fühlen ist verständlich, wenn man sich klar macht, dass insbesondere bei Vernachlässigung oder Misshandlung, aber auch bei einer Suchterkrankung eines Elternteils die Angst bzw. die Unsicherheit des Kindes von der Person ausgelöst wird, bei der das Kind eigentlich Sicherheit oder Trost suchen würde. Dies kann dazu führen, dass früh traumatisierte Kinder kein Vertrauen in nahe stehende Menschen entwickeln bzw. emotional isoliert sind.

Es hat sich gezeigt, dass vor allem bei vernachlässigten und misshandelten Kindern häufig hochunsicher-desorganisierte Bindungen auftreten. So wurden bei bis zu 80 % der Kinder mit Misshandlungshintergrund desorganisierte Eltern-Kind-Bindungen festgestellt (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Auch zeigte sich, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche häufiger Bindungsstörungen entwickeln (Ziegenhain, 2009b).

Im weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung äußern sich Bindungsprobleme vor allem durch Probleme im zwischenmenschlichen Bereich wie z. B. bei der Beziehungsgestaltung im Erwachsenenalter.

2.7 Was sind neurobiologische Folgen von Traumata?

Traumatische Erfahrungen können zu anatomischen und neuroendokrinen Veränderungen des sich entwickelnden Gehirns führen. Bei misshandelten und vernachlässigten Kindern und Jugendlichen mit einer PTBS wurden Unterschiede in der Hirnstruktur festgestellt (kleinere intrakranielle und cerebrale Volumen) (De Bellis, Keshavan, Clark et al., 1999). Je früher ein Kind ein traumatisches Ereignis durchlebt und je länger die Traumaewirkung besteht, desto größere hirnanatomische Veränderungen können festgestellt werden.

Darüber hinaus können sich traumatisierende Ereignisse langfristig auf die Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse auswirken und die Aus-

schüttung des Stresshormons Cortisol und der damit verbundenen Stressreaktion beeinflussen. Dabei handelt es sich um eine der wichtigsten Verbindungen im Körper, die eine Anpassung an Stress ermöglicht. Durch eine Schädigung dieser Stressachse kann es langfristig zur Schädigung von Nervenzellen und ihren Verschaltungen im Gehirn kommen. Untersuchungen weisen darauf hin, dass psychosoziale Interventionen einen Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse haben können, und dass umfassende, spezielle Interventionsprogramme für Pflegekinder das Stressniveau und die physiologische Erregung im Verlauf reduzieren können (Fisher, Gunnar, Chamberlain et al., 2000).

Traumatisierende Erlebnisse können zu hirnanatomischen Veränderungen und zu Veränderungen in der Stressregulation führen.

2.8 Haben traumatisierende Erlebnisse Einfluss auf die körperliche Gesundheit?

Forschungsbefunde zeigen, dass wiederholte belastende frühkindliche Lebensereignisse das Risiko für die Entwicklung späterer chronischer körperlicher Störungen erhöhen (van der Kolk, 2003). Diese reichen hin bis zu schwerwiegenden Autoimmunerkrankungen (z.B. rheumatoide Arthritis, Autoimmun-Myokarditis oder autoimmunhämolytischer Anämie (Dube, Fairweather, Pearson et al., 2009) und anderen chronischen körperlichen Erkrankungen (Anda, Dong, Brown et al., 2009). In diesem Zusammenhang ist z. B. zu beachten, dass ein hoher Prozentsatz von Menschen mit chronischen Schmerzen frühe Erfahrungen von emotionaler Vernachlässigung und/oder physischem bzw. sexuellem Missbrauch aufweist (Nickel & Egle, 2006).

Traumatisierende Erfahrungen können langfristig zu chronischen körperlichen Störungen führen.

2.9 Was kann folgen, wenn betroffene Kinder keine Hilfen bekommen?

Eine PTBS kann unbehandelt weitreichende Folgen nach sich ziehen, sowohl hinsichtlich der emotionalen Befindlichkeit als auch der sozialen Integration der Betroffenen. Hierbei ist zu beachten, dass Kinder, die nur eine Teilsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen, gleichermaßen funktional beeinträchtigt sein können wie Kinder mit dem Vollbild einer PTBS (Carrion et al. 2002). Daher sollte auch bei Vorliegen einer subklinischen posttraumatischen Symptomatik auf einen möglichen Therapiebedarf geachtet werden.

Im Vergleich zu anderen Kindern weisen Kinder mit einer unbehandelten PTBS eine niedrigere kognitive Leistungsfähigkeit auf (z. B. Saltzman, Weems, & Carrion, 2006; Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris, & Bremner, 2006) und erlangen niedrigere Schulleistungen (Saigh et al., 2001). Therapiestudien hingegen zeigen auf, dass eine Behandlung der PTBS eine Erhöhung der kognitiven Leistungsfähigkeit nach sich ziehen kann (Lieberman, Van, & Ippen, 2006; Lieberman, Ghosh, Ippen, & van Horn, 2005; National Child Traumatic Stress Network, 2004).

Unbehandelte traumatisierte Kinder tragen ein großes Risiko dafür, in der späteren Kindheit, im Jugend- und Erwachsenenalter unter psychischen Erkrankungen zu leiden. Gerade wenn die Traumatisierung durch die Eltern oder andere Bezugspersonen der Kinder ausgelöst wurde, entwickeln sich bei den betroffenen Kindern neben auffälligen Bindungsmustern häufig Probleme in der Regulation ihrer Gefühle, in der Kontrolle ihres Verhaltens und ihrem Selbstkonzept. Neben Selbstvorwürfen für das Geschehene, die sich auch schon bei 3-jährigen finden lassen (Lieberman & van Horn, 2008), zeigt sich häufig auch eine Idealisierung der eigentlichen Täter. Ebenso kommt es dazu, dass Erwachsene generell als nicht vertrauenswürdig und gefährlich wahrgenommen werden. Findet keine Behandlung statt, bleiben die entsprechen-

den Symptome häufig auch dann noch bestehen, wenn die Kinder in einer sicheren Umgebung untergebracht wurden. Im Jugend- und Erwachsenenalter finden sich bei Personen, die als Kinder traumatisiert wurden, häufig Störungen wie dissoziales Verhalten, Depression, Alkoholabhängigkeit und andere Suchterkrankungen sowie Angsterkrankungen und posttraumatische Belastungsstörungen. Auch haben ehemals misshandelte und/oder sexuell missbrauchte Kinder im späteren Leben ein erhöhtes Suizidrisiko. Die mangelnde Verarbeitung traumatisierender Erlebnisse kann dazu führen, dass Opfer als Erwachsene zu Tätern werden (z. B. Bagley, Wood & Young, 1994).

Aufgrund der Vielzahl an möglichen Folgen gilt, dass in der Praxis sichergestellt werden sollte, dass bei den betroffenen Kindern rechtzeitig eine traumabezogene Diagnostik und wenn nötig auch eine therapeutische Behandlung eingeleitet wird.

Eine unbehandelte posttraumatische Belastungsstörung kann zur Entwicklung weiterer psychischer Störungen wie auch zu einer beachtlichen funktionalen Beeinträchtigung führen. Die gesellschaftliche Integration und positive Entwicklung der Betroffenen sind dadurch gefährdet.

3

Diagnose und Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung



3

Diagnose und Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung

3.1

Wie kann man eine posttraumatische Belastungsstörung erkennen?

Eine standardisierte und systematische Erhebung posttraumatischer Belastungssymptome kann anhand von Fragebögen erfolgen. Hiermit können Hinweise auf eine PTBS gewonnen werden. Einige dieser Erhebungsinstrumente werden in Kapitel 6.1 vorgestellt. Eine umfassende Diagnostik erfordert jedoch eine klinische Untersuchung und weiterführende Diagnostik durch Fachpersonen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie.

Hinweise auf eine Traumafolgestörung bei jungen Kindern können sich aus der Verhaltensbeobachtung in Verbindung mit der Kenntnis über traumatisierende Erlebnisse in der Vorgeschichte des Kindes ergeben.

Konkret können sich folgende Erlebnis- und Verhaltensweisen äußern:

- Das Kind spielt immer wieder die gleiche traumatische Situation, ohne dass sich etwas verändert (z. B. wird eine Schlägerei zwischen zwei Personen mit Puppen nachgestellt, wobei das Kind schreit oder andere Laute von sich gibt)
- Das Kind handelt ohne, dass dafür ein äußerer Anlass erkennbar ist, zerstört z. B. Gegenstände, weint oder schreit plötzlich heftig, plötzliches Festklammern oder Versuche weg zu laufen
- Das Kind zeigt bisher unbekannte aggressive Verhaltensweisen
- Das Kind kann abends nicht einschlafen oder wacht nachts immer wieder auf
- Das Kind schreit nachts im Schlaf, z. T. ohne davon zu erwachen
- Kinder zeigen wieder oder zum ersten Mal Angst vor der Dunkelheit

- Das Kind zeigt ein verändertes Essverhalten (isst nicht oder zu viel)
- Das Kind schaut mit durchdringendem Blick ins Leere und reagiert dabei nicht auf Ansprechen
- Das Kind will nicht mehr richtig spielen, auch nicht sein Lieblingsspiel
- Das Kind wird still, zieht sich von Spielkameraden, Eltern und anderen Betreuern zurück
- Das Kind wirkt scheinbar teilnahmslos und gleichgültig gegenüber seiner Umwelt
- Das Kind vermeidet Situationen, die es an das traumatische Erlebnis erinnern könnten
- Das Kind nässt/kotet wieder ein, obwohl es bereits länger sauber war
- Das Kind spricht wieder, wie es als jüngeres Kind gesprochen hat
- Das Kind klammert, will eine von ihm als sicher empfundene Situation nicht verlassen, hat eine für sein Alter untypische Trennungsangst
- Das Kind verhält sich unruhig, zappelt oder ist wie erstarrt
- Das Kind kann sich schlecht konzentrieren
- Das Kind erschrickt bei Geräuschen oder in Situationen, die es früher nicht geängstigt haben

Je nach Ausmaß der Betroffenheit können Anzahl und Ausprägung der Auffälligkeiten unterschiedlich sein. Auch können die genannten Verhaltensweisen durch andere Erlebnisse als eine Traumatisierung ausgelöst sein, dennoch sollte professionelle Hilfe gesucht werden (siehe Kapitel 3.2), wenn sich das beschriebene Verhalten zuspitzen, bzw. auch nach 4 Wochen unverändert bestehen bleiben oder verstärkt auftreten, sollte.

Bei Hinweisen auf posttraumatische Belastungssymptome oder andere Verhaltensprobleme sollte eine umfassende diagnostische Abklärung durch Fachleute aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie erfolgen.

3.2

Wer stellt eine Diagnose?

Posttraumatische Belastungsstörungen wie auch andere psychische Störungen können durch eine umfassende Diagnostik bei Fachpersonen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie und -psychiatrie diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Hierzu gibt es in Kapitel 6.3.1 Tipps zur Suche von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten mit Fachkunde für Kinder- und Jugendliche.

3.3

Wann sollten traumatisierte Kinder behandelt werden?

Wie bereits erwähnt, entwickeln nicht alle Kinder, die traumatisierende Erfahrungen machen oder unter anderen ungünstigen psychosozialen Bedingungen leben, eine psychische Störung. Eine Behandlung sollte dann erfolgen, wenn eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Dabei ist zu bedenken, dass eine psychotherapeutische Behandlung, wie z. B. eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie, erst dann sinnvoll ist, wenn die Sicherheit des Kindes garantiert ist (d. h. die Traumatisierung nicht fortgeführt wird) und die Rahmenbedingungen stabil sind (d. h. die Unterbringung des Kindes z. B. in einer Pflegefamilie geklärt ist).

■ *Eine psychotherapeutische Behandlung erfordert einen stabilen und sicheren Lebensrahmen.*

3.4

Welche Therapien sind bei einer posttraumatischen Belastungsstörung wirksam?

Es gibt verschiedene Therapieformen zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das am besten untersuchte Behandlungsprogramm für traumatisierte Kinder stellt die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2009) dar. Sie hat sich auch bei der Behandlung chronisch und multipel traumatisierter Kinder bewährt. Hier werden den Kindern verschiedene Strategien zur Spannungsreduktion, Emotionsregulation, Problemlösung und zum Abbau dysfunktionaler Gedanken vermittelt. In Form eines Narrativs, das entsprechend des Entwicklungsstandes des Kindes bildlich oder schriftlich verfasst wird, wird das Kind dabei unterstützt die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten und zu integrieren. Weiterhin werden mit dem Kind Sicherheitsverhalten und Strategien zum Umgang mit zukünftigen schwierigen Situationen erarbeitet. Durch den Einbezug der Bezugspersonen (z. B. der Pflegeeltern) können diese das Kind bei der Umsetzung der erlernten Strategien unterstützen. Weiterhin werden die Bezugspersonen im Umgang mit den posttraumatischen Stresssymptomen des Kindes angeleitet und in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt.

Zur Behandlung von Klein- und Vorschulkindern erscheint die psychodynamische Kind-Eltern-Therapie (Lieberman & van Horn, 2008) viel versprechend. Hier wird durch die Anleitung der Eltern eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und somit des Wohlbefindens des Kindes erzielt. Der nicht misshandelnde und bzw. nicht gewalttätige Elternteil – meist die Mutter – lernt, schützendes Verhalten gegenüber dem Kind aufzubauen. Das Kind soll dabei lernen, dass es sich auf seine Eltern verlassen kann und dass seine Eltern ihm bei Problemen helfen. Ein weiterer Schwerpunkt der Therapie liegt darin, den Eltern einen Einblick in die von ihren Kindern erlebten Gedanken

und Gefühle zu ermöglichen. So lernen die Eltern zu verstehen, welchen Zweck die zum Teil problematischen Verhaltensweisen der Kinder haben. Sie lernen auch eigene Fehleinschätzungen und Interpretationen der Verhaltensweisen zu korrigieren. Den Eltern wird vermittelt, auf welche Art sie ihre Kinder besser unterstützen können. Wenn dies sprachlich bereits möglich ist, werden gemeinsame Traumanarrative von Eltern und Kind erarbeitet. Weitere Formen der Traumatherapie stellen unter anderem die EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), KIDNET (Narrative Expositionstherapie für Kinder), die traumazentrierte Spieltherapie und die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT) dar (siehe hierzu Landolt & Hensel, 2008).

Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie hat sich auch bei chronisch und multipel traumatisierten Kindern als wirksam erwiesen.

Häufig können sich Pflegekinder nicht an die traumatisierenden Erfahrungen erinnern, so dass keine traumafokussierte Therapie erfolgen kann. Dennoch ist eine kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Behandlung auf Symptomebene sinnvoll.

3.5 Wie kann die Behandlung erfolgen, wenn ein Pflegekind psychisch belastet ist jedoch keine PTBS hat?

Nicht alle Traumafolgestörungen können mit einer Traumatherapie behandelt werden. Häufig erinnern sich die Kinder nicht mehr an das Ereignis, weil sie zu jung waren oder das Ereignis verdrängt haben. Dennoch können unspezifische Symptome vorliegen, die zu einer funktionalen Beeinträchtigung in der Familie, Schule oder Freizeit führen können. Zudem können aufgrund der zahlreichen biologischen und psychosozialen Risikofaktoren, denen Pflegekinder oft ausgesetzt sind, auch andere Faktoren ursächlich für Verhaltensprobleme sein (aggressives Verhalten, Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe etc.). In diesen Fällen ist eine symptomorientierte Behandlung sinnvoll.

4

Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern



4

Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern

Das Gesundheitssystem stellt viele unterschiedliche Angebote bereit. In diesem Kapitel soll ein grober Überblick darüber gegeben werden, welche Maßnahmen für die Hilfeplanung bei Pflegekindern relevant sein können.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist rechtlich im Sozialgesetzbuch V ausgearbeitet und stellt im Dritten Kapitel vor allem folgende Leistungen (nach § 11 SGB V) bereit:

- Leistungen zur Verhütung von Krankheiten
- Leistungen zur Verhütung einer Verschlimmerung von Krankheiten
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung einer Krankheit
- Medizinische Rehabilitation
- Unterhaltssichernde Leistungen
- Andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Der Begriff Krankheit bezieht sich dabei nicht ausschließlich auf körperliche Gebrechen. Die Krankenbehandlung nach dem § 27 Ab. 1 Nr. 1 SGB V umfasst beispielsweise auch Psychotherapie als Behandlungsart. So bezieht sich der Begriff Krankheit also auf das körperliche sowie geistige, seelische und im weitesten Sinne auch soziale Wohlbefinden der Versicherten.

Leistungserbringer im Sinne von Berufsgruppen und Institutionen, welche die gesetzlich geregelten Leistungen am Patienten erbringen, sind vor allem Ärzte, Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser/Kliniken und andere Einrichtungen, aber auch Sonstige, die zum Beispiel Leistungen zur Soziotherapie oder zur sozialmedizinischen Nachsorge anbieten.

4.1

Wer ist zuständig für die Behandlung psychisch kranker Kinder?

Die alltagspraktische Vorgehensweise bei Beschwerden ist in der Regel der Besuch beim Kinderarzt beziehungsweise Hausarzt. Entweder kann dieser die Symptome direkt diagnostizieren und entsprechende Hilfen leisten oder er überweist zur detaillierteren Diagnostik und Behandlung an einen Facharzt.

Häufig suchen auch psychisch Erkrankte in erster Linie den Hausarzt auf, da sie die Ursache ihrer Symptome körperbezogen sehen. Besonders psychisch erkrankte Kinder zeigen neben Verhaltensauffälligkeiten gehäuft Symptome wie Bauch- und Kopfschmerzen, Schlafprobleme, Appetitveränderungen, Anspannung, Unruhe und/ oder Konzentrationsprobleme, welche die Eltern antreiben das Kind zur Abklärung bei dem Kinderarzt beziehungsweise Hausarzt vorzustellen. Wenn dieser erkennt, dass die Ursache der Symptome eine psychische Belastung oder Erkrankung ist, ist eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Diagnostik und gegebenenfalls Behandlung indiziert.

Für eine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Untersuchung hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen sind folgende Fachkräfte und Institutionen des Gesundheitssystems zuständig:

- Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie / psychiatrische Zentren: Ambulanz für Kinder und Jugendliche
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten mit Fachkunde für Kinder- und Jugendliche (mit Kassenzulassung)
- Fachärzte: Psychiater für Kinder- und Jugendliche / Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie

Bei *Psychiatrien* oder *psychiatrische Zentren* ist darauf zu achten, dass es auch eine Ambulanz für Kinder und Jugendliche gibt, denn das ist nicht immer der Fall.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind, wie der Name schon verrät für Kinder und Jugendliche zuständig. *Psychologische Psychotherapeuten* sind in erster Linie Erwachsenentherapeuten, können jedoch ebenfalls für Kinder und Jugendliche zuständig sein, wenn sie eine zusätzliche Fachkunde für Kinder- und Jugendliche haben. Bei allen Psychotherapeuten ist darauf zu achten, ob diese eine Kassenzulassung haben. Denn dann kann die Behandlung über die Krankenkassen abgerechnet werden. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit, dass Psychotherapeuten, die keine Kassenzulassung haben, einzelne Leistungen über andere Kostenstellen erstattet bekommen können. Ein einschlägiges Beispiel dazu ist, dass das Jugendamt die Kosten der Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII und bei Indikation auch Therapiekosten übernimmt oder Kosten über das Opferentschädigungsgesetz übernommen werden können, insofern Voraussetzungen greifen, die eine Kostenübernahme möglich machen.

Fachärzte die für eine Untersuchung hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme zuständig sind, sind Psychiater für Kinder- und Jugendliche, Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie.

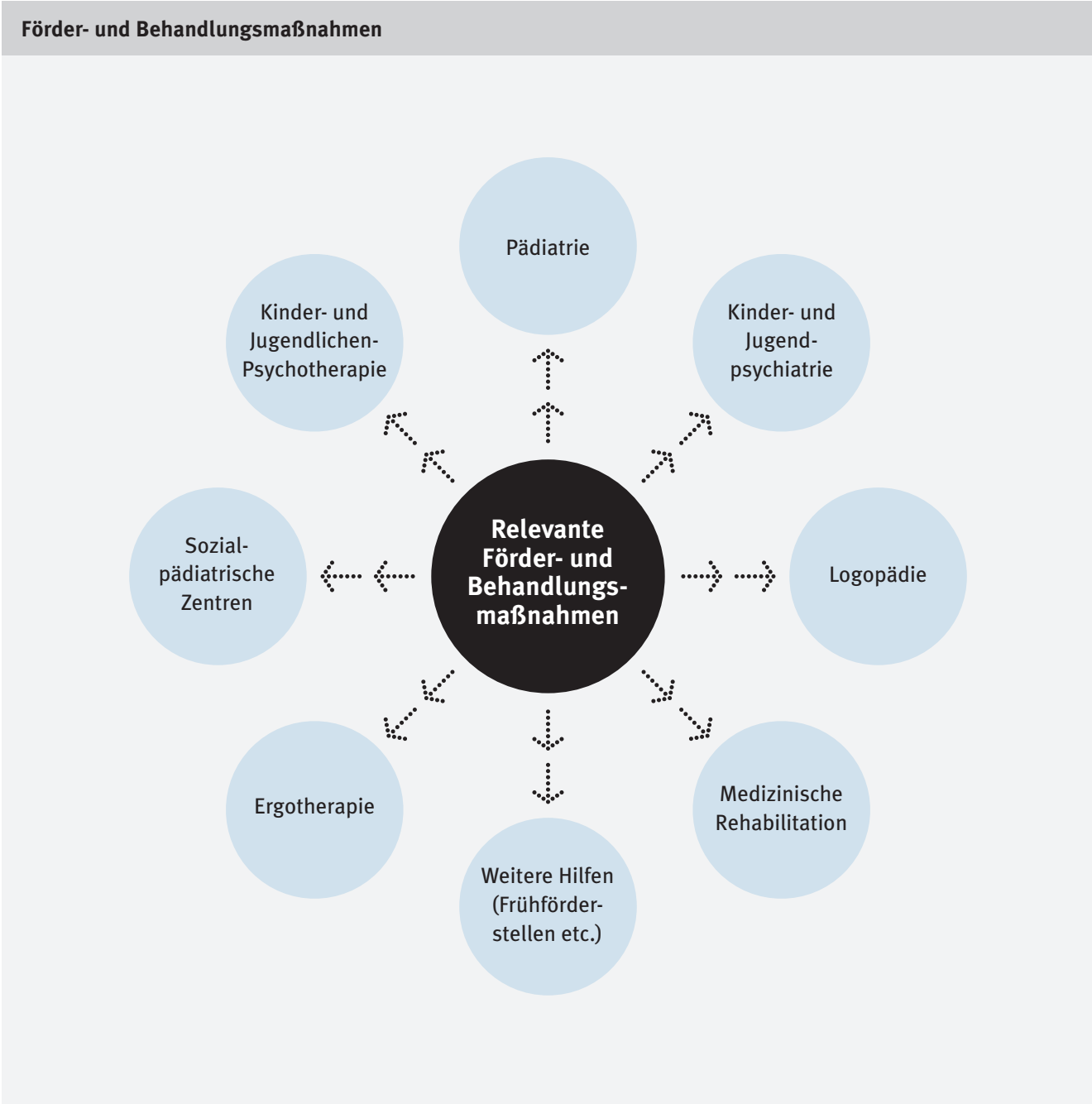
Nachdem Zuständigkeiten in der Versorgung psychisch kranker Kinder erläutert wurden, sollen im nächsten Kapitel Hilfen aus dem SGB V vorgestellt werden, die bei einer Hilfeplanung bei Pflegekindern relevant sein können.

4.2 Relevante Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus dem SGB V für die Hilfeplanung bei Pflegekindern

Dieses Kapitel stellt einige Förder- und Behandlungsmöglichkeiten des SGB V vor, die bei einer Hilfeplanung bei Pflegekindern relevant sein können. Der Übersicht halber werden einzelne Hilfen in einzelnen Tabellen vorgestellt. Beispielhaft werden Informationen zu konkreten Leistungen, zur Zielgruppe sowie zu Zugangswegen und Kostenträgern der jeweiligen Hilfen benannt.

Pflegekinder sind in der Regel mehrfach belastet und entwickeln in Folge gehäuft komplexe Verhaltensauffälligkeiten. Komplex belastete Kinder haben meist einen umfassenden Förder- und Behandlungsbedarf.

Die Jugendhilfe bietet eine Vielzahl an Maßnahmen, welche in der Kombination mit parallel oder aufeinander aufbauenden Förder- und Behandlungsmaßnahmen aus dem Gesundheitssystem einem Pflegekind optimierend in seiner weiteren körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Entwicklung helfen können. Im Optimalfall sollten für den Einzelfall der Behandlungs- und Förderbedarf und entsprechende Hilfen aus verschiedenen beruflichen Blickwinkeln zusammengetragen werden und im Hilfeplan Ausdruck finden.



4 – Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern

Im Folgenden werden einige Kurzbeschreibungen¹ von Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus dem SGB V, die bei einer Hilfeplanung bei Pflegekindern relevant sein können, gegeben.

¹Die Kurzbeschreibungen orientieren sich an Gesetzestexten (vor allem dem SGB V und SGB IX) sowie an Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), des Deutschen Fachverbandes der Ergotherapeuten, des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie, der deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und sollen vor allem zur Abgrenzung der jeweiligen Förder- und Behandlungsmöglichkeiten dienlich sein, so dass von einer umfassenden Erläuterung abgesehen wurde.

	Zielgruppe	Leistungen	Zugangswege/ Kostenträger
Pädiater (Kinderarzt)	Kinder und Jugendliche mit somatischen Beschwerden/ Erkrankungen nach dem Internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten (ICD-10)	Diagnostik Prävention (z. B. U 1–9 + J 1 / Impfungen) Behandlung Vermittlung/Ausstellen von Überweisungen	ZUGANGSWEGE: Betroffener und dessen Sorgeberechtigte verein- baren einen Termin. KOSTENTRÄGER: Krankenkassen
Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	Kinder, Jugendliche mit drohenden/vorhandenen Entwicklungsauffällig- keiten/-störungen (z. B. der Sprache, Motorik und der kognitiven Entwicklung)	Diagnostik (psychologisch und physiologisch) Prävention Behandlung (interdisziplinär)	ZUGANGSWEGE: Betroffener und dessen Sorgeberechtigte vereinbaren einen Termin. KOSTENTRÄGER: Vorrangig Krankenkassen (Subsidiaritätsprinzip)

4 – Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern

	Zielgruppe	Leistungen	Zugangswege/ Kostenträger
Kinder- und Jugendpsychiater	<p>Menschen mit psychischer Belastung/Störung</p> <p>nach dem Internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten (ICD-10)</p>	<p>Diagnostik (psychologisch und physiologisch)</p> <p>Behandlung (auch medikamentös)</p> <p>Vermittlung/Ausstellen von Überweisungen</p>	<p>ZUGANGSWEGE: Betroffener und dessen Sorgeberechtigte vereinbaren einen Termin.</p> <p>KOSTENTRÄGER: Krankenkassen</p>
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	<p>Kinder und Jugendliche (bis 21 J.) mit:</p> <p>psychischer Belastung/ Störung</p> <p>nach den Kriterien des Internationalen Klassifikationssystems der Krankheiten (ICD-10)</p>	<p>Diagnostik (Probatorik)</p> <p>Therapie</p>	<p>ZUGANGSWEGE: Betroffener und dessen Sorgeberechtigte vereinbaren einen Termin bei:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Psychiatrien / psychiatrischen Zentren (Ambulanz für Kinder und Jugendliche) 2) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten (mit Fachkunde für Kinder- und Jugendliche) mit Kassenzulassung 3) Fachärzten: Psychiater für Kinder- und Jugendliche / Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie mit Kassenzulassung <p>KOSTENTRÄGER: Krankenkassen</p>

4 – Relevante Hilfen des Gesundheitssystems für die Versorgung von Pflegekindern

	Zielgruppe	Leistungen	Zugangswege/ Kostenträger
Ergotherapie	<p>Menschen mit:</p> <p>Motorisch-funktionellen Störungen</p> <p>Wahrnehmungs-Verarbeitungsstörungen</p>	<p>Übungen und Einsetzen von Hilfsmitteln zur Verbesserung/Stabilisierung der Feinmotorik und von Bewegungsabläufen</p>	<p>ZUGANGSWEGE: Betroffener oder dessen Sorgeberechtigte benötigen eine Überweisung des Haus- bzw. Kinderarztes.</p> <p>KOSTENTRÄGER: Krankenkassen</p>
Logopädie	<p>Menschen mit: Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluckbeeinträchtigungen</p>	<p>Übungen zur Verbesserung der Sprech-Artikulationsfähigkeit und der Koordination von Stimme und Atmung</p> <p>Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen, Lispeln, Stottern</p>	<p>ZUGANGSWEGE: Betroffener oder dessen Sorgeberechtigte benötigen eine Überweisung des Haus- bzw. Kinderarztes.</p> <p>KOSTENTRÄGER: Krankenkassen</p>
Medizinische Rehabilitation	<p>(§ 2, SGB IX) Menschen mit mind. sechsmonatiger Beeinträchtigung</p> <p>körperlicher Funktionen, geistiger Fähigkeiten oder seelischer Gesundheit</p> <p>Die Beeinträchtigungen weichen von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. Durch die Beeinträchtigungen ist die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.</p>	<p>(§ 26ff, SGB IX) Krankenbehandlung und Rehabilitation</p> <p>Wiedereingliederung</p> <p>Förderung der Selbsthilfe</p> <p>Früherkennung, Frühförderung</p> <p>Hilfsmittel</p>	<p>ZUGANGSWEGE: Betroffener oder dessen Sorgeberechtigte stellen einen Antrag bei ihrer Renten- oder Krankenversicherung.</p> <p>KOSTENTRÄGER: Leistungsträger klären die Zuständigkeit untereinander ab (§ 14, SGB IX). Meist sind die Renten- oder Krankenversicherungen (§ 40, Abs.2, SGB V) zuständig.</p>

Neben dieser Auswahl an Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus dem SGB V, die bei einer Hilfeplanung bei Pflegekindern relevant sein können, gibt es weitere Hilfen, die im Einzelfall bedacht werden sollten:

Schule / Vorschulische Einrichtungen

In Einrichtungen wie zum Beispiel Schulen und Kindergärten werden Maßnahmen zu beispielsweise Teilleistungsstörungen, Eingliederungs- und Integrationsmaßnahmen (§ 54 SGBXII) erbracht.

