

Inhalt

Editorial: Erfahrungswissenschaft und rekursive Informationsschöpfung <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Prof. Dr. Gerhard Bosch zum 90. Geburtstag	4
Psyche und Person <i>Gerhard Bosch</i>	12
Dr. Wilhelm Rotthaus zum 70. Geburtstag	16
Hat die Sozialpsychiatrie ihre Bedeutung verloren? <i>Elmar Spancken</i>	22
Prof. Dr. h. c. mult. Josef Weizenbaum † 1923 – 2008.....	35
Trauma, Kultur und Familie – Erfahrungen aus Norduganda <i>Klaus-Dieter Grothe</i>	40
Tagesklinik als therapeutischer Entwicklungsraum: konstante Behandlungs- gruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien <i>Jochen Gehrman, Markus Schwarz, Gamal Abedi, Elke Boida, Jan Finbar Wolf, Uta Fies, Rita Schwahn und Maike Pellarin</i>	56
Kindeswohlgefährdung durch Delinquenz - Fallanalysen zur Aussagekraft von Syndromen krimineller Gefährdung <i>Hauke Brettel</i>	69
Qualitätsmanagement Toolbox (2) <i>Julia Bellabarba</i>	80
<i>Tagungsrückblick</i> Therapie von Entwicklungsstörungen: Was wirkt wirklich?	84
<i>Testrezension</i> HAWIK IV	88
<i>Buchrezensionen</i> Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen	92
So gelingt Familie. Hilfen für den alltäglichen Wahnsinn	93
Lösungsorientierte Therapie – was hilft, wenn nichts hilft	94
Sozialmarketing als Stakeholder-Management	97
Der kleine Kindertherapeut	102
<i>Hinweise für Autoren</i>	103

Editorial:

Erfahrungswissenschaft und rekursive Informationsschöpfung

„Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach wie vor trotz der an den Universitäten betriebenen Grundlagenforschung eine Erfahrungswissenschaft und ist als solche in erster Linie hermeneutischer Natur. Kinder- und jugendpsychiatrische Erkenntnistätigkeit wurzelt deshalb in der Begegnung mit unseren Patienten und ihren Angehörigen“ schreiben Eggers et al. (2004) im Vorwort zu ihrem Lehrbuch „Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters“. Ein unverzichtbarer Teil kinder- und jugendpsychiatrischer Erkenntnistätigkeit wurzelt jedoch auch in der Auseinandersetzung mit Fach- und Fach übergreifender Literatur sowie in der Begegnung mit unseren Kollegen und Lehrern. Anlassbezogen stellen wir in diesem Heft zwei von ihnen, nämlich Gerhard Bosch und Wilhelm Rotthaus, näher vor, ergänzt durch einen Beitrag zu Joseph Weizenbaum, der mit seinem interdisziplinären Ansatz auf angrenzenden Gebieten auch Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erlangt hat.

In der Evidenz basierten Medizin (EbM) wird der Expertenmeinung zwar „nur“ ein „Härtegrad“ von IV zugestanden, allerdings sind Aussagen mit Evidenzgrad I nicht „wahrer“ als Aussagen mit Evidenzgrad von II, III oder IV, und nur dann im klinischen Einzelfall wahrscheinlicher zutreffend, wenn die Kontextbedingungen denen der zugrunde liegenden Studien entsprechen. Kontrollierte, randomisierte und gegebenenfalls verblindete Studien sind aber in der Regel ein hoch artifizielles Milieu und müssen keineswegs die Wirklichkeit bei der Mehrheit der Patienten widerspiegeln (von Wichert 2005). Besonders eindrucksvoll kann man dies auch im Beitrag von Klaus-Dieter Grothe über kinder- und jugendpsychiatrische Erfahrungen aus Norduganda in diesem Heft nachlesen. Folgerichtig verstehen die Begründer unter EbM einen Dreiklang, der ärztliche Erfahrung, die Wünsche der Patienten und die Berücksichtigung der wissenschaftlichen Literatur als „external evidence“ umfasst (Sackett et al. 1996). Unverzichtbarer Bestandteil der „internen Evidenz“ ist die ärztliche Erfahrung: „Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external

evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient“ (Sackett et al. 1996, S. 71). Dabei hat es in der Medizin, anders als etwa in den bildenden Künsten oder der Musik, oftmals den Anschein einer geringeren Akzeptanz, den Blick auf Erfahrungen und Arbeiten zu wenden, die älter als 10 Jahre sind, und die für die Gegenwart und Zukunft brauchbaren Erkenntnisse und Konzepte aus diesen Arbeiten mit neuen zu kombinieren. Vielleicht können hier langjährige Entwicklungen und Erfahrungen, wie sie in diesem Heft auch von Elmar Spancken auf dem Gebiet der Erwachsenenpsychiatrie beschrieben werden, nicht nur mahnen, vergangene Fehler nicht zu wiederholen, sondern auch „vergessene Schätze“ wieder zu heben im Sinne einer erweiterten rekursiven Informationsschöpfung (Deissler 1986), auch analog zu Remschmidts Feststellung: „Und wenn man versucht, den Prozess der Psychotherapie als einen Lernprozess aufzufassen, dessen Wesen darin besteht, innerhalb eines Systems von Partnerrollen, das Selbstbild des Patienten so umzugestalten, dass er es akzeptieren kann, so wird in diesem Prozess das Noch-Nicht-Realisierte, das Zu-Erwartende, eine ebensolche Rolle spielen wie die Aufhellung der unbewussten Vergangenheit“ (Remschmidt 2005, S. A-1797).

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Eggers, C., Fegert, J. M., Resch, F. (2004) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin - Heidelberg: Springer

Deissler, K. G. (1986) Rekursive Informationsschöpfung. Zirkuläres Fragen als Erzