

Inhalt

Editorial

- Ingo Spitzcok von Brisinski* 2

- Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanziengabe
Kommission Entwicklungspsychopharmakologie 3

- Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit
mit Kindern und Jugendlichen
Rainer Hirschberg und Anna Peiser 8

- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst
in der stationären Jugendhilfe
Christoph Funk 29

- Die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kinder-
und Jugendpsychiatrie - Aufgaben, Konflikte und Widersprüche
Emil Branik 38

- Angewandte Kriminologie in der Interventionsplanung
bei Straffälligen
Michael Bock 58

- Einführung der Kostenträgerrechnung am Zentrum für
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich
J. Leeners, J. Wägli, B. Mohler 86

Buchbesprechungen:

- Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter 119
Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen 120

- Hinweise für Autoren* 122

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

das Forum hat ein neues Gewand bekommen. Während ich diese Zeilen verfasse, herrschen noch ‚ihre Lieblichkeiten‘ und ‚Tollitäten‘. Man könnte daher glauben, dass es sich um ein Kostüm handelt. Doch wenn Sie diese Zeilen lesen, dann ist Aschermittwoch bereits vorbei. Dieffenbach (1988) ist der Meinung, dass „die Dehnung der zeitlichen Achse mit Hilfe der schriftlichen Intervention ... prozeßhaft eine Abkopplung des ‚Therapeuten‘systems vom ‚Patienten‘system“ bewirkt: „Das ‚Patienten‘system kann sich wieder autonom weiterentwickeln, es kommt nur zu verzögerten Rückkopplungen“. Nun – wenn das in der Psychotherapie so klappt, warum dann nicht auch in der ‚Bibliotherapie‘?! Wir würden uns jedenfalls sehr über Ihr Feedback zur neuen Gestaltung freuen ebenso wie über weitere Verbesserungsvorschläge.

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Dieffenbach, R. (1988): Gutachten und Arztbriefe als systemische Interventionen? Familiendynamik 13, 335-344

*Kommission Entwicklungspsychopharmakologie
der Fachgesellschaften*
*Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie*
Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
*Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland*

Stellungnahme zu fraglichen kardialen Risiken der Stimulanziengabe

Der therapeutische Einsatz von Psychostimulanzien wie Amphetamin und Methylphenidat (MPH) bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes- und Jugendalter und zunehmend auch im Erwachsenenalter (im off-label Gebrauch) wird immer wieder aus verschiedenen Gründen in der Öffentlichkeit und Presse in Frage gestellt. Einerseits steigen die Verordnungszahlen, vor allem durch die zunehmende Verordnung bei Heranwachsenden und Erwachsenen ständig, andererseits führen in letzter Zeit Nachrichten, insbesondere aus Nordamerika, immer wieder zu Verunsicherungen.

So wurde im Frühjahr 2005 in **Kanada** die Zulassung für das **Amphetaminepräparat Adderall XR®** für ein halbes Jahr ausgesetzt, weil in verschiedenen Ländern unter der Einnahme dieser Substanz ungeklärte Todesfälle bei Kindern aufgetreten waren. In den Jahren 1999 bis 2003 wurden 12 plötzliche Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren identifiziert, die mit Adderall® oder Adderall XR® (retardierte Form) behandelt wurden. Das Durchschnittsalter der behandelten, ausschließlich männlichen Patienten lag bei 12,0 Jahren (7 – 16 Jahren). Ein halbes Jahr später hat die Kanadische Zulassungsbehörde diese Maßnahme zurückgenommen, da offensichtlich das relative Mortalitätsrisiko in dieser

Gruppe nicht erhöht war. Amphetamine sind in Deutschland als Fertigarzneimittel nicht zugelassen. Die einzige Möglichkeit, Amphetamine zu verordnen, ist die Rezeptierung von Saft oder auch Kapseln, die für den Patienten in der Apotheke individuell zubereitet werden.

Am 9. Februar 2006 beschloss die zuständige Expertenkommission für Arzneimittelsicherheit der US-amerikanischen Aufsichtsbehörde [Drug Safety Advisory Panel to the Food and Drug Administration (**FDA**)], eben dieser Behörde zu empfehlen, dass den **Psychostimulanzenpräparaten schriftliche Warnungen (black box warning)** beizulegen seien, dass diese **Medikationen das Risiko für Schlaganfall, Herzinfarkt und schwerwiegende kardiale Arrhythmien** bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erhöhen können (darüber berichtete auch die Presse in Deutschland). Dieses mögliche Risiko habe eine vorläufige Durchsicht von 22 Millionen Gesundheitsakten ergeben. Es seien 25 plötzliche unerklärte Todesfälle unter Patienten, die Psychostimulanzen einnahmen, aufgetreten. 18 Patienten davon waren mit Amphetaminsalzen behandelt worden, 8 mit MPH (eine Doppelgabe). Von den 19 Kindern (unter 18jährige aus der Patientengruppe) erhielten 12 Jungen (im Alter von über 5 Jahren) Amphetamine und 7 Kinder MPH (3 retardiertes MPH und 4 unretardiertes). Konmedikation wurde nicht systematisch erfasst und diskutiert. Nur bei den über 40-jährigen Patienten, die den Jugendlichen gegenübergestellt wurden, traten anscheinend relativ mehr Ereignisse auf (Achtung: sehr kleine Fallzahlen).

Die Rate der plötzlichen unerklärlichen Todesfälle (sudden unexplained death) überschritt nie die Prävalenz von 1 zu 1.000.000, diese Rate ist niedriger als in der Allgemeinbevölkerung.

Pliszka 2005 stellt in einer Übersicht zu MPH Ereignisraten von 0,19 plötzlichen Todesfällen : 100.000 Patientenjahren fest, im Vergleich zu 1,3 – 8,5 : 100.000 Patientenjahre in unausgelesenen, altersgemischten Stichproben

Die Prävalenzzahlen von ADHS (nach DSM III-R oder IV klassifiziert) und konsekutiv auch die Behandlungsrate liegt in den USA deutlich höher als in Deutschland. In neuesten Untersuchungen (Rowland et al. 2002; Barbaresi et al. 2002) lagen die Prävalenzzahlen bei einer Untersuchung von tausenden von Familien zwischen 6 – 7 % an ADHS Kindern, die auch mit Psychostimulanzen behandelt wurden. Eine repräsentative Telefonum-

frage unter US-amerikanischen Familien ergab, dass ca. 10% aller zehnjährigen Jungen in den USA aktuell mit Psychostimulanzien behandelt werden. In Europa liegen die aktuellen Zahlen deutlich niedriger, Prävalenz um 1,5 – 3% nach ICD-10 Kriterien (Meltzer et al. 2000, Huss 2005)

Die Behandlung des ADHS mit Psychostimulanzien ist hoch effektiv und risikoarm. Schwer betroffene Kinder, denen aufgrund ihrer Hyperaktivität z. B. ein Schulausschluss droht, die ein deutlich erhöhtes Unfall- und Suchtrisiko haben und in ihrer gesamten psychosozialen Entwicklung gefährdet sind, zeigen unter Psychostimulanzien oftmals eine hochsignifikante Besserung der Symptomatik der Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts- und Impulsstörung. Die Effektstärke mit ca. 1,0 ist eine der höchsten unter den Arzneimitteln überhaupt, in der Regel können 2/3 aller Patienten schon mit dem ersten Stimulanz (nach Leitlinie der kinderpsychiatrischen Fachgesellschaften in Deutschland Methylphenidat) erfolgreich behandelt werden.

Die amerikanische Fachgesellschaft (AACAP) empfiehlt, Kinder vor einer Behandlung mit Psychostimulanzien körperlich zu untersuchen. Eine Blutdruck- und Pulsmessung sowie eine gründliche Anamneseerhebung, die explizit nach körperlicher Belastbarkeit fragt, nach Episoden von Müdigkeit und Erschöpfung oder Brustschmerzen unter Belastung wird ausdrücklich angeraten. Ebenfalls soll die Familienanamnese nach plötzlich ungeklärten Todesfällen, Herzerkrankungen, oder eigenen Herzerkrankungen des Patienten erfragt werden. Erst wenn eine anamnestische Angabe diesbezüglich positiv ist, soll die Überweisung zu einem Kinderkardiologen erfolgen.

Die deutschen Leitlinien (Schmidt & Poustka, Hrsg. 2003) empfehlen vor Beginn einer Therapie mit Psychostimulanzien eine sorgfältige kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung sowie eine internistische und neurologische Untersuchung. Blutdruck und Puls sollten kontrolliert werden. Im Verlauf sollten auch Körpergröße und Gewicht erfasst werden.

Die Mitglieder der Kommission Entwicklungspsychopharmakologie empfehlen, bei jedem mit Stimulanzien behandelten Patienten, auch bei negativen Anamneseangaben, ein EEG und EKG durchzuführen. Ebenfalls sollten Laboruntersuchungen von Blutbild, Transaminasen, Bilirubin und Kreatinin erfolgen. Bei komplikationsloser Therapie in jährlichen Abständen routinemäßig EKG- und RR-Kontrollen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass

- 1. die Verschreibungsrate in den USA ungleich höher ist,**
- 2. in deutschen Produktinformationen bereits auf seltene kardiale Risiken als Gegenanzeige hingewiesen wird und**
- 3. im Vergleich zur Normalpopulation die Rate der Todesfälle unter den mit Psychostimulanzien behandelten Patienten nicht erhöht scheint.**

Die Befürworter eines solchen Warnhinweises in den USA stellen keinen Kausalzusammenhang zwischen der Stimulanzieneinnahme und den Todesfällen her. Es entsteht eher der Eindruck, dass die Expertenkommission für Arzneimittelsicherheit mit ihrer Empfehlung zur „black box warning“ eher ein Signal setzen wollte, um die exorbitant angestiegenen Verschreibungen in den USA zu bremsen. Allerdings ist derzeit noch unklar, ob die FDA dieser Empfehlung folgen wird. Die Behörde hat für März ein erneutes Hearing in einem anderen zuständigen Ausschuss (der Pediatric Expert Group) angesetzt.

Fazit:

Warnhinweise vor kardialen Risiken sind in Deutschland in Beipackzetteln und Produktinformationen für MPH-Produkte seit Jahren Standard. Derzeit gibt es keine neuen Fakten in Bezug auf eine mögliche Erhöhung kardialer Risiken in der Stimulanzienbehandlung. Die in den USA diskutierten Todesfälle aus den Jahren 1999 bis 2003 liegen in Bezug auf die Verordnungshäufigkeit von Stimulanzien in den USA unter der erwarteten Todesfallrate an plötzlichen unerwarteten Ereignissen in der Allgemeinbevölkerung. Zwar hat sich die US-amerikanische Zulassungsbehörde noch nicht zu einer endgültigen Bewertung und zur Einführung eines Warnhinweises entschlossen, dennoch bleibt aus deutscher Sicht festzuhalten, dass es selbst den Befürwortern dieses Warnhinweises nicht darum ging, einen Kausalzusammenhang zu behaupten, sondern nur generell einen Warnhinweis wegen der sympathomimetischen Wirkung dieser Substanzen einzuführen. In Europa sind solche Warnhinweise ohnehin Standard. Aus diesem Grund gibt es derzeit keinen Anlass für eine neue Risikobewertung in Deutschland oder Europa. Behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater und

-psychotherapeuten sollten die Patienten und ihre Eltern über diese Tatsachen aufklären, damit nicht Presseveröffentlichungen zu einer, eine erfolgreiche Therapie gefährdenden, Verunsicherung führen.

Für die Kommission:

Prof. Dr. med. J. Fegert, Vorsitzender der Kommission

Literaturliste:

Barbaresi WJ, Katusic SK, Colligan RC et al. How common is attention deficit/hyperactivity disorder? Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156:217-224.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte- Verlag, Köln, 2003.

DSM-III-R: Diagnostisches und statistisches Manuel psychischer Störungen. Beltz Verlag, Weinheim und Basel. 1989.

DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. DSM-IV-TR. Task Force on DSM-IV. American Psychiatric Association. Washington D.C. 2000.

Huss M: Vorbereitung der Erhebung und Auswertung zur Prävalenz des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) in Deutschland im Rahmen des Kinder- und Jugend-Surveys des Robert-Koch-Instituts. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS). Bonn: BMGS 2004.

Meltzer, H., R. Gatward, et al. "The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain." The stationery office, London. 2000.

Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F (Hg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber 2001.

Rowland AS, Umbach DM, Stallone L, Naftel J, Bohlig M, Sandler DP. Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston County , North Carolina . Am J Public Health. 2002;92:231-234.

www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/Empfidx/ADHS/Lang/ADHSLang.pdf

Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Rainer Hirschberg und Anna Peiser

Zusammenfassung: In diesem Artikel werden verschiedene gruppentherapeutische Angebote in einer sozialpsychiatrisch arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis beschrieben. Der therapeutische Kontrakt ist hier seit drei Jahren ein wesentliches Element der gruppentherapeutischen Arbeit. Kontraktarbeit mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern wird als therapeutische Intervention vorgeschlagen. Ein theoretischer Abschnitt beschreibt die Bedeutung des therapeutischen Kontraktes in der Transaktionsanalyse und die Beziehung zur systemisch orientierten Therapie. Eine Evaluation zeigt positive Effekte in der Zufriedenheit von Eltern und Kindern nach deren Teilnahme an einer Gruppentherapie.

1. Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist die Darstellung von Vorteilen einer therapeutischen Kontrakt- bzw. Vertragsarbeit mit Kinder *und* deren Eltern als ein Element der Vorbereitung für eine Gruppentherapie. Dieser Arbeit liegt die Erfahrung des Verfassers von 3 Jahren Gruppentherapien mit einer therapeutischen Kontraktbildung in einer im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis zugrunde. In dieser Zeit wurde mit 127 Kindern gruppentherapeutisch gearbeitet. Auch aus Gründen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle wurden nach 3 Jahren die Leistungen der Gruppentherapien bei Eltern und Kindern mittels Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt (1998) abgefragt und von der Verfasserin ausgewertet. Die Ergebnisse ermutigten an die Öffentlichkeit zu treten. Es war vor drei Jahren nicht die Intention ein Forschungsprojekt zu initiieren, sondern mit der klaren Vorgabe mittels eines therapeutischen Vertrages, der vorab in einem

Auftragsklärungsgespräch entwickelt wird, Gruppentherapien anzubieten. Zurückblickend bildete dieses organisatorische Element nach Meinung der beteiligten Therapeuten (s. u.) eine wesentliche Grundbedingung für den Fortbestand eines sich ständig weiterentwickelnden gruppentherapeutischen Angebotes. Ein zweites Element ist eine begleitende Elternberatung.

In Bezug auf die Erwachsenenpsychotherapie stellt Salvendy fest, dass die Bedeutung eines Kontraktes für den Erfolg einer Einzelpsychotherapie schon länger bekannt sei, für die Gruppenpsychotherapie sei dies erst in den letzten zwei Jahrzehnten bewiesen und anerkannt worden (Salvendy 2001, S. 79). In der diesem Aufsatz zugrunde gelegten Literatur zur Gruppentherapie bei Kindern finden sich viele Anregungen aus verschiedenen therapeutischen Schulen zur Gestaltung von gruppentherapeutischen Angeboten von Kindern. Das Thema therapeutische Kontraktarbeit mit Eltern und Kindern wird, wenn überhaupt, nur am Rande behandelt (vgl. u. a. Hubert et al., 2002; Caby 2002a, 2002b; Kirsch et al. 1998; Schneider et al. 2003)¹. Dies mag zweierlei Gründe haben: Möglicherweise wird die Kontraktbildung als so selbstverständlich erlebt, dass sie kaum Erwähnung findet oder der Fokus ist zugunsten der ‚eigentlichen‘ Gruppenarbeit verschoben.

In der Einzelpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen werden Behandlungsverträge als positiv bewertet (vgl. u. a. Sannwald 2004, S. 35). In dieser Arbeit wird angeregt, den therapeutischen Kontrakt mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Gruppentherapie als ein zentrales therapeutisches Instrumentarium und als Intervention anzudenken.

2. Wie gelangen Kinder in eine Kindergruppe?

Fast alle Kinder durchlaufen nach dem ärztlichen Vorgespräch zunächst eine diagnostische Schleife von etwa 3-4 Terminen. In der Regel ist die Vorauswahl der Kinder schon so getroffen, dass die Fragestellung, ob eine Gruppentherapie sinnvoll erscheint, einen Aspekt der Diagnostik darstellt. Durch das diagnostische Setting haben Kind und Therapeut eine erste Möglichkeit sich unverbindlich kennenzulernen. Nach Abschluss der Diagnostik findet eine Besprechung der Testergebnisse zwischen der Kinder-

¹ Der Schwerpunkt der Recherche lag auf systemisch orientierter Gruppentherapie, eine explizite Recherche in verhaltenstherapeutisch oder analytisch orientierten Verfahren wurde nicht vorgenommen.

psychiaterin bzw. dem Kinderpsychiater und dem Kind mit seinen Eltern statt. Sollte sich während des Gespräches herausstellen, dass eine Gruppentherapie indiziert zu sein scheint, findet ein Auftragsklärungsgespräch zwischen den Eltern, dem Kind und dem Therapeuten, den das Kind schon während der Diagnostik kennen gelernt hat, statt. Üblicherweise haben Eltern und Kind schon ein Informationspapier und eine Terminübersicht erhalten.

Das Auftragsklärungsgespräch hat eigentlich nur ein Ziel: Es soll einen Konsens zwischen den Wünschen des Kindes, dem Anliegen der Eltern und den Möglichkeiten und Grenzen des therapeutisch Machbaren hergestellt werden. Wird ein Konsens erreicht, findet ein zweites Auftragsklärungsgespräch statt. Dies ist das eigentliche Auftragsklärungsgespräch für die Gruppenteilnahme und wird von der bzw. dem anderen GruppenleiterIn durchgeführt. Beim zweiten Auftragsklärungsgespräch kommt ein standardisierter und von uns entwickelter Bogen zum Einsatz. Das zweite Auftragsklärungsgespräch ist mit Bedacht beim zweiten Gruppenleiter gewählt, auch dies ist ein Standart, und zwar soll das Kind auch das Gesicht der zweiten LeiterIn schon einmal gesehen und diese kennen gelernt haben, bevor die Gruppe beginnt. Dies mindert ein mögliches Unbehagen vor dem Einstieg in die Gruppe, insbesondere für die Kinder, aber auch für die Eltern und die Therapeuten. Es wird ein therapeutischer Kontrakt zumeist in schriftlicher Form geschlossen.

3. Exkurs: Warum sollte es überhaupt einen therapeutischen Kontrakt geben?

Eine therapeutische Richtung, die sich explizit mit Veränderungsverträgen beschäftigt und diese zu einem wesentlichen Bestandteil des therapeutischen Arbeitens erhebt, ist die Transaktionsanalyse (TA), begründet von Eric Berne. Die TA unterscheidet zwischen administrativem Vertrag und Behandlungsvertrag. Im administrativen Vertrag würden Einzelheiten wie Bezahlung, Ort und Häufigkeit der Zusammenkünfte vereinbart. Der Behandlungsvertrag beinhaltet folgendes:

Die Klientin benenne eine persönliche Veränderung, die sie anstrebe. Sie sagen, ob sie bereit sind, die Klientin dabei zu unterstützen, dieses Ziel zu erreichen (Stewart 1991, S. 155).

Der Gebrauch von Verträgen bringe nach Stewart einige praktische Vorteile mit sich:

1. Schon früh werde die Eigenmotivation gefördert, „Die Klientin nimmt aktiv am Beratungsprozess teil“. Ohne Vertrag bleibe der Therapeut auf einer zweifachen Verantwortung sitzen: Es werde nicht nur von ihm erwartet zu entscheiden, *wie* bei der Veränderung geholfen werden könne, sondern auch *was* sich verändern solle (Stewart 1991, S. 157). Da bei der Kontraktbildung mit Eltern und Kind mehrere Vertragspartner beteiligt sind, wird deutlich, was es beispielsweise bewirken könnte ein Kind auf Wunsch der Eltern an einer Gruppentherapie teilnehmen zu lassen, ohne einen Kontrakt geschlossen zu haben. Die Wünsche, was sich verändern solle, weichen mitunter zwischen Kind, Eltern und Therapeut deutlich voneinander ab und eine Unzufriedenheit nach Abschluss der Gruppe ist oft vorprogrammiert. Im Rahmen der Vertragsarbeit, so Stewart, liege nur der erste Teil (das *Wie*) der Verantwortung beim Therapeuten. Der zweite Teil (das *Was*) werde geteilt. Hierin liegt einer der größten Vorteile der Vertragsarbeit (vgl. auch a. a. O., S. 157)
2. Der Vertrag schaffe eine veränderungsorientierte, mentale Einstellung. Bei der Vereinbarung des Veränderungsziels müsste ein „mentales Bild dieses Ziels“ gemacht werden. Diese Vorstellung scheint ein Erreichen des Resultats zu unterstützen (a. a. O., S. 158). Im Rahmen der systemischen Therapie wird dieses Phänomen im Rahmen einer Ressourcenorientierung als Lösungstrance beschrieben (vgl. Rotthaus 2002, S. 530).
3. Die Vertragspartner wüssten genau, wann die gemeinsame Arbeit beendet sei (Stewart 1991, S. 158).
4. Vertragsvereinbarungen schützen den Klienten bzw. Patienten davor, dass ihm die Ziele des Beraters bzw. Therapeuten aufgedrängt würden. Ohne Vertrag bestünde immer die Gefahr, dass der Therapeut bzw. Berater dahingehend unbewusst beeinflusst, dass Kind oder Eltern sich nach den Vorstellungen des Therapeuten und nicht nach ihren Vorstellungen verändern.
5. Der Vertrag entmutige verdeckte Inhalte zu verfolgen. Stewart nennt beispielhaft einige Urteile seitens des Beraters/ Therapeuten: „Ohne meine Hilfe kommt der Klient nicht zurecht“, „Ich weiß, was diese Klientin braucht, ohne es mir zu sagen.“ (a. a. O., S. 159). Seitens der Eltern wird im Rahmen der Auftragsklärung häufiger verdeckter Inhalt geäußert: „Erziehen Sie bitte mein Kind nach meinen Vorstellungen“ oder „Ich bin zu ohnmächtig meinem Kind zu helfen, bitte tun sie dies für mich“. Hier wird deutlich, dass der Therapeut klarstellen muss, dass er die Eltern in ihrer Verantwortlichkeit unterstützen, diese ihnen aber nicht abnehmen kann.

In der systemischen Therapie gibt es ein breites Spektrum von Meinungen über die Bedeutung klar formulierter Zielvorstellungen. Wir schließen uns der Auffassung von Schlippe (1996, S. 211) an:

„Ein Gespräch über Ziele kann beispielsweise helfen, Idealbilder von Veränderung abzuklären, die unreflektiert sonst zum Ende der Therapie das Erreichte zunichte machen könnten („Gemessen an dem, was wir eigentlich erreichen wollten, haben wir nichts erreicht.“). Zielformulierung und Zielabstimmung sind fortlaufende, sich mit dem Fortschreiten der Therapie wandelnde Prozesse (...).“

Es wird deutlich, dass Zielabsprachen und Verträge einerseits einen Rahmen schaffen, gleichzeitig aber sich auch wandeln können, wenn alle am Vertrag Beteiligten dem zustimmen. Dabei ist es wichtig, dass es bei der Vertragsarbeit nicht nur um eine Zielformulierung geht, sondern um eine Technik oder Übereinstimmung und stellt „[...] einen Marker für den Beziehungsprozess dar und ist ein Aktivator für Veränderung“ (Ligabue u. Sambin 2001, S. 380).

Abschließend stellt sich die Frage, ob Konzepte der therapeutischen Kontraktbildung, die für die Erwachsenentherapie entwickelt wurden, überhaupt auf Kinder und Jugendliche übertragen werden können. Die TA bietet hierfür eine interessante Perspektive: Es wird die Auffassung vertreten, dass, um als Erwachsener das Ziel einer Änderung zu erreichen, dieser sowohl die „Energien des Kind-Ich“ wie auch die Möglichkeiten des Erwachsenen- und Eltern-Ichs mobilisieren müsse. Deshalb würden die Vertragsziele in der TA sprachlich so gefasst, dass ein *Achtjähriger* sie verstehen könne, damit auch das innere Kind begreife, worum es gehe (Stewart u. Joines 1990, S. 379). Mit dieser Perspektive wird deutlich, warum die Prinzipien der Kontraktbildung auch direkt bei Kindern und Jugendlichen anwendbar sind.

Im pädagogischen Diskurs formuliert Giesecke in seinem Buch *Das Ende der Erziehung* folgende These:

„Die Kinder wollen nicht nur früh erwachsen sein, sie müssen es auch in einer Zeit, die die Mauern eingerissen hat, die ihre Kindlichkeit früher umgaben und schützten.[...] Wir sollten die Kinder früh erwachsen sein lassen, ihnen die Verantwortung dafür so früh wie möglich übertragen und ihnen bei den daraus resultierenden Schwierigkeiten unsere Hilfe anbieten“ (Giesecke 1985, S. 122).

Folgt man dieser These, wird deutlich, warum das Teilen der Verantwortung von Kindern, ihren Eltern und Therapeuten mittels eines Kontraktes Sinn macht.

4. Das Auftragsklärungsgespräch

In der Regel sind Eltern und Kinder durch das ärztliche Vorgespräch und das Informationsblatt auf das Auftragsklärungsgespräch vorbereitet. Da die in der Praxis kooperierenden Therapeuten systemisch orientiert sind, wird großer Wert auf eine Kunden-, Kontext-, Zukunfts- und Ressourcenorientierung gelegt. Der Begriff der Kundenorientierung kennzeichne ein Vorgehen, das streng am Auftrag des Klienten orientiert sei und der „[...] Auftragsklärung in der differenzierten Betrachtung von Anlass, Auftrag und Zielformulierung hohe Bedeutung“ (Rotthaus 2002, S. 526) beimesse.

Das Auftragsklärungsgespräch orientiert sich an einem vom Verfasser 2002 entwickelten Auftragsklärungsbogen. Im Einzelnen sollten folgende Fragen in schriftlicher Form beantwortet worden sein:

1. Was wünsche ich mir von der Gruppe?
2. Was wünsche ich mir nicht in der Gruppe?
3. Was bin ich bereit den anderen in der Gruppe zu geben?
4. Was soll sich nach neun Treffen für mich verändert haben?
5. Woran würde ich merken, dass sich etwas verändert hat?
6. Woran würden andere (meine Eltern, Klassenkameraden, Freunde) merken, dass sich etwas verändert hat?
7. Welche Nachteile könnte es haben, wenn ich mich ändere?
8. Wie viel Kraft möchte ich einsetzen, dass sich etwas ändert?

Die schriftliche Niederlegung des Therapiekontraktes führt alle Beteiligten zu einer größeren Klarheit in Bezug auf den Arbeitsauftrag. Den gemeinsam entwickelten Auftrag schreibt in der Regel das Kind nieder. Es wird im Gespräch schnell deutlich, wenn Eltern versuchen, das Kind zu einer Antwort zu überreden. Lässt sich der Therapeut oder die Therapeutin darauf ein, ‘vergisst’ das Kind den ‘Fremdauftrag’ recht schnell während der gemeinsamen Gruppenarbeit, es beginnt häufig die Gruppenarbeit zu stören, wenn es nicht gelingt, während der Gruppenarbeit ein gemeinsames Auftragsziel zu finden.

5. Die eigentliche Gruppenarbeit

Schwierig ist die Auftragsklärung mit Kindern, die eine andere Wahrnehmung als ihre Eltern oder Lehrer zeigen. Im Grunde genommen kann eine solche Situation als ein Zwangskontext verstanden werden. Die Chance von Zwangskontexten liege darin, das Dilemma der Beteiligten als Chance zu nutzen:

„Während die Klienten bemüht sind, die an ihnen geübte Kritik abzuwehren, stellt es jedoch für sie ein Problem dar, dass andere Personen bzw. Institutionen der sozialen Kontrolle ihnen ein Problem zusprechen. [...] Sie haben nunmehr das Problem, dass andere behaupten sie hätten Probleme“ (Conen 1999, S. 292).

Die Auftragsklärung kann dann durch Fragen wie „*Wie kann ich dir helfen, dass die anderen dich in Ruhe lassen,... dass andere nicht mehr meinen, du hattest Probleme mit...*“ wiederum unter dem Aspekt einer Kundenorientierung durchgeführt werden.

Haben sich Kinder, Eltern und Therapeut auf eine Teilnahme geeinigt, ist zu prüfen, wie die Zeit zwischen Auftragsklärungsgespräch und Gruppenbeginn therapeutisch zu nutzen ist. Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht drei Elternberatungstermine vor der eigentlichen Gruppenteilnahme zu vereinbaren. Das erste Treffen beginnt nach der Einverständniserklärung der Eltern mit der Erstellung eines Genogramms (Reich et al. 1995). Während dieses Treffens kann auf Eheprobleme, Eltern-Kind-Probleme, erweiterte Familienprobleme und soziale Unterstützung im Sinne des Ansatzes des „multi-system-level-assessments“ von Olsen eingegangen werden (vgl. Balck et al. 1995). Häufiger werden auch Mehrgenerationendynamiken in diesem Gespräch deutlich. Hier findet ein Auftragsklärungsgespräch über das weitere Procedere mit den Eltern oder einem Elternteil statt. Es ist wichtig, dass das Kind über die Elterntreffen informiert ist. Ist beim Kind ein deutlicher Leidensdruck vorhanden und gibt das Kind sein Einverständnis zu einzeltherapeutischen Sitzungen, kann baldmöglichst mit der gemeinsamen Arbeit begonnen werden. Nicht nur aus zeitlichen Gründen macht es in der Regel wenig Sinn neben einer Gruppentherapie Einzeltreffen zu vereinbaren, da die Gruppendynamik dadurch beeinflusst werden kann.

Ein Großteil der Gruppentherapien wurde gemeinsam von Frau Christiane Naths, systemische Familientherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, und dem Verfasser durchgeführt. Einige Gruppen hat der Verfasser allein und eine mit der Autorin dieses Aufsatzes durchgeführt und seit Beginn 2004 gibt es das Angebot einer Zaubergruppe in Kooperation mit Herrn Bernd Konerding, Ergotherapeut und systemischer Familientherapeut. Bis auf wenige Ausnahmen fanden die Gruppen nach folgendem Zeitschema statt: 5 Gruppentermine, ein Elternabend, weitere 5 Gruppentermine, ein abschließender Elternabend, also insgesamt umfasst die Gruppentherapie 12 Treffen. Warum aber fanden ausgerechnet 10 Treffen für die Kinder statt? Die Gruppengröße umfasste 8-10 Kinder plus zwei Therapeuten bzw. 3-5 Kinder plus einen Therapeuten. Die Festlegung der Dauer ist von einer Aussage von Nardone beeinflusst:

„Wenn ich innerhalb von zehn Sitzungen nichts bewegt habe, heißt das für mich, dass ich auch innerhalb von hundert Sitzungen nichts ändern könnte und ich breche die Therapie dann ab“ (Nardone 1997, S. 123).

Wenn diese Aussage beispielsweise im Auftragsklärungsgespräch geäußert wird, wirkt die Eingrenzung der zeitlichen Perspektive für die Familie entlastend. Meist steigt der Unmut, wenn der Aufwand einer Therapie nur einem geringen Nutzen gegenübersteht und es hat Vorteile, wenn dieser Punkt deutlich angesprochen wird.

Es hat sich bewährt die Elterntreffen nach der fünften und der zehnten bzw. Abschluss- Sitzung anzubieten.

Von Anfang an wurden in den Gruppentherapien keine Kinder mit bestimmten Diagnosen zusammengefasst, sondern jedes Kind, das ein therapierelevantes Anliegen hatte, wurde aufgenommen. Wir vertreten die Auffassung, dass die Kinder von dem jeweils anderen Verhalten der Kinder auch lernen können. Außerdem wird z. B. bei vermehrter Ängstlichkeit oder einem Sich-in-den-Vordergrund-spielen ein kleinsten gemeinsamer Nenner angenommen, die Unsicherheit in sozialen Bezügen.

Es gibt verschiedene Formen der Gruppenarbeit, denen aber allen das gleiche Schema des Auftragsklärungsgespräches vorangestellt wird.

Die Altersgrenzen der interaktionellen Therapiegruppen sind 8-10 Jahre bzw. 10-12 Jahre. Grund für den Zweijahresabstand ist eine größere Möglichkeit für ein Peererleben. Die ‚Ich bin O. K.- Du bist O. K.-‘ Gruppen, deren Name einem Buch von Harris entlehnt ist (Harris 1973), umfassen

das Alter von 13-16 Jahren. Neu hinzugekommen ist eine Zaubergruppe, die angelehnt an das Konzept von Neumeyer (2000, 2001) angeboten wird. Während die ersten drei Gruppenangebote vorrangig interpersonale Fertigkeiten wie Konfliktlösestrategien, Selbstkontrolle, Selbstsicherheit und prosoziales Verhalten verbessern helfen sollen (vgl. Schuch 1997), erweitert sich der Indikationsbereich bei der Zaubergruppe auch auf Kinder mit motorischen Schwierigkeiten, wie auch Kinder, bei denen ein Erscheinungsbild des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms mit oder ohne Hyperaktivität diagnostiziert wurde (vgl. Neumeyer 2000, S. 59 ff.).

Um die Arbeit zielgerichtet zu leiten ist es sinnvoll einen kurzfristigen „Vertrag im Vertrag“ zu schließen. So könnte ein Junge, der den Auftrag ‘Ich möchte lernen mit anderen Kindern besser auszukommen‘ hat, einen Stundenvertrag eingehen wie ‘Wenn ich mich von XY geärgert fühle, ignoriere ich ihn’. Es ist wichtig, dass der Stundenvertrag im Dienst des Gesamtvertrages steht (vgl. Stewart 1991, S.171). Ein weiteres Element sind die *verhaltensorientierten Hausaufgaben*, um den Transfer von Lernerfahrungen in der Gruppensituation in Alltagssituationen zu erproben. Auch hierbei ist es wichtig, dass die Hausaufgaben dem zur Zeit geltenden Gesamtvertrag dienen (a. a. O., S. 173). Ein drittes Element ist die *Vertragskontrolle* (ebenda). Zu Beginn der einzelnen Therapiestunden sollten sich die Therapeuten den Gesamtvertrag in Erinnerung rufen, vielleicht gab es Stundenverträge oder verhaltensorientierte Hausaufgaben. Wurde das Vertragsziel erreicht, die Hausaufgabe durchgeführt? Falls nicht, dann wird die gleiche Aufgabe um eine Stunde verlängert, wenn das Kind zustimmt.

Die Gruppenarbeit hat sich vor allem in Kooperation mit Frau Naths ständig entwickelt. Wir haben festgestellt, dass, wird bei der Auftragsklärung ‘unsauber’ gearbeitet, Widerstände und ein Agieren des Kindes während der Gruppenarbeit nahezu vorprogrammiert sind. Wiederholt beispielsweise ein Kind die Wünsche seiner Eltern, um diese zu ‘beruhigen’, wird das Kind keinen für sich ausreichenden Grund sehen an der Gruppe teilzunehmen und sich entsprechend in der Gruppe verhalten. Je klarer sich alle Beteiligten bezüglich des Auftrags waren, desto klarer zeichnet sich nach unserer Einschätzung ein Therapieerfolg ab.

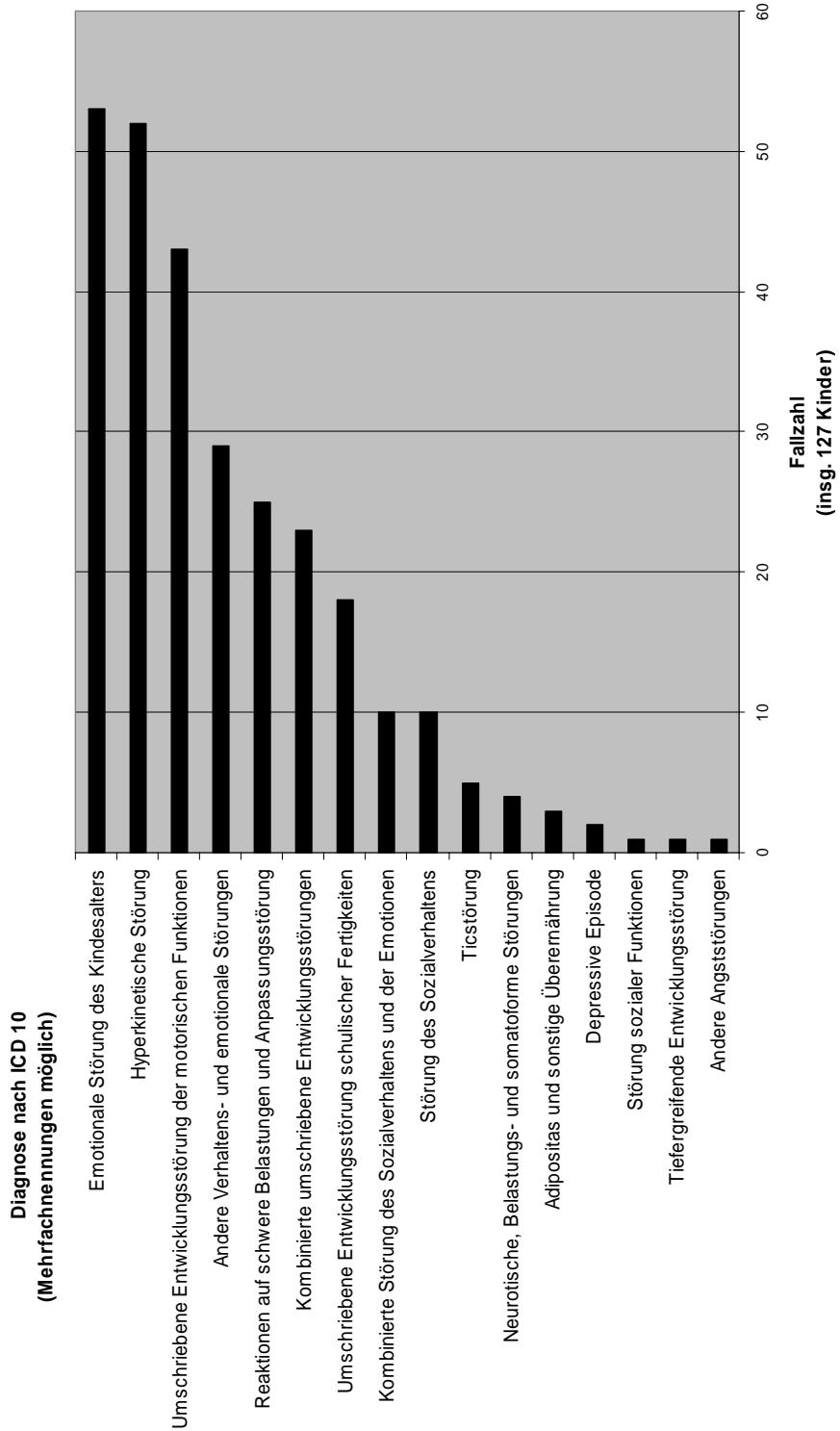


Abbildung 1: Diagnoseverteilung

6. Welche Kinder haben an der Gruppentherapie teilgenommen?

Im Zeitraum von 2001 bis 2004 nahmen 127 Kinder an der Gruppentherapie, die in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim durchgeführt wurde, teil. Unter den Kindern waren 95 Jungen und 32 Mädchen. Das Durchschnittsalter betrug 11 Jahre (min. 8 Jahre / max. 17 Jahre). Bei 95 Kindern wurde zusätzlich zur Gruppentherapie eine Elternberatung durchgeführt.

Abbildung 1 zeigt die Diagnoseverteilung der Kinder, bei 99 Kindern wurden Mehrfachdiagnosen vergeben, mit bis zu drei Diagnosen. Dabei wurde die Diagnose „Emotionale Störungen des Kindesalters“ mit 53mal am häufigsten gestellt (ICD-10 F93.0 - F93.9), gefolgt von „Hyperkinetische Störungen“ mit 52mal (ICD-10 F90.0 - F90.1), von denen über die Hälfte der Kinder eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens zeigte.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Kinder und Jugendlichen lag bei 18 Therapiesitzungen, die kürzeste Therapie umfasste 6 Termine, die längste Therapie 40 Sitzungen.

Wie in Abbildung 2 zu sehen ist, war für 68% der Kinder (N = 87) die Therapie nach der Gruppentherapie abgeschlossen. 17% Kinder (N = 22) wurden in der Praxis weiterbehandelt und 5% Kinder (N = 6) erhielten eine medikamentöse Weiter- und Zusatzbehandlung. Von den anderen Kindern stellten sich 5% wieder in der Praxis vor (N = 6), 5% der Kinder (N = 6) brachen die Gruppentherapie vorzeitig ab.

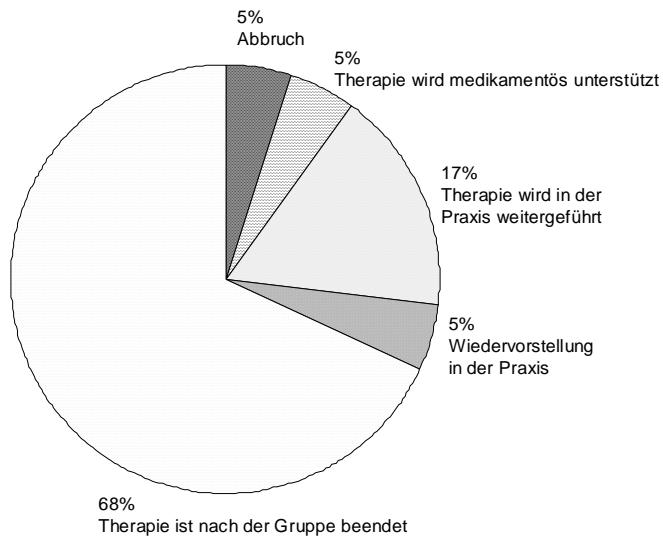


Abbildung 2: Nach der Gruppentherapie

7. Nachbefragung und Darstellung der Methode

Dass für 68% Kinder nach der Gruppentherapie die Behandlung abgeschlossen war, scheint zunächst ein positives Ergebnis. Jedoch entstand im Juni 2004 die Idee, die Gruppentherapie systematisch zu evaluieren, um zu sehen, wie erfolgreich die Gruppentherapie wirklich von Kindern und Eltern eingeschätzt wird. Dazu wurden Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt (1998) verwendet, die in der Praxis als Instrument zur Therapieevaluation und zur Qualitätssicherung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung eingesetzt werden. Durch kleine Änderungen in der Formulierung wurden die FBB an die Praxis angepasst (z.B. Klinik durch Praxis ersetzt). Diese Untersuchung legt den Fokus auf die subjektive Therapiebeurteilung der Kinder und ihrer Eltern und verwendete die Eltern- und die Patienten-Version der FBB, welche hauptsächlich die Qualität des Behandlungserfolgs evaluieren. Die Fragebögen bieten Feststellungen an wie z. B. „*Der Therapeut hatte Verständnis für meine Situation*“, die dann zwischen 0 (überhaupt nicht/niemals) bis 4 (ganz genau/ immer) bewertet werden können.

Die FBB wurden direkt nach Therapieabschluss von Eltern und Kindern ausgefüllt. Wurden die FBB bei Therapieabschluss vergessen auszufüllen, wurden der Familie im August 2004 die Fragebögen zugesandt, mit der Bitte die Gruppentherapie, die unterschiedlich lang zurücklag (bis drei Jahre zuvor), zu bewerten. Aufgrund der unterschiedlich langen Zeiten nach einem Therapieabschluss wurde darauf verzichtet, die verschiedenen Katamnesezeiträume miteinander zu vergleichen, da sich so zu ungleiche Gruppen gebildet hätten. Es wurde die gesamte Stichprobe, die die FBB ausgefüllt haben, untersucht. Dazu wurde noch Gruppentherapie mit und ohne Elternberatung miteinander verglichen.

Von den 127 Kindern füllten 65 die Fragebögen aus. Dazu kamen noch die FBB von 60 Müttern und 31 Vätern. Diese Stichprobe setzte sich aus bereits vorhandenen FBB und zurückgesandten zusammen und repräsentiert die Gesamtgruppe der Kinder, die an der Gruppentherapie teilgenommen haben, in Bezug auf Diagnoseverteilung, Alter, Geschlecht, Behandlungsdauer und den Aspekt der Elternberatung gut. Die Autoren nehmen an, dass sich die Bewertungen der Kinder und Eltern, die geantwortet haben, nicht grundlegend von den Bewertungen der Familien unterscheiden, die die FBB nicht ausgefüllt haben, jedoch ist es auch vorstellbar, dass gerade die unzufriedenen Familien nicht geantwortet haben.

Die Fragebögen wurden hinsichtlich der Ergebnis- und der Prozessqualität der Gruppentherapie ausgewertet, um subjektive Maße des Therapieerfolgs zu erheben, die als ein zentrales Element der Therapiequalität angesehen werden können.

Die Auswertung der FBB erfolgt durch Skalenbildung, die zwar in den verschiedenen Versionen (Patient- bzw. Elternversion) unterschiedlich sind, sich aber immer auf die Ergebnis- und die Prozessqualität der Behandlung beziehen, so dass die Ergebnisse von Kindern und Eltern direkt miteinander verglichen werden können. Außerdem wird ein Gesamtwert, der die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung beinhaltet, ermittelt. Die FBB-Skalen weisen eine relativ hohe interne Konsistenz auf. Die überwiegende Mehrzahl der Skalen hat einen Cronbach-Alpha größer 0.80, sie sind also sehr zufriedenstellend.

Die Werte aller FBB-Skalen liegen wie die der Einzelitems zwischen 0 und 4 (von „Stimmt überhaupt nicht“ = 0 bis „Stimmt ganz genau/immer“ = 4) (s. o.). Aus der Höhe der Skalenwerte ist unmittelbar zu sehen, wie die Einzelitems der Skala im Durchschnitt beurteilt wurden. Je höher der Skalenwert, umso günstiger wird die Therapie beurteilt. Aus den absoluten Skalenwerten ist ersichtlich, wie positiv bzw. negativ die Therapie eingeschätzt wird. Durch die einheitliche Skalierung der FBB-Skalen können die Einschätzungen der verschiedenen Qualitätsaspekte und die Ergebnisse der Eltern und Kinder miteinander verglichen werden. Die Skala „Erfolg der Behandlung“ kann in weitere Subskalen aufgegliedert werden. Für das Kind (= Patient) geschieht dies durch die Unterpunkte „Erfolg Selbst“ und „Erfolg Familienbeziehungen“. Bei den Vätern und Müttern kommen noch die Unterpunkte „Erfolg Patient“ und „Erfolg Beziehungen zum Patienten“ hinzu (siehe Abbildung 3).

8. Ergebnisse

Es zeigen sich zunächst in der Gesamtstichprobe positive Bewertungen der Gruppentherapie durch Eltern und Kinder. Im Vergleich zu Ergebnissen aus einer stationären Projektstichprobe und zwei weiteren stationären Stichproben, die im Manual der FBB angegeben werden, bewerten die Eltern und Kinder dieser Untersuchung sehr ähnlich. Sie liegen im guten Durchschnittsbereich und in Bezug auf die Rahmenbedingungen auch bes-

ser, was angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten in einer Praxis im Vergleich zu einer Klinik zu erwarten ist.

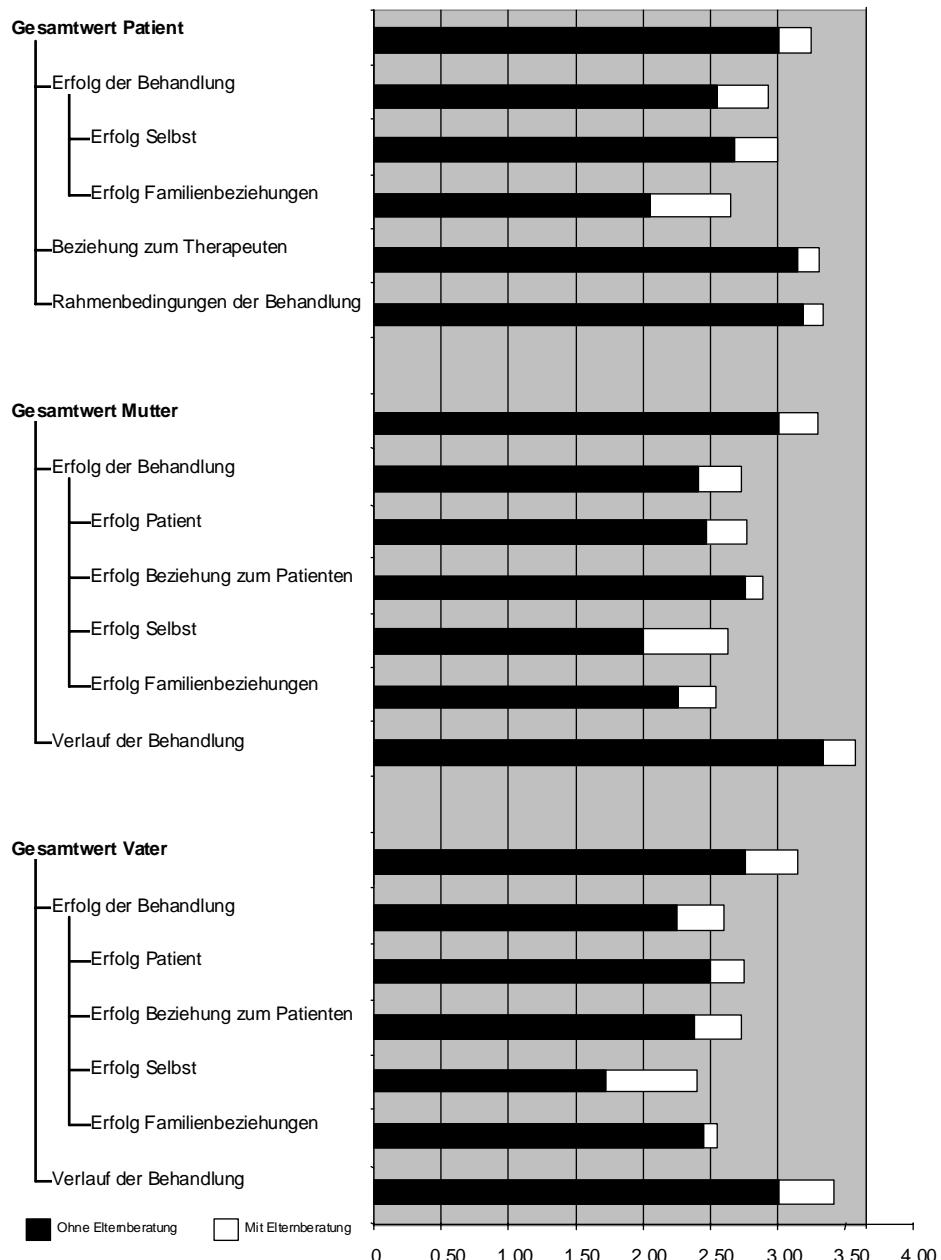


Abb. 3: Vergleich der Bewertungen zwischen Familien mit und ohne Elternberatung

Bildet man die Ergebnisse der Gesamtstichprobe als Mittelwerte ab, aufgegliedert in die Bewertungen der Kinder, der Mütter und der Väter, ergibt sich folgendes Ergebnis: Der Gesamtwert der Mütter liegt mit 3,21 am höchsten, darauf folgt 3,13 der Kinder und 3,04 der Väter. Der Erfolg der Behandlung wird von den Kindern mit 2,8 am höchsten eingeschätzt, die Mütter geben im Durchschnitt 2,63 und die Väter 2,5 an. Die Ergebnisse der Subskalen liegen wie die Ergebnisse der anderen Skalen im Vergleich zu den Referenzstichproben im durchschnittlich guten Bereich.

Die folgenden Ergebnisse beschreiben, wie die Elternberatung von der Familie wahrgenommen und bewertet wird. Die Ergebnisse in Abbildung 3 zeigen, dass Familien, in denen Elternberatung stattgefunden hat, die Gruppentherapie durchgehend positiver bewerten als Familien, die keine Elternberatung in Anspruch genommen haben. Die Mütter und besonders die Väter, die eine Elternberatung bekommen haben, geben auch für sich selbst einen größeren Erfolg durch die Therapie an als die Gruppe der anderen Eltern. Zusätzlich ist herauszustellen, dass besonders die Familienbeziehungen von der Elternberatung aus Sicht der Kinder und Eltern profitiert zu haben scheinen.

Die Gruppen, die miteinander verglichen wurden, sind unterschiedlich groß (Gruppe mit Elternberatung: 46 Kinder, 41 Mütter und 22 Väter sowie Gruppe ohne Elternberatung: 18 Kinder, 19 Mütter und 9 Väter), was die Vergleichbarkeit einschränkt.

Bei der Berechnung von Korrelationen auf Itemebene zeigen sich interpersonelle Übereinstimmungen bei der Beantwortung der FBB zwischen Kindern und Eltern in Bezug auf Items, die sich mit der Zufriedenheit mit der Behandlung, Besserung von Problemen und Verbesserung der Familienbeziehungen befassen. Die Ergebnisse zeigen, dass Eltern und Kinder sich in Bezug auf die Beantwortung dieser Items einig sind und eine ähnliche Bewertung abgeben. Dies zeigen die signifikanten Korrelationen in den untenstehenden Tabellen 1-4.

	Mutter Item 1: Die Behandlung in der Praxis war für mein Kind hilfreich	Vater Item 1: Die Behandlung in der Praxis war für mein Kind hilfreich
Patient Item 1: Die Behandlung in der Praxis war für mich hilfreich	.27**	.537**

Tab. 1: Behandlung

	Mutter Item 5: Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie	Vater Item 5: Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie
Patient Item 6: Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie	0.523**	0.45*

Tabelle 2: Familie

	Mutter Item 21: Ich bin mit der Behandlung zufrieden	Vater Item 21: Ich bin mit der Behandlung zufrieden
Patient Item 18: Ich bin mit der Behandlung zufrieden	0.389**	0.519**

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Behandlung

	Mutter Item 17: Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert	Vater Item 17: Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert
Patient Item 20: Meine Probleme haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert	0.436**	0.585*

Tabelle 4 :Besserung der Probleme

Anmerkungen: * $p < .05$; ** < 0.01 (zweiseitig)

Die Ergebnisse der Tabellen verdeutlichen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Urteil der Eltern und dem Urteil der Kinder gibt. Wenn die Kinder die Behandlung positiv einschätzen, schätzen auch die Eltern die Behandlung positiv ein. Das gilt natürlich auch für die negative Einschätzung.

10. Diskussion

Die hier vorgestellten empirischen Ergebnisse erheben keinesfalls einen wissenschaftlichen Anspruch in Bezug auf einen Vorher-Nachher-Vergleich: Kinder, die auf Wartelisten standen wurden nicht als Kontrollgruppe herangezogen, usw.. Der Vorteil mag in einer hohen Anzahl von befragten Eltern und Kindern liegen. Dieser Arbeit zugrunde gelegte Studien, die im herkömmlichen Sinne streng wissenschaftlich vorgehen, evaluieren den Therapieverlauf von 14 (Käßler u. Breme 1998) bzw. 6 (Hain et al. 2001) Kindern, also eine vergleichsweise geringe Anzahl von Gruppenteilnehmern. Immer wieder wird betont, dass gruppentherapeutische Behandlungsansätze von Kindern und Jugendlichen kaum untersucht sind (vgl. u. a. Tschuschke 1996). So mögen auch diese Ergebnisse allenfalls eine Orientierung liefern. Auch wurde hier nicht der in diesem Aufsatz vorgestellte therapeutische Kontrakt allein evaluiert, sondern das Gesamtergebnis, welches auch die größtenteils begleitende Elternarbeit mit beinhaltet.

Das Gesamtergebnis lässt sich trotz methodischer Mängel als positiv werten. Subjektive Therapiebeurteilungen stellen ein wichtiges Kriterium der Therapiequalität dar.

Kinder und Eltern geben eine überwiegend positive Einschätzung der Behandlung und des Behandlungsverlaufs ab. Der Zusammenhang zwischen Bewertungen von Kindern und Eltern wird, wie oben dargestellt, in den signifikanten Korrelationen sichtbar.

Als ein wichtiges Behandlungselement für Eltern, Kinder und Familienbeziehungen zeigte sich in der Untersuchung die Elternberatung. Diese wurde neben der Gruppentherapie durchgeführt und hat als besonderes Element die Selbsterfahrung der Eltern. Die Mütter und besonders die Väter, die eine Elternberatung bekommen haben, geben für sich selbst einen deutlich größeren Erfolg durch die Therapie an als Eltern, die keine Elternberatung in Anspruch genommen haben. Das Ergebnis, dass eine zusätzliche Elternberatung eine Verbesserung des Behandlungserfolgs aus der Sicht der Familie darstellt, führt zu folgenden Überlegungen: Wenn die Auffassung stimmt, dass, wenn sich ein Teil des Systems ändert, sich das ganze System ändert, führt dies zu der Annahme, dass wenn sich zwei Teile ändern (hier Eltern und Kinder), es für das Gesamtsystem weniger Kraft kostet sich zu ändern.

Die gemeinsame Erstellung von Kontrakten ist mit nahezu allen therapeutischen Verfahren kompatibel und kann auch bei Kinder- und Jugendlichengruppen angewendet werden, die nicht psychotherapeutisch arbeiten (z. B. Psychomotorikgruppen).

Die Arbeit mit dem Konzept des therapeutischen Kontraktes führt allerdings auch dazu, die Indikationskriterien für eine Gruppentherapie, wie sie beispielsweise Lehmkuhl beschreibt, zu überdenken. Er sieht eine Gruppenpsychotherapie vor allem dann indiziert,

„[...] wenn es einem Kind/Jugendlichen nicht gelingt, in der Einzelpsychotherapie eine positive Übertragung herzustellen oder die verbale Kommunikation so stark blockiert ist, dass nur das Ausleben und der Kontakt zu Gleichaltrigen der Weg zu einer erfolgreichen Behandlung sein kann“ (Lehmkuhl 2001, S. 306).

Möglicherweise führen diese Indikationskriterien mit dazu, dass Lehmkuhl beschreibt, dass bei Kindern häufig in den ersten Gruppenstunden vermehrt Unsicherheiten und Ängste auftraten, die sie durch demonstratives Agieren und Imponiergehabe zu kompensieren versuchten (a. a. O., S. 308). Wir haben beobachtet, dass nach einer klaren Kontraktarbeit die Kinder schon zu Beginn der ersten Stunde die Erfahrung machen können, dass die Kinder in der Gruppe ihr Anliegen wiederholen konnten und dass dies einen Rahmen von Vertrautheit schafft, der ein Agieren drastisch herabsetzt. Dem Verfasser schilderte ein Junge, der in einer Gruppe permanent zu stören versuchte, ihm habe die Gruppe „nichts gebracht“, da er sich während des Auftragsklärungsgespräches überredet gefühlt habe an dieser Gruppe teilzunehmen. Aus Sicht der hier vorgestellten Auffassungen waren die Widerstände des Jungen berechtigt, was diesem auch gesagt wurde und so die Basis für eine tragfähige Beziehung und eine erneute Kontraktarbeit geschaffen werden konnte. Es ist zu vermuten, dass, lässt man Kinder ohne eine tragfähige Beziehung und einen therapeutischen Kontrakt an einer Gruppe teilnehmen, ein für alle Seiten zufriedenstellendes Ergebnis der Gruppenteilnahme eher unwahrscheinlich ist. Denn dann werden die Kinder möglicherweise in der Gruppe ‘nur’ ihre Alltagserfahrungen wiederholen und der therapeutische Zugang erschwert oder verbaut sich. Gelingt es während einer Einzelpsychotherapie nicht, eine „positive Übertragung“ herzustellen, könnte es ratsam sein eher an einen Therapeutenwechsel als an eine Gruppentherapie zu denken. Diese Überlegungen führen zu der These, dass Gruppentherapie eine gute Prognose hat, wenn Kinder *kontraktfähig* und *kontraktbereit* sind. Ist Kontraktfähigkeit oder -bereitschaft

nicht vorhanden, ist zunächst an eine Einzelanbindung anzudenken, um beides zu erarbeiten, wenn das Kind zustimmt. Der Kontakt mit Gleichaltrigen ist ein wesentliches Element der Gruppentherapie, hier stimmen wir mit Lehmkuhl überein.

Die zweite These lautet: *Kontraktarbeit verkürzt die Therapedauer und erhöht den Erfolg von Gruppentherapien aus den im Abschnitt Vertragarbeit genannten Gründen (s. o.).*

Die dritte und letzte These lautet: *Vertragsarbeit hat keinerlei Nachteile, da sie alle am therapeutischen Prozess Beteiligten wertschätzt und einbezieht und bewirkt schlimmstenfalls nichts.*

Loth schreibt in einem Artikel über Auftragsarbeit, dass in Bezug auf *Helfen* der Bezug zur Alltagswirklichkeit der Hilfesuchenden und eine zutraulende Haltung entscheidend sei, die sich in unerschrockenem Respektieren und in gleichberechtigtem Kooperieren verwirklichen (Loth 2003, S. 263). Bezogen auf die Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen kann dies ein unerschrockenes Respektieren des Auftrags der Kinder und deren Eltern bedeuten, auch wenn das die Konsequenz haben könnte, dass eine Gruppentherapie nicht zustande kommt. Diese radikale Haltung bewirkt, dass eine Gruppentherapie unter anderen atmosphärischen Vorzeichen stattfinden kann, da die Kinder eigenverantwortlicher an einer Gruppentherapie teilnehmen können. Zweitens bewirkt diese Haltung, dass Kinder eher bereit sind an einer Gruppentherapie teilzunehmen, da Phantasien über die Gruppentherapie durch Information ersetzt werden und die Sicherheit des therapeutischen Kontraktes sie im therapeutischen Prozess begleitet. Drittens führt der therapeutische Kontrakt zu weniger Enttäuschungen nach der Therapie, da Eltern, Kinder und Therapeut das gleiche Ziel haben und unterschiedlichen Phantasien bei allen Beteiligten über ein ‘gutes’ Therapieziel entgegengewirkt wird. Viertens wirkt die Präsens des Vertrages häufig auch zwischen den Therapieterminen und ermöglicht so einen leichteren Transfer in die Alltagssituation.

Literatur

Balck, F.; Cierpka, M. (1995) Problemdefinition und Behandlungsziele. In: Cierpka, M. (Hg.) Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer, 87-107

Caby, F. (2002a) Aspekte einer systemischen Gruppentherapie. In: Rotthaus, W. (Hg.) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl- Auer- Systeme, 360-371

Caby, F. (2002b) Die Gruppe als System - systemische Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In: Vogt-Hillmann, M.; Burr, W. (Hg.) Lösungen im Jugendstil. Dortmund: Borgmann, 361-371

Conen, M.-L. (1999): „Unfreiwilligkeit“ - Ein Lösungsverhalten. Familiendynamik 24, 282-297

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2004) ICD-10-GM 2004. Systematisches Verzeichnis Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision-German Modifikation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag

Giesecke, H. (1985) Das Ende der Erziehung. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996

Hain, C; Többen, B.; Schulz, W. (2001) Evaluation einer integrativen Gruppentherapie mit Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50, 360-371

Harris, T. A. (1973) Ich bin O. K. - Du bist O.K. Eine Einführung in die Transaktionsanalyse. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Hubert, C.; Vogt- Hillmann, M. (2002) Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt-Hillmann, M; Burr, W. (Hg.) Lösungen im Jugendstil. Dortmund: Borgmann, 373-386

Käßler, P.; Breme, K. (1998) Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47, 657-667

Krisch, C.; Rahn, D. (1998) Nicht therapierbar? Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47, 683-693

Lehmkuhl, G. (2001) Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Tschuschke, V. (Hg.) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme, 306-311

Ligabue, S. u. Sambin, M. (2001) Transaktionsanalytische Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke, V. (Hg.) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme, 377-383

Loth, W. (2003) Kontraktorientierte Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52, 250- 265

Mattejat, F.; Remschmidt, H. (1998) Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen: Hogrefe

Nardone, G. (1997) Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Bern: Huber

Neumeyer, A. (2000) Mit Feengeist und Zauberpuste. Freiburg: Lambertus-Verlag

Neumeyer, A. (2001) Ach könnte ich doch zaubern- ein kleines bißchen nur. In: Vogt-Hillmann, M.; Burr, W. (Hg.) Kinderleichte Lösungen. Dortmund: Borgmann, 217-228

Reich, G; Massing, A.; Cierpka, M. (1995) Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In: Cierpka, M. (Hg.) Handbuch der Familiendiagnostik. Berlin: Springer, 223-258

Rotthaus, W. (2002) Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In: Wirsching, M; Scheib, P.(Hg.) Paar- und Familientherapie. Berlin: Springer, 525-535

Salvendy, J. T. (2001) Therapeutischer Kontrakt. In: Tschuschke, V.(Hg.) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme, 79-81

Sannwald, R. (2004) ,Babylon Babies' oder: Wie postmoderne Jugendliche einen Weg ins Leben finden. Forum der Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Heft 2, 19-39

Schneider, A.; Fischer-von der Marwitz, G.; Mohr, L. (2003) 'Alles ist möglich!' Erfahrungen und Ergebnisse von 5 Jahren Gruppenpsychotherapie für Kinder in einer kinder- und jugendlichenpsychiatrischen Praxis. Forum der Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapie, Heft 3, 2-45

Schuch, B. (1997) Indikation, Therapieziel, Prognose. In: Reinelt, T.; Bogyi, G.; Schuch, B. (Hg.) Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 155-162

Stewart, I.; Joines, V. (1990) Die Transaktionsanalyse. Freiburg: Herder

Stewart, I. (1991) Transaktionsanalyse in der Beratung: Grundlagen und Praxis transaktionsanalytischer Beratungsarbeit. Paderborn: Junfermann

Tschuschke, V. (1996) Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren und Effektivität von Gruppentherapien bei Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 45, 38-47

Anschrift der Verfasser:

Rainer Hirschberg M. A., Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. R. Adelmund und A. Heiland, Königsstr. 14, 31139 Hildesheim; Privat: Förstergasse 1, 31249 Hohenhameln

Anna Peiser (cand. Dipl.- Psychologin), Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. R. Adelmund und A. Heiland, Königsstr. 14, 31139 Hildesheim

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst in der stationären Jugendhilfe

Christoph Funk

Zum Stand der Kooperation zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen unserem Fachgebiet und der Jugendhilfe befindet sich in einem langen Entwicklungsprozess. Diese Zusammenarbeit beruht auf der Tatsache, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine medizinische Fachdisziplin ist, die wie kaum eine andere einem multidisziplinären Ansatz verpflichtet ist (Schmeck 2004). Inzwischen liegt ein Handbuch zur interdisziplinären Kooperation vor (Fegert und Schrappner 2004) mit über 50 Beiträgen in denen dieses Arbeitsfeld reflektiert wird. Es werden praktische Modelle beschrieben sowie Probleme in der Zusammenarbeit aufgegriffen und diskutiert. Mit seiner Fülle von Informations- und Arbeitsmaterial ist dieses Handbuch zugleich eine Art Manifest, das beide Disziplinen in der Gegenwart und für die Zukunft zur Zusammenarbeit verpflichtet.

Tatsächlich gibt es auch im konkreten Arbeitsalltag von uns Niedergelassenen neue Kooperationsmodelle Mit der Jugendhilfe. Beim einem Regionalreffen der Mitglieder des Berufsverbandes in Südwürttemberg im Mai 2005 machte eine Umfrage in der Runde deutlich, dass mehr als die Hälfte der anwesenden Kolleginnen und Kollegen Heimeinrichtungen der stationären Jugendhilfe konsiliarisch mitbetreuen. Dabei zeigten sich wesentliche Unterschiede im Vorgehen und im Ablauf dieser Betreuung. Alle Beteiligten hatten ein großes Bedürfnis, sich auszutauschen und gemeinsame Absprachen und Leitlinien für diese Arbeit zu entwickeln.

Jugendpsychiatrischer Konsiliardienst in der stationären Jugendhilfe

Erste Schritte eines Konsiliardienstes in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung wurden im Forum unter der vorsichtigen Überschrift: „Gedanken zur Mitarbeit des Kinder- und Jugendpsychiater in der stationären Jugendhilfe“ zur Diskussion gestellt (Funk 2001). Herr Moik, der damalige Schriftleiter hat in seinem Kommentar die hohe sozialpsychiatrische Bedeutung dieses Arbeitsansatzes hervorgehoben.

Inzwischen wurde in einer wissenschaftlichen Untersuchung die dringende Notwendigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Mitarbeit in der stationären Jugendhilfe eindrucksvoll belegt. Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Ulm (Schmid 2004, Nützel 2005) wurde eine Untersuchung vorgelegt, die den hohen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf in der stationären Jugendhilfe nachweist.

Hochbelastete Heimbewohner

In einer repräsentativen Stichprobe von 20 Jugendhilfeeinrichtungen mit 689 Kinder und Jugendlichen wurde nachgewiesen, dass 61,3 % der Heimbewohner an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden. Im Vergleich zur psychischen Auffälligkeit zeigte sich eine massive kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung. Dadurch sind diese Kinder und Jugendlichen von einer Chronifizierung ihrer psychischen Störung bedroht (Schmid et al. im Druck, Nützel 2005). Viele von ihnen überfordern das Setting im Heim. Dafür sprechen 20 % Heimabbrüche. Die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Jugendhilfe ist als generelle Verpflichtung im KJHG enthalten. Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen und Stellen des Gesundheitsdienstes ist dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe auferlegt (Merchel 2004). Zieht man die Parallele zu körperlichen Erkrankungen, dann wäre es ein strafbares Versäumnis, bei einer Erkrankung keinen Haus- oder Facharzt hinzuzuziehen. Schmid et al. (im Druck) sehen bei den psychisch belasteten Heimbewohnern auch eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten.

Er berichtet, dass die klinischen Fragebögen, die angewandt wurden, eine ausgeprägte Breitbandsymptomatik zeigen. Viele Heimbewohner können mit den Diagnosekategorien des ICD-10 gar nicht ausreichend beschrieben

werden. Diese Häufung komplexer Störungsbilder in der stationären Jugendhilfe – das soll in den folgenden Ausführungen dargelegt werden - ist geradezu eine Herausforderung für den psychotherapeutisch ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychiater. Er ist in seinem beruflichen Werdegang auf die Komplexität menschlichen Verhaltens einschließlich biologischer und genetischer Risikofaktoren vorbereitet und kann sowohl psychotherapeutisch wie pharmakotherapeutisch denken und intervenieren. Gewiss kann er deshalb keineswegs mit dem Anspruch kommen, er wüsste, wie man dissoziale Entwicklungen behandelt oder gar beendet.

Spannungsfelder in der Zusammenarbeit

Der Kinder- und Jugendpsychiater, der sich entschließt, Sprechstunden für die stationäre Jugendhilfe anzubieten, betritt ein Spannungsfeld, das trotz der beschriebenen Annäherungen zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie weiterhin besteht. Er stößt als erstes auf die Erwartung des Heimes, dass er als Mittler zur Klinik in Krisensituationen für rasche Einweisungen sorgt, vor allem dann, wenn ein Jugendlicher in impulsiver Aggressivität sein Zimmer zerlegt und andere bedroht. Obwohl Inobhutnahme als Instrument der Krisenintervention in der Jugendhilfe gesetzlich verankert ist, fehlt es an eigenständigen durchdachten Konzepten sowohl in der ambulanten wie in der stationären Jugendhilfe (Fritz 2004). Nach meiner Erfahrung stößt man sich bereits an der Frage der Kostenübernahme wund. Allzu bequem ist der Weg in die psychiatrische Klinik mit selbstverständlicher Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Die Klinik fühlt sich für akute Krisen einer komorbidien Erkrankung durchaus zuständig (akute Suizidalität, dissoziative Störungen, psychotische Dekompensation). Sie wehrt sich aber zu recht gegen die Einweisung eines Jugendlichen, der im Rahmen disziplinärer Probleme „aurastet“ und eine Auszeit braucht, damit er und die Beteiligten Abstand gewinnen. Der Kinder- und Jugendpsychiater, der einweisen soll fühlt sich ebenso missbraucht. In praktischem Austausch mit dem psychologischen und pädagogischen Fachdienst des Heimes kann er aber Maßnahmen erarbeiten, die sowohl seinem akut angeforderten Heimbesuch, wie auch einer eventuell notwendigen Einweisung vorausgehen müssen. In einigen Einrichtungen wurden dazu Stufenpläne erarbeitet (Hoehne 2005).

Das Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie hat neben diesen praktischen Problemen aber auch einen geschichtlichen Hinter-

grund. Es gibt historische Trennlinien und Berührungs punkte, die beim Aufbau eines Kooperationsprojektes genannt und bedacht werden müssen (du Bois 2004).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie interessiert sich tatsächlich noch nicht sehr lange für dissoziale Jugendliche. Mancher ältere Kollege unter uns erinnert sich an die Abwehr seiner Klinik, dissoziale Jugendliche in der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung überhaupt aufzunehmen. „...diese Jugendlichen sprengen den Rahmen der Station, Verwahrlosung ist Sache des Jugendamtes...“, so die Argumente. Heute gelten Störungen des Sozialverhaltens als zweithäufigstes Störungsbild. Es nimmt seit den 90er Jahren in der universitären Forschung einen breiten Raum ein. Vor diesem geschichtlichen Hintergrund ist ein gewisses Maß an Bescheidenheit und Taktgefühl in der Zusammenarbeit mit den pädagogischen Fachleuten angebracht. Jungmann (2004) hat eine Reihe gemeinsamer Fehler herausgegriffen, die bei dieser Kooperation immer wieder gemacht werden. Dazu gehört neben praktischen Fehlern auch die mangelhafte Kenntnis der Handlungs- und Entscheidungsstrukturen des jeweils anderen Fachgebietes.

Der Kinder- und Jugendpsychiater muss sich integrieren

Qualifizierte Heimeinrichtungen verfügen heute über kompetente Fachdienste in Form eines Teams aus Psychologen, Heilpädagogen und Sozialpädagogen, die oft schon jahrelange Erfahrung im Umgang mit dissozialen Kindern und Jugendlichen haben. Sie besitzen vorwiegend systemische, familientherapeutische mitunter auch verhaltenstherapeutische Zusatzausbildungen. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Beratung des Betreuerteams, der Elternarbeit, der psychologischen Diagnostik, sowie der Vorbereitung und Gestaltung von Hilfeplangesprächen. Nur in Ausnahmefällen bleibt ihnen Zeit, auch individuelle Psychotherapien im Heim durchzuführen. Mit diesem Team kooperiert der Kinder- und Jugendpsychiater.

Die Akzeptanz dieser Fachdienste und damit auch des Kinder- und Jugendpsychiaters in der Jugendhilfeeinrichtung steht und fällt mit ihrer Nähe zum pädagogischen Alltag. Das Lenken und Ertragen eines schwierigen Kindes oder Jugendlichen durch den Tagesablauf mit Aufstehen, Körperhygiene, Mahlzeiten, Schule, Hausaufgaben und Freizeitaktivitäten ist wesentlich belastender als die Durchführung von Diagnostik und Hilfepla-

nung. Wir wissen alle, dass Kinder nicht nur erzogen werden, sondern sie wollen in ihren alltäglichen, mitunter lästigen Gewohnheiten und Eigenarten auch ertragen werden. Manche fachlich wenig ausgebildete Ordensfrau musste sich unter den ärmlichen Bedingungen früherer Anstaltserziehung dieser Wirklichkeit stellen. Aber auch in einer modernen Wohngruppe mit Einzelzimmern und wohnlichem Gruppenraum wird von den Mitarbeitern in der Gruppe äußerste Selbstdisziplin, Empathie und Teambereitschaft verlangt. Der Kinder- und Jugendpsychiater lernt diese staubigen Seiten des Alltags in seiner stationären, klinischen Lehrzeit meistens nur in einem gewissen Abstand und mit dem Rückhalt eines Stationsteam kennen.

Kinder und Jugendpsychiatrie zum Anfassen

Das Angebot des Kinder- und Jugendpsychiaters zur Mitarbeit im Heim muss niederschwellig und alltagsnah sein, das heißt, leicht zugänglich ohne organisatorischen und fahrtechnischen Aufwand. Darin sehe ich das entscheidende Argument für eine aufsuchende Mitarbeit durch ein Sprechstundenangebot in der Jugendhilfeeinrichtung vor Ort. Zugleich muss man bereit sein, wie in einer offenen Sprechstunde, Jugendliche mit und ohne Mitarbeiter, oder Mitarbeiter alleine zu empfangen und anzuhören. Danach muss man, auf wesentliche Informationen begrenzt, oft unter akutem Zeitdruck versuchen, die aktuellen Probleme in Rückbindung an den Fachdienst zu bearbeiten. Man darf sich nicht zu rasch mit „....hm, da kann ich jetzt nichts dazu sagen...“ aus der Schlinge ziehen. Der niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater muss sich in das multiprofessionelle Team im Heim gewissermaßen als psychiatrischer Hausarzt eingliedern.

Sicher ist das nicht jedermann's Sache, ich vertrete aber die Meinung, dass gerade wir Niedergelassenen hier eine Aufgabe zu erfüllen haben. Im Arbeitsprogramm der Institutsambulanzen ist die Zusammenarbeit mit der stationären Jugendhilfe ausdrücklich als wichtige Aufgabe genannt (Bergheim-Geyer 2004). Ich meine aber, wir sollten dieses Arbeitsfeld nicht der institutionalisierten Kinder- und Jugendpsychiatrie überlassen, sondern mit ihr zusammen Standards entwickeln für ein wirksames Versorgungskonzept von Heimbewohnern. Dabei halte ich es für notwendig, dass der Kinder- und Jugendpsychiater nicht nur beratend, als Supervisor und fortbildend im Heim tätig ist, sondern, dass er sich unmittelbar der Begegnung mit den dissozialen Jugendlichen stellt und für die Heimbewohner zu einer greifbaren und konkreten Bezugsperson wird.

Begegnung mit dissozialen Jugendlichen:

Diese Jugendlichen besitzen ein großes Geschick darin, sich im Gespräch formal anzupassen und Unverbindlichkeit zu wahren. Das erfordert ein hohes Maß an persönlicher Präsenz und Reaktionsbereitschaft. Der ärztliche und therapeutische Gesprächspartner muss authentisch und emotional stimmig reagieren. Jede „Gesprächstechnik“ gefährdet das Näherkommen. Dazu ein Beispiel:

Vor mir sitzt ein 17jähriger tamilischer Herkunft. Er wurde von seinen eigenen Eltern schwer misshandelt, ja gefoltert. Seine braunen Hände liegen – absichtlich? unabsichtlich? – offen auf dem Tisch, die Handflächen sind vernarbt. Ich frage, was mit seinen Händen geschehen sei. „Warum wollen sie das wissen?“ fragt er zurück mit prüfendem Blick aus dunklen Augen. Seine Hände nicht zu sehen, die Narben nicht anzusprechen wäre ebenso unehrlich gewesen, wie eine ausweichende Antwort zu geben. In solchen Augenblicken entscheidet es sich, ob der Jugendliche beim nächsten Termin wiederkommt.

Auch mit einem beziehungsgestörten Jugendlichen entsteht in der Sprechstunde eine Beziehung im Hier und Jetzt, wie sonst sollen Menschen sich begegnen? Um eine Veränderung im Alltag abzusprechen, einen Kalender zu führen, oder gar ein Programm zu entwickeln, bedarf es irgendeiner Form von Beziehung in der sich der Jugendliche ernstgenommen und informiert fühlt (Fegert 2004). Auch zur Verordnung eines Medikamentes gehört nicht nur das Einverständnis der Eltern, sondern vor allem die Bereitschaft des Jugendlichen, die Medikation zu nehmen. Ohne den geringssten Keim einer vertrauensvollen Beziehung wird man keinen jugendlichen Heimbewohner für einen informed consens gewinnen.

Es ist außerdem wichtig, dass der wesentliche Inhalt, das Ergebnis meiner Sprechstunde, in angemessener Form sowohl dem Fachdienst, wie auch für die pädagogischen Mitarbeiter mitgeteilt wird und im gegenseitigen Austausch in Einklang gebracht wird mit dem pädagogischen Alltag im Heim, mit der Ausbildungssituation des Jugendlichen und mit dem Hilfeplan des Jugendamtes. Diese Kontakte reichen über die unmittelbare Sprechstunde hinaus und schaffen eine Zugehörigkeit zur Einrichtung.

Man kann dissozialen Jugendlichen und ihren Heimen nicht begegnen mit dem Hintergedanken, dass sie ja doch eine fragwürdige Prognose hätten. Wenn sich der Therapeut durch Unzuverlässigkeiten im Detail und durch

versäumte Termine nicht herausbringen lässt, kann sowohl in der Ambulanz der eigenen Praxis wie im stationären Bereich der Jugendhilfe eine beständige therapeutische Beziehung über Monate und Jahre gelingen. Gewiss begegnet man bei älteren Jugendlichen auch schwer korrigierbaren Biographien und Störungen. Kein vernünftiger Arzt wird jedoch eine chronische Erkrankung behandeln mit dem Anspruch sie heilen zu können. Ärztliche Behandlung muss sich mitunter darauf beschränken, dem chronisch Kranken eine menschenwürdige Lebensqualität zu ermöglichen.

Evaluation des Konsiliardienstes

Die beschriebene Einbindung des Kinder- und Jugendpsychiaters in die Gesamtheit des heilpädagogischen Milieus im Heim ist ein Ziel und ein ständiger Prozess zugleich. Es dürfte klar geworden sein, dass wir dazu Konzepte erarbeiten müssen, die über akute krisenbedingte Kontakte zwischen Heim und Psychiatrie hinausreichen.

In Fortsetzung des Modellprojektes „Jugendpsychiatrie in der stationären Jugendhilfe“ und in enger Zusammenarbeit mit den beschriebenen Aktivitäten der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wird jetzt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Ulm ein weiteres Heimprojekt vorbereitet. Am 16.06.2005 fand dazu eine Informationsveranstaltung statt. Das Interesse der Jugendhilfeeinrichtungen im Einzugsgebiet war außerordentlich groß. Mit 10 Einrichtungen wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Einbezogen in dieses Projekt sind die Institutsambulanzen in Ulm, Ravensburg und Lüneburg sowie die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die eine dieser kooperierenden stationären Jugendhilfeeinrichtung betreuen. Ziel ist die organisierte Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zum Wohle der psychisch auffälligen Jugendlichen. Angestrebt werden Kontinuität von Beziehungen, die angemessene Förderung der Jugendlichen in ihrer Entwicklung, rechzeitige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung und eine kontinuierliche Zusammenarbeit beider Hilfssysteme zur Vermeidung unnötiger Beziehungs- und Betreuungsabbrüche (Schmid et al. im Druck).

Dies sind – das muss betont werden - keine neuen Ziele, die der Jugendhilfe sozusagen aufgetragen werden, sondern hier wird das eigentliche sozialtherapeutische Anliegen der stationären Jugendhilfe aufgegriffen und auf

eine breite gemeinsame Basis gestellt. Die Kostenträger der Jugendhilfe haben ein ebenso großes Interesse an dieser Kooperation wie die Krankenkassen, die für die Kosten ambulanter Behandlung und stationärer Akut-einweisungen aufkommen müssen. Man kann darauf hoffen, dass durch dieses gemeinsame Projekt die Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in weiteren Impulsen und Bewegungen fortschreitet.

Ein letztes Wort

Der jugendpsychiatrische Konsiliardienst wurde eingangs als hervorragendes Beispiel sozialpsychiatrischer Arbeit bezeichnet. Tatsächlich ist Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn sie nicht elitär sein will, immer auch Sozialpsychiatrie. Der Begriff Sozialpsychiatrie beschreibt ja nicht nur eine bestimmte Praxisorganisation, er erschöpft sich auch nicht in der Beschreibung multiprofessioneller Teamarbeit mit oder ohne Einbeziehung der Jugendhilfe, sondern der Begriff Sozialpsychiatrie enthält ein soziales Programm, in welchem für uns Kinder- und Jugendpsychiater die Arbeit mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen fest verankert ist.

Literatur

Bergheim-Geyer, E. (2004): Ambulante Behandlung am Beispiel einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz. In: Feger, J.M. und Schrappner, Chr. (Hg.): Handbuch Jugendhilfe–Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Du Bois, R. (2004): Historische Trennlinien und Berührungs punkte zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fegert, J.M. und Schrappner, Chr. (Hg.): Handbuch Jugendhilfe–Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Fritz, W. (2004): Krisenintervention als Aufgabe der Jugendhilfe. In: Fegert, J. M. und Schrappner, Chr. (Hg.): Handbuch Jugendhilfe–Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Funk, Ch. (2001): Gedanken zur Mitarbeit des Kinder- und Jugendpsychiater s in der stationären Jugendhilfe. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Heft 2, 81 – 84

Hoehne, D.: Mündliche Darlegung in der Planungssitzung zum Heimprojekt vom 02.07.2005 in der Weissenau.

Jungmann, J. (2004): Gemeinsame Fehler bei der Kooperation von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-Psychotherapie. In *J. M. Fegert und Chr. Schrappner (Hg.)*: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Merchel, J. : Jugendhilfeplanung. Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie (2004). In: *J.M. Fegert und Schrappner Chr. (Hg.)*: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Nützel, J.; Schmid, M. Goldbeck, L.; Fegert, J.M.. (2005): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8, 627-644

Schmeck, K. (2005): Bezugsdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *J.M.Fegert und Chr. Schrappner (Hg.)*: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Schmid, M. (2004): Prevalence of Personality Disorders in a German Adolescent Population. Vortrag auf dem Symposium Personality Disorders in Childhood and Adolescence. 30.-31.01.2004 Universitätsklinikum Ulm

Schmid, M. Goldbeck, I. Fegert, J.M (im Druck): Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe (k)eine Aufgabe für niedergelassene Verhaltenstherapeuten ?

Wiethoff, K. Dippold, I. Fegert, J.M. (2005): Patienteninformation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: *Fegert J.M. und Schrappner, Chr. (Hg.)*: Handbuch Jugendhilfe-Jugendpsychiatrie. Ulm, Koblenz: Juventa Verlag

Anschrift des Verfassers

Dr. med. Christoph Funk
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Josef-Probst-Weg 12
88400 Biberach-Mettenberg

Die Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Aufgaben, Konflikte und Widersprüche

Emil Branik

Zusammenfassung: Bei den meisten Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens liegen antisoziales Verhalten *und* eine psychische Störung vor. In einer Übersicht werden die erheblichen Indikations- und Behandlungsprobleme in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken dargestellt. Die hohen Komorbiditätsraten und die Frage einer störungsspezifischen Therapie werden kritisch hinterfragt. Da es sich um eine sehr heterogene Gruppe von Patienten handelt, gibt es keine sicheren und einheitlichen Regeln für ihre Behandlung, zumal es an Forschungsdaten nach wie vor mangelt. Vorrangig sollten pädagogische Maßnahmen und das Setzen von Grenzen erfolgen. Es wird herausgearbeitet, warum bei allen Behandlungsansätzen die Beziehungs- und Mentalisierungsfähigkeit bei diesen meist komplex beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen fokussiert werden sollte.

1. Einführung

1.1 Eine Alltagssituation aus der klinischen Praxis

Eine 15-jährige Jugendliche wurde aus einer erwachsenenpsychiatrischen Klinik, wohin sie zwangseingewiesen wurde, in die Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterverlegt. Der unmittelbare Anlass für die Zwangseinweisung war ein tätlicher, nicht zum ersten Mal vorgekommener Angriff auf die Mutter. Die schwierige Entwicklung setzte ca. 2 Jahre zuvor ein, indem die Patientin durch zunehmend massives grenzüberschreitendes Verhalten auffiel, von der Schule fernblieb, stahl, log, streunte und Umgang mit anderen dissozialen Jugendlichen pflegte. Ambulante Beratungen bzw. Unter-

bringungsversuche in einer sozialpädagogischen Einrichtung waren gescheitert.

Aus der Vorgeschichte sei lediglich erwähnt, dass die Jugendliche aus einer Scheidungsfamilie stammte, von verschiedenen Verwandten als Kind mitbetreut wurde, über viele Jahre mit ihrem Vater, der eine längere dissoziale Karriere gehabt habe, keinen Kontakt hatte, und dass der Beginn der Schwierigkeiten mit einer Veränderung in der Familienkonstellation zusammenfiel.

Auf der Station angekommen zeigte sich die Jugendliche massiv unkooperativ, aggressiv, abweisend. Eine Betreuerin sagte zu ihr: „Mensch, hast du eine Wut und traurige Augen dazu!“ Durch den Bezug auf ihre Gefühle und nicht nur auf ihr störendes Verhalten offenbar irritiert wurde die Jugendliche einige Minuten nach diesem Kontaktangebot weicher und zugänglicher. Sie wirkte mitunter bedürftig, einsam und letztlich unsicher. Dieser Eindruck hatte aber keinen längeren Bestand. Die Patientin flüchtete erneut in Pseudoautonomie: sie braucht niemanden, und vor allem nicht die Psychiatrie, in die sie gar nicht hingehöre, sie sei doch nicht psychisch gestört.

In diesem Bruchstück eines Fallbeispiels sind bereits die meisten Merkmale von und therapeutische Probleme mit Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens enthalten.

1.2 In welchem Feld bewegen wir uns bei der Versorgung von Störungen des Sozialverhaltens?

Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens fordern nach einer mehr oder weniger langen Vorgeschichte von Schwierigkeiten ihr Umfeld nachhaltig heraus. Unter diesem Druck erschallt schnell der Ruf nach „Therapie“ und nicht selten gleich nach einer Klinikeinweisung. Bereits bei der Indikationsstellung zur stationären Behandlung gibt es jedoch häufig Konflikte zwischen Einweisern und Kliniken. Die Kliniken sind zurecht bestrebt auszuschließen, dass sie infolge sozialer Notlagen (und Versäumnisse) als vermeintlich sichere Unterbringungsstätte oder im Sinne einer pädagogischen Konsequenz in Anspruch genommen werden, und fordern eine medizinische Indikation. Allerdings besteht bei den meisten dieser Patienten sowohl eine psychische Störung als auch Dissozialität, die Grenzen sind unscharf. Einige Daten zur Illustration: In einer Untersuchung an 790 in Kalifornien inhaftierten Jugendlichen wurde eine enorm hohe Rate an Achse-I-Störungen festgestellt (Steiner 2003). 90 % wiesen eine Störung des Sozialverhaltens auf, 80 % einen Substanzmissbrauch, 30-40 % Abhängigkeitsverhalten, 40-60 % internalisierende Störungen

(vgl. auch fast genauso hohe Zahlen bei Teplin et al. 2002). Die Komorbidität war so hoch, dass sich im Durchschnitt 4-5 Erkrankungen bei den Probanden feststellen ließen. Aus diesen Zahlen leitete Steiner die Forderung ab, sowohl die Therapiestrategien als auch die Konzepte für Schuld- und Strafwürdigkeit grundsätzlich zu überprüfen. Auf dem Stand aktueller jugendpsychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten ist allerdings unumstritten, dass klare Grenzsetzung, Durchsetzung des Rechts und Schutzes Dritter (bzw. der Jugendlichen selbst vor weiteren Gesetzesübertretungen) vorausgesetzt werden müssen, bevor psychiatrische Interventionen eine reelle Erfolgschance haben. Aus Steiners Aussagen lässt sich aber ableiten, dass eine jugendspezifische Betreuung unabdingbar ist, um die Entwicklungsblockaden und -defizite, die in den allermeisten Fällen angenommen werden müssen, und für die unter anderem das familiäre und soziale Umfeld mitverantwortlich ist, therapeutisch und pädagogisch nachhaltig anzugehen. Dixon et al. (2004) stellten ebenfalls sehr hohe Raten an verschiedenen psychopathologischen Störungen bei weiblichen Straftätern fest. Soderstrom et al. (2004) fanden bei 55 % von gewalttätigen Straffälligen ADHS, Lernstörungen/-behinderungen, Tics und Störungen aus dem Autismusspektrum in der Kindheit. Es fanden sich ferner komplexe Komorbiditätsmuster mit Persönlichkeitsstörungen (einschl. Psychopathie) (vgl. auch Vizard et al. 2004), affektiven Störungen und Suchtmittelmissbrauch. Impulsive externalisierende Störungen in der Kindheit erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Aggressivität und Delinquenz (Rey et al. 2005; vgl. auch Mannuzza et al. 2004) sowie einer antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter (Simonoff et al. 2004).

Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens stellen eine sehr heterogene Gruppe von Patienten dar. Die Häufigkeitsangaben über diese Störungen streuen je nach dem, ob einzelne Symptome oder diagnostische Untergruppen (z.B. trotzig-oppositionelle Verhaltensstörungen) mit erfasst werden, welches Alter und Geschlecht betrachtet und wer mit welchen Instrumenten befragt wird. Die Periodenprävalenz von Störungen des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen liegt dementsprechend zwischen 4 und 9 %, die kumulative Inzidenz ist jedoch höher: 22,4 % einer repräsentativen Stichprobe von 25-jährigen erfüllte bis zu diesem Alter mindestens einmal die ICD-Kriterien von F91, F92 oder F60.2 (Ihle et al. 2004). Innerhalb des stationären Patientenkollektivs von kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken betrug der Anteil an Störungen des Sozialverhaltens schon vor Jahren bis zu 35 % (Aba und Hendrichs 1989; Braun-Scharm et al. 1991; von Aster et al. 1998; Remschmidt u. Walter 1989).

Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens geraten immer wieder in seelische Notlagen, allein das Problem der Suizidalität steht den Depressionen nicht nach (Shaffer 1988). Sie weisen also in hohem Maß - wenn auch nicht grundsätzlich - psychiatrische Störungen auf (Angst-, Affekt-, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Entwicklungs- und Regulationsstörungen, selbstverletzendes Verhalten und Suchtmittelmissbrauch), gleich ob man sie quasi additiv als Komorbidität oder aber als Bestandteil des Syndroms bzw. einer bestimmten, mit antisozialem Verhalten einhergehenden Persönlichkeitsentwicklung betrachten möchte. Ebenso häufig ist eine Kumulation von Risikofaktoren, wobei sich insbesondere in Multi-problemmilieus negative Kreisläufe entwickeln, die zur Verstärkung und Aufrechterhaltung von antisozialem Verhalten führen (Lösel 2003). Bei der Differentialdiagnose und Prognose der Störungen des Sozialverhaltens sollte auf jeden Fall nicht vergessen werden, das Auftreten unter entwicklungspsychologischen Aspekten zu betrachten. Es gibt neben früh beginnenden, oft persistierenden und ungünstig verlaufenden Störungen des Sozialverhaltens solche, die auf die Phase der Adoleszenz beschränkt sind (Moffit 1993; Rutter et al. 1998). Die Unterscheidung von langfristiger und jugendtypischer Antisozialität ist allerdings stark vereinfachend, es gibt Mischformen und mehr oder weniger kontinuierliche Verläufe (Lösel 2003). Riskantes und Risiken suchendes Verhalten gehört zur normalen Adoleszenz, es kann wesentlich durch Peer-group-Einflüsse, krisenhaft stattfindende adoleszente Reifungsschritte, Anpassungsstörungen infolge traumatischer Belastungen, ungünstige soziale Verhältnisse o.ä. mitbedingt sein (AACAP 1997). Gewalttätigkeit und antisoziales Agieren in der Adoleszenz münden nicht notgedrungen in Krankheit und Chronizität. Es ist nicht immer einfach, diese Art von „Normalität“ von Krankheit zu unterscheiden, da die Grenzen fließend sind und Oberflächenphänomene allein keine Auskunft über die Art der Entwicklungskonflikte und die Qualität der Persönlichkeitsreifung geben.

Aus den vorgenannten exemplarisch aufgeführten Daten kann man erstens die wissenschaftlich herausfordernde Frage entnehmen, wie sich bei den Störungen des Sozialverhaltens die Beziehungen zwischen psychischer Krankheit und dem antisozialen und manchmal auch Gesetze überschreitenden Verhalten, das gesellschaftlicher Sanktionen bedarf, verstehen lassen. Zweitens ergibt sich die Frage der so genannten Komorbidität. Der Begriff „Komorbidität“ ist trotz seines verbreiteten, unkritisch in den kinder- und jugendpsychiatrischen Alltagsjargon übergegangenen Gebrauchs problematisch. Er klammert ätiologische und pathogenetische Fragestel-

lungen ebenso aus wie die Klärung der Beziehung zwischen den gleichzeitig auftretenden Symptomkomplexen und ihrer Entwicklungshierarchie (vgl. van Praag 1996). Die Komorbiditätsraten bei Störungen des Sozialverhaltens sind extrem hoch. Nach Ihle und Esser (2002) liegen bei 24,7 % der aggressiv-dissozialen Kinder/Jugendlichen Depressionen, bei 19,4 % Angststörungen und bei 46,9 % hyperkinetische Störungen vor. Offensichtlich gibt es im realen Leben kaum abgegrenzte Störungskategorien. Gerade Verhaltens-, emotionale und schulische Störungen überlappen sich in derartiger Häufigkeit, dass es nach manchen Autoren (Kaplan et al. 2001) wenig Sinn zu machen scheint, hier von der Existenz mehrerer voneinander unabhängiger Störungen auszugehen. Sie schlagen vor, nach anderen Erklärungskonzepten als dem der Komorbidität zu suchen (z.B. atypische Gehirnentwicklung). Dem kann man hinzufügen, dass auch psychosoziale und psychodynamische Konzepte denkbar wären, um die Gleichzeitigkeit und/oder Abfolge von verschiedenen Symptomen zu erklären.

Die Schwierigkeit, psychiatrische, soziale und juristische Ebenen zusammenzufassen, lässt sich zum Beispiel auch an dem in letzter Zeit immer wieder aufgegriffenen Psychopathiekonzept nach Hare (vgl. z.B. Salekin et al. 2004) illustrieren. Der Psychopathiebegriff nach Hare beschreibt eine Kombination aus affektiv-interpersonellen Persönlichkeitsdimensionen und antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen als einen Subtyp der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Man glaubt, die Psychopathie bereits ab dem 12. Lebensjahr erfassen zu können, allerdings gebe es bei der Psychopathy-Checklist Youth Version (PCL-YV) noch keinen Cut-Off-Wert, der die Diagnose sicher untermauert und auch kein Behandlungskonzept (Sevecke et al. 2005). Die unter dem Psychopathiebegriff nach Hare klassifizierten Störungen weisen eine breite Überlappung zwischen antisozialer, histrionischer, narzisstischer Persönlichkeitsstörung und krimineller Karriere auf (Sevecke et al. 2005). Hier wird das Komorbiditätskonzept quasi aufgegeben und eine Beziehung zwischen affektiv-interaktionellen Stilen bei Persönlichkeitsstörungen und gestörtem Sozialverhalten hergestellt, die zu einem Störungsbegriff zusammengefasst werden. Dies sollte meines Erachtens jedoch sicherlich nicht dahingehend irreführend interpretiert werden, dass die genannten Persönlichkeitsstörungen eine zwingende Nähe zur Dissozialität haben müssten. Es gab auch schon früher andere, nicht nur die phänomenologisch-deskriptive, sondern auch pathogenetische Ebene berücksichtigende Konzeptualisierungen, welche die Störungen des Sozialverhaltens nach Typen und Ausprägung von Persönlichkeiten unterscheiden. Die betroffenen Personen zeichnen sich allesamt durch eine schwere

narzissstische Pathologie aus, es wird dann jeweils von impulsiven, narzissstischen, Borderline- und depressiven Störungen des Sozialverhaltens gesprochen (Offer et al. 1989; Bleiberg 1995). Die antisoziale Tendenz und Aggression erscheinen hier als Schutz für das fragile Selbstgefühl dieser Menschen. Diese Konzepte fanden allerdings keinen Eingang in die diagnostischen Klassifikationssysteme. Möglicher Weise wäre hier noch Raum für Forschung mit dem Ziel, die Gruppe der Störungen des Sozialverhaltens nicht nur nach phänomenologischen und Verlaufsmerkmalen, sondern auch psychologischen und Persönlichkeitsmerkmalen zu differenzieren.

Die Ätiologie und Pathogenese der Störungen des Sozialverhaltens ist komplex (Burke et al. 2002). Um dies zu verdeutlichen lohnt es sich, die Bedeutung der immer wieder ins Feld geführten genetischen Faktoren (z.B. Dick et al. 2005) anzuschauen. Nach der Stockholmer Adoptionsstudie (Bohmann et al. 1982; Cloninger et al. 1982) war der genetische Faktor für nur 14 % der Varianz bei der Entstehung von Kriminalität verantwortlich. Eine große Bedeutung scheint hingegen der Gen-Umwelt-Interaktion zukommen. Caspi et al. (2002) fanden in einer vielbeachteten Untersuchung, dass ein funktioneller Polymorphismus des Gens für die Bildung der Monoaminoxidase A (MAO-A), eines die Neurotransmitter metabolisierenden Enzyms, die Folgen von psychosozialen Belastungen mit determiniert: bei Individuen mit einer niedrigen Aktivität in einem MAO-A-Allel führte Misshandlung in der Kindheit zu späterem antisozialen Verhalten, während es bei Individuen mit einer hohen Aktivität desselben Allels nur in geringem Maße der Fall war. Statistische Analyse von genetischen, allgemeinen und individuellen Umweltfaktoren ergab ein komplexes Zusammenspiel zwischen den Gen-Umwelt- und Umwelt(familiäre Dysfunktion)-Umwelt(andere Faktoren)-Interaktionen (Button et al. 2005).

2. Aufgaben, Konflikte und Widersprüche bei der Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens

Es gibt bei diesen Patienten keine ehernen Regeln, die für alle von ihnen gelten würden. Die Störung des Sozialverhaltens entspricht einer breiten Spanne von zahlreichen sozialen und Verhaltensproblemen und nicht einer definierten Erkrankung (Earls 1994; Kazdin 1997). Wie oben angeführt, behalten nicht alle dieser Kinder und Jugendlichen ihr gestörtes Sozialverhalten bis ins Erwachsenenalter bei. Psychosoziale Faktoren üben Einflüsse

se bis auf die Ebene der Genexpression, Neurotransmitterbildung, Aktivitätsmuster von neuronalen Netzwerken, Reagibilität auf Stimulation u.a. aus (Post 1992; Susman 1993; Panksepp 2001; Hüther 2004). Hinter dem Verhalten eines Kindes steht nicht zuletzt die emotionale Umgebung, in der es aufwuchs, und in der es seine emotionale Ausstattung entwickelte (Panksepp 2001). Die Theorien über die Ursachen von Störungen des Sozialverhaltens sind auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt: Neurobiologie, psychosoziale, psychodynamische, umweltbezogene und systemische Erklärungsansätze. Man geht von einer reziproken Wechselwirkung zwischen Disposition und Lebenserfahrung aus (z.B. Dodge u. Pettitt 2002; Bassarath 2001), wobei die Integration der Einflussfaktoren für jeden individuellen Fall notwendig ist. Eine eindimensionale Betrachtungsweise ist dem Problem nicht angemessen. Die Beeinflussbarkeit von vermeintlich biologisch festgelegten Zuständen durch psychosoziale Interventionen erhöht jedenfalls die Therapiechancen.

Die einseitige verhaltenstherapeutische Orientierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien (DGKJP 2003) berücksichtigt m. E. zu wenig, dass sich hinter Störungen des Sozialverhaltens verschiedene komplexe, allein mit der Verhaltenstherapie selten nachhaltig behandelbare Probleme verbergen. Allen Leitlinien wohnt eine Tendenz zur Vereinheitlichung und Komplexitätsreduktion inne. Leitlinienorientiertes therapeutisches Vorgehen sollte dennoch individuell zugeschnitten und umfassend konzipiert sein. Der mit den Leitlinien verknüpfte Begriff „störungsspezifische Therapie“ impliziert eine Exaktheit zwischen ICD-/DSM-Diagnosen und der zu wählenden Therapie, die für das therapeutische Vorgehen bei einem realen Patienten nicht immer hilfreich ist. Die Empfehlung einer „störungsspezifischen Therapie“ blendet wichtige Überlegungen aus:

1. Die meisten gegenwärtigen psychiatrischen Diagnosen beschreiben große Gruppen aus heterogenen Störungen. Die Klassifikation psychischer Störungen ändert sich laufend mit den Fortschritten der wissenschaftlichen Entwicklung und ist weit davon entfernt, einen apodiktischen Anspruch erheben zu dürfen.
2. Es kann bei dieser Denkweise die Vorstellung entstehen, einen Patienten gleichzeitig verschiedenen, nicht immer kompatiblen und von mehreren Therapeuten zu leistenden „spezifischen“ Behandlungen zu unterziehen. Sie ist in der Regel weder mit der klinischen Erfahrung noch mit dem Er-

leben des Patienten noch mit der Praktikabilität in der Versorgungswirklichkeit vereinbar. Hierzu ein Beispiel:

Ein 15 ¾ Jahre alter Jugendlicher stiehlt, lügt, schwänzt die Schule, widersetzt sich den Anforderungen des Alltags und von Autoritäten und ist regelmäßig raptusartig gewalttätig. Ausgeprägte Impulsivität ist bei ihm seit langem bekannt, nun verfällt er regelmäßig in depressive Zustände, in welchen ihm alles egal ist, er sich vernachlässigt, die Zeit tot schlägt, Alkohol und Cannabis konsumiert und sich selbst verletzt. Die häuslichen Beziehungen sind zerrüttet, der Patient pendelt zwischen den sich gegenseitig entwertenden, getrennt lebenden Eltern. Der Jugendliche flüchtet sich in eine Peer-Group aus ebenfalls schwierigen Jugendlichen. Diese Kontakte sind instabil und immer wieder von Gewalt, ausbeuterischen Zügen und Spaltungen gekennzeichnet. Die skizzierte Entwicklung dauert seit ca. 2 ½ Jahren an, nachdem Verhaltensprobleme sowie Schul- und Lernschwierigkeiten seit früher Kindheit bestanden. Seinerzeit wurde eine ADHS vermutet, vorübergehend mit mäßigem Erfolg mit Stimulantien behandelt, jedoch nicht konsequent kinderpsychiatrisch abgeklärt. In der aktuellen Eskalation verschiedener Symptome, die ICD-Diagnosen von verschiedenen Störungen gestatten, müssten nach dem Dogma der störungsspezifischen Therapie folgende Behandlungen initiiert werden: pharmakologisch gegen die Depression SSRI's; gegen die aggressiven Durchbrüche Risperidon oder Methylphenidat; angesichts der Depressivität wäre sicherlich eine begleitende Psychotherapie indiziert, empirisch als wirksam überprüft gelten (mit Abstrichen, da v.a. bei Erwachsenen untersucht) die kognitiv-behaviorale und interpersonelle Psychotherapie. Es liegt eine Selbstwertstörung vor und der Verdacht auf eine sich abzeichnende Borderline-Persönlichkeitsstörung ist berechtigt. Hier würde man störungsspezifisch-therapeutisch (ebenfalls mit den o.g. Abstrichen) an die dialektisch-behaviorale oder psychodynamische Therapie denken. Auf eine Familienintervention scheint man bei dem noch zuhause lebenden Jugendlichen auch kaum verzichten zu können. Vom Missbrauch von Suchtmitteln und sozialen Maßnahmen rede ich gar nicht, vielleicht wären die letztgenannten die mit Abstand vordringlichsten. Worauf ich (vielleicht etwas karikierend) hinaus will, ist die Tatsache, dass die gleichzeitige Applikation der aufgezählten, als störungsspezifisch geltenden und durch vorhandene empirische Daten gestützten Therapien - gleich ob im ambulanten oder stationären Setting - wenig Sinn machen würde und kaum umsetzbar wäre. Diese Aussage soll natürlich nicht als ein Plädoyer gegen die multimodale Therapie missverstanden werden, sondern in Erinnerung rufen, wie wichtig in einer Therapie die therapeutische Beziehung, das Arbeitsbündnis, die emotionale Involvierung, Verbindlichkeit sowie das plausible und identitätsstiftende Verständnis der eigenen Schwierigkeiten sind.

3. Gemäß den meisten Evaluationen von psychotherapeutischen Methoden war die Passung zwischen dem Patienten (der Familie) und dem Therapeuten der wichtigste Erfolgsprädiktor und nicht die Behandlungstechnik.

Es bleibt der Verdacht, dass mit der „störungsspezifischen (evidenzbasierten) Therapie“ auf dem heutigen Stand der Forschung pharmakologische bzw. weitgehend manualisierte Interventionen protegiert werden. Psychodynamische, entwicklungs- und persönlichkeitsorientierte Interventionen werden mitunter als „entbehrlich“ deklariert (DGKJP et al. 2003), es besteht allerdings immer noch ein relativer Mangel an empirischen Evaluationen von psychodynamischen Therapiemethoden (vgl. z.B. Windaus 2005). Die übermäßige Gewichtung von quasi unter Laborbedingungen durchgeführten Wirksamkeitsstudien bei den bisher geprüften therapeutischen Interventionen deckt sich nicht unbedingt mit ihrer Effektivität unter gewöhnlichen Versorgungsbedingungen (vgl. Windaus 2005). Die Mehrzahl der zu behandelnden Patienten ist vielfach beeinträchtigt und die Problematik ist komplex. Zum Beispiel stellten Gilmour et al. (2004) fest, dass zwei Drittel der Kinder mit Störungen des Sozialverhaltens unter Beeinträchtigungen der Sprache hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung und ihrer kommunikativen Funktion litten, die unabhängig vom IQ ähnlich jenen waren, wie sie beim Autismus vorkommen. Solche Symptome aus dem Autismusspektrum könnten darüber hinaus auch bei anderen psychiatrischen Störungen vorkommen. Auf jeden Fall kann von Mentalisierungs- und Kommunikationsproblemen bei vielen der sozial gestörten Kinder ausgegangen werden, was erhebliche Bedeutung für den Einsatz psycho- und soziotherapeutischer Methoden haben dürfte. Die Therapie sollte sich intensiv auf die Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten und der auf Einfühlung und Reziprozität gestützten Beziehungen konzentrieren, um günstigere Voraussetzungen für die angestrebte (Nach-)Sozialisation zu schaffen.

In den vorherrschenden therapeutischen Empfehlungen bei Störungen des Sozialverhaltens (DGKJP et al. 2003) wird der Bedeutung früher Bindungen und der daraus entstehenden inneren Repräsentanzen des Selbst und der Anderen, die Prototypen für spätere soziale Beziehungen darstellen, nicht genügend Rechnung getragen. Innere Bindungsmodelle besitzen eine hohe Stabilität bis ins Erwachsenenalter (Fonagy 1998 und dortige Literaturhinweise) und dürften erheblich dazu beitragen, dass es den betroffenen Menschen so schwer fällt, ein therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Ein solches Arbeitsbündnis, ausreichende Verläss-

lichkeit und Motivation stellen aber wichtige Voraussetzungen für so gut wie alle therapeutischen Interventionen dar. Es ist also schwerlich denkbar, therapeutische Programme zu implementieren, wenn nicht sehr viel in die Beziehungsarbeit investiert wird. Die Schwierigkeit dieser Klientel, eine tiefere Bindung einzugehen, Empathiemangel, Misstrauen, geringe Introspektions- und Einsichtsfähigkeit stellen die Behandelbarkeit durch Psychotherapie überhaupt infrage (Bird 2001). In der Katamnese der am Anna-Freud-Center durchgeführten ambulanten psychodynamischen Behandlungen bei erheblich verhaltengestörten Kindern (Fonagy u. Target 1994) konnte allerdings gezeigt werden, dass die Abbruchquote im Vergleich zu anderen Studien geringer ausfiel. Als Abbrüche verringernd wurde eine möglichst intensive hochfrequente Phase von 6-12 Monaten zu Beginn der Behandlung gefunden, anschließend, wenn die größte Abbruchgefahr vorüber war, konnte die Frequenz gesenkt werden.

Unabhängig davon, ob es sich um stationäres oder ambulantes Setting handelt, wurde bei Störungen des Sozialverhaltens der Mangel an verlässlichen empirischen Forschungsergebnissen und ihr unzureichender Transfer in die klinische Praxis bei Störungen des Sozialverhaltens immer wieder beklagt (Kazdin 1997; Schmidt 1998). Eine nach Cochrane-Kriterien durchgeführte Metaanalyse von familien- und elternorientierten Interventionen bei Störungen des Sozialverhaltens und Delinquenz bei 10- bis 17-jährigen ergab, dass nur 8 Studien die Cochrane-Kriterien auf randomisierte kontrollierte Studien erfüllten, davon bezogen sich 7 auf delinquente und nur 1 auf verhaltengestörte Kinder/Jugendliche (Woolfenden et al. 2001). Während Elterntrainings- und Problemlösetrainingsprogramme (Kazdin et al. 1992; vgl. auch Farmer et al. 2003) oder auch komplexe multidimensionale Familieninterventionen (z.B. Henggeler et al. 1998) Wirksamkeitsnachweise erbrachten, muss aufgrund der bisherigen Erkenntnisse davon ausgegangen werden, dass ein quasi flächendeckendes undifferenziertes Angebot an Förderprogrammen und Elterntrainings trotz mancher ermutigender Daten nicht sinnvoll zu sein scheint (Realmuto et al. 2004): die Inanspruchnahme von solchen Angeboten garantiere nicht, dass die sozialen Kompetenzen der Kinder durchgehend steigen. Hierfür spielt das globale Anpassungsniveau der Eltern eine wichtige Rolle.

Die Behandlungsergebnisse hängen von der Kooperation mit den Familien, adäquater Beschulung und den Umweltvariablen ab (Earls 1994; Fonagy u. Target 1994; Kazdin 1993, 1997; Rutter et al. 1998; DGKJP et al. 2003). Daher sollte insbesondere im stationären Setting bedacht werden, dass die

dort erzielten Behandlungsfortschritte von den Patienten nicht ohne weiteres auf ihre soziale Wirklichkeit draußen übertragen werden können. Wenn ihr familiäres Umfeld nicht in der Lage ist, die Therapie zu unterstützen, geraten Kinder und Jugendliche angesichts der unterschiedlichen Sichtweisen und Problemlösungsstrategien in Loyalitätskonflikte. Sie werden dann nicht ausreichend unterstützt, sich unter den Anforderungen des realen Alltags prosozial zu verhalten. Gebetsmühlenartig ressourcenorientiertes Vorgehen zu beschwören, während objektiv betrachtet Ressourcen nicht vorhanden sind, oder gar Familien Verantwortung zu übertragen, die sie nicht zu tragen vermögen, zeugt nicht von Respekt, sondern von Konfliktscheu. Die Notwendigkeit, destruktives Verhalten im Umfeld einzugrenzen und für die Behandlung des Kindes einen geeigneten Rahmen anzustreben, zwingt unter Umständen zu schwierigen Entscheidungen wie etwa Empfehlung von Fremdunterbringung, vormundschaftliche Maßnahmen, Umgangsbeschränkungen, Erziehungs- und ggf. strafrechtlichen Maßnahmen. Therapeutische Interventionen erfordern eine sorgfältige Prüfung der Belastbarkeit und Veränderungsfähigkeit aller Familienmitglieder im Voraus, wenn nicht Dekompensationen, Loyalitätskonflikte, Symptomwechsel und Zuweisungen von Sündenbockrollen riskiert werden sollen. Destruktives Verhalten in den betroffenen Familien wurde als Abwehr gegen diverse emotionale, zwischenmenschliche und soziale Schwierigkeiten eingesetzt, und die Infragestellung dieser Abwehr kann einzelne Mitglieder oder das ganze System destabilisieren. Ein erster wichtiger Fortschritt in der Behandlung dieser Menschen ist die Einsicht, dass das antisoziale Verhalten nicht zuletzt einen Versuch darstellt, mit vielerlei Beeinträchtigungen fertig zu werden (Meeks 1995).

Obwohl es relativ umstritten ist, dass Therapien, die in homogenen Gruppen aus lauter sozial gestörten Patienten durchgeführt werden, ungünstig verlaufen (Meeks 1995; Kazdin 1997 und dortige Literaturhinweise), sollte daraus nicht der Schluss gezogen werden, dass allgemeine kinder- und jugendpsychiatrische Stationen, die in der Mehrzahl psychisch kranke und nicht primär antisoziale Gleichaltrige behandeln, erfolgreicher sein müssten. Die Behandlungsergebnisse von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Interventionen bei verhaltengestörten Kindern und Jugendlichen sind recht unbefriedigend (von Aster et al. 1998; van Engeland u. Matthys 1998; Gabel u. Shindledecker 1991; Joshi u. Rosenberg 1997; Offord u. Bennett 1994; Pfeiffer u. Strzelecki 1990). Spezialisierte Programme sind eher in der Lage, sich auf antisoziale und/oder straffällige Patienten einzustellen und entsprechende, therapeutische Fortschritte be-

günstigende Voraussetzungen zu schaffen: Klarheit in Bezug auf den Behandlungsauftrag im Verhältnis zur Behandlungsmotivation, Standhaftigkeit des Rahmens unter anderem durch enge Zusammenarbeit mit der Justiz, Fokussierung auf die von den Patienten ausgehenden Gefahren und die Tatsache ihrer Täterschaft, Fokussierung auf emotionale Nachreifung mit dem Ziel, Gefühle bei sich und anderen überhaupt wahrzunehmen (Rotthaus und Gruber 2004; Hirschberg 1996). Das Dilemma, dass diese Patienten in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken nicht sinnvoll mit anderen psychisch Kranken behandelt werden können, andererseits aber nur sehr wenige spezialisierte psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten existieren und zudem mit den Gefahren behaftet sind, wenn man Sozialgestörte in größerer Anzahl konzentriert, ist schwer zu lösen. Patienten mit Störungen des Sozialverhaltens sind auf vielen Funktionsebenen beeinträchtigt (zwischenmenschliche Beziehungen, Selbstbild und -regulation, familiäre Interaktion, kognitive Denkstile und Defizite usw.). Daher scheinen diverse Therapiemethoden gerechtfertigt zu sein. Eine wesentliche Schwierigkeit in der Behandlung ist aber die destruktive Beziehungs dynamik, die sich in ihrem Umfeld entfaltet. Diese in hohem Prozentsatz aus konflikthaftem bis zerrüttetem Milieu stammenden Patienten setzen eine Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik in Gang, die hohe Anforderungen an das Behandlungsteam stellt, wenn sich der Teufelskreis aus Misshandlung, Manipulation und wechselnden Täter-Opfer-Rollen nicht wiederholen soll. Es handelt sich bevorzugt um traumatisierte, in ihrer emotionalen Entwicklung gestörte, mit niedrigem Selbstwertgefühl ausgestattete, zur Einfühlung in Gedanken und Gefühle Anderer nur bedingt fähige Patienten (Fonagy et al. 1993), deren antisoziales Verhalten dem Zweck dient, sich ein zumindest kurzzeitiges, wenn auch unechtes Gefühl der Unverletzlichkeit zu verschaffen (Meeks 1995). Entsprechend beanspruchten psychotherapeutische Prozesse mit dem Ziel, diesen Patienten einen Begriff vom Denken in psychologischen Kategorien und von zwischenmenschlicher Gegenseitigkeit zu vermitteln, lange Zeit. Stationäre Therapien können nur der Anfang solcher Prozesse sein. Wegen der dargestellten destruktiven Dynamik muss das mit der Therapie betraute Behandlungsteam die Fähigkeit besitzen, sich nicht in den Strudel von destruktivem Agieren und defensivem Reagieren hineinziehen zu lassen und um die Erhaltung eines inneren Raumes kämpfen, in dem Verstehen und Denken nicht außer Kraft gesetzt und Eskalationen destruktiver Interaktionsspiralen verhindert werden (Meng u. Bürgin 2000; Streeck-Fischer 2000; Branik 2002a). Die grenzüberschreitenden Tendenzen dieser Kinder und Jugendlichen können sehr viele Kapazitäten des Personals binden und dazu verleiten, ein stark

auf Disziplinierung ausgerichtetes Stationsregime zu etablieren. Die Mehrzahl von stationär-psychiatrisch zu behandelnden psychisch Kranken benötigt jedoch ein therapeutisches Milieu, das auf Akzeptanz, Toleranz und Einbeziehung der sich entfaltenden Beziehungsmuster in das Verständnis des Geschehens fußt. Diese Kinder und Jugendlichen werden durch aggressives manipulierendes Verhalten von Mitpatienten beunruhigt, verängstigt, in ihrer eventuell vorhanden Behandlungsambivalenz bestärkt und schlimmstenfalls missbraucht (vgl. Meeks 1995).

3. Resümee

Stationäre psychiatrische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen erfordern eine sorgfältige und kritische Indikationsstellung. Sie dienen meistens vertiefter Diagnostik, begrenzter Krisenintervention, Motivationsarbeit für weiterführende Innanspruchnahme von Therapieangeboten und Weichenstellung für die auf mehreren, nicht zuletzt sozialen und schulischen Ebenen zu etablierenden Interventionen (Branik 2002). Sie können hingegen die gewöhnlich auf Jahre anzusetzende Beziehungs- und Milieukontinuität, welche solche Patienten benötigen, um so etwas wie eine „korrigierende emotionale Erfahrung“ zu machen (vgl. Sholevar 1995), nicht bieten. Stattdessen besteht die Gefahr, dass das Eingehen intensiver Beziehungen auf kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen bei den Patienten die Illusion eines Ersatz-Zuhauses, wie auch Rettungs- bzw. Retterphantasien im Behandlungsteam weckt, und bei allen Beteiligten einen Realitätsverlust in Bezug auf erreichbare Ziele für die Zeit nach der Entlassung erzeugt (Branik 2002). Erneute Enttäuschungen, Abbrüche und Milieuwechsel wären die Folge und würden die Motivation, sich auf eine neue Therapie einzulassen, nachhaltig erschüttern. Geboten sind realistische und erreichbare Ziele, dies ist ein wichtiges Thema vor allem in der Elternarbeit. Die Behandlung sollte grundsätzlich eine ausgeprägte erzieherische Komponente aufweisen und neben den Eltern auch den gesamten sozialen Kontext, vor allem die Schule und die Peerbeziehungen einbeziehen. Die zum gestörten Sozialverhalten führenden Faktoren sollten auf vielen Fronten bekämpft werden (Burke et al. 2002). Die Abnahme von antisozialem Verhalten, so wünschenswert sie auch ist, sagt noch nichts über anhaltende emotionale, zwischenmenschliche und schulische Beeinträchtigungen aus. Die Prophylaxe von Rückfällen in Dissozialität dürfte in nicht unerheblichen Maße von der Nachhaltigkeit abhängen, mit der es gelungen ist, die

emotionalen, zwischenmenschlichen und kognitiven Reifungsdefizite und Störungen zu lindern.

Wenn eine stationäre Intervention erwogen wird, sollte sehr gründlich abgewogen werden, ob primär eine stationär-psychiatrische oder eine stationär-pädagogische Maßnahme angebracht ist. Kinder- und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens geraten allerdings häufig in psychische Ausnahmesituationen, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken aufgefangen werden (müssen). In der überwiegenden Mehrzahl wird es sich dabei, wie oben dargestellt, um Krisenintervention und Diagnostik handeln. Da psychische Entwicklungsdefizite, Störungen und Kontextbedingungen mit dem störenden Verhalten so innig wie oben dargestellt verwoben sind, und die Heterogenität dieser Patientengruppe sichere Voraussagen über den voraussichtlichen Behandlungsverlauf selten gestattet, wird es dennoch immer wieder auch zu Versuchen kommen, mittels stationärer Therapien eine Wende in die ansonsten stark gefährdete Entwicklung zu bringen. Dies ist legitim, sofern einige Bedingungen eingehalten werden:

1. Sorgfältige, individuell zu stellende Therapieindikation.
2. Konsequentes Festhalten an den Grenzen der jeweiligen Rahmenbedingungen, deren Sprengung mit einer Erfolg versprechenden Therapie nicht vereinbar ist.
3. Realistische Behandlungsziele.
4. Unvermeidliche Misserfolge sollten nicht zu Schuldzuweisungen, Konflikten und heftigen Enttäuschungsreaktionen im betreuenden Umfeld führen.
5. Die Entlassungsvorbereitungen beginnen sinnvoller Weise bereits bei der Anmeldung von Patienten, um sicher zu stellen, dass wenn der Patient entlassen wird, es einen Ort gibt, der über Rahmenbedingungen verfügt, die der drohenden Fehlentwicklung genügend entgegen setzen können.
6. Das Umfeld und die Nachsorge werden intensiv fokussiert, um Therapieaussichten nicht durch Kontextfaktoren zunichte machen zu lassen.

Grundsätzlich haben pädagogische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens ein großes Gewicht und stellen gewöhnlich die Voraussetzung dafür dar, dass spezifische therapeutische Maßnahmen installiert werden können. Die Therapie der Wahl ist also die Errichtung von Grenzen. Grenzen tragen nicht nur zum Zuwachs an Sicherheit und Orientierung bei, sondern ermöglichen Beziehungen zu abgegrenzten, fusionierende Selbstobjektbeziehungen vermeidend Objekten. Nach Errichtung von Grenzen ist die Bereitstellung eines kontinuierlichen, belastbaren, soziale Perspektiven bietenden Umfeldes, in dem sowohl eine Nachsozialisation, als auch die schulische/berufliche Entwicklung verfolgt

werden, erforderlich. Dementsprechend sollten die Verzahnung, Durchlässigkeit und Kooperation zwischen Medizin, Jugendhilfe und Schule verbessert werden. Und vor allem: Prävention und frühe Intervention sind immer noch die beste Therapie. Die Ansprüche an Erfolg versprechende Präventionsprogramme sind allerdings hoch (vgl. Miller et al. 2002).

Es ist unumstritten, dass wir es bei verhaltengestörten Kindern und Jugendlichen mit komplexen Interaktionen zwischen genetischen Komponenten, belasteten Familienverhältnissen, frühen Bindungsmustern, Entwicklungsbelastungen, Traumatisierungen, neuropsychologischen Störungen, Lernstörungen und sich immer wiederholenden zwischenmenschlichen Beziehungsstörungen zu tun haben. Angesichts der Heterogenität der Patienten und Komplexität ihrer Beeinträchtigungen können die kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien (DGKJP et al. 2003) therapiebezogen nur eine vereinfachende Orientierung bieten. Dort werden weitgehend kognitiv orientierte Therapiemethoden empfohlen und man fragt sich, wo die Affekte bleiben, die beim Umgang mit dieser Art von Patienten fast unausweichlich entstehen und deren Intensität, Qualität und Persistenz die Arbeit mit ihnen so schwer machen. Wie soll die in der Vielzahl der Fälle tiefgreifende, zahlreiche soziale und Leistungsbereiche erfassende, transgenerational weitergegebene Störung verändert werden, wenn nicht durch intensive langfristige Beziehungsarbeit (sei es in pädagogischem, sei es in therapeutischem Rahmen oder in beiden parallel)? Wie sehr es bei der Entstehung und dementsprechend auch der Behandlung der Störungen des Sozialverhaltens auf die Beziehungsqualität ankommt, sei noch durch einige von Fonagy (1998 und dortige Literaturhinweise) aufgeführte Daten illustriert: Entscheidend für die Entwicklung von Verhaltensproblemen sei nicht das Leben in einer bestimmten Familie an sich, sondern das Verhältnis eines bestimmten Elternteils zu einem bestimmten Kind. Daher seien Erblichkeitsstudien, die solche individuellen Unterschiede nicht berücksichtigen, von eingeschränktem Aussagewert. Kriminalität entstehe aus Traumen und Misshandlungen, die seelisch nicht verarbeitet werden konnten, aus unreflektierten Haltungen gegenüber dem Opfer und schwachen Bindungen an Menschen und soziale Institutionen. Die vielfältigen Wechselwirkungen zwischen einem Individuum und seiner Umwelt (zum biopsychosozialen Modell der Entstehung von Verhaltensstörungen bei Jugendlichen vgl. auch Dodge u. Pettit 2003) sollten uns mahnen, nicht in Schablonen zu denken. Es lohnt sich, sich in Erinnerung zu rufen, dass für die hohen Stabilitätskoeffizienten bei der Dissozialität vor allem eine Subgruppe von langfristig auffälligen Kindern und Jugendlichen verantwortlich zu sein

scheint (Moffit 1993), während bei ca. der Hälfte der Fälle ernsthafte Verhaltensstörungen zurückgehen (Robins 1966; Loeber et al 2000). Diesen Anteil mittels geeigneter Interventionen zu vergrößern muss das Ziel aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen sein. Fatalismus gegenüber diesen Störungen wäre fehl am Platz, auch wenn ausreichende wissenschaftliche Grundlagen über wirksame Therapien noch fehlen. Insgesamt betrachtet ist also im Hinblick darauf, was von Kinder- und Jugendpsychiatern bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens machbar ist, Realismus angebracht. Eine der Anforderungen, die verhaltengestörte Kinder und Jugendliche an uns stellen, lässt sich in folgendem, dem Vorwort eines Buchs über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen entnommenen Satz erahnen: „Diese Kinder verlangen nach unserer Fähigkeit, für sie zu fühlen und zu denken, bis sie in der Lage sein werden, es selbst für sich zu tun“ (Bleiberg 2001).

Literatur

- Aba O, Hendrichs A (1989): Die stationäre Klientel einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38: 358-363
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 36 (10 Suppl): 122S-139S
- Aster von M, Meier M, Steinhausen HC (1998): Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 47: 668-682
- Bassarath L (2001): Conduct disorder: a biopsychosocial review. Can J Psychiatry 46: 609-616
- Bird HR (2001): Psychoanalytic perspectives on the theories regarding the development of antisocial behavior. J Am Acad Psychoanal 29: 57-71
- Bleiberg, E. (1995): Individual Psychotherapy. In Sholevar, G.P. (ed.): Conduct disorders in Children and Adolescents. Washington, DC, London: American Psychiatric Press, S. 147-171
- Bleiberg E (2001): Treating personality disorders in children and adolescents. A relational approach. New York: The Guilford Press
- Bohman M; Cloninger CR; Sigvardsson S; von Knorring AL (1982): Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. I. Genetic and environmental heterogeneity. Arch Gen Psychiatry 39: 1233-1241
- Branik E (2002): Störungen des Sozialverhaltens - therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr 51: 533-545

- Branik E (2002a): Stationäre Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: "Die Kunst des Unmöglichen?". *Psychotherapeut* 47: 98-105
- Braun-Scharm H, Räder K, Martinius J (1991): Die stationäre Versorgung jugendpsychiatrischer Patienten. Eine Stichtaguntersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 19: 70-77
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B (2002): Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41: 1275-1293
- Button TMM, Scourfield J, Martin N, Purcell S, McGuffin P (2005): Family dysfunction interacts with genes in the causation of antisocial symptoms. *Behav Genetics* 35: 115-120
- Caspi A; McClay J; Moffitt TE; Mill J; Martin J; Craig IW; Taylor A; Poulton R (2002): Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 297: 851-854
- Cloninger CR; Sigvardsson S; Bohman M; von Knorring AL (1982): Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1242-1247
- Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 2. überarb. Aufl.
- Dick DM; Viken RJ; Kaprio J; Pulkkinen L; Rose RJ (2005): Understanding the covariation among childhood externalising symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 33: 219-229
- Dixon A; Howie P; Starling J (2004): Psychopathology in female juvenile offenders. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 1150-1158
- Dodge KA; Pettit GS (2003): A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Dev Psychol* 39: 349-371
- Earls F (1994): Oppositional-Defiant and Conduct Disorders. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (ed.): *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*. Oxford: Blackwell, S. 308-329
- Engeland van H; Matthys W (1998): Ergebnisse von Jugendhilfe-Massnahmen bei dissozialen Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 63-69
- Farmer EM; Compton SN; Bums BJ; Robertson E (2003): Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalising disorders. *J Consult Clin Psychol* 70: 1267-1302
- Fonagy P (1998): Frühe Bindung und die Bereitschaft zu Gewaltverbrechen. In: Streeck-Fischer A (Hg.): *Trauma und Adoleszenz*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 91-127
- Fonagy P; Moran GS; Target M (1993): Aggression and the Psychological Self. *International Journal of Psycho-Analysis* 74: 471-484
- Fonagy P; Target M (1994): The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 45-55
- Frick PJ (2001): Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *Can J Psychiatry* 46: 597-608

- Gabel S.; Shindldecker R (1991): Aggressive Behavior in Youth: Characteristics, Outcome and Psychiatric Diagnosis. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30: 982-988
- Gilmour J; Hill B; Place M; Skuse DH (2004): Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey. *J Child Psychol Psychiatry* 45: 967-978
- Henggeler SW; Schoenwald SK; Borduin CM; Rowland MD; Cunningham PB (1998): Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. New York – London: Guilford
- Hirschberg W (1996): Stationäre Sozialtherapie bei Jugendlichen mit Störungen des Sozi-alverhaltens. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 45: 374-382
- Ihle W; Esser G (2002): Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychol Rundschau* 53: 159-169
- Ihle W; Esser G; Laucht M; Schmidt MH (2004): Depressive Störungen und aggressive-dissoziale Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 47: 728-735
- Joshi PK; Rosenberg LA (1997): Children's Behavioral Response To Residential Treatment. *Journal of Clinical Psychology* 53: 567-573
- Kaplan BJ; Dewey DM; Crawford SG; Wilson BN (2001): The term comorbidity is of questionable value in reference to developmental disorders: data und theory. *J Learn Disabil* 34: 555-565
- Kazdin A.E (1997): Practicioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38: 161-178
- Kazdin AE; Siegel TC.; Bass D (1992): Cognitive Problem-solving Skills Training and Parent Management Training in the Treatment of Antisocial Behavior in Children. *Journal of Consult Clinical Psychology* 60: 733-747.
- Loeber R; Burke JD; Lahey BB; Winters A; Zera M (2000): Oppositional defiant and Conduct disorder: A Review of the Past 10 Years, Part I. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 39: 1468-1484
- Lösel F (2003): Delinquenzentwicklung in der Kindheit und Jugend. In: Lempp R; Schütze G; Köhnken G (Hg.): *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters*. Darmstadt: Steinkopff, 241-255
- Mannuzza S; Klein RG; Abikoff H; Moulton JL 3rd (2004): Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *J Abnorm Child Pschol* 32: 565-573
- Meeks JE (1995): Hospitalisation and Inpatient Treatment. In Sholevar, G.P. (ed.): *Conduct disorders in Children and Adolescents*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press, 299-317
- Meng H; Bürgin D (2000): Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugend-psychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 489-496
- Miller Y; Kuschel A; Hahlweg K (2002): Frühprävention von externalisierenden Störungen - Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen. *Prax Kindrpsychol Kinderpsychiat* 51: 441-453

- Moffitt TE (1993): Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev* 4: 674-701
- Offer D; Marohn RC; Ostrov E (1979): The Psychological World of the Juvenile Delinquent. New York: Basic Books
- Offord DR; Bennett KJ (1994): Conduct Disorder: Long-Term Outcomes und Intervention Effectivness. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 33: 1069-1078
- Panksepp J (2001): The longterm psychobiological consequences of infant emotions: prescriptions for the twenty-first century. *Infant Ment Health J* 22: 132-173
- Pfeiffer SI; Strzelecki SC (1990): Inpatient Psychiatric Treatment of Children and Adolescents: A Review of Outcome Studies. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 29: 847-853
- Post RM (1992): Transduction of Psychosocial Stress into the Neurobiology of recurrent Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry* 149: 999-1007
- Realmuto GM; August GJ; Egan EA (2004): Testing the goodness-of-fit of a multifaceted preventive intervention for children at risk for conduct disorder. *Can J Psychiatry* 49: 743-752
- Remschmidt, H.; Walter, R. (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Stuttgart: Enke
- Rey JM; Sawyer MG; Prior MR (2005): Similarities and differences between aggressive and delinquent children and adolescents in a national sample. *Aust N Z J Psychiatry* 39: 366-372
- Rotthaus W; Gruber T (2004): Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. *Psychotherapie im Dialog* 5: 120-127
- Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998): Antisocial Behavior by Young People. Cambridge: University Press
- Salekin RT; Leistico AMR; Neumann CS; Craig S; DiCicco TM; Duros RL (2004): Psychopathy and comorbidity in a young offender sample: taking a closer look at psychopathy's potential importance over disruptive behavior diseases. *J Abnorm Psychol* 113: 416-427
- Schmidt, M.H. (1998): Dissozialität und Aggressivität: Wissen, Handeln und Nichtwissen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 26: 53-62
- Sevecke K; Krischer MK; Schönberg T; Lehmkuhl G (2005): Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 54: 173-190
- Shaffer D (1988): The Epidemiology of Teen suicide: An Examination of Risk Factors. *Journal of Clinical Psychiatry* 49 (9 Suppl): 36-41
- Sholevar GP (1995): Residential Treatment. In: Sholevar GP (ed.): *Conduct disorders in Children and Adolescents*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press. S. 319-335
- Simonoff E; Elander J; Holmshaw J; Pickles A; Murray R; Rutter M (2004): Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry* 184: 118-127

Soderstrom H; Sjodin AK; Carlstedt A; Forsman A (2004): Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: a central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Res* 121: 271-280

Steiner H (2003): Verwahrloste Jugend. Psychopathologie und Delinquenz. Vortrag beim gemeinsamen wiss. Kongress der DGKJP, des BVKJP sowie der ÖGKJP und SGKJP, Wien, 2.-5.4. 2003

Streeck-Fischer A (2000): Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst- und fremddestructives Verhalten in der stationärer Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49: 497-510

Susman EJ (1993): Psychobiological, Contextual and Psychological Interactions: A Developmental Perspective on Conduct Disorder. *Development and Psychopathology* 5: 181-189

Teplin LA; Abram KM; McClelland GM; Dulcan MK; Mericle A (2002): Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry* 59: 1133-1143

van Praag HM (1996): Comorbidity (psycho)analysed. *Br J Psychiatry Suppl.* 30: 129-134

Vizard E; French L; Hickey N; Bladon E (2004): Severe personality disorder emerging in childhood: a proposal for a new developmental disorder. *Crim Behav Ment Health* 14: 17-28

Windaus E (2005): Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 54: 530-558

Woolfenden SR; Williams K; Peat J (2001): Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD003015

Anschrift des Autors

Dr. med. Emil Branik
Chefarzt der Abteilung für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52
D-21075 Hamburg
Tel.: 040 - 1818 86 2781
Fax: 040 - 1818 86 2781
E-Mail: emil.branik@ak-harburg.lbk-hh.de

Angewandte Kriminologie in der Interventionsplanung bei Straffälligen

Michael Bock

1 Die Arbeitsfelder im Überblick

Interventionsplanung bei Delinquenz ist in zahlreichen Arbeitsfeldern gefordert. Sie beginnt in der Jugendhilfe bei noch strafunmündigen Kindern, die zwar nicht schuldfähig sind, aber rechtswidrige Taten begehen und endet in der unbedingten Freiheitsstrafe sowie den Maßregeln der Besserung und Sicherung. Dazwischen liegt das weite Feld der Verhängung und Vollstreckung von ambulanten jugendstrafrechtlichen und strafrechtlichen Sanktionen. Neben den Institutionen der Strafrechtspflege sind in diesen Bereichen die sozialen Dienste der Justiz und freie Träger tätig. Aus verschiedenen, insbesondere auch verfassungsrechtlichen Gründen hat der Gesetzgeber den Strafzwecken der positiven (Erziehung, Resozialisierung) und negativen (Sicherung, Schutz der Allgemeinheit) Spezialprävention einen besonderen Rang neben den anderen Strafzwecken (Schuldausgleich, Generalprävention) eingeräumt. Im Jugendstrafrecht, im Vollzug der Jugend- und der Freiheitsstrafe sowie im Vollzug der Maßregeln der Besserung und Sicherung steht er ganz im Vordergrund.

Diese straftheoretische Position hat der Gesetzgeber in einer besonderen Weise ausgestaltet. Er hat regelmäßig keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen einer Straftat und einer (auch) spezialpräventiv wirkenden Maßnahme normiert, d. h. keine konkreten „wenn-dann“-Regeln gesetzt, sondern die Auswahl und Bemessung der Sanktionen (auch) vom Vorliegen täterbezogener Voraussetzungen abhängig gemacht, die für jeden Einzelfall geprüft werden müssen, wenn man zu einer Entscheidung kommen möchte. Entsprechendes gilt auch für die Gewährung von Hilfen nach dem KJHG oder Eingriffe nach dem BGB, wo etwa die Gefährdung des Kindeswohls zu prüfen ist (Brünger, 2005). Regelmäßig sind dabei Diagnosen und Prognosen erforderlich, teils über die Gefährlichkeit des Betreffenden (im Hinblick auf die negative Spezialprävention), teils aber auch über den

Interventionsbedarf (im Hinblick auf Hilfe, Erziehung und Resozialisierung). In einem einzigen Verfahren ist meist eine Fülle solcher Entscheidungen gewissermaßen „hintereinander geschaltet“ und sie werden mit größerem oder geringerem diagnostischem und prognostischem Aufwand ausgeführt.

So mag ein Jugendlicher nach einer Vorgeschichte mit Jugendhilfemaßnahmen und Aufenthalten in der KJP und mit einigen Vorstrafen, die ambulant geahndet wurden, erneut vor dem Jugendrichter stehen, der sich jetzt die Frage zu stellen hat, ob „schädliche Neigungen“ (§ 17 Abs. 2 JGG) vorliegen, die eine längere Gesamterziehung im Jugendstrafvollzug erforderlich machen. Wird dies nach Erkenntnissen der Jugendgerichtshilfe und/oder des Gerichts bejaht, so schließen sich sofort die weiteren Fragen an, wie eine dann unumgängliche Jugendstrafe für die „erforderliche erzieherische Einwirkung“ bemessen werden soll (§ 18 Abs. 2 JGG), sowie, wenn das Ergebnis unter 2 Jahren bleibt, die Frage, ob nicht trotz der festgestellten „schädlichen Neigungen“ von der Vollstreckung abgesehen und die Strafe zur Bewährung ausgesetzt (§ 21 JGG) und wie diese konkret ausgestaltet werden kann (§§ 22 bis 25 JGG). Kommt man hier zu einem negativen Ergebnis, so ist alsbald im Jugendstrafvollzug eine Behandlungsuntersuchung durchzuführen und ein Förderplan zu erstellen, in dem die vorgesehenen Maßnahmen aufgeführt sind, wobei dann innerhalb einer Maßnahme noch ein individueller Behandlungsplan nötig sein kann. Es folgen sodann Entscheidungen über Vollzugslockerungen und vorzeitige Entlassung, wobei die nachfolgenden Einrichtungen, insbesondere die Bewährungshilfe oder z. B. eine stationäre Einrichtung zur Suchtbehandlung, teils verpflichtet, teils gut beraten sind, erneut einen Plan, jetzt also einen Bewährungs- bzw. Behandlungsplan aufzustellen. Und im Falle des nicht seltenen Rückfalls beginnt die Interventionsplanung erneut mit der Arbeit der Jugendgerichtshilfe bzw. der Gerichtshilfe, wenn der Betreffende nicht mehr in den persönlichen Anwendungsbereich des Jugendgerichtsgesetzes fällt.

In nicht seltenen Fällen enthalten die Akten auch Berichte über stationäre Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den entsprechenden psychologischen und psychiatrischen Expertisen und im Verfahren kommen gegebenenfalls Gutachten zum Entwicklungsstand oder zur Schuldfähigkeit (§§ 3 und 105 JGG) zum Einsatz – jeweils mit der Funktion wichtiger Weichenstellungen.

Im Erwachsenenstrafrecht sind die Vorschriften nicht ganz so stark spezialpräventiv ausdifferenziert, aber auch hier müssen bei jeder Verurteilung im Rahmen der Strafzumessung Diagnosen und Prognosen gestellt werden,

an die sich, je nach Ergebnis, weitere Entscheidungen über die Ausgestaltung der Vollstreckung (Auflagen und Weisungen) und des Vollzugs (Vollzugsplan, Lockerungen, Strafrestaussetzung) anschließen, eventuell auch im Maßregelvollzug.