Frühförderstellen

Über die »Verordnung zur Früherkennung und -förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder« (FrühV) werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen für Vorschulkinder gesetzlich geregelt und über Rehabilitationsträger per Antrag finanziert und in Institutionen wie Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren erbracht.

Versorgungsämter

Personen, die durch eine Gewalttat eine gesundheitliche Beeinträchtigung erlitten haben, können nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) einen Antrag auf Heilbehandlung- Renten- und Fürsorgeleistungen stellen. Meist bei der Abteilung Soziales und Gesundheit des Landratsamtes, in dessen Region die Tat geschah.

Sozialamt

Das Sozialamt (Sozialhilfe SGB XII) kann als nachrangiger Leistungsträger nach dem Subsidiaritätsprinzip für die Kostenübernahme von beispielsweise Rehabilitations-, Eingliederungs- oder Integrationsmaßnahmen zuständig sein.

5

Interdisziplinäre Pflegekinder-Versorgung

5

Interdisziplinäre Pflegekinder-Versorgung

In der Regel profitieren Pflegekinder, die komplexe psychische oder Verhaltensauffälligkeiten zeigen, von einer ganzheitlichen Hilfeplanung. Diese sollte auf den Bedarf abgestimmte Jugendhilfemaßnahmen umfassen. Bei Indikation sollten weiter auch parallel laufende oder aufeinander aufbauende Hilfen aus dem Gesundheitssystem oder gar Hilfen aus weiteren anderen Systemen, wie zum Beispiel dem Rechtssystem, einbezogen werden.

In diesem Kapitel werden wichtige Aspekte an der Schnittstelle der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems erläutert. Zentrale Fragen sind, wie die Zusammenarbeit an der Schnittstelle verlaufen kann und wer für die Koordination der unterschiedlichen Hilfen zuständig ist.

5.1 Schnittstelle Jugendhilfe- und Gesundheitssystem

Die Zusammenarbeit an der Schnittstelle der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems ist erforderlich, wenn ein Kind Förder- und Behandlungsmöglichkeiten aus beiden Systemen benötigt. Innerhalb der letzten Jahre hat der Gesetzgeber einen solchen Bedarf immer konkreter als wichtige gesellschaftliche Aufgabe anerkannt, indem er mit wiederholten Modifizierungen des § 35a SGB VIII reagierte.



Abbildung 1: Überlappung der Zuständigkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem

In § 35a SGB VIII ist die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche geregelt. Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe wenn ihre seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die Formulierung »zu erwarten ist« sollte besonders beachtet werden, da ein präventiver Ansatz ausgedrückt wird.

In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber vor allem folgende wesentliche Aspekte des § 35a SGB VIII modifiziert: Die Person, die die Stellungnahme schreibt, soll zum einen fachliche Kompetenz besitzen, darf also nicht irgendein Facharzt sein. Dies drückt sich in dem Benennen von Berufsgruppen (§ 35a Abs. 1a Nr. 1–3 SGB VIII) aus. Modifiziert wurde auch, dass der Feststeller und der Leistungserbringer nicht mehr die gleiche Person sein darf (§ 35a Abs. 1a Satz 4 SGB VIII).

Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die **Stellungnahme** eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, einzuholen.

Durch den Paragraphen selbst wird bezüglich des Inhalts der Stellungnahme lediglich vorgegeben, dass diese auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) (in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung) zu erstellen ist, die Abweichung einen Krankheitswert haben sollte oder auf einer Krankheit beruhen sollte. Hilfreich für den weiteren

Verlauf der Hilfeplanung ist jedoch auch, wenn sich der Sachverständige aus Sicht seines Berufsstandes über die Beeinträchtigung des Kindes äußert und Vorschläge zu Hilfen benennt (siehe auch Vorlage zur Stellungnahme nach § 35a SGB VIII im Anhang).

Der Sachverständige, der eine ärztliche Stellungnahme nach § 35a SGB VIII erstellt hat, darf nicht die Person sein oder dem Dienst oder der Einrichtung angehören, die die späteren Hilfen erbringt.

Der § 35a SGB VIII formuliert folgende verschiedene **Hilfeformen**:

Hilfen sollen je nach dem Bedarf im Einzelfall in *ambulanter* Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen *teilstationären* Einrichtungen sowie durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet werden.

Weiter erfasst der § 35a SGB VIII *Eingliederungshilfen der Sozialhilfe*. Konkret die Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII, Hilfe in einer sonstigen Beschäftigungsstätte § 56 SGB XII und Trägerübergreifendes persönliches Budget § 57 SGB XII, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden. Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 54 SGB XII sind beispielsweise Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung und zur schulischen Ausbildung.

Wenn außerdem gleichzeitig *Hilfe zur Erziehung* zu leisten ist, 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.

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 wer-

den, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

Der § 35a SGB VIII als eine gesetzliche Grundlage schafft eine Chance einer ertragreichen interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle der Jugendhilfe- und des Gesundheitssystems. Gleichzeitig kann jedoch eine Schnittstellenproblematik entstehen. So ist in der praktischen Ausgestaltung einer interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle häufig nicht klar wie eine solche Zusammenarbeit verlaufen kann und wer für die Koordination der unterschiedlichen Hilfen zuständig ist.

5.2 Wie kann die Zusammenarbeit an der Schnittstelle verlaufen?

Wenn Hilfen nach § 35a SGB VIII erforderlich sind, soll nach § 36 Abs. 3 SGB VIII bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfen die Person, die eine Stellungnahme abgegeben hat, beteiligt werden.

Die Person, die eine Stellungnahme abgegeben hat sollte sich also nicht nur bezüglich des Krankheitswertes äußern, ebenso wichtig erscheint auch eine Feststellung des Beeinträchtigungsgrades und der Benennung konkreter Hilfen. Solche Empfehlungen sind jedoch nicht als obligat anzusehen, das heißt Jugendamtsmitarbeiter müssen sich nicht verpflichtend danach richten, jedoch können sie bei der Findung geeigneter Hilfen behilflich sein. Insbesondere, wenn die einzelnen Ideen aus den unterschiedlichen beruflichen Blickwinkeln an einem »Runden Tisch« erörtert werden.

Zwar wird detailliert benannt bei welchen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen eine Stellungnahme einzuholen ist (§ 35a Abs. 1a SGB VIII), jedoch werden die mit der Erstellung einer Stellungnahme verbundenen Kosten von der Krankenkasse teilweise nicht übernommen.

Während Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater mit sozialpsychiatrischer Zulassung eine gemeinsame Hilfeplanung zum Beispiel in Form einer Helferrunde pauschal abrechnen können, können niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten dies nicht.

Aufgabe der Jugendhilfe ist das aktive Fall- und Hilfeplanmanagement!

Ein »Runder Tisch« mit Fachpersonen aus den unterschiedlichen Helfersystemen kann den Unterstützungs- und Hilfebedarf des Kindes umfassender ergreifen und zur Einleitung gezielter und geeigneter Hilfen beitragen.

5.3

Wer ist zuständig für die Koordination unterschiedlicher Hilfen?

Obwohl die Feststellung von Eingangsvoraussetzungen für Hilfen nach dem § 35a SGB VIII nicht durch das Jugendamt selbst, sondern durch eine Stellungnahme einer Fachperson des Gesundheitssystems (§ 35a Abs. 1a Nr.1–3 SGB VIII) erfolgt, bleibt die Steuerungsfunktion beim Jugendamt. Dies ist wichtig, da das Jugendamt über die Ausgestaltung und Bewilligung von Hilfen entscheidet.

Das Jugendamt ist bei der Hilfeplanung federführend. Es hat eine aktive Rolle, da es beispielsweise Vorstellungen bei Fachpersonen benachbarter Berufsgruppen initiiert, mit diesen im Austausch steht, in der Folge alle Erkenntnisse und Empfehlungen zu Hilfemaßnahmen zusammenträgt, einen Hilfeplan erstellt und anschließend etablierte Hilfen koordiniert und evaluiert.

Nicht nur bei der Erstellung des Hilfeplanes, auch wenn Hilfen durchgeführt werden und sich Änderungen ergeben, sollte die Person, welche die Stellungnahme nach § 35a SGB VIII erstellt hat, bei der weiteren Planung einbezogen werden (§ 36 Abs. 3 SGB VIII).

6

Praktische Hilfen



6

Praktische Hilfen

Kapitel 2 und 3 haben deutlich gemacht, wie wichtig es ist eine psychische Belastung bei einem Pflegekind rechtzeitig zu erkennen und zu diagnostizieren.

Objektivierende Materialien, welche einen Überblick über die in der Regel komplexe Vorgeschichte und Verhaltensprobleme eines Pflegekindes geben, können helfen einen systematischen Überblick zu verschaffen und zielgerichtet Hilfsmaßnahmen für das Kind zu suchen.

Dieses Kapitel stellt verschiedene Erhebungsinstrumente vor, welche nützlich sind für eine Erfassung, Interpretation und Dokumentation ...

- ... der Traumageschichte des Kindes,
- ... aktueller allgemeiner Verhaltensprobleme und
- ... aktueller traumabezogener Belastungsreaktionen.

Zudem stellt dieses Kapitel verschiedene Materialien vor, welche nützlich sind für ...

- ... die interdisziplinäre Pflegekinder-Versorgung,
- ... die Erschließung eines regionalen Versorgungsnetzes und
- ... die Dokumentation des interdisziplinären Hilfeplanungsprozesses.

Die einzelnen Materialien werden im folgenden Kapitel erläutert und teilweise abgebildet. Alle vorgestellten Instrumente sind im Anhang als Kopiervorlage beigelegt.

6.1

Diagnostikinstrumente

Im Folgenden werden drei Diagnostikinstrumente vorgestellt, welche nützlich sind für eine Erfassung, Interpretation und Dokumentation der Traumageschichte des Kindes, aktueller allgemeiner Verhaltens- und emotionaler Probleme und aktueller traumabezogener Belastungsreaktionen.

Pflegekinder haben in der Herkunftsfamilie häufig über

einen längeren Zeitraum mehrere traumatisierende Ereignisse wie z.B. Vernachlässigung oder körperliche Misshandlung erlebt. Neben des akuten Grundes der Herausnahme aus der Herkunftsfamilie gibt es häufig andere Verdachtsmomente oder weitere traumatisierende Erlebnisse, die vom Kind spontan erzählt werden. Diese Informationsfülle kann häufig nur schwer in ihrer Ganzheit erfasst werden. Der Erhebungsbogen **Trauma / Loss Exposure Profile** (Pynoos & Steinberg, 2002) kann herangezogen werden, um einen überschaubaren und systematischen Überblick über traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte des Kindes zu erhalten. Darüber hinaus stellt es eine Dokumentationshilfe dar, um wichtige Fakten bei Bedarf schnell parat zu haben (z. B. bei einer Mitarbeiter- oder Jugendamts-Fallübergabe).

Pflegeeltern berichten häufig über Verhaltens- oder emotionale Probleme des Pflegekindes:

»Die letzten Wochen waren mit XY mal wieder sehr anstrengend. Er ist wirklich deutlich belasteter als die anderen Pflegekinder, die wir betreuen. Ok, mag ja vielleicht auch an seiner schlimmen Vorgeschichte liegen. Das kann ich nicht einschätzen, davon spricht er ja auch nicht. Sein aufsässiges und trotziges Verhalten hat sich leider nicht verbessert. Letzte Woche hat er beim Einkaufen so ein Theater gemacht, dass ich mich sogar vor der Kassiererin geschämt habe. Was aber neu ist, ist dass er oft traurig ist und bitterlich weint ...«

Um das Ausmaß der Verhaltensprobleme zu erfassen, ist neben der freien Erzählung eine strukturierte Befragung der Pflegeeltern und der Kinder sinnvoll. Hier kann der **Fragebogen zu Stärken und Schwächen** (SDQ) (Goodman, 1997; Goodman, 2001), welcher ein Screeninginstrument zur Einschätzung von Stärken und Schwächen eines Kindes ist, helfen Probleme in verschiedenen Bereichen (»Emotionale Probleme«, »Verhaltensauffälligkeiten«,



»Hyperaktivität«, »Probleme mit Gleichaltrigen«, »Prosoziales Verhalten«) standardisiert zu erfassen.

Wird ein Zusammenhang der Verhaltensprobleme zu früheren traumatisierenden Erlebnissen des Kindes erkannt oder vermutet, sollte dies ernst genommen und darauf eingegangen werden. Dies kann durch eine Befragung des Kindes, der Pflegeeltern und der leiblichen Eltern erfolgen. Für eine standardisierte Erhebung von potentiell traumatisierenden Erlebnissen und posttraumatischen Belastungssymptomen kann der Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen **UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV** (Steinberg, Brymer, Decker et al., 2004a) herangezogen werden.

Bei der Auswertung dieser Fragebögen ist zu beachten, dass sie lediglich Hinweise auf eine vorliegende psychische Störung geben können und von der Wahrnehmung des Informanten abhängig sind. Aufgrund dessen ist bei Hinweisen auf eine psychische Störung eine diagnostische Abklärung durch eine Fachperson aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie- oder -psychotherapie erforderlich.

6.1.1 Das Trauma / Loss Exposure Profile

Das *Trauma / Loss Exposure Profile* (Pynoos & Steinberg, 2002) kann zur Exploration eines oder mehrerer traumatisierender Ereignisse in der Vergangenheit angewandt werden. Es schafft einen Überblick über traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte, indem es Traumatypes, Traumamerkmale und das Alter oder die Altersspanne (1.–20. Lbj.) bei Erleben erfasst. Das Trauma / Loss Exposure Profile kann demnach eine Hilfe sein, traumatische Erfahrungen innerhalb komplexer Lebensgeschichten übersichtlich zu dokumentieren.

Aufgrund häufiger unsicherer, ungenügender und komplexer Informationen zur Lebensgeschichte eines Pflegekindes erscheint eine Dokumentation besonders über traumatische Erfahrungen in der Lebensgeschichte des Kindes unerlässlich.

Bewährt hat sich das Trauma / Loss Exposure Profile als Übersichtsblatt in der Fallakte, welches bei der Zuweisung eines neuen Falles einleitend von dem Jugendamtsmitarbeiter erstellt wird, aber auch bei bereits bekannten Kindern nachträglich erstellt werden kann. Wichtige Informationen können so auch während des Betreuungsverlaufs und bei einem Zuständigkeitswechsel zwischen Mitarbeitern oder Ämtern schnell gefunden werden. Die Übersicht kann auch zum gezielten Austausch mit den Pflegeeltern oder Institutionen des Hilfesystems genutzt werden. Das Trauma / Loss Exposure Profile ist im Anhang als Kopiervorlage beigelegt.

Durchführung:

Das Trauma / Loss Exposure Profile sollte vom zuständigen Jugendamtsmitarbeiter zum Zeitpunkt der Pflegestellenunterbringung (oder zu einem späteren Zeitpunkt,

falls noch nicht erfolgt) auf Basis der vorhandenen Informationen ausgefüllt werden. Durch das Ankreuzen eines oder mehrerer Kästchen innerhalb der einzelnen Spalten sollen »Traumatyp«, »Traumamerkmale«, sowie das »Alter bei Erleben des Ereignisses« (oder die Altersspanne) dokumentiert werden. Auch ein »primärer Behandlungsfokus« kann gekennzeichnet werden, insofern man notieren möchte, welches das für das Kind subjektiv belastendste Ereignis ist, wenn es mehrere erlebt hat. Es werden unterschiedliche »Traumatypen« unterschieden. Übergeordnet unterscheidet man chronische und umschriebene Traumatypen. Chronisch bezieht sich auf

wiederholte, andauernde Erlebnisse wie zum Beispiel Vernachlässigung oder körperliche Misshandlung über einen längeren Zeitraum. Umschrieben bezieht sich auf plötzliche, unerwartete, zeitlich eingegrenzte Ereignisse, wie zum Beispiel einen schweren Unfall. Hervorzuheben ist, dass ein traumatisches Ereignis immer ein Ereignis meint, welches mit intensiver Angst, Hilflosigkeit, Aufregung und/ oder Entsetzen einhergeht. Demnach sollte z. B. eine Scheidung nicht per se als traumatisches Ereignis gesehen werden, sondern nur wenn sie z. B. mit einem schweren beängstigendem Verlust für das Kind verbunden ist.

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Traumatypen näher erläutert:

Traumatyp	Beschreibung
Chronisch/wiederholt	
Vernachlässigung/Misshandlung	Andauernde mangelnde emotionale und/oder körperliche Fürsorge und Pflege. Beispiel zur körperlichen Vernachlässigung: es werden nicht ausreichend Lebensmittel und Kleidung zur Verfügung gestellt. Beispiel zur emotionalen Vernachlässigung: mangelnde Ansprache, Aufsicht oder emotionale Zuwendung. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Sexueller Missbrauch	Wiederholte Bedrohung der körperlichen Integrität in Form sexueller Nötigung/ Vergewaltigung. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Körperliche Misshandlung	Wiederholte Bedrohung der körperlichen Integrität durch Gewaltanwendung, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Emotionale Misshandlung	Andauernde, wiederholte Bedrohung der emotionalen Integrität durch verbale Aggression, Abweisung und Taten. z. B.: Ein Elternteil gibt dem Kind zu verstehen es sei wertlos, fehlerhaft, ungeliebt, nur dazu da Bedürfnisse anderer zu erfüllen, auch schon durch z. B. Beschimpfungen. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.

Tabelle 4 (Teil 1): Traumatypen im Trauma / Loss Exposure Profile – Chronische/wiederholt

Traumatyp	Beschreibung
Chronisch/wiederholt	
Häusliche Gewalt	<p>Andauernde, wiederholte Bedrohung der körperlichen Integrität durch Gewaltanwendung, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung innerhalb der Familie (Elternteile, Geschwister, der Kernfamilie nahe stehende Personen wie z. B. Grosseltern, neuer Lebenspartner). Als Opfer traumatisierend, wenn man dabei z. B. selbst verletzt wird, sonst auch als Zeuge traumatisierend.</p>
Gewalt im sozialen Umfeld	<p>Andauernde, wiederholte Bedrohung der körperlichen Integrität durch Gewaltanwendung, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung innerhalb des sozialen Umfeldes, z. B. Schule, Vereinsaktivitäten, Peer Group. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.</p>
Krieg / Bürgerkrieg / pol. Verfolgung	<p>Bedrohung der körperlichen und/oder emotionalen Integrität, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung.</p>
Lebensgefährdende körperl. Erkrankung	<p>Chronische Bedrohung der körperlichen Integrität, Lebensbedrohung, z. B.: Tumorerkrankungen, Krebs.</p>

Tabelle 4 (Teil 2): Traumatypen im Trauma / Loss Exposure Profile – Chronische/wiederholt

Traumatyp	Beschreibung
Umschrieben	plötzlich, unerwartet, zeitlich eingegrenzt
Schwerer Unfall	Plötzliche Bedrohung der körperlichen Integrität, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung, durch z. B.: Autounfall, Tierangriff. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Gewalt in der Schule	Bedrohung der körperlichen und/oder emotionalen Integrität, Lebensbedrohung, durch z. B.: Mobbing, körperlicher Angriff, Schiesserei. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Naturkatastrophen	Bedrohung der körperlichen Integrität durch eine Naturkatastrophe, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung, Verlust des Zuhauses, durch z. B. durch Hochwasser, Erdbeben, Feuer, Sturm.
Terrorismus	Bedrohung der körperlichen und/oder emotionalen Integrität, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung, durch z. B.: Anschlag, Attentat.
Entführung	Bedrohung der körperlichen und/oder emotionalen Integrität, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung durch z. B.: Menschenraub, Geiselnahme, Entziehung Minderjähriger, Verschleppung. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung	Sexuelle Nötigung: eine Person erzwingt durch Gewalt oder durch Androhung von Gefahr oder unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung schutzlos ausgeliefert ist, sexuelle Handlungen (auch eines Dritten). Vergewaltigung: besonders schwerer Fall der sexuellen Nötigung, verbunden mit einem Eindringen in den Körper. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.
Interpersonelle Gewalt	Zwischenmenschliche Bedrohung der körperlichen und/oder emotionalen Integrität, schwere (behandlungsbedürftige) Verletzung, Lebensbedrohung. Bei z. B.: Raub, Überfall und auch Suizidversuch. Auch stellvertretend als Zeuge traumatisierend.

Tabelle 5: Traumatypen im Trauma / Loss Exposure Profile – Umschrieben

Traumatyp	Beschreibung
Verlust/Trennungen	
Traumatischer Todesfall	Plötzlicher, unerwarteter Verlust einer nahe stehenden Person durch Tod
Scheidung	Plötzliche Trennung von und Verlust eines Elternteiles unter beängstigenden Bedingungen
Fremdunterbringung/Entwurzelung	Plötzliche Änderung der sozialen, familiären und örtlichen Lebensumstände.

Tabelle 6: Traumatypen im Trauma / Loss Exposure Profile – Verlust/Trennung

In den zwei Spalten zu den »Traumamerkmale« ist eine Auswahl an Situationsmerkmalen aufgeführt, welche das jeweilige Trauma näher beschreiben sollen. Zusätzlich sind bei einigen Traumatypen die Variable »Opfer« oder »Zeuge« aufgeführt. Auch durch das Beobachten oder durch eine verbale Übermittlung eines erschreckenden und bedrohlichen Ereignisses kann ein Mensch traumatisiert werden. Beispiele hierzu sind, dass ein Kind sieht, wie ein Elternteil den anderen schwer schlägt oder sieht, wie das Geschwisterkind sexuell missbraucht wird oder erzählt bekommt, dass beide Elternteile bei einem Autounfall ums Leben gekommen sind. Durch das Ankreuzen eines oder mehrerer Kästchen soll erfasst werden, welche Traumamerkmale vorliegen.

In der Spalte »primärer Behandlungsfokus« soll durch das Ankreuzen eines Kästchens erfasst werden, welches der traumatisierenden Ereignisse vom Kind als am meisten belastend beschrieben wird, beziehungsweise die nach-

haltigste Wirkung auf das Kind hatte. Bei einem einzigen traumatisierenden Ereignis wird dieses als primärer Behandlungsfokus markiert. Weniger eindeutig ist es, wenn mehrere traumatisierende Ereignisse vorhanden sind. In solch einem Fall sollten die Bezugspersonen, besser jedoch noch das Kind selbst, befragt werden, welches traumatisierende Ereignis vom Kind subjektiv als am meisten belastend beschrieben wird.

In der Spalte »Alter bei Erleben des Ereignisses« soll durch das Ankreuzen eines oder mehrerer Kästchen das Alter oder die Altersspanne bei Erleben des traumatisierenden Ereignisses oder der traumatisierenden Ereignisse erfasst werden.

Auf der nächsten Seite folgt ein Beispiel, bei dem ein Kind vom 3. bis 6. Lebensjahr wiederholt vom Onkel sexuell missbraucht wurde und mit 13 Jahren einen schweren Autounfall erlitt.

© National Child Traumatic Stress Network, dtsh. Übersetzung Oswald & Goldbeck 2008

Traumtyp	Traumamerkmale	Primärer Behandlungsfokus	Alter bei Erleben des Ereignisses
Chronisch/wiederholt			
Vernachlässigung/Misshandlung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> emotional <input type="checkbox"/> Penetration <input type="checkbox"/> außer-familiär <input checked="" type="checkbox"/> intra-familiär <input type="checkbox"/> Strafanzeige	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge <input checked="" type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/> ernsthafte Verletzung <input type="checkbox"/> Waffe verw. <input type="checkbox"/> Strafanzeige	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Emotionale Misshandlung	<input type="checkbox"/> Substanzabusus der Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Häusliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Waffe verwendet <input type="checkbox"/> Strafanzeige <input type="checkbox"/> Ernsthafte Verletzung <input type="checkbox"/> Verurteilung des Täters	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Gewalt im sozialen Umfeld	<input type="checkbox"/> Jugendbanden <input type="checkbox"/> Schwermriminalität <input type="checkbox"/> Drogenhandel	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Krieg / Bürgerkrieg / pol. Verfolgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Lebensgefährdende körperl. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Umschrieben			
Schwerer Unfall	<input checked="" type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> hospitalisiert <input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Hundebiss	<input checked="" type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Gewalt in der Schule	<input type="checkbox"/> Schießerei <input type="checkbox"/> Mobbing <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Überfall	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Naturkatastrophen	<input type="checkbox"/> Erdbeben <input type="checkbox"/> Hochwasser <input type="checkbox"/> Hurrikan <input type="checkbox"/> Tornado <input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Verlust des Zuhauses <input type="checkbox"/> verletzt	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Terrorismus	<input type="checkbox"/> konventionelle Waffe <input type="checkbox"/> Biologische <input type="checkbox"/> Chemische <input type="checkbox"/> Radiologische	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Entführung	<input type="checkbox"/> Waffe verwendet <input type="checkbox"/> Fremder <input type="checkbox"/> Vergewaltigung nach der Verabredung <input type="checkbox"/> Strafverfolgung	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung	<input type="checkbox"/> Raub <input type="checkbox"/> Überfall <input type="checkbox"/> Tötung <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="checkbox"/> Mobbing/Diskriminierung	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Verlust/Trennungen			
Traumatischer Todesfall	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Freund <input type="checkbox"/> Primäre Betreuungsperson <input type="checkbox"/> Andere Verwandte	<input type="checkbox"/> Gewalt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Naturkat. <input type="checkbox"/> Terrorismus	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Scheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Fremdunterbringung/Entwurzelung	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Eltern inhaftiert <input type="checkbox"/> Flüchtlinge <input type="checkbox"/> Eltern hospitalisiert	<input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Trauma / Loss Exposure Profile

6 – Praktische Hilfen

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)



6.1.2 Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)

Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen SDQ (Goodman, 1997; Goodman, 2001) ist ein Fragebogeninstrument zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Der SDQ existiert in Versionen zum Selbsturteil (Selbstbeurteilungsbogen für 11- bis 16-jährige Kinder und Jugendliche) und zum Fremdurteil (für Eltern oder Erzieher 3- bis 4-jähriger Kinder sowie für Eltern oder Erzieher/Lehrer 4- bis 16-jähriger Kinder). Hier soll ausschließlich der Fragebogen für Eltern oder Erzieher/Lehrer 4- bis 16-jähriger Kinder und Jugendlicher vorgestellt werden. Der SDQ ist im Anhang als Kopiervorlage beigelegt. Ein besonderer Vorteil des SDQ ist, dass dieser in den verschiedenen Versionen auch in verschiedenen Sprachen über das Internet kostenlos erhältlich ist (<http://www.sdqinfo.org>).

