

Inhalt

Die psychodynamische Psychotherapie von PatientInnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa <i>Renate Sannwald</i>	2
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> PEPP – wie Kinder- & Jugendpsychiater Transparenz und Gerechtigkeit lernen <i>Viktor Herlitz</i>	17
Berufsunfähigkeit bei psychischen Störungen Jugendlicher <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	25
<i>Ausschreibung</i> 12. ADHS-Förderpreis	44
<i>Testrezension</i> Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNVTM)	46
<i>Hinweise für Autoren</i>	51

Die psychodynamische Psychotherapie von PatientInnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Renate Sannwald

Jugendliche und erwachsene Patientinnen mit anorektischen oder bulimischen Essstörungen sind „Stiefkinder“ im ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen Versorgungssystem, weil nur wenige Psychotherapeuten in der psychosomatischen Behandlung von essgestörten Patientinnen ausgebildet sind. Aus diesem Grund führte die Autorin auf der Berufsverbandstagung der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Lübeck 2012 einen Workshop zur strukturbezogenen Initialphase der Behandlung und der sich anschließenden tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie durch. In diesem Aufsatz wird nach den Ausführungen über die strukturbezogene Initialphase der Behandlung die Katathym Imaginative Psychotherapie einer 15jährigen Jugendlichen mit einer Anorexia nervosa vorgestellt.

1. Die strukturbezogenen Interventionen am Anfang der ambulanten psychodynamischen Psychotherapie

1.1. Die Behandlung der Anorexia nervosa

Wenn anorexiekrankte PatientInnen zum ersten Mal in die psychotherapeutischen Praxis kommen, ist es von großer Wichtigkeit, dass die therapeutische Begegnung gelingt, denn nur etwa 60% der PatientInnen werden sich auf eine länger dauernde psychotherapeutische Behandlung einlassen.

Im Erstkontakt konzentriert sich die Autorin darauf, einerseits ein möglichst gutes Bild vom Ausmaß der Problematik zu erhalten, indem sie das aktuelle Essverhalten der PatientIn exploriert, diese misst und wiegt und die Größen- und Gewichtsperzentilen bestimmt. Andererseits entwirft die Autorin schon

in der ersten Sitzung für die PatientIn einen Behandlungsplan, der im Folgenden skizziert wird.

Klinisch relevantes Untergewicht bei jugendlichen Patienten liegt dann vor, wenn deren Gewichtsperzentile zwei Perzentilen unter der Größenperzentile liegt. Bei Erwachsenen ist ein 20%iges Untergewicht (Körpergröße minus 100 minus 20%) klinisch relevant oder aber der Body-Mass-Index liegt unter 17,5 (Herpertz-Dahlmann et al. 2003).

Die **ICD 10-Kriterien für Anorexia Nervosa (F50.0)** sind folgende:

- Das Körpergewicht liegt mindestens 15% unterhalb der Norm bzw. BMI unter 17,5,
- Der Gewichtsverlust ist selbst verursacht.
- Es bestehen eine Körperschemastörung und die „überwertige“ Idee, zu dick zu sein.
- Es besteht eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse.
- Bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät kommt es zu einer Störung der pubertären Entwicklung einschließlich des Wachstums, die nach der Remission der Erkrankung häufig reversibel ist (ICD-10 2014).

Zum Vergleich nochmals die **DMS IV-Kriterien für Anorexia nervosa**:

- Die Patientin weigert sich, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichtes zu halten (weniger als 85% des zu erwartenden Gewichtes).
- Es bestehen ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme.
- Es besteht eine Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes.
- Es liegt eine Amenorrhoe bei postmenarchalen Frauen vor (DSM-IV 2003).

Nach einer Studie von Lucas (1995) hat die Inzidenz der Anorexia nervosa in den Jahren 1940 bis 1990 in der weiblichen Population von Minnesota/Rochester von 2 pro 10.000 auf 7 pro 10.000 zugenommen und sich damit verdreifacht. Es handelt sich typischerweise um eine Erkrankung der Ersten Welt; in Drittweltländern und Kriegsgebieten kommt die Anorexie kaum vor. Nach Casper (1996) liegt das Inzidenzmaximum der Anorexia nervosa bei 14 Jahren, doch die Krankheit tritt auch vor dem zehnten Geburtstag und später

lebenslang noch auf, wenn auch mit einer weitaus geringeren Häufigkeit als in der Adoleszenz. Die Prävalenz der Erkrankung wird zwischen 0,3 und 1% geschätzt (van Hoeken et al. 1998). Die Erkrankung ist mit einer Häufigkeitsverteilung von 1:12 stark frauenwendig.

Auslösend für eine Anorexieerkrankung ist meist eine Kombination von Diät = Nahrungsrestriktion und gleichzeitig entwicklungsphasenbedingt erhöhtem Grundumsatz:

Grundumsatz der erwachsenen Frau:	2000 – 2200 kcal/d
Grundumsatz des erwachsenen Mannes:	2400 – 2600 kcal/d
Grundumsatz des 14jährigen Mädchens:	2400 – 2600 kcal/d
Grundumsatz des 14jährigen Jungen:	2700 – 3000 kcal/d.

Wenn also ein 14jähriges Mädchen eine hypokalorische Diät beginnt, wird es aufgrund des erhöhten Grundumsatzes zu einer rasanten Gewichtsabnahme kommen, die sich nach kurzer Zeit selbst perpetuiert. Aus diesen Tatsachen wird sofort ersichtlich, weshalb das Inzidenzmaximum der Anorexia nervosa in der Phase des körperlichen Längenwachstums liegt und die Erkrankungshäufigkeit nach der Adoleszenz nachlässt.

Das Krankheitsbild der Anorexie hat eine typische Primärsymptomatik (Herpertz-Dahlmann et al. 2003):

- Ein zunehmendes Interesse für Nahrungszusammensetzung und Kaloriengehalt der Nahrung,
- eine Vermeidung oder Verweigerung von Hauptmahlzeiten,
- die Beschränkung auf so genannte „gesunde“ Lebensmittel,
- häufige Gewichtskontrollen,
- eine Unzufriedenheit mit dem eigenem Aussehen und der Figur,
- eine ausgeprägte körperliche Hyperaktivität,
- eine zunehmende Leistungsorientierung und Isolation,
- eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe.

Die kurze Zeit nach dem Beginn der Nahrungsrestriktion auftretende Amenorrhoe ist der Hinweis darauf, dass das Untergewicht einen klinisch relevanten Bereich erreicht hat und die Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse gestört ist.

Wie geht die Autorin nun in der ersten Behandlungsstunde mit der anorektischen Patientin behandlungstechnisch vor?

1. Nachdem die Patientin gemessen und gewogen wurde, bestimmt die Autorin deren Größen- und Gewichtsperzentile und setzt dann eine Untergewichtsgrenze für die ambulante Behandlung fest, bei der die Patientin sich verpflichten muss, eine stationäre Behandlung aufzusuchen. Dies ist spätestens bei einem Untergewicht von 30% erreicht, bei Jugendlichen bei der Unterschreitung der dritten Perzentile des Gewichts.
2. Nachdem das Essverhalten der Patientin exploriert wurde, bespricht die Autorin mit ihr einen Diätplan, bei dem optimalerweise 5 (bis 7) Mahlzeiten am Tag eingenommen werden sollen. Die Patientin muss nicht von Anfang an normokalorisch essen; meist genügt am Anfang der Behandlung eine Kalorienzufuhr von etwa 1500 kcal/Tag, die dann schrittweise gesteigert werden kann.
3. Die Patientin muss sich verpflichten, Essprotokolle zu schreiben, die die Autorin in jeder folgenden Sitzung mit ihr durchgeht (Mattejat 2006).
4. Mit der Patientin wird ein „Gewichtsfahrplan“ vereinbart: (100 g bis) 500 g Gewichtszunahme pro Woche sollten nicht überschritten werden. Diese Vorgabe wirkt auf die Patientin entlastend und gibt ihr das Gefühl, dass sie sich körperlich nicht so stark verändern muss, wie sie es vor Beginn der Psychotherapie befürchtete.
5. Tätigkeiten mit erhöhtem Kalorienverbrauch wie Leistungssport und schwere körperliche Arbeit sind bis zum Erreichen der Untergewichtsgrenze untersagt.

Im weiteren Verlauf der Behandlung wird die Patientin von der Autorin regelmäßig in der Praxis gewogen.

In jeder Sitzung geht die Autorin mit der Patientin die Essprotokolle durch und macht Vorschläge für alternative Nahrungsmittel. Wichtig ist, dass der Psychotherapeut sich nicht als Kontrollinstanz, sondern als „Coach“ versteht und sich nicht in eine Überich-Position bringen lässt. Insbesondere achtet die Autorin darauf, gute Tage positiv hervorzuheben! Etwa 15 Minuten der wöchentlichen Psychotherapiesitzung werden für diese Punkte vorgesehen.

Eine Gewichtszunahme in den medizinisch unbedenklichen Bereich (Normalgewicht – 20% bis Normalgewicht – 15% = Idealgewicht) wird innerhalb des ersten Behandlungsjahres angestrebt.

Wenn die Untergewichtsgrenze von 15% Untergewicht bzw. bei Jugendlichen die Dreierperzentile des Gewichts erreicht ist, kann mit der inhaltlichen psychodynamischen Arbeit begonnen werden. Es ist wichtig, zu wissen, dass die katabole Stoffwechselsituation der akuten Anorexie einen euphorisierenden Effekt auf die Stimmung der Patientin hat. Die Patientin unterliegt durch die cerebralen Effekte der Anorexie psychopathologischen Veränderungen, die denen eines akuten organischen Psychosyndroms entsprechen und verhindern, dass die Inhalte der psychodynamischen Arbeit erinnert und umgesetzt werden können. Aus diesem Grund muss die Patientin auch darauf hingewiesen werden, dass ihre Stimmung sich deutlich verschlechtern wird, wenn sie wieder mit dem Essen beginnt; die dann eintretende depressive Verstimmung führt häufig zu Behandlungsabbrüchen („Es wird ja alles nur noch schlimmer!“).

Die tiefenpsychologische Psychotherapie der Anorexia nervosa muss über mehrere Jahre andauern, wenn die Erkrankung seit mehr als zwei Jahren besteht, also chronifiziert ist. Ansonsten ist mit einem hohen Rückfallrisiko zu rechnen. Die Behandlung der akuten Anorexia nervosa mit einer Erkrankungsdauer von unter sechs Monaten kann – von Fall zu Fall verschieden – auch nach einem bis zwei Behandlungsjahren schon beendet sein; entscheidend sind hier die Primärpersönlichkeit der Patientin und die zugrunde liegende Konfliktdynamik.

Grundsätzlich ist es erforderlich, bei jeder Patientin mit einer Anorexia nervosa das strukturelle Niveau der Persönlichkeit (Kernberg 2000) zu bestimmen, weil dieses für die zur Anwendung kommende Behandlungstechnik entscheidend ist. Die meisten Patientinnen mit einer Anorexie befinden sich auf mittlerem Strukturniveau und haben zugrunde liegende narzisstische Probleme, doch es gibt auch Patientinnen auf neurotischem und auf Borderline-Niveau. Eine Anorexie auf psychotischem Persönlichkeitsniveau ist selten.

1.2. Die Behandlung der Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa ist eine Form der Essstörung, die einen etwas späteren Behandlungsbeginn hat als die Anorexia nervosa (etwa 16 – 18 Jahre) und manchmal aus einer restriktiven Essstörung entsteht. Die Patientinnen gehen dann dazu über, eine Gewichtsregulation durch Erbrechen nach auftretenden Fressattacken anzustreben. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 1 – 4% (Fairburn

und Beglin 1990); auch diese Form der Essstörung ist frauenwendig, wenigstens nicht so stark wie die Anorexia nervosa.

Die **ICD-10-Kriterien für Bulimia nervosa = F50.2** sind folgende:

- Eine andauernde Beschäftigung mit Essen und Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.
- Versuche, dem dick machenden Effekt des Essens durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern, z.B. selbst induziertes Erbrechen, Laxantienabusus, restriktive Diät etc.
- Die krankhafte Furcht, zu dick zu sein.
- Häufig findet sich eine Anorexia nervosa in der Vorgeschichte (ICD 10 2014).

Zum Vergleich werden nochmals die **DSM-IV-Kriterien für Bulimia nervosa** benannt:

- Wiederholte Episoden von „Fressattacken“.
- Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen.
- Die Häufigkeit der Heißhungerattacken und des Kompensationsverhaltens ist mindestens zweimal pro Woche über drei Monate.
- Ein übermäßiger Einfluss von Figur und Körpergewicht auf die Selbstbewertung.
- Ein nicht ausschließliches Auftreten im Rahmen einer Anorexia nervosa (DSM IV 2003).

Es wird deutlich, dass das DSM-IV eine genauere Angabe zur Frequenz der Heißhungerattacken macht, was für die klinische Anwendung hilfreich ist.

Auslösend sind meist ein Diätversuch, eine Identifikation mit anderen bekannten Personen, die bereits erbrechen, oder ein Fressanfall, dessen Folgen durch Erbrechen zu beheben versucht werden. Alternativ kann es zu Laxantien- und Diuretika-Abusus kommen (meist erst in fortgeschrittener Bulimie). Die Bulimia nervosa kann mit Untergewicht, Normalgewicht oder Übergewicht einhergehen.

Wie geht die Autorin bei der ambulanten Psychotherapie der Bulimie Behandlungstechnisch vor?

1. Da die Bulimie im Krankheitsverlauf durch die eintretenden Stoffwechselveränderungen nach dem Erbrechen, einen Wechsel zwischen

Hyper- und Hypoglykämie, perpetuiert wird, ist es wichtig, eine Normalisierung des Essverhaltens anzustreben: die Patienten sollten drei Mahlzeiten pro Tag essen. Falls irgend möglich, sollten die Patienten versuchen, in Begleitung zu essen.