Schon diese – unvollständigen – Ausführungen zeigen, wie stark der Umgang mit Straffälligen von Diagnosen und Prognosen bestimmt wird. Diese werden von ganz unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihren je unterschiedlichen Methoden erarbeitet. Sozialarbeiter, Pädagogen und Sozialpädagogen arbeiten anders als Psychologen, wieder anders arbeiten die Psychiater und aus einer ganz anderen Welt kommen die Juristen, die teils selbst solche Prognosen stellen, teils die der anderen Berufsgruppen zur Grundlage ihrer Entscheidung machen. Grob gesprochen kann man sagen, dass Psychiater (nur sie sind Ärzte mit der nach wie vor höchsten Autorität als Sachverständige im Strafverfahren²) und Richter dominieren, je schwerer die Straftaten und je eingriffsintensiver die Maßnahmen werden.

2 Was muss eine moderne Diagnostik in diesen Arbeitsfeldern leisten?

2.1 Spezifisch kriminologisches Wissen ist erforderlich

Jeder, der sich einmal der Mühe unterzogen hat, an irgendeiner Stelle in einem Strafverfahren eine Diagnose oder Prognose zu stellen und der den Druck der Verantwortung gespürt hat, der sich daraus für das Leben eines Menschen ergeben kann, wird hoffentlich eine gewisse Vorsicht entwickeln. So oder so handelt es sich um eine hochkomplexe Aufgabe und man sollte sich der Grenzen bewusst sein, die hier teils aus grundsätzlichen erkenntnistheoretischen Gründen (dazu Urbaniok, 2003), teils aber auch aus pragmatischen Gründen (Zeit, Geld, Datenzugang) bestehen. Keinesfalls besteht also Anlass, die wissenschaftlichen Bemühungen oder die berufliche Erfahrung einer der beteiligten Wissenschaftsdisziplinen bzw. ihrer Vertreter gering zu achten. So haben z. B. die Sozialarbeiter, Pädagogen und Sozialpädagogen, ähnlich wie übrigens das Pflegepersonal im Maßregelvollzug und der allgemeine Vollzugsdienst in den Justizvollzugsanstalten, deshalb gegenüber allen „Gutachtern“ einen Vorteil, weil sie den Probanden nicht nur in der immer künstlichen Situation der Exploration sondern kontinuierlich und in Alltagssituationen sehen: in der regelmäßigen ambulanten Betreuung, auf der Station oder in der Wohngruppe. Und über

² Vgl. etwa BTDrucks. 8/3218, S. 9, wonach als Prognosegutachter in erster Linie ein Arzt in Betracht kommt; siehe auch BGH, JR 1994, 30, 31; Arbab-Zadeh, 1970.

den Wert der wissenschaftlichen Verfahren der forensischen Psychologie und Psychiatrie sowie die klinische Erfahrung braucht hier nichts gesagt werden. Ehrliches Streben also, so weit man schaut.

Erstaunlich ist nur, wie wenig Aufmerksamkeit in wissenschaftlicher Diskussion und forensischer Praxis den aktuellen Entwicklungen in der Kriminologie gilt, soweit es um die Persönlichkeitsbeurteilung von Straftätern und deren künftige Legalbewährung geht. Zwar fehlt es nicht an Hinweisen darauf, dass auch individualprognostische Stellungnahmen von Psychiatern auf allgemeine kriminologische Erfahrungswerte Bezug nehmen sollten (Kröber, 1995; Rasch, 1992), gleichzeitig wird die Kriminologie in der Praxis aber nur theoretisch zu den Fachwissenschaften gezählt, die für eine kriminalprognostische Begutachtung in Frage kommen. Die Kriminologie hat zwar selbst alles getan, um diesen Zustand herbeizuführen³. Gleichwohl wirft er Fragen auf.

Nicht selten wird in Berichten der Jugendgerichtshilfe oder in psychologischen oder psychiatrischen Gutachten mit Annahmen und Kriterien gearbeitet, die aus den einschlägigen Wissenschaften kommen, aber es ist nicht klar und es wurde auch nicht geprüft, ob diese Kriterien auch kriminologisch trennkräftig sind. In einer Art wissenschaftlichem Durchgriff wird implizit unterstellt, die sozialen Auffälligkeiten oder psychischen Störungsbilder, die man in seiner wissenschaftlichen Ausbildung kennen gelernt hat, seien auch die Ursachen der Kriminalität und ihre Behandlung daher auch der richtige Weg zur Legalbewährung⁴. Diese Vorstellung wird schon durch die einfache Kontrollüberlegung in Frage gestellt, dass es viele Menschen mit den identischen sozialen Auffälligkeiten oder psychischen Störungsbildern gibt, die nicht straffällig werden, sondern sich im Gegen teil höchst erfolgreich in der Wirtschaft, der Politik oder der Kunst tummeln, vielfach aber auch einfach unglücklich und zurückgezogen leben, aber eben keine Straftaten begehen. Natürlich gibt es hier weite Über-

³ Vor Jahren hatte hier ein Übergang vom „ätiologischen Paradigma“ zum so genannten „Kontrollparadigma“ stattgefunden, der eine Vernachlässigung und sogar Diskreditierung der klinischen Täterkriminologie zur Folge hatte (vgl. etwa Blau, 1994). Für deren heutige Geringschätzung werden auch die innere Zerstrittenheit und ein Scheitern an der wissenschaftlichen Bewältigung des Verbrechens verantwortlich gemacht (Bock, 1984).

⁴ Ein Beispiel hierfür stellt die Erwartung dar, Straffällige müssten ein niedriges Niveau des moralischen Urteils im Sinne der Kohlberg'schen Theorie der Moralentwicklung haben. Haben sie auch, aber die Korrelationen sind schwach, was auch gleich einleuchtet, wenn man überlegt, dass die naive Orientierung an Gehorsam und Strafe (präkonventionelle Ebene) möglicherweise kriminalpräventiv wirkt, während die Reflexion auf die Legitimität der Gesetze (auf der postkonventionellen Ebene) mitunter zu einem laxen Umgang mit diesen führen mag.

schniedungsbereiche, etwa im ganzen Umkreis der dissozialen Persönlichkeitsstörung, und es gibt auch Fälle, in denen in der Tat z. B. eine Sucht oder eine Schizophrenie die Kriminalität unmittelbar erklärt, aber meistens gibt es neben oder inzwischen überlagert durch ein psychisches Störungsbild andere Verhaltensmuster und Persönlichkeitszüge, die spezifisch für Straffälligkeit sind.

Aus diesem Grund kommt dem kriminologischen Erfahrungswissen besondere Bedeutung für die Diagnose und Prognose von Straffälligkeit zu, was natürlich nicht heißt, man könne auf das Wissen der so genannten kriminologischen Bezugswissenschaften verzichten, denn auch eine kriminologisch angeleitete Interventionsplanung bleibt selbstverständlich Stückwerk, wenn sie etwa eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder eine sexuelle Paraphilie übersieht.

Der Gesetzgeber jedenfalls hat weder die psychische Gesundheit noch ein erfülltes Leben sondern immer die Legalbewährung im Auge⁵ und er sieht daher auch nur bei §§ 20, 21, 63 und 64 StGB eine originäre psychowissenschaftliche Zuständigkeit vor. Im Jugendstrafrecht und bei den Prognosen nach den §§ 46, 56 und 57 StGB ist dies hingegen nicht der Fall und auch nicht bei der Sicherungsverwahrung, denn der „Hang“ ist eine kriminologische und keine psychowissenschaftliche Kategorie⁶.

2.2 Vollständigkeit, Systematik und Einzelfallbezug

Kriminaldiagnostische und –prognostische Expertisen werden regelmäßig in einem rechtlichen Kontext erstellt. Im Strafverfahren etwa haben die Verfahrensbeteiligten unterschiedliche Interessen und das Gericht muss entscheiden. Der Gesetzgeber räumt dem Gericht, auch anderen juristischen Entscheidungsträgern ein gewisses Ermessen ein, verlangt aber, dass der zugrunde liegende Sachverhalt vollständig ermittelt wird und nachvollziehbare Schlüsse daraus gezogen werden.⁷ Die ihm als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gestellte Expertise muss also den begründeten Schluss zulassen, dass nichts Wesentliches übersehen oder vergessen wur-

⁵ Vgl. dazu etwa Simons, 2002; Kröber, 1999.

⁶ Erst kürzlich hat der BGH in einer aktuellen Entscheidung zur nachträglichen Sicherungsverwahrung (1 StR 37/05 = BGH, StraFo 2005, 300) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Begutachtung des Hangs nicht Fachärzten mit psychiatrischer Ausbildung und Erfahrung vorbehalten ist.

⁷ So etwa regelmäßig bei der Revision von Entscheidungen zu § 56 StGB

de und dass die Schlussfolgerungen nachvollziehbar aus den erhobenen Fakten und den analytischen Kriterien hervorgehen.⁸

Unabdingbar ist hierbei der Einzelfallbezug. Strafrechtliche Sanktionen und alle ihre Verhängung und Vollstreckung betreffenden Entscheidungen ergehen immer höchstpersönlich⁹, so dass beispielsweise die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe (Vorliegen von Merkmalen, die statistisch mit Kriminalität korrelieren) gerade nicht ausreicht.

2.3 Transparenz des diagnostischen Ableitungszusammenhangs

Außer den juristischen Entscheidungsträgern sollten jedoch auch alle anderen mit dem „Fall“ befassten Personen den diagnostischen Ableitungszusammenhang verstehen können. Teils wird dies vom Gesetzgeber ausdrücklich gefordert (etwa: § 6 Abs. 3 StVollzG; § 8 KJHG), teils ist es für den Erfolg von Hilfen und Maßnahmen entscheidend, wenn der Proband und seine Angehörigen verstehen können, warum eine bestimmte Hilfe oder Maßnahme für erforderlich gehalten wird. In allen stationären Einrichtungen kommt hinzu, dass die alltägliche Kommunikation des Probanden in ganz anderer Weise zu einer unterstützenden und begleitenden „Infrastruktur“ des Behandlungsprozesses werden kann, wenn das Personal über die diesem Behandlungsprozess zugrunde liegenden Erkenntnisse im Bilde ist. Nur so kann auch das aus der Verhaltensbeobachtung im Alltag gewonnene diagnostische Wissen zur Fortschreibung, ggf. durchaus aber auch zur Korrektur der Interventionsplanung genutzt werden.

2.4 Anschlussmöglichkeiten für Behandlungscontrolling

In neuerer Zeit werden zusätzliche Anforderungen an die Interventionsplanung bei Straffälligen gestellt. Die involvierten Institutionen werden zunehmend mit betriebswirtschaftlichen Forderungen des Nachweises von Qualität und Effizienz ihrer Arbeit konfrontiert. Wie anders als durch eine saubere und nachvollziehbare Diagnose und Prognose soll ex ante begründet und ex post geprüft werden, wieso für diese oder jene Maßnahme ein Bedarf bestand? Dies gilt aber nicht nur für die einzelne Maßnahme, sondern etwa auch für das Behandlungsangebot einer Anstalt und die dafür zur

⁸ Vgl. z. B. Nowara, 1995; Kröber, 1999; Thalmann, 2002. Wie wichtig ein Hinweis auf solche Mindestanforderungen ist, unterstreicht die verbreitete Klage über inhaltlich ungenügende Gutachten (siehe dazu z. B. Schall/Schreibauer, 1997; Endres, 2000).

⁹ Siehe z. B. Volckart (1997), der vom Konzept der individuellen Gefährlichkeit eines Menschen spricht.

Verfügung stehende personelle und sachliche Ausstattung insgesamt. Es ist dies ein weites Feld, das hier nur gestreift werden soll. Jedenfalls sollte eine moderne Diagnostik und Prognostik auch für diese Art von pragmatischen, also nicht direkt die sachliche Richtigkeit und Transparenz der Prognose sichernden Anforderungen anschlussfähig sein, für die hier das Stichwort „Behandlungscontrolling“ genügen soll.

3 Grundzüge der Methode der idealtypisch-vergleichenden Einzelfallanalyse (MIVEA)

Im Folgenden soll nun die MIVEA als eine Methode der Angewandten Kriminologie auf dieses Anforderungsprofil bezogen werden. Es kann dabei nur um einen ersten Eindruck gehen, ausführliche Darstellungen mit allen nötigen Texten und manualartigen Kommentierungen finden sich bei Göppinger 1985 und 1997 sowie bei Bock 2000.

3.1 Herkunft aus einer spezifisch kriminologischen Vergleichsuntersuchung

Die MIVEA ist aus der Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung (Göppinger, 1983) hervorgegangen, einer Untersuchung, bei der 200 zu mindestens 6 Monaten zu verbüßender Freiheitsstrafe verurteilte Straffällige (H-Probanden) mit 200 Vergleichsprobanden (V-Probanden) aus der Durchschnittspopulation verglichen wurden. Einige Besonderheiten dieser Untersuchung sind hier besonders erwähnenswert. Zum einen wurde das Erhebungsmaterial nicht nur, wie üblich, quantitativ ausgewertet, sondern es erfolgte auch eine qualitative Auswertung (Göppinger, 1983, Teil III) mit dem Ziel, idealtypische Begriffe zu bilden. Dies soll an dem Bereich der Herkunfts familie verdeutlicht werden.

Bei der quantitativen Auswertung ergaben sich die in Übersicht 1 dargestellten Häufigkeitsverhältnisse. Ähnliche Tabellen sind auch für die anderen Bereiche des Sozialverhaltens, den Aufenthalts-, Leistungs-, Freizeit-, Kontakt-, und Delinquenzbereich erstellt worden. Obgleich diese Häufigkeitsverhältnisse für sich durchaus einen hohen deskriptiven Wert haben, konnte man bei ihnen nicht stehen bleiben, denn das Ziel der Angewandten Kriminologie war eine Methode zur Erfassung des *Einzelfalls* und für dieses Ziel war der lediglich statistische Aggregatzustand, in den hier das Material der Tübinger Untersuchung gebracht worden war, noch untauglich.

Übersicht 1: Familiäre Belastungen der H- und V-Probanden		H-Pbn	V-Pbn
Quelle: Göppinger 1983, eigene Zusammenstellung			
Schicht	mittlere und obere Mittelschicht untere Mittelschicht obere Unterschicht untere Unterschicht	4,6 14,8 35,7 44,9	15,0 38,0 29,5 17,5
soziale Probleme	über 6 Jahre Aufenthalt in unzureichenden Wohnverhältnissen mindestens 1 Jahr von Unterstützungen gelebt, ausgenommen krankheitsbedingt schlechtes Ansehen in der Gemeinde (Vater und/oder Mutter) körperliche Gebrechen einer Erziehungsperson soziale bzw. strafrechtliche Auffälligkeit einer Erziehungsperson soziale bzw. strafrechtliche Auffälligkeit von Geschwistern	29,1 9,2 31,1 18,9 49,0 40,4	3,5 2,5 4,0 8,0 12,5 7,9
Familienstruktur	Verwaisung (Vater-, Mutter- oder Vollwaise) Proband ist durchgehend in broken home aufgewachsen Proband ist nichtehelich geboren	20,5 15,8 18,4	17,0 15,5 3,5
Erziehung	Berufstätigkeit der Mutter (7. - 14. Lebensjahr) davon: Kind war durchgehend beaufsichtigt Proband entzieht sich der elterlichen Kontrolle keine Kontrolle Übereinstimmung der elterlichen Erziehung häufige brutale Züchtigung im Affekt	59,7 29,9 37,1 25,8 14,3 36,2	57,5 63,5 5,3 4,1 73,6 9,5

Dasselbe gilt für alle älteren und neueren Versuche, Erfahrungswissen, das diesen Aggregatzustand hat und als solches auch seinen je eigenen Erkenntniswert besitzt, für Diagnose und Prognose des Einzelfalls fruchtbar machen zu wollen. Getragen werden solche Versuche von der scheinbaren Plausibilität der Annahme, dem Einzelfall wohne eine „Tendenz“ inne, sich mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit so zu verhalten, wie es die Häufigkeitsverhältnisse der Gruppe nahe legen. Dies ist jedoch durch nichts gerechtfertigt. Nicht nur wegen des strafrechtlichen Individualisierungsgrundsatzes sondern auch wegen der Logik der Statistik sind daher Individualprognosen aufgrund statistischer Tafeln o. ä. nicht zu rechtfertigen. Umgekehrt hat es daher seinen guten Sinn, dass bei neueren und teil-

weise sehr populären Verfahren wie etwa dem HCR 20 die Autoren sehr deutlich machen, dass die Items, deren Relevanz statistisch ermittelt wurde, keineswegs eine Prognose auswerfen, sondern nur eine vorläufige Orientierung für die eigentliche Arbeit bieten, bezüglich derer dann freilich auf die klinische Erfahrung und eine Gesamtschau verwiesen wird. Es ist also ein Missverständnis, wenn man glaubt, man habe mit diesen Verfahren eine größere, weil mathematisch-statistisch gestützte Prognosesicherheit als bei den anderen Methoden der so genannten klinischen Prognose (siehe dazu Dahle, 2000; Dittmann, 2000; Rasch, 1999; Nedopil, 1996).

***Verhalten des Probanden im Zusammenhang
mit der (elterlichen) Erziehung im Kindes- und Jugendalter***

K-idealtypisch (“K” steht für “Kriminalität”)	D-idealtypisch (“D” steht für “Durchschnitt”)
Entzieht sich aktiv der elterlichen Kontrolle <i>oder</i> nutzt das Fehlen einer Kontrolle in jeder Hinsicht aus	Akzeptiert die elterliche Kontrolle <i>oder</i> sucht bei Fehlen eines geordneten Familienbereichs Anschluss an eine (geordnete) Familie (z.B. die eines Freunden)
Täuscht und übervorteilt die Erziehungspersonen bzw. verstärkt eine inkonsequente Erziehung durch geschicktes Taktieren und durch gegenseitiges Ausspielen der Erziehungspersonen (diese werden mit dem Probanden “nicht fertig”)	Ist gegenüber Erziehungspersonen grundsätzlich offen und nutzt auch eine inkonsequente Erziehung nicht aus
Lehnt die Übernahme bestimmter (altersgemäßer) Aufgaben und Pflichten konsequent ab und entzieht sich der damit verbundenen Verantwortung	Übernimmt (freiwillig) altersgemäße Aufgaben und Pflichten oder sucht sich einen entsprechenden Aufgabenbereich, für den er sich verantwortlich fühlt

Übersicht 2: Synopse idealtypischer Verhaltensweisen: Das Verhalten des Probanden im Zusammenhang mit der (elterlichen) Erziehung

Die zusätzliche qualitative Analyse kann am Besten am entsprechenden Teilergebnis (Übersicht 2) verdeutlicht werden. Aufschlussreich ist schon die Überschrift. Es geht nicht mehr um die Verhältnisse der Herkunftsfa-

milie, sondern um das *Verhalten des Probanden* im Zusammenhang mit der Erziehung. Sodann fällt auf, dass insgesamt relativ wenige Themen übrig geblieben sind: Verhalten des Probanden bezüglich Kontrolle und inkonsistenter Erziehung sowie häusliche Pflichten. Dies war das Resultat eines Ausleseprozesses, bei dem immer wieder versucht wurde, das Verhalten der H-Probanden einerseits und der V-Probanden andererseits so zu spezifizieren (idealtypisch zu verdichten), dass es in der jeweils anderen Gruppe praktisch nicht mehr vorkam. Und dies war eben erst der Fall, wenn man nicht einfach die fehlende Kontrolle als Kriterium nahm, sondern die *Reaktion des Probanden* auf dieses Fehlen. Auch das Vorliegen inkonsistenter Erziehung war noch zu unscharf, denn auch viele V-Probanden wurden inkonsistent erzogen, so dass auch hier erst *das – verstärkende, strategische – Verhalten des Probanden* den Ausschlag gab.

Auf diese Weise entstanden zu allen vorhin genannten Bereichen Synopsen idealtypischer Verhaltensweisen, wobei die linke Seite, das K-idealtypische Verhalten (K steht für Kriminalität) und die rechte Seite, das D-idealtypische Verhalten (D steht für Durchschnitt) die äußersten Grenzen eines Möglichkeitsraums darstellen, der in der Realität nur in mehr oder weniger starken Annäherungen vorkommt. Jeder Mensch bewegt sich mit seinem Verhalten irgendwo in diesem Möglichkeitsraum und sein Verhalten lässt sich, je nachdem, ob es in die eine oder andere Richtung tendiert, in seiner kriminologischen Bedeutung erfassen: tendiert es zum K-idealtypischen Pol ist es kriminell gefährdend, tendiert es zum D-idealtypischen Pol, ist es kriminoresistent.

Es bedarf der ausdrücklichen Erwähnung, dass die inhaltlichen Bestimmungen der Synopsen idealtypischer Verhaltensweisen sich in keiner der Bezugswissenschaften der Kriminologie wieder finden. Es gibt teilweise Anklänge und Ähnlichkeiten¹⁰, aber die ganz spezielle Note, die diese Bestimmungen aufweisen, ist etwas der Angewandten Kriminologie Eigenes. Bezeichnenderweise war auch der Leiter der Untersuchung, mein kriminologischer Lehrer Hans Göppinger, als forensischer Psychiater in die Untersuchung hinein und als Kriminologe aus ihr heraus gegangen. Ich erinnere mehrfache Bekundungen des Inhalts, er sei mit seinen psychiatrischen Begriffen nicht in der Lage gewesen, den spezifischen Lebenszuschnitt der H-Probanden im Vergleich zu der Durchschnittspopulation abzubilden. Man mag dies mit dem Gütekriterium der Validität in Verbindung bringen.

¹⁰ Siehe z. B. den Abschnitt zu abnormalen psychosozialen Umständen im Multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (Remschmidt/Schmidt, 1995).

3.2 Die Arbeitsweise der MIVEA: Vollständigkeit, Systematik und Einzelfallbezug

3.2.1 Vorbemerkung zur Arbeit mit idealtypischen Begriffen

Nach den Ausführungen zur Genese der Synopse idealtypischer Verhaltensweisen ist klar, dass MIVEA das kriminologische Erfahrungswissen auf eine besondere Weise nutzt. Die Arbeit mit idealtypischen Begriffen ist etwas anderes als die Berechnung einer „Gefahr“ aus dem Vorliegen von Merkmalen, die mit Kriminalität (oder Rückfall) korrelieren, aber auch etwas anderes als die Subsumtion unter eine Nummer der ICD. Der Diagnostiker und Prognostiker benutzt die äußersten Grenzen des durch die idealtypischen Verhaltensbeschreibungen aufgespannten Möglichkeitsraumes, um das individuelle Verhalten des Probanden in Annäherung und Differenz zu den idealtypischen Extremen beschreiben, auch in seinen möglichen Veränderungen oder erratischen Oszillationen. Unterstützt wird dieses unmittelbar individualisierende Vorgehen durch den Umstand, dass die Synopse idealtypischer Verhaltensweisen den Bearbeiter immer dazu zwingt, das Verhalten des Probanden in *seinem* Lebenskontext (seinem Kulturreis, seiner Familienform, seiner sozio-ökonomischen Lage) in den Blick zunehmen.

Gezwungen, sich an methodische Vorgaben zu halten, wird der Diagnostiker und Prognostiker ohnehin auf Schritt und Tritt. Zwar hat es in den letzten Jahren insofern generell eine deutliche Verbesserung in der Qualität der Kriminalprognosen gegeben, als man sich darum bemüht hat, Kataloge von Erhebungsbereichen, Fragestellungen und Kriterien zu formulieren (Müller-Isberner et al., 1998, Urbaniok, 2004, Freese, 2000, Wulf, 2005) und so gewisse Standards in der Vollständigkeit der zu berücksichtigenden Fakten zu erreichen. Bei MIVEA wird der Bearbeiter jedoch noch wesentlich enger durch den gesamten Erkenntnisweg „geführt“. Man mag dies mit dem Gütekriterium der Reliabilität in Verbindung bringen (vgl. die in Anhang 1 dargestellte Arbeitsgliederung).

3.2.2 Erhebungen

Es beginnt schon bei der Aktenauswertung und den eigenen Erhebungen aus der Exploration und eventuellen Drittbefragungen. Da die Synopse idealtypischer Verhaltensweisen ein sehr spezielles Instrumentarium ist, braucht man, um später mit ihr arbeiten zu können, auch ganz spezielle Informationen über den Probanden und seine Lebensverhältnisse. Durch das, was sich in der qualitativen Auswertung als „trennkräftig“ erwiesen hat,

sind die Themen einerseits dem Bearbeiter aufgegeben, andererseits aber auch begrenzt. Wir haben deshalb einen Kartensatz entwickelt, der bei der Aktenanalyse und in der Situation der Exploration helfen soll, den Überblick zu behalten und dafür Sorge zu tragen, dass auch wirklich das Wesentliche erhoben wird.



Die auf den Karten notierten Themen sollen natürlich nicht der Reihe nach „abgefragt“ werden. Das Gespräch soll einen „lebensweltlichen“ Charakter haben und der Proband soll bestimmen können, wie er Themen, Zeiten, Orte, Personen, Begebenheiten usw. anspricht. Gleichwohl können geeignete

Nachfragen oder dann auch in einer zweiten und dritten Sitzung gezielte Rückfragen den speziellen Informationsbedarf für MIVEA decken. Anschließend muss der Bearbeiter die Informationen zeitlich und nach Lebensbereichen ordnen. Er muss sie „zurichten“ für die Analyse mit der Synopse idealtypischer Verhaltensweisen. Dafür werden die Informationen

MIVEA										
Daten Bearbeiten Extras Hilfe										
Navigatior	Auswertung des Leistungsauftrags									
<ul style="list-style-type: none"> • Zuordnung • Auswertung <ul style="list-style-type: none"> • Lebenslägschrift • Querschnittsintervall • Querschnittsleiterin • Relevanzfrage • Wertorientierung • Diagnose <ul style="list-style-type: none"> • Lebenslägschrift • Lebensquerschrift • Relevanzfrage und Wertorientierung • Besondere Aspekte • Folgerungen <ul style="list-style-type: none"> • Typische Prognose • Individuelle Besprognose • Interventionsprognose 										
	Kinder- und Erziehung Aufenthaltsdienst Leistungsbereich Prosektbereich Kontaktbereich Deliktbereich									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">K-idealtypisch</th> <th style="width: 33%;">Prestellungen aus Alters/Eigene Erfahrungen</th> <th style="width: 33%;">d-idealtypisch</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Entzieht sich aktiv der elterlichen Kontrolle oder nutzt das Fehlen einer Kontrolle in jeder Hinsicht aus</td> <td></td> <td>Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Akzeptiert die elterliche Kontrolle oder sucht bei Freien eines geordneten Familienbereichs Anschluss an eine (geordnete) Familie (z. B. die eines Freundes oder anderer Verwandter)</td> </tr> <tr> <td>Verhältnis zu den Erziehungspersonen Täuscht und übervorteilt die Erziehungspersonen bzw. verstärkt eine inkonsistente Erziehung durch geschicktes</td> <td></td> <td>Verhältnis zu den Erziehungspersonen Ist gegenüber Erziehungspersonen grundsätzlich offen und nutzt auch eine inkonsistente</td> </tr> </tbody> </table>	K-idealtypisch	Prestellungen aus Alters/Eigene Erfahrungen	d-idealtypisch	Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Entzieht sich aktiv der elterlichen Kontrolle oder nutzt das Fehlen einer Kontrolle in jeder Hinsicht aus		Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Akzeptiert die elterliche Kontrolle oder sucht bei Freien eines geordneten Familienbereichs Anschluss an eine (geordnete) Familie (z. B. die eines Freundes oder anderer Verwandter)	Verhältnis zu den Erziehungspersonen Täuscht und übervorteilt die Erziehungspersonen bzw. verstärkt eine inkonsistente Erziehung durch geschicktes		Verhältnis zu den Erziehungspersonen Ist gegenüber Erziehungspersonen grundsätzlich offen und nutzt auch eine inkonsistente
K-idealtypisch	Prestellungen aus Alters/Eigene Erfahrungen	d-idealtypisch								
Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Entzieht sich aktiv der elterlichen Kontrolle oder nutzt das Fehlen einer Kontrolle in jeder Hinsicht aus		Verhältnis zur elterlichen Kontrolle Akzeptiert die elterliche Kontrolle oder sucht bei Freien eines geordneten Familienbereichs Anschluss an eine (geordnete) Familie (z. B. die eines Freundes oder anderer Verwandter)								
Verhältnis zu den Erziehungspersonen Täuscht und übervorteilt die Erziehungspersonen bzw. verstärkt eine inkonsistente Erziehung durch geschicktes		Verhältnis zu den Erziehungspersonen Ist gegenüber Erziehungspersonen grundsätzlich offen und nutzt auch eine inkonsistente								
	Editor - Kinder und Erziehung Über den Sozialbereich Kindheit und Erziehung ist von Herrn X ebenso wie über das meiste andere wenig zu erfahren. Die Hauptschwierigkeit der Exploration bestand darin, dass Herr X von sich aus kaum etwas erzählte und entsprechende Nachfragen in der Regel damit beschied, vor allem wegen des Drogenkonsums keine Erinnerung mehr an Einzelheiten zu haben. Was man von ihm und den Alten über Kindheit und Erziehung erfährt, weist auf beide Pole des idealtypischen Möglichkeitsraums: Vor allem das Leben in A ist mit der Einbindung von Herrn X in den dortigen Familienverbund eher d-idealtypisch. Vorgaben der Eltern - wie etwa der Hausarrest bei Verspätungen - seien befolgt worden, von Inkonsistenzen in der Erziehung wird nicht berichtet, auch wenn Herr X den Vater im Vergleich zur Mutter als strenger beschreibt. Pflichten im Haushalt wäre der Proband - ebenso wie nach dem Umzug nach Deutschland - nachgekommen, wobei er mehrfach betont, dass dies ja selbstverständlich sei.									

aus ihrem lebensweltlichen Zusammenhang genommen und neu gruppiert. Erst jetzt wird in aller Deutlichkeit sichtbar, ob die relevanten Informationen erhoben worden sind, ob und wo es Lücken gibt und ob diese zu schließen sind oder nicht. Damit ist die Informationsgrundlage für die weiteren Schritte der Analyse, Diagnose und Prognose geschaffen. Eine große Hilfe hierfür (und für alle weiteren Schritte) bietet eine eigens entwickelte Software, durch welche die Verwaltung der Informationen erleichtert und der Bearbeiter in der Systematik kunstgerecht voranschreitet. Das Programm übernimmt aber an keiner Stelle inhaltliche Aufgaben – dies sei nur zur Vermeidung nahe liegender Missverständnisse gesagt.

3.2.3 Analyse der Erhebungen

Bei der anschließenden Analyse der Informationen beginnt man mit dem Lebenslängsschnitt. Bereich für Bereich werden die geordneten Erhebungen im Möglichkeitsraum der Synopse idealtypischer Verhaltensweisen beschreibend verortet – für jeden Bereich gesondert und ohne Seitenblicke auf die anderen Bereiche, auch möglichst ohne eine „Vorahnung“, wie das Ergebnis wohl aussehen wird. Es schließt sich eine Analyse des Lebensquerschnitts sowie der Relevanzbezüge und der Wertorientierung an, die hier aus Platzgründen übersprungen wird. Es soll jedoch unmissverständlich festgestellt werden, dass es diese beiden weiteren Dimensionen der Analyse gibt und dass sie für die Ergebnisse von größter Bedeutung sind. So bewahrt etwa die Querschnittsanalyse, um nur dies zu erwähnen, vor einem automatischen Verlängern der Prognose aus dem Lebenslängsschnitt und den frühen biographischen Auffälligkeiten. In der Querschnittsanalyse wird der Bearbeiter gezwungen, systematisch die Frage zu stellen, ob weiterhin gilt, was bisher galt oder gerade nicht. Und die Analyse der Relevanzbezüge ist vor allem deshalb von entscheidender Bedeutung, weil sich aus ihr oft Restriktionen für die Interventionsplanung ergeben, die unbedingt zu beachten sind, wenn man nicht in Überforderungen und daraus resultierende Enttäuschungen laufen will. Relevanzbezüge und Wertorientierung erhalten ohnehin eine gesteigerte prognostische Bedeutung bei Probanden, deren Kriminalität nicht mit K-idealtypischen Verhaltenstendenzen einhergeht (so genannte „Kriminalität aus sozialer Unauffälligkeit“, s. gleich u.). Jedenfalls ist es eine verkürzte Darstellung, wenn man MIVEA auf die Analyse des K- und D-idealtypischen Verhaltens reduziert.

3.2.4 Diagnose

Gerade wenn er sich von der Methode hat führen (oder zwingen) lassen, steht der Bearbeiter am Ende des Schrittes „Analyse der Erhebungen“ vor einer großen Herausforderung. Er hat jeweils für sich das Verhalten des Probanden in den einzelnen Lebensbereichen analysiert, was ihm im Ergebnis 6 voneinander unabhängige Häppchen von Analyse eingebracht hat. Dazu kommen insgesamt 23 Häppchen Analyse zu den Querschnittskriterien und 2 kleine analytische Texte zu Relevanzbezügen und Wertorientierung. Das Problem ist nun, wie diese Fülle fragmentierter und parzellierter Erkenntnis zu einem ganzheitlichen Bild und zu einer Interventionsplanung eines Menschen zusammengeführt werden kann¹¹.

Wieder verfügt die MIVEA über begriffliche Werkzeuge, mittels derer man sich in dieser schwierigen Lage behaupten kann. Es sind dies ebenfalls Idealtypen, aber gewissermaßen Idealtypen zweiter Ordnung. Sie betreffen nicht mehr das Verhalten in den einzelnen Bereichen des Sozialverhaltens, sondern die Stellung der Delinquenz im Gesamt der Lebensentwicklung eines Menschen (vgl. hierzu Anhang 2). Allerdings geht die Logik der idealtypischen Begriffsbildung auch hier wieder in die Extreme. Am einen Ende steht der Idealtypus einer Lebensentwicklung, die von frühester Kindheit an zielstrebig in eine kriminelle Karriere einmündet, bei der die Kriminalität sich folgerichtig aus dem allgemeinen Sozialverhalten ergibt, und bei der, sofern sich nichts Wesentliches ändert, auch mit weiteren Straftaten zu rechnen ist. Es ist dies die idealtypische Verlaufsform einer „Kontinuierlichen Hinentwicklung zur Kriminalität“ und der eine Grenzfall der Erwartbarkeit von Straffälligkeit. Auf der anderen Seite steht mit dem „Kriminellen Übersprung“ eine Verlaufsform, bei der nichts im Sozialverhalten und in der Persönlichkeit darauf hindeutete, dass die (gleichwohl überraschenderweise eingetretene) Kriminalität sich überhaupt ereignen konnte und bei der daher nichts dafür spricht, dass weitere Straftaten folgen werden.

¹¹ Es ist dies im Übrigen ein Problem, vor dem alle (nicht statistischen) Prognoseverfahren stehen. Regelmäßig gilt es z. B. testpsychologische Einzelbefunde zu integrieren und zu gewichten, ebenso wie einzelne Facetten des Verhaltens des Probanden zu bewerten. Regelmäßig wird der Diagnostiker in den methodischen Vorgaben aufgefordert, aufgrund seiner klinischen Erfahrung eine „Gesamtschau“ vorzunehmen. Dies mag im Einzelfall sehr gut gelingen, stellt vielleicht auch die „Kunst“ der Kriminalprognose dar, aber die gedanklichen Operationen, aus denen diese „Gesamtschau“ resultiert, aus der sich dann ja auch das Ergebnis der Prognose ergibt, bleiben im Dunklen. Jedenfalls werden sie in den klinischen Gutachten nicht erwähnt.

Zwischen diesen Extremfällen der Erwartbarkeit von Straffälligkeit stehen noch drei eher pragmatisch abgegrenzte Verlaufsformen. So zum einen eine „Kontinuierliche Hinentwicklung zur Kriminalität mit spätem Beginn“, bei der sich nach einer eher unauffälligen Kindheit und Jugend in allen Lebensbereichen massive K-idealtypische Verhaltenstendenzen durchsetzen und der weitere Verlauf sich der „Kontinuierlichen Hinentwicklung mit frühem Beginn“ annähert – mit dem Unterschied freilich, dass bezüglich der Resozialisierung eher auf Ressourcen (Empfangsraum, Schulabschluss, Lehre) zurückgegriffen werden kann. Zum anderen eine „Kriminalität im Rahmen der Persönlichkeitsreifung“, bei der es nur sektorale, nämlich im Freizeitbereich und im Kontaktbereich (Cliques, Protest, Drogen) zu K-idealtypischem Verhalten (nicht in extremen Ausprägungen) und zu Straftaten kommt, die aber spontan oder unter dem Eindruck von Sanktionen wieder aufhören. Nicht selten findet man Lebensentwicklungen, die diesem Idealtyp nahe kommen, auch noch im vierten oder gar fünften Lebensjahrzehnt. Schließlich gibt es eine „Kriminalität bei sozialer Unauffälligkeit“, bei der, anders als beim „kriminellen Übersprung“, ein zweckrationales, instrumentelles Verhältnis von Delinquenz und sozialer Unauffälligkeit besteht. Die Fassade des tendenziell D-idealtypischen Sozialverhaltens ist das Operationsfeld für Kriminalität (Wirtschaftskriminalität, Pädophilie) und die weitere Entwicklung hängt im Wesentlichen von der Wertorientierung und den Relevanzbezügen ab, kann also nicht – auch nicht für den Idealtypus – generell prognostiziert werden.

Die Aufgabe besteht nun darin, ausgehend von der Analyse des Lebenslängsschnitts im Ausschlussverfahren zu den verbleibenden Verlaufsformen zu kommen, im Vergleich zu denen sich das Leben des Probanden am ehesten beschreiben und einordnen lässt. Vor diesem Hintergrund sind anschließend die analytischen Erkenntnisse des Lebensquerschnitts sowie der Relevanzbezüge und der Wertorientierung zu diskutieren, und zwar jeweils unter der Fragestellung von Konvergenzen und Divergenzen, denn nichts wäre fataler als ein stromlinienförmiges Anstreben eines „glatten“ Ergebnisses. Keinesfalls endet der Schritt „Diagnose“ also in der Subsumtion der Lebensentwicklung unter eine der Idealtypen der Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt – im Sinne einer verdinglichten „Eigenschaft“ - sondern die individuellen Verhältnisse werden in Annäherung und Differenzen zu den Verlaufsformen beschrieben.

Die Diagnose wäre freilich unvollständig ohne eine gesonderte Diskussion der so genannten „Besonderen Aspekte“. Der Bearbeiter hat in diesem Schritt – die Bezeichnung ist nicht sonderlich erhelltend – die bisherigen analytischen und diagnostischen Schritte noch unter dem Gesichtspunkt

der Interventionsplanung zu würdigen. D-idealtypische tragende Bindungen können sich plötzlich als Bumerang erweisen, wenn sie sich auf sozial und strafrechtlich auffällige Menschen beziehen, während die Loslösung aus einem kriminellen Milieu möglicherweise leichter fällt, wenn jemand ohnehin – an sich tendenziell K-idealtypisch – nur lose und utilitaristisch motivierte Kontakte hat. Es können „Handicaps“ der unterschiedlichsten Art vorliegen (körperliche Entstellungen, Tätowierungen, Minderbegabung, Sucht, Persönlichkeitsstörungen), die sich erschwerend oder völlig restringierend auf die Durchführung von Maßnahmen auswirken, die an sich sinnvoll erscheinen. Es kann aber auch umgekehrt sein, dass bestimmte Stärken des Probanden (Durchhaltevermögen, Bescheidenheit) oder seines Empfangsraumes (tragende Bindungen, finanzielle, gesundheitliche und räumliche Ressourcen) Grund zur Erwartung geben, dass Schwierigkeiten bewältigt werden können. Bei der MIVEA muss man also nicht zwischen einer „defizit-orientierten“ und einer „ressourcen-orientierten“ Betrachtungsweise wählen. Schließlich gehen die Relevanzbezüge und die Wertorientierung an dieser Stelle der Systematik noch einmal mit ihrem ganzen Gewicht in den diagnostischen Prozess ein. Grundsätzlich ist hier der Ort, auch solche Gegebenheiten zu berücksichtigen, bei denen niemand auf die Idee käme, einen generellen Zusammenhang mit Delinquenz auch nur zu vermuten, die aber doch in einer individuellen Lebenskonstellation von erheblichem Gewicht sein können.

3.2.5 Prognose und Interventionsplanung

Erst jetzt geht es an die Prognose, die zwar zunächst eine gewisse Richtung bekommt durch die generelle prognostische Erwartung, die in den Idealtypen der Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt liegt. Da sich die individuelle Lebensentwicklung des Probanden einer Verlaufsform aber nur annähert, möglicherweise zwischen zweien von ihnen zu verorten ist (das Erkennen und Beschreiben von Übergangsphänomenen ist gerade der Sinn der Individualisierung), wird in einer „individuellen Basisprognose“ erörtert, warum und in welchen Verhaltensbereichen die Lebensentwicklung vom Idealtyp abweicht, mit der Konsequenz, dass z. B. bei einer grundsätzlich positiven Prognose dieser oder jener kritische Aspekt in den Blick kommt, oder umgekehrt, dass es bei eher ungünstigen Aussichten den einen oder anderen Lichtblick gibt. Damit ist dann der Boden bereitet für die „Interventionsprognose“. Sie besteht im Wesentlichen in einer operativen Verlängerung der individuellen Basisprognose in die Zukunft, d. h. es wird ein Interventionsszenario entworfen – möglicherweise auch alternative

Szenarien in konditionaler Form – wobei es darum geht, „Stärken“ des Probanden zu erhalten und zu fördern sowie seine „Schwächen“ anzugehen oder wenigstens in sozial adäquatere Verhaltensweisen umzuleiten. Dies alles natürlich unter Beachtung der „Besonderen Aspekte“, aus denen sich meist Hinweise auf Restriktionen oder auch besondere Chancen für die Resozialisierung ergeben. Je nach Verfahrensstand oder Aufgabenstellung kann die zunächst aus kriminologischer Sicht zu stellende Interventionsprognose noch weiter in rechtlicher Hinsicht konkretisiert (etwa: Ausgestaltung einer Strafaussetzung zur Bewährung durch Weisungen und Auflagen) oder auch in operativer Hinsicht feinmaschiger ausgearbeitet werden (etwa: konkrete Maßnahmen sowie ihre Reihenfolge in einem Vollzugs-/Förderplan im Vollzug).

3.3 Perspektiven interdisziplinärer und interinstitutioneller Kooperation

Es ist vielleicht schon deutlich geworden, dass MIVEA zwar ein anspruchsvolles und auch aufwändiges Verfahren ist, aber dass keine Fachterminologie im engeren Sinn verwendet wird – außer der unumgänglichen methodisch-begrifflichen „Infrastruktur“ (K- und D-idealtypisches Verhalten, Idealtypen der Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt). Im Wesentlichen wird alltägliches Verhalten in alltäglichen Situationen beschrieben und analysiert, ohne dass von einem bestimmten theoretisch-begrifflichen Apparat Gebrauch gemacht wird, wobei sich auch die Idealtypen der Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt mehr oder weniger von selbst (Hinentwicklung, Persönlichkeitsreifung, Übersprung) verstehen. Man muss also zwar in der MIVEA selbst, das ist schon nötig (s. dazu u. o), aber nicht in einer bestimmten Wissenschaft ausgebildet sein, um zu verstehen, wie eine bestimmte Interventionsprognose abgeleitet worden ist. Dies eröffnet Chancen für Kooperationen, die bisher unzureichend genutzt werden.

Grundsätzlich ist eine Expertise „verständlich, übersetbar und plausibel“ zu machen (Mauthe, 1999), einem „sehr erheblichen Teil“ der Prognosegutachten wird aber gerade dieses Qualitätskriterium abgesprochen (Volkart, 2001), das Verständigungsproblem für die fehlende Akzeptanz von Gutachten sogar als ausschlaggebend angegeben (Detter, 1998). Nicht selten soll durch die Verwendung von Fachbegriffen eine soziale Distanz zwischen den Berufsgruppen aufrechterhalten werden (siehe hierzu etwa Heinz, 1982; Kaufmann, 1985). Berichte über stationäre Aufenthalte in der KJP werden im Jugendstrafvollzug oft deshalb schon gar nicht angefordert, weil man ihren Inhalt ohnehin nicht verstehen würde – jedenfalls ist dies die Aussage von Mitarbeitern des Strafvollzugs und der Jugendgerichtshil-

fe, die in unsere Fortbildungen kommen. Das ist bedauerlich, weil diese Berichte und auch die Gutachten natürlich durchaus wichtige Informationen enthalten.

Bei MIVEA ist dies grundsätzlich anders. MIVEA benutzt eine lingua franca, die jeder versteht. Zunächst einmal der Proband und sein soziales Umfeld, was übrigens – der Gedanke soll hier nur angedeutet werden – dazu führt, dass er sich und sein Verhalten unmittelbar wiedererkennt und auf diese Weise selbst zum Experten seiner Lebensgeschichte wird, so dass es besser gelingt, ihn zur Mitarbeit zu motivieren. Sodann aber auch alle, die professionell oder ehrenamtlich mit seinem Fall befasst sind. Das beginnt schon früh bei der Polizei und beim Jugendamt, eventuell bei der Schule, setzt sich in den ambulanten sozialen Diensten der Justiz und der freien Träger fort und endet im Straf- oder Maßregelvollzug. Stets sind dabei Vertreter unterschiedlicher Berufe mit unterschiedlichen Ausbildungen, Vorverständnissen, sprachlichen Codierungen und nicht zuletzt wechselseitigen Ressentiments beteiligt (oder sogar rechtlich zu Konferenzen verpflichtet, vgl. etwa § 154 StVollzG oder durchgehend das KJHG, vgl. Brünger, 2005), deren Kooperation und Kommunikation man zwar nicht schlechter reden muss, als sie ist, die aber doch zu wünschen übrig lässt. Eine lingua franca, die nicht das Monopol einer Berufsgruppe ist (früher sprach man von „Herrschaftswissen“), würde nicht nur in der jeweiligen Gegenwart in Konferenzen und Verhandlungen Barrieren schleifen, sondern vor allem auch die Möglichkeit einer einheitlichen Verlaufsdocumentation eröffnen.

Gegenwärtig ist es doch so, dass in jeder Institution neu angefangen wird, anamnestische Daten zu erheben, Diagnosen zu erstellen und „Pläne“ anzufertigen, die dann teils nicht an die nachfolgenden Institutionen weitergegeben, teils dort nicht beachtet werden, weil man meint, sich ein eigenes Bild machen zu müssen (oder gerade keines, um den Probanden nicht zu „stigmatisieren“). Kommen dabei Vertreter anderer Berufsgruppen ins Spiel, fangen diese mit ihren Kriterien erneut an, so dass insgesamt ein ungeheuer Aufwand an Diagnostik und Prognostik mit unnötigen Wiederholungen und Doppelungen betrieben wird. Bei einer einheitlichen Verlaufsdocumentation, für die sich aus den genannten Gründen MIVEA geradezu anbietet, könnte hingegen ein Grundbestand an Informationen sequentiell ergänzt, aktualisiert, ggf. auch korrigiert werden, so wie ein Proband nacheinander Polizei, Jugendhilfe, Jugendgerichtshilfe, Staatsanwaltschaft, Gericht, (Jugend-)Strafvollzug/Maßregelvollzug und Bewährungshilfe durchläuft – nicht selten mehrfach.

Keineswegs bedeutet dies nun, dass die Fachwissenschaften nichts mehr zu tun und nichts mehr zu sagen hätten. Das Gegenteil ist vielmehr der Fall. Es bleibt dabei, dass es Probanden gibt, bei denen auf psychologisches und/oder psychiatrisches Wissen überhaupt nicht verzichtet werden kann – genauso wenig wie beispielsweise auf sprachunabhängige Kompetenzfeststellungsverfahren. Würde aber ein gründlich und systematisch erhobenes kriminologisches Basiswissen über das Sozialverhalten des Probanden vorliegen, wären Psychologe und Psychiater entlastet (faktisch verzichten sie ja auch gar nicht auf eine biographische Anamnese) und könnten sich auf diejenigen Bereiche konzentrieren, in denen ihr Wissen unersetzlich ist und wo sie mit ihrer besonderen professionellen Kompetenz gefragt sind. Und auch dies ließe sich leicht umsetzen, denn in der klaren Systematik von MIVEA wird einerseits sofort ersichtlich, ob sich eine Sonderexpertise als notwendig erweist, sich andererseits aber auch in den Ableitungszusammenhang einer ganzheitlichen Interventionsplanung einfügen lässt. Spätestens bei den „Besonderen Aspekten“ kommt dann auch in der Sache das ganze diagnostische Gewicht zum Tragen, das z. B. von einer Sucht, einer Minderbegabung oder einem anderen psychopathologischen Störungsbild ausgeht. Und dieses Gewicht wird natürlich in der KJP und im Maßregelvollzug am größten, aber auch bei Probanden erheblich sein, die mit vergleichbaren Störungsbildern wegen Fehlplatzierungen im Strafvollzug sind. Das Zusammenspiel von kriminologischer Basisdiagnostik und psychowissenschaftlicher Sonderexpertise ließe sich so völlig zwanglos nach den Gegebenheiten des Falles gestalten. Eine erhellende Analogie hierfür wäre das Verhältnis von Hausarzt und Facharzt in der Medizin. In schwierigen Fällen, in denen es um sehr viel geht (etwa: Sicherungsverwahrung) scheint eine interdisziplinäre Begutachtung eigentlich ohnehin angezeigt (vgl. Anhang 3).

4 Früherkennung krimineller Gefährdung

In vielen Fällen, die wir im Rahmen unserer Gutachtertätigkeit kennen lernen, lassen die Akten in der Kindheit und frühen Jugend ein quälendes Pendeln zwischen den verschiedensten Maßnahmen und Orten erkennen. Heime, Pflegefamilien, immer wieder auch Aufenthalte in der KJP, dann wieder zwischenzeitlich zurück zur Mutter oder zum Vater, ständige Schulwechsel, stets werden „Probleme“ berichtet, der Proband ist „nicht tragbar“, die Polizei resigniert, die Familiengerichte tun nichts. Natürlich ist man hinterher immer schlauer, aber die Lektüre dieser Biographien hin-

terlässt doch den Eindruck einer Art kollektiver Verantwortungsverweigerung. Mit dem Erreichen der Strafmündigkeit wird es meist nicht viel besser, denn in der Jugendstrafrechtspflege herrscht – gegen den klaren Willen des Gesetzgebers – eine quantitative Eskalationslogik vor, die sich an der Schwere der Delikte und der Zahl der Rückfälle orientiert, so dass es erst mehrerer Einstellungen des Verfahrens und Verurteilungen zu Arbeitsstunden und zu Jugendarrest bedarf, bevor über eine Jugendstrafe nachgedacht wird, die dann aber auch noch zur Bewährung ausgesetzt und diese mehrfach nicht widerrufen wird. Irgendwann ist jedoch das Kind so richtig in den Brunnen gefallen und es sind so viele Bewährungen aufgelaufen, dass gleich mehrjährige Jugendstrafen verhängt werden.

Nun wäre es sicher ganz falsch, bei irgendwelchen Schwierigkeiten in der Entwicklung eines Kindes gleich das Schlimmste zu vermuten, bei Massen von Fällen eine diagnostische Lawine in Gang zu setzen, massenhaft den Eltern das Sorgerecht zu entziehen und stereotyp Kinder und Jugendliche einzusperren. Dies geschieht zu Recht nicht und so soll es auch bleiben. Gleichwohl kann man an der Einsicht nicht vorbei, dass bei denen, die letztendlich im Jugendstrafvollzug, später im Erwachsenenvollzug oder in den Maßregeln landen, manches hätte besser laufen können, wenn frühzeitig ernsthaft und konsequent interveniert worden wäre. Die Frage ist daher, ob es eine Möglichkeit gibt, die insgesamt sehr wenigen Fälle, bei denen sich schon früh eine kriminelle Karriere abzeichnet, von der großen Masse der Fälle mit harmlosen und episodenhaften Auffälligkeiten zu unterscheiden.

Für dieses Problem hält die MIVEA die so genannten „Syndrome krimineller Gefährdung“ vor. Auch diese Syndrome sind Resultate der Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung und auch sie entstanden dadurch, dass man die Kriterien sozialer Auffälligkeit so weit verschärfte, dass sie bei der Vergleichsgruppe nicht mehr vorkamen. Nehmen wir als Beispiel das „sozioscolare Syndrom“. Es ist gegeben, wenn a) hartnäckiges Schwänzen, b) Täuschen der Erziehungspersonen und c) deliktische Handlungen in der Zeit des Schwänzens kumulativ vorliegen. Von den 400 Probanden der Tübinger Untersuchung gab es nicht einen einzigen, bei dem dieses Syndrom vorlag und der nicht straffällig (mindestens 6 Monate zu verbüßende Freiheitsstrafe) wurde. Anders formuliert: ausnahmslos alle, bei denen dieses Syndrom vorlag, wurden H-Probanden. Das waren zwar nur 15% der H-Probanden, d. h. bei 85% der H-Probanden lag das Syndrom nicht vor, aber das prognostische Gewicht des Vorliegens dieses Syndroms kann man schwer übersehen. Ähnlich steht es mit dem „Syndrom familiärer Belastungen“, das aus dem kumulativen Vorliegen von a) langjähriger Unter-

kunft in unzureichenden Wohnverhältnissen *und/oder* längere Zeit *selbstverschuldet* auf staatliche Unterstützung angewiesen, b) soziale und/oder strafrechtliche Auffälligkeit einer Erziehungsperson sowie c) keine ausreichende Kontrolle des Probanden besteht.

Diese Syndrome sind mit geringem Aufwand festzustellen¹². Meist verfügt die Polizei über die entsprechenden Informationen – sie ist am nächsten am Geschehen – und könnte sie ohne weiteres an die Jugendhilfe übermitteln. Natürlich ersetzen die Syndrome eine komplette Fallbearbeitung nicht und es lässt sich aus ihnen nicht ableiten, *was* getan werden muss. Aber *dass* etwas getan werden muss, wenn sie vorliegen, ist unabweisbar und es führt für die Verantwortlichen kein Weg an einer Entscheidung folgender Fragen vorbei: Muss das Kind definitiv aus der Familie genommen werden oder nicht? Sind Eltern, Schule, Jugendhilfe und Polizei willens und in der Lage, zu kooperieren, um das Schuleschwänzen zu unterbinden oder nicht? Inhaltlich sind die Syndrome also Frühwarnindikatoren, die anzeigen, in welchen Fällen man nicht mit dem Standardprogramm arbeiten kann und in welchen Fällen auch eine Entscheidung gegen den Willen der Eltern ernsthaft in Betracht kommt, weil die Gefährdung des Kindeswohls gemäß § 1666a BGB offensichtlich ist. Sie sind aber auch eine klare Entscheidungshilfe für die Frage, in welchen – notabene seltenen - Fällen schon früh (vom Alter und von den Delikten) in eine umfangreichere, möglichst interdisziplinäre Diagnostik eingestiegen werden muss.

5 Ausbildung, Fortbildung, Qualitätssicherung

Da die MIVEA keine besondere wissenschaftliche Ausbildung voraussetzt, ist sie prinzipiell für alle an der Arbeit mit Straffälligen Beteiligten zugänglich. Im Rahmen des Jurastudiums wird MIVEA den Studierenden des Schwerpunkts „Strafrechtspflege“ in Form eines Seminars nahe gebracht. Daneben bieten wir in Zusammenarbeit mit dem „Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz“ regelmäßig Fortbildungskurse an, die überwiegend von Sozialarbeiteuren aus der Jugendgerichtshilfe und dem Jugendstrafvollzug besucht werden. Diese Fortbildungen gehen über 3 mal 1 ½ Tage, wobei die Teilnehmer zwischen den 3 Blöcken zunächst einen vorgegeben „Papierfall“, dann aber schon einen Fall aus ihrer eigenen Praxis bearbeiten und vorlegen sollen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass sowohl die universitären Seminare als auch die Fortbildungsveranstaltungen nur zu einer „passiven“ Beherrschung der

¹² Sie sind übrigens auf der letzten Karte des MIVEA-Kartensatzes aufgeführt.

Methode führen. Deshalb haben wir uns entschlossen, einen Zertifizierungskurs anzubieten, im Rahmen dessen nicht nur eine weitere inhaltliche Vertiefung stattfindet, die sich sonst nirgends finden lässt, sondern auch Übungen zur Explorationstechnik sowie zur mündlichen Präsentation eines Falles durchgeführt werden. Außerdem sind die Teilnehmer verpflichtet, insgesamt 10 Fälle durch uns supervidieren zu lassen. Erst in diesem Kurs entsteht eine gewisse Sicherheit und Routine in der Anwendung der Methode, die dann auch dazu berechtigt und befähigt, eigenständig gutachtlche Stellungnahmen abzugeben. Dies schien uns im Interesse der Qualitätssicherung dringend geboten. Es ist also deutlich zwischen einer „passiven“ und einer „aktiven“ Beherrschung von MIVEA zu unterscheiden und die „aktive“ ist an das Durchlaufen des Zertifizierungskurses gebunden. Wenn sich Institutionen entschließen, mit MIVEA zu arbeiten, sollten tunlichst so viele Mitarbeiter wie möglich die Methode „passiv“ beherrschen, um die kommunikative Voraussetzung zu schaffen, die Mitarbeiter aktiv am Behandlungsprozess und der jeweiligen Aktualisierung der Prognose zu beteiligen. Die Zahl derer, die tatsächlich komplett Fallbearbeitungen durchführen, also z. B. die Vollzugspläne erstellen, kann demgegenüber deutlich geringer sein.

Literatur

- Arbab-Zadeh, A.: Des Richters eigene Sachkunde und das Gutachterproblem im Strafprozess. Neue Juristische Wochenschrift 1970, 1214-1219
- Blau, G. (1994) Anmerkung zu BGH JR 1994, 30. Juristische Rundschau, 1, 32-34
- Bock, M. (1984) Kriminologie als Wirklichkeitswissenschaft. Berlin: Duncker & Humblot
- Brünger, M. (2005): Sozialrecht aus kinder- und jugendpsychiatrischer und – psychotherapeutischer Sicht. Teil 1: Entwicklungen des Sozialhilferechts. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 1, 7-60
- Bock, M. (2000) Kriminologie. Für Studium und Praxis. 2. Aufl., München: Vahlen
- Dahle, K.-P. (2000) Psychologische Begutachtung zur Kriminalprognose. In: H.-L. Kröber; M. Steller (Hg.) Psychologische Begutachtung im Strafverfahren Indikation, Methodik und Qualitätsstandards. Darmstadt: Steinkopff, S. 77-111
- Detter, K.-P. (1998) Der Sachverständige im Strafverfahren – eine Bestandsaufnahme. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 2, 57-61
- Dittmann, V. (2000) Was kann die Kriminalprognose heute leisten? In: Stefan Bauhofer; P.-H. Bolle; V. Dittmann (Hg.) "Gemeingefährliche" Straftäter. Chur/Zürich: Verlag Rüegger, 67-95

- Endres, J. (2000) Die Kriminalprognose im Strafvollzug. Grundlagen, Methoden und Probleme der Vorhersage von Straftaten. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 2, 67-83
- Freese, R. (2000) Deutschsprachige Handbuchbeilage (Supplement) zu S.D. Hart, D.N. Cox & R.D. Hare (1996). The Hare PCL:SV. Psychopathy Checklist: Screening Version. North Tonawanda-Toronto, Ontario, CA.: Multi-Health Systems
- Göppinger, H. (1983) Der Täter in seinen sozialen Bezügen: Ergebnisse aus d. Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Göppinger, H. (1985) Angewandte Kriminologie. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer
- Göppinger, H. (1997) Kriminologie. 5. Aufl., München: Beck
- Heinz, G. (1982) Fehlerquellen forensisch-psychiatrischer Gutachten. Heidelberg: Kriministik Verlag
- Kaufmann, A. (1985) Das Problem der Abhängigkeit des Strafrichters vom medizinischen Sachverständigen. Juristenzzeitung, 23, 1065-1072
- Kröber, H.-L. (1995) Geständnis und Auseinandersetzung mit der Tat als Gesichtspunkte der Individualprognose nach Tötungsdelikten. In: D. Dölling (Hg) Die Täter-Individualprognose Beiträge zu Stand, Problemen und Perspektiven der kriminologischen Prognoseforschung. Heidelberg: Kriministik Verlag, 63-81
- Kröber , H.-L. (1999) Gang und Gesichtspunkte der kriminalprognostischen psychiatrischen Begutachtung. Neue Zeitschrift für Strafrecht, 12, 593-599
- Mauthe, J.-H. (1999) Zur psychiatrischen Begutachtung von Sexualstraftätern. Deutsche Richterzeitung, 262-275
- Müller-Isbner, R.; Jöckel, D.; Gonzalez Cabeza, S. (1998) Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR-20 in der modifizierten und adaptierten Übersetzung der kanadischen Originalversion 2 von Christopher D. Webster, Kevin S. Douglas, Derek Eaves, Stephen D. Hart. Haina: Institut für Forensische Psychiatrie Haina
- Nedopil, N. (1996) Forensische Psychiatrie. Stuttgart [u.a.] : Thieme
- Nowara, S. (1995) Externe Prognosegutachten im Maßregelvollzug. Recht und Psychiatrie, 67-72
- Rasch, W. (1992) Die Auswahl des richtigen Psycho-Sachverständigen im Strafverfahren. Neue Zeitschrift für Strafrecht 1992, 257-265.
- Rasch, W. (1999) Forensische Psychiatrie. 2. Aufl. Stuttgart u.a.: Kohlhammer
- Remschmidt., H, Schmidt, M. (Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO. Huber, Bern, 1995
- Schall, H.; Schreibauer, M. (1997) Prognose und Rückfall bei Sexualstraftätern. Neue Juristische Wochenschrift, 37, 2412-2420
- Simons, D. (2002) Kriminalprognostik. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 5, 273-287

- Thalmann, T (2002) Wirklichkeit und gutachterliche Erkenntnis. Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe, 5, 259-273
- Urbaniok, F. (2003) Der Therapie-Risiko-Evaluations-Test (TRET). Kriminalistik, 3, 169-179
- Urbaniok, F. (2004) Fotres. Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System. Schoren: Zytglogge Verlag
- Volckart, B. (1997) Praxis der Kriminalprognose. München: C.H. Beck
- Volckart, B. (2001) Anmerkung zu Thür. OLG, StV 2001, 26 (Beschluss vom 3.12.1999 - 1 Ws 366/99). Strafverteidiger, 1, 27-29
- Wulf, R. (2005): Gute kriminologische Prognosen: Rückfall, Flucht, Suizid. Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform, 4, 290-304

Homepage zu MIVEA: www.mivea.de

Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. Dr. Michael Bock
Lehrstuhl für Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug und Strafrecht
Johannes Gutenberg-Universität
Fachbereich Rechts- und Wirtschaftswissenschaften
Jakob-Welder-Weg 9
55099 Mainz
Telefon: 06131/39-22555
Sekretariat: 06131/39-20011
E-Mail: bock@uni-mainz.de

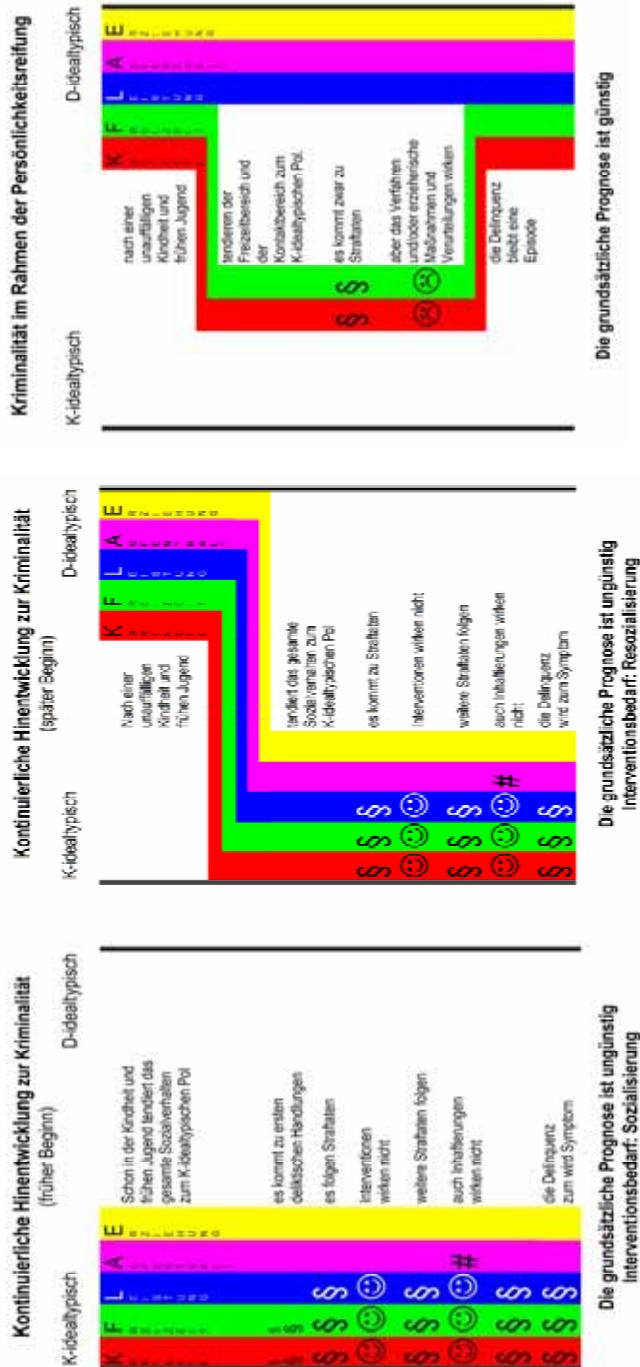
Anhang 1: Arbeitsgliederung zum Vorgehen bei der Fallbearbeitung¹³

- 1. **ÜBERSICHT ZUM LEBENSLAUF**
- 2. **FESTSTELLUNGEN AUS AKTEN / EIGENE ERHEBUNGEN**
 - Allgemeines Sozialverhalten**
 - Kindheit und Erziehung (Elternfamilie)
 - Aufenthaltsbereich
 - Leistungsbereich
 - Freizeitbereich
 - Kontaktbereich
 - Alkohol- und Rauschgiftkonsum/Handicaps
 - 2.2 Delinquenzbereich**
 - 2.3 Lebensorientierung**
 - 2.4 Verhalten in der Haftanstalt (bei Bedarf)**
- 3. **AUSWERTUNG („ANALYSE“) DER ERHEBUNGEN**
 - 3.1 Auswertung des Lebenslängsschnittes**
 - Verhalten des Probanden im Zusammenhang mit der (elterlichen) Erziehung im Kindes- und Jugendalter
 - Aufenthaltsbereich
 - Leistungsbereich
 - Freizeitbereich
 - Kontaktbereich
 - 3.2 Delinquenzbereich**
 - 3.3 Auswertung des Lebensquerschnittes**
 - Bestimmung des Querschnittsintervalls
 - Die K-Kriterien
 - Die D-Kriterien
 - 3.4 Relevanzbezüge und Wertorientierung**
- 4. **KRIMINOLOGISCHE BEURTEILUNG („DIAGNOSE“)**
 - Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt
 - Kriminorelevante Kriterien und Konstellationen
 - Relevanzbezüge und Wertorientierung
 - „Besondere Aspekte“ im Leben des Täters
- 5. **FOLGERUNGEN („PROGNOSE“)**
 - 5.1 im Blick auf die weitere Entwicklung und Einwirkungsmöglichkeiten**
 - Grundsätzliche Prognose
 - Individuelle Basisprognose
 - Interventionsprognose
 - 5.2 im Blick auf konkret anstehende Interventionsplanungen**
 - Jugendhilfeplan, Stellungnahme der JGH im Jugendstrafverfahren, Vollzugsplan, Behandlungsplan, Bewährungsplan

¹³ Die Farben entsprechen denen des Kartensatzes. Sie haben eine rein didaktische Funktion.

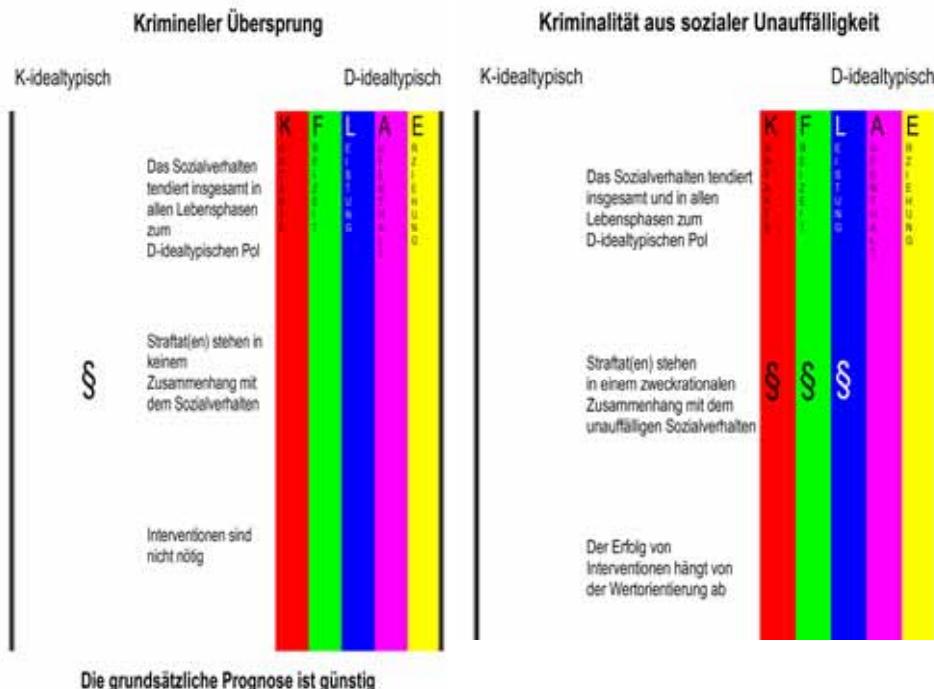
Anhang 2: Die Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt

Hinweis: Wenn sich früher oder später, durchgehend oder auf einige Lebensbereiche beschränkt, eindeutig ausgeprägtes K-idealtypisches Verhalten im Lebenslängsschnitt findet, kommt nur eine dieser drei Verlaufformen in Betracht.



Fortsetzung Anhang 2: Die Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt

Hinweis: Wenn sich weder früher noch später, nicht durchgehend und auch nicht auf einige Lebensbereiche beschränkt, eindeutig ausgeprägtes K-idealtypisches Verhalten in einer Lebensentwicklung findet, kommt nur eine dieser beiden Verlaufsformen oder eine psychopathologische Auffälligkeit in Betracht.



Wichtig!

In jedem Fall ist die kriminologische Beurteilung („Diagnose“) nach MIVEA **mehrdimensional** (Karte 15, Rückseite).