Mit dem SDQ können Hinweise auf Verhaltensprobleme eines Kindes oder Jugendlichen erfasst werden.

Durch die systematische Erhebung von Verhaltensproblemen des Kindes anhand des SDQ kann festgestellt werden, ob das Ausmaß der Verhaltensprobleme im Vergleich zu einer Normstichprobe unauffällig, grenzwertig oder auffällig ist. Daher hat sich der SDQ als hilfreiches Instrument bei der Hilfeplanung bewährt. Der SDQ kann den leiblichen Eltern oder Pflegeeltern zum Ausfüllen ausgegeben werden.

Der Fragebogen enthält Fragen zu folgenden Skalen: Emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen, Prosoziales Verhalten

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Skalen näher erläutert.

Verlust/Trennungen

Skala

Beschreibung

Emotionale Probleme
Verhaltensauffälligkeiten
Hyperaktivität
Probleme mit Gleichaltrigen
Prosoziales Verhalten

Dieser Bereich bezieht sich z. B. auf Traurigkeit, Besorgtheit und Ängstlichkeit, ausgedrückt durch z. B.: Weinen, Kopf- oder Bauchschmerzen, Nervosität.

Dieser Bereich bezieht sich z. B. auf allg. Folgsamkeit, Lügen, Stehlen, Streitlust und Wutanfälle.

Dieser Bereich bezieht sich z. B. auf Unruhe, Ablenkbarkeit, Unaufmerksamkeit und Impulsivität.

Dieser Bereich bezieht sich z. B. auf soziale Defizite, Freundschaften und Akzeptanz.

Dieser Bereich bezieht sich z. B. auf rücksichtsvollen Umgang, Teil- und Hilfsbereitschaft.

Tabelle 7: Skalen des SDQ

Eine Auswertungsschablone sowie ein Auswertungsblatt helfen bei der Auswertung und Interpretation der erfassten Angaben (s. Anhang). Bei Hinweisen auf Verhaltensprobleme ist eine weiterführende, vertiefte Diagnostik zur Überprüfung des Vorliegens einer psychischen Störung durch eine Fachperson aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie notwendig.

Durchführung:

Der SDQ wird vom zuständigen Jugendamtsmitarbeiter an die Bezugsperson des Kindes oder Jugendlichen ausgehändigt. Die Beschreibung von Verhaltensauffälligkeiten durch die Bezugsperson ist besonders bei jüngeren Kindern von Vorteil, da sie häufig entwicklungsbedingt noch nicht in der Lage sind die Bedeutung der Fragen zu erfassen. Die Verhaltensbeschreibung anhand des SDQ bezieht sich auf die letzten sechs Monate. Bei der Wahl der Bezugsperson ist deshalb darauf zu achten, dass diese Angaben über das Kind bzw. den Jugendlichen in den letzten sechs Monaten machen kann. Eine geeignete Bezugsperson kann beispielsweise ein Elternteil, Pflegeelternteil oder Heimbetreuer sein.

Eine Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten durch die Pflegeeltern in den ersten Wochen nach der Pflegestelleunterbringung ist wenig sinnvoll, da Kinder/Jugendliche durch die einschneidende Veränderung ihres Lebensumfeldes verunsichert oder aufgewühlt sein können. Ebenso zeigen sich viele Pflegekinder in der Anfangsphase der Unterbringung sehr angepasst, so dass bereits zuvor vorhandene Verhaltensauffälligkeiten erst im weiteren Verlauf in der Pflegefamilie zu Tage treten.

Beim Einsatz eines Fragebogens zur Verhaltensbeschreibung ist es wichtig, dass die Auskunft gebende Bezugsperson das Kind lange genug kennt. Häufig zeigen sich Kinder nach einer Fremdunterbringung in der Anfangszeit sehr angepasst oder aufgewühlt.

Um ein korrektes Ausfüllen des Fragebogens zu gewährleisten ist es notwendig, dass der zuständige Jugendamtsmitarbeiter bei Aushändigung des Fragebogens stets eine Instruktion zur Bearbeitung des Fragebogens gibt. Nach der Instruktion sollte die Bezugsperson in der Lage sein, den Fragebogen alleine ausfüllen zu können. Ist eine Bezugsperson nur beschränkt der deutschen Sprache mächtig, ist es sinnvoll, dass der Fragebogen mit Unterstützung des zuständigen Jugendamtsmitarbeiters ausgefüllt wird oder wahlweise eine Version in der entsprechenden Sprache über das Internet ausgedruckt wird.

Instruktionsbeispiel Elternversion:

»Heute habe ich Fragen dazu, welche Stärken und Schwächen Sie XY zuschreiben. Gerne möchte ich Ihnen dazu diesen Fragebogen geben. Auf der ersten Seite ist eine Liste von verschiedenen Verhaltensweisen. Bitte markieren Sie zu jedem Punkt entweder »nicht zutreffend«, »teilweise zutreffend« oder »eindeutig zutreffend«. Bitte beantworten Sie alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Falls Sie unsicher sind, versuchen Sie es so gut wie möglich einzuschätzen. Wenn eine Frage unklar ist, fragen Sie mich, ich versuche diese dann zu erklären.«

Auswertung:

Um den Fragebogen auswerten zu können, bedarf es einer Auswertungsschablone sowie eines Auswertungsblattes. Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht in der Kontrolle, ob alle 25 Fragen beantwortet wurden. Wichtig ist, dass bei jeder Frage eine Antwortalternative angekreuzt ist. Für den Fall, dass zwei Antwortalternativen angekreuzt wurden oder dass ein Kreuz zwischen zwei Antwortalternativen eingezeichnet wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit

(»teilweise zutreffend«) gültig. Als nächstes ist die Schablone auf den SDQ-Fragebogen zu justieren. Dafür sollen zuerst die sechs waagerechten Linien auf der Schablone mit den waagerechten Linien auf dem Fragebogen zur Deckung gebracht werden. Weiterhin sollte auch der Begriff »teilweise« auf der Schablone (für die gerade auszuwertende Skala) deckungsgleich mit dem »teilweise« (mittlere Spalte) auf dem Fragebogen gelegt werden. Die fünf Skalen mit den jeweils fünf Fragen des SDQ werden nacheinander ausgewertet.

Als erstes werden die fünf Antworten für die Skala »emotionale Probleme« zusammengezählt. Dies geschieht, indem die Antworten in den einfachen Kreisen mit 1 Punkt und die Antworten in den fett gedruckten Kreisen mit 2 Punkten gewertet werden:

Einfacher Kreis:	<input type="radio"/>	= 1 Punkt
Fett gedruckter Kreis:	<input checked="" type="radio"/>	= 2 Punkte

Die Summe der Punkte wird in das vorgesehene Feld der Tabelle (Spalte: »Ermittelte Summen des Fragebogens«) auf das Auswertungsblatt übertragen.

Durch Verschieben der Schablone werden anschließend die Antwortsummen der vier weiteren Bereiche auf die gleiche Weise gebildet und werden ebenfalls in das jeweils vorgesehene Feld der Tabelle auf das Auswertungsblatt übertragen. Jeder der fünf Bereiche kann somit einen Summenwert zwischen 0 und 10 erreichen.

Falls ein oder zwei Werte in einem Bereich fehlen, wird der Bereichswert anhand der mindestens 3 vorhandenen Antworten hochgerechnet. Bei drei und mehr fehlenden Antworten in einem Bereich sollte jedoch kein Bereichswert berechnet werden.

Durch Addition der Summen der ersten vier Bereiche (emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivität, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) wird dann der Gesamtproblemwert gebildet und in das vorgesehene Feld der Tabelle (Spalte: »Ermittelte Summen des

Fragebogens«) auf dem Auswertungsblatt übertragen. Der Bereich »prosoziales Verhalten« wird dabei nicht berücksichtigt!

Bei der Auswertung des SDQ werden bei der Ermittlung des Gesamtproblemwertes die ersten vier Bereiche aber NICHT der Bereich »prosoziales Verhalten« zusammengezählt.

Die eingetragenen Werte in der Spalte »Ermittelte Summen des Fragebogens« können einer der daneben aufgeführten Kategorien zugeteilt werden. Somit kann die Ausprägung des jeweiligen Bereiches als unauffällig, grenzwertig oder auffällig eingestuft werden:

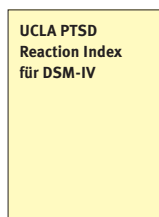
Beispiel:

Mit dem Elternfragebogen SDQ beschreibt die Pflegemutter bei Marco Mustermann im Vergleich zur Normstichprobe 5–15-jähriger Kinder überdurchschnittlich viele Verhaltensprobleme (Gesamtproblemwert: 17). In den Bereichen »Hyperaktivität« (Wert: 9) und »prosoziales

Verhalten« (Wert: 3) liegen die Angaben im auffälligen Bereich und im Bereich »Probleme mit Gleichaltrigen« (Wert: 3) im Grenzbereich. Die Bereiche »Emotionale Probleme« (Wert: 2) und »Verhaltensauffälligkeiten« (Wert: 2) sind unauffällig.

Elternfragebogen (GB: N = 10298; 5–15 J.)	Ermittelte Summen des Fragebogens	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert	17	0 bis 13	14 bis 16	17 bis 40
Emotionale Probleme	2	0 bis 3	4	5 bis 10
Verhaltensauffälligkeiten	2	0 bis 2	3	4 bis 10
Hyperaktivität	9	0 bis 5	6	7 bis 10
Probleme mit Gleichaltrigen	3	0 bis 2	3	4 bis 10
Prosoziales Verhalten	3	6 bis 10	5	0 bis 4

Abbildung 2: Interpretation der Ergebnisse des SDQ



Interpretation

Was tun mit der Erkenntnis, dass ein Kind unauffälliges, grenzwertiges oder auffälliges Verhalten zeigt?

Unauffällige Selbst- und Fremdbeschreibung:

Beim Kind liegen keine Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten vor. Es ist davon auszugehen, dass das Kind und die Pflegefamilie voraussichtlich im Moment keine weiteren Hilfen benötigen.

Grenzwertige oder auffällige Selbst- und Fremdbeschreibung:

Beim Kind bestehen Hinweise auf Verhaltensprobleme. Bei Hinweisen auf Verhaltensprobleme hängt die weitere Hilfeplanung von einer umfassenden klinischen Diagnostik des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen ab. Die Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII erfordert hierbei eine Zusammenarbeit an der Schnittstelle Jugendhilfe und Gesundheitssystem (siehe hierzu Kapitel 5.2). Durch die Vorstellung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen in der Ambulanz einer Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie oder bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie können eine solche seelische Behinderung und eine damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung festgestellt werden. Wird eine psychische Störung festgestellt tritt der § 35a SGB VIII in Kraft, und es ergibt sich eine Doppelzuständigkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem für die Unterstützung und Behandlung des Kindes oder Jugendlichen (siehe hierzu Kapitel 5.1). Eine gemeinsame Hilfeplanung ist in diesem Fall erstrebenswert.

Eine grenzwertige oder auffällige Beschreibung bedeutet wahrscheinlich auch einen erhöhten Beratungsbedarf der Pflegeeltern, sowie einen erhöhten Hilfebedarf nach SGB VIII-Hilfemaßnahmen.

6.1.3

Der UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV

Der UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV (Steinberg, Brymer, Decker et al., 2004b) ist ein Fragebogen zur Erfassung traumatisierender Ereignisse in der Vergangenheit und zur Beschreibung der Auftretenshäufigkeit von posttraumatischen Stresssymptomen während des letzten Monats. Der Einsatz des Fragebogens ist sinnvoll, wenn ein Kind oder Jugendlicher in der Vorgeschichte traumatisierende Situationen erlebt hat und Traumafolgestörungen vermutet werden können. Der UCLA PTSD Reaction Index ist im Anhang als Kopiervorlage beigelegt.

Der Fragebogen liegt in Parallelversionen für Kinder, Jugendliche und Eltern vor. Die Kinderversion wird ab einem Entwicklungsalter von 7 bis 12 Jahren angewandt. Die Jugendlichenversion ist für Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren geeignet. In der Elternversion werden die Bezugspersonen zu traumatisierenden Ereignissen in der Vergangenheit des Kindes und zu posttraumatischen Stresssymptomen beim Kind befragt.

Neben der Erfassung posttraumatischer Stresssymptome im Selbsturteil (Kinder- und Jugendlichenversion) kann vor allem bei jüngeren Kindern die Erfassung eines Fremdurteils (Elternversion) von Vorteil sein, da jüngere Kinder entwicklungsbedingt häufig noch nicht in der Lage sind die Bedeutung der Fragen zu erfassen. Manche Symptome, wie z. B. Wiedererleben, sind im Fremdurteil jedoch schwer zu beurteilen, so dass es sich immer lohnt – wenn möglich – Selbst- und Fremdurteil einzuholen, um ein umfassenderes Bild zu erhalten.

Den Parallelversionen zugeordnete Auswertungsblätter helfen bei der Auswertung und Interpretation der Fragebogenangaben.

Zusammenfassend ermöglicht der Fragebogen die Erfassung traumatisierender Ereignisse und posttraumatischer

Stresssymptome beim Kind/Jugendlichen im Selbst- und Fremdurteil. Da der Fragebogen ein Screeninginstrument ist, können hiermit Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung gefunden werden. Bei Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung ist eine weiterführende, vertiefte Diagnostik notwendig.

Durchführung:

Der UCLA PTSD Index-Fragebogen kann der Bezugsperson durch den zuständigen Jugendamtsmitarbeiter ausgehändigt werden. In Abhängigkeit des Entwicklungsstandes können die Jugendlichen den Fragebogen ebenfalls alleine ausfüllen. Hierbei sollte jedoch zuvor eine einleitende und erklärende Instruktion gegeben werden sowie das Angebot bei Unklarheit eine nähere Erläuterung zu geben. Bei jüngeren Kindern (zwischen ca. 7 und 12 Jahren) empfiehlt es sich den Fragebogen gemeinsam durch den zuständigen Jugendamtsmitarbeiter im Interviewstil mit dem Kind auszufüllen, um bei Verständnisschwierigkeiten erklärend zur Seite stehen zu können.

Wenn das Kind oder der Jugendliche sehr belastet erscheint oder wenn das Kind, der Jugendliche oder die Bezugsperson nur beschränkt der deutschen Sprache mächtig ist, ist es sinnvoll, dass der Fragebogen mit Unterstützung des zuständigen Jugendamtsmitarbeiters ausgefüllt wird um Verständnisschwierigkeiten zu klären.

Grundsätzlich sollten das Kind, der Jugendliche und die Bezugsperson Bereitschaft zeigen mitzuarbeiten, um sozial erwünschte, bagatellisierende oder vermeidende Angaben zu vermeiden.

Da die Bezugsperson Auskunft über das Verhalten des Kindes innerhalb der letzten vier Wochen geben soll, sollte diese das Kind mindestens vier Wochen kennen. Eine Erhebung von Verhaltensauffälligkeiten durch die Pflegeeltern in den ersten Wochen nach der Pflegestellenunterbringung ist jedoch wenig sinnvoll, da Kinder und Jugendliche durch die einschneidende Veränderung

ihres Lebensumfeldes verunsichert oder aufgewühlt sein können. Ebenso zeigen sich viele Pflegekinder in der Anfangsphase der Unterbringung sehr angepasst, so dass bereits zuvor vorhandene Verhaltensauffälligkeiten erst im weiteren Verlauf in der Pflegefamilie (oder in einer Einrichtung) zu Tage treten.

Generell sollten auch die leiblichen Eltern die Möglichkeit haben sich bezüglich traumatisierender Erfahrungen des Kindes zu äußern, da sie hierzu evt. genauere Angaben machen können. Die leiblichen Eltern sollten die Möglichkeit haben eigene Erinnerungen und Sichtweisen darzustellen, um Angaben aus ihrer Sicht zu bestätigen oder zu revidieren.

Beim Einsatz des UCLA PTSD Index-Fragebogens sollte das belastende Ereignis mindestens vier Wochen zurückliegen, da eine posttraumatische Belastungsstörung erst ab einem Zeitraum von mehr als einem Monat nach einem traumatisierenden Ereignis diagnostiziert werden kann.

Um ein korrektes Ausfüllen des Fragebogens zu gewährleisten, ist es bei Aushändigung des Fragebogens notwendig, eine Instruktion zur Bearbeitung des Fragebogens zu geben:

Instruktionsbeispiel Elternversion:

»Heute habe ich Fragen dazu, wie du über Dinge denkst, die du erlebt oder die du gesehen hast. Das können Dinge sein, die gerade passiert sind oder Dinge, die schon vor einer Weile geschehen sind. Manchen Kindern fällt es leicht die Fragen zu beantworten, andere finden es schwer, denn es geht um erschreckende, gefährliche oder gewaltsame Dinge. Während wir reden kannst du mir immer sagen wie du dich fühlst. Wenn dir beispielsweise das Beantworten schwer fällt, dann können wir auch eine Pause machen. Schau mal hier, dieser Fragebogen kann uns helfen die Fragen, die ich an dich habe zu beantworten. Die Fragen sind hier erklärt. Schau hier, auf

der ersten Seite ist eine Liste von Ereignissen, die einem im Leben passieren können. Lass uns mal schauen, was du schon erlebt hast. Hast du schon mal ein schlimmes Erdbeben erlebt, das beinahe das Gebäude zerstörte, in dem Du drin warst? ...«

Instruktionsbeispiel Jugendversion:

»Heute habe ich Fragen dazu, wie du über Dinge denkst, die du erlebt oder die du gesehen hast. Das können Dinge sein, die gerade passiert sind oder Dinge, die schon vor einer Weile geschehen sind. Manchen Jugendlichen fällt es leicht die Fragen zu beantworten, andere finden es schwer, denn es geht um erschreckende, gefährliche oder gewaltsame Dinge. Schau mal, hier habe ich einen Fragebogen, der helfen kann, die Fragen, die ich an dich habe zu beantworten. Auf der ersten Seite ist eine Liste von Ereignissen, die einem im Leben passieren können. Du sollst ein »Ja« ankreuzen, wenn dir dieses erschreckende Ereignis passiert ist und ein »Nein«, wenn dir dieses erschreckende Ereignis nicht passiert ist. Auf der zweiten Seite sollst du angeben, welches der Ereignisse, die du erlebt hast, dich am meisten belastet und es kurz beschreiben. Dann sollst du ankreuzen, wie du dich während oder gleich nach dem schlimmen Ereignis gefühlt hast. Auf der dritten und vierten Seite ist eine Liste von Problemen, die Menschen manchmal haben, nachdem sich sehr schlimme Dinge ereignet haben. Die Probleme sollst Du immer auf das Ereignis beziehen, das Du als das schlimmste angegeben hast. Kreise immer die Zahl ein, die angibt wie oft das Problem im letzten Monat bei dir vorgekommen ist. Auf der fünften Seite ist ein Häufigkeitsbogen, der beschreibt was mit den Häufigkeitsangaben wie »selten« oder »manchmal« gemeint ist. Lass uns ein Beispiel machen. Achtest du auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen du Angst

hast? Aha, du sagst dass du fast jeden Tag darauf achtest, dass dir kein männlicher Erwachsener näher als 2 Meter kommt, dann solltest du die 4 umkreisen. Das hast du ja gut verstanden, bitte fülle den Fragebogen ehrlich aus. Während du den Fragebogen ausfüllst, kannst du mir immer sagen wie du dich fühlst. Wenn dir beispielsweise das Beantworten schwer fällt, dann kannst du auch eine Pause machen. Und wenn eine Frage komisch gestellt ist, kannst du mich fragen und ich stelle sie noch mal mit anderen Worten.«

Instruktionsbeispiel Elternversion:

»Heute habe ich Fragen dazu, wie XY über Dinge denkt, die sie/er erlebt oder mit angesehen hat. Das können Dinge sein, die gerade passiert sind oder Dinge, die schon vor einer Weile geschehen sind. Es geht um erschreckende, gefährliche oder gewaltsame Dinge. Manchen Bezugspersonen fällt es leicht die Fragen zu beantworten, anderen fällt es schwer, denn sie haben nicht alle Informationen (z. B. Pflegeeltern). Ich bitte Sie dennoch best möglich Auskunft zu geben. Gerne möchte ich Ihnen dazu diesen Fragebogen geben. Auf der ersten Seite ist eine Liste von Ereignissen, die einem im Leben passieren können. Bitte kreuzen Sie ein »Ja« an, wenn XY dieses erschreckende Ereignis passiert ist oder »Nein«, wenn XY dieses erschreckende Ereignis nicht passiert ist. Auf der zweiten Seite sollten Sie überlegen, welches der Ereignisse, die sie angekreuzt haben, XY als das am meisten belastende beschreibt und dieses Ereignis kurz aufschreiben. Dann bitte ich Sie anzukreuzen, wie sich XY während oder gleich nach dem schlimmen Ereignis gefühlt hat. Auf der dritten und vierten Seite ist eine Liste von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Ereignissen haben.

Das Problem ist immer auf das Ereignis bezogen, das für XY am schlimmsten war. Sie sollen die Zahl eingekreisen, die angibt wie oft XY das Problem im letzten Monat hatte. Falls Sie unsicher sind, wie oft XY das Problem hatte, versuchen Sie es so gut wie möglich einzuschätzen. Bitte kreisen Sie »weiß nicht« nur an, wenn Sie absolut keine Antwort geben können. Auf der fünften Seite ist ein Häufigkeitsbogen, der helfen kann zu entscheiden, wie oft das Problem im letzten Monat vorgekommen ist. Wenn eine Frage unklar ist, fragen Sie mich, ich versuche diese dann zu erklären.«

»Sie als Pflegeeltern können vielleicht schwer Auskunft geben über belastende Ereignisse in der Vergangenheit ihres Pflegekindes, da Sie wenige Informationen haben oder XY nicht darüber spricht. Ich bitte Sie dennoch best möglich Auskunft zu geben. Sie sind seit den letzten Wochen/Monaten die Hauptbezugsperson von XY, sodass Sie sicher Angaben über das Verhalten in den letzten vier Wochen machen können, die für uns sehr wichtig sind.«

Der letzte Abschnitt des Instruktionsbeispiels für die Eltern bezieht sich auf das häufig fehlende Wissen der Pflegeeltern bezüglich der Traumavorgeschichte des Kindes. Pflegekinder lebten in der Ursprungsfamilie häufig unter Lebensbedingungen, welche eine Herausnahme aus der Herkunftsfamilie nötig machten. Pflegeeltern wissen jedoch häufig nicht über die näheren Umstände oder die Komplexität multipler traumatischer Ereignisse des Kindes Bescheid.

Die Einschätzung der Bezugsperson über das Verhalten des Kindes und das Wissen des Jugendamtsmitarbeiters über traumatische Ereignisse und die damit verbundenen Umstände sollten sich ergänzen. Konkret bedeutet dies, dass der Jugendamtsmitarbeiter die Fragen zu traumatisierenden Erlebnissen des Kindes beantworten

kann (die ersten zwei Seiten des Fragebogens), insofern die Pflegeeltern diesen Teil des Fragebogens nicht oder nur teilweise ausfüllen können. Dennoch ist es sinnvoll und wichtig, dass auch die Pflegeeltern den UCLA PTSD Index-Fragebogen ausfüllen, da diese das Kind im Alltag erleben und somit meist ausführliche Angaben über das Verhalten, Befinden und über Äußerungen des Kindes im letzten Monat machen können. Zudem kommt es vor, dass Pflegeeltern traumatisierende Ereignisse angeben, die sie aus Erzählungen des Kindes kennen und welche bisher noch nicht bekannt gewesen oder lediglich vermutet worden waren. Diese neuen Informationen sollten angesprochen und dokumentiert werden.

Wenn es Pflegeeltern schwer fällt Angaben über traumatisierende Erlebnisse des Kindes in der Vergangenheit zu machen, sollten sich die Einschätzung der Pflegeeltern über das Verhalten des Kindes und das Wissen des Jugendamtsmitarbeiters über traumatisierende Ereignisse und deren Umstände ergänzen.

Auswertung:

Die Auswertung der Fragebögen orientiert sich an den Diagnostikkriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-V und ICD-10. Das DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual der American Psychiatric Association) und das ICD-10 sind (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation) sind Klassifikationssysteme, die die Diagnostikkriterien für psychische Störungen definieren (näheres hierzu siehe Abschnitt 2.5). Für die Auswertung der einzelnen Fragebogenversionen (Kinder-, Jugendlichen-, Elternversion) stehen jeweils ein Auswertungsbogen und eine Diagnosecheckliste zur Verfügung. Diese werden im Anhang als Kopievorlage bereitgestellt. Da der Original-Auswertungsbogen weit aus komplexer und zeitaufwendiger ist, wird er hier nicht vorgestellt, sondern nur die von unserer Arbeitsgruppe entwickelten, einfacheren Auswertungsvarianten.

Zum Auswertungsbogen:

Durch diese vereinfachte Auswertung kann schnell und einfach bestimmt werden, ob die Angaben des Kindes, des Jugendlichen oder der Bezugsperson unauffällig sind oder im grenzwertigen oder auffälligen Bereich liegen.

Zu der jeweiligen Frage wird unter »Score« der Wert eingefügt, welcher im Fragebogen umkreist wurde. Anschließend wird die Summe der oben angegebenen Werte ermittelt und unter »Gesamt« eingetragen. Der ermittelte Gesamt-Score kann nun in der »Ampel-Tabelle« eingefügt werden, um die Ausprägung der Angaben als unauffällig (Cut-off Score: 0–11), grenzwertig (Cut-off Score: 12–24) oder auffällig (Cut-off Score: über 24) einzustufen zu können (Hofbeck, 2010). Während der Cut-off Wert zum auffälligen Bereich anhand einer klinischen Stichprobe ermittelt wurde (Hofbeck, 2010), wurde der Cut-off Wert zum grenzwertigen Bereich auf Basis klinischer Beobachtungen festgelegt.

Interpretation der Ergebnisse des Auswertungsbogens:

Unauffällige Selbst- und Fremdbeschreibung:

Es bestehen keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Es ist davon auszugehen, dass aktuell keine traumaspezifische Diagnostik, Behandlung beziehungsweise Beratung benötigt ist.

Grenzwertige oder auffällige Selbst- und Fremdbeschreibung:

Was ist zu tun mit der Erkenntnis, dass ein Kind Hinweise auf posttraumatische Stresssymptome zeigt?

Bei Hinweisen auf posttraumatische Stresssymptome hängt die weitere Hilfeplanung von einer umfassenden klinischen Diagnostik des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen ab. Die Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII erfordert hierbei eine Zusammenarbeit an der Schnittstelle Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Durch die Vorstellung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen in der Ambulanz einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder bei einem

niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie können eine solche seelische Behinderung und eine damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung diagnostiziert werden. Wird eine PTBS durch die klinische Diagnostik des Sachverständigen bestätigt und tritt somit der § 35a SGB VIII in Kraft, ergibt sich eine Doppelzuständigkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem für die Unterstützung und Behandlung des Kindes oder Jugendlichen. Eine gemeinsame Hilfeplanung ist in diesem Fall erstrebenswert.

Eine seelische Behinderung des Pflegekindes bedeutet wahrscheinlich auch einen erhöhten Beratungsbedarf der Pflegeeltern sowie einen erhöhten Bedarf nach SGB VIII-Hilfemaßnahmen.

Zur Diagnosecheckliste:

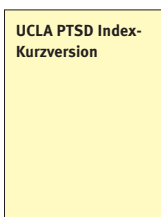
Die Diagnosecheckliste stellt eine weitere, übersichtliche Auswertungsweise des UCLA PTSD Index Fragebogens dar. Anhand der Diagnosecheckliste kann bestimmt werden, ob die Angaben des Kindes, des Jugendlichen oder der Bezugsperson einen Hinweis auf eine PTBS im Sinne des Klassifikationssystems ICD-10 und/oder des Klassifikationssystems DSM-IV ergeben.

Als erstes wird angekreuzt, ob ein traumatisches Ereignis erlebt wurde und welche Merkmale vorliegen (Cluster A). Dann wird angekreuzt ob Cluster A erfüllt ist oder nicht. Wenn Cluster A nicht erfüllt ist erübrigt sich die weitere Auswertung.