2. Die Autorin trägt den Patienten auf, Essprotokolle zu führen, um ihre Wahrnehmung für die bei den Fressanfällen verzehrte Nahrungsmittelmenge zu verbessern. Außerdem sollte ein Tagebuch für die Ess- und Brechanfälle geschrieben werden (Mattejat 2006).
3. Gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet die Autorin Verhaltensalternativen für die Essanfälle: hilfreich sind körperliche Bewegung – Joggen, Radfahren, Situps, die Benutzung des Steppers. Sobald die Patientin also einen „Essdruck“ verspürt, soll sie sich körperlich bewegen und damit einen auftretenden Fressanfall unterbinden.
4. In Heimeinrichtungen oder Kliniken ist es möglich, die Technik des „heißen Stuhls“ einzusetzen: die Patienten halten sich nach den Mahlzeiten eine Stunde lang im Stationszimmer der Station in Anwesenheit einer Pflegeperson auf. Dies dient dazu, die Zeit für die Magenpassage der Nahrung zu überbrücken und der Patientin damit zu ermöglichen, normales Essverhalten ohne Erbrechen zu erlernen.

Auch mit der bulimiekranken Patientin arbeitet die Autorin in den wöchentlichen Psychotherapiesitzungen daran, ihr Verhalten zu untersuchen und über Modifikationen nachzudenken. Mit Hilfe dieser Maßnahmen wird eine Symptomreduktion innerhalb des ersten Behandlungsjahres angestrebt.

Wenn innerhalb eines halben Jahres keine Normalisierung des Essverhaltens zu erreichen ist, oder wenn die Patientin mehr als einmal täglich erbricht, sollte bereits zu Behandlungsbeginn eine stationäre Aufnahme erfolgen. Auch bei einer Chronifizierung des Symptoms über zwei Jahre hinaus ist es kaum möglich, eine Verhaltensveränderung im ambulanten Kontext zu erreichen, so dass über eine stationäre Behandlung an Anfang der Psychotherapie nachgedacht werden muss. Oft ist eine solche Verhaltensveränderung nur durch eine passagere Außensteuerung des Verhaltens im stationären Rahmen zu ermöglichen.

Bei den Patienten mit Bulimia nervosa ist es ebenfalls wichtig, das strukturelle Niveau der Persönlichkeit (Kernberg 2000) zu bestimmen, weil dieses für die

angewandte Behandlungstechnik entscheidend ist. Die meisten Patienten mit einer Bulimie befinden sich auf mittlerem Strukturniveau, aber es gibt auch eine größere Zahl von Bulimie-Patienten auf Borderline-Niveau. Hier treten häufig Symptomwechsel auf, was die Behandlung schwierig und prognostisch ungünstiger macht.

Bulimie-Patienten können vom zusätzlichen Einsatz von SSRI profitieren, aber erwiesenermaßen kann die psychotherapeutische Behandlung nicht durch eine reine Psychopharmakotherapie ersetzt werden.

Wenn weitgehende Symptombefreiung erreicht ist, kann auf die inhaltliche konflikt-dynamische Arbeit übergegangen werden.

2. Jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlungskonzeption

Grundsätzlich sollte bei allen essgestörten Patientinnen eine sorgfältige jugendpsychiatrische Diagnostik durchgeführt werden, die es ermöglicht, eine Behandlungskonzeption für die einzelne Patientin zu entwerfen.

Dazu gehören eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Familieninterventionen, ein Schulwechsel wie auch bei besonders pathologischen Familienverhältnissen eine Fremdunterbringung der Patientin in einer therapeutischen Wohngemeinschaft.

In den Familiengesprächen mit den betroffenen Eltern ist es notwendig, die oft sadomasochistisch getönten Interaktionsstrukturen zwischen der Patientin und den Eltern zu verändern, die aus elterlicher Sorge heraus mit verschiedenen Methoden versuchen, die Tochter zum Essen zu zwingen. Die Autorin weist den Eltern die Rolle zu, die erforderlichen Lebensmittel zu beschaffen, die die Tochter essen möchte, aber nicht in den Ablauf der Mahlzeit einzugreifen. Ausreichend Nahrung zu sich zu nehmen, ist allein die Aufgabe der Patientin.

3. Die Katathym Imaginative Psychotherapie einer Patientin mit Anorexia nervosa

Wenn eine inhaltliche psychodynamische Arbeit mit der Patientin möglich wird, setzt die Autorin für die psychosomatisch kranken Jugendlichen mit Essstörungen gerne die Katathym Imaginative Psychotherapie ein.

Bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen kann die Symbolisierung in der Imagination eine „Übersetzung“ des körperlichen Erlebens in den sprachlichen Ausdruck erleichtern. Dabei tritt eine Distanzierung der Patientin „in der Anschauung“ ihrer inneren Situation ein, die häufig neue Einsichten ermöglicht. Außerdem können in der KIP positive Selbst- und Objektrepräsentanzen aktiv gestärkt werden, was das Selbstsystem unterstützt. Hierzu gehört auch die Möglichkeit des imaginativen Probehandelns, die zu einer Ausweitung der Erlebnisfähigkeit der Patientin führen kann (Bahrke und Nohr 2013).

Diese Wirkfaktoren werden illustriert an der ambulanten KIP einer 15jährigen Patientin namens Jennifer (Pseudonym).

Jennifer wurde vor einigen Jahren von ihrer Mutter in der Praxis der Autorin angemeldet, weil sie in den letzten neun Monaten etwa neun Kilo an Gewicht verloren hatte. Sie ernährte sich seit einiger Zeit vegetarisch und betrieb sehr viel Sport, achtete darauf, sich an jedem Tag mindestens zwei Stunden körperlich zu bewegen. Jennifer selber glaubte, sie habe lediglich „Probleme mit der Schule, aber sonst nichts“. Auf Nachfrage gab sie allerdings an, sie habe in den letzten Wochen Abführmittel eingenommen. Sie schlief schlecht, wachte nachts auf und konnte dann nicht mehr einschlafen, lag stundenlang wach und hörte ihre Kinderkassetten. Auch die Menstruation war vor kurzer Zeit ausgeblieben.

Die Kindsmutter gab an, ihr Mann werde in den nächsten zwei Monaten ausziehen; „Wir verstehen uns halt nicht.“ Er sei passiv, „ein Schönwettermann“. Die Eltern kannten sich seit ihrem 15. Lebensjahr und wohnten schon seit 23 Jahren zusammen, heirateten allerdings erst, als Jennifer unterwegs war. Jennifer sei „überverantwortlich“ und streite sich mit ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester Jana um die Erledigung der Hausarbeit, für die sie die Verantwortung übernehme. Die Kindsmutter arbeitete als Röntgenassistentin vollzeitlich im Krankenhaus, der Kindsvater war Finanzbeamter in Ostberlin und hatte dort die Behörden nach der Wende mit aufgebaut. Die Autorin bekam den Eindruck, dass beide Eltern eher mit ihren Ehestreitigkeiten als mit den Kindern befasst waren. Auch um die kleine Schwester Cara (vier Jahre) schien sich hauptsächlich Jennifer zu kümmern.

Im Erstgespräch war Jennifer bemüht, sich nicht auf die Seite eines Elternteils zu stellen. Als sie über ihre Randposition in der Schule sprach, begann sie, zu weinen: „Ich habe nur eine Freundin, Hanna!“. Auf die Einladung, regelmäßig zu einer ambulanten Psychotherapie zu kommen, ging sie gleich

ein. Die Behandlung umfasste dann insgesamt 45 Stunden mit 12 begleitenden Elterngesprächen.

Zu Behandlungsbeginn wog Jennifer 53 kg (P 25-50) bei einer Größe von 1,69 m (P 75), war also an der **Untergewichtsgrenze**. Nach der jugendpsychiatrischen Diagnostik und einem entsprechenden Coaching in Bezug auf das Essverhalten konnte die Autorin rasch beginnen, mit Jennifer psychodynamisch zu arbeiten.

Bei der **projektiven Diagnostik** war die Autorin angerührt von Jennifers Darstellung der „Familie in Tieren“, bei der ihre Parentifizierung in ihrer tragischen Dimension sofort deutlich wurde: sie zeichnete sich selbst als stabiles Pony, auf dessen Rücken die Mutter, eine Giraffe, saß. Die Autorin schlug vor, mit Tagträumen zu arbeiten, und hatte dabei die Idee, das Potential der KIP für die Ressourcenaktivierung und Stabilisierung der Patientin zu nutzen.

Schon beim **initialen Motiv Blume** wurde deutlich, dass Jennifer sich gerne in Urlaubslandschaften begab, so dass die Autorin sie nach ihrem Lieblingsurlaub fragte. Sie erinnerte sich an den Familienurlaub in Florida fünf Jahre zuvor, was die Autorin bei der Motivvorgabe aufgriff.

Imagination zum Thema Florida: Jennifer fand sich sofort in Seaworld, Disneyland Orlando, wo sie einer Aufführung eines Orkawals in einem großen Bassin zuschaute. Im Hintergrund nahm sie Zuschauertribünen, Palmen und den Strand wahr. Der Orkawal machte seine Kunststücke, sprang hoch in die Luft und schlug mit den Flossen. Die Trainerin gab die Kommandos und belohnte ihn mit Fischen. Jennifer wollte sich dem Wal nähern und ihn anfassen; seine Haut fühlte sich gummiartig an. Er schien die Berührung zu genießen und schaute sie auch an. Ihn zu füttern, wagte sie nicht so recht, denn die Orkawale wollen die Nahrung auf die Zunge gelegt bekommen. Sein Maul war ziemlich groß und hatte eine Reihe kleiner spitzer Zähne. Jennifer warf ihm einen Fisch ins Wasser und er holte ihn. Er fühlte sich wohl etwas eingegengt in seinem Becken. Er würde gerne zu seiner Familie zurückkehren, glaubte Jennifer, aber das konnte sie leider nicht bewerkstelligen. So zog er weiter seine Kreise im Becken.

Jennifer ging dann weiter zum Baden an den Strand, wo sich Hotelhochhäuser entlangreiheten. Obwohl das Wasser kalt war, ging sie schwimmen. Am Meeresboden befanden sich Schlingpflanzen, kleine Krebse und Fische, und sie versuchte, den Boden nicht zu berühren. Danach ließ sie sich zwischen anderen Touristen, Familien und jungen Leuten im Sand trocken. Sie war alleine

am Strand, die Eltern und Jana waren im Hotel geblieben. Jennifer fürchtete, einen Sonnenbrand zu bekommen, weil die Sonne sehr intensiv war.

Nach der Imagination malte Jennifer liebevoll ein Bild des Orkawals und berichtete dabei, dass sie mit 11 Jahren mit den Eltern in Florida war. Damals war die Mutter schwanger mit der jüngsten Schwester, und nach diesem Urlaub wurde der Streit zwischen den Eltern wirklich schlimm. Sie regredierte also in der Imagination vor den Konflikt.

Im weiteren Verlauf der Behandlung konzentrierte die Autorin sich darauf, einerseits Jennifers **Peerguppenkontakte** zu stärken, weil sie sich stabilisierend auf ihre emotionale Situation auswirken würden, und andererseits an den **Beziehungen zu den Eltern** zu arbeiten, um der Patientin in ihrer Familie ein wenig mehr Raum zu verschaffen.

Anorexiepatientinnen haben eine Tendenz, sich aus ihren sozialen Kontakten zurückzuziehen, was dazu führt, dass die Reifungsentwicklung nicht fort-schreiten kann. Etliche Stunden hatten Jennifers konflikthafte Beziehungen zu Gleichaltrigen zum Thema, und in den Imaginationen versuchte die Autorin, mit ihr an ihrer Beziehungsfähigkeit zu arbeiten.

In der **Imagination zum Thema Südfrankreich** bereitete Jennifer sich auf ihren für den Sommer geplanten Urlaub mit einer Jugendgruppe vor.

Sie sah eine grüne Wiese mit Schmetterlingen vor grünen Hügeln. Davor befand sich ein See mit klarem blauem Wasser, zu dessen Ufer sie ging. Das Ufer war sandig mit kleinen Steinen und Muscheln. Jennifer mochte wegen der Algen am Seegrund nicht ins Wasser gehen, fand aber ein Ruderboot, in das sie einsteigen konnte. Der See war überschaubar und hatte etwas Schilf am anderen Ufer. Sie ließ sich eine Zeitlang treiben und von der Sonne bescheinen, bis sie Angst vor einem Sonnenbrand bekam. Dann landete sie auf der anderen Seeseite. Dort war die Wiese mit Wildblumen durchsetzt. Sie hörte nun auch das Summen von Bienen und das Geräusch von Grillen. In der Nähe fand sie einen kleinen Zeltplatz mit bunten Zelten im Kreis um eine Feuerstelle, die noch leicht glimmte. In den Zelten konnten drei bis vier Personen schlafen. Vermutlich wohnten jüngere Leute in dem Zeltlager, die gerade einen Ausflug machten. Jennifer setzte sich auf eine Bank am Feuer.

Die nächste Imagination zum Thema **Autostop** schloss sich inhaltlich an: Jennifer ging auf einer französischen Landstraße mit einer Gruppe Jugendlicher von ihrem Zeltplatz ins Dorf. Die Straße führte schnurgerade durch ein Wäldchen in ein Dorf; einige kleinere PKWs mit älteren Paaren fuhren an

der Gruppe vorbei, doch niemand hielt an. Jennifer war sommerlich gekleidet und trug Joggingschuhe. Die Luft war leicht diesig wie im Frühherbst. Im Dorf fand Jennifer eine kleine Geschäftsstraße mit Lädchen, die sie nicht sehr interessierten. Sie setzte sich auf eine Bank in dem kleinen Gemeindepark des Dorfes.

Allmählich gelang es Jennifer, in ihrer Klasse mit den anderen Mitschülerinnen besser in Kontakt zu kommen, doch die Beziehungen zu den Eltern schienen weiter enttäuschend. Der Vater war zwischenzeitlich aus der ehelichen Wohnung ausgezogen, und die Eltern setzten sich über die Unterhaltszahlungen und die Verteilung der Möbel auseinander. Jennifer genoss die Ruhe und die Regressionsmöglichkeit in den Imaginationen.