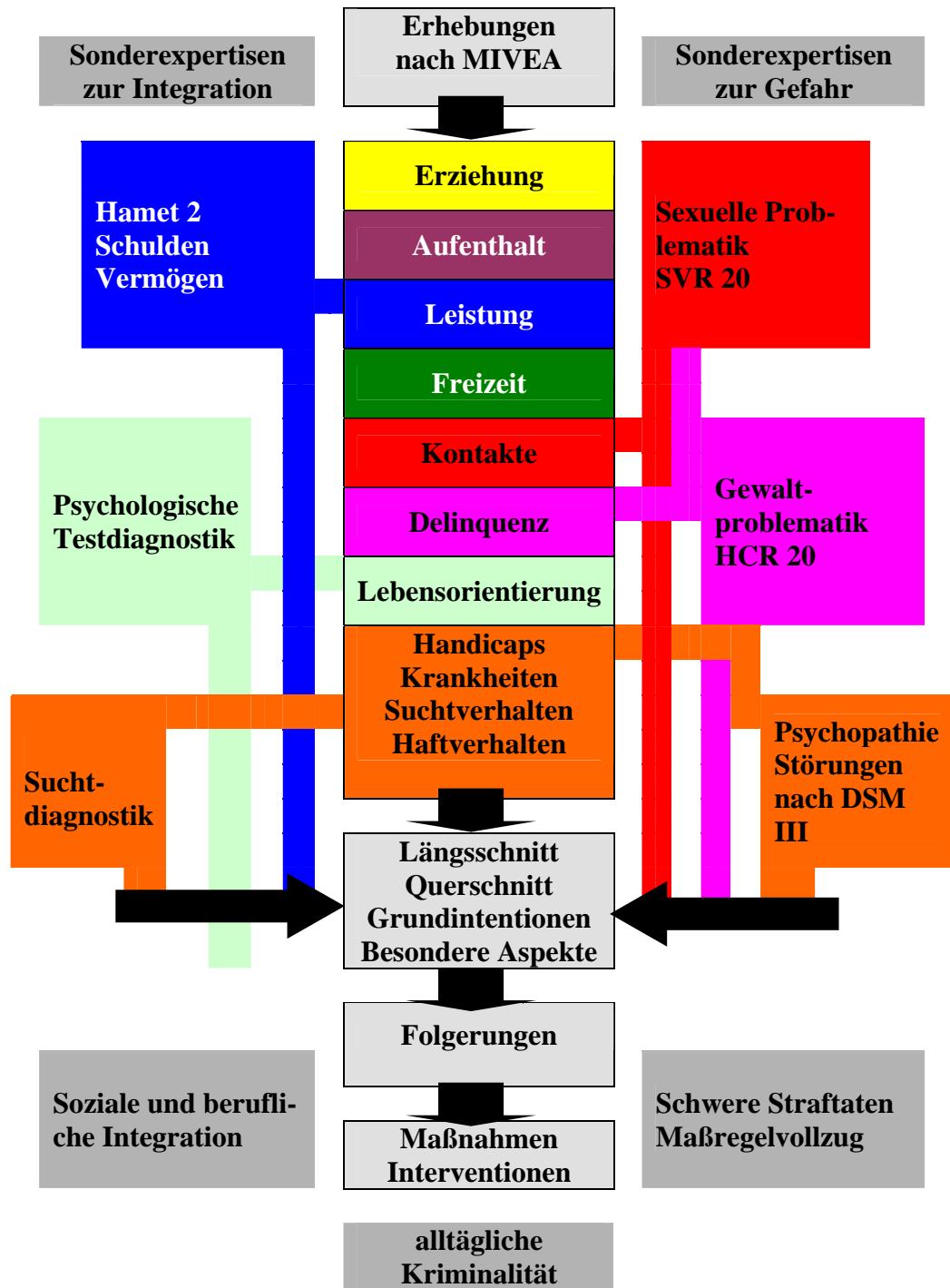
Neben der Stellung der Tat im Lebenslängsschnitt sind auch die **kriminorelevanten Kriterien** und **Konstellationen** zu beachten sowie die **Relevanzbezüge** und die **Wertorientierung**.

Widersprüche zwischen diesen Dimensionen sind kein Zeichen für schlechte Diagnostik, sondern schärfen den Blick für die **Besonderheiten des Falles**.

Gelegentlich geben sie auch Hinweise auf **psychopathologische Auffälligkeiten** und damit Anlass, weitere fachwissenschaftliche Expertise einzuholen.

Mit den „**Besonderen Aspekten**“ wird die Diagnose noch unter dem Gesichtspunkt **möglicher Interventionen** vertieft. Hier ist auch Gelegenheit, zusätzliche Befunde in die Diagnose zu importieren.

Anhang 3: Sonderexpertisen und ihre Integration bei der MIVEA



Einführung der Kostenträgerrechnung am Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich

J. Leeners, J. Wägli, B. Mohler[†]

Zusammenfassung: Es werden die Möglichkeiten und Probleme bei der Einführung der Kostenträgerrechnung (KTR) in einer großen kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik vorgestellt. Die Grundprinzipien einer KTR sind überall gleich, jedoch sind gewisse Bedingungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie speziell. Die Leistungserfassung im stationären Bereich, die Falldefinition und viele andere Bereiche sind im Vergleich zu einem somatischen Krankenhaus unterschiedlich. Die Leistungen in Pflege/Sonderpädagogik und Behandlung sind komplex und müssen vereinfacht erfasst werden können, aber trotzdem aussagekräftig bleiben.

Der Sinn einer Kostenträgerrechnung im Krankenhaus liegt in der genauen Ermittlung der anfallenden Kosten. Wenn bekannt ist, wofür genau Kosten entstehen und man weiß, für welche Leistungen Gewinne bzw. Verluste anfallen, ist eine bessere Planung möglich. In Zeiten knapper werdender Ressourcen wird die Verteilung der Mittel an die richtigen Stellen immer wichtiger. Die Kostenrechnung ermöglicht durch genauere Kennzahlen die strategische Planung, ersetzt diese aber nicht.

Einleitung

Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich besteht aus ambulanten, halbstationären und stationären Einrichtungen. Zu den ambulanten Institutionen gehören die Poliklinik im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Zürich (ZKJP) sowie die Regionalstellen in Büllach, Dietikon, Horgen, Wetzikon, Uster und Winterthur mit jeweiligen Sprechstunden an weiteren Orten. Die halbstationären Einheiten bestehen aus der Tagesklinik für Kinder und der Tagesklinik für Jugendliche am

ZKJP. Die stationären Einheiten umfassen die beiden Stationen für Jugendliche im ZKJP und die Kinderstation Brüschenhalde.

Im Frühjahr 2004 erließ die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich eine Weisung, nach der die Kostenträgerrechnung (KTR) für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst einzuführen sei. Die KTR steht im Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus. Fallpauschalen sollen pauschal Leistungen im medizinischen Bereich entgeltten. Ziel ist, dass eine Preistransparenz im Gesundheitssektor entsteht und die Preise für gleiche Leistungen sich entsprechen. Es soll nicht mehr nach Liegezeit im Krankenhaus bezahlt werden (Pflegetage), sondern als Ziel soll gleiches Entgelt für vergleichbare Leistungen bezahlt werden. Eine Appendektomie kostet im Mittel eine bestimmte Summe Geld und nur diese Summe soll bezahlt werden, unabhängig von den tatsächlichen Kosten des Einzelfalls. Um die genauen Kosten einer Behandlung zu berechnen, müssen die Kosten möglichst genau ermittelt werden. Die möglichst genaue Ermittlung von Kosten und Leistungen ist ein Aspekt der Kostenträgerrechnung.

Die Herausforderung dieses Projektes lag darin, dass bisher unseres Wissens keine andere Kinder- und Jugendpsychiatrie die Kostenträgerrechnung im deutschsprachigen Raum eingeführt hat. Es mussten also speziell bezüglich der Leistungserfassung Schemata erarbeitet werden, die einen angemessenen Aufwand bei befriedigender Abrechnungsleistung gewährleisteten.

Die Kostenrechnung

Der Nutzen einer Kostenrechnung muss differenziert betrachtet werden. Es entsteht ein Nutzen für die Betreibergesellschaft bzw. vorgesetzte Behörde (in unserem Fall die Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich). Durch die Kostenrechnung wird eine gesetzliche Vorgabe erfüllt und der Beitrag der Kassen von 46 auf maximal 50 Prozent erhöht. Sie soll als Grundlage für ein faires Benchmarking der verschiedenen Krankenhäuser dienen und damit die Grundlage für verfeinerte Leistungsaufträge bilden. Der Nutzen für den Betrieb liegt darin, dass sich das Unternehmen mit anderen Betrieben genauer vergleichen lässt. Dadurch wird es möglich, die vorhandenen Ressourcen besser einzusetzen und die wichtigsten Kosten treiber zu erkennen. Insgesamt ist die Kostenrechnung die Basis zur Bildung von Kennzahlen, die zur Führung eines Betriebes wichtig sind.

Welche Kosten entstehen wo und wer hat sie verursacht?

Die Kostenträgerrechnung stellt die Frage nach den Kosten für einzelne Produkte oder für Dienstleistungen. Weiter möchte man wissen, wer die Verantwortung für die entstanden Kosten trägt. Diese beiden Ziele werden bei einer Kostenrechnung durch

- die Kostenartenrechnung
- die Kostenstellenrechnung und
- die Kostenträgerrechnung

erreicht.

Kostenartenrechnung

Bei der Kostenartenrechnung wird gefragt, welche Kosten angefallen sind. Die Kosten für Medikamente, Personal oder Gebäude, etc. werden somit erfasst. Bei der Kostenartenrechnung muss unterschieden werden, ob es sich bei den Kosten um Kosten handelt, die direkt einem Kostenträger zugeordnet werden können (Einzelkosten) oder ob es Kosten sind, die nicht einzelnen Kostenträgern zugeordnet werden können, wie z.B. Kosten für Administration (Gemeinkosten).

Kostenstellenrechnung

Die Kostenstellenrechnung beschäftigt sich mit der Frage, wo Gemeinkosten angefallen sind. Gemeinkosten sind diejenigen Kosten, die nicht direkt einem Patienten zugeordnet werden können, z. B. die Kosten für die Krankenhausinformatik. Die Kostenstellenrechnung dient dazu, die Wirtschaftlichkeit einzelner Betriebsbereiche zu beurteilen und stellt gleichzeitig wichtige Unterlagen für die weitere Kostenverrechnung bereit. So wird es möglich, eine differenzierte Aufschlüsselung der Gemeinkosten zu erreichen. Sie zeigt auf, wo Kosten entstanden sind. In dieser Gegenüberstellung von Ist- und Sollkosten werden Abweichungen sichtbar, die analysiert werden können und der Leistungsbeurteilung dienen. Eine Kostenstelle ist in der Regel eine organisatorische Einheit, z.B. die einzelne Station einer psychiatrischen Klinik oder die Informatikabteilung der Klinik.

Weiterhin können durch die Kostenstellenrechnung Kennziffern für betriebliche Teilleistungen, z.B. Kosten einer Arztstunde oder einer Stunde

eines Sozialpädagogen in der Betreuung einer Gruppe dargestellt werden. Die Kosten der Kostenstellen werden dem Verursacher, z.B. Medikamente für eine Station (der Kostenstelle) weiterverrechnet.

Aus Sicht der Kostenrechnung unterscheidet man oft zwischen zwei Typen von Kostenstellen, den Haupt- und den Hilfskostenstellen.

Die Hauptkostenstellen können ihre Leistungen direkt den Kostenträger verrechnen. Dies wären z.B. im Falle Kinder- und Jugendpsychiatrie die Ambulanz, die eine Psychotherapiestunde für einen Patienten erbringt und diese Kosten ihm bzw. seiner Versicherung in Rechnung stellt. Wenn immer möglich werden die Kosten der Hauptkostenstelle einem Kostenträger verrechnet, die ursächlich für die Entstehung der Kosten verantwortlich ist (Verursachungsprinzip). Dazu ist eine aussagekräftige Leistungserfassung notwendig.

Die Hilfskostenstellen sind nur indirekt an der Leistungserbringung beteiligt. Dazu gehören z.B. die Verwaltungskostenstellen oder die allgemeinen Kostenstellen wie Grundstücke, Gebäude, Energie oder die Informatikabteilung. Die Kosten der Hilfskostenstellen werden in der Regel anhand bestimmter Bezugsgrößen proportional verteilt (Durchschnittsprinzip).

Nachdem ein Kostenstellenplan aufgestellt worden ist, werden die angefallenen Kostenarten (Gemeinkosten) auf die einzelnen Kostenstellen verteilt. D.h., dass die Löhne für die Mitarbeiter und die Kosten für die Medikamente auf der Station X berechnet werden.

In einem nächsten Schritt werden nach einem bestimmten Schlüssel die Leistungen der Hilfskostenstellen (z.B. Verwaltung, Informatik) den verschiedenen Hauptkostenstellen (z.B. Station 1) zugerechnet. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Kostenverteilung möglichst verursachungsgerecht erfolgt.

Kostenträgerrechnung

Die Kostenträgerrechnung ist nun die 3. Stufe der Kostenrechnung und hat die Aufgabe, die zugerechneten Einzelkosten (z.B. Medikamente) und die verrechneten Gemeinkosten der Kostenstellen (z.B. Ambulanz) der einzelnen Dienstleistungen aufzuzeigen. Es soll damit errechnet werden können, was eine Psychotherapiestunde in der Ambulanz bzw. was die Betreuung eines Kindes auf einer Kinderstation kostet.

In der Kostenträgerrechnung wird die Frage beantwortet, wofür die Kosten angefallen sind, welche z.B. einem Patienten, bzw. der Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden sollten. Die Kostenträger sind z.B. Patienten oder Dienstleistungen, denen Kosten zugerechnet werden können.

Die verschiedenen Kosten für eine Gastroskopie (Personal, Geräte, Medikamente) können einem Fall zugeordnet und damit verrechnet werden.

Wenn alle Kosten, die im Unternehmen entstanden sind nach Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger aufgegliedert sind, dient dies u.a. als Kalkulationsbasis, mit der der Preis einer Dienstleistung berechnet werden kann. Weiter kann dann die Wirtschaftlichkeit einzelner Betriebsbereiche ermittelt werden und es werden wichtige Unterlagen für die weitere Kostenverrechnung bereitgestellt. In der Gegenüberstellung von Ist- und Sollkosten werden Abweichungen sichtbar, deren Gründe dann analysiert werden können.

Welche Leistungen sind wo von wem erbracht worden?

Im zweiten Teil der Kostenträgerrechnung müssen die erbrachten Leistungen erfasst werden. Dies sind einmal die Leistungen, die im direkten Zusammenhang mit der Dienstleitung stehen sowie die indirekten Leistungen, die innerhalb der Organisation zwischen den Abteilungen erbracht werden.

Im ersten Schritt muss eine genaue, aussagekräftige Leistungserfassung stattfinden. Die Leistung der Ärzte, der Pflege, der anderen therapeutischen Bereiche und der Medikamente müssen genau erfasst werden. Als Konsequenz daraus muss die Kostenstellenstruktur so angepasst werden, dass es für jede Kostenstelle klare Zuständigkeiten gibt.

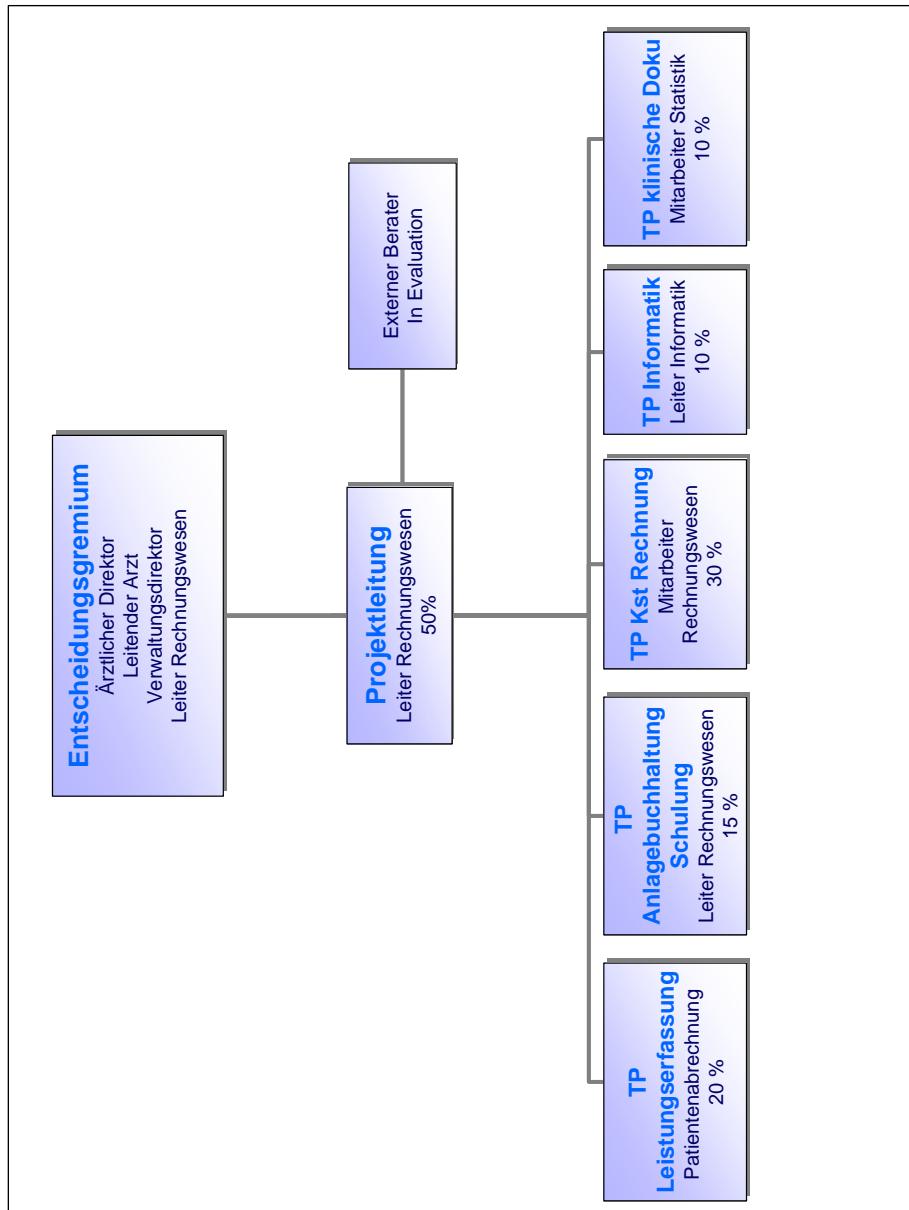
Als nächster Schritt muss festgelegt werden, wie die Gemeinkosten und die fallunabhängigen Leistungen wie Informatik und Administration auf die einzelnen Abteilungen und schließlich auf die einzelnen Fälle umgelegt und verrechnet werden.

Als Voraussetzung muss das System in der Leistungserfassung überprüft und allenfalls angepasst oder ergänzt werden (z.B. über ein entsprechendes Softwareprogramm mit Vernetzung in alle Bereiche) so dass eine dezentrale Verfügbarkeit besteht und alle Schnittstellen definiert sind.

Projektorganisation und Ablauf

Das Projekt begann mit der Vorbereitung im Februar 2004. In einem ersten Schritt wurde von der Geschäftsleitung ein Projektteam gebildet, mit einem Entscheidungsgremium, bestehend aus dem ärztlichen Direktor, dem Verwaltungsdirektor, dem Leiter der Rechnungsabteilung und dem Autor als leitenden Arzt. Die Projektleitung wurde dem Leiter der Rechnungsabteilung übertragen, da das Rechnungswesen üblicherweise die Betriebsbuch-

haltung betreibt. Dann wurden verschiedene Teilprojekte (Leistungserfassung, Anlagebuchhaltung, Rechnungswesen, Informatik und klinische Dokumentation) definiert, in denen alle Betroffenen vertreten waren.



Projektplanung

In der ersten Phase ging es darum eine Projektplanung zu erstellen. Dies beinhaltete, den genauen Projektauftrag, die genaue Projektstruktur und eine zeitliche Planung zu entwerfen. Die Abläufe der einzelnen Teilprojekte, die Dokumentation und das Controlling wurden festgelegt. Dieser Projektplan wurde dem Entscheidungsgremium vorgelegt und genehmigt. Anschließend kam es zu einem Kickoff-Meeting mit den Leitern der Teilprojekte. Die Phase der Projektplanung dauerte einen Monat.

In der Zeit von März bis Juli 2004 erfolgte die Konzeption mit der Überprüfung des Ist-Zustandes, der Erstellung eines Neukonzeptes, einer Evaluation der Mittel zur Leistungserfassung, einem Soll-Konzept für die Kostenträgerrechnung und der Definition der Kostenträger sowie die Verabschiedung.

August 2004 bis November 2004 erfolgten Realisierung, Hard- und Softwarevorbereitung, Realisierung der Schnittstellen, Bestimmung von Kostensätzen, Funktionstests und Integrationstests. Die Vorbereitung der Umsetzung erfolgte November bis Dezember 2004 mit der Anwenderschulung und der Datenübernahme.

Seit Januar 2005 ist das Projekt umgesetzt und in Betrieb.

Auf die ursprünglich geplante externe Beratung wurde letztlich verzichtet, da die notwendigen Kompetenzen betriebsintern verfügbar waren.

Projektkonzeption

In einem nächsten Schritt wurde die genaue Konzeption des Projektes erarbeitet. Der Ist-Zustand wurde überprüft, es wurde ein Sollkonzept der Anlagebuchhaltung erstellt und es wurden die verschiedenen Möglichkeiten der Leistungserfassung diskutiert. Anschließend wurde ein Sollkonzept der Kostenträgerrechnung erstellt, wobei es um Definitionen der Stammdaten, die Prozesse zur Erfassung und Verarbeitung, sowie das Berichtswesen der Kostenrechnung ging. Es wurden die Kostenträger definiert und die verschiedenen Benutzertypen mit ihren jeweiligen Berechtigungen festgelegt. Anschließend wurde das Sollkonzept verabschiedet.

Da einzelne Regionalstellen (Ambulanzen) des Dienstes noch nicht vernetzt waren, musste diese Vernetzung gleichzeitig vorangetrieben werden. Die Phase der Konzeption dauerte insgesamt 3 Monate.

Projektrealisierung

Als nächstes erfolgte die Realisierung des Projektes indem die Software-Systemkonfiguration und die hardwaremäßigen Voraussetzungen geklärt werden mussten und die Software für die User bereitgestellt werden musste. Die verschiedenen Schnittstellen innerhalb der Datenerfassung mussten realisiert werden und die Produktivumgebung der einzelnen Benutzer wurde festgelegt. Es wurden dann die Kostensätze der einzelnen Leistungen bestimmt. Anschließend wurde ein Funktionstest gemacht und die verschiedenen Berechtigungen und Benutzertypen eingerichtet und es fanden Integrationstests statt.

Die Realisierungsphase dauerte zwei Monate.

Produktionsvorbereitung

Nachdem die Bedingungen für die Erfassung der Kosten und Leistungen definiert worden waren und die Soft- und Hardware funktionierte, konnte in der Phase der Produktionsvorbereitung die Anwenderschulung erfolgen und die Datenübernahme der vorhandenen Daten vorbereitet und durchgeführt werden. Die Produktionsvorbereitung dauerte drei Wochen. Der Produktionsbeginn erfolgte zum 3.1.2005.

Beschreibung der Projektumsetzung

Anpassung der Kostenstellenstruktur

Eine wichtige Vorbereitung zur Einführung der Kostenträgerrechnung war die Anpassung der Kostenstellen. Die Kosten für das Gebäude z.B. 0100 Gebäude: Zentrum wurden festgehalten. Bei diesen Kosten handelt es sich v. a. um Unterhalt und Energiekosten sowie um Anlagekosten. Die Kosten des Gebäudes Zentrum wurden auf die einzelnen Kostenstellen (z.B. Poliklinik oder Stationen) umgelegt indem man die Netto-Quadratmeterfläche für eine Station z.B. 250 m² auf die Gesamtfläche ins Verhältnis setzte. Dies wurde für alle Kostenstellen in dem Gebäude so gehandhabt. Um eine möglichst präzise Aufteilung der Kosten zu erreichen, mussten neue Kostenstellen geschaffen werden. Dies sieht man z.B. an der Kostenstelle 0400 bis 0413.

Ver- ... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewichtg. der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR	
GEBÄUDE 01..	DL	0100	Gebäude: Zentrum	Unterhalts- und Energie- kosten sowie vor allem An- lagekosten	Umlage auf KST	Netto m ² oh- ne Gewich- tung	alle Kosten- stellen
	DL	0101	Gebäude: Brüsshalde	Unterhalts- und Energie- kosten sowie vor allem An- lagekosten	Umlage auf KST	Netto m ² oh- ne Gewich- tung	alle Kosten- stellen
	DL	0102 NEU	Gebäude: Winterthur	Unterhalts- und Energie- kosten sowie vor allem An- lagekosten	Umlage auf KST	Netto m ² oh- ne Gewich- tung	KST Winter- thur 7509
DIREKTION + VERWALTUNG 04..	DL	0400- 0405 NEU	Direktion + Verwaltung: IT	Personal-, Sach- und An- lagekosten	Umlage auf KST	Wird von der Abteilung ge- liefert	Anwender etc.
	DL	0410 NEU	Direktion + Verwaltung: Rechnungs- wesen/Pat. abrechnung	Personal-, Sach- und An- lagekosten	Umlage auf KST	Besoldungen und Anteil stat./tstat. Ab- rechnung nach Schät- zung	alle Kosten- stellen, Hotel- lerie speziell
	DL	0412 NEU	Direktion + Verwaltung: Führung + Personal	Personal-, Sach- und An- lagekosten	Umlage auf KST	Besoldungen	alle Kosten- stellen außer Hotellerie
	DL	0413 NEU	Direktion + Verwaltung: Anlässe Haus	Aufwand für Personalfest, Events, etc.	Umlage auf KST	Besoldungen	alle Kosten- stellen außer Hotellerie
	DL	0415 NEU	Direktion + Verwaltung: Empfang + Sekretariat Poliklinik	Personal-, Sach- und An- lagekosten	Umlage auf KST	Besoldungen und Anteil Poliklinik nach Schät- zung	alle Kosten- stellen außer Hotellerie, Ambulatorium
	DL	0420	Direktion + Verwaltung: Medizinische Führung Zentrum	Personalkosten Sekretariat Di- rektion / Sach- und Anlage- kosten	Umlage auf KST	Besoldungen	alle Kosten- stellen außer Hotellerie

Verdicht.KT	KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewichtg. der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR
	DL	0600	Hauswirtschaft: Hausdienst Zentrum	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Netto m2 ohne Gewichtung	alle Kostenstellen
	DL	0601	Hauswirtschaft: Hausdienst Brüschenhalde	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Netto m2 ohne Gewichtung	alle Kostenstellen
	DL	0610	Hauswirtschaft: Wäscheversorgung Zentrum	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Fr.-Betrag gesamthaft	Volumfänglich auf Stationen Jugendliche
	DL	0611	Hauswirtschaft: Wäscheversorgung Brüschenhalde	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Fr.-Betrag gesamthaft	Volumfänglich auf Stationen Kinder
TECHN.DIENS T.10...	DL	1010	Technischer Dienst: Zentrum	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Netto m2 ohne Gewichtung	alle Kostenstellen
	DL	1011	Technischer Dienst: Brüschenhalde	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Netto m2 ohne Gewichtung	alle Kostenstellen
KÜCHE + CAFETERIA 14...	DL	1410	Küche: Zentrum	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Nach Spezialschlüssel	Hotellerie Stationen Jugendl., TKK, TKJ
	DL	1411	Küche: Brüschenhalde	Personal-, Sach-, Anlagekosten	Umlage auf KST	Fr.-Betrag volumfänglich	Hotellerie Stationen Kinder
	DL NEU	1412	Küche: Cafeteria Zentrum	Personal-, Sach-, Anlagekosten		Besoldungen	alle Kostenstellen außer Hotellerie
	DL NEU	1413	Küche: Cafeteria Brüschenhalde	Personal-, Sach-, Anlagekosten		Besoldungen	alle Kostenstellen außer Hotellerie
TELEFON + POST 19...	DL	1900	Telefon und Post: Zentrale	Telefon, Frankiermaschine	Umlage auf KST	Statistik Telefon	alle Kostenstellen außer Hotellerie
	DL	1901	Telefon und Post: Brüschenhalde	Telefon, Post	Umlage auf KST	Statistik Telefon	alle Kostenstellen außer Hotellerie

Ver- ... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewichtg. der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR
STATIONEN JUGENDLICHE 5505.	LE 55050 NEU	Stationen Ju- gendliche: Ärz- te-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeit oder Taxpunkte aus Tarmed ¹⁴ für KTR	KTR
	LE 55051 NEU	Stationen Ju- gendliche: Pfle- ge-+Sozialpäd.- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung ohne LEP	KTR
	LE 55052 NEU	Stationen Ju- gendliche: Me- dikamente + Einzelmat.	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Ein- käufe	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE 55053 NEU	Stationen Ju- gendliche: Fremdleistungen	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Rechnungen	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE 55054 NEU	Stationen Ju- gendliche: Ho- tellerie	Umlage- Anteil Ge- bäude, Haus- dienst, Rei- nung etc.	Verrechnung auf KTR	Pflegetage pro Zimmer / pro Patient KTR	KTR
	LE 55055 NEU	Stationen Ju- gendliche: Psy- chologen-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR
	55056 NEU	Stationen Ju- gendliche: The- rapeuten-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR
	LE 55057 NEU	Stationen Ju- gendliche: Sozi- aldienst-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR

¹⁴ Tarmed ist der Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambu-
lanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis Gültigkeit hat.

Ver- ... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewich- tung der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR
STATIONEN KINDER 5601.	LE 56010 NEU	Stationen Kinder: Ärz- te-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeit oder Taxpunkte aus Tarmed für KTR	KTR
	LE 56011 NEU	Stationen Kinder: Pfle- ge- +Sozialpäd.- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung ohne LEP	KTR
	LE 56012 NEU	Stationen Kinder: Me- dikamente + Einzelmate- rial	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Ein- käufe	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE 56013 NEU	Stationen Kinder: Fremdleis- tungen	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Rechnungen	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE 56014 NEU	Stationen Kinder: Ho- tellerie	Umlage- Anteil Ge- bäude, Haus- dienst, Rei- nigung etc.	Verrechnung auf KTR	Pflegetage pro Zimmer / pro Patient KTR	KTR
	LE 56015 NEU	Stationen Kinder: Psy- chologen- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR
	LE 56016 NEU	Stationen Kinder: The- rapeuten- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR
	LE 56017 NEU	Stationen Kinder: So- zialdienst- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Direkt auf Kostenträger	KTR

Ver- ... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewich- tung der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR
TAGESKLINIK KINDER 6004.	LE	60040 NEU	Tagesklinik Kinder: Ärzte-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeit oder Taxpunkte aus Tarmed für KTR
	LE	60041 NEU	Tagesklinik Kinder: Pflege- +Sozialpäd.-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung ohne LEP
	LE	60042 NEU	Tagesklinik Kinder: Medikamente + Einzelmat.	Auf KTR direkt zugeordnete Einkäufe	Aufnahme via Paps in Navision	
	LE	60043 NEU	Tagesklinik Kinder: Fremdleistungen	Auf KTR direkt zugeordnete Rechnungen	Aufnahme via Paps in Navision	
	LE	60044 NEU	Tagesklinik Kinder: Hotellerie	Umlage-Anteil Gebäude, Hausdienst, Reinigung etc.	Verrechnung auf KTR	Pflegetage pro Zimmer / pro Patient KTR
	LE	60045 NEU	Tagesklinik Kinder: Psychologen-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med.techn. Bereiche (Kap 5.2.4.)
	LE	60046 NEU	Tagesklinik Kinder: Therapeuten-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med.techn. Bereiche
	LE	60047 NEU	Tagesklinik Kinder: Sozialdienst-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Direkt auf Kostenträger

Ver... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewichtg. der Umlage / Verrechnung	Empfänger KST /KTR
-------------------	------------	-------------	----------------------------	-----------	---	-----------------------

TAGESKLINIK JUGEND 6005.	LE	60050 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Ärz- te-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeit oder Taxpunkte aus Tamed für KTR	KTR
	LE	60051 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Pfle- ge-+Sozialpäd.- Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung ohne LEP	KTR
	LE	60052 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Me- dikamente + Einzelmat.	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Ein- käufe	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE	60053 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Fremdleistungen	Auf KTR di- rekt zuge- ordnete Rechnungen	Aufnahme via Paps in Navision		KTR
	LE	60054 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Ho- tellerie	Umlage- Anteil Ge- bäude, Haus- dienst, Rei- nung etc.	Verrechnung auf KTR	Pflegetage pro Zimmer / pro Patient KTR	KTR
	LE	60055 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: Psy- chologen-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med. techn. Bereiche	KTR
	LE	60056 NEU	Tagesklinik Ju- gendliche: The- rapeuten-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Zeiterfassung med.techn. Berei-che	KTR
	LE	60057 NEU	Tagesklinik Kinder: Sozial- dienst-Pool	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Verrechnung auf KTR	Direkt auf Kostenträger	KTR

Ver... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewichtg. der Umlage /	Emp- fänger KST
-------------------	------------	-------------	----------------------------	-----------	--	-----------------------

					Verrechnung	/KTR
--	--	--	--	--	--------------------	-------------

AMBULANTE KOSTENSTELLEN 75..	LE	7500	Notfall ambulant Regionen	Piquettdienst-Kosten Ärzte	Keine Verrechnung	Wird separat ausgewiesen	KST = KTR
	LE	7501	Poliklinik	Person.-, Sach-, Anlagekosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7502	Regionalstelle Bülach	Person.-, Sach-, Anlagekosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7503	Regionalstelle Dietikon	Personalkosten, wenig Sachk.	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7504	Regionalstelle Effretikon	Personalkosten, wenig Sachk.	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7505	Regionalstelle Horgen	Personalkosten, wenig Sachk.	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7506	Regionalstelle Regensdorf	Personalkosten, wenig Sachkosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7508	Regionalstelle Uster	Personalkosten, wenig Sachkosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7509	Regionalstelle Winterthur	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	LE	7510	Regionalstelle Wetzikon	Personalkosten, wenig Sachkosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
SCHULEN 92..	NB	9210 NR: NEU	Schule Stationen Jugendliche / TKJ		Keine Verrechnung		KST = KTR
	NB	9211 NR. NEU	Schule Stationen Kinder		Keine Verrechnung		KST = KTR
	NB	9220 NR. NEU	Schule TKK Zentrum		Keine Verrechnung		KST = KTR
	NB	9300 NR. NEU	Forensik	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
	NB	9310 NR. NEU	Autismusstelle	Personal-, Sach- und Anlagekosten	Keine Verrechnung		KST = KTR
NEBENBEREICHE 93..							

Ver- ... KST-Typ	Nr. KST	Bezeichnung	Inhalt der Kostenstelle	Verfahren	Bezugsgröße / Gewich- tung der Umlage / Verrechnung	Empfän- ger KST /KTR
FORSCHUNG 95..	SG	9500 Forschung und Lehre: Overhead	Sach- und Anlagekos- ten, Over- headkosten und eingefor- derte Perso- nalkosten	Keine Ver- rechnung		KST = KTR
	SG	9502 Forschung und Lehre: Aushil- fen		Keine Ver- rechnung		KST = KTR
	SG	9505 NR. NEU Forschung und Lehre: Psycho- pathologie	Sach- und Anlagekosten und eingefor- derte Perso- nalkosten	Keine Ver- rechnung		KST = KTR
	SG	9550 NR. NEU Forschung und Lehre: Natio- nalfonds- Projekte	Sach- und Anlagekosten und eingefor- derte Perso- nalkosten	Keine Ver- rechnung		KST = KTR
	SG	96.. NEU Aus- und Wei- terbildung Ärz- te, Pflege	Personalkos- ten aus Umlage betroffe- ner KST	Werte aus Global- budget		KST = KTR

DL = Dienstleistende Kostenstelle

LE = Leistungserbringende Kostenstelle

NB = Nebenbetrieb

SG = Sammelkostenstelle für gemeinwirtschaftliche Leistungen

Waren vorher die Kosten für die Direktion und die Verwaltung zusammengefasst, werden nun die unterschiedlichen Anteile wie Informatikkosten, Kosten für Patientenwesen, Patientenabrechnung, Kosten für Personalführung und Verwaltung, wie Kosten für bestimmte Anlässe sowie für die Verwaltung des Empfangssekretariats aufgeteilt. Dadurch wurde die Transparenz der Kostenstelle Direktion erhöht. Für die Stationen wurden die Kosten neu aufgeteilt nach Ärztepool, Psychologenpool, Pflege- und Sozialpädagogenpool, Medikamente, Fremdleistungen, Hotellerie und So-

zialdienst. Somit konnte ein Arzt, der z.B. auf zwei Stationen tätig war, anteilmäßig den einzelnen Stationen in Rechnung gestellt werden. Dies war vorher nicht möglich.

Bestimmte Kosten, z.B. der Bereitschaftsdienst der Ärzte konnten als Vorhalteleistung des Dienstes nicht einzelnen Patienten in Rechnung gestellt werden, sondern sind Vorhalteleistungen. Sie können jetzt gesondert ausgewiesen werden.

Insgesamt sind die Kostenstellen differenzierter und damit transparenter geworden. Leistungen, die keinem Patienten in Rechnung gestellt werden können, z.B. Vorhalteleistungen für Notfälle, können separat ausgewiesen und damit belegt werden.

Technische Durchführung der Leistungserfassung

Die Leistungserfassung stellte im vorgestellten Fall eine Übergangslösung dar, bis die Leistungen aus einem noch zu realisierenden Klinikinformationssystem (KIS) generiert werden können, einem Parallelprojekt, dass zum Zeitpunkt der Entscheidung schon angelaufen war und in 2 – 3 Jahren realisiert werden soll.