Anschließend wird im Kästchen zum Cluster B bei jeder Frage unter »Score« der Wert eingefügt, welcher im Fragebogen umkreist wurde. Nun wird die Anzahl der erfüllten Symptome notiert. Dann wird angekreuzt ob Cluster B erfüllt ist oder nicht. Wenn Cluster B nicht erfüllt ist erübrigt sich die weitere Auswertung. Im Anschluss sollte mit Cluster C und Cluster D auf die gleiche Weise verfahren werden, wie es bei Cluster B gezeigt wurde.

Wenn das Flussdiagramm zu dem Feld »PTBS ICD-10« führt, geben die Angaben einen Hinweis auf eine Post-

6 – Praktische Hilfen



traumatische Belastungsstörung nach dem Klassifikationssystem ICD-10. Bei Bedarf kann auch noch überprüft werden, ob ein Hinweis auf eine Posttraumatische Belastungsstörung nach dem Klassifikationssystem DSM-IV besteht.

Folgendes ist bei der Auswertung des Elternbeurteilungsbogens zu beachten:

- Beim Elternfragebogen wird ein Symptomscore von 5 («weiß nicht») als 0 («Null») gewertet; das Wertes der 5 würde die Symptomausprägung fälschlicherweise erhöhen.
- Einige Symptome werden im Fragebogen durch zwei Fragen erfasst, da sie unterschiedliche Facetten ein und desselben Symptoms beschreiben. Im Auswertungsbogen soll dann die Antwort der Frage eingetragen werden, die mit einer höheren Ausprägung beantwortet wurde (z. B. Jugendversion: Frage 4 oder 20 / Frage 10 oder 11 / Frage 19 oder 21.
Beispiel Jugendversion: 10 oder 11: »Ich habe Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen« (Frage 10, Symptom C6); »Ich habe Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen« (Frage 11, Symptom C6).

6.1.3.1

UCLA PTSD Reaction Index-Kurzversion

Die UCLA PTSD Index Kurzversion (Cohen, Kelleher, & Mannarino, 2008; Arbeitsgruppe Psychotraumatologie Universitätsklinik Ulm, 2011) ist eine Kurzfassung des UCLA PTSD Reaction Index für DSM-IV (Steinberg et al., 2004b). Die UCLA PTSD Index-Kurzversion ist ein Fragebogeninstrument für Kinder und Jugendliche ab 8 Jahren und kann als erstes Screening zur Erfassung von posttraumatischen Stresssymptomen während des letzten Monats eingesetzt werden. Die UCLA PTSD Index-

Kurzversion ist im Anhang als Kopiervorlage beigelegt.

Die Durchführung und Auswertung dieser Kurzversion spart im Gegensatz zu der normalen Version deutlich Zeit. Jedoch ist bei der Anwendung zu beachten, dass eine posttraumatische Belastungssymptomatik hiermit nur unvollständig erfasst und untersucht werden kann. Es wird daher empfohlen die lange Version zu nutzen. Für ein schnelles, erstes Screening kann die Kurzversion jedoch durchaus sinnvoll sein, wenn die zeitlichen Ressourcen knapp sind.

Zur Durchführung:

Grundsätzlich kann die Kurzversion Jugendlichen zum alleinigen Ausfüllen gegeben werden. Dem geht jedoch immer eine einleitende und erklärende Instruktion zuvor sowie das Angebot bei Unklarheit eine nähere Erläuterung zu geben. Bei jüngeren Kindern zwischen ca. 8 und 12 Jahren oder wenn ein Kind beziehungsweise Jugendlicher sehr belastet erscheint oder nur beschränkt der deutschen Sprache mächtig ist, ist es sinnvoll, dass der Fragebogen gemeinsam im Interviewstil ausgefüllt wird.

Im folgendem ein Instruktionsbeispiel:

»Heute habe ich Fragen zu Problemen, die Menschen manchmal haben, nachdem sehr schlimme Dinge geschehen sind. Schau mal hier, dieser Fragebogen kann uns helfen die Fragen, die ich an dich habe, zu beantworten. Bitte denke an das schlimmste Ereignis, das dir passiert ist. Kreise dann die Zahl ein, die angibt, wie oft Du das Problem im letzten Monat hattest.«

Zur Auswertung:

Die Antworten (umkreiste Zahlen) der 9 Fragen sollten summiert werden, um einen Gesamt-Rohwert zu ermitteln. Der klinisch relevante Cutt-off-Wert beträgt ≥ 10 , das

heißt bei einer Gesamtausprägung von mehr als 10 Rohwertpunkten bestehen Hinweise auf posttraumatische Belastungssymptome.

Zur Interpretation:

Da der Fragebogen ein Screeninginstrument ist, können hiermit Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung gefunden werden. Bei Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung, also bei einem Gesamtwert ≥ 10 , ist eine weiterführende, vertiefte Diagnostik notwendig.

6.1.4

Anwendungsbeispiel aus der Praxis der Jugendhilfe

Zur Veranschaulichung des Nutzens der vorgestellten Instrumente für die Ermittlung des Hilfebedarfs von Pflegekindern wie auch für die weitere Hilfeplanung wird ein Fallbeispiel des Jugendamtes Ostalbkreis dargestellt. Wir bedanken uns hierfür bei Herrn W. Wiedemann, der uns seine Erfahrungen zur Verfügung gestellt hat.

Fallbericht Sandra

Sandra befindet sich seit 2,5 Jahre in Dauerpflege. Sie ist jetzt 12 Jahre alt, geht in die 6. Klasse der Hauptschule und ist ein äußerlich hübsches Mädchen. Sandra hatte in ihrem Leben schon mehrere Stationen der Fremdunterbringung durchlaufen, bevor sie in die aktuelle Pflegestelle kam. Sie lebte zunächst mit ihren Eltern. Die Eltern trennten sich, es folgten mehrere Umzüge. Aufgrund von häuslicher Gewalt und der Einschätzung des Jugendamtes, dass die Mutter mit der Erziehung ihrer Tochter stark überfordert war, kamen Mutter und Tochter in eine Mutter-Kind-Einrichtung, als Sandra 6 Jahre alt war. Nach fast 2 Jahren in der Einrichtung wurde festgestellt,

dass die Mutter nicht in der Lage sein würde sich selbst ausreichend um ihr Kind zu kümmern, und die Erziehung von Sandra daher durch andere geleistet werden sollte. Bei der Mutter wurde eine Intelligenzminderung im Grenzbereich zur geistigen Behinderung festgestellt. Sandra wurde im August 2007 in eine Dauerpflegestelle vermittelt. Aufgrund von gesundheitlichen Problemen der Pflegemutter musste Sandra diese Pflegefamilie überraschend verlassen und wurde in einer Bereitschaftspflegestelle in Obhut genommen. Von dort aus wurde erneut eine geeignete Dauerpflegestelle gesucht und Sandra kam nach einer 3-monatigen Anbahnungsphase im Juli 2008 dorthin.

Auffallend im ersten Jahr der Dauerpflege war, dass Sandra sich extrem anpasste, unauffällig war und sich bemühte es allen Recht zu machen. Sie zeigte kein Bedürfnis nach Nähe und wirkte emotional angespannt und zurückhaltend.

Nach einem Jahr gab Sandra ihre angespannte Zurückhaltung mehr und mehr auf. Sie zeigte sich zunehmend fordernd und klagte, andere in der Familie würden bevorzugt. Alles was die Pflegeeltern ihr Gutes gaben oder geben wollten, entwertete sie und wies deren Angebote zurück. Sie zeigte stark sexualisiertes Verhalten gegenüber dem Pflegevater. Sie vertraute ihre Nöte und Wünsche ihrer Lehrerin an und nicht der Pflegemutter, wodurch diese das Bild vermittelt bekam, dass es Sandra in ihrer Pflegestelle sehr schlecht gehe. In emotional aufregenden Situationen verlor Sandra immer wieder völlig die Kontrolle über sich. Sie konnte keine freundschaftlichen Beziehungen zu anderen Mädchen herstellen oder halten, zog sich oft ohne erkennbaren Grund von diesen zurück und zeigte plötzliches Desinteresse. Aufgrund dieser Kränkungen zogen sich viele, die sich anfänglich für Sandra interessiert hatten, von ihr zurück.

In dieser Situation wurden zur diagnostischen Abklärung und der weiteren Hilfeplanung der SDQ und der UCLA-PTSD Index Fragebogen zur Diagnostik vom Pflegekinderdienst eingesetzt. Mit dem SDQ konnten Hinweise auf eine behandlungsbedürftige emotionale Störung festgestellt werden. Im UCLA-PTSD Index ergaben sich im Elternbogen Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, während der Kinderbogen unauffällig war. Durch diese orientierende Untersuchung wurden weitere Auffälligkeiten deutlich; zum Beispiel hatte Sandra Schlafprobleme, wachte oft nachts auf und geisterte dann durch das Haus.

Sandra hatte ihrer Pflegemutter von körperlicher Gewalt zwischen Mutter und Vater erzählt, wie auch von sexuellen Aktivitäten zwischen ihrer Mutter und anderen Männern im Beisein von Sandra. Im UCLA-PTSD Index-Fragebogen wurde das von ihr jedoch nicht erwähnt, sondern es wurden harmlose Situationen beschrieben. Die traumatischen Erfahrungen wurden von ihr vermieden.

Aufgrund der Testergebnisse wurde Sandra an eine niedergelassene Psychotherapeutin vermittelt, die mit ihr an ihren emotionalen Problemen und der Stabilisierung ihrer Persönlichkeit arbeitet. In der Elternberatung mit den Pflegeeltern arbeitet die Psychotherapeutin unter anderem am Verständnis für das Verhalten des Mädchens und der Stärkung eines kompetenten, pädagogischen Umgangs mit Sandra. In der fachlichen Begleitung des Pflegeverhältnisses wurde darauf geachtet, dass Sandra bei den Kontakten mit der Mutter geschützt ist und sich wohl fühlt. Alle Erwachsenen, die für Sandra Verantwortung tragen (Lehrer, Besuchsbegleiter, Begleiter der Mutter, Pflegeeltern, Pflegekinderdienst), tauschen sich regelmäßig aus und wurden über den traumatischen Hintergrund für Sandras Verhalten informiert. Dabei ging es nicht um die Details

des Traumas, sondern darum, das Verhalten des Mädchens als Reaktion auf frühere traumatische Erlebnisse verstehbar zu machen. Auf diese Weise konnten auch stabilisierende und Sicherheit gebende Elemente in der Zusammenarbeit entwickelt werden.

Die leibliche Mutter wurde in einer Weise einbezogen, die für sie entlastend wirkt und ihr zeigt, dass die Probleme des Mädchens erkannt werden und ihr im Umgang damit geholfen wird. Insbesondere geht es bei der Einbeziehung der Mutter darum die Beziehung zwischen Pflegemutter und Mutter zu stärken, und es so für Sandra einfacher zu machen wieder Vertrauen in Erwachsene zu setzen und sich auf ihre Pflegeeltern einlassen zu können.

Abschließend kann gesagt werden, dass die angewandte Diagnostik sich als sehr hilfreich zur Einschätzung der Verhaltensprobleme des Kindes und einer effektiven und zielorientierten Hilfeplanung erwiesen hat.«

6.2 Materialien zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung

Im vorherigen Kapitel wurden Materialien vorgestellt, mit denen die Traumageschichte eines Kindes sowie aktuelle allgemeine und/oder traumaspezifische Verhaltensauffälligkeiten erfasst, dokumentiert und interpretiert werden können. Nun sollen Materialien vorgestellt werden, die bei der interdisziplinären Hilfeplanung eingesetzt werden können.

Ziel des Einsatzes dieser Materialien bei der interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung ist die Steigerung von Strukturiertheit und Effektivität bei der

- Ermittlung des Hilfebedarfs und der Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII

und

- gemeinsamen Hilfeplanung bei Doppelzuständigkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem.

6.2.1

Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem

Im ersten Kapitel dieses Praxismanuals wurde deutlich, dass Pflegekinder vermehrt Risikofaktoren aufweisen, die sich auf ihre Gesundheit und Entwicklung auswirken können. Pflegekinder sind häufig von Entwicklungs- oder psychischen Störungen betroffen, woraus sich durch das Inkrafttreten des § 35a SGB VIII eine Doppelzuständigkeit der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems ergibt. Um solche Doppelzuständigkeiten nicht ungeachtet voneinander nebeneinanderher laufen zu lassen, sind eine gegenseitige Vermittlung und gemeinsame Hilfeplanung erstrebenswert.

Bei einer Kooperation oder gemeinsamen Hilfeplanung zwischen der Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem treffen unterschiedliche Arbeitsinhalte und Vorgehensweisen der Disziplinen aufeinander. Diese Kooperation kann für das Kind und seine Pflegefamilie fruchtbar sein, wenn Hilfen und Behandlungen beider Disziplinen aufeinander aufbauen oder ergänzend wirken.

Für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem haben sich einige Fragestellungen als hilfreich erwiesen. Der Vordruck »Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem« ist im Anhang als Kopiervorlage beigelegt. Auf drei Blättern verteilt gliedern sich rund zwölf Fragen zur

- allgemeinen körperlichen Gesundheit,
- zur Entwicklung,
- zur psychischen Gesundheit und
- zum Beratungsbedarf leiblicher Eltern und Pflegeeltern.

Die Fragen beziehen sich auf Aspekte, die aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Ermittlung des Förder- und Behandlungsbedarfs relevant sind. Diese Fragen sollen als Anregung verstanden werden und können durch Erfahrungen mit Kooperationspartnern und/oder Institutionen vor Ort ergänzt werden.

Durchführung

Der Vordruck kann vom zuständigen Jugendamtsmitarbeiter vorbereitend zum Zeitpunkt der Hilfeplanung auf Basis vorhandener Informationen ausgefüllt werden. Informationen können beispielsweise anhand der Aktenlage aber auch durch eigene Beobachtungen, Befragung der Eltern oder Pflegeeltern oder durch die eigene orientierende Diagnostik (z. B. anhand der vorgestellten Diagnostikinstrumente) bezogen werden.

6.2.2

Die Stellungnahme nach § 35a SGB VIII

Wurden durch die Anwendung der beschriebenen Diagnostikverfahren oder durch Angaben der Eltern oder Pflegeeltern bei einem Kind oder Jugendlichen Hinweise auf psychische Probleme festgestellt, hängt die weitere Hilfeplanung von einer umfassenden klinischen Diagnostik des Kindes bzw. Jugendlichen ab.

Die Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII erfordert eine Zusammenarbeit an der Schnittstelle Jugendhilfe und Gesundheitssystem.

Durch die Vorstellung des Kindes beziehungsweise des Jugendlichen bei

- einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder
- einem Arzt oder einem psychologischen Psycho-

therapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt oder

- in einer Ambulanz einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, können eine seelische Behinderung und eine damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung festgestellt werden.

Werden psychische Probleme durch die klinische Diagnostik des Sachverständigen bestätigt und tritt somit der § 35a SGB VIII in Kraft, ergibt sich für die Unterstützung und Behandlung des Kindes oder Jugendlichen eine Doppelzuständigkeit von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Ein Installieren von Hilfen nach dem § 35a SGB VIII ist ein oft zeitintensiver Prozess, welcher durch ein geplantes zielgerichtetes Vorgehen vereinfacht und verkürzt werden könnte.

Im Anhang ist eine Vorlage der »Ärztlichen Stellungnahme zur Planung einer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII« der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Uniklinikums Ulm bereitgestellt; sie soll als beispielhafte Vorlage verstanden werden. Diese Stellungnahme verbindet vorgegebene Aspekte aus dem SGB VIII und notwendige fachliche Standards einer multiaxialen Diagnostik.

Der Paragraph § 35a SGB VIII selbst legt zum Inhalt der Stellungnahme lediglich fest, dass diese auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen ist. Ebenso sollte angegeben werden, ob die Abweichung von Krankheitswert ist oder auf einer Krankheit beruht. Hilfreich ist jedoch auch, wenn sich der Sachverständige der Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie aus fachlicher Sicht über die Beeinträchtigung des Kindes äußert und Vorschläge zur Umsetzung von Hilfen benennt.

Eine Stellungnahme sollte demnach wie folgt aufgebaut sein:

- Angaben zur Person
- Angaben zur Einwilligung der Sorgeberechtigten
- Anspruchsbegründende diagnostische Ergebnisse
- Einschätzung über den Krankheitswert der Abweichung
- Angaben zur multiaxialen Diagnostik (Psychische Störungen, Entwicklungsstand, Intelligenzniveau, familiäre Belastungen, funktionale Beeinträchtigung)
- Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe in der Schule und Gesellschaft
- Vorschläge zur Umsetzung der Hilfen (Eingliederungshilfen gemäß §§ 54-56 SGB XII und andere Hilfen, Therapien und Heilmittel anderer Kostenträger)
- Angaben zum weiteren Procedere (Hilfeplanung, Wiedervorstellungstermine)

Der Sachverständige, der eine ärztliche Stellungnahme nach § 35a SGB VIII erstellt hat, darf nicht die Person sein oder dem Dienst oder der Einrichtung angehören, die die späteren Hilfen erbringt.

6.3 Hilfestellungen zur Vernetzungsarbeit

Dieses Kapitel soll bei der systematischen Erschließung von Fachleuten des Gesundheitswesens helfen, die für die Untersuchung von psychischen Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme bei Pflegekindern zuständig sind. Eine solche systematische Erschließung ist lohnenswert, da das Wissen darüber, welche Fachleute und Institutionen des Gesundheitswesens in Ortsnähe zur Verfügung stehen, die Grundlage zur interdisziplinären Versorgung darstellt.

Ebenso wird in diesem Kapitel eine »Checkliste zur in-

terdisziplinären Pflegekinder-Versorgung« vorgestellt, durch die einzelne Vorgehensschritte übersichtlich dokumentiert werden können. Diese liegt im Anhang als Kopiervorlage vor.

6.3.1 Tipps für die systematische Erschließung eines regionalen Versorgungsnetzes

Für die Untersuchung von Pflegekindern hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensprobleme sind folgende Personen oder Institutionen zuständig:

- Psychiatrien / psychiatrische Zentren:
Ambulanz für Kinder und Jugendliche
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten mit
Fachkunde für Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie (mit Kassenzulassung).
Psychologische Psychotherapeuten sind in
erster Linie Erwachsenentherapeuten, können
jedoch ebenfalls für Kinder und Jugendliche
zuständig sein, wenn sie eine zusätzliche
Fachkunde für Kinder- und Jugendliche haben.
- Fachärzte: Psychiater für Kinder- und Jugendliche /
Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
und -psychotherapie (mit Kassenzulassung).

Bei allen Psychotherapeuten ist darauf zu achten, ob diese eine Kassenzulassung haben, denn dann kann die Behandlung über die Krankenkassen abgerechnet werden. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung einzelne Leistungen über andere Kostenstellen erstattet bekommen können. Ein einschlägiges Beispiel dazu ist, dass das Jugendamt die Kosten der Abklärung einer seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII und bei Indikation auch Therapiekosten übernehmen kann oder Kosten über das Opfe-

rentschädigungsgesetz übernommen werden können, insofern Voraussetzungen greifen, die eine Kostenübernahme möglich machen.

Tipps zur systematischen Erschließung von Psychotherapeuten und Fachärzten

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (<http://www.kbv.de/arztuche/178.html>) macht darauf aufmerksam, dass jede kassenärztliche Vereinigung für ihren Bezirk ein Arztregister führt, welches die aktuellsten Daten über Anschriften und Qualifikationen aller Ärzte und Psychotherapeuten, die zur ambulanten Versorgung von Kassenpatienten zugelassen sind, online oder per Telefon zugänglich macht.

Die folgende Tabelle enthält die Adressliste der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland:

Bundesland	Link
Baden-Württemberg	www.kvbawue.de
Bayern	www.kvb.de
Berlin	www.kvberlin.de
Brandenburg	www.kvbb.de
Bremen	www.kvhb.de
Hamburg	www.kvhh.de
Hessen	www.kvhessen.de
Mecklenburg-Vorpommern	www.kvmv.de
Niedersachsen	www.kvn.de
Nordrhein-Westfalen	www.kvno.de

Checkliste zur
interdisziplinären
Pflegekinder-
Versorgung



Bundesland	Link
Rheinland-Pfalz	www.kv-rlp.de
Saarland	www.kvsaarland.de
Sachsen	www.kvs-sachsen.de
Sachsen-Anhalt	www.kvsa.de
Schleswig-Holstein	www.kvsh.de
Thüringen	www.kv-thueringen.de
Westfalen-Lippe	www.kvwl.de

Tabelle 9: Kassenärztliche Vereinigungen in Deutschland

Für eine systematische Suche über die zuständige kassenärztliche Vereinigung erscheint eine »Erweiterte Suche« mit möglichst genauen Suchangaben sinnvoll.

Tipps zur systematischen Erschließung von Psychiatrien / psychiatrische Zentren

Für jede Region aller Bundesländer ist eine Psychiatrie zuständig. Hilfreich bei der Suche von Psychiatrien / psychiatrischen Zentren in Ihrer Nähe kann eine Onlinenutzung der »Klinik-Suchfunktion« der gesetzlichen Krankenkassen sein. »Klinikführer« oder »Krankenhaus-Listen« der unterschiedlichen Krankenkassen sind jedoch ungleich spezifisch. Umso sinnvoller erscheint eine »Erweiterte Suche« mit möglichst genauen Suchangaben.

Zusätzlich gibt es auch einige weitere Psychiatrien/ psychiatrische Zentren, sozialpädiatrische Zentren in kommunaler, privater, freier und freigemeinnütziger Trägerschaft, welche die Untersuchung von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten und Verhaltensproblemen anbieten.

6.3.2 Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung

Durch die Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung, die im Anhang beigefügt ist, können einzelne Schritte bei der Hilfeplanung und bei einer interdisziplinären Versorgung eines Pflegekindes übersichtlich dokumentiert werden. Diese Übersicht soll in diesem Kapitel näher erläutert werden.

Die Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung soll als »roter Faden« verstanden werden, der wichtige Teilschritte aufzeigt:

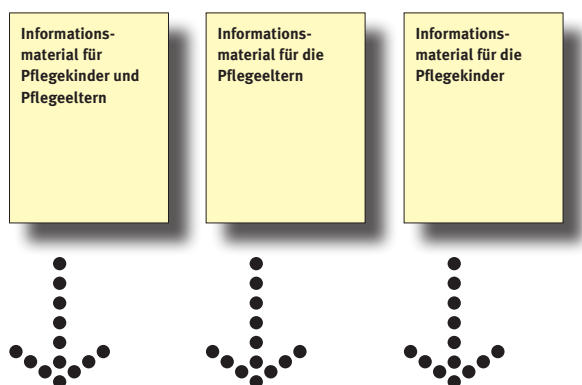
- Screening nach Verhaltensauffälligkeiten,
- Vermittlung an eine Fachperson oder an eine Institution des Gesundheitswesens sowie
- Überlegungen zu Hilfemöglichkeiten innerhalb einer Hilfeplanung.

Die Checkliste ist ein Vorschlag zur Orientierung und zur Dokumentation einzelner Schritte bei der interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung. Sie integriert die vorgestellten Maßnahmen der vorherigen Kapitel, sollte jedoch auch durch weitere in der alltäglichen Arbeit als wichtig erwiesene Aspekte ergänzt werden.

Durchführung:

Die »Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung« ist von oben nach unten zu lesen. Das Flussdiagramm enthält die Schritte, die in vorherigen Kapiteln als wesentlich für eine interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern benannt und beschrieben wurden. Hier kann die Durchführung der einzelnen Schritte kontrolliert und abhakt werden bzw. es können Notizen eingetragen werden.

6 – Praktische Hilfen



6.4 Informationsmaterialien für Pflegekinder und Pflegeeltern

Dieses Kapitel stellt Informationsblätter für Pflegekinder und Pflegeeltern vor. Alle Informationsblätter haben einen psychoedukativen Ansatz.

Ziel der Informationsblätter für Pflegekinder ist eine kindgerechte Information über Belastungen bei Pflegekindern, einzelne traumatische Ereignisse sowie typische Reaktionen darauf. Eine solche Aufklärung kann bereits eine Entlastung herbeiführen, weil das Kind sich verstanden und mit seiner Situation nicht alleine fühlt.

Das Informationsblatt für die Pflegeeltern gibt neben Informationen zum Verhalten von Pflegekindern einige praktische Tipps im Umgang mit Belastungsreaktionen. Die Informationsmaterialien sind im Anhang als Kopiervorlage beigelegt.

6.4.1 Informationsmaterial für die Pflegeeltern

Das Informationsblatt für die Pflegeeltern kann den Pflegeeltern von einem Jugendamtsmitarbeiter persönlich ausgehändigt werden oder im Amt oder in Einrichtungen ausliegen. Auf dem Informationsblatt wurde ein Verweis auf dieses Praxismanual vermerkt, so dass interessierte Pflegeeltern die Möglichkeit haben sich mehr in die Thematik zu vertiefen.

6.4.2 Informationsmaterial für die Pflegekinder

Das Informationsblatt für Pflegekinder kann einem Pflegekind von einem Jugendamtsmitarbeiter persönlich ausgehändigt werden. Der Jugendamtsmitarbeiter kann dem Kind oder Jugendlichen dabei erklären, warum er es aus-

händigt und anbieten im Nachhinein als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Je nach Alter des Kindes sollte der Jugendamtsmitarbeiter selbst oder die instruierten Pflegeeltern das Informationsblatt gemeinsam mit dem Kind ansehen oder es ihm vorlesen.

Das allgemeine Informationsblatt *»Belastungen bei Pflegekindern«* beschreibt, welche Situationen Pflegekinder in der Vergangenheit häufig erlebt haben können, welche Reaktionen Kinder darauf zeigen können, was eine Belastungsreaktion ist, welche Auswirkungen eine Belastungsreaktion in der Zukunft haben kann und wie eine Belastungsreaktion behandelt werden kann.

Dieses allgemeine Informationsblatt zu Belastungen bei Pflegekindern kann durch die vier weiteren Informationsblätter *»Was ist eigentlich sexueller Kindesmissbrauch?«*, *»Was ist eigentlich Vernachlässigung?«*, *»Was ist eigentlich Kindesmisshandlung?«* und *»Was ist eigentlich häusliche Gewalt?«* ergänzt werden. In diesen ergänzenden Informationsblättern werden die am häufigsten erlebten traumatischen Ereignisse von Pflegekindern beschrieben. Hat ein Kind eines dieser Traumata erlebt, kann ihm das jeweilige ergänzende Informationsblatt zusammen mit dem allgemeinen Informationsblatt übergeben werden.

6.5 Frage-Antworten-Katalog

Dieses Kapitel besteht aus häufig aufkommenden Fragen und deren Beantwortung. Die meisten Fragen beziehen sich auf die praktische Anwendung der Diagnostikinstrumente sowie auf verschiedene Arten von Traumata. Die Fragen sind daher in folgenden Themenblöcken angeordnet:

- Fragen zu den Diagnostikinstrumenten
- Fragen zu Traumtypen
- Sonstige Fragen

6.5.1

Fragen zum Trauma / Loss Exposure Profile

Frage: Soll man beim Ausfüllen des Trauma / Loss Exposure Profiles ein Traumatyp ankreuzen, wenn das Erleben nur vermutet wird?

Antwort: Wenn unklar ist ob eines der Traumatypen zutreffend ist, also ein Verdacht oder eine Vermutung darauf besteht, kann man dies durch ein Zeichen wie zum Beispiel »?« oder »v.a.« (für »Verdacht auf«) vor dem entsprechenden Traumatyp kennzeichnen.

Frage: Sind die Traumamerkmale beim Ausfüllen des Trauma / Loss Exposure Profiles auf die im Profil benannten beschränkt?

Antwort: Die benannten Traumamerkmale (2. und 3. Spalte) sind Beispiele, Ergänzungen durch eigene Notizen sind also durchaus möglich.

Frage: Was ist der Unterschied zwischen den chronischen Traumatypen »häusliche Gewalt« und »körperliche Misshandlung« im Trauma / Loss Exposure Profile?

