

Klinisches Erstinterview: Falldaten & Orientierung



1

Stammdaten & Rahmenbedingungen des Erstkontakts

Erfassung der grundlegenden Falldaten, der anwesenden Bezugspersonen und des Überweisungskontexts zu Beginn der Erstkonsultation.

- Vorstellung aller anwesenden Bezugspersonen und Klärung der Freiwilligkeit des Kommens.
- Abklärung von Vordiagnostik, Vorfunden und bestehenden Schweigepflichtentbindungen.



Praxis-Hinweis: Schweigepflicht & Transparenz

Klären Sie zu Beginn altersgerecht die Vertraulichkeit und deren gesetzlichen Grenzen (z. B. akute Eigen- oder Fremdgefährdung) sowohl gegenüber den Eltern als auch transparent gegenüber dem Kind.



Name des Kindes / Jugendlichen,
Geburtsdatum & Alter:

.....



Begleitpersonen (Eltern, Erziehungsberechtigte,
Pflegeeltern):

.....



Überweisung / Anlass gegeben durch
(z. B. Kinderarzt, Schule, SPZ, Selbstmelder):

.....



Bisherige therapeutische oder psychiatrische
Vorkontakte:

.....

2

Beziehungsaufbau, Warming-up & Setting-Strukturierung

Strukturierte Orientierungsphase zur Senkung von Schwellenängsten, Erklärung des Ablaufs und Etablierung eines wertschätzenden Arbeitsbündnisses.

- Erklärung des Zwecks des Kennenlerngesprächs ohne Bewertungsdruck.
- Transparente Zeit- und Raumstruktur: Gemeinsamer Beginn, anschließende Einzelsequenzen.



Beispielformulierung Warming-up

„Hier bei mir muss niemand Prüfungen bestehen. Wir finden gemeinsam heraus, was bei euch schon super klappt und wo es manchmal ganz schön schwer ist.“

Schritt 1:

Begrüßungsritual & Raumorientierung



Kind und Eltern das Spielzimmer und die Sitzcken zeigen. Freie Platzwahl ermöglichen und das Materialangebot kurz vorstellen.

Schritt 2:

Rollenklärung & Zeitplan



Den 50- bis 90-minütigen Rahmen transparent machen: Erst gemeinsam sprechen, dann Zeit für das Kind alleine zum Spielen/Sprechen, danach kurzes Eltern-Update.



Beobachtetes Kontaktverhalten des Kindes beim Ankommen
(z. B. Blickkontakt, Anklammern, Neugier):

.....



Wünsche und geäußerte Befürchtungen bezüglich des Termins:

.....

Problemexploration & Funktionale Verhaltensanalyse

3. Symptomexploration: Perspektive der Eltern & Bezugspersonen



Detaillierte Erfassung der Leitsymptomatik aus Sicht der primären Bezugspersonen nach verhaltenstherapeutischen Kriterien.

- ☐ Beginn, Dauer, Häufigkeit und situative Auslöser der Kernsymptomatik.
- ☐ Bisherige Bewältigungsversuche und deren kurz- bzw. langfristige Wirksamkeit.



Hauptvorstellungsgrund / Leitsymptom aus Elternsicht (konkrete Situationsbeispiele):

.....

.....

.....



Erstmaliges Auftreten, Verlauf (kontinuierlich vs. episodisch) und Auslöser:

.....

.....

.....



Erzieherische Reaktionen & bisherige Lösungsstrategien der Familie:

.....

.....

.....

4. Klinisches Rating: Funktionale Verhaltensanalyse (S-O-R-K-C)



Strukturierte Einstufung relevanter Bedingungsfaktoren der Problematik im familiären und situativen Gefüge.

- ☐ Erfassung von Stimulusbedingungen (S), Organismusvariablen (O) und Reaktionsmustern (R).
- ☐ Dokumentation von kurzfristigen (C+) und langfristigen (C-) Konsequenzen.



Auslösende Situationen & Umweltfaktoren (Stimulus):

.....

.....



Körperliche & emotionale Reaktionen des Kindes (Reaktion):

.....

.....



Aufrechterhaltende Konsequenzen im Umfeld (Verstärkung / Vermeidung):

.....

.....



Subjektiver Leidensdruck der Eltern (Skala 1 = minimal bis 10 = extrem):

.....

.....

Kindzentrierte Exploration & Ressourcenanalyse



5.



Kindzentrierte Exploration: Erleben & subjektive Sicht

Entwicklungsgerechte Befragung des Kindes im geschützten Einzelkontakt unter Nutzung spielerischer und projektiver Methoden.

- ★ Verwendung konkreter Metaphern statt abstrakter Problembegriffe.
- ★ Erkundung der subjektiven Belastung und eigener Veränderungswünsche.



Sicht des Kindes auf den Anmeldegrund („Warum bist du heute hier?“):



Körperliche Wahrnehmung von Gefühlen (z. B. Bauchweh bei Angst, Hitze bei Wut):



Drei größte Wünsche des Kindes für Alltag und Familie:



Entwicklungsgerechte Impulsfragen nach Alter

Kindergarten/Grundschule:

„Wenn eine Zauberfee ein Ding an deinem Alltag wegzaubern könnte, was wäre das?“

Jugendliche:

„Wenn du einen Regler für Stress hättest, auf welcher Stufe steht er gerade?“



6.



Ressourcen-, Stärken- und Interessenanalyse

Systematische Erhebung von Schutzfaktoren, Begabungen, Hobbys und positiven Beziehungserfahrungen.

- ★ Identifikation funktionaler Coping-Strategien und Resilienzfaktoren.
- ★ Erfassung stabiler Bezugspersonen im sozialen Nahfeld.



Besondere Interessen, Hobbys und Lieblingsaktivitäten des Kindes:



Was kann das Kind besonders gut? (Fähigkeiten, Charaktereigenschaften):



Wichtige Unterstützungspersonen und Bezugswesen (Freunde, Großeltern, Haustiere):



7. Entwicklungsanamnese & Somatischer Status



Erfassung biologischer Meilensteine, medizinischer Vorerkrankungen und somatischer Auffälligkeiten.

- Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, frühkindliche Regulation (Schlaf, Fütterung).
- Motorische, sprachliche und sozio-emotionale Meilensteine.



Somatischer Ausschluss

Vor Festlegung einer psychotherapeutischen Diagnose ist die Einholung eines aktuellen Konsiliarberichts bzw. einer pädiatrischen Abklärung obligatorisch.



Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Regulationsphasen
(Schreien, Schlaf, Essen):



Meilensteine Motorik & Sprachentwicklung
(Auffälligkeiten, Fördermaßnahmen):



Aktuelle somatische Diagnosen, Medikation, Allergien, Hör-/Sehtests:



8. Familiäres System, Partnerschaft & Lebenskontext



Exploration der familiären Beziehungsdynamik, elterlicher Belastungen und relevanter Life-Events.

- Familienzusammensetzung, Trennungs-/Scheidungskonflikte und Sorgerechtsstatus.
- Psychische oder somatische Vorbelastungen in der Kern- und Herkunftsfamilie.



Familiäre Konstellation & Wohnsituation (Geschwisterreihe, Patchwork):



Elterliche Partnerschafts- und Erziehungsallianzen:



Belastende Lebensereignisse (Verluste, Umzüge, Erkrankungen der Eltern):

Sozialfeldexploration & Klinische Verhaltensbeobachtung

9.

Kindergarten-, Schul- und Sozialfeldexploration



Erfassung der Leistungsanforderungen, des Peer-Verhaltens und institutioneller Rückmeldungen.

- Leistungsentwicklung, Konzentration, Hausaufgabensituation.
- Peer-Group-Integration, Mobbing-Erfahrungen, Regelakzeptanz in der Gruppe.



Aktuelle Schulform / Kita-Gruppe, Schulleistung und Teilleistungsstörungen:

Soziales Verhalten in der Peergruppe & Kontakt zu Lehrkräften / Erziehern:

Hausaufgabenkonflikte & Arbeitsorganisation im häuslichen Umfeld:

10.

Strukturierte Verhaltensbeobachtung im Erstkontakt



Klinische Dokumentation von Motorik, Affekt, Sprachverhalten und Interaktionsmustern während der Untersuchung.

- Motorische Unruhe, Impulsivität, stereotype Bewegungsmuster.
- Affektive Schwingungsfähigkeit, Blickkontakt und Trennungsverhalten von den Eltern.



Motorik, Aktivitätsniveau & Impulskontrolle während des Spielens/Sprechens:

Sprachentwicklung, Artikulation, Wortschatz und Kommunikationsfreude:

Beziehungsmuster: Kind-Therapeut und Kind-Bezugsperson (Bindungsverhalten):





11. Diagnostische Kriterien & Phänomenologische Einordnung



Vorläufige synoptische Beurteilung des Beschwerdebildes entlang der ICD-10/ICD-11-Achsen.

- Achse I: Klinisch-psychiatrisches Syndrom.
- Achse II: Umschriebene Entwicklungsrückstände.
- Achse III: Intellektuelles Niveau.
- Achse IV: Körperliche Symptomatik.
- Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände.
- Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (GARF/CGAS).



Vorläufige Verdachtsdiagnose(n)
mit ICD-Code:

.....
.....

Differenzialdiagnostische
Überlegungen & auszuschließende
Störungsbilder:

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

Akute Gefährdungseinschätzung
(Selbst-/Fremdgefährdung,
Kindeswohl):

.....
.....



12. Therapieziele & Festlegung der Behandlungsschritte



Konkrete Vereinbarungen und weiterführende diagnostische Maßnahmen im Anschluss an das Erstinterview.

- Festlegung operationalisierter Nah- und Fernziele mit Familie und Kind.
- Planung testpsychologischer Fragebögen (CBCL, DISYPS, Leistungsdiagnostik).

Gemeinsam formulierte Nahziele
für die probatorischen Sitzungen:

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

Vereinbarte Hausaufgaben /
Selbstbeobachtung bis zum
Folgetermin:

.....
.....

Nächster Termin & geplantes Setting
(Einzel Kind, Eltern, Familiengespräch):

.....
.....





13. Entscheidungsbaum: Indikationsstellung & Fallführung

Strukturierter Entscheidungsalgorithmus zur Ableitung der weiteren therapeutischen Vorgehensweise auf Basis der Erstbefunde.

- Differenzierung zwischen ambulanter Richtlinien therapie, Akutintervention und Weitervermittlung.



Welche primäre Versorgungsindikation ergibt sich aus dem klinischen Erstinterview?



Akute Eigen-/Fremd-gefährdung oder dringende Kindeswohlgefährdung liegt vor.

Sofortige Einleitung des **Notfallmanagements**: Krisenintervention, Einbindung der KJP-Notfallambulanz oder Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt.



Reine Teilleistungsschwäche oder primär organisch bedingte Problematik.

Einleitung pädiatrischer, neuropädiatrischer oder sonderpädagogischer Diagnostik/Förderung (z. B. Ergotherapie, Logopädie).



Klinisch relevante Störung mit gegebener Veränderungsmotivation im Familiensystem.

Aufnahme in Probatorik: Durchführung störungsspezifischer Diagnostik (DISYPS, Verhaltensbeobachtung) und Beantragung KVT/TP-Richtlinien therapie.



Leichte Anpassungsstörung oder isolierte Erziehungsunsicherheit ohne Krankheitswert.

Weitervermittlung an Erziehungs- und Familienberatungsstelle (EFB) oder Vereinbarung eines Kurzzeit-Elterncoachings.



14. Dokumentationsnachweis & Intervention

Abschließende Qualitätsprüfung und administrative Freigabe des Erstinterviewprotokolls.

- Vollständigkeit der Aktenführung und Einholen fehlender Fremdbefunde.
- Bedarfsprüfung für Fallsupervision oder kollegiale Intervention.



Qualitätssicherung

Dokumentieren Sie das Erstgespräch zeitnah innerhalb von 24 Stunden, um Beobachtungsverzerrungen und Erinnerungslücken zu minimieren.



Datum des Erstgesprächs & Gesprächsdauer (Minuten):

.....



Dokumentierende/r Therapeut/in (Name & Unterschrift):

.....
.....



Offene To-Dos / Anzufordernde Berichte bis zum Folgetermin:

.....
.....



Methodischer Werkzeugkasten & Probatorik-Checkliste



15. Kurzübersicht: Methodischer Werkzeugkasten für das Erstgespräch

Kompakte Orientierung über bewährte Hilfsmittel und Techniken während des diagnostischen Erstkontakts.

- Skalierungsfragen (z. B. 1–10 Skala auf Teppich oder Papier).
- Gefühlskarten und Bildmetaphern zur Affektdifferenzierung.
- Familienbrett / Puppenspiel zur nonverbalen Beziehungsdarstellung.
- Verhaltensbeobachtung im unstrukturierten Spiel.



Eingesetzte Hilfsmittel und diagnostische Spielmaterialien im Erstkontakt:

.....

.....

Besondere Resonanz des Kindes auf methodische Angebote:

.....

.....



16. Checkliste: Probatorik-Vorbereitung & Elternvereinbarungen

Abschließende Checkliste aller erforderlichen Dokumente und Absprachen vor Beginn der regulären Behandlungsstunden.

- ☐ Schweigepflichtentbindungen für Schule, Kita und Kinderarzt liegen vor.
- ☐ Aufklärung über Rahmenbedingungen, Ausfallhonorar und Notfallkontakte erfolgt.
- ☐ Patientenrechtegesetz und Datenschutzbestimmungen ausgehändigt und gegengezeichnet.
- ☐ Einverständniserklärung beider sorgeberechtigten Elternteile liegt vollständig vor.



Sorgerechtshinweis

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist vor Beginn weiterführender probatorischer Sitzungen das schriftliche Einverständnis beider Elternteile einzuholen.

Status Sorgerechtsnachweis & elterliche Unterschriften:

.....

.....

Termin für die Rückmeldung der diagnostischen Befunde (Auswertungsgespräch):

.....