Die Ziele bei der technischen Lösung für Leistungserfassung waren:

- Daten nur ein Mal am Ort der Entstehung erfassen (Dezentralisierung)
- Tagfertige Leistungserfassung
- Raschere Fakturierung der Leistungen ermöglichen
- Gleichmäßige Auslastung in der Patientenabrechnung
- Erhöhung der Datenqualität und –vollständigkeit
- Basis für periodische Zwischenabschlüsse

Aus diesen Gründen wurden zwei verschiedene Möglichkeiten diskutiert: die direkte Eingabe am Computer (PABS¹⁵) oder die Erfassung der Leistung auf einem Beleg, welcher zentral mittels Scanner eingelesen wird (Eyes & Hands). Die jeweiligen Vor- und Nachteile der Lösungen sowie deren Kosten wurden in einer Tabelle gegenübergestellt und der Geschäftsleitung zur Entscheidung vorgelegt.

¹⁵ PABS ist eine integrierte offene Software für alle Bereiche der Spitaladministration

Kosten der Varianten:

Online am Bildschirm (PABS)	
Elemente Betrag	Beschreibung
Tarmed Tool Pflegeleistung Tool Ext. Leistungserfassung Beraterleistungen Total einmalige Kosten Wiederkehrende Kosten	Detaillierte LE mit oder ohne Set Bildung, mit online Validierung und Kontrolljournal inkl. Korrekturmöglichkeit Vereinfachte Form der LE ohne Validierung etwas komplexere Patientensuche, geeignet bei geringer PC Dichte (optional) Offline Erfassung bei fehlender Vernetzung, Validierung nur mit Barcode möglich → nur wenn länger keine Vernetzung (optional) Geschätzte Beraterleistung zur Einführung (20 Std. à Fr. 212) Mindestens Fr. 8'740 (ohne externe und Pflegeleistung Tool) 15% der einmaligen Lizenzkosten; mindestens Fr. 675
Offline masch. lesbarer Beleg (Eyes & Hands)	
Elemente Betrag	Beschreibung 5 Belegtypen, 4'000 Beleg pro Mt.
Belegorganisation Satzkosten Eyes & Hands Entry Eyes & Hands Support Canon DR 3060 Scanner Wartung Scanner Belegdefinitionen Total einmalige Kosten Wiederkehrende Kosten	Ausarbeitung Belegkonzept für 5 – 6 versch. Belegtypen Kosten für Satz inkl. kleinere Korrekturen Zeichenerkennungssoftware 200 Belege / Std. Wartung und Support erstes Jahr 1 Scanner inkl. SCSI Schnittstelle (Vorführgerät Fr. 3'900) Wartung und Support erstes Jahr (optional) Definitionen zur Beleginterpretation und Schnittstelle in ASCII Exkl. PC und Arbeitsplatzkosten

Die Empfehlung der Projektteams war, die Online-Lösung (PABS) zu bevorzugen, da dies die kostengünstigere Lösung ist (nur während rund 3 Jahren im Einsatz), kein zusätzliches Produkt eingeführt werden muss, der

Lieferant sich bewährt hat, die online Lösung im ambulanten Bereich bereits Tatsache (Excel Lösung) und die Argumente „pro“ (s. u.) stärker zu gewichten sind.

Online am Bildschirm (PABS)		Offline masch. lesbarer Beleg (Eyes & Hands)	
Pro	Contra	Pro	Contra
Tagfertig erfass- te Leistungen Keine Daten- transfers oder Medienbrüche Sofortige Vali- dierung der Da- ten Laufende Voll- ständigkeits- und Qualitäts- prüfungen	Setzt Vernet- zung voraus Setzt hohe PC Dichte voraus Gefahr dass Da- ten übertragen werden Grösserer Schu- lungsaufwand	Benötigt keine Vernetzung Systemunabhängige Lösung Kleinere Gefahr von fehlenden Da- ten Kann auch für an- dere Zwecke einge- setzt werden	Engpässe in der Belegverarbei- tung Keine unmittel- bare Datenplau- sibilisierung Formulardruck und –versand Zusätzlicher Ar- beitsplatz im RW

<i>Als weiteres Vorgehen wurden beschlossen</i>	<i>Termin</i>
• Die sofortige Auslösung der Bestellung	08.09.04
• den Test im Projektteam durchführen, Entscheid wei- teres Tool	30.09.04
• Definition und Einrichtung der Leistungsarten bzw. Sets	31.10.04
• Auftrag an Informatik zur Verbreitung des Eingabe- moduls	31.10.04
• Vorbereitung der Schulung für alle MitarbeiterInnen (inkl. Bereitstellung von Hilfsmittel + Erläuterungen)	15.11.04
• Durchführung der Schulung	15.11.04
• Inbetriebnahme	01.01.05

Leistungserfassung Ärzte im stationären und teilstationären Bereich

Bei der Leistungserfassung für Ärzte und Therapeuten im stationären, bzw. teilstationären Bereich sollte einerseits die Leistung den jeweiligen Patienten zugeordnet werden können, andererseits sollte der Erfassungsaufwand in annehmbaren Grenzen bleiben. Durch das Programm PABS ist es möglich online Leistungen zu erfassen. Dabei kann sich jeder Mitarbeiter unter einer Kennung anmelden und in einem Excel-Arbeitsblatt Leistungen für einen Patienten eingeben. Diese Leistungen können über ein Schema eingegeben werden. Öffnet man das Schema für teil- bzw. stationäre ärztliche Leistungen findet man in einem Unterschema, in dem Konsultationen, Abwesenheitsleistung, Spezialleistung, somatische Leistung und Lehre und Forschung zu finden sind. Öffnet man dann das Unterschema Konsultationen findet sich ein Schema mit einer Zeitangabe in 15 Min. Abschnitten. Tippt man dann auf das Schema bis 45 Min. werden in der Abrechnung drei 15 Min.-Blöcke mit der Leistungsnummer für Konsultationen festgehalten. Dies ist für den eingebenden Therapeuten wie auch für die Personalabteilung zeitgleich sichtbar.

Die Leistungen müssen jeden Tag eingegeben werden, spätestens am Abend vor Arbeitsschluss. Bei Bedarf können die Arbeitsleistungen während des Tages auf Hilfsmitteln (Leistungserfassungs-Formulare, Kardex) aufgelistet und abends am PC erfasst werden. Die Abteilung Finanzen/Patientenabrechnung kontrolliert regelmäßig im System, ob und wie die Leistungserfassung erfolgt ist. Bei Bedarf nimmt sie Rücksprache mit den einzelnen Mitarbeitern.

Die Leistungen im PABS (Tarmed-Erfassungstool) der Firma AG-Büro 70 in Bern werden wie folgt eingegeben:

- pro Patient
- pro Mitarbeiter
- pro Zeit in 15-Minuten-Einheiten
- pro Kalendertag
- pro Leistungsart:

Gruppe und Leistungsnummer	Definition	Besonderes	Tarmed-Positionen
Konsultationen (5010)	Einzel-, Familien- und Gruppengespräche	- Keine Telefongespräche - in Anwesenheit des Patienten	02.0010 — 020050
Abwesenheitsleistungen (5020)	- Telefongespräche - Abklärungen - Aktenstudium - Fachgespräche	- Keine Testabklärungen - In Abwesenheit des Patienten	02.0060 — 02.0070
Spezialleistungen (5030)	- Krisenintervention - Testabklärungen	Keine Fachgespräche	02.0080 — 02.0090
Somatische Leistungen (5060)	Sämtliche somatischen Leistungen	gemäß Tarmed	Alle Positionen Außerhalb Kapitel 02
Forschung und Lehre (8095)	- Vorlesungen/Projekte - Prüfungen	- Referate halten - Vorbereitungen/Korrekturen	Keine Positionen

Von Anfang bis Mitte Dezember 2004 erfolgten insgesamt vier Schulungen für alle, die Leistungen erfassen müssen (Ärzte, Psychologen Pflegepersonal, Sozialpädagogen, Therapeuten, Sozialarbeiter) und für die medizinischen Sekretariate.

Leistungserfassung Pflege im stationären und teilstationären Bereich

Ab 1.1.2005 werden die Leistungen im PABS (Tarmed-Erfassungstool) der Firma AG-Büro 70 in Bern wie folgt eingegeben:

- pro Patient
- pro Mitarbeiter
- pro Zeit in 15-Minuten-Einheiten
- pro Kalendertag
- pro Leistungsart: Sonderleistungen (30%)

Es sind Standartleistungen definiert worden, die regelmäßig bei jedem Kind täglich erbracht werden. Diese müssen nicht erfasst werden. Sie machen etwa 70% der Leistungen aus. Alle darüber hinausgehenden Leistungen werden als Sonderleistungen (etwa 30%) detailliert erfasst.

- Stationen: Erfassung durch Nachtwachen
- Tageskliniken: Erfassung durch Gruppenleitung oder Sekretariat

Die Abteilung Finanzen/Patientenabrechnung kontrolliert regelmäßig im System, ob und wie die Leistungserfassung erfolgt ist. Bei Bedarf nimmt sie Rücksprache mit den einzelnen Mitarbeitern.

Die erfassten Leistungen geben Auskunft über die Auslastung der einzelnen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und insgesamt einen Hinweis auf die berechneten Stellenprozente der Abteilungen.

LNr.	Gruppe	Detaillierte Beschreibung der Sonderleistungen
5210	Labor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Labor mehr als 1x wöchentlich
	Medikation	Keine Erfassung
	Behandlung	Keine Erfassung
5220	Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Patienten in der jeweils im Pflegeplan vorgesehenen Intensität ▪ tageweise Einzelbetreuung in Krisensituationen (1:1-Betreuung, andauernder Sichtkontakt durch internes oder externes Personal) ▪ Krisenintervention im Gefährdungsfall ▪ Krisenmanagement mit Patient (eine oder mehrere Betreuungspersonen sind involviert) ▪ Durchsuchen der Station nach gefährlichen Gegenständen und verbotenen Substanzen
	Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensiv: Behandlung von Lausbefall, Einnässen, Einkoten, Verwahrlosung etc.
5230	Gespräch	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusätzliche Gespräche <i>über 30 Min. täglich</i>, intern und extern: Einzel- und Gruppengespräche und Gespräche mit Umgebungspersonen ▪ Hausbesuche ausser Standart
	Aktivität	Keine Erfassung
	Begleitung	<p>Interne und externen Termine:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Untersuchung oder Notfallbehandlung in anderen Kliniken (z.B. Kinderspital) ▪ 1:1-Begleitung für Ausgänge ▪ Trainingsmaßnahmen
5240	Besprechnung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krisenmanagement ohne Patient: Besprechungen mit VB, Polizei, Eltern etc. ▪ eine oder mehrere Betreuungsperson/en sind involviert
	Dokumentation	Keine Erfassung
5250	Allg. tägl. Lebensaktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensiv: Anorexiepatienten mit ständigen Einzelbegleitungen und Überwachungen von Nahrungsaufnahme und Ausscheidung etc. ▪ Intensivierte Milieutherapie

Leistungserfassung Therapeuten im ambulanten Bereich

Die Leistungserfassung der Ärzte und Psychologen im ambulanten Bereich erfolgt nach dem TARMED Leistungsziffern ab 02.0010 für die Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Als Besonderheit sind hier die Ziffern 02.0070 bzw. 02.0160 (Leistungen in Abwesenheit des Patienten) zu erwähnen, deren Gebrauch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich häufiger als in den sonstigen medizinischen Fachbereichen zum tragen kommt. Oftmals finden Gespräche ohne direkten Einbezug des Patienten statt. Die Gespräche erfolgen mit Eltern, Lehrern, Schulpsychologen, Polizisten usw. Diese Ziffer soll jedoch nicht für die Administration der Therapiestunde benutzt werden, worüber sich zur Zeit ein Streit zwischen der Fachgesellschaft und den Krankenkassen entzündet hat.

Umsetzung der Kostenträgerrechnung

Schwierigkeiten der DRG mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie

In der somatischen Medizin kann in vielen Fällen die Art des Behandlungssettings (ambulant, teilstationär oder stationär) von der Diagnose der zugrunde liegenden Krankheit, allenfalls mit den Nebendiagnosen, abhängig gemacht werden. Des Weiteren kann von den Diagnosen bzw. in Kombination mit den Nebendiagnosen, auf die Behandlungsdauer geschlossen werden. So kann von einer mittleren Aufenthaltsdauer von Patienten mit akuter Appendizitis, mit einer drittgradigen Verbrennung von 10 % der Körperoberfläche oder von einer unkomplizierten Radiusfraktur ausgegangen werden.

In der Erwachsenenpsychiatrie ist die Korrelation zwischen Diagnose und Indikation für das Behandlungssetting bzw. Dauer der Therapie deutlich schlechter. Eine hebephrene Schizophrenie kann eine Indikation zur stationären wie auch zur teilstationären wie auch zur ambulanten Behandlung sein.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Zusammenhang zwischen Diagnose und Behandlungssetting/Behandlungsdauer noch schlechter. Diagnosen wie z.B. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) oder Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) geben keinen Anhalt darüber, in welchem Setting die Behandlung zu erfolgen hat. Als Grund dafür

wird gesehen, dass bei der Entstehung und Ausprägung psychischer Störungen Anlage- und Umweltfaktoren beteiligt sind. Bei genetisch prädisponierten psychischen Störungen ist das Risiko zu erkranken in einem disponierenden Umfeld größer. In der Mannheimer Risiko-Kinderstudie zeigte sich, dass chronische psychosoziale Belastungen in der Entwicklung von Verhalten und emotionalen Problemen oft bedeutsamer sind als biologische Faktoren (Laucht et al. 2000). Widrige familiäre und soziale Bedingungen wirken dabei potenzierend auf das Risiko psychiatrisch auffällig zu werden (Voll et al. 1982).

Hauptanliegen in der Entwicklung einer multiaxialen Klassifikation war es, nicht nur psychische und körperliche Krankheitserscheinungen neben einander zu klassifizieren, sondern auch potentiell pathogene Faktoren getrennt vom psychiatrischen Syndrom zu beschreiben (Schmidt 1993). Ernste Probleme im mittelbaren oder engeren Umfeld des betroffenen Kindes oder Jugendlichen bilden wichtige, wenn auch für die Entstehungsgeschichte häufig unspezifische Faktoren, die eine sinnvolle Therapie ernstlich behindern können, wenn sie nicht bewältigt werden (Poustka und van Goor-Lambo 2000). Auf der 5. Achse des multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach WHO werden assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände klassifiziert. So werden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie neben dem klinisch-psychiatrischen Syndrom (Achse 1), das Vorliegen etwaiger umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse 2), das Intelligenzniveau (Achse 3), die körperliche Symptomatik (Achse 4), die abnormen psychosozialen Umstände (Achse 5) sowie die psychosoziale Anpassung (Achse 6) erfasst. So zeigte z.B. eine Untersuchung von K. Becker (2003), dass bei anorektischen Patienten ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Achse 5 Diagnosen und der Dauer der stationären Behandlung besteht ($p < .0002$).

Dies bedeutet für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass sie in einem noch stärkeren Rechtfertigungzwang ist, die Wirksamkeit ihrer Behandlung nachzuweisen als die somatischen Fächer. Die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes bei einer akuten Appendizitis wird niemand bestreiten (evtl. die Dauer des Aufenthaltes). Es besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oft kein kausaler Zusammenhang zwischen dem DRG-Fall und der in der Kostenträgerrechnung erbrachten Leistung.

Anpassung der Kostenstellenstruktur

Die Anpassung der Kostenstellenstruktur vor der Einführung der KTR hatte zur Konsequenz, dass die Zuständigkeiten für viele Bereiche hierarchisch verändert wurden. So wurden vorher z. B. die Personal-, Sach- und Anlagekosten für die Küche der Kinderstationen, die räumlich 20 km vom Zentrum entfernt sind, über die Gesamtküche abgerechnet, die einen Küchenleiter hat. Neu wird dieses Budget von der Hauswirtschaftsleiterin der Kinderstationen verwaltet. Insgesamt wurden die Verantwortlichkeiten für Kostenstellen in der Regel hierarchisch nach unten delegiert. Dies stellte einerseits eine Aufwertung vieler Funktion da, bedingte andererseits jedoch eine bessere Schulung der Mitarbeiter. Die Budgeterstellung ist dadurch, dass mehr Verantwortliche einbezogen werden müssen, komplizierter durchzuführen. Dies wird jedoch durch die erhöhte Kostenkompetenz der Verantwortlichen, die ihren Bereich gut kennen, mehr als kompensiert.

Definition eines Behandlungsfalles

Im Zuge der Einführung der KTR überprüften wir noch einmal unsere Definition eines Falles. Eine Behandlungsepisode beginnt beim ersten persönlichen Erscheinen des Patienten im Haus. Dies bedeutet, dass telefonische Vorgespräche, die in manchen Fällen zeitintensiv sein können, nicht abgerechnet werden können. Solange eine Behandlung im gleichen Behandlungssetting stattfindet (ambulant, teilstationär oder stationär) läuft die gleiche Episode. Dieser Zeitraum beträgt bei Kindern und Jugendlichen oftmals mehr als 6 Monate. Dabei sind die Patienten- oder Elternkontakte oft Anfangs intensiver als in der späteren Behandlung. Findet keine Behandlung innerhalb von 6 Monaten statt, sollte die Behandlungsepisode beendet werden. Dies wird dann an die Patientenadministration gemeldet. Tritt der gleiche Patient dann wieder ein, ist dies eine neue Episode. Wechselt das Setting z. B. von ambulant zu stationär, wird dies auch als neue Behandlungsepisode betrachtet. Im Falle eines Wohnortwechsels und eines damit verbundenen Wechsels in der ambulanten Betreuung, stellt dies keine neue Episode da.

Erfahrungen bei der Information und Schulung

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Einführung der Kostenträgerrechnung war die Akzeptanz der Mitarbeitenden. Es wurde schon ein

Vierteljahr im Voraus kommuniziert, dass eine solche Einführung geplant ist.

Als Gründe für eine Einführung wurde genannt, dass

- dies eine Weisung der Gesundheitsdirektion ist
- jeder Mitarbeiter dadurch die Möglichkeit hat relativ einfach seine erbrachten Leistungen zu dokumentieren
- wir die Form der Erfassung mit den Mitarbeitenden zusammen entwickeln können.

Die meisten Mitarbeiter befürchteten, dass die Erfassung sehr zeitaufwendig sein würde. Deshalb wurden die Erfassungsinstrumente zusammen mit den Mitarbeitern der einzelnen Bereiche entwickelt. Dabei galt die Vorgabe, dass die Zeitbelastung für die tägliche Eingabe der Leistungen möglichst gering sein sollte, jedoch bei ausreichender Qualität.

Nach dem Abschluss der Entwicklung der Leistungserfassung wurden dann Schulungen für alle betroffenen Mitarbeiter durchgeführt. Dabei wurden die Grundzüge der Kostenträgerrechnung und der Sinn der Leistungserfassung noch einmal erklärt. In einem zweiten Teil erfolgten dann praktische Übungen zur Leistungserfassung. Dabei wurden eine Zusammenfassung der Schulung sowie Beispieldlösungen für Erfassungsprobleme schriftlich abgegeben. Diese Schulungen, die etwa 2 ½ Std. mit einer Pause dauerten, wurden insgesamt als sehr hilfreich angesehen. Mit den Beispielen konnten die Mitarbeiter einen großen Teil ihrer täglichen Abrechnungspraxis abdecken.

Bezüglich des Tarmed-Tarifes kam es zu Unsicherheiten bei der Berufsgruppe der Psychologen. In unserem Dienst werden Psychologen und Assistenzärzte etwa gleichwertig eingesetzt. Da der Tarmed-Tarif jedoch für Ärzte gedacht ist und die Psychologen nach diesem Tarif „nur“ delegiert tätig sind, kam es zu gewissen berufspolitischen Diskussionen, die jedoch keinen größeren Einfluss auf die Einführung hatten.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Tarmed-Leistung „Leistungen in Abwesenheit der Patienten“. Dieser Abrechnungspunkt ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ häufig, da es immer wieder Gespräche gibt, die ohne die Kinder und Jugendlichen stattfinden. Dabei stellt sich letztendlich die Frage, ob ein Gespräch mit der Familie ohne das anwesende

Kind eigentlich eine normale Konsultation ist, oder ob dies als Abwesenheitsleistung abgerechnet werden soll. Wir entschieden uns dafür, dass nur Gespräche in Anwesenheit des Patienten als Konsultation gelten.

Eine weitere Problematik stellten die gewohnten Abläufe in unserem Dienst dar. Es war in unserer Klinik üblich, nach einer Anamnesephase die einzelnen Fälle mit dem zuständigen Oberarzt zu besprechen. Diese Besprechung dient der Qualitätssicherung und soll eine möglichst standardisierte, qualitativ hoch stehende Behandlung gewährleisten. Diese gemeinsame Besprechung des Psychologen/Assistenzarztes mit dem Oberarzt kann jedoch gegenüber Tarmed nicht als Leistung abgerechnet werden, da diese in erster Linie Ausbildungscharakter hat. Für diese Auffassung musste zuerst Akzeptanz geschaffen werden.

Für die Zeit nach der Schulung wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich mit allen Fragen der Anwendung der Leistungserfassung auseinander setzte und die Ansprechpartner für die Anwender war. Alle Fragen der Anwender, die per E-Mail gestellt werden konnten, wurden dort gesammelt und beantwortet. Über wichtige Antworten wurden alle Mitarbeiter in Kenntnis gesetzt.

Bewertung aus Sicht der Mitarbeiter

Ein nicht unwesentlicher Anreiz für die Einführung der KTR lag für die Mitarbeiter in einem Nebeneffekt, da eine Voraussetzung für die Einführung der Anschluss aller Dienststellen an das Intranet war. Dies war vor der Einführung nicht der Fall. Somit konnten nach der Einführung alle Mitarbeiter auf die Materialien der zentralen Server, wie Tests und Testauswertungsprogramme, Leitlinien zur Abklärung einzelner Krankheitsbilder und Tools wie Twixtel (elektronisches Telefonbuch) zugreifen. Es wurde möglich, einzelne klinische Fragebögen als Vorlagen in verschiedenen Sprachen auf dem Server abzulegen und bei Bedarf abzurufen. Weiterhin wurde das Betriebssystem Windows XP und Microsoft Office 2003 eingeführt. Diese Punkte wirkten sich sehr positiv auf die Akzeptanz der Leistungserfassung aus.

Insgesamt sind die klinischen Mitarbeiter sowohl im teilstationären/stationären, wie auch im ambulanten Bereich mit der Umsetzung zufrieden, da sie zeitlich wenig belastet werden. Konkrete Vorteile haben die Mitarbeiter jedoch nicht.

Bewertung aus Sicht der Informatikabteilung

Für die Informatikabteilung stellt die Einführung der Kostenstellenrechnung kein größeres Problem da. Das Anwendungsprogramm der Leistungserfassung ist einfach und benötigte weder Schnittstellen noch besondere Hardwareressourcen.

Da im Zusammenhang mit der Einführung der KTR die Vernetzung von einigen Ambulanzen vorzunehmen war und ein Thin-Client-System eingeführt wurde (auf dem Rechner des Anwenders befindet sich im wesentlichen nur ein Betriebssystem zur Anbindung an den Server, auf dem die Anwendungsprogramme laufen) war der Arbeitsanfall zum Zeitpunkt der Einführung hoch. Diese Veränderungen waren jedoch unabhängig von der KTR notwendig.

Ein Problem besteht noch darin, dass die Informatikkosten nicht auf den einzelnen Fall umgelegt werden können, sondern über einen Schlüssel (Zahl der Computerarbeitsplätze) den einzelnen Abteilungen in Rechnung gestellt werden. Vereinzelte Anwendungen, z. B. die Benutzung eines Notebooks mit Testsoftware kann auf den einzelnen Patienten umgelegt werden. Ein höherer Detaillierungsgrad hätte zur Zeit jedoch einen übermäßig hohen Aufwand zur Folge.

Bewertung aus Sicht der Rechnungsabteilung

Die bei der Leistungserfassung erhobenen Daten sind tagaktuell und von guter Qualität. Die Anwender haben wenig Rückfragen und innerhalb von 6 Monaten ist Routine eingekehrt. Die von der Gesundheitsdirektion geforderten Daten können geliefert werden.

Die Transparenz der erbrachten stationär bzw. teilstationär erbrachten Leistungen ist deutlich verbessert. Allerdings sinkt die Transparenz der Daten, je weiter entfernt Leistungen vom Patienten erbracht werden. Es ist deutlich, welche Leistungen der Assistenzarzt erbringt. Der Oberarzt, der mit Ausbildungs- und Administrationsaufgaben betraut ist, kann seine Arbeit schlechter dokumentieren.

Leistungen wie Informatik (s.o.) und Administration sind nur schlecht verursachungsgerecht zu verteilen. Es wurde bezüglich der Administrationskosten entschieden, diese nach Lohnsumme der einzelnen Abteilungen zu verteilen. Dies macht Sinn, da 80% der Gesamtkosten aus Personalkosten bestehen.

Die finanzbuchhalterische Erfassung der verabfolgten Medikamente findet heute noch nicht statt. Auch werden die für die Forschung erbrachten Leis-

tungen der Klinischen Mitarbeiter nur schlecht von den für die Patienten erbrachten Leistungen getrennt, da hier eine sogenannte Kuppelproduktion vorliegt (ein Prozess liefert zwei oder mehrere Produkte).

Verbessert werden muss noch die Aufbereitung der Auswertung der Leistungserfassung für die Anwender und die zuständigen Vorgesetzten. Dies würde die Akzeptanz weiter erhöhen.

Bewertung aus Sicht der Führung

Die Einführung der Kostenträgerrechnung erfolgte im vorgegebenen Zeitrahmen. Die Vorgaben der Gesundheitsdirektion sind erfüllt worden. Die Akzeptanz bei den Mitarbeitern ist gut.

Durch die Änderung in der Kostenstellenstruktur wurde die Verantwortlichkeit der Mitarbeiter in Kaderpositionen gestärkt. Sie kontrollieren ihre Budgets selbstständig, haben einen besseren Überblick über ihre Finanzen und sind mehr in die Führung einbezogen.

Die Eingabe der Leistungen erfolgt ohne größere Probleme zeitnah, meist am gleichen Tag. Dies bedeutet für den ambulanten Bereich eine deutliche Verbesserung, da dort die Leistungen bisher alle 3 Monate erfasst wurden.

Zur Zeit werden die ambulant erbrachten Leistungen mit einer Tagespauschale vergütet. Durch die differenzierte Erfassung der Leistungen kann gezeigt werden, dass eine Vergütung nach dem Tarmed-Tarif einen deutlich höheren Deckungsbeitrag erbringen würde. Eine Abrechnung nach dem Tarmed-Tarif ist jedoch zur Zeit aus politischen Gründen nicht gewollt.

Durch die neue Leistungserfassung können die einzelnen Ambulanzen besser verglichen werden und somit wird ein Benchmarking auch aussagekräftiger.

Insgesamt ist das Projekt erfolgreich durchgeführt worden und gehört heute zur Routine.

Die Arbeit ist meinem verstorbenen Freund, Kollegen und Mitautor Beat Mohler gewidmet.

Literaturverzeichnis

Becker, K. Schmidt, M. H.(2003): Bedingen abnorme psychosoziale Umstände längere Verweildauern in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik? Kindheit und Entwicklung 12 (3), Hogrefe-Verlag, Göttingen

Laucht, M. , Esser, G. Schmidt, M. H. (2000): Längsschnittforschung zur Entwicklungs-epidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzungen, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29.

Poustka, F., Goor-Lambo, G. van, (2000): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erfas-sung und Bewertung belastender Lebensumstände von Kindern nach Kapitel V (F) der ICD 10. Bern, Huber

Schmidt, M. H. (1993) Zum Stand der Klassifikation psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 2, Hogrefe-Verlag, Göttingen

Seiler, Armin: Accounting (BWL in der Praxis 1). 3. Auflage (2001). Orell Füssli Verlag, Zürich

Voll, R. et al. (1982): Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auf-fälligkeiten bei 8 Jährigen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychothe-rapie, 10. 1982

Anschrift der Autoren:

Dr. med. Jörg Leeners

Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich

Kinderstation Brüschhalde

Bergstr. 120

CH-8708 Männedorf

Tel. +41 44 921 22 66

Joerg.Leeners@kjpdz.ch

Dr. med. Beat Mohler, MPH[†]

Neumünsterallee 3

CH-8032 Zürich

Jürg Wägli

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern

Rathausplatz 1

CH-3011 Bern

Buchrezensionen

Gerlach, Manfred; Warnke, Andreas; Wewetzer, Christoph (Hrsg.) **Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie.** Springer Wien New York 2004. 356 Seiten. 59,80 €

Die überwiegend in Würzburg tätigen Autoren des Lehrbuches haben mit diesem Buch ein richtungweisendes und fächerübergreifendes Nachschlagewerk und einen Leitfaden der Neuropsychopharmakologie für das Kindes- und Jugendalter geschaffen. Der erste Teil beschreibt die Grundlagen sowie allgemeine Aspekte und Besonderheiten der Psychopharmakotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wird das Konzept der Neurotransmitter ausführlich erläutert. Die Besonderheiten der Behandlung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher sowie die Behandlung mit Psychopharmaka in der niedergelassenen Praxis wurden ebenfalls mit eigenen Abschnitten hervorgehoben. Der zweite Teil umfasst die spezielle Neuro-Psychopharmakologie mit Kapiteln zu Antidepressiva, Antiepileptika, Anxiolytika und Hypnotika, Neuroleptika, Psychostimulanzien sowie Stimmungsstabilisierer und Phasenprophylaktika. Die verschiedenen Arzneistoffe werden darin definiert, eingeteilt und die Wirkungsmechanismen einschließlich Nebenwirkungen und Interaktionen mit anderen Substanzen erklärt. Der Aspekt der klinischen Relevanz steht immer im Mittelpunkt der Darstellung. Im dritten Teil des Buches finden sich stark praxisorientierte Anleitungen zur Pharmakotherapie wichtiger Störungsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hierzu gehören die Behandlung aggressiven Verhaltens, Angststörungen und Phobien, ADHS, autistische Störungen, Depression, Enkopresis, Enuresis und funktionelle Harninkontinenz, Epilepsie, affektive Störungen, Mutismus, Persönlichkeitsstörungen, psychogene Essstörungen, Schizophrenie, Schlafstörungen, Ticstörungen sowie Zwangsstörungen. In diesen sehr praxisorientiert gestalteten Kapiteln mangelt es nicht an kritischen Bewertungen der für die Behandlung zur Verfügung stehenden Substanzen. Im Appendix des Buches findet der Leser sehr nützliche Beispiele für dokumentierte Patientenaufklärung sowie einen tabellarischen Überblick über Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Die vielen Abbildungen, Tabellen und Schemata tragen dazu bei, dem Leser einen umfassenden Überblick über die nicht immer einfachen Zusammenhänge zu verschaffen. Auch auf die ethischen und rechtlichen

chen Aspekte der pharmakotherapeutischen Behandlung bei Kindern und Jugendlichen im Praxisalltag wird umfassend eingegangen. Die zumeist gut verständliche Sprache und die klar strukturierte Darstellung der einzelnen Kapitel machen das Buch nicht nur für Kinder- und Jugendpsychiater, sondern auch für Kinder- und Allgemeinärzte sowie für Psychologen, Sozialarbeiter oder auch solche Lehrer und Erzieher interessant, die eine Vertiefung der Auseinandersetzung mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht scheuen. Der robuste Einband und die sorgfältige Bindearbeit des Buches sowie die Verwendung eines nach ökologischen Gesichtspunkten ausgesuchten Papiers unterstreichen den benutzerfreundlichen Charakter des Buches. Dieses Buch könnte somit neue Standards und Maßstäbe für ein modernes Lehrbuch der Psychopharmakologie für Kinder und Jugendliche setzen. Es bleibt für die Leser nur zu wünschen, dass die rasanten neuen Entwicklungen auf diesem Gebiet bald auch Eingang in neue Auflagen des Buches finden.

Dr. med. Bodo Pisarsky, Berlin.

Mechthild Firnhaber: **Legasthenie und andere Wahrnehmungsstörungen.** Wie Eltern und Lehrer Risiken frühzeitig erkennen und helfen können. 3. überarb. Neuauflage 2005. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag. 319 S., 8,90 €

Dieser Ratgeber ist von einer Mutter geschrieben, die 1971 die Therapie ihrer legasthenen Söhne selbst übernahm, ohne dafür eine Ausbildung zu haben. In der Folgezeit gründete sie in Hessen den Landesverband Legasthenie und zahlreiche Elternselbsthilfegruppen und veranstaltete länderübergreifende interdisziplinäre Kongresse und wissenschaftliche Symposien.

Das Buch trägt als weiteren Untertitel „Ein Erfahrungsbericht über 4 Generationen mit Legasthenie und Rechenschwäche“ und tatsächlich vermittelt es nicht nur Wissen und Hilfestellungen für Eltern, Lehrer und Förderunterricht, sondern erzählt auch spannend Auszüge vom Lebensweg der Autorin und ihrer Familie.

Der Inhalt gliedert sich in einen Theorie- und einen Praxisteil. Nicht in allen Bereichen wurde das vor über 20 Jahren erstmals erschienene Werk aktualisiert. So werden als Referenz für die Definition der Legasthenie ICD in der Fassung von 1979 und DSM in der Fassung von 1980 referiert. Ü-

berschriften wie „Mein Schulweg (1995)“ und „Nachtrag 2005“ oder „Ein Nachtrag Jahre später“ erwecken den Eindruck, dass historische Texte mit aktuell gültigen abwechseln. Damit ist für den Ratsuchenden bei allen nicht mit Jahreszahlen versehenen Abschnitten nicht immer klar, welche Passagen up to date sind und welche nicht. Schlicht falsch ist die Behauptung, dass ADS im Gegensatz zu Hyperaktivität keine eigenständige Störung sei. Befremdend ist auch die unter der Überschrift „Therapiekostenübernahme, auch für einen Klinikaufenthalt“ gemachte Aussage, dass der Autorin nur eine einzige Schule bekannt sei, die „Kinder aufnimmt, die zugleich auch einer Therapie (psychiatrisch und Ergotherapie) in der geschlossenen Klinik bedürfen“, da eine vorliegende Störungen berücksichtigende Beschulung während einer teilstationären bzw. stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbehandlung als Standard und nicht als Ausnahme zu betrachten ist.

Die Stärke des Buches liegt in der Vielzahl von Anregungen für Eltern, konstruktiv ihr Kind mit Legasthenie (und ggf. weiteren Besonderheiten wie ADHS, Hochbegabung, Rechenschwäche, motorischer Entwicklungsstörung) zu unterstützen sowohl hinsichtlich eigener Förderaktivitäten als auch Inanspruchnahme professioneller Interventionen. Dabei erläutert die Autorin auch ‚alternative‘ Methoden mit kritischer Distanz, ohne sie gleich wegen fehlender Wirknachweise aus doppelblinden crossover Studien zu verdammen: Eine gelungene Gratwanderung! Viel Mut machen auch die ‚Langzeitstudien‘ an den eigenen Kindern und Enkeln, ohne in überhöhte Hoffnungen zu verfallen. Und last not least – so nur von einer Mutter betroffener Kinder zu schildern – werden typische familiäre Belastungen als Begleiterscheinungen und/oder direkte Folgen der Legasthenie sowie erfolgreiche Wege aus diesen Problemen anschaulich beschrieben, immer wieder trotz allen Ernstes der Lage auch mit einem Augenzwinkern. Ein sehr engagiertes und menschliches Buch!

Dr. med. Ingo Spitzczok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

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

Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitczokvonBrisinski@lvr.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:
 - a. 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;
 - b. 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;
 - c. 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;
 - d. 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;
 - e. 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 Diskette, 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.
- ✓ Manuskritlänge 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 und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ 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

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.

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 Spitzok von Brisinski, Christian K. D. Moik

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzok von Brisinski, Tel.: 0 21 62 / 96 31
E-Mail: redaktion-forum@bjkpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bjkpp.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.