Antwort: Häusliche Gewalt bedeutet, dass das Kind in der Familie Gewalt zwischen anderen, erwachsenen Familienmitgliedern miterlebt, wie zum Beispiel ein Vater, der der Mutter gegenüber gewalttätig wird oder in einem Wutanfall unkontrolliert die Wohnungseinrichtung zerstört. Körperliche Misshandlung bezieht sich auf körperliche Gewalt gegen das Kind selbst, d. h. das Kind ist selbst Opfer und wird von einer erwachsenen oder deutlich älteren Person geschlagen. Oder das Kind ist Zeuge körperlicher Misshandlung, wenn es z. B. beobachtet wie ein Geschwisterkind von einem Erwachsenen geschlagen wird. Der Traumatyp »Gewalt im sozialen Umfeld« bezieht sich wiederum auf Gewalt im außerfamiliären Umfeld, z. B. in der Schule, bei Vereinsaktivitäten oder innerhalb der Peer Group.

6.5.2

Fragen zum Fragebogen zu Stärken und Schwächen, SDQ

Frage: Was tun, wenn durch den Ausdruck der Auswertungsschablone die Größe verändert wird?

Antwort: Wenn beim Ausdruck der SDQ-Auswertungsschablone die Größe verändert wird, liegt dies wahrscheinlich an den Druckeinstellungen. Folgende Druckeinstellung ist zu beachten: KEINE Seitenanpassung – Papierquelle anhand PDF Seitengröße auswählen AN.

6.5.3

Fragen zum UCLA-PTSD Reaction Index für DSM-IV

Frage: Kann man auch einem sehr jungen Kind (unter 7 Jahre) den UCLA PTSD Index-Bogen vorlegen?

Antwort: Bei einem guten Entwicklungsstand kann die Kinderversion des UCLA PTSD Index auch gemeinsam mit einem 6-jährigen Kind durchgeführt werden. Man sollte dann genug Zeit für Erklärungen einplanen. Den Fragebogen mit jüngeren Kindern durchzuführen erscheint nicht sinnvoll, da die Kinder die Fragen entwicklungsbedingt nicht verstehen können. Jedoch kann durch die Befragung der Bezugsperson, zum Beispiel die leiblichen und/oder Pflegeeltern in der Elternversion ein Fremdurteil eingeholt werden.

Frage: Ist das gemeinsame Durchgehen des UCLA PTSD Index mit dem Kind auch gleichzeitig ein Gesprächsangebot und wie viel Zeit soll ich einplanen?

Antwort: Bei dem Einsatz des UCLA PTSD Index zur Diagnostik reicht das alleinige Ausfüllen des Fragebogens ohne weitere Fragen oder Ausführungen aus. Das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens mit dem Kind beträgt dann ca. 10–20 Min.

Über das Ausfüllen des Fragebogens hinaus kann der Jugendamtsmitarbeiter dem Kind auch ein Gesprächsangebot machen, insofern es die Zeitplanung zulässt. Für das Ausfüllen des Fragebogens zwecks Diagnostik ist dies jedoch nicht notwendig.

Frage: *Sollte die Elternversion des UCLA PTSD Index auch gemeinsam mit den Pflegeeltern durchgeführt werden?*

Antwort: Unserer Erfahrung nach reicht es aus, Eltern und auch Jugendlichen eine Instruktion zum Zweck und zur Handhabung des UCLA PTSD Index-Bogens zu geben und diese dann den Fragebogen alleine ausfüllen zu lassen. Wenn Pflegeeltern oder Jugendliche sehr belastet erscheinen oder nur beschränkt der deutschen Sprache mächtig sind, ist es sinnvoll, dass der Fragebogen mit Unterstützung des zuständigen Jugendamtsmitarbeiters ausgefüllt wird.

Frage: *Was tun, wenn Pflegeeltern die Fragen zum Cluster A (Seite 1 und 2) nicht beantworten können?*

Antwort: Unserer Erfahrung nach kommt es häufig vor, dass Pflegeeltern nicht über traumatische Ereignisse und dessen Umstände (Cluster A) informiert sind, jedoch umso besser das Verhalten (Seite 3 und 4) des Kindes beschreiben können, da die Pflegeeltern das Pflegekind im Alltag erleben. Die Einschätzung der Pflegeeltern über das Verhalten des Kindes und das Wissen des Jugendamtsmitarbeiters über traumatische Ereignisse und Umstände (Cluster A) sollten sich daher ergänzen.

Frage: *Kann man den UCLA PTSD Index für DSM-IV auch noch anwenden, wenn das traumatische Ereignis 1/2 Jahr zurückliegt?*

Antwort: Der UCLA PTSD Index für DSM-IV kann ab 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis angewandt werden. Eine Grenze nach oben gibt es nicht, da Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch erst nach vielen Wochen, Monaten oder auch erst nach Jahren erstmals auftreten können.

Frage: *Soll der UCLA PTSD Index für DSM-IV auch mit leiblichen Eltern durchgeführt werden?*

Antwort: Grundsätzlich ist es sinnvoll auch die leiblichen Eltern bezüglich traumatisierender Erfahrungen des Kindes zu befragen. Da die leiblichen Eltern häufig mit den traumatisierenden Erlebnissen des Pflegekindes in Verbindung stehen, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden dies zu bestätigen oder zu revidieren. Wenn jedoch der Eindruck entsteht, dass die Fragen von den Eltern sozial erwünscht beantwortet werden, um sich beispielsweise während eines Gerichtsverfahrens nicht selbst zu belasten, kann dieser Eindruck dokumentiert werden.

6.5.4

Fragen zu den Traumatypen

Frage: *Ist Unterernährung ein Zeichen für das Vorliegen des Traumatyps »körperliche Vernachlässigung«?*

Antwort: Unterernährung kann eine Folge »körperlicher Vernachlässigung« sein. Jedoch kann durch die isolierte Feststellung von Unterernährung nicht auf eine körperliche Vernachlässigung geschlossen werden, vielmehr sollte ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren geprüft werden. In diesem Falle sollte eine kinderärztliche Untersuchung erfolgen.

Frage: *Gilt das Anschauen eines Gewaltfilmes als Trauma?*

Antwort: Das Anschauen eines Gewaltfilmes per se stellt kein traumatisches Ereignis dar. Ein traumatisches Ereignis meint ein Ereignis, welches plötzlich mit empfundener Angst, Hilflosigkeit, Aufregung und/oder Entsetzen, einer Bedrohung der körperlichen Integrität, schweren Verletzungen, Lebensbedrohung, oder Tod einhergeht oder entwicklungsunangemessen ist (wie zum Beispiel sexueller Missbrauch). Das Anschauen eines Gewaltfilmes kann zwar Angst, Aufregung oder Entsetzen erzeugen, eine Bedrohung der körperlichen Integrität oder

schwere Verletzungen, Lebensbedrohung oder Tod bestehen jedoch nicht.

Frage: *Ist Überfürsorglichkeit ein Trauma?*

Antwort: Überfürsorglichkeit durch eine oder mehrere Bezugsperson kann sich beim Kind in Form von Verhaltensproblemen manifestieren, stellt jedoch per se kein traumatisches Ereignis dar. Zur Definition eines traumatischen Ereignisses siehe oben.

Frage: *Ist eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile ein Trauma?*

Antwort: Eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile ist zwar ein Belastungsfaktor und kann mit psychischen Auffälligkeiten beim Kind einhergehen, stellt jedoch per se kein traumatisierendes Ereignis dar. Definition eines traumatischen Ereignisses siehe oben. Wenn ein Elternteil jedoch aufgrund seiner psychischen Erkrankung nicht adäquat für das Kind sorgen kann und das Kind zum Beispiel Vernachlässigung, Missbrauch oder körperliche/emotionale Misshandlung erfährt, sind diese Erfahrungen als traumatisierende Ereignisse zu verstehen.

6.5.5 Sonstige Fragen

Frage: *Sollen das Trauma / Loss Exposure Profile, der SDQ und der UCLA PTSD Index nur bei neu vorgestellten Kindern angewandt werden?*

Antwort: Der Einsatz des Trauma / Loss Exposure Profiles, des SDQ und des UCLA PTSD Index kann auch bei bereits bekannten/betreuten Kindern erfolgen, insbesondere, wenn der Hilfebedarf noch nicht geklärt und die Hilfeplanung noch unklar ist. In einigen Fällen manifestieren sich Verhaltensprobleme erst im Verlauf der Fremdun-

terbringung, beispielsweise können posttraumatische Belastungssymptome auch erst Wochen, Monate, oder Jahre nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses auftreten. Der Einsatz der Diagnostikinstrumente kann also auch hilfreich sein, wenn das Kind bereits längere Zeit in einer Pflegefamilie lebt.

Frage: *Wann ist der »richtige« Diagnostikzeitpunkt?*

Antwort: Die Diagnostik sollte sinnvoller Weise nach der Eingewöhnungsphase in die Pflegefamilie erfolgen, da das Pflegekind in den ersten Wochen oder Monaten nach der Pflegestellenunterbringung durch die einschneidende Veränderung seines Lebensumfeldes verunsichert oder aufgewühlt sein kann. Zu beachten ist die Eingewöhnungsphase (»Honeymoon Phase«), in der sich Kinder häufig anfänglich angepasst zeigen. Weiter ist auf die Durchführungsanleitung der Fragebögen zu achten. Der SDQ ist beispielsweise erst dann anzuwenden, wenn die Bezugsperson Angaben über das Kind in den letzten sechs Monaten machen kann.

Frage: *Wie soll mit Schwierigkeiten beim Einsatz der Fragebögen durch fehlende Erinnerungen eingegangen werden?*

Antwort: Es kann durchaus sein, dass einem Kind die Erinnerungen an das traumatische Ereignis fehlen, zum Beispiel durch eine Amnesie oder durch eine entwicklungsbedingte fehlende bewusste Erinnerung (das Kind war zu dem Zeitpunkt zu jung). Dann ist eine Informationserfassung beim Kind nicht möglich oder sinnvoll. Auch eine spezielle Traumatherapie ist bei fehlender Erinnerung an das traumatische Ereignis nicht möglich, jedoch kann bei vorliegenden beeinträchtigenden Verhaltensproblemen eine Therapie sinnvoll sein, welche symptomorientiert, also an den vorliegenden Verhaltensproblemen orientiert, vorgeht.

Frage: *Welchen Stellenwert hat die Interpretation der Fragebögen?*

Antwort: Der Einsatz und die Auswertung eines Fragebogens zur orientierenden Erfassung von Verhaltensproblemen berechtigt keine Diagnosestellung. Die Ergebnisse eines Fragebogens geben Hinweise auf Verhaltensprobleme in den entsprechenden Bereichen. Wenn ein Jugendamtsmitarbeiter Hinweise auf Verhaltensprobleme feststellen konnte, sollte dieser eine Vorstellung des Kindes in einer Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur ausführlichen Diagnostik veranlassen. Durch eine umfassende Diagnostik durch Fachpersonal des Gesundheitswesens können eine seelische Behinderung und eine damit verbundene Teilhabebeeinträchtigung festgestellt oder ausgeschlossen werden.

Frage: *Wie kann das Vertrauen zwischen Pflegekind und Pflegeeltern erhalten bleiben und der Pflicht, Vorfälle von Misshandlung und Vernachlässigung zu melden, nachgegangen werden, wenn das Pflegekind von einem Trauma berichtet und um Stillschweigen bittet: »Versprich mir, es niemanden zu erzählen!«?*

Antwort: Empfehlenswert erscheint eine erklärende und transparente Vorgehensweise mit positiv bestärkenden Aspekten, wie zum Beispiel: »Ich finde es sehr stark von dir, dass du erzählt hast, dass ...«, mit aufklärenden Aspekten, wie zum Beispiel: »Ich bin verpflichtet neue wesentliche Informationen über dein Leben an Frau/Herr XXX (Name Jugendamtsmitarbeiter) weiterzugeben ...«. Es ist wichtig dem Kind/Jugendlichen zu vermitteln, dass die Informationsweitergabe zum eigenen Vorteil und diskret erfolgt. Durch Erklärung des eigenen Vorgehens kann man beim Kind Verständnis erzeugen, wie zum Beispiel: »Damit Frau/Herr XXX (Name Jugendamtsmitarbeiter) und auch ich dir best möglichst helfen können, ist es wichtig, dass wir wissen, was dir geschehen ist und wie es dir damit geht.«

6.6

Weiterführende Literatur und Links

Dieses Kapitel stellt eine Aufzählung einiger Artikel und Bücher, die zur weiteren fachlichen Vertiefung rund um den Themenkomplex »Pflegekind und Trauma« dienlich sein können, zur Verfügung.

Die weiterführende Literatur ist neben drei Links zu eigenen Publikationen in die Themenschwerpunkte

- Trauma und Traumabehandlung,
- Interdisziplinäres Helfefeld: Jugendhilfe und Gesundheitswesen,
- Eingliederungshilfe,
- Kindeswohlgefährdung/Jugendschutz und
- Inhalte speziell zu Pflegekindern unterteilt.

Eigene Publikationen

- OSWALD, S. H., & GOLDBECK, L. (2010). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*, 20, 37–44. (http://vts.uni-ulm.de/query/longview.meta.asp?document_id=7370)
- OSWALD, S. H., & GOLDBECK, L. (2009). Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt*, 3, 304–313. (http://vts.uni-ulm.de/query/longview.meta.asp?document_id=7369)
- OSWALD, S. H., HEIL, K., & GOLDBECK, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35 (5), 462–472. (<http://jpepsy.oxfordjournals.org/gca?allch=&submit=Go&gca=jpepsy%3B35%2F5%2F462>)

Trauma und Traumabehandlung

- COHEN, J. A., MANNARINO, A. P., DEBLINGER, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer Verlag.
- LANDOLT, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- LANDOLT, M. A. & HENSEL, T. (Hrsg.) (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- ROSNER, R. & STEIL, R. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- STIFTUNG ZUM WOHL DES PFLEGEKINDES (Hrsg.) (2008, 5. Aufl.). *1. Jahrbuch des Pflegekinderwesens. Schwerpunktthema: Traumatisierte Kinder*. Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag.
- ZIEGENHAIN, U. & VON KRIES, R. (2009). *Sozialpädiatrie Seelische Entwicklung und ihre Störungen in der frühen Kindheit*. In H. Schlack, U. Thyen & R. von Kries (Hrsg.). (133–155). Heidelberg: Springer.

Interdisziplinäres Helfefeld: Jugendhilfe und Gesundheitswesen

- FEGERT, J. M., BESIEN, T., GOLDBECK, L. (2009). Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reizensburger Appell der Fachkräfte. *Evangelische Jugendhilfe*, 86, 107–115. Nachdruck aus *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, 81, 187–192.
- FEGERT, J. M., BESIEN, T., GOLDBECK, L. (2008). Positionspapier: Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen in der stationären Jugendhilfe und Reizensburger Appell der Fachkräfte. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, 81, 187–192.

- FEGERT, J. M., ZIEGENHAIN, U., GOLDBECK, L., (2010). *Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland: Analysen und Empfehlungen zur Versorgung und Betreuung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- HUBER, M. (2009). Trauma und die Folgen. *Trauma und Traumabehandlung, Teil 1*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- HUBER, M. (2006). *Trauma und Traumabehandlung 2. Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- KÖLCH M, SCHMID M, (2008). Elterliche Belastung und Einstellungen zur Jugendhilfe bei psychisch kranken Eltern: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Hilfen. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57/2008*, 774–788.
- ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. M. (2009). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz. In Speck, O., Fegert, J. M., Neuhäuser, G., Peterander, F., Simoni, H., Renate W. (Hrsg.) Themenheft Frühe Hilfen und interdisziplinäre Vernetzung *Frühförderung Interdisziplinär. Heft 2 2009*, 71–81
- ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. M. (2009). Editorial. *Frühförderung Interdisziplinär*, 2, 49–50.
- ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. M. (2009). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz. *Frühförderung Interdisziplinär*, 2, 71–81.
- ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. M. (2009). Frühe und präventive Hilfen für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern: Erkennen von Risiken und sozial- und datenschutzrechtliche Voraussetzungen für eine verbesserte Kooperation im Kinderschutz. In T. Meysen, L. Schönecker & H. Kindler: *Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe* (S. 11–22). Weinheim: Juventa.
- ZIEGENHAIN, U. (2008). Bindung in der frühen Kindheit. In C. Leyendecker (Hrsg.). *Gemeinsam Handeln statt Behandeln. Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (S. 268–276). München: Reinhardt Verlag.
- ### Eingliederungshilfe
- FEGERT, J. M., ROOSEN-RUNGE G., THOMS, E., KIRSCH U., KÖLCH, M. (2008). Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36 (4), 279–286.
- WIESNER, R. (1995). Die Verantwortung der Jugendhilfe für die Eingliederung seelisch behinderter junger Menschen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 341–342.
- ### Kindeswohlgefährdung / Jugendschutz
- FEGERT, J. M., ZIEGENHAIN, U., BOLTE, D., KÜNSTER, A. K. (2010). Frühe Hilfen im Spannungsfeld zwischen allgemeiner Unterstützung und Prävention von Kindeswohlgefährdung. *Die Praxis des Familienrechts*, 1, 2010 (S. 77).
- KNORR, C., FANGERAU, H., ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. (2009). »Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.« Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, 82 Jahrgang 2009, 352–357.
- KNORR, C., FANGERAU, H., ZIEGENHAIN, U. & FEGERT, J. (2009). »Ich rede mit Jugendschutzmenschen über alles, was mir am Herzen liegt.« Schweigepflicht, Meldepflicht, Befugnisnorm, Frühe Hilfen und die verwirrende Rechtslage für Ärzt/inn/e/n bei der Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. *Das Jugendamt – Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht*, 07–08, 352–357.

KÜNSTER, A. K., ZIESEL, B. & ZIEGENHAIN, U. (2009).
Je früher, umso besser? Wann Kinderschutz beginnen
sollte. *Frühförderung Interdisziplinär*, 2, 51–60.

Speziell zu Pflegekindern

STIFTUNG ZUM WOHL DES PFLEGEKINDES (HRSG.)
(2008, 2. Aufl.). *Bindung und Trauma – Konsequenzen
in der Arbeit für Pflegekinder*. Tagungsdokumentation
der 16. Jahrestagung der Stiftung zum Wohl des
Pflegekinde am 30. Mai 2005 in Magdeburg. Idstein:
Schulz-Kirchner-Verlag.

ZWERNEMANN, P. (2007). *Praxisbuch
Pflegekinderwesen: Wir gehen gemeinsam in die
Zukunft*. Verlag: Bundesarbeitsgemeinschaft für
Kinder in Adoptiv- und Pflegefamilien e. V.

Weitere interessante Artikel/ Bücher mit älterem

Erscheinungsdatum als 2008 siehe unter:

[http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/
kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/
forschung/publikationen.html](http://www.uniklinik-ulm.de/struktur/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatriepsychotherapie/home/forschung/publikationen.html)

7

Literaturverzeichnis

7

Literaturverzeichnis

- ADAMS, J., MCCLELLAN, J., DOUGLASS, D., MCCURRY, C., & STORCK, M. (1995). Sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 555–568.
- ANDA, R. F., DONG, M., BROWN, D. W., FELITTI, V. J., GILES, W. H., PERRY, G. S., VALERIE, E. J., & DUBE, S. R. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. *BMC Public Health*, 9.
- ARBEITSGRUPPE PSYCHOTRAUMATOLOGIE UNIVERSITÄTSKLINIK ULM. (2011). Kurzversion des UCLA PTSD Reaction Index (Deutsche Übersetzung). Ref Type: Unpublished Work
- BURGE, P. (2007). Prevalence of mental disorders and associated service variables among Ontario children who are permanent wards. *Canadian journal of psychiatry*, 52, 305–314.
- COHEN, J., MANNARINO, A. P., & DEBLINGER, E. (2009). *Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer Verlag.
- COHEN, J. A., KELLEHER, K. J., & MANNARINO, A. P. (2008). Identifying, treating, and referring traumatized children: the role of pediatric providers. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 162, 447–452.
- DE BELLIS, M. D., KESHAVAN, M. S., CLARK, D. B., CASEY, B. J., GIEDD, J. N., BORING, A. M., FRUSTACI, K., & RYAN, N. D. (1999). Developmental Traumatology Part II: Brain Development. *Biological Psychiatry*, 45, 1271–1284.
- DUBE, S. R., FAIRWEATHER, D., PEARSON, W. S., FELITTI, V. J., ANDA, R. F., & CROFT, R. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*, 243–250.
- FISHER, P. A., GUNNAR, M. R., CHAMBERLAIN, P., & REID, J. B. (2000). Preventive Intervention for Maltreated Preschool Children: Impact on Children's Behavior, Neuroendocrine Activity, and Foster Parent Functioning. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 39, 1356–1364.
- GAENSBAUER, T. J. (2002). Representations of trauma in infancy: Clinical and theoretical implications for the understanding of early memory. *Infant mental health journal*, 23, 259–277.
- GOODMAN, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- GOODMAN, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- HOFBECK, B. (2010). *Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des UCLA PTSD Index. (Unveröffentlichte Diplomarbeit)*. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- LANDOLT, M. A. & HENSEL, T. (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- LESLIE, L. K., GORDON, J. N., GANGER, W., & GIST, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant mental health journal*, 23, 496–516.
- LESLIE, L. K., GORDON, J. N., MENEKEN, L., PREMJI, K., MICHELMORE, K. L., & GANGER, W. (2005). The Physical, Developmental, and Mental Health Needs of Young Children in Child Welfare by Initial Placement Type. *Developmental and behavioral pediatrics*, 26, 177–185.
- LIEBERMAN, A. F. & VAN HORN, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford.

- LIEBERMAN, A. F. & VAN HORN, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment*. New York: Guilford.
- LYONS-RUTH, K. & JACOBVITZ, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment – Theory, research, and clinical applications* (2 ed., pp. 666–697). New York, London: The Guilford Press.
- MCCLELLAN, J., MCCURRY, C., RONNEI, M., ADAMS, J., STORCK, M., EISNER, A., & SMITH, C. (1997). Relationship between sexual abuse, gender, and sexually inappropriate behaviors in seriously mentally ill youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 959–965.
- NICKEL, R. & EGLE, U. T. (2006). Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child abuse and neglect*, 30, 157–170.
- OLIVÁN, G. (2003). Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child abuse and neglect*, 27, 103–108.
- OSWALD, S. H. & GOLDBECK, L. (2009a). Traumafolgestörungen bei Pflegekindern nach Misshandlung und Vernachlässigung. *Verhaltenstherapie*.
- OSWALD, S. H. & GOLDBECK, L. (2009b). Traumatisierung und psychische Auffälligkeiten bei Pflegekindern. *Trauma & Gewalt*, 3, 304–313.
- OSWALD, S. H., HEIL, K., & GOLDBECK, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: a review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 462–472.
- PEARS, K. & FISHER, P. A. (2005). Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 112–122.
- PYNOOS, R. & STEINBERG, A. (2002). The Trauma Loss/Exposure Profile (Deutsche Übersetzung: Oswald & Goldbeck, 2008).
Ref Type: Unpublished Work
- REMSCHMIDT, H., SCHMIDT, M., & POUSTKA, F. (2002). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Bern: Huber Verlag.
- SASS, H., WITTCHEN, H.-U., & ZAUDIG, M. (2009). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- SCHEERINGA, M., ZEANA, C. H., MYERS, L., & PUTNAM, F. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*, 55, 685–691.
- SCHEERINGA, M. S., ZEANA, C. H., DRELL, M. J., & LARRIEU, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191–200.
- STEELE, J. S. & BUCHI, K. F. (2008). Medical and mental health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics*, 122, 703–709.
- STEINBERG, A. M., BRYMER, M. J., DECKER, K. B., & PYNOS, R. S. (2004a). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Current psychiatry reports*, 6, 96–100.
- STEINBERG, A., BRYMER, M., DECKER, K., & PYNOS, R. S. (2004b). The University of California at Los Angeles Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index. *Curr-Psychiatry-Rep.*, 6 (2), 96–100.
- VAN DER KOLK, B. A., ROHT, S., PELCOVITZ, D., SUNDAY, S., & SPINAZZOLA, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18, 389–399.
- VAN DER KOLK, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293–317.

- ZIEGENHAIN, U. (2009b). Frühe Bindungserfahrungen und Traumata. *Trauma und Gewalt*, 3, 136–147.
- ZIEGENHAIN, U. (2009a). Frühe Bindungserfahrungen und Traumata. *Trauma & Gewalt*, 3, 136–147.
- ZIEGENHAIN, U. (2009c). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 3)*. In S. Schneider & J. Margraf (Eds.), (pp. 313–330). Heidelberg: Springer.

8

Anhang



8

Anhang

8.1

Diagnostikinstrumente

- I Das Trauma / Loss Exposure Profile
 - a) Fragebogen – 71
 - b) Dokumentation – 72
- II Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)
 - a) Fragebogen – 73
 - b) Auswertungsblatt – 74
 - c) Auswertungsschablone – 75
- III Der UCLA PTSD REACTION Index für DSM-IV
 - a) Fragebogen, Kinderversion – 76
 - b) Fragebogen, Jugendlichenversion – 80
 - c) Fragebogen, Elternversion – 85
 - d) Auswertungsbogen – Kinderversion – 90
 - e) Auswertungsbogen – Jugendlichenversion – 91
 - f) Auswertungsbogen – Elternversion – 92
 - g) Diagnosecheckliste, Kinderversion – 93
 - h) Diagnosecheckliste, Jugendlichenversion – 94
 - i) Diagnosecheckliste, Elternversion – 95
 - j) Kurzversion des Fragebogens – 96

8.2

Materialien zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung

- IV Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem – 97
- V Die Stellungnahme nach § 35a SGB VIII (Beispiel aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm) – 100
- VI Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung – 105

8.3

Informationsmaterialien für Pflegekinder und Pflegeeltern

- VII Belastungen bei Pflegekindern (für Pflegeeltern) – 106
- VIII Belastungen bei Pflegekindern (für Kinder) – 109
- IX Was ist eigentlich Vernachlässigung? (für Kinder) – 112
- X Was ist eigentlich Kindesmisshandlung? (für Kinder) – 113
- XI Was ist eigentlich sexueller Missbrauch (für Kinder) – 114
- XII Was ist eigentlich häusliche Gewalt? (für Kinder) – 116

8.4

Downloads

- XIII Die aktuellen Dokumente stehen auch auf der Website des Universitätsklinikums Ulm zur Verfügung. – 117

Trauma / Loss Exposure Profile

© National Child Traumatic Stress Network, dtsh. Übersetzung Oswald & Goldbeck 2008

Anhang I – a

SEITE 1 VON 2

Traumtyp	Traumamerkmale	Primärer Behandlungsfokus	Alter bei Erleben des Ereignisses
Chronisch/wiederholt			
Vernachlässigung/Misshandlung	<input type="checkbox"/> körperlich <input type="checkbox"/> emotional <input type="checkbox"/> Penetration <input type="checkbox"/> außer-familiär <input type="checkbox"/> intra-familiär <input type="checkbox"/> Strafanzeige	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/> Penetration <input type="checkbox"/> außer-familiär <input type="checkbox"/> intra-familiär <input type="checkbox"/> Strafanzeige	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Körperliche Misshandlung	<input type="checkbox"/> ernsthafte Verletzung <input type="checkbox"/> Waffe verw. <input type="checkbox"/> Strafanzeige	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Emotionale Misshandlung	<input type="checkbox"/> Substanzabusus der Bezugsperson	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Häusliche Gewalt	<input type="checkbox"/> Waffe verwendet <input type="checkbox"/> Strafanzeige <input type="checkbox"/> Ernsthafte Verletzung <input type="checkbox"/> Verurteilung des Täters	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Gewalt im sozialen Umfeld	<input type="checkbox"/> Jugendbanden <input type="checkbox"/> Schwermriminalität <input type="checkbox"/> Drogenhandel		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Krieg / Bürgerkrieg / pol. Verfolgung	<input type="checkbox"/>		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Lebensgefährdende körperl. Erkrankung	<input type="checkbox"/>		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Umschrieben			
Schwerer Unfall	<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeug <input type="checkbox"/> hospitalisiert <input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Hundebiss <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Gewalt in der Schule	<input type="checkbox"/> Schießerei <input type="checkbox"/> Mobbing <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Überfall	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Naturkatastrophen	<input type="checkbox"/> Erdbeben <input type="checkbox"/> Hochwasser <input type="checkbox"/> Hurrikan <input type="checkbox"/> Tornado <input type="checkbox"/> Feuer	<input type="checkbox"/> Verlust des Zuhauses <input type="checkbox"/> verletzt	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Terrorismus	<input type="checkbox"/> konventionelle Waffe <input type="checkbox"/> Biologische <input type="checkbox"/> Chemische <input type="checkbox"/> Radiologische		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Entführung		<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Sexuelle Nötigung / Vergewaltigung	<input type="checkbox"/> Waffe verwendet <input type="checkbox"/> Fremder <input type="checkbox"/> Vergewaltigung nach der Verabredung <input type="checkbox"/> Strafverfolgung	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Interpersonelle Gewalt	<input type="checkbox"/> Raub <input type="checkbox"/> Überfall <input type="checkbox"/> Tötung <input type="checkbox"/> Suizid <input type="checkbox"/> Suizidversuch <input type="checkbox"/> Mobbing/Diskriminierung	<input type="checkbox"/> Opfer <input type="checkbox"/> Zeuge	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Verlust/Trennungen			
Traumatischer Todesfall	<input type="checkbox"/> Elternteil <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Freund <input type="checkbox"/> Primäre Betreuungsperson <input type="checkbox"/> Andere Verwandte	<input type="checkbox"/> Gewalt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Naturkat. <input type="checkbox"/> Terrorismus	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Scheidung			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
Fremdunterbringung/Entwurzelung	<input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/> Eltern inhaftiert <input type="checkbox"/> Flüchtlinge <input type="checkbox"/> Eltern hospitalisiert		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

1) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
2) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
3) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
4) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
5) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
6) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
7) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
8) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
9) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:
10) Fremdunterbringungsstation:
..... von: bis:

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

(Eltern 4–16)

Anhang II – a

SEITE 1 VON 1

© Robert Goodman, 1997

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Ausgefüllt von:	Heutiges Datum:

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt »Nicht zutreffend«, »Teilweise zutreffend« oder »Eindeutig zutreffend«. Beantworten Sie bitte **ALLE FRAGEN** so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den **LETZTEN SECHS MONATEN**.