In der Imagination zum Thema **Paradiesgarten** (Horn et al. 2006) fand Jennifer einen langen Weg, der zwischen dichten Bäumen hindurchführte. Es war frühlingshaft; die Vögel in den Bäumen zwitscherten. Weiter vorne auf dem Weg saß ein kleiner Hase im Gras und fraß; da tummelten sich auch andere Hasenkinder mit braunem Fell und weißen Stummelschwänzen. Jennifer blieb einige Meter entfernt ruhig stehen; als sie vorsichtig weiterging, hoppelten die Hasen weg. Weiter vorne lichteten sich die Bäume auf einen kleinen Teich an einer Wiese, zwei Schwäne glitten über das Wasser. Sie wollte sich gerne auf die Wiese legen und ausruhen, schaute den Schwänen zu und genoss die ruhige Stimmung. Die Wiese hätte sich gut zum Drachensteigen geeignet, aber es war nicht genug Wind da. Der Himmel war blau, und ein kleines Sportflugzeug flog vorbei. Die Gegend wirkte wie ein Naturschutzgebiet. „Das ist schön, so ein ruhiger Tag!“

Jennifer konnte jetzt besser für sich sorgen und traf sich regelmäßig am Wochenende mit Freunden. Ihr Gewicht hatte sich zwischenzeitlich normalisiert. Sie entwickelte den Plan, im Sommer in ein Auslandsjahr in die USA zu gehen.

In der letzten Imagination zum Thema **Tropischer Strand** (Sannwald 2006) saß Jennifer an einem goldgelben Sandstrand, blaues Meer vor sich und Palmen im Hintergrund, vielleicht in der Karibik. In der Ferne zog ein Motorboot vorbei; ein paar gebräunte Touristen liefen am Strand entlang, Jennifer hörte Kinderstimmen im Hintergrund. Sie lief jetzt an der Wasserlinie entlang; der Sand war fest und nachgiebig gleichzeitig. Vor ihr ging ein Paar mit einem Mischlingshund, der im Wasser herumtobte. Sie setzte sich in einen Strandkorb mit roten Polstern, legte die Füße hoch und wandte das Gesicht der Sonne zu. Sie beobachtete Kinder beim Spielen am Strand. Als es zu heiß wurde,

ging sie zum Wasser hinunter und kühlte sich ab; dann suchte sie sich einen Platz im Schatten unter einer Palme. Sie lehnte sich mit dem Rücken an die Palme, deren Rinde sich rau und kratzig anfühlte.

Mittlerweile versuchten Jennifers Eltern, wieder miteinander ins Gespräch zu kommen, machten einen Tanzkurs und verbrachten ein Wochenende miteinander in Paris. Doch Jennifer ließ sich nicht von ihren Auslandsplänen abbringen und flog erwartungsvoll und voffreudig im Sommer ab nach Kalifornien, wo sie ein Jahr verbringen würde.

Die **Katamnese** nach einem Jahr zeigte, dass Jennifer das Auslandsjahr gut hatte für sich nutzen können. Sie kehrte selbstbewusst und selbständig nach Berlin zurück und begann rasch eine erste Liebesbeziehung zu einem Schulkameraden. Im Haushalt der Mutter ließ sie sich nicht mehr so stark vereinnahmen; die Kontakte zum Vater waren eher selten. Die Bemühungen der Eltern um eine Wiederbelebung ihrer Paarbeziehung waren nicht von dauerhaftem Erfolg gewesen; der Vater hatte eine neue Partnerin.

In der Rückschau auf die Behandlung erhob sich die Frage, was bei dieser Patientin gewirkt hat. Jennifer hatte **Raum** bekommen für ihre Trauer um die zerbrochene Familie, **Zeit** und **Ruhe**, sich zu entspannen und sich auf ihre eigenen Lebensvorstellungen zu besinnen. Die Hinwendung zur Gruppe der Gleichaltrigen hatte eine narzisstisch stabilisierende Wirkung und schuf ein Gegengewicht zur konflikthaftern intrafamiliären Situation, wo Jennifer sich für alle Familienmitglieder verantwortlich fühlen musste. Vor diesem Hintergrund war es der Patientin wieder möglich, zu gesunden. Ihre Autonomieimpulse konnten sich entwickeln, so dass ihr der „große Sprung“ ins Auslandsjahr nach USA gelang.

Damit entspricht die psychodynamische Behandlung der Anorexia nervosa den Grundsätzen der Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen (Ermann 2004), in der zweischrittig dem Patienten zunächst die Möglichkeit zur Regression gegeben wird, bevor mit der konfliktdynamischen Arbeit begonnen wird.

Die Autorin betrachtet die Anorexie als ein **somato-psychosomatisches Geschehen** mit einer somatischen, aber auch oft psychoreaktiven Auslösesituation, deren ambulante Psychotherapie strukturbezogen erfolgen muss (Rudolph 2006), wenn die Behandlung erfolgreich sein soll.

Literaturverzeichnis:

- Bahrke, U. und Nohr, K.* (2013): *Katathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien.* Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Casper, R.C.* (1996): Introduction to Special Issue. *Journal of Youth and Adolescence* 25, 413 – 418.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMOS) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Kooperation mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Hrsg.)* (2014): *ICD 10 GM 2014: Alphabetisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.* Deutscher Ärzteverlag Köln.
- Ermann, M.* (2004): *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage.* Kohlhammer Stuttgart.
- Fairburn, C.G.; Beglin, S.J.* (1990): Studies of the Epidemiology of Bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 147; 401 – 408.
- Herpertz-Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M.; Warnke, A.* (2003): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen.* Schattauer, Stuttgart, New York.
- Hopf, H.; Windaus, E.* (2006): *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung.* Bd. V., CIP-Medien München.
- Horn, G.; Sannwald, R.; Wienand, F.* (2006): *Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.* Reinhard Verlag München.
- Kernberg, P. et al.* (2000): *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen.* Klett Cotta Stuttgart.
- Lucas, A.R.; Holub, M.I.* (1995): The Incidence of Anorexia nervosa in Adolescent Residents of Rochester, Minnesota, during a 50 Year-Period. In: Steinhausen, H.C. Ed): *Eating disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia nervosa.* De Gruyter New York, 3 – 19.
- Mattejat, F.* (2006): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin/en und für die ärztliche Weiterbildung.* Bd. IV. Hrsg. Hiller, Leibling, Leichsenring, Sulz, CIP-Medien München.
- Rudolph, G.* (2006): *Strukturbezogene Psychotherapie.* Schattauer, Stuttgart, New York.

Sass, H.; Wittchen, H.U.; Zaudig, M.; Houben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM IV TR. Hogrefe Verlag Göttingen.

Van Hoeken, D.; Lucas, A.R.; Hoek, H.W. (1998): Epidemiology. In: Hoek, H.W.; Treasue, J.L.; Katzman, M.A. (Eds.): Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders. John Wiley & Sons New York, 97 – 126.

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald

Pertisauer Weg 41

12209 Berlin

Tel.: 030/71522077, Fax: 030/71522078

Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT). Dozentin der AGKB, DGPT-Lehranalytikerin des BIPP. Dozentin, Lehrtherapeutin und Supervisorin des Weiterbildungskreises für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin des KPMB, Dozentin und Supervisorin der BAP, der PHB, des MAPP und des ZAP.

Zur Diskussion gestellt:

PEPP – wie Kinder- & Jugendpsychiater Transparenz und Gerechtigkeit lernen

Viktor Herlitz

Ein Mensch bemerkt eines Morgens, dass irgendetwas anders ist als sonst. Er spürt ein Unwohlsein. und vermutet, dass dies mit dem zu tun hat, was wir als „Gesundheit“, bzw. „Krankheit“ bezeichnen. Seine Erfahrung sagt ihm, dass für eine Klärung ein Arzt zuständig ist, den er dann aufsucht. Dieser untersucht ihn, stellt eine Diagnose und verordnet ihm etwas, was ihn von der „Krankheit“ befreien und seine „Gesundheit“ zurückgeben soll. Im Idealfall erhält der Arzt für seine Bemühungen Geld.

Anders ausgedrückt: durch die Störung des Wohlbefindens entsteht ein Bedürfnis, dieses wieder herzustellen. Der Arzt als Fachmann klärt die Ursache dieser Störung ab, stellt eine Diagnose und damit einen Bedarf des Patienten fest. In unserem Gesundheitssystem findet keine direkte Entlohnung mehr statt, sondern jeder ist in eine Krankenversicherung eingekauft, die den Tauschhandel Herstellung von Gesundheit gegen Geld vermittelt. Über eine Versicherung wird das Bedürfnis des Patienten mit Kaufkraft ausgestattet, was eine Bedarfsfinanzierung ermöglicht.

Der Patient schließt zwei Verträge in zwei Richtungen ab: er tritt seine Interessenvertretung an die Krankenkasse ab, damit diese die Finanzierung vermittelt und darauf achtet, dass bei der Behandlung alles den rechten Weg geht und er schließt einen Vertrag mit dem Arzt, damit dieser ihn gesund macht, wofür dieser dann sein bei der Kasse angespartes Geld als Entgelt bekommt. Das sollte also eigentlich alles unkompliziert und geregelt sein. Bisher ergab sich das Budget einer Psychiatrischen Klinik aus den Kosten, die der Klinik entstehen, also Personal und Sach- sowie Sekundärkosten multipliziert mit den voraussichtlichen Pflergetagen die entstehen - weitgehend unabhängig von der Zusammensetzung des Patientengutes. Was einem Patienten an per-

sönlicher Betreuung zustand, errechnete sich aus der Psychiatrie Personalverordnung, wobei eine Differenzierung sich aus einfachen Kriterien ergab, wie z.B. Alter, Setting und lediglich einem „Schwere-Kriterium“. Immerhin konnte jeder Patient nachlesen, wie viele Minuten ihm von jeder Leistung zusteht und immerhin konnte jedes Krankenhaus planen, wie viele Kapazitäten es bereitstellen muss, um diese Regelung zu erfüllen, auch wenn der Erfüllungsgrad der Psychiatrie Personalverordnung vielerorts tendenziell stetig nach unten gegangen war.

Die Frage, die gestellt wird, ist, wie „gerecht“ ein solches System ist. Damit wird eine problematische Diskussion eröffnet: sie impliziert, dass es im bisherigen System Kliniken gegeben hat, die ihr Geld verdient haben, Kliniken, die ungerechtfertigt Geld bekommen haben und Kliniken, die nicht genügend Geld für ihre geleistete Arbeit bekommen haben. Der psychologische Trick ist, unausgesprochen den Mythos in den Raum zu stellen, d.h. im Gehirn der Kliniken die Illusion zu erzeugen, dass sie in Zukunft gerecht entlohnt werden, was so interpretiert wird, dass man endlich mehr bekommen wird, weil man natürlich auch gefühlt mehr verdient hätte.

Eigentlicher Ausgangspunkt ist dabei aber eine politische Frage: es soll nur eine begrenzte Menge an Geld zur Verfügung gestellt werden, die unsere Gesellschaft bereit ist, für diesen Bereich des Gesundheitswesens zu bezahlen. Wichtig ist, dass dieses Geld in jedem Fall vom Bürger kommt, egal, ob er eine Abgabe an die Krankenversicherung bezahlt oder ob dies aus dem Steueraufkommen finanziert würde, der Bürger aber nur bedingt Einfluss darauf hat, wie dieses sein Geld verteilt wird.

Mit dieser Deckelung, Kostenneutralität, definiere ich die prognostische Chance, mit welchem Geldwert ich erreichen kann, dass ein psychisch Kranker wieder in die Gesellschaft und an seinen Arbeitsplatz zurückkehren wird, aber auch den Wert, den ein psychisch Kranker für unsere Gesellschaft hat. Der Bedarf orientiert sich also zum einen an den vorgegebenen Rahmenbedingungen, also wie viele Krankenhausbetten werden aufgestellt, wie viele Niedergelassene werden zugelassen, wie viel Geld stelle ich diesen allen zur Verfügung - aber natürlich auch aus der Bereitschaft der Unternehmen, also den Praxen und Kliniken, dem Bürger ein Angebot zu machen, was sich z.B. in der Ungleichverteilung Stadt/Land zeigt oder an der Teilhabe an der Versorgung. Der Bedarf orientiert sich also an den Ressourcen, die zur Verfügung gestellt und von den Bedürfnissen des Unternehmens mit bestimmt werden. Letztere sind z.B. geographisch ungleich verteilt, in der Regel in der Stadt von höheren Kosten bestimmt als auf dem Land. Und sie sind weiter von der Struktur, der Wirtschaftsform und der Gesellschaftsform des Unternehmens

bestimmt. Und nicht zuletzt, was oft nicht beachtet wird, auch vom Leitbild des Unternehmens, seinen ethischen und sozialen Normen, die es sich auferlegt hat hinsichtlich Patientenversorgung und Mitarbeiterführung.

Sind die Mittel knapp, müssen Prioritäten gesetzt werden. Was kann man dem Patienten Gutes tun, d.h. dessen Bedürfnissen entsprechen und was kann man dem Unternehmen Gutes tun, damit es Geld verdienen und weiter hilfreich sein kann - für den Patienten, aber auch für die Mitarbeiter, denen es Arbeitsplätze anbietet? Und auch für das Unternehmen und seine Shareholder, die ein Interesse am Umsatz und Gewinn haben und damit auch an ihrem Bestand.

Eine These ist, dass Einheitspreise keinen Anreiz zur Optimierung geben, sondern Unter- oder Überversorgung stabilisieren und deshalb Nutzen und Effizienz optimiert werden müssen.