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

! Bitte überprüfen Sie nochmals, ob **ALLE FRAGEN** beantwortet wurden. Vielen Dank!

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Auswertungsblatt (Eltern 4–16)

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person

Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Ausgefüllt von:	Heutiges Datum:

Der erste Schritt zur Auswertung des Fragebogens besteht in der Überprüfung der 25 Fragen.

Wichtig ist, dass für jede Frage genau ein Kreuz vorhanden ist. Für den Fall, dass zwei Kreuze vorhanden sind oder dass ein Kreuz zwischen die Kästchen geschrieben wurde, wird jeweils die mittlere Antwortmöglichkeit (»Teilweise zutreffend«) gezählt.

Als nächstes ist die Schablone auf den SDQ-Fragebogen zu justieren. Dafür müssen zuerst die 6 waagerechten Linien auf der Schablone mit den waagerechten Linien auf dem Fragebogen zur Deckung gebracht werden. Weiterhin soll auch der Begriff »Teilweise« auf der Schablone (für die gerade auszuwertende Skala) deckungsgleich mit dem »Teilweise« (mittlere Spalte) auf dem Fragebogen gelegt werden. Die 5 Skalen mit den jeweils 5 Fragen des SDQ werden nacheinander ausgewertet.

Als erstes werden die 5 Antworten für die Skala »Emotionale Probleme« zusammengezählt. Dies geschieht, indem die Antworten in den einfachen Kreisen mit **1 PUNKT** und die Antworten in den dicken Kreisen mit **2 PUNKTEN** gewertet werden.

Die Summe der Punkte soll in das vorgesehene Feld der unteren Tabelle (Spalte: »Ermittelte Summen des Fragebogens«) übertragen werden. Durch Verschieben der Schablone wird anschließend die Summe der Angaben auf den vier weiteren Skalen auf die gleiche Weise gebildet. Diese Summenwerte werden ebenfalls in das jeweils vorgesehene Feld der unteren Tabelle übertragen.

Jede der fünf Skalen kann somit einen Summenwert zwischen 0 und 10 erreichen. Falls ein oder zwei Werte in einem Bereich fehlen, wird der Bereichswert anhand der mindestens 3 vorhandenen Antworten hochgerechnet. Bei drei und mehr fehlenden Antworten in einem Bereich sollte kein Bereichswert berechnet werden.

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

Zur **INTERPRETATION** der Angaben sollen die ermittelten Summenwerte nun mit einer repräsentativen Feldstichprobe verglichen werden:

Elternfragebogen (GB: N = 10298; 5–15 J.)	Ermittelte Summen des Fragebogens	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamtproblemwert		0 bis 13	14 bis 16	17 bis 40
Emotionale Probleme		0 bis 3	4	5 bis 10
Verhaltensauffälligkeiten		0 bis 2	3	4 bis 10
Hyperaktivität		0 bis 5	6	7 bis 10
Probleme mit Gleichaltrigen		0 bis 2	3	4 bis 10
Prosoziales Verhalten		6 bis 10	5	0 bis 4

Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-D)

Auswertungsschablone (Eltern und Lehrer Form)

	1. Emotionale Probleme Teilweise	2. Verhaltens- auffälligkeiten Teilweise	3. Hyperaktivität Teilweise	4. Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen Teilweise	5. Prosoziales Verhalten Teilweise
1.					
2.	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
3.	<input checked="" type="radio"/>				<input type="radio"/>
4.		<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
5.		<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
6.				<input type="radio"/>	
7.		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	
8.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>
9.					<input checked="" type="radio"/>
10.			<input type="radio"/>		
11.				<input type="radio"/>	
12.		<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	
13.	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	
14.				<input type="radio"/>	
15.			<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
16.	<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
17.	<input type="radio"/>				<input type="radio"/>
18.		<input type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
19.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.					<input checked="" type="radio"/>
21.			<input checked="" type="radio"/>		
22.		<input type="radio"/>			
23.				<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
24.	<input type="radio"/>				
25.	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		

UCLA PTSD REACTION INDEX FÜR DSM IV Kinderversion (Revision 1)

© 1998 Robert Pynoos, M. D., Ned Rodriguez, Ph. D., Alan Steinberg, Ph. D., Margaret Stuber, M. D., Calvin Frederick, M. D. All Rights Reserved.
Copyright deutsche Version Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Unten folgt eine Liste von **SEHR ERSCHECKENDEN, GEFÄHRLICHEN ODER GEWALTSAMEN** Dingen, die manchmal mit Menschen geschehen. Das sind Ereignisse, in denen **JEMAND SEHR SCHLIMM VERLETZT ODER GETÖTET WURDE** oder hätte werden können. Manche Menschen haben solche Erfahrungen gemacht, andere Menschen haben diese Erfahrungen nicht gemacht. Sei bitte ehrlich bei der Beantwortung, ob Dir solche gewaltsamen Dinge passiert sind oder ob sie Dir nicht passiert sind.

! Bei jeder Frage:
Kreuze »**JA**« an, wenn Dir dieses erschreckende Ereignis **PASSIERT IST**. Kreuze »**NEIN**« an, wenn es **DIR NICHT PASSIERT IST**.

	ja	nein
1. Ein schlimmes Erdbeben, das beinahe das Gebäude zerstörte, in dem Du drin warst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eine andere Art von Katastrophe, wie z. B. ein Brand, Wirbelsturm, Hochwasser oder Orkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ein schlimmer Unfall, wie z.B. ein sehr ernster Autounfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du warst an einem Ort, in dem um Dich herum ein Krieg passierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du wurdest Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten. (SCHLIESSE HIER NICHT alltägliche Streitigkeiten zwischen Brüdern & Schwestern ein.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du hast gesehen, wie ein Familienmitglied Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten wurde. (SCHLIESSE HIER NICHT alltägliche Streitigkeiten zwischen Brüdern & Schwestern ein.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Du wurdest verprügelt, es wurde nach Dir geschossen oder man drohte Dir Dich ernsthaft zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Du hast gesehen, wie jemand verprügelt wurde, wie nach jemandem geschossen wurde oder wie jemand getötet wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Du hast eine Leiche gesehen. (SCHLIESSE HIER KEINE Beerdigung ein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ein Erwachsener oder eine Person, die viel älter ist als Du, hat Dich an Deinen intimen Geschlechtsteilen angefasst, als Du das nicht wolltest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Du hast von einem gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Du hattest eine schmerzhafte und erschreckende medizinische Behandlung in einem Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ist Dir irgendeine andere als die oben beschriebenen Situationen passiert, die wirklich erschreckend, gefährlich oder gewaltsam war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte nicht genug zu essen, zu trinken oder Kleidung oder ich hatte kein Zuhause oder ich bin für mehrere Tage allein gelassen worden ohne Essen oder jemanden, der auf mich aufpasst. *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. a) Wenn Du **ein** Ereignis der oberen Liste von Frage 1 bis 14 mit »JA« beantwortet hast, füge die Nummer dieses Ereignisses (1 bis 14) in dieses Feld ein:

b) Wenn Du **mehr als ein Ereignis** mit »JA« beantwortet hast, füge die Nummer des Ereignisses ein, das Dich jetzt am meisten belastet:

c) Wie lange ist es her, dass dieses schlimme Ereignis (Deine Antwort bei [a] oder [b]) passiert ist?

d) Bitte schreibe auf, was passiert ist:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

! Bitte kreuze bei den folgenden Fragen »JA« ODER »NEIN« AN um zu beantworten, **WIE DU DICH** während oder gleich nach dem schlimmen Ereignis **GEFÜHLT HAST**, das Du gerade in Frage 15 aufgeschrieben hast.

	ja	nein
16. Hattest Du Angst zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hattest Du Angst schwer verletzt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurdest Du schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hattest Du Angst, dass jemand anders stirbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hattest Du Angst, dass jemand anders schwer verletzt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wurde jemand anders schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ist jemand gestorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hattest Du große Angst, war das eine der schrecklichsten Erfahrungen, die Du jemals gemacht hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hattest Du das Gefühl, dass Du das Ereignis nicht aufhalten konntest oder Hilfe brauchtest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hattest Du das Gefühl, dass das, was Du sahst, eklig oder unanständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bist Du herumgerannt oder hast Dich so verhalten, als ob Du sehr bestürzt warst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hast Du Dich sehr durcheinander gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hattest Du das Gefühl, dass das was passierte auf irgendeine Weise nicht wirklich erschien, als ob es sich in einem Film abspielte und nicht im richtigen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Zusatzitem (nicht in Originalversion vorhanden)

Hier ist eine Liste von Problemen, die Menschen manchmal haben nachdem sich sehr schlimme Dinge ereignet haben. Bitte **DENKE** an das schlimme Ereignis, das Dir passiert ist und das Du in Frage 15 auf Seite 2 aufgeschrieben hast. **LIES** dann jedes Problem auf der Liste sorgfältig. **KREISE EINE** der Zahlen (0, 1, 2, 3 oder 4) ein, die angibt wie oft Du das Problem **IM LETZTEN MONAT** hattest. Benutze den unten folgenden Häufigkeitsbogen als Hilfe, um zu entscheiden, wie oft das Problem im letzten Monat vorgekommen ist.

! Bitte achte darauf, dass Du **ALLE FRAGEN** beantwortest!

HÄUFIGKEITSSBOGEN

Das bedeuten die verschiedenen Antwortmöglichkeiten

o) **Nie** (Kein einziges Mal)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

1) **Selten** (Zweimal im Monat)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X					
					X	

2) **Manchmal** (1–2 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		X			X	
		X				
			X	X		
		X		X		

3) **Oft** (2–3 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X		X		X	
X		X		X		
	X	X	X		X	
X	X	X				

4) **Meistens** (Fast jeden Tag)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

WIE VIEL ZEIT IM LETZTEN MONAT	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
1. Ich achte auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen ich Angst habe. D ₄	0	1	2	3	4
2. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, werde ich ganz durcheinander, B ₄ ängstlich oder traurig.	0	1	2	3	4
3. Mir kommen schlechte Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem Ereignis B ₁ in den Sinn, obwohl ich das nicht möchte.	0	1	2	3	4
4. Ich fühle mich grantig, wütend oder verärgert. D ₂	0	1	2	3	4
5. Ich träume davon, was passiert ist, oder habe andere schlechte Träume B ₂	0	1	2	3	4
6. Ich fühle mich, als ob ich das Ereignis nochmals durchlebte. B ₃	0	1	2	3	4
7. Ich bin lieber für mich alleine und nicht mit meinen Freunden zusammen. C ₄	0	1	2	3	4
8. Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nahe. C ₅	0	1	2	3	4
9. Ich versuche nicht darüber zu reden, daran zu denken oder zu fühlen was C ₁ passiert ist.	0	1	2	3	4
10. Ich habe Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen. C ₆	0	1	2	3	4
11. Ich habe Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen. C ₆	0	1	2	3	4
12. Ich bin leicht zu erschrecken, z. B. wenn ich ein lautes Geräusch höre oder D ₅ wenn mich etwas überrascht.	0	1	2	3	4
13. Ich kann schwer einschlafen oder wache nachts oft auf. D ₁	0	1	2	3	4
14. Ich denke, dass es teilweise meine Schuld ist, was passiert ist. AF	0	1	2	3	4
15. Ich kann mich nur schwer an wichtige Teile von dem erinnern, C ₃ was passiert ist.	0	1	2	3	4
16. Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren oder aufzupassen. D ₃	0	1	2	3	4
17. Ich versuche den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an C ₂ das Ereignis erinnern.	0	1	2	3	4
18. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, habe ich starke Gefühle in B ₅ meinem Körper, z. B. mein Herz klopft schnell, mein Kopf oder mein Bauch tut weh.	0	1	2	3	4
19. Ich glaube, dass ich nicht lange leben werde. C ₇	0	1	2	3	4
20. Ich habe Angst davor, dass das schlimme Ereignis nochmals passiert. AF	0	1	2	3	4

UCLA PTSD REACTION INDEX FÜR DSM IV Jugendlichenversion

© 1998 Robert Pynoos, M. D., Ned Rodriguez, Ph. D., Alan Steinberg, Ph. D., Margaret Stuber, M. D., Calvin Frederick, M. D. All Rights Reserved.
Copyright deutsche Version Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person

Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Unten folgt eine Liste von **SEHR ERSCHECKENDEN, GEFÄHRLICHEN ODER GEWALTSAMEN** Dingen, die manchmal mit Menschen geschehen. Das sind Ereignisse, in denen **JEMAND SEHR SCHLIMM VERLETZT ODER GETÖTET WURDE** oder hätte werden können. Manche Menschen haben solche Erfahrungen gemacht, andere Menschen haben diese Erfahrungen nicht gemacht. Sei bitte ehrlich bei der Beantwortung, ob Dir solche gewaltsamen Dinge passiert sind oder ob sie Dir nicht passiert sind.



Bei jeder Frage:

Kreuze »JA« an, wenn Dir dieses erschreckende Ereignis **PASSIERT IST**. Kreuze »NEIN« an, wenn es **DIR NICHT PASSIERT IST**.

	ja	nein
1. Ein schlimmes Erdbeben, das beinahe das Gebäude zerstörte, in dem Du drin warst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eine andere Art von Katastrophe, wie z. B. ein Brand, Wirbelsturm, Hochwasser oder Orkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ein schlimmer Unfall, wie z.B. ein sehr ernster Autounfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du warst an einem Ort, in dem um Dich herum ein Krieg passierte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du wurdest Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten. (SCHLIESSE HIER NICHT alltägliche Streitigkeiten zwischen Brüdern & Schwestern ein.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du hast gesehen, wie ein Familienmitglied Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten wurde. (SCHLIESSE HIER NICHT alltägliche Streitigkeiten zwischen Brüdern & Schwestern ein.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Du wurdest in Deinem Wohnort verprügelt, es wurde nach Dir geschossen oder man drohte Dir Dich ernsthaft zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Du hast gesehen, wie jemand verprügelt wurde, wie nach jemandem geschossen wurde oder wie jemand getötet wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Du hast eine Leiche gesehen. (SCHLIESSE HIER KEINE Beerdigung ein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ein Erwachsener oder eine Person, die viel älter ist als Du, hat Dich an Deinen intimen Geschlechtsteilen angefasst, als Du das nicht wolltest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Du hast von einem gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Du hattest eine schmerzhaft und erschreckende medizinische Behandlung in einem Krankenhaus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ist Dir irgendeine andere als die oben beschriebenen Situationen passiert, die wirklich erschreckend, gefährlich oder gewaltam war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte nicht genug zu essen, zu trinken oder Kleidung oder ich hatte kein Zuhause oder ich bin für mehrere Tage allein gelassen worden ohne Essen oder jemanden, der auf mich aufpasst. *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. a) Wenn Du **ein** Ereignis der oberen Liste von Frage 1 bis 14 mit »JA« beantwortet hast, füge die Nummer dieses Ereignisses (1 bis 14) in dieses Feld ein:

b) Wenn Du **mehr als ein Ereignis** mit »JA« beantwortet hast, füge die Nummer des Ereignisses ein, das Dich jetzt am meisten belastet:

c) Wie lange ist es her, dass dieses schlimme Ereignis (Deine Antwort bei [a] oder [b]) passiert ist?

d) Bitte schreibe auf, was passiert ist:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

! Bitte **KREUZE BEI DEN FOLGENDEN FRAGEN »JA« ODER »NEIN« AN** um zu beantworten, **WIE DU DICH WÄHREND ODER GLEICH NACH** dem schlimmen Ereignis **GEFÜHLT HAST**, das Du gerade in Frage 15 aufgeschrieben hast.

	ja	nein
16. Hattest Du Angst zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hattest Du Angst schwer verletzt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurdest Du schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hattest Du Angst, dass jemand anders stirbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hattest Du Angst, dass jemand anders schwer verletzt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wurde jemand anders schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ist jemand gestorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hattest Du große Angst, war das eine der schrecklichsten Erfahrungen, die Du jemals gemacht hast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hattest Du das Gefühl, dass Du das Ereignis nicht aufhalten konntest oder Hilfe brauchtest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hattest Du das Gefühl, dass das, was Du sahst, eklig oder unanständig war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Bist Du herumgerannt oder hast Dich so verhalten, als ob Du sehr bestürzt warst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hast Du Dich sehr durcheinander gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hattest Du das Gefühl, dass das was passierte auf irgendeine Weise nicht wirklich erschien, als ob es sich in einem Film abspielte und nicht im richtigen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Zusatzitem (nicht in Originalversion vorhanden)

Hier ist eine Liste von Problemen, die Menschen manchmal haben nachdem sich sehr schlimme Dinge ereignet haben. Bitte **DENKE** an das schlimme Ereignis, das Dir passiert ist und das Du in Frage 15 auf Seite 2 aufgeschrieben hast. **LIES** dann jedes Problem auf der Liste sorgfältig. **KREISE EINE** der Zahlen (0, 1, 2, 3 oder 4) ein, die angibt wie oft Du das Problem **IM LETZTEN MONAT** hattest. Benutze den unten folgenden Häufigkeitsbogen als Hilfe, um zu entscheiden, wie oft das Problem im letzten Monat vorgekommen ist.

! Bitte achte darauf, dass Du **ALLE FRAGEN** beantwortest!

HÄUFIGKEITSBOGEN

Das bedeuten die verschiedenen Antwortmöglichkeiten

o) **Nie** (Kein einziges Mal)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

1) **Selten** (Zweimal im Monat)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X					
					X	

2) **Manchmal** (1–2 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		X			X	
		X				
			X			
		X		X		

3) **Oft** (2–3 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X		X		X	
X		X		X		
	X	X	X		X	
X	X	X				

4) **Meistens** (Fast jeden Tag)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

WIE VIEL ZEIT IM LETZTEN MONAT	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
1. Ich achte auf Gefahren oder auf Dinge, vor denen ich Angst habe. D ₄	0	1	2	3	4
2. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, werde ich ganz durcheinander, B ₄ ängstlich oder traurig.	0	1	2	3	4
3. Mir kommen schlechte Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem Ereignis B ₁ in den Sinn, obwohl ich das nicht möchte.	0	1	2	3	4
4. Ich fühle mich grantig, wütend oder verärgert. D ₂	0	1	2	3	4
5. Ich träume davon, was passiert ist, oder habe andere schlechte Träume B ₂	0	1	2	3	4
6. Ich fühle mich, als ob ich das Ereignis nochmals durchlebte. B ₃	0	1	2	3	4
7. Ich bin lieber für mich alleine und nicht mit meinen Freunden zusammen. C ₄	0	1	2	3	4
8. Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nahe. C ₅	0	1	2	3	4
9. Ich versuche nicht darüber zu reden, daran zu denken oder zu fühlen was C ₁ passiert ist.	0	1	2	3	4
10. Ich habe Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen. C ₆	0	1	2	3	4
11. Ich habe Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen. C ₆	0	1	2	3	4
12. Ich bin leicht zu erschrecken, z. B. wenn ich ein lautes Geräusch höre oder D ₅ wenn mich etwas überrascht.	0	1	2	3	4
13. Ich kann schwer einschlafen oder wache nachts oft auf. D ₁	0	1	2	3	4
14. Ich denke, dass es teilweise meine Schuld ist, was passiert ist. AF	0	1	2	3	4
15. Ich kann mich nur schwer an wichtige Teile von dem erinnern, C ₃ was passiert ist.	0	1	2	3	4
16. Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren oder aufzupassen. D ₃	0	1	2	3	4

WIE VIEL ZEIT IM LETZTEN MONAT	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
17. Ich versuche den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an das Ereignis erinnern. <small>C2</small>	0	1	2	3	4
18. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, habe ich starke Gefühle in meinem Körper, z. B. mein Herz klopft schnell, mein Kopf oder mein Bauch tut weh. <small>B5</small>	0	1	2	3	4
19. Ich glaube, dass ich nicht lange leben werde. <small>C7</small>	0	1	2	3	4
20. Ich streite mit anderen oder habe körperliche Auseinandersetzungen. <small>D2</small>	0	1	2	3	4
21. Ich bin pessimistisch oder negativ eingestellt, was meine Zukunft betrifft. <small>C7</small>	0	1	2	3	4
22. Ich habe Angst davor, dass das schlimme Ereignis nochmals passiert. <small>AF</small>	0	1	2	3	4

UCLA PTSD REACTION INDEX FÜR DSM IV Elternversion

© 1998 Robert Pynoos, M. D., Ned Rodriguez, Ph. D., Alan Steinberg, Ph. D., Margaret Stuber, M. D., Calvin Frederick, M. D. All Rights Reserved.
Copyright deutsche Version Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Name der Bezugsperson:	Heutiges Datum:
Verwandschaftsgrad zu Kind:	

Unten folgt eine Liste von **SEHR ERSCHRECKENDEN, GEFÄHRLICHEN ODER GEWALTSAMEN** Dingen, die manchmal mit Kindern passieren. Das sind Ereignisse, in denen **JEMAND SEHR SCHLIMM VERLETZT ODER GETÖTET WURDE** oder hätte werden können. Manche Kinder haben solche Erfahrungen gemacht, andere Kinder nicht. Bitte seien Sie ehrlich bei der Beantwortung, ob ihrem Kind solche gewaltsamen Dinge passiert sind oder nicht.

! Bei jeder Frage:
Kreuzen Sie »Ja« an, wenn dieses erschreckende Ereignis **IHREM KIND PASSIERT IST**.
Kreuzen Sie »Nein« an, wenn es **IHREM KIND NICHT PASSIERT IST**.

	ja	nein
1. Ein schlimmes Erdbeben, das beinahe das Gebäude zerstörte, in dem sich Ihr Kind befand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eine andere Art von Katastrophe, wie z. B. ein Brand, Wirbelsturm, Hochwasser oder Orkan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ein schlimmer Unfall, wie z. B. ein sehr ernster Autounfall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihr Kind befand sich in einem Gebiet, in dem Krieg herrschte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ihr Kind wurde Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten. (alltägliche Streitigkeiten zwischen Geschwistern NICHT EINSCHLIESSEN.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ihr Kind hat gesehen, wie ein Familienmitglied Zuhause sehr stark geschlagen, mit der Faust geschlagen oder getreten wurde. (alltägliche Streitigkeiten zwischen Geschwistern NICHT EINSCHLIESSEN.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ihr Kind wurde verprügelt, es wurde nach ihm geschossen oder man drohte ihm es ernsthaft zu verletzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ihr Kind hat gesehen, wie jemand verprügelt wurde, wie nach jemandem geschossen wurde oder wie jemand getötet wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ihr Kind hat eine Leiche gesehen. (SCHLIESSEN SIE HIER KEINE Beerdigung ein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ein Erwachsener oder eine ältere Person hat Ihr Kind an seinen intimen Geschlechtsteilen angefasst, als Ihr Kind das nicht wollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ihr Kind hat von einem gewaltsamen Tod oder einer ernsthaften Verletzung einer geliebten Person gehört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ihr Kind wurde einer schmerzhaften und erschreckenden medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus unterzogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ist Ihrem Kind irgendeine andere als die oben beschriebenen Situationen passiert, die wirklich erschreckend, gefährlich oder gewaltsam war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ihr Kind hatte nicht genug zu essen, zu trinken oder Kleidung oder hatte kein Zuhause oder ist für mehrere Tage allein gelassen worden ohne Essen oder jemanden, der auf ihn aufpasst. *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. a) Wenn Sie **ein** Ereignis der oberen Liste von Frage 1 bis 14 mit »JA« beantwortet haben, fügen Sie die Nummer dieses Ereignisses (1 bis 14) in dieses Feld ein

b) Wenn Sie **mehr als ein Ereignis** mit »JA« beantwortet haben, fügen Sie die Nummer des Ereignisses ein, das Ihr Kind jetzt am meisten belastet:

c) Wie lange ist es her, dass dieses schlimme Ereignis (Ihre Antwort bei [a] oder [b]) passiert ist?

d) Bitte schreiben Sie auf, was passiert ist:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

! Bitte **KREUZEN SIE BEI DEN FOLGENDEN FRAGEN »JA«, »NEIN« ODER »WEISS NICHT (WN)« AN** um zu beantworten, **WIE IHR KIND SICH WÄHREND ODER GLEICH NACH** dem schlimmen Ereignis **GEFÜHLT HAT**, das Sie gerade in Frage 15 aufgeschrieben haben. Bitte geben Sie nur dann »weiß nicht« an, wenn Sie die Frage absolut nicht beantworten können.

	ja	nein	WN
16. Hatte Ihr Kind Angst zu sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hattest Ihr Kind Angst schwer verletzt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurde Ihr Kind schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hatte Ihr Kind Angst, dass jemand anders sterben würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hatte Ihr Kind Angst, dass jemand anders schwer verletzt würde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wurde jemand anders schwer verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ist jemand gestorben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ist Ihr Kind erschrocken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Hat Ihr Kind sich sehr hilflos gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. War Ihr Kind entsetzt; hat es etwas ekliges oder unanständiges gesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. War Ihr Kind aufgelöst oder ist herumgerannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. War Ihr Kind sehr durcheinander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hatte Ihr Kind das Gefühl, dass das was passierte auf irgendeine Weise nicht wirklich erschien, als ob es sich in einem Film abspielte und nicht im richtigen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Zusatzitem (nicht in Originalversion vorhanden)

Es folgt eine Liste von Problemen, die Kinder manchmal nach sehr belastenden Ereignissen haben. Bitte denken Sie an die belastende Erfahrung Ihres Kindes, die Sie in Frage 15 notiert haben. Lesen Sie dann jedes Problem auf der Liste sorgfältig. **KREISEN** Sie dann eine der Zahlen ein (0, 1, 2, 3, 4 oder 5), die angibt wie oft Ihr Kind das Problem im letzten Monat hatte. Nutzen Sie den Häufigkeitsbogen als Hilfe, um zu entscheiden wie oft Ihr Kind ein Problem hatte. Beachten Sie: Falls Sie sich unsicher sind, wie oft Ihr Kind das Problem hatte, versuchen Sie es so gut wie möglich einzuschätzen. Kreisen Sie »weiss nicht« nur an, wenn Sie absolute keine Antwort geben können.



Bitte achten Sie darauf, dass Sie **ALLE FRAGEN** beantworten!

HÄUFIGKEITSBOGEN

Das bedeuten die verschiedenen Antwortmöglichkeiten

o) **Nie** (Kein einziges Mal)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So

1) **Selten** (Zweimal im Monat)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X					
					X	

2) **Manchmal** (1–2 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
		X			X	
		X				
			X			
		X		X		

3) **Oft** (2–3 Mal in der Woche)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
	X		X		X	
X		X		X		
	X	X	X		X	
X	X	X				

4) **Meistens** (Fast jeden Tag)

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
X	X	X	X	X	X	X
	X	X	X	X	X	
	X	X		X	X	
X	X	X	X	X	X	X

5) **Weiß nicht**

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
?						

WIE VIEL ZEIT IM LETZTEN MONAT	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens	Weiß nicht
1. Mein Kind achtet auf Gefahren oder auf Dinge vor denen es ^{D4} Angst hat.	0	1	2	3	4	5
2. Mein Kind wird sehr aufgeregt, ängstlich oder traurig wenn ^{B4} etwas sie/ihn daran erinnert, was passiert ist.	0	1	2	3	4	5
3. Meinem Kind kommen schlechte Gedanken, Bilder, Geräuschen ^{B1} oder Erinnerungen von dem Ereignis in den Sinn, obwohl es das nicht möchte.	0	1	2	3	4	5
4. Mein Kind fühlt sich grantig, ärgerlich oder wütend. ^{D2}	0	1	2	3	4	5
5. Mein Kind hat schlechte Träume vom Ereignis oder von anderen ^{B2} Sachen.	0	1	2	3	4	5
6. Mein Kind hat Flashbacks von dem Ereignis; es tut oder fühlt ^{B3} so als würde es immer wieder passieren.	0	1	2	3	4	5
7. Mein Kind ist lieber für sich alleine und nicht mit seinen ^{C4} Freunden zusammen.	0	1	2	3	4	5
8. Mein Kind fühlt sich einsam und anderen Personen nicht so ^{C5} nahe wie früher.	0	1	2	3	4	5
9. Mein Kind versucht nicht darüber zu sprechen, daran zu ^{C1} denken oder zu fühlen, was passiert ist.	0	1	2	3	4	5
10. Mein Kind hat Schwierigkeiten Freude oder Liebe zu fühlen. ^{C6}	0	1	2	3	4	5
11. Mein Kind hat Schwierigkeiten Traurigkeit oder Wut zu fühlen. ^{C6}	0	1	2	3	4	5
12. Mein Kind ist leicht zu erschrecken, zum Beispiel wenn er/sie ^{D5} ein lautes Geräusch hört oder überrascht wird.	0	1	2	3	4	5
13. Mein Kind kann schwer einschlafen oder wacht nachts oft auf. ^{D1}	0	1	2	3	4	5
14. Mein Kind denkt, dass es teilweise seine Schuld ist was ^{AF} passiert ist.	0	1	2	3	4	5

WIE VIEL ZEIT IM LETZTEN MONAT	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens	Weiß nicht
15. Mein Kind kann sich nur schwer an wichtige Teile davon erinnern, was passiert ist. <small>C₃</small>	0	1	2	3	4	5
16. Mein Kind hat Schwierigkeiten sich zu konzentrieren oder aufzupassen. <small>D₃</small>	0	1	2	3	4	5
17. Mein Kind versucht den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die sie/ihn daran erinnern, was passiert ist. <small>C₂</small>	0	1	2	3	4	5
18. Mein Kind hat körperliche Beschwerden, wenn es daran erinnert wird, was passiert ist, wie Herzasen, Kopf- oder Bauchschmerzen. <small>B₅</small>	0	1	2	3	4	5
19. Mein Kind denkt, dass es nicht lange leben wird. <small>C₇</small>	0	1	2	3	4	5
20. Mein Kind hat Angst, dass das schlimme Ereignis noch mal passiert. <small>A</small>	0	1	2	3	4	5
21. Mein Kind spielt Spiele oder zeichnet Dinge, die Teil davon sind was passiert ist. <small>B₁</small>	0	1	2	3	4	5

Auswertungsbogen zum UCLA PTSD REACTION INDEX Kinderversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person

Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Kinderversion	Score
Frage 1 (D4)	
Frage 2 (B4)	
Frage 3 (B1)	
Frage 4 (D2)	
Frage 5 (B2)	
Frage 6 (B3)	
Frage 7 (C4)	
Frage 8 (C5)	
Frage 9 (C1)	
Frage 10 oder 11 (C6)*	

Kinderversion	Score
Frage 12 (D5)	
Frage 13 (D1)	
Frage 15 (C3)	
Frage 16 (D3)	
Frage 17 (C2)	
Frage 18 (B5)	
Frage 19 (C7)	
Gesamt **	
* Trage den höheren Score ein. ** Summe der obigen Itemscores.	

Selbsturteil	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamt Score	0 bis 11	12 bis 24	über 24

Auswertungsbogen zum UCLA PTSD REACTION INDEX Jugendlichenversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Kinderversion	Score
Frage 1 (D4)	
Frage 2 (B4)	
Frage 3 (B1)	
Frage 4 oder 20 (D2)*	
Frage 5 (B2)	
Frage 6 (B3)	
Frage 7 (C4)	
Frage 8 (C5)	
Frage 9 (C1)	
Frage 10 oder 11 (C6)*	

Kinderversion	Score
Frage 12 (D5)	
Frage 13 (D1)	
Frage 15 (C3)	
Frage 16 (D3)	
Frage 17 (C2)	
Frage 18 (B5)	
Frage 19 oder 21 (C7)*	
Gesamt **	
* Trage den höheren Score ein. ** Summe der obigen Itemscores.	

Selbsturteil	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamt Score	0 bis 11	12 bis 24	über 24

Auswertungsbogen zum UCLA PTSD REACTION INDEX Elternversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person

Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Ausgefüllt von:	Heutiges Datum:

Kinderversion	Score
Frage 1 (D4)	
Frage 2 (B4)	
Frage 3 oder 21 (B1)*	
Frage 4 (D2)	
Frage 5 (B2)	
Frage 6 (B3)	
Frage 7 (C4)	
Frage 8 (C5)	
Frage 9 (C1)	
Frage 10 oder 11 (C6)*	

Kinderversion	Score
Frage 12 (D5)	
Frage 13 (D1)	
Frage 15 (C3)	
Frage 16 (D3)	
Frage 17 (C2)	
Frage 18 (B5)	
Frage 19 (C7)	
Gesamt **	
* Trage den höheren Score ein. ** Summe der obigen Itemscores.	

! Achtung: SCORE VON 5 (Weiss nicht) ALS NULL WERTEN!

Selbsturteil	Unauffällig	Grenzwertig	Auffällig
Gesamt Score	0 bis 11	12 bis 24	über 24

Diagnosecheckliste zum UCLA PTSD REACTION INDEX Kinderversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Cluster A (Traumatisches Ereignis)			Kriterium A erfüllt (Ereignis + A1 oder A2)
Ereignis: Fragen 1–14: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein	
A1: Fragen 16–22: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein	
A2: Fragen 23–27: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein	

Cluster B (Wiedererleben)	Score	Anzahl erfüllter B-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2) 	Mind. 1 B-Symptom erfüllt ja nein
Frage 2 (B4)			
Frage 3 (B1)			
Frage 5 (B2)			
Frage 6 (B3)			
Frage 18 (B5)			

Cluster C (Vermeidung)	Score	Anzahl erfüllter C-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2) 	Mind. 1 C-Symptom erfüllt ja nein
Frage 7 (C4)			
Frage 8 (C5)			
Frage 9 (C1)			
Frage 10 oder 11 (C6)*			
Frage 15 (C3)			
Frage 17 (C2)			
Frage 19 (C7)			

*Trage den höheren Score ein!

Cluster D (Hyperarousal)	Score	Anzahl erfüllter D-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2) 	Mind. 2 D-Symptom erfüllt ja nein
Frage 1 (D4)			
Frage 4 (D2)*			
Frage 12 (D5)			
Frage 13 (D1)			
Frage 16 (D3)			

PTBS ICD-10

Keine Diagnose

PTBS DSM-IV **Noch mind. 2 weitere C-Symptome erfüllt**

Diagnosecheckliste zum UCLA PTSD REACTION INDEX Jugendlichenversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Cluster A (Traumatisches Ereignis)		Kriterium A erfüllt (Ereignis + A1 oder A2)	→ → → →	
Ereignis: Fragen 1–14: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja Nein	↓ ja ↓ nein →	↓
A1: Fragen 16–22: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja Nein		↓	↓
A2: Fragen 23–27: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja Nein		↓	↓
Cluster B (Wiedererleben)		Anzahl erfüllter B-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 1 B-Symptom erfüllt	
Frage 2 (B4)	Score	ja nein →	↓
Frage 3 (B1)			↓	↓
Frage 5 (B2)			↓	↓
Frage 6 (B3)			↓	↓
Frage 18 (B5)				↓
Cluster C (Vermeidung)		Anzahl erfüllter C-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 1 C-Symptom erfüllt	
Frage 7 (C4)	Score	ja nein →	↓
Frage 8 (C5)			↓	↓
Frage 9 (C1)			↓	↓
Frage 10 oder 11 (C6)*			↓	↓
Frage 15 (C3)				↓
Frage 17 (C2)				↓
Frage 19 oder 21 (C7)				↓
		*Trage den höheren Score ein!		
Cluster D (Hyperarousal)		Anzahl erfüllter D-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 2 D-Symptom erfüllt	
Frage 1 (D4)	Score	ja nein →	↓
Frage 4 oder 20 (D2)			↓	↓
Frage 12 (D5)			↓	↓
Frage 13 (D1)				↓
Frage 16 (D3)				↓
		*Trage den höheren Score ein!		

PTBS ICD-10

Keine Diagnose

PTBS DSM-IV → Noch mind. 2 weitere C-Symptome erfüllt

Diagnosecheckliste zum UCLA PTSD REACTION INDEX Elternversion

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Cluster A (Traumatisches Ereignis)	Kriterium A erfüllt (Ereignis + A1 oder A2)	
Ereignis: Fragen 1–14: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein
A1: Fragen 16–22: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein
A2: Fragen 23–27: mind. 1 mit »Ja« beantwortet	Ja	Nein

Cluster B (Wiedererleben)	Score	Anzahl erfüllter B-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 1 B-Symptom erfüllt
Frage 2 (B4)		ja nein →
Frage 3 oder 21 (B1)		↓
Frage 5 (B2)		↓
Frage 6 (B3)		↓
Frage 18 (B5)		↓
		*Trage den höheren Score ein! Achtung: Score von 5 (Weiß nicht) als 0 werten!	↓

Cluster C (Vermeidung)	Score	Anzahl erfüllter C-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 1 C-Symptom erfüllt
Frage 7 (C4)		ja nein →
Frage 8 (C5)		↓
Frage 9 (C1)		↓
Frage 10 oder 11 (C6)*		↓
Frage 15 (C3)		↓
Frage 17 (C2)		↓
Frage 19 (C7)		↓
		*Trage den höheren Score ein! Achtung: Score von 5 (Weiß nicht) als 0 werten!	↓

Cluster D (Hyperarousal)	Score	Anzahl erfüllter D-Symptome: (Score ≥ Cut-off von 2)	Mind. 2 D-Symptom erfüllt
Frage 1 (D4)		ja nein →
Frage 4 (D2)		↓
Frage 12 (D5)		↓
Frage 13 (D1)		↓
Frage 16 (D3)		↓
		Achtung: Score von 5 (Weiß nicht) als 0 werten!	↓

PTBS ICD-10

Keine Diagnose

PTBS DSM-IV Noch mind. 2 weitere C-Symptome erfüllt

Kurzversion UCLA PTSD REACTION INDEX

©2001 Robert Pynoos, M.D., Alan Steinberg, Ph.D.
Copyright deutsche Version Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person	
Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
	Heutiges Datum:

Hier ist eine Liste von Problemen, die Personen haben können, nachdem sie sehr schlimme Dinge erlebt haben. Bitte denke an das schlimmste Ereignis, das Dir passiert ist. Kreise dann eine der Zahlen (0, 1, 2, 3 oder 4) ein, die angibt, wie oft Du das Problem im letzten Monat hattest.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Meistens
1. Wenn mich etwas an das Ereignis erinnert, werde ich ganz durcheinander, ängstlich oder traurig.	0	1	2	3	4
2. Mir kommen schlechte Gedanken, Bilder oder Geräusche von dem Ereignis in den Sinn, obwohl ich das nicht möchte.	0	1	2	3	4
3. Ich fühle mich grantig, wütend oder verärgert.	0	1	2	3	4
4. Ich versuche nicht darüber zu reden, daran zu denken oder zu fühlen was passiert ist.	0	1	2	3	4
5. Ich kann schwer einschlafen oder wache nachts oft auf.	0	1	2	3	4
6. Ich habe Schwierigkeiten mich zu konzentrieren oder aufzupassen.	0	1	2	3	4
7. Ich versuche den Personen, Orten oder Dingen fernzubleiben, die mich an das Ereignis erinnern.	0	1	2	3	4
8. Ich träume davon, was passiert ist, oder habe andere schlechte Träume.	0	1	2	3	4
9. Ich fühle mich innerlich einsam und anderen Menschen nicht nahe.	0	1	2	3	4

Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Angaben zur Person

Name des Kindes:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:	
Ausgefüllt von:	Heutiges Datum:

Entwicklung:

1. Zeigt das Kind Auffälligkeiten in der Entwicklung?

- nein
 ja:



- Sprache
 Motorik
 Körperlich (z.B. Minderwuchs, Mikrocephalie)
 Intellektuell:



- Lernbehinderung
 Geistige Behinderung (leicht, mittel, schwer)
 Teilleistungsstörung:

2. Wurde bereits ein Entwicklungstest durchgeführt?

- nein
 ja:

3. Welche Fördermaßnahmen sind indiziert?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie (Krankengymnastik) | <input type="checkbox"/> Therapie einer Teilleistungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Psychomotorikgruppe | <input type="checkbox"/> andere: |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | <input type="checkbox"/> sonderpädagogische Förderung | |

4. Wurden bereits Fördermaßnahmen eingeleitet?

- nein
 ja:

Allgemeine körperliche Gesundheit:

Wurde das Kind von seiner aktuellen Pflegefamilie zu einer umfassenden Abklärung seines Gesundheits- und Entwicklungszustandes beim Kinderarzt vorgestellt?

- nein
 ja, Ergebnis:

Wurde das Kind zu den regulären Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt?


- nein
 ja, Besonderheiten:

Psychische Gesundheit:

1. Liegen beim Kind Verhaltensprobleme vor?

- nein
 ja:

2. Wenn ja: Wurde es durch seine aktuelle Pflegefamilie bereits zur Diagnostik und Behandlung vorgestellt?

- nein
 ja:  Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

2. Wurde bereits ein Entwicklungstest durchgeführt?

- nein
 ja:

3. Konnte eine notwendige Behandlung/ Therapie bereits eingeleitet werden?

- nein
 ja:

Beratungsbedarf der Pflegeeltern

Welche Unterstützung brauchen die Pflegeeltern im Umgang mit den Verhaltensproblemen des Kindes?
Sind Maßnahmen zur Sicherung des Pflegeverhältnisses notwendig?

.....
.....
.....
.....
.....

Beratungsbedarf der leiblichen Eltern

Welche Unterstützung brauchen die leiblichen Eltern im Umgang mit der Pflegefamilie und dem Kind?

.....
.....
.....
.....
.....

Beratungsbedarf der Pflegeeltern und leiblichen Eltern

Gibt es Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Pflegeeltern und leiblichen Eltern und welche Hilfen sind hier notwendig?

.....
.....
.....
.....
.....

Ärztliche Stellungnahme zur Planung einer Eingliederungshilfe

Vertrauliche Stellungnahme (§ 203 StGB und § 76 SGB X)
nach § 35a SGB VIII (KJHG),
nach § 53 SGB XII (nur amts- oder landesärztliche Stellungnahme)

Angaben zur Person


Name des Kindes:	Personensorgeberechtigte:
Geburtsdatum:	Andere wesentliche Erziehungspersonen:
Wohnort:	
Schule:	

Mit Einwilligung der/des Personensorgeberechtigten vom
nehme(n) ich/wir zur Hilfeplanung Stellung
(Nichtzutreffendes bitte streichen):

- aufgrund unserer persönlichen Untersuchung und Aktenkenntnis vom
- aufgrund unserer stationären Behandlung von/seit bis
- aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit bis
- aufgrund unserer teilstationären Behandlung von/seit bis

1. 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 (genannt werden 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.

Die seelische Gesundheit

- weicht aufgrund dieses Störungsbildes länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand ab. ja
 nein
- wenn »nein«, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen. ja
 nein

1.1 Störungsbild/Erkrankung

1.1.1 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:

.....
.....

1.1.2 Körperliche Erkrankungen:

.....
.....

! Nur bei der **KOMBINATION KÖRPERLICHE ERKRANKUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNG BZW. GEISTIGE BEHINDERUNG UND PSYCHISCHE STÖRUNG ZU BEANTWORTEN:**

Resultiert die Beeinträchtigung der Teilhabe allein bzw. ganz überwiegend aus der psychischen Störung infolge der körperlichen Erkrankung bzw. der geistigen Behinderung?

- ja nein

Ist aufgrund des Störungsbildes unter 1.1. nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eintreten wird? (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 bei der Einschätzung einer drohenden Behinderung relativ irrelevant).

1.2 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)

1.3 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.

1.4 Familiäre Belastungen

- 1.4.0 Keine Angaben möglich
- 1.4.1 Belastende intrafamiliäre Beziehungen
- 1.4.2 Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderungen in der Familie
- 1.4.3 Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
- 1.4.4 Belastende Erziehungsbedingungen

- 1.4.5 Akute belastende Lebensereignisse
- 1.4.6 Gefährdung möglicherweise durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch
- 1.4.7 Chronische Belastungen im Zusammenhang mit Schule und Arbeit

1.5 Schweregrad (globale Einschätzung)

- 1.5.0 Hervorragende oder gute soziale Anpassung auf allen Gebieten
- 1.5.1 Befriedigende soziale Anpassung mit vorübergehenden oder geringgradigen Schwierigkeiten in lediglich einem oder zwei Bereichen
- 1.5.2 Leichte soziale Beeinträchtigung mit leichten Schwierigkeiten in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.3 Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.4 Deutliche soziale Beeinträchtigung in mindestens einem oder zwei Bereichen
- 1.5.5 Deutliche und 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. Beschreibung der sozialen Beeinträchtigung bei der Teilhabe in der Schule und Gesellschaft, welche sich aus der beschriebenen Problematik ergibt. – Förderungsbedarf.

.....

Es handelt sich somit aus ärztlicher Sicht um

- eine (drohende) seelische Behinderung
- eine wesentliche körperliche bzw. geistige Behinderung
- eine Mehrfachbehinderung

3. Vorschlag zur Umsetzung der Hilfen (Facilitation)

3.1 Eingliederungshilfe (gemäß §§ 54, 55, 56 SGB XII bzw. § 35a KJHG)

.....
.....

3.2 Andere Hilfen und Therapien sowie Heilmittel finanziert durch andere Kostenträger

.....
.....

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?

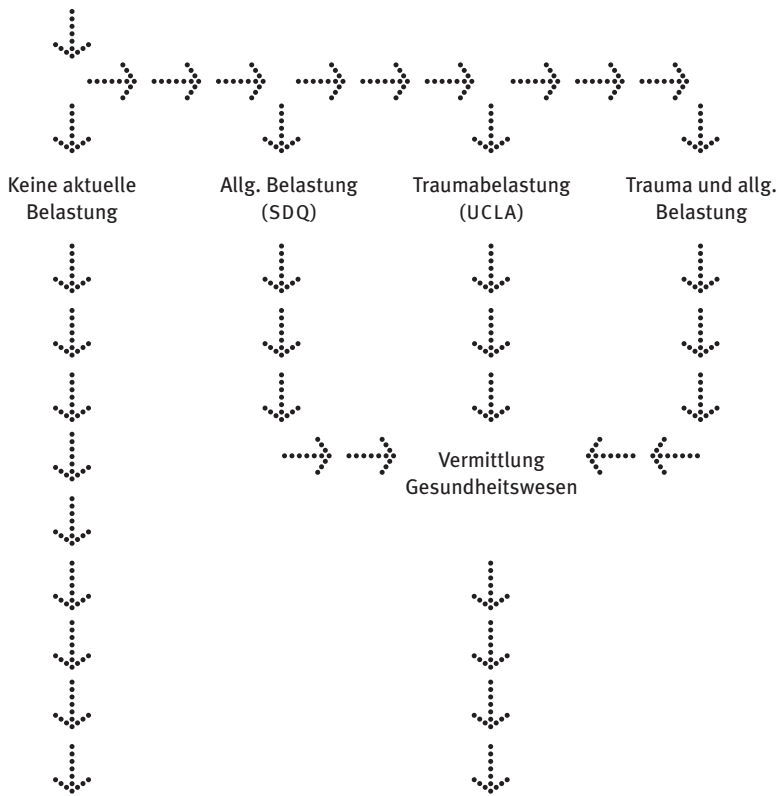
 ja nein**4. Hilfekonferenz unter Teilnahme des Arztes aus ärztlicher Sicht erforderlich?** ja nein**5. Wiedervorstellung zur Feststellung der Effektivität der Maßnahme empfohlen in** 1/2 Jahr 1 Jahr 2 Jahren

.....
Datum, Unterschrift
Facharzt/ärztin KJPP / Ki.- u. Jgdl.psychotherapeut/in
(Name in Druckbuchstaben)

Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2010

Screening anhand von Fragebögen



Notiz Ergebnis:

.....

.....

.....

.....

Notiz Sammlung Vorstellungsmöglichkeiten:

.....

.....

.....

.....

Notiz Diagnostische Begutachtung (§ 35a SGB VIII) ergab:

.....

.....

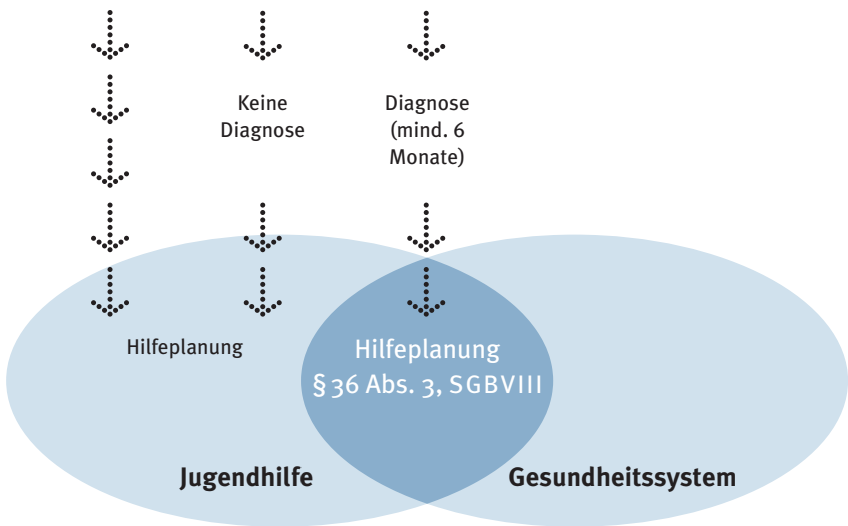
Notiz Hilfensammlung:

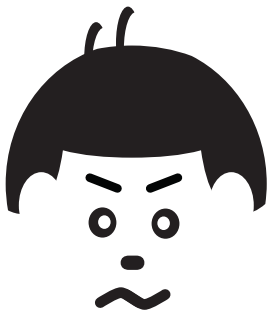
.....

.....

.....

.....





Ein hoher Anteil von Kindern und Jugendlichen hat vor der Unterbringung in einer Pflegefamilie angstbesetzte Situationen wie z. B. körperliche und/oder emotionale Misshandlung, sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung erlebt.

In vielen Fällen kommen Beziehungsabbrüche und Bezugspersonenwechsel hinzu. Die Gesamtheit der genannten psychosozialen Belastungen erschwert die Entwicklung einer sicheren Bindung, so dass traumatisierten Pflegekindern häufig eine wesentliche Voraussetzung für ihre ungestörte Entwicklung fehlt. Außerdem weisen Pflegekinder gehäuft Rückstände in ihrer funktionellen Entwicklung (Motorik, Sprache, andere erworbene Fähigkeiten) auf, da ihnen zu wenig Anregung und Förderung zuteil wurde. Zudem kommt es meist auch zu einer großen Belastung für das Pflegekind und dessen Umfeld, was sich besonders durch vermehrte Auseinandersetzungen in der Pflegefamilie zeigen kann sowie zu einem Leistungsknick, zu einem sozialen Rückzug und zu einem Interessenverlust.

Was sind typische Verhaltensmuster traumatisierter Kinder?

Traumatisierten Kindern fehlt vielfach das Gefühl der Sicherheit in Beziehungen. Das kann dazu führen, dass sie misstrauisch bleiben und mit normaler Rückversicherung nicht beruhigt werden können. Im Einzelfall können misshandelte und missbrauchte Kinder ihre Opferrolle wiederholen, indem sie in ihrer Pflegefamilie erneute Misshandlungen oder sexuelle Übergriffe provozieren. Diesen »Beziehungsfallen« zu entgehen, stellt bisweilen hohe Anforderungen an Pflegeeltern und andere Bezugspersonen.

Weitere Probleme können entstehen, wenn durch traumabezogene Schlüsselreize Ängste und/oder Erregungszustände bei Pflegekindern ausgelöst werden. Dies kann

auch abends in der Einschlafsituation oder nachts durch Alpträume zu erheblichen Irritationen des Kindes führen. Bei Unruhezuständen fehlt es traumatisierten Kindern häufig an Selbststeuerungs- und Selbstberuhigungsstrategien, so dass sie ihre Ängste und Erregungszustände ohne Rücksicht auf evtl. negative Konsequenzen ausleben.

Wie erkennt man Hinweise auf eine Belastungsreaktion?

Ein oder mehrere traumatische Ereignisse, die das Pflegekind selbst und/oder als Zeuge erlebt hat, können gleichzeitig zu körperlichen und psychischen Reaktionen führen. Folgende 3 typische Symptombereiche werden bei einer Belastungsreaktion unterschieden:

WIEDERERLEBEN des traumatischen Ereignisses, z. B. durch wiederkehrende belastende Erinnerungen, Bilder, Wahrnehmungen, Gedanken und Träume, sowie starke psychische und körperliche Reaktionen, wenn man sich in Situationen befindet, die dem Trauma, manchmal auch auf kaum bemerkbare Art und Weise, ähneln. Jüngere Kinder spielen häufig das traumatische Ereignis nach oder malen es auf.

VERMEIDUNG von Situationen, Orten, Personen, Gedanken, Gefühlen und Gesprächen, die an das Trauma erinnern, die Unmöglichkeit, sich an das Ereignis oder Teile davon zu erinnern sowie die Abnahme von Interessen, Aktivitäten, Gefühlen und Zukunftsplänen. Jüngere Kinder haben häufig weniger Lust zu spielen.

ERHÖHTE KÖRPERLICHE ERREGUNG, die sich in Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, übermäßiger Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit äußern kann. Jüngere Kinder wirken häufig wie in einem Dämmerzustand oder zeigen Übelkeit, Kopf- und Bauchschmerzen.

Bei jüngeren Kindern kommt es gehäuft zusätzlich auch zu Ängsten, Aggressivität, dem Verlust von bereits erlern-

ten Fähigkeiten wie z.B. erneutem Einnässen und zu einem nicht dem Alter entsprechenden Verhalten bei dem ein Grundschulkind beispielsweise plötzlich in eine Babysprache wechselt.

Belastungsreaktionen treten bei fast allen Menschen auf, die einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt waren und gehören zum normalen Verarbeitungsprozess. Die meisten Menschen erholen sich von den Folgen eines traumatischen Ereignisses, die Belastungsreaktionen nehmen mit der Zeit ab und verschwinden dann gänzlich.

An die Möglichkeit, dass sich eine Belastungsstörung entwickelt, sollte gedacht werden, wenn Symptome 4 Wochen oder länger bestehen. Es ist auch möglich, dass diese Symptome erst einige Wochen, Monate oder Jahre nach dem Ereignis auftreten.

Was ist bei der Aufnahme eines traumatisierten Kindes in die Pflegefamilie zu beachten?

Trotz widrigster Erfahrungen in ihren Herkunftsfamilien verhalten sich Pflegekinder gegenüber ihren biologischen Eltern/Familien meistens loyal und haben oft eine emotionale Bindung. Dies zu beachten ist für ihre weitere Entwicklung wesentlich. Der Kontakt des Kindes zu seinen nicht misshandelnden Eltern sollte daher weiterhin unterstützt werden.