Nutzen optimieren heißt, das Ergebnis der Behandlung zu optimieren, Nebenwirkungen und zusätzlichen Schaden zu vermeiden, sprich das Outcome zu optimieren, letztlich Gesundheit wieder herzustellen. Dies erscheint bei psychischen Erkrankungen oft ein hoher Anspruch, zumindest langfristig. Effizienz optimieren heißt, den Weg dorthin zu optimieren, das heißt mit so wenig Einsatz, sprich Geldwert, wie möglich einen optimalen Nutzen zu erzielen. Unnötiges: was ist das? Gibt es das Notwendige? Selbstverständlich: das Unnötige soll vermieden werden und damit Einsparungen erfolgen. Notwendiges hat aber in der Beziehung von Menschen einen hohen Anteil an Subjektivität und ist stark abhängig von einer Augenblicksbefindlichkeit, die sich nicht in so-ist-es- oder so-ist-es-nicht-Kriterien fassen lässt. Notwendiges wird immer aus der direkten Begegnung heraus geklärt. Es geht eben um die Abwendung von Not, die notwendig ist.

Da personelle Zuwendung, also das Beziehungsangebot, bei der Behandlung psychischer Erkrankungen einen wesentlichen Anteil an der Gesundung hat, stellt sich weiter die Frage, wie kompetent ist dieses Angebot und wie hoch muss die Dosis mindestens sein und inwieweit sind Materialeinsatz (z.B. Medikamente) und Personaleinsatz gegeneinander austauschbar. Tageskosten von 9 - 14 € bei modernen Neuroleptika stehen dabei ca. 150 € / Tag an Personeneinsatz gegenüber. Kompetenz sollte man eigentlich voraussetzen, nur dass das Kinder und Jugendliche oft nicht interessiert. Sie kümmern sich nicht immer um State of the Art in der Behandlung, so wie sie das auch nicht immer in der Erziehung durch ihre Eltern tun. Jeder hat dies schon erlebt, dass ein Patient sich gar nicht für unsere tollen Behandlungsmanuale interessiert und ach so nette Verstärker einfach verweigert hat oder Deutungen einfach verleugnet oder zumindest emotional überhaupt nicht an sich herangelassen hat.

Ihm ist wichtig, was er an Beziehung erlebt, spürt. Die kann er mitnehmen und die spürt er, wenn er das Gummiband am Handgelenk schnalzen lässt. Und wie soll dies überhaupt überprüft werden? Pay for transparency und Pay for performance stehen hier als Stichworte für zukünftige Entwicklungen. DRGs und jetzt auch PEPP basieren auf der Idee, mehr Transparenz zu schaffen darüber, welche und wie viel Leistungen in welcher Zeit erbracht werden und dies dann in ein Euro-Entgelt umzurechnen und die Entwicklung geht perspektivisch dahin, dieses dann „erfolgsabhängig“ auszubezahlen in der Vorstellung, dass kompetente Arbeit immer auch zu Erfolg führen muss. Dies ist selbst im somatischen Bereich nicht immer erfüllbar, im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting besteht zumindest kein wirklich kausaler Zusammenhang, da dieser von vielen Einflüssen abhängt, die wir ja auf den Achsen II bis V des MAS mit verschlüsseln. Erfolg ist ein oft nicht eindeutig definierender Begriff, da er, systemisch betrachtet, durchaus unterschiedliche Bedeutungen annehmen kann. Achse VI als Messinstrument ist ein validiertes und taugliches Mittel, aber: Achse II – V schaffen ein so komplexes, individuelles System, dass der Schluss von I nach VI nicht selbstverständlich, unmittelbar kausal gezogen werden kann.

Und dann rechnet sich das Ganze auch nur, wenn die Hoffnung aufgeht, dass die Einsparung größer ist als der bürokratische Aufwand, der für die Dokumentation, Überprüfung und Feststellung der Kriterien notwendig ist. Das ist der Aufwand, der in den Kliniken, vom MDK und von den Kassen zusätzlich betrieben werden muss.

Die Fragen, die hier gestellt werden, betreffen vor allem die Indikation für eine Behandlung. Dies stellt zunächst die Frage in den Raum, ob die primäre Notwendigkeit einer Maßnahme gegeben ist. Ist eine Behandlung überhaupt notwendig und wenn ja, welches Setting ist angezeigt: ambulant, teilstationär oder vollstationär. Primäre Fehlbelegungen lassen sich (wenn eine Diagnose vorliegt) nur spekulativ retrospektiv betrachten. Ein Patient wird eben gerade deswegen aufgenommen, weil in diesem Moment eine andere Lösung nicht möglich erschien. Ob jemand besser wieder mit den Eltern zurückgeschickt wird, die ihn in ihrer aktuellen Not ja gerade gebracht haben? Ob eine Notstelle der Jugendhilfe genug an aktueller Beziehung anbieten kann, wo der Patient doch gerade einen Beziehungseinbruch erlitten hat?

Ein weiterer Unstimmigkeitspunkt ist die Frage der sekundären Fehlbelegung. Wann ist der richtige, notwendige und endgültige Zeitpunkt für eine Entlassung gegeben? Dieser sollte dann gegeben sein, wenn eine ausreichende Gesundheit eingetreten ist, die es dem Patienten ermöglicht, in der Umgebung, in die er nach dem Klinikaufenthalt hineinsoll, im Alltag zumindest eine Zeit

lang zurecht zu kommen (sprich eine zumindest befriedigende Anpassung zu erwarten ist). Ein Dilemma im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich besteht darin, dass die Finanzierung von Maßnahmen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern erfolgt. Für Gesundheitsausgaben ist SGB V zuständig, für Jugendhilfemaßnahmen SGB VIII und für REHA-Maßnahmen manchmal sogar unterschiedliche Träger. Es ist das alte Problem der Kostenverschiebung, die letztlich eine Patientenverschiebung ist, die auf Kosten der Leistungsanbieter erfolgt. Hier ist alles eine Frage der Dokumentationssicherheit. Bestimmte Begriffe sind in der Klinik tabu, eine pädagogische Betreuung dürfen Patienten nur untergeordnet unter die therapeutischen Aktivitäten erfahren. Brauchen psychisch Kranke keine oder weniger Pädagogik? Haben wir nicht ein multiprofessionelles Setting, das jedem Bereich einen dann letztlich im Gesamten wirksamen therapeutischen Effekt und Platz zuweist? Und ist dies nicht gerade das Markenzeichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

„Gerechtigkeit“ soll hergestellt werden und will jeder für sich. Gerechtigkeit in diesem Sinne hat deshalb stets mehrere Ebenen. Was ist gerecht im Sinne des Patienten und was ist gerecht im Sinne der Behandler – und natürlich auch der anderen Protagonisten? Die zwei hierin versteckten Fragen sind nicht getrennt zu sehen, da sie sich gegenseitig bedingen. Man kann sie auch anders stellen: Was steht einem Patienten zu und was darf ein Patient bekommen? Es ergibt sich das Risiko, dass ein Patient nur dann etwas und dann genau das bekommt, wenn das dann abrechenbar ist. Das beginnt mit der „aufwendigen Diagnostik“, die ein schwer kranker Patient vielleicht gar nicht erträgt, das setzt sich fort mit dem Status, der „intensiv“ einträglicher ist als bei Regelmäßigkeit und Krisen sind dann willkommener als Beziehungsstabilität.

Es ist natürlich eine gewollte Grundidee des Systemwandels: es soll die Konkurrenz fördern, dem sich die Gunst zuneigen, der günstig, optimal auch kostengünstig ist. Die Anbieter werden genötigt, sich zu unterbieten, die Werbestrategie der Kassen vermittelt dem Patienten, also ihren Kunden, wo er vermeintlich das beste Angebot bekommt, eines, das seriöserweise (?) als das mit dem besten Outcome in kürzester Zeit aus den Statistiken der Anbieter präsentiert wird. Nur: wie werden diese Statistiken erstellt und auf welcher Grundlage basieren sie? Bewertungen in Portalen und den Medien sowie die Erfolgsstatistiken der Kliniken selbst steigern dieses Konkurrenzverhalten. Hier sollten die Kliniken nicht in unterwürfiger Erfüllung der Vorgaben die Realität verändern, aus Angst, auf der Strecke zu bleiben. Die Hypothese einer Überversorgung müssen sich die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fächer eigentlich nicht zu eigen machen und damit die gewollten Einschränkungen

kungen als richtig und gerecht zu bestätigen. Dennoch scheint es eine innere Urangst zu geben, dass man als nicht „genügend“ beurteilt wird. Evolutionär treibt das den Menschen sicher an, im Kampf mobilisiert es sicherlich Schutzkräfte. Im Kontext einer sozialen Gruppe verhindert es aber Kreativität, hemmt den Einzelnen in seiner Entfaltung und vermindert den Gruppenerfolg. Vorauseilender Gehorsam leitet sich von Resignation ab und wird dann zur selffulfilling prophecy.

Ein Risiko besteht darin, dass zu viele über ein Dumping-Verhalten versuchen einen Verdrängungswettbewerb aufzubauen. Dies führt zu einer Neuverteilung, damit aber auch zu einer Zerteilung des Angebots. Wettbewerb belebt oder tötet. Ergebnis ist zumindest eine Zentralisierung, eine Abschaffung der Vielfalt, im worst case auch ein Aussterben von Angeboten. Es erfolgt eine Listung der statistischen Effektstärke von Maßnahmen, die die Individualität von Menschen und ihr Beziehungs- und Kommunikationsverhalten ignoriert. Normierung ist dann die Maxime, es erfolgt eine Industrialisierung des Gesundheitswesens. Wen oder was wird man dann unter Artenschutz stellen müssen?

Das geplante System macht nur dann Sinn, wenn es differenziert, unterscheidet, wer „übliche“ Patienten und wer „schwierige“ Patienten behandelt. Diese Zuschreibung wird von der behandelnden Klinik vorgenommen und ggf. vom MDK überprüft. Die Zuschreibung erfolgt durch die Zeitdauer, die der Patient an Zuwendung erhält. Honoriert wird eher der „laute“ Patient, der nach Zuwendung schreit oder schlägt.

Und dann verliert der Patient im Laufe der Zeit seines Aufenthalts an Wert. Dies hat er mit heutigen Spareinlagen gemein. Eine so benannte Degression wurde zwar aufgegeben, die Einteilung in „Vergütungsklassen“ auf der Basis der Anzahl der Berechnungstage ist aber keine wesentliche Veränderung. Ziel ist nach wie vor, dadurch die Verweildauer zu verkürzen, die sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren eh schon minimalisiert hat. Ein schizophrener Patient am 17. Tag der Behandlung hat im Vergleich zum Aufnahmetag nur noch 78 % des Erlöswertes. Braucht er tatsächlich ab dann nur noch 78% des Beziehungsangebotes?

Wenn man Therapie als Beziehungsangebot versteht, dann wird die Entwicklung dahin gehen, dass besonders beziehungsbedürftige Patienten kein konstantes Angebot mehr erhalten können. Dies wird sich vor allem auch in den Tageskliniken bemerkbar machen, die aus der Historie heraus eher längerfristige Beziehungsangebote machen, sich nun aber auch verstärkt der Diagnostik und Kurzzeitintervention widmen müssen. Risiko ist, dass das stationäre und tagesklinische Setting zur Krisen- und Diagnostik- oder Clearingeinheit

wird und dann die Funktion eines Rangierbahnhofs hat, der den Patienten ins vermeintlich richtige Gleis der weiteren Versorgung bringt.

Wir machen ein Gedankenspiel: „Je schwieriger du bist, desto mehr Zuwendung bekommst du“ kann die Devise sein und diese Zuwendung ist direkt an den Erlös gekoppelt, den ich für dich bekommen kann. Das macht dich „wertvoll“. Du musst dabei aber noch gewissen Mindestanforderungen genügen, z.B. einen bestimmten Minutenwert erreichen. Ich überlege also nicht, wie ich die Situation deeskalieren, sondern wie ich sie über diese Zeit retten kann. Wenn ich zwei von euch Streithähnen kombiniere, habe ich schon eine Kleingruppe, kann also mit weniger Personalaufwand mehr Erlös erzielen. Die Frage der Planung ist also: wie muss ich den Dienstplan erstellen, damit ich mit einem Minimum an möglichem Personal und einem Maximum an Patientenzahl den zu einem gegebenen, am besten geplanten Zeitpunkt einen optimalen Erlös erziele? Und wie kann ich bei derartiger Planung dafür sorgen, dass eine Eskalation auch eintritt, denn sonst war ja alles umsonst. Und wie kann ich sie über die Zeitvorgabe hinaus erhalten?

Einen solch offensiven Umgang mit der mathematischen Lösung des Optimierungproblems wird natürlich keiner propagieren. Eher wird die Frage sein, wie mit dem systemimmanenten Anreiz zur Verschleierung umgegangen wird. Wie wird Krise definiert, was kann man noch an Diagnostik machen, wie interpretiert man die Form der Zuwendung? Hier kann man die Dokumentation zur Textbausteinsammlung verkommen lassen, da nicht mehr die Information für das Team sondern die für den MDK von Bedeutung wird. Thema ist nicht mehr, was real im Beziehungskontext des Behandlungsalltags passiert, sondern das, was passieren muss, um es ökonomisch relevant werden zu lassen. Es könnte ein Wettlauf von vielen Klinik-Igeln werden, jeder versucht, der Besondere und Erste zu sein. Dann ist keine Differenzierung mehr möglich, weil alle das gleiche und das schwerste machen und das Besondere zum Normalen und der Differenzial-Erlös wieder zum kumulierten tagesgleichen Erlös wird. Dann ist der Krankenkassenhase schon da, denn das Erlösniveau hat sich da schon auf niedrigerem Level eingependelt. - Aber das war nur ein Gedankenspiel.

Natürlich ist die Dokumentation der geleisteten Arbeit nicht nur als Leistungsnachweis sondern auch als Informations- und Reflektionsmittel wichtig und richtig, wenn sie dadurch Teil des Qualitätsmanagements ist. Wenn sie dazu führt, dass das Management zum Verlust an Qualität führt, nennt man dies Bürokratie. Und das ist es ja, worüber die meisten klagen, die Bürokratisierung und Standardisierung des Gesundheitswesens. Wie es Prof.

Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, es einmal richtig ausgedrückt hat: „Qualität erzeugt man nicht, indem man sie verwaltet.“

Wir haben den berechtigten Anspruch, ein transparentes und gerechtes System haben zu wollen in der Hoffnung, dass dies dann zu mehr Gesundheit des Menschen und gleichzeitig deren sicherer Bezahlbarkeit führt. Und wir stellen fest, dass die Vielfältigkeit und Komplexität des Menschen den Ausgleich zwischen diesen beiden Polen nur schwer oder nicht ermöglicht. Es sind eben keine kompromissfähigen Antipoden. Immer wieder taucht am Ende die Frage auf: was ist die Gesundheit des einzelnen Menschen Wert und die stellt jeder Mensch an uns gesunde Menschen und als Helfer genau dann, wenn er krank ist und dann erwartet er eine Antwort darauf, die ihn als Mensch wertschätzt. Auch als psychisch kranker Mensch.

Das jetzt vorliegende System ist offenkundig zum Teil wenig tauglich, zum Teil unfertig. Da sind sich Experten, Betroffene und auch Politiker überwiegend einig. Aber es ist von der Zielrichtung her beschlossen.

In diesem Zusammenhang wird dann immer wieder darauf hingewiesen, dass es ja ein „lernendes System“ ist. Und es ist anzunehmen, dass das stimmt: unklar ist nur, welcher Abschluss soll erreicht werden. Wenn es nicht möglich ist, dass Hase und Igel eine Ziellinie vereinbaren, dann wird es ein unendlicher Lauf. Je transparenter das System ist, desto mehr Fragen stellen sich, aber eben auch Fragen nach Werten, Bewertung und Wertschätzung. Ob es gerechter wird? Wenn man einem Neoliberalismus nachhängt, der postuliert, dass Gerechtigkeit aus Konkurrenz folgerichtig entsteht, dann ja, dann ist das als gerecht definiert, was daraus entsteht, immerhin eine Durchschnittsgerechtigkeit. Wenn man als Maßstab die Fürsorge für die Individualität des einzelnen Menschen nimmt, dann wohl eher nicht, jedenfalls nicht für die, die sich der Normierung nicht anpassen. Es wird bei Patienten und Kliniken Gewinner und Verlierer geben und man wird sehen, ob das gerechte Sieger und gerechte Verlierer sind. Und ob die das mit der Transparenz so richtig verstanden haben oder nicht.

Autor:

Dr. Viktor Herlitz

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Klinikum Nürnberg

Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1

90419 Nürnberg

Tel. 0911 398-2800

www.klinikum-nuernberg.de

Berufsunfähigkeit bei psychischen Störungen Jugendlicher

Ingo Spitzcok von Brisinski

Zunahme von Berufsunfähigkeit

Während der Bestand an Berufsunfähigkeitsversicherungen (BU) seit vielen Jahren stagniert – Ende 2012 lag er bei rund 15 Millionen Verträgen in Deutschland (Deutsche Rück 2014) – sind die anerkannten Leistungsfälle innerhalb von 5 Jahren von 34.000 auf 42.000 Fälle pro Jahr, also um 20 % gestiegen (Morgen & Morgen 2013). 2012 wurden mehr als 250.000 BU-Renten mit einem Volumen von 1,7 Milliarden Euro ausgezahlt. Psychische Erkrankungen und Nervenkrankheiten sind bei den unter 40-Jährigen in 35% Ursache für die Berufsunfähigkeit, bei den über 50-Jährigen sind es nur 25 Prozent. Über alle Altersgruppen hinweg sind diese Erkrankungen mit 31 Prozent die häufigste Ursache – Tendenz steigend: Im Zeitraum 2005 bis 2012 hat sich dieser Anteil beinahe verdoppelt (Morgen & Morgen 2014).

Berufsunfähigkeit bei Kindern und Jugendlichen

Von Berufsunfähigkeit sind auch Kinder und Jugendliche betroffen: Berufsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Schüler seinen Schulalltag nur noch zu 50 % bewältigen kann, abhängig von der schulischen Laufbahn. Maßgebend für die Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers ist die zuletzt konkret ausgeübte Tätigkeit des Schülers. Die gewählten Schulfächer, der Schulweg und die Hausaufgaben spielen ggf. eine Rolle. Mittlerweile gibt es Versicherer, die Schülern ab einem Alter von 10 Jahren eine Berufsunfähigkeitsversicherung anbieten. Der Versicherungsvertrag kann mit einer Gültigkeit bis zum 67. Lebensjahr abgeschlossen werden, so dass Schüler sich zu einem relativ günstigen Beitrag bis zum Beginn des Regelrenteneintrittsalters absichern können. Außerdem erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, den Schutz

zu normalen Konditionen zu bekommen, sofern nicht bereits besondere Risiken bekannt sind. Es gibt auch Berufsunfähigkeitsversicherungsverträge mit einer ‚Schuldienstklausel‘: Die Rente gibt es dann – vereinfacht ausgedrückt – dann, wenn das Kind dauerhaft nicht mehr am Schulunterricht teilnehmen kann. Ein Kind, das im Rollstuhl am Schulunterricht teilnehmen kann, erhält daher keine Rente (Kühl 2015).

Fragestellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht stellt sich die Frage, welche Risiken bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter bestehen bzgl. späterer Berufsunfähigkeit (Verlauf und Prognose psychischer Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend). Im Einzelfall können sich zudem Versicherungsleistungen negativ auf den therapeutischen Prozess auswirken, da die Wiederherstellung der Schul- bzw. Berufsfähigkeit mit dem Wegfall finanzieller Leistungen einhergehen kann: Die Versicherung stellt ihre Zahlungen ein, wenn es dem Kind bzw. Jugendlichen wieder besser geht und der Grad der Behinderung unter 50 sinkt. Das ist zum Beispiel bei Kindern mit Diabetes der Fall, wenn sie mit Insulin stabil eingestellt sind (Stiftung Waren-test <https://www.test.de/Kinderinvaliditaets-Versicherung-Absicherung-fuer-den-Notfall-1487024-0/>).

Ursachen von Schwerbehinderung und Berufsunfähigkeit

Zentrale Statistiken zur Berufsunfähigkeit von Kindern und Jugendlichen stehen nicht zur Verfügung. Das Risiko einer dauerhaften Schwerbehinderung ist bei Kindern und Jugendlichen in über 90 % der Fälle auf Krankheiten und nur in 0,59% auf Unfälle zurückzuführen (Statistisches Bundesamt, Schwerbehindertenstatistik Kinder und Jugendliche 2003).

Laut Statistischem Bundesamt lebten zum Jahresende 2011 rund 7,3 Millionen schwerbehinderte Menschen (Grad der Behinderung $\geq 50\%$) in Deutschland, davon 165.254 Kinder und Jugendliche (2%). Bei rund 65.000 der Minderjährigen (39%) waren „Querschnittlähmung, Zerebrale Störungen, Geistig-Seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten“ anerkannter Behinde-

rungsgrund und damit die häufigste Ursache bei den unter 18jährigen. Die Zahl der Schwerbehinderten nimmt zu: Zum Jahresende 2013 lebten rund 7,5 Millionen schwerbehinderte Menschen in Deutschland, d. h. rund 260.000 bzw. 3,6% mehr als am Jahresende 2011. 2013 waren somit 9,4 % der gesamten Bevölkerung in Deutschland schwerbehindert. 4 % der Behinderungen waren angeboren bzw. traten im ersten Lebensjahr auf. 2% waren auf einen Unfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen. Auf geistige oder seelische Behinderungen entfielen zusammen 11% der Fälle, auf zerebrale Störungen 9%.

Unterschied zwischen Berufsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsrente

Seit 2001 hängt die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente allein vom Leistungsvermögen des Versicherten ab, Qualifikation und Beruf spielen keine Rolle. Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung hängt dagegen die Leistung davon ab, ob der Versicherte noch seinem zuletzt ausgeübten Beruf nachgehen kann.

Gemäß zentraler Statistiken erhielten 2007 rund 6% der 20 bis 35 Jahre alten Deutschen eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund von Erwerbsminderung (Rentenversicherung in Zahlen 2011 u. Rentenversicherung in Zahlen 2012; Statistik der Deutschen Rentenversicherung) und 20% der 36- bis 45jährigen.

Eigene Berechnungen aus der Statistik der Deutschen Rentenversicherung zum Rentenzugang 2011 ergeben folgendes Bild:

- 2.178 Männer bis 30 Jahre waren erwerbsunfähig, davon aufgrund von Psyche/Verhaltensstörungen: 1.647 (76 %)
- 5.887 Männer im Alter von 30 bis 39 Jahren waren erwerbsunfähig, davon aufgrund von Psyche/Verhaltensstörungen: 4.219 (72 %)
- 2.131 Frauen bis 30 Jahre waren erwerbsunfähig, davon aufgrund von Psyche/Verhaltensstörungen: 1.487 (70 %)
- 6.932 Frauen im Alter von 30 bis 39 Jahren waren erwerbsunfähig, davon aufgrund von Psyche/Verhaltensstörungen: 4.534 (65 %)

Berufsunfähigkeit durch psychische Störungen

- Die Zahl der Krankschreibungen, Berufsunfähigkeitsfälle und Frühberentungen aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen.
- Etwa jeder dritte Fall ist mittlerweile darauf zurückzuführen.
- Berufsunfähigkeit wird vor allem von Depressionen verursacht, aber auch Angsterkrankungen und Erschöpfungssyndrome (Burn-out)
(Sonnenmoser 2012)

Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung

Laut Bundes-Gesundheitssurvey GHS-MHS erfüllten 32% aller Untersuchten, d. h. etwa ein Drittel im Alter von 18 bis 65 Jahren in den letzten 12 Monate die Kriterien für eine oder mehrere psychische Erkrankungen – ungeachtet von Dauer, Schwere und Behandlungsstatus (12-Monatsprävalenz), in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren lag der Anteil bei 33% (Männer 29%, Frauen 36%). Die Lebenszeitprävalenz für psychische Störungen liegt bei rund 43% (Jacobi et al. 2004). Dabei sind die Angststörungen mit einer Prävalenz von 17,4% am häufigsten, gefolgt von depressiven Störungen mit 12,8% und somatoformen Störungen mit einer Prävalenz von 11%. Abhängigkeitserkrankungen machen dagegen nur 4,3% aus, psychotische Erkrankungen 2,6%, Zwangsstörungen 0,7% und Essstörungen 0,3%.

Wie beeinträchtigend und hindernd sind psychische Störungen?

- *Indikator 1:* Anzahl von Tagen (letzte 4 Wochen), an denen der/die Betroffene mit psychischer Störung nicht in der Lage war, den beruflichen bzw. sozialen Kernaufgaben nachzugehen (Arbeitsunfähigkeitstage)
- Analoge Erfassung für körperliche Erkrankungen
- *Indikator 2:* Häufigkeit ambulanter Arztbesuche in den letzten 12 Monaten

(Wittchen et al. 2003)

Welche psychischen Störungen spielen derzeit bei Anträgen zu Berufsunfähigkeitsversicherungen eine Rolle?

In einer Jugendmarktstudie der Deutsche Rückversicherung Aktiengesellschaft (Barth 2014) wurden folgende psychische Vorerkrankungen bzw. Behandlungen von den Antragstellern angegeben:

- psychisch unberechenbar + Suizidgedanken
- Depression + Panikattacke
- Psychotherapie
- Essstörungen + Schlafstörungen
- ADHS
- Angstzustände
- Prüfungsstress
- Gesprächstherapie n. Todesfall eines Kindes im Kindergarten
- Depression (Burn Out)
- Psychose
- Angststörungen
- ADS
- Bulimie
- Verlustangst
- Reizdarm
- Verhaltenstherapie

ADHS und ADS ohne Hyperaktivität:

Häufigkeit und Verlauf

- Prävalenz bei Erwachsenen weltweit ca. 3-4% (Fayyad et al. 2007, de Graaf et al. 2008, Shaw et al. 2013)
- Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen sind sehr heterogen und nehmen einen sehr unterschiedlichen individuellen Entwicklungsverlauf (Linderkamp, 1996).
- Im Alter von 25 Jahren zeigen noch etwa 15% das ADHS-Vollbild, nur etwa 20% sind völlig symptomfrei (Faraone et al. 2006)

Langfristig angelegte Verlaufsstudien im Erwachsenenalter zeigen, dass Kinder und Jugendliche mit ADHS später hohe Raten an persistierender ADHS, antisozialen Persönlichkeitsstörungen, Substanzmissbrauchsstörungen, Depression und Bipolaren Störungen sowie Angststörungen aufweisen. Zusätzlich wird der Verlauf der Störung durch eine Reihe assoziierter Probleme wie Arbeitslosigkeit und geringer qualifizierte Arbeit, Partnerbeziehungsstörungen, chaotische Haushaltsführung, risikoreiches Verhalten und Unfälle sowie Gesetzesverletzungen und Delinquenz kompliziert (vgl. Steinhausen & Sobanski, 2010).

Als Risikofaktoren, die eine Chronifizierung der ADHS begünstigen, gelten niedrige Intelligenz, früh einsetzende und heftige oppositionelle und aggressive Verhaltensstörung, schlechte Beziehung zu Gleichaltrigen und Eltern, antisoziale Persönlichkeit des Vaters, familiäre Instabilität, niedriger sozioökonomischer Status, strafender und inkonsistenter Erziehungsstil (Döpfner et al. 2000, Steinhausen 2013). Als Faktoren, die eine günstige Entwicklung unterstützen, gelten hohe Intelligenz, zufrieden stellende familiäre Kohäsion bei intakter Eltern-Kind-Beziehung, soziale Eingebundenheit des Kindes in Schule und Gleichaltrigengruppe, früheinsetzende und dauerhaft durchgeführte Therapie (Döpfner et al. 2000, Spitzcok von Brisinski 2005b, Huss 2008).

Unfallrisiko bei ADHS

- Kinder mit ADHS haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Unfälle und erleiden vermehrt unfallbedingte Frakturen, Zahnverletzungen und Sportverletzungen treten bei
- Jugendliche und junge Erwachsene ADHS verursachen ca. 2–4mal häufiger Verkehrsunfälle als junge Altersgenossen ohne ADHS
- Insbesondere in den ersten 5 Jahren Fahrpraxis ist dieses Risiko deutlich erhöht, während danach offenbar Kompensationsmechanismen das Risiko verringern.
- Methylphenidat verbessert das Fahrverhalten

(Ludolph et al. 2009)

Langzeiteffekte der Behandlung von ADHS

Bei der berühmten MTA-Studie fanden sich bei der Verlaufsuntersuchung nach 8 Jahren (Molina et al. 2009) unabhängig von der Therapieform noch Verbesserungen bzgl. Delinquenzhäufigkeit, Lesen, allgemeiner akademischer Leistung und sozialer Fertigkeiten im Vergleich zur Zeit vor Beginn der Behandlung. Für mögliche Langzeiteffekte (mehr als 8 Jahre) bei ADHS durch Verhaltenstherapie oder pädagogische Maßnahmen liegen dagegen bisher keine empirischen Studien vor (Steinhausen 2013).

In einer schwedischen Registerstudie mit mehr als 25.000 ADHS-Patienten (Lichtenstein et al. 2012) wurde Kriminalität unter Medikation (Einträgen im Kriminalitätsregister) verglichen mit Perioden ohne medikamentöse Behandlung. Medikation führte zu einer Reduktion der Kriminalitätsrate bei Männern um 32% und bei Frauen um 41%. Bzgl. Entwicklung von Substanzmissbrauch ist Medikation weder Risiko noch Schutz (Humphreys et al. 2013).

Shaw et al. (2012) werteten 351 Studien systematisch zum Langzeitverlauf (2 Jahre oder länger) von ADHS aus hinsichtlich des Einflusses jeglicher Behandlung (medikamentös, nichtmedikamentös oder multimodal). In 74% der Studien war der Verlauf ohne Behandlung schlechter und in 26% gleich, das Ausmaß positiver Effekte war jedoch sehr unterschiedlich: Bzgl. Fahrtüchtigkeit und Adipositas waren 100% aller untersuchten Verläufe unter ADHS-Behandlung positive. Hinsichtlich Selbstwertgefühl waren es 90%, sozialer Funktionen 83%, akademischem Erfolg 71%, Missbrauch von Drogen/Abhängigkeit 67%, dissozialem Verhalten 50%, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten/sozialen Diensten ebenfalls 50%, hinsichtlich Arbeit waren jedoch nur 33% der untersuchten Verläufe unter Behandlung positiver im Verlauf.

Lässt man die Hochrisikogruppe ‚ADHS plus Störung des Sozialverhaltens‘ außen vor, spielt es offenbar bzgl. Arbeitsverhältnis und Gehaltsstruktur im Erwachsenenalter keine Rolle mehr, ob ADHS noch besteht oder nicht (Klein et al. 2012)

In einer Studie der WHO zur Prävalenz von ADHS und Effekten auf die Leistung von Arbeitenden im Alter von 18–44 Jahren (de Graaf et al. 2008) wurden 7075 Arbeitnehmer und Selbstständige, davon 3,5 % mit ADHS, überwiegend unbehandelt, befragt. Es fanden sich signifikant mehr Tage mit selbst eingeschätzter verminderter Leistungsfähigkeit (22 Tage/Jahr), aber

nur 8 Tage pro Jahr als arbeitsunfähig gemeldet. Zum Vergleich: Deutsche Berufstätige mit Versicherung in der Techniker Krankenkasse allgemein waren 2012 durchschnittlich 13,7 Tage je Versicherungsjahr arbeitsunfähig gemeldet (TK Gesundheitsreport 2013. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/83065/Gesundheitsreport-2013.pdf>). Demnach waren Berufstätige mit ADHS durchschnittlich weniger Tage pro Jahr als arbeitsunfähig gemeldet.

Komorbide Störungen bei ADHS im Erwachsenenalter

Fayyad et al. 2007 untersuchten 11.422 Erwachsene im Alter von 18 bis 44 Jahren in Amerika, Europa und im Mittleren Osten. Bei 50% der Probanden mit ADHS fanden sich zusätzliche psychische Erkrankungen. Für affektive Störungen, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen war das Risiko um das 4fache erhöht, für 3 oder mehr komorbide Erkrankungen war das Risiko bei ADHS um das 7fache erhöht.

Berufliche Einschränkungen

Aufgrund von Aufmerksamkeitsproblemen (ADS ohne Hyperaktivität) sowie von Aufmerksamkeitsproblemen und verminderter Impulskontrolle (ADHS) kommt es vermehrt zu Fahrfehlern und (zumindest in den ersten 5 Jahren Fahrpraxis nach Führerscheinerwerb) Unfällen (Ludolph et al. 2009). Daher wird Menschen mit AD(H)S u. U. die Eignung als Berufskraftfahrer abgesprochen. Auch für Bundeswehr und Polizei kann AD(H)S ein Ausschlusskriterium darstellen.

Nach Bauschmann (2002) sind bei AD(H)S berufliche Tätigkeiten als problematisch einzustufen, wenn sie folgende Anforderungen an die Betroffenen stellen:

- Hohe Konzentration über einen längeren Zeitraum
- Arbeiten im Sitzen ohne Möglichkeit, die Körperhaltung zu ändern
- Feinmotorische Arbeiten
- Gleichförmige Arbeiten
- Ord nende Arbeiten
- Arbeiten mit arbeitsspezifischen Termindruck
- Arbeiten mit einem hohen Routineanteil

Beispielhaft werden folgende Berufsfelder/Berufsgruppen genannt, die danach als eher problematisch angesehen werden könnten:

- Berufe im Finanz- und Rechnungswesen
- Feinmechanische Berufe
- Verwaltungsberufe mit starker juristischer Orientierung
- archivierende und dokumentierende Berufe
- Berufe mit hohem Anteil an Dateneingabe
- Laborberufe
- Berufe im Bank- und Versicherungswesen
- Alle Produktionsberufe ohne Bewegungsmöglichkeit
- Fahrzeugführer
- Maschinenführer
- Überwachende Berufe
- Kontrollierende Berufe

Unter Berücksichtigung der eher positiv zu wertenden Eigenschaften bei AD(H)S werden als relativ unproblematisch eingestuft:

- Pflegeberufe
- Selbstständige Berufe
- Politische Berufe
- Journalistische Berufe
- Gestalterische Berufe
- Darstellende Berufe
- Risikoreiche Berufe
- Dienstleistungsberufe
- Kreative Berufe
- Forschende Berufe
- Medienberufe
- Helfende Berufe
- Berufe mit hohem Bewegungsanteil
- Berufe, die im Freien ausgeübt werden
- Berufe, die viel Abwechslung bieten

Versicherungsabschlüsse

AD(H)S kann zu Problemen führen bei Neuabschluss einer Krankenversicherung, Krankenzusatzversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung oder Unfallversicherung, da davon ausgegangen wird, dass Menschen mit AD(H)S ein

erhöhtes Risiko haben, an zur Invalidität führenden körperlichen oder seelischen (Stress-) Erkrankungen zu leiden, und dass ein erhöhtes Unfallrisiko besteht.

Angststörungen

- Lebenszeit-Prävalenzschätzungen für Angststörungen liegen zwischen 5,6 und 28,7 % (Lieb et al. 2003)
- Die verschiedenen Angststörungen haben einen unterschiedlichen Beginn. Der Median des Alters zu Beginn beträgt 7 Jahre für spezifische Phobien, 13 für die soziale Phobie, 24 für die Panikstörung und 31 für die generalisierte Angststörung
- Die Angststörungen haben einen chronischen Verlauf. Vor allem bei der Panikstörung und der generalisierten Angststörung kommt es zu einem phasenhaften Verlauf, während bei der sozialen Phobie eher ein durchgehender Verlauf zu beobachten ist. In der fünften Dekade kommt es nach epidemiologischen Untersuchungen zu einer deutlichen Abnahme von Angststörungen (Bandelow et al. 2014)
- Häufige zusätzliche psychische Erkrankungen: Depression, Sucht

Viele Arztbesuche können angstbedingt sein und sprechen *nicht* unbedingt für künftige Berufsunfähigkeit (Wittchen et al. 2003). Betrachtet man die Anzahl von Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten, so liegt die durchschnittliche Zahl bei 6,9, wenn keine psychische Störung vorliegt, und bei durchschnittlich 10, wenn ‚irgendeine psychische Störung‘ vorliegt. Die häufigsten Arztbesuche wiesen Patienten mit Panikstörung (19%), Zwangsstörung (18,8%) sowie anderen Angststörungen auf.

Depression

Die Schätzungen für Lebenszeitprävalenzen streuen von 3 bis 18%, die Prävalenz bipolare Störungen (manisch-depressiv) liegt bei 1 bis 2%. Depressionen nehmen seit den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts weltweit zu (Wittchen 2004). Besonders jüngere Menschen werden zunehmend von Depressionen heimgesucht. Der Ersterkrankungsgipfel liegt heute nicht mehr zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr, sondern zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr, für bipolare Störungen zwischen 16 und 26 Jahren.

Die Lebenszeitprävalenz liegt bei 16-20 %. Bezogen auf die letzten zwölf Monate vor der Untersuchung liegt bei 60,7 % aller Patienten mit unipolaren depressiven Störungen eine Komorbidität vor, darunter bei 24,1 % mit 3 und mehr zusätzlichen Diagnosen.

Angst- und/oder Panikstörungen liegen in ca. 50 % zusätzlich vor. Eine Komorbidität von Depression und Angst geht mit höherer Symptomschwere, Chronizität, höherer funktioneller Beeinträchtigung, höherer Suizidrate und einem geringeren Ansprechen auf medikamentöse Therapie einher.

Eine weitere häufige und prognostisch ungünstige Komorbidität besteht mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Ein Drittel aller depressiven Patienten weist, bezogen auf die Lebenszeit, einen Substanzmittelabusus auf.

Bei chronischen Depressionen liegen als häufigste komorbide Persönlichkeitsstörungen die ängstlichvermeidende (25,3 %) sowie die zwanghafte (18,1 %) und die selbstschädigende (16 %) vor.

Eine WHO-Studie zeigte, dass das Risiko, an einer körperlichen Beeinträchtigung zu erkranken, ein Jahr nach einer depressiven Erkrankung um das 1,8-fache erhöht ist. Zu den gehäuft auftretenden somatischen Beeinträchtigungen zählen u. a. arteriosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Migräne, Asthma bronchiale, Allergien, Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen.

Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein höheres Chronifizierungsrisiko, eine ungünstigere Prognose und ein erhöhtes Suizidrisiko.

Fast alle Patienten mit schweren Depressionen haben Suizidgedanken. Die Suizidrate bei Depressiven ist dabei etwa 30-Mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung.

Depressive Störungen reduzieren die berufliche Leistungsfähigkeit, da neben der allgemeinen Antriebsstörung die Konzentration und andere kognitive Funktionen betroffen sind

- Depressive Arbeitnehmer haben mit 6,1 Tagen wesentlich mehr Arbeitsunfähigkeitstage im Monat als nicht depressive Arbeitnehmer mit 1,7 Tagen
- 2002 machten die affektiven Störungen 8,5 % aller vorzeitigen Beurlaubungen aus

(DGPPN et al. 2012)

Bipolare Psychosen

Bipolare Störungen treten mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 3% auf und haben eine hohe Rezidivrate, wobei der Verlauf individuell sehr variabel ist. Ein größerer Teil der Patienten erleidet wenige Phasen, rund 10 % erleben jedoch mehr als 10 Episoden.

Viele Patienten zeigen eine Residualsymptomatik, die das Risiko für eine Wiedererkrankung zusätzlich erhöht und dauerhafte Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus (auch im Sinne einer Behinderung) bedeuten kann. Eine besonders schwerwiegende Form ist das Rapid Cycling mit schnellem Wechsel von Phasen verschiedenen Typs und bis zu 20 % der Patienten, vor allem Frauen, betrifft.

- *Rapid Cycling*: mindestens 4 Stimmungsumschwüngen pro Jahr;
- *Ultra Rapid Cycling*: Stimmungsumschwüngen innerhalb von wenigen Tagen;
- *Ultra-Ultra Rapid Cycling*: Umschwüngen innerhalb von wenigen Stunden

Risikofaktoren für ungünstigen Verlauf

Für häufig wiederkehrende Episoden:

- Junges Ersterkrankungsalter
- Weibliches Geschlecht
- Gemischte Episoden
- Schwerwiegende Lebensereignisse
- Psychotische Symptome
- Insuffizientes Ansprechen auf die phasenprophylaktische Therapie
- Rapid Cycling

Für einen chronischen Verlauf:

- Häufige Episoden
- Prämorbid Persönlichkeitsmerkmale mit inadäquaten Copingstrategien
- Insuffizientes Ansprechen auf die Akut- und phasenprophylaktische Therapie
- Schlechte Compliance
- Komorbider Substanzmissbrauch
- Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen.

(DGBS & DGPPN 2012)

Essstörungen

Die Lebenszeitprävalenz für Anorexia nervosa liegt bei 2,2 %, für Bulimia nervosa bei 1,5 %, für Binge-Eating-Störung bei 1 - 3 % und für nicht näher bezeichnete Essstörungen bei 14-20 %.

Anorexia nervosa hat die höchste Sterberate aller psychischen Erkrankungen, etwa um das 3- bis 10fache im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. Die Sterberate für Bulimia nervosa ist etwa um das 1,6fache erhöht (DGPM et al. 2010).

Schizophrenie

Die Prävalenz liegt weltweit zwischen 0,5 bis 1,6%. Die Erkrankung tritt bevorzugt zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr auf.

Nach Krankheitsbeginn kommt es unter der Behandlung meist rasch zum Abklingen der ersten psychotischen Episode. Bei etwa 20% der Erkrankten ist damit eine volle Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verbunden. Bei den übrigen 80% kommt es zu einer Remission von unterschiedlicher Qualität, von Symptombefreiheit einerseits bis hin zu einem erheblichen Maß kognitiver und sozialer Behinderung andererseits.

Ungünstige Prognosefaktoren sind familiäre Vorbelastung, d.h. psychische Erkrankungen in der Familie, männliches Geschlecht, lange Prodromalphase bzw. verzögerter Krankheitsbeginn, kognitive Dysfunktion, niedrige prä-morbide Intelligenz und Negativsymptomatik, schlechte prä-morbide soziale Anpassung und fehlende stabile Partnerschaft, psychosozialer Stress und belastendes familiäres Klima (High-EE), Geburtskomplikationen sowie ethnischer Minderheitenstatus oder -ursprung (DGPPN 2005).

Reizdarm

Unter diesem Begriff werden verschiedene Krankheitszeichen, für die keine organischen oder biochemischen Veränderungen erkennbar sind, zusammengefasst. Bei länger als 3 Wochen anhaltenden Leibschmerzen, Stuhlunregelmäßigkeiten und Blähungen kann ein Reizdarmsyndrom vorliegen, wenn eingehende Untersuchungen durch einen Gastroenterologen keinen Hinweis auf eine organische Ursache ergeben haben.

In Deutschland sind schätzungsweise bis zu 12 Millionen Menschen betroffen, davon sind mehr Frauen als Männer. Nur ein Teil von ihnen leidet jedoch unter schweren Symptomen. Die Beschwerden treten oft nur gelegentlich auf, z. B. auf Reisen oder aufgrund ungewohnter Ernährung. Viele Patienten geben an, schon in der Kindheit Verdauungsstörungen gehabt zu haben.

Bei einigen Betroffenen treten die Beschwerden ganz plötzlich und ohne vorherige Warnsignale auf. Oft geht dem Reizdarmsyndrom jedoch eine Magen-Darminfektion voraus.

Auch psychosomatische Ursachen scheinen eine Rolle zu spielen: Oft waren Patienten kurze Zeit vor dem Auftreten erster Symptome seelisch sehr belastenden Situationen ausgesetzt, wie zum Beispiel einer Scheidung oder dem Verlust der Arbeitsstelle.

Das Reizdarmsyndrom kann viele unterschiedliche Symptome auslösen. Am häufigsten klagen die Patienten über unbestimmte Bauchschmerzen sowie ein Gefühl des Unwohlseins. Aber auch Stuhlunregelmäßigkeiten mit Verstopfung oder Durchfall sowie Blähungen und Völlegefühl sind typisch. Viele Betroffene leiden unter Rücken-, Gelenk- und Kopfschmerzen.

Nehmen die Beschwerden an Heftigkeit zu und treten sie häufig in Erscheinung, kann das den Alltag erheblich einschränken. Die Patienten sind bedrückt und niedergeschlagen, nicht selten ändern sie auch ihre Ernährungsgewohnheiten, verzichten auf zahlreiche Lebensmittel und meiden es, im Restaurant zu speisen. In Extremfällen ziehen sich die Betroffenen ganz in sich zurück und isolieren sich von ihrer Umwelt.

Auch Ängste, vor allem vor chronischen Krankheiten und gar Krebs, können das Darmleiden begleiten.

Die Behandlung richtet sich nach den schwerwiegendsten Symptomen. Bei milden Formen des Reizdarmsyndroms reicht oft schon eine Ernährungsberatung aus.

In schwierigen Lebenssituationen können dem Patienten auch psychotherapeutische Maßnahmen wie eine Gesprächs- oder Verhaltenstherapie helfen, Strategien zur Konfliktbewältigung zu erlernen und mit seinen Problemen besser zu Recht zu kommen. Darüber hinaus helfen oft Entspannungstechniken wie autogenes Training oder Yoga-Übungen, um Stress abzubauen und zu einem inneren Gleichgewicht zu finden.

Wenn diese Therapiemaßnahmen nicht ausreichen, kann der Gastroenterologe auch Medikamente einsetzen, um die Beschwerden zu verringern.

Wenn Bauchschmerzen und andere Beschwerden beim Reizdarmsyndrom besonders hartnäckig sind, hat sich auch eine Therapie mit sehr niedrig do-

sierten Antidepressiva bewährt. Untersuchungen haben gezeigt, dass ausgeprägte Symptome sehr häufig mit depressiven Verstimmungen und Ängsten vergesellschaftet sind.

Das Reizdarmsyndrom lässt sich zwar nicht heilen, die Symptome sind aber zumeist gut in den Griff zu bekommen.

Zusätzliche Behandlungsverfahren, wie z. B. eine Psychotherapie, sind oft wirksam.

Viele Patienten befürchten, dass sich aus einem Reizdarmsyndrom Darmkrebs entwickeln kann. Diese Befürchtung ist jedoch unbegründet, denn ein Reizdarmsyndrom erhöht das Risiko dafür nicht.

Schwere Formen, die zu einer Berufsunfähigkeit führen, sind in der Regel mit einer oder mehreren psychischen Erkrankungen verbunden

Die Prognose hängt in diesen Fällen oft mehr vom Verlauf der psychischen Erkrankung ab als von den somatischen Beeinträchtigungen (BDI 2015).

Suizidgedanken

Suizidale Gedanken sind während der Pubertät relativ häufig und für sich erst einmal nicht grundsätzlich als psychisches Erkrankung zu sehen. Selbstmorde stehen bei Kindern an 10., bei Jugendlichen an 2. Stelle der Todesursachen. Auf einen vollendeten Suizid kommen etwa 10 bis 15 Suizidversuche. Ein Zusammenhang zwischen Suizidalität und psychiatrischer Diagnose wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Während viele Autoren in bis zu 94% psychiatrische Erkrankungen beschreiben, fanden zahlreiche Autoren bei Kindern und Jugendlichen keine enge Korrelation zwischen psychiatrischer Diagnose und erhöhter Suizidalität.

Häufig beschrieben werden affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Impulskontrollstörungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie Anpassungsstörungen.

Die Wahrscheinlichkeit für weitere Suizidversuche (und damit ggf. körperliche Schäden, die eine Berufsunfähigkeit nachsichziehen können) hängt von zahlreichen Risikofaktoren ab wie z. B. Suizide in der Familie, psychische Erkrankungen beim Betroffenen und/oder Verwandten ersten Grades, schwaches soziales Umfeld) (Spitzcok von Brisinski 2002, Blanz et al. 2006).

Psychotherapie

Die Inanspruchnahme von Psychotherapie bedeutet nicht grundsätzlich ein erhöhtes Risiko für Berufsunfähigkeit, sondern sehr häufig die Bereitschaft, an bestehenden Beeinträchtigungen aktiv zu arbeiten.

Jugendliche, die trotz bestehender Beeinträchtigungen nicht professionelle Hilfe annehmen, haben eher eine schlechte Prognose.

Besonders schwer psychisch kranke Jugendliche sind oftmals nicht in der Lage, den Anforderungen einer Richtlinienpsychotherapie zu entsprechen

Begutachtung der beruflichen Leistungsfähigkeit im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsrente

Die Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit erfolgt auf Basis folgender Abschnitte:

- (A) *psychiatrische und psychosomatische Vorbefunde* (war die Therapie angemessen? Erfolgreich? Sind die Diagnosen zutreffend?)
- (B) *psychische und psychosomatische Funktionen* (Somatisierung, Emotionalität, Antrieb, Kognitionen, Verhalten, Interaktion, körperliche Funktionsbeeinträchtigung, usw.)
- (C) Krankheitsverarbeitung (Leidensdruck, Offenheit für psychosoziale Anteile, Subjektives Leistungskonzept, Bereitschaft zur Veränderung, Erleben kollegialer Unterstützung, usw.)
- (D) Aktivität (körperlich, Umstellungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, usw.)
- (E) Beurteilung tendenziöser Haltungen (Inkonsistenzen, Hinweise für Simulation bzw. Aggravation)
- (F) Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit (Arbeitsplatzanforderungen, Leistungsfähigkeit am aktuellen Arbeitsplatz, Dauerhaft zu erwartende Leistungsfähigkeit)
- (G) Prognose aus Sicht des Gutachters (Gesamtbewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit)

(Schneider et al. 2011)

Fazit

Der Verlauf einzelner psychischer Erkrankungen bei Jugendlichen ist sehr variabel. Meist ist der Verlauf eher ungünstiger, wenn angemessene Behandlung nicht in Anspruch genommen wird bzw. werden kann und wenn mehrere psychische Erkrankungen zusammen auftreten.

Ob eine Berufsunfähigkeit entsteht, hängt nicht nur von der Art der psychischen Erkrankung ab, sondern auch von den Anforderungen des erlernten Berufs. Weitere wichtige Faktoren bzgl. Risiko einer Berufsunfähigkeit sind Unterstützung durch soziale Umfeld (einschließlich Arbeitsplatz) und persönliche Ressourcen des Betroffenen (Aktivität, Flexibilität, Zuversicht)

Literatur

- Barth A* (2014) BU-Jugendmarkt – Ergebnisse einer Studie. Expertentreff Antrag und Leistung bei der Deutschen Rück 01.10.2014
- Bauschmann M* (2002) Berufliche Beratung aufmerksamkeitsgestörter (ADS, ADHS, HKS) Jugendlicher und Erwachsener. Diplomarbeit an der Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung Fachbereich Arbeitsverwaltung. [www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/4_8_1_ausbildung_und_schule/Berufliche_Beratung_aufmerksamkeitsgestoerter_\(ADS,_ADHS,_HKS\)_Jugendlicher_und_Erwachsener.pdf](http://www.adhs-deutschland.de/Portaldata/1/Resources/pdf/4_8_1_ausbildung_und_schule/Berufliche_Beratung_aufmerksamkeitsgestoerter_(ADS,_ADHS,_HKS)_Jugendlicher_und_Erwachsener.pdf)
- BDI* (2015) Reizdarm. http://www.internisten-im-netz.de/de_was-ist-ein-reizdarm_137.html
- Blanz B, Remschmidt H, Schmidt M, Warnke A* (2005) Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch. Schattauer
- Deutschen Rück* (2014) Die Funktionelle Invaliditätsversicherung (FIV) – eine intelligente Absicherung für den Invaliditätsfall, http://www.deutscherueck.de/uploads/tx_dbdownloads/FIV_Flyer_DR_2015.pdf
- Döpfner, Frölich & Lehmkuhl* (2000) Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder und Jugendpsychotherapie, Band 1. Göttingen: Hogrefe
- Faraone SV, Biederman J, Mick E* (2006) The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med* 36(2):159-165
- Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, De Girolamo G, Haro JM, Karam EG, Lara C, Lépine JP, Ormel J, Posada-Villa J, Zaslavsky AM, Jin R* (2007) Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 190:402-409
- De Graaf R, Kessler RC, Fayyad J, ten Have M, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Demyttenaere K, Gasquet I, de Girolamo G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Ormel J, Posada-Villa J* (2008) The prevalence and effects of Adult Attention-Deficit/hyperac-

- tivity Disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occup Environ Med* 65(12): 835–842
- DGBS, DGPPN* (2012) S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störung. Langversion 1.0. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-leitlinie-bipolar.pdf
- DGPM, DKPM, DÄVT, DGKJP, DGPPN, DGP, DGVM* (2010) Gemeinsame S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (Hrsg.). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1 – Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Steinkopff-Verlag, Darmstadt, November 2005
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW* (2012) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Version 1.3. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2012-01_01.pdf
- Humphreys KL, Eng T, Lee SS* (2013) Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 70(7):740-749
- Huss M* (2008) ADHS bei Kindern: Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Versorgung, Lebensqualität. Eine kurze Übersicht, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* 51, 602-605
- Jacobi F* (2006) Nationale und internationale Befunde zur Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Tagung „Mangelware Arbeit“, Düsseldorf, 6.9.2006
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölling, C., Höfler, M., Müller, N., Pfister, H. & Lieb, R.* (2004) Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34, 597-611
- Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MA, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, Castellanos FX* (2012) Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry* 69(12):1295-1303
- Kühl H* (2015) Bedarfsermittlung in der Berufsunfähigkeitsversicherung bei Schülern ab 10 Jahre. www.buforum24.de/Bedarfsermittlung/Schueler_ab_10
- Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, Långström N, Larsson H* (2012) Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med* 367(21):2006-14
- Linderkamp F* (1996) Zur Homogenität des Störungsbildes und die Notwendigkeit zur Subgruppendifkussion. Themenheft Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. *Kindheit und Entwicklung* 5:89-92
- Ludolph AG, Kölch M, Plener PL, Schulze UM, Spröber N, Fegert JM* (2009) Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Straßenverkehr. Was gibt es in der

- Behandlung Jugendlicher mit ADHS zu beachten? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 37 (5), 405–411
- Morgen & Morgen* (2013) Deutlich mehr Leistungsfälle in der Berufsunfähigkeit – Versichererkompetenz ist entscheidend. Pressemeldung vom 18. April 2013
- Morgen & Morgen* (2014) Versicherer zahlen 1,7 Mrd. Euro Rente an Berufsunfähige Aktuelles BU-Rating von M&M zeigt positive Tendenz. Pressemeldung vom 09.04.2014
- Schneider W et al.* (2011) Begutachtung der Leistungsfähigkeit bei Personen mit psychischen und psychosomatischen Störungen – Ein diagnostisches Modell. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 6(1): 21–27
- Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AG, Arnold LE* (2012) A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine* 10:99
- Sonnenmoser M* (2012) Berufsunfähigkeitsgutachten bei psychischen Erkrankungen: Mehr Orientierung geboten. *Deutsches Ärzteblatt | PP 11| 2, 71-72*
- Spitzcok von Brisinski I* (2002) Psychiatrische Notfälle des Kindes- und Jugendalters. In: Berzewski, H. und Nickel, B. (Hrsg.) *Handbuch der Notfalltherapie neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen*. Gustav Fischer, Stuttgart, 427-458
- Spitzcok von Brisinski I* (2005) Träumer - Zappelphilipp - Störenfried. ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsstörungen) in der Schule. *Pädagogik* 57(1), 45-50
- Statistisches Bundesamt* (2014) 7,5 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung Nr. 266 vom 29.07.2014
- Steinhausen H-C* (2013) Was wird aus Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen? Ergebnisse der Langzeitforschung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41 (6), 419–431
- Steinhausen H-C, Sobanski E* (2010) Klinischer Verlauf. In: Steinhausen H-C, Rothenberger A, Döpfner M (Hrsg.) *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung*. W. Kohlhammer GmbH, 152-171
- Wittchen H-U, Jacobi F, Hoyer J* (2003) Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/Wittchen-HH-290903.pdf>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14
D-41749 Viersen
Tel. 02162 96 5001
www.klinik-viersen.lvr.de

12. ADHS-Förderpreis

Der ADHS-Förderpreis richtet sich fachübergreifend an alle, die in der ADHS-Versorgung tätig sind. Gesucht werden richtungsweisende Projekte aus Deutschland, die sich bereits in der Umsetzung befinden und zu einer messbaren Verbesserung der Versorgung von Menschen mit ADHS beitragen. Die eingereichten Projekte werden durch ein unabhängiges interdisziplinäres Expertengremium aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie beurteilt.

Gesucht werden Projekte, die nachweislich zu einer Verbesserung der Lebenssituation von ADHS-Betroffenen und deren Angehörigen beitragen und Akzeptanz schaffen. In diesem Jahr sind folgende Themenschwerpunkte von besonderem Interesse:

ADHS und Inklusion

In Schule und Gesellschaft gelten bestimmte Rahmenbedingungen. Diese mit den spezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit ADHS in Einklang zu bringen, ist eine große Herausforderung. Gesucht werden Projekte, die einen Beitrag dazu leisten, dass die Betroffenen vollständig und gleichberechtigt an der Gemeinschaft teilhaben können.

Verbesserung der Alltagsfunktionalität von ADHS-Betroffenen

Den Lebensalltag zu bewältigen, fällt Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit ADHS oft schwer. Folgen sind Frust und Enttäuschung. Eine praxisnahe und individuelle Förderung trägt dazu bei, selbstgesteckte Ziele zu erreichen und damit Selbstvertrauen und Zufriedenheit zu schaffen. Gesucht werden Projekte, die helfen, das tägliche Leben trotz ADHS in den Griff zu bekommen.

ADHS in den Medien: Präsentation und Aufklärung

Fundierte und umfassende Informationen über das Krankheitsbild ADHS fördern das Verständnis sowie die Akzeptanz für die Erkrankung und verbessern

damit den Umgang mit den Betroffenen und ihren Familien. Gesucht werden Projekte, die sich mit der Öffentlichkeitsarbeit im Bereich ADHS befassen.

ADHS und Transition

Vom Kind zum Jugendlichen und zum Erwachsenen – unser Leben ist geprägt von Übergängen. Damit der Wechsel vom Kindergarten in die Grundschule, in die weiterführende Schule und schließlich ins Studium bzw. den Beruf gelingt, brauchen gerade Kinder und Jugendliche mit ADHS individuelle Hilfestellungen.

Der von der Shire Deutschland GmbH ausgelobte Förderpreis ist mit insgesamt 10.000 Euro dotiert. Die Teilnehmerunterlagen und weitere Informationen können über Shire Deutschland GmbH, Stichwort: 12. ADHS-Förderpreis, Friedrichstr. 149, 10117 Berlin oder per Email an ADHSfoerderpreis@shire.com angefordert werden. Bewerbungen, auch online unter www.adhs-foerderpreis.de, sind bis zum 31. Mai 2015 möglich.

Testrezension

David Wechsler, Jack A. Naglieri: **Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV™). Deutsche Bearbeitung.** Herausgeber: Franz Petermann, PEARSON – PsychCorp. Übersetzung, Adaptation und Produktion durch Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/Main mit freundlicher Genehmigung und Lizenz der NCS Pearson, Inc.

ISBN: 978-3-943274-09-7 (Technisches Manual); 978-3-943274-10-3 (Manual zur Durchführung und Auswertung). Gesamtsatz 980,00 € netto; zusätzlich 7 % UST und Versandkosten.

Die jetzt vorliegende Übersetzung und Bearbeitung der WNV für den deutschen Sprachraum stellt diesen international schon länger etablierten Test mit reduzierter sprachlicher Anforderung auch uns zur Verfügung.

Mit dem Begriff „nonverbal“ meinen die Autoren, dass die Testinstruktion sprachfrei erfolgen kann und die Testinhalte kein oder nur minimales Sprachverständnis erfordern. Dadurch ist dieser Test besonders auch für taube und schwerhörige Probanden und solche ohne Kenntnis der deutschen Sprache geeignet.

Außerdem gibt es in der deutschsprachigen Ausgabe der WNV zusätzlich Testanweisungen in türkischer, russischer, arabischer und spanischer Sprache. Nonverbale Tests sind auch die Raven-Matrizen (CPM und SPM-Plus). Die WNV erfasst jedoch zusätzlich visuell-räumliche Fähigkeiten und die Verarbeitung sequentieller Informationen.

Der Test ist normiert für Kinder von 4;0 bis 7;11 Jahren und für Ältere von 8;0 bis 21;11 Jahren, wobei die beiden Altersgruppen teils unterschiedliche Aufgaben erhalten.

Für jüngere Kinder besteht der Test aus den 4 Untertests

- Matrizentest (MZ)
- Zahlen-Symbol-Test (ZST)
- Figuren legen (FL)
- Formen wiedererkennen (FW)

Dabei ist es möglich, die WNV in einer Kurzversion durchzuführen, die für die jüngeren Kinder aus den Untertests MZ und FW besteht.

Für die Älteren besteht der Test aus den 4 Untertests

- Matrizen-Test (MZ)
- Zahlen-Symbol-Test (ZST)
- Visuell-Räumliche Merkspanne (VRM)
- Bilder ordnen (BO)

Die Kurzversion für die Älteren besteht aus den Untertests MZ und VRM.

Im Technischen Manual werden als stratifizierte Stichproben für die **Standardisierung** der englischen Originalversion 1.323 amerikanische Testpersonen und 875 kanadische Testpersonen angegeben. Von dieser Normierungsstudie wurden allerdings u. a. Probanden mit nicht korrigierter Hörstörung und ohne Sprachkenntnisse im Englischen, bzw. bei der kanadischen Stichprobe des Französischen, ausgeschlossen, also eine Probandengruppe, für die eigentlich ein nonverbaler Test besonders konzipiert sein sollte. Zusätzlich wird angegeben, dass die US-amerikanische Stichprobe 4,3% Testpersonen enthalten hat, die die Diagnose einer Sprachstörung oder einer Lese-Rechtschreibstörung hatten oder soeben mit dem Erlernen der englischen Sprache begonnen hatten. Für 4% der Probanden war mit anderen Testmethoden eine Hoch- oder Minderbegabung gesichert worden.

In die **Normierung der Deutschen Bearbeitung** wurden die Ergebnisse von 1.449 Kindern und Jugendlichen einbezogen, die entsprechend der Angaben des Statistischen Bundesamtes in 10 Bundesländern in Mittel-, Nord-, West- und Süddeutschland ausgewählt wurden und jeweils ca. 25% Probanden beinhalteten, die keinen deutsch-muttersprachlichen Ursprung hatten. Die Probanden stammten aus Kindergärten und sämtlichen Schulformen einschließlich Förder- und Berufsschulen.

Die **Reliabilität** wird mit $r=.72$ für Bilder ordnen bis $r=.90$ für den Matrizen-Test angegeben. Für beide Altersversionen wird die Reliabilität für den Gesamtwert in der Standardform und der Kurzform mit $r=.90$ angegeben.

Im Manual wird ausführlich beschrieben, mit welchen Methoden und Ergebnissen die Inhaltsvalidität, die kriteriumbezogene Validität und die Konstruktvalidität überprüft und gesichert wurden.

Zu Einzelheiten wird auf die ausführliche Darstellung im Technischen Manual und die darin angegebene weiterführende Literatur verwiesen.

Der Gesamtsatz der WNV beinhaltet:

Manual 1 – Testauswertung und Interpretation (98,00 € netto)

Manual 2 – Testdurchführung (110,00 € netto)

Stimulusbuch

Protokollbögen (25 Exemplare, 50,00 € netto)

Aufgabenhefte (25 Exemplare, 60,00 € netto)

Auswertungsschablonen

Bildkarten

Puzzle „Figuren legen“

Würfelplatte

Tragetasche

D.h., das Verbrauchsmaterial pro Testdurchführung kostet 4,40 € netto bzw. 4,71 € brutto.

Bisher wird das Verbrauchsmaterial psychometrischer Testverfahren leider nicht durch die GKV erstattet. Die Interessenvertretung der Kinder- und Jugendpsychiater sollte sich dringend dafür einsetzen, dass künftig diese nicht unerheblichen Kosten den für die GKV tätigen ÄrztInnen und nichtärztlichen PsychotherapeutInnen ersetzt werden.

Für die Auswertung der WNV gibt es kein EDV-Programm. Dies stellt jedoch keinen gravierenden Nachteil dar, da die manuelle Auswertung nur wenige Minuten in Anspruch nimmt.

Der **Zeitbedarf** für die gesamte Testdurchführung wird mit ca. 40 Minuten angegeben. Wir benötigen in unserer Praxis zumeist 30 bis 40 Minuten. Das Verfahren ist also durchaus zeitökonomisch.

Die Verständlichkeit des Testverfahrens war durch die bildliche Instruktion im Stimulusbuch durchweg gut.

Dagegen wären die im Manual zur Durchführung und Auswertung in Türkisch, Russisch, Spanisch und Arabisch gegebenen Instruktionen nur bedingt brauchbar gewesen. Diese setzen voraus, dass der Testleiter die jeweilige Sprache vorlesen kann oder dass der Proband diese selbst lesen kann, was jedoch zumindest bei den jüngeren Kindern und vielen Migranten nicht der Fall sein wird.

Trotz der scheinbar hinreichenden Instruktion durch Bildtafeln und Gesten scheint das Aufgabenverständnis durch Probanden, die aus grundverschiedenen Kultur- und Bildungsbereichen stammen problematisch zu sein.

So schnitten Migranten, die wir auf Wunsch von Schule und Jugendhilfe diagnostizierten und die u. a. aus einer afghanischen Großstadt (Muttersprache: Paschtu) und einem Dorf in Guinea-Bissau (Muttersprache: Fula, nicht Portugiesisch) stammten, in der WNV in einer Weise schlecht ab, dass wir begründete Zweifel hatten, dass in diesen Fällen die Ergebnisse wirklich relevant waren. Darauf hatte uns auch ein afrikanisch-stämmiger Dolmetscher hingewiesen, der unser Bemühen um eine Testdiagnostik nur kopfschüttelnd kommentierte.

Hier wäre vielleicht ein Aufgabenbereich für den Arbeitskreis Migration, denn besonders die Schulen wären dankbar, wenn man ihnen Hilfe bei der Einschätzung des intellektuellen Leistungsniveaus der Migranten geben könnte. Diese haben zumindest durch ihre oft sehr lange und abenteuerliche Migration gezeigt, dass sie über eine gute lebenspraktische Intelligenz verfügen. Ein zusätzliches, wenn auch nicht so gravierendes Problem bei der psychometrischen Bewertung von Migranten sind die Altersangaben, die nicht selten vom klinischen Eindruck erheblich abweichen.

Für diejenigen, die mit der Durchführung und Auswertung psychometrischer Testverfahren vertraut sind, stellt die Anwendung der WNV kein prinzipielles und praktisches Problem dar.

Für alle anderen können die von Pearson angebotenen Seminare, die u.a. in Frankfurt/Main und Hannover stattfinden, ein hilfreicher Einstieg sein. Allerdings ersetzt dies nicht eine intensive Auseinandersetzung mit Grundlagen und Praxis der Testdiagnostik. Auf die notwendige fachliche Qualifikation der Testleiter wird zu Recht im Manual zur Durchführung und Auswertung auf Seite 13 hingewiesen.

Der Rezensent konnte bisher an einem solchen Seminar noch nicht teilnehmen, da der letzte Termin 2014 wegen zu geringer Anmeldungen ausfiel. Ein nächster Termin wird für den 21.11.2015 in Frankfurt/Main angeboten. Der Teilnahmepreis beträgt 115,63 € zzgl. 19 % UST. Weitere Informationen samt Anmeldung finden sich auf der Homepage von Pearson unter www.pearson.de.

Insgesamt ist die WNV für Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Praxis, Ambulanz und Klinik, die mit Kindern und Jugendlichen mit eingeschränkter Sprachkompetenz arbeiten, eine empfehlenswerte Ergänzung des diagnostischen Repertoires.

Der Gesamtpreis liegt unter den ausführlicheren Testbatterien wie K-ABC, WISC-IV und WAIS-IV, jedoch deutlich über den Preisen von CFT-20-R (214,00 €) und CPM/SPM+ (ca. 100 €). Auch der Zeitaufwand liegt zwischen diesen beiden Gruppen.

Ähnlich wie bei WISC-IV und WAIS-IV ist die textile Tragetasche, in der das Rezensionsexemplar geliefert wurde, nicht besonders praktisch.

Mein Resümee: Die WNV ist eine sinnvoll Ergänzung des Testrepertoires für alle, die Kinder- und Jugendliche mit eingeschränkter Sprachkompetenz diagnostizieren. Sie erweitert auch das Spektrum bei notwendigen Kontrolltestungen. Im Hinblick auf den Gesamtpreis von 1048,60 € netto werden manche mit der Anschaffung zurückhaltend sein.

Christian K. D. Moik

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
- das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
- das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
- das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

- das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember des aktuellen Jahres.

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.