Eine Fremdunterbringung wird von einem traumatisierten Kind nicht unbedingt als eine Hilfe erlebt, sondern löst in der Regel zunächst eine tiefgreifende Verunsicherung und Loyalitätskonflikte zwischen dem alten und neuen Familiensystem aus. Oft erschweren negative Beziehungsvorerfahrungen den Kontaktaufbau mit der Pflegefamilie. Von zentraler Bedeutung sind bei der Aufnahme eines Kindes daher der Respekt für seine Lebensgeschichte und seine Loyalitätsbindungen sowie ein hohes Maß an Verlässlichkeit und konstanter Fürsorge. Um Ängste des Kindes abzubauen, ist es besonders wichtig, dem Kind Sicherheit zu vermitteln.

Soll ich mit dem Pflegekind über seine traumatischen Erfahrungen sprechen?

Ja, jedoch nicht unter allen Umständen. Mitunter drücken Pflegekinder Gefühle, die sich auf ihre traumatischen Erlebnisse beziehen in erwünschten Verhalten aus, anstatt über sie zu sprechen. Dann ist es den Kindern evtl. nicht bewusst, welche Erfahrungen sie in ihrem Verhalten beeinflussen, und es wäre unangemessen, das Verhalten des Kindes zu »deuten«. Beginnt ein Kind allerdings von sich aus, von traumatischen Situationen oder Erlebnissen zu sprechen, sollten Pflegeeltern unbedingt aufmerksam und interessiert zuhören, ohne gleich in eine wertende Haltung (z. B. gegenüber misshandelnden Eltern) zu verfallen. Traumatisierte Kinder testen häufig, ob sie Personen ihres Vertrauens wirklich mit belastenden Erinnerungen konfrontieren können, ohne diese zu überfordern. Auch möchten sie herausfinden, ob ihnen wirklich geglaubt wird. Für die Vertrauensbildung ist es dann sehr wichtig, dem Kind zunächst einmal zuzuhören und durch emphatische Reaktionen zu spiegeln, was man verstanden hat, indem man sich in die Perspektive des misshandelten, vernachlässigten, oder missbrauchten Kindes hineinversetzt. Wichtig ist auch, dass Pflegeeltern sich nicht in eine »Detektivrolle« begeben, sondern vielmehr sich um ein Verständnis der inneren Situation des Kindes bemühen und dem Kind in der momentanen Realität seiner Lebenssituation größtmögliche Sicherheit vermitteln.

Wie kann ich mich auf typische Verhaltensmuster einstellen?

Pflegeeltern können ihre traumatisierten Kinder am besten unterstützen, wenn sie auf deren fehlende Selbststeuerungsfunktionen eingehen, indem sie innere Spannungen des Kindes abfangen und dosiert an die Kinder rückmelden.

Allmählich bauen sich so beim Pflegekind die Kompetenzen und Bewältigungsstrategien auch in belastenden Situationen auf. Das Gefühl von Stabilität kann durch eine

Rückkehr zur Normalität gesteigert werden. Dies kann durch das Einhalten bestimmter Tagesabläufe und Rituale sowie durch konsequente und konstante Grenzsetzungen umgesetzt werden. Beispielsweise können zunächst allabendliche Hilfen in Einschlafsituationen erforderlich sein, solange bis sich durch regelmäßig praktizierte Einschlafrituale und persönliche Anwesenheit eine genügende Sicherheit eingestellt hat, so dass das Kind bereit ist, allein einzuschlafen. Ungünstig sind dagegen eher rigide erzieherische Maßregeln in Konfliktsituationen, weil sie zu Eskalationen von gegenseitiger Erregung führen können, bis hin zu entgleisenden Konflikten mit gegenseitig ausagierter körperlicher Gewalt. Andererseits ist es wichtig, einem Kind, das Gewalt und unangemessene Sexualisierung als »normale« Verhaltensmuster in Beziehungen erlebt hat, andere Modelle für die Gestaltung von Beziehungen zu vermitteln. Gelingt es, auf längere Sicht die Wiederholung negativer Interaktionen zu vermeiden, kann das Kind so im Rahmen korrigierender Beziehungserfahrungen sein Verhaltensrepertoire erweitern und sich psychosozial besser anpassen.

Was tun, wenn ich eine Belastungsreaktion vermute?

Wenn Sie eine Belastungsreaktion bei ihrem Pflegekind vermuten, sollten Sie sich mit ihrem Jugendamtsmitarbeiter absprechen, um bei einem Psychotherapeuten, Psychologen oder Arzt eine ausführliche Diagnostik und gegebenenfalls eine Behandlung zu veranlassen.

Wenn eine vorliegende Belastungsstörung nicht psychotherapeutisch behandelt wird, können daraus schwerwiegende Probleme für den Betroffenen und sein Umfeld entstehen. In vielen Fällen können die beschriebenen Symptome bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben und sich noch verstärken oder es können sich weitere psychische Störungen entwickeln.

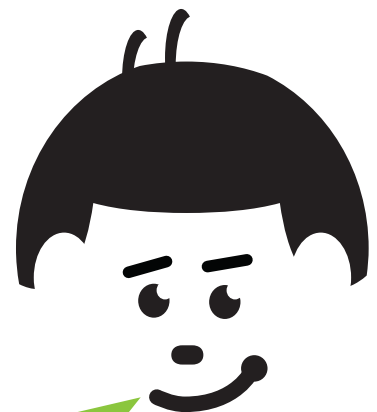
Weite Informationen und praktische Tipps zum Vorgehen

dazu können Sie folgendem Praxismanual entnehmen:

OSWALD, S. H., ERNST, C., GOLDBECK, L. (2011). Interdisziplinäre Versorgung von Pflegekindern an der Schnittstelle von Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Online verfügbar unter: <http://www.uniklinik-ulm.de/index.php?id=1420>

Übersicht: Was kann ich konkret tun?

- Nehmen Sie Erzählungen ernst und glauben sie Ihrem Pflegekind.
- Betonen Sie, dass ihr Pflegekind keine Schuld trägt.
- Loben Sie ihr Pflegekind dafür, dass es Vertrauen und Mut hat darüber zu sprechen.
- Zeigen Sie ihrem Pflegekind, dass es über sein Erlebtes sprechen darf, aber drängen sie nicht.
- Überlegen Sie gemeinsam mit dem Kind wie es nun weiter gehen soll.
- Fordern Sie Hilfe bei Fachleuten ein.



**»MIR WURDE
GEHOLFEN!«**

Viele Kinder leben bei einer Pflegefamilie. Häufig haben sie in der Vergangenheit etwas Schlimmes erlebt.



Manche Kinder haben nicht genug zu Essen oder zu Trinken oder saubere Kleidung bekommen oder wurden lange alleine gelassen.



Andere Kinder wurden geschlagen, getreten oder anders schwer verletzt. Oder sahen wie die Eltern sich wehgetan haben oder wie einem Geschwister wehgetan wurde.



Andere Kinder wurden an intimen Körperteilen, wie der Brust, der Scheide, dem Penis berührt oder sollten intime Körperteile anderer berühren, obwohl sie das nicht wollten. Oder sollten dabei zuschauen.

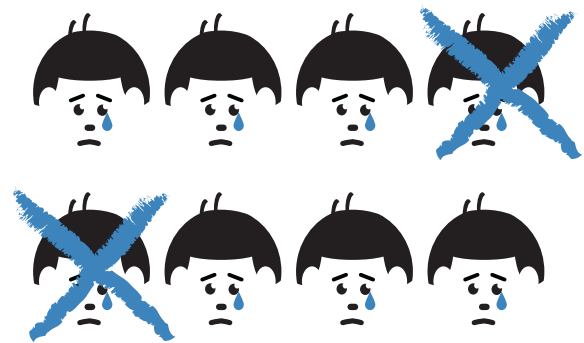


Wieder andere Pflegekinder haben anderes erlebt: einen Unfall, eine schmerzhafte Krankenhausbehandlung, eine geliebte Person ist gestorben ...

Viele Kinder, die in einer Pflegefamilie leben, kennen ein oder auch mehrere solcher Situationen. Situationen bei denen Gefahr drohte oder jemand tatsächlich verletzt wurde und man sich ängstlich, entsetzt, durcheinander oder hilflos fühlte

Was passiert mit einem wenn man etwas Schlimmes erlebt hat?

Wenn man etwas Schlimmes erlebt, fühlen sich fast alle Menschen erstmal furchtbar. Manchen geht es dann von alleine wieder besser. Anderen aber nicht. Ungefähr jedem 3. bis 4. Kind (und Erwachsenen) geht es von alleine nicht wieder besser.



Wer ist eigentlich Schuld?

Manche Kinder glauben, dass es ihre Schuld ist, dass die schlimmen Dinge passiert sind. Das ist aber nicht richtig, denn wenn es Ärger zwischen Kindern und Erwachsenen gibt, dann ist es die Aufgabe des Erwachsenen die Situation gut zu lösen.

Erwachsene können das aber nicht gleich gut. Manche Erwachsene haben zum Beispiel selbst Probleme, die sie belasten. Wenn jemand selbst belastet ist fällt es ihm meist schwer sich um andere zu kümmern.

Trotz der schlimmen Dinge, die passiert sind, haben die meisten Kinder ihre Eltern lieb. Das ist auch normal, denn es gab ja meist auch schöne Sachen, die man zusammen gemacht hat.

Was ist eine Belastungsreaktion?

Kinder und auch Erwachsene, die eine Belastungsreaktion haben, erleben das schlimme Ereignis in Gedanken immer wieder, sie versuchen Dinge, die daran erinnern,

zu vermeiden und ihr Körper ist dann auch noch überaktiviert. Es kommt entweder alles von dem zusammen oder nur manches vor.

So kann das dann zum Beispiel aussehen:

**Was kann eine Belastungsreaktion in der Zukunft machen?**

Eine solche Belastungsreaktion verschwindet meist nicht von alleine. Die betroffenen Kinder fühlen oft eine gro-

ße Belastung, Unwohlsein, haben oft Probleme in der Schule, mehr Streit mit Freunden und mehr Streit mit der Pflegefamilie. Das Leben ändert sich meist auf recht drastische Art und Weise.

Was kann man gegen eine Belastungsreaktion tun?

Der erste Schritt, um sich wieder besser zu fühlen, ist zu erkennen, dass man sich nicht gut fühlt. Außerdem sollte man den Wunsch haben etwas verändern zu wollen. Hilfreich ist darüber zu sprechen, wenn man sich belastet fühlt, oder Probleme in der Schule, mit Freunden oder in der Pflegefamilie hat. Sprechen sollte man mit jemandem, der sich mit Belastungsreaktionen auskennt. Das sind zum Beispiel Psychotherapeuten, Psychologen und Ärzte.

... und dann?

Wenn Du dem Psychotherapeuten, Psychologen oder Arzt von deiner Belastungsreaktion erzählt hast wird er dir sagen, welche Möglichkeiten du hast die Belastungsreaktion wieder los zu werden. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, da nicht jedes Kind gleich ist und nicht alle das Gleiche mögen.

Hier ein Beispiel: In einer Therapie triffst Du dich teilweise allein, teilweise zusammen mit Deinen Pflegeeltern oder Eltern mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin. Du lernst, wie Du mit unangenehmen Gedanken und Erinnerungen an das, was dir passiert ist, umgehen kannst, damit Du Dich wieder besser fühlst und besser zurecht kommst. Ihr übt wie sich dein Körper besser entspannen kann, so dass du dich wieder besser spüren kannst oder wieder besser konzentrieren kannst oder auch wieder besser schlafen kannst.



»MIR WURDE
GEHOLFEN!«



Viele Kinder leben bei einer Pflegefamilie. Häufig haben sie in der Vergangenheit etwas Schlimmes erlebt. Das kann zum Beispiel Vernachlässigung sein.

Vernachlässigung meint beängstigende, erschreckende, traurige Situationen in denen ein Kind über längere Zeit ...

- nicht genug zu Essen bekommt.
- nicht genug zu Trinken bekommt.
- keine saubere Kleidung bekommt.
- nicht gezeigt bekommt, dass es geliebt wird.
- fast nie von jemand angesprochen wird oder nicht mit ihm gespielt wird.
- alleine gelassen wird, so dass kein Erwachsener da ist, er aufpasst.
- keine Hilfe bei der Körperpflege (zum Beispiel beim Waschen, Zähneputzen) bekommt, oder keine Dinge, die man dafür braucht bekommt
- keine Hilfe bekommt, wenn es krank ist.

Es kommt entweder vieles von dem zusammen vor oder nur manches. Meistens passiert es öfters über lange Zeit.



»ICH HABE MIR WEH GETAN UND KEINER HILFT MIR!«

Wer ist eigentlich Schuld?

Manche Kinder glauben, dass es ihre Schuld ist, wenn sie vernachlässigt werden. Aber das ist nicht richtig. Denn es ist die Aufgabe der Erwachsenen sich um das Kind zu kümmern.

Die Eltern müssen dafür sorgen, dass das Kind alles hat was es zum Leben braucht. Das meint, dass sie dem Kind Essen, Trinken, Kleidung, ein Platz zum Schlafen und Sachen, mit denen es sich Waschen kann, geben. Außerdem meint das auch, dass die Eltern mit dem Kind Zeit verbringen, in der sie schauen, wie es dem Kind geht oder was miteinander machen und auch Probleme lösen.

Erwachsene können das aber nicht gleich gut. Manche Erwachsene haben zum Beispiel selbst Probleme, die sie belasten. Wenn jemand selbst belastet ist fällt es ihm meist schwer sich um andere zu kümmern.

Trotz der schlimmen Dinge, die passiert sind, haben die meisten Kinder ihre Eltern lieb. Das ist auch normal, denn es gab ja meist auch schöne Sachen, die man zusammen gemacht hat.

Einige Kinder, die in einer Pflegefamilie leben, können unterschiedliche Gefühle bei sich merken. Sie wünschen sich zum Beispiel zurück zu den Eltern gehen zu können und gleichzeitig finden sie es aber in der Pflegefamilie schön. Kinder müssen sich nicht entscheiden, ob sie die Eltern oder die Pflegeeltern lieber haben, denn man kann ja auch beide lieb haben.

Viele Kinder leben bei einer Pflegefamilie. Häufig haben sie in der Vergangenheit etwas Schlimmes erlebt. Das kann zum Beispiel Kindesmisshandlung sein. Kindesmisshandlung meint beängstigende, erschreckende und auch schmerzhaft Situationen, in denen ein Kind von einem Erwachsenen schlecht behandelt wird.



Körperliche Kindesmisshandlung

Wenn jemand einem Kind so weht tut, dass Gefahr droht oder jemand tatsächlich verletzt wird, nennt man das körperliche Kindesmisshandlung.



Emotionale Kindesmisshandlung

Wenn jemand die Gefühle eines Kindes schlecht behandelt, so dass sich das Kind wertlos, fehlerhaft oder ungeliebt fühlt oder denkt nur für die Bedürfnisse anderer da sein zu müssen, nennt man das emotionale Kindesmisshandlung.

Es kommt entweder vieles von dem zusammen oder nur manches vor. Meistens passiert es öfter über lange Zeit. Fast immer kommen körperliche und emotionale Kindesmisshandlung gleichzeitig vor.

Körperliche Misshandlung kann sein:

Stoßen, Anremeln, Zwicken, Kneifen, Drücken, Rütteln, Einklemmen, Schubsen, Schlagen, Treten, Würgen, Verbrennen, mit einem Gegenstand verletzen ...

Emotionale Misshandlung kann sein:

Beschimpfen, Beleidigen, Anschreien, Drohen, Spucken, Verbieten, Einsperren, Abweisen, schlecht reden, Benachteiligen, übertrieben Bestrafen ...

Wer begeht körperliche oder emotionale Kindesmisshandlung?

Erwachsene (zum Beispiel Eltern) oder ältere Kinder oder Jugendliche, die Kontrolle über das Kind ausüben, ohne dass das Kind dies möchte.

Wer ist eigentlich Schuld?

Manche Kinder glauben, dass es ihre Schuld ist, wenn Erwachsene ihren Körper oder ihre Gefühle verletzen. Aber das ist nicht richtig, denn wenn es Ärger zwischen Erwachsenen und Kindern gibt, dann ist es die Aufgabe des Erwachsenen die Situation gut zu lösen.

Erwachsene können das aber nicht gleich gut. Manche Erwachsene haben zum Beispiel selbst Probleme, die sie belasten.

Trotz der schlimmen Dinge die passiert sind, haben die meisten Kinder ihre Eltern lieb. Das ist auch normal, denn es gab ja meist auch schöne Sachen, die man zusammen gemacht hat.

Was ist eigentlich sexueller Kindesmissbrauch?

© Arbeitsgruppe Psychotraumatologie KJP Ulm, 2011, Informationsblatt für Pflegekinder

Anhang XI

SEITE 1 VON 2

Viele Kinder leben bei einer Pflegefamilie. Häufig haben sie in der Vergangenheit etwas Schlimmes erlebt. Das kann zum Beispiel sexueller Missbrauch sein.

Sexueller Kindesmissbrauch meint Situationen, in denen ein Erwachsener oder ein älteres Kind ein Kind dazu bringt ...

- sich nackt auszuziehen oder sich an intimen Körperteilen (wie der Brust, der Scheide, dem Penis) anzufassen, während dieser zuschaut,
- diesen an intimen Körperteilen mit der Hand, dem Mund oder anderen Körperteilen zu berühren,
- sich an intimen Körperteilen mit der Hand, dem Mund oder anderen Körperteilen berühren zu lassen,
- zuzuschauen wenn andere sich berühren.

Es kommt entweder vieles von dem zusammen vor oder nur manches. Selten passiert es nur einmal, meistens wiederholt es sich.

Das Kind möchte das nicht, aber der Erwachsene oder das ältere Kind macht es trotzdem, weil ihm das gefällt. Der Erwachsene oder das ältere Kind kann dabei grob vorgehen und das Kind zu diesen Dingen zwingen oder er kann so tun, als sei es ein Spiel oder er belohnt das Kind dafür. Dennoch ist es nicht okay, auch wenn die Person versucht, es angenehm zu machen und wenn das Kind es angenehm empfindet.



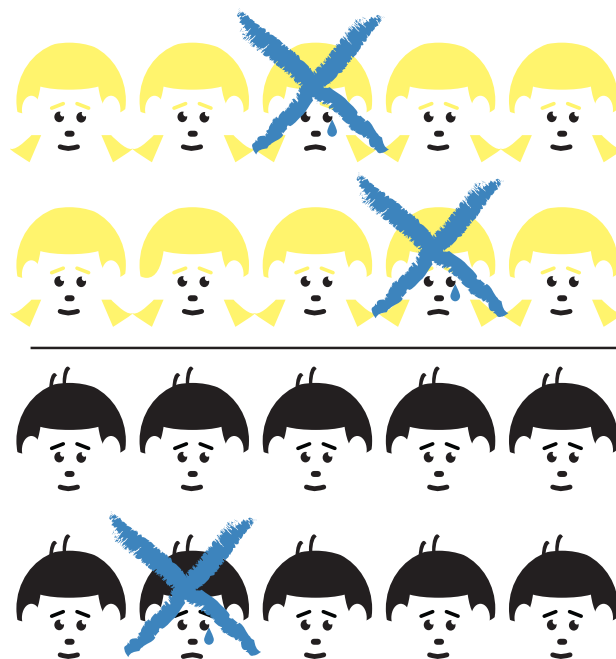
Diese Art von Berührungen ist nicht okay. Die Person, die so etwas tut, wird Sexualtäter genannt!

Wer wird sexuell missbraucht?

Sexueller Missbrauch passiert vielen Kindern. Es kann Jungen und Mädchen jeden Alters, jeder Religion und jeder Hautfarbe passieren. Einige Kinder, die sexuell missbraucht wurden, sind reich, andere sind arm und sie kommen alle aus verschiedenen Gegenden. Bis zum Alter von 18 Jahren wird eines von vier Mädchen und einer von sieben Jungen möglicherweise sexuell missbraucht.

Wer missbraucht Kinder sexuell?

Kinder können Täter nicht daran erkennen, wie sie aussehen, wie sie sich anziehen oder wie sie sich sonst verhalten. Oft ist der Täter nicht ein Fremder, sondern jemand, den das Kind sehr gut kennt. Der Täter kann ein Familienmitglied sein. Es kann zum Beispiel ein Verwandter (Elternteil, Onkel) oder jemand sein der das Kind sehr gut kennt (Freund der Familie, Nachbar). Die meisten Sexualtäter sind Männer, einige sind Frauen.



Wie fühlen sich Kinder, wenn sie sexuell missbraucht wurden?

Kinder können alle möglichen Gefühle als Reaktion auf sexuellen Missbrauch haben. Die sexuelle Berührung mag sich für einige Kinder gut anfühlen und vielleicht mögen sie die Person weiterhin, die das tut. Andere Kinder mögen andere Gefühle haben. Sie sind wütend auf die Person, die das macht oder sie haben Angst vor dieser Person. Andere Kinder können sich dafür schuldig fühlen, was passiert ist oder sich dafür schämen. Jedes dieser Gefühle ist okay.

Manchmal beeinflussen diese Gefühle das Verhalten. Ein Kind, das Angst hat, will vielleicht nicht mehr alleine schlafen oder nicht mehr allein bleiben. Manchmal Kinder fangen schnell an zu streiten und manchmal fühlen sie sich traurig und wollen allein bleiben. Manche Kinder sind noch eine lange Zeit nach dem Ende des sexuellen Missbrauchs durcheinander.

Warum erzählen Kinder oft nichts davon?

Manchmal sagt der Täter zum Kind, dass es den sexuellen Missbrauch geheim halten soll. Der Täter kann Tricks einsetzen, um zu verhindern, dass das Kind etwas erzählt. Der Täter sagt vielleicht, dass es die Schuld des Kindes ist oder dass dem Kind oder seiner Familie etwas passiert, wenn das Kind etwas erzählt. Das sind alles Tricks. Kein Kind ist dafür verantwortlich, was ein Erwachsener tut.

Manchmal bewahren die Kinder das Geheimnis, weil sie sich schämen, weil es ihnen peinlich ist oder weil sie Angst haben. Aus diesen Gründen erzählen viele Kinder nichts über ihren sexuellen Missbrauch oder sie brauchen längere Zeit, um den Mut zu finden etwas zu erzählen. Es hilft den Kindern wenn sie Erwachsenen solange davon erzählen, bis sie einen Erwachsenen treffen, der ihnen hilft.

Wie können Kinder mit sexuellem Missbrauch umgehen?

Alle Kinder müssen wissen, dass ihr Körper ihnen gehört. Wenn Dir eine Berührung unangenehm ist, kannst Du zu der betreffenden Person NEIN SAGEN. Manchmal ist es schwer nein zu sagen, besonders wenn Du ängstlich oder unsicher bist oder wenn es Dir peinlich ist. Dann ist die nächste Sache die Du machen kannst, zu gehen. GEH WEG von der Person. Und die nächste und wichtigste Sache, die Du tun kannst, ist ERZÄHLEN. Auch wenn dies ebenso schwer ist, ist es richtig, einem Erwachsenen davon zu erzählen, was passiert ist. Das Sprechen über den sexuellen Missbrauch bringt Erleichterung, auch wenn es am Anfang schwer sein kann. Das Sprechen, Schreiben und sogar das Malen kann Kindern, die sexuell missbraucht worden sind, dabei helfen, dass es ihnen nach einer Weile besser geht.



Viele Kinder leben bei einer Pflegefamilie. Häufig haben sie in der Vergangenheit etwas Schlimmes erlebt. Das kann zum Beispiel häusliche Gewalt sein.

Häusliche Gewalt meint beängstigende, erschreckende Situationen in denen ein erwachsenes Familienmitglied ein anderes Familienmitglied schlecht behandelt, so dass

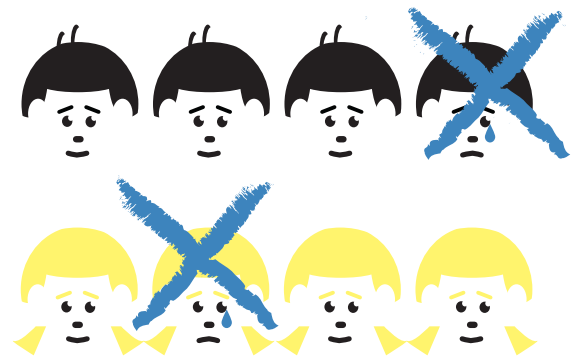
- Gefahr droht oder
- jemand tatsächlich verletzt wird.

Solche Ängste oder Verletzungen entstehen zum Beispiel durch:

- Beschimpfen
• Anschreien
• Drohen
• Verbieten
- Anspucken
• Stoßen
• Schlagen
• Mit einem Gegenstand ein
anderes Familienmitglied verletzen
- Einsperren
• Zu etwas Zwingen
• Angst machen

Wie viele Kinder erleben häusliche Gewalt?

Jedes Jahr erleben Millionen von Kinder häusliche Gewalt. Das heißt, ungefähr jedes 4. Kind beobachtet, wie die erwachsenen Familienmitglieder sich verletzen.



Oft ist die Gewalt so stark, dass Personen im Krankenhaus behandelt werden müssen und manchmal sind Verletzungen so schlimm, dass Personen sterben. Manchmal ist die Gewalt auch so stark, dass es sicherer für die Kinder ist woanders zu leben, zum Beispiel bei einer Pflegefamilie.

Wer ist eigentlich Schuld?

Manche Kinder glauben, dass es ihre Schuld ist, wenn Erwachsene sich streiten und sich schlimme Dinge antun. Aber das ist nicht richtig, denn wenn es Ärger zwischen Erwachsenen und auch zwischen Erwachsenen und Kindern gibt, dann ist es die Aufgabe des Erwachsenen die Situation gut zu lösen. Erwachsene können das aber nicht gleich gut. Manche Erwachsene haben zum Beispiel selbst Probleme, die sie belasten.

Kinder können den Streit zwischen den Erwachsenen nicht verhindern, auch wenn sie sich noch so sehr darum bemühen.







Trotz der schlimmen Dinge die passiert sind, haben die meisten Kinder ihre leiblichen Eltern lieb. Das ist auch normal, denn es gab ja meist auch schöne Sachen, die man zusammen gemacht hat.

Die aktuellen Dokumente stehen auch auf der Website des Universitätsklinikums Ulm zur Verfügung. Falls Sie diese PDF-Datei am Rechner ansehen und mit dem Internet verbunden sind, können Sie die Dokumente bei »klick« auf das PDF-Symbol öffnen, betrachten, ausdrucken oder auf Ihrem Rechner speichern.

Diagnostikinstrumente

I	Das Trauma / Loss Exposure Profile		
	a) Fragebogen		
	b) Dokumentation		
II	Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)		
	a) Fragebogen		
	b) Auswertungsblatt		
	c) Auswertungsschablone		
III	Der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ)		
	a) Fragebogen, Kinderversion		
	b) Fragebogen, Jugendlichenversion		
	c) Fragebogen, Elternversion		
	d) Auswertungsbogen – Kinderversion		
	e) Auswertungsbogen – Jugendlichenversion		
	f) Auswertungsbogen – Elternversion		
	g) Diagnosecheckliste, Kinderversion		
	h) Diagnosecheckliste, Jugendlichenversion		
	i) Diagnosecheckliste, Elternversion		
	j) Kurzversion des Fragebogens		

Materialien zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung

IV	Hilfreiche Fragen für die Hilfeplanung an der Schnittstelle zum Gesundheitssystem		
V	Die Stellungnahme nach § 35a SGB VIII (Beispiel aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm)		
VI	Checkliste zur interdisziplinären Pflegekinder-Versorgung		

Informationsmaterialien für Pflegekinder und Pflegeeltern

VII	Belastungen bei Pflegekindern (für Pflegeeltern)		
VIII	Belastungen bei Pflegekindern (für Kinder)		
IX	Was ist eigentlich Vernachlässigung? (für Kinder)		
X	Was ist eigentlich Kindesmisshandlung? (für Kinder)		
XI	Was ist eigentlich sexueller Missbrauch (für Kinder)		
XII	Was ist eigentlich häusliche Gewalt? (für Kinder)		

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
-psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm**
Zum Projekt »Traumaspezifische Diagnostik und
Behandlung von Pflegekindern und Sensibilisierung
der Helfersysteme für die speziellen Bedürfnisse
und Rahmenbedingungen von Pflegekindern«.

Gestaltung:
RiedelSchwarz

Illustration und Fotografie
Florian Riedel

Mit Unterstützung der
World Childhood Foundation

CHILDHOOD

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
STIFTERIN I. M. KÖNIGIN SILVIA VON SCHWEDEN

Juni 2011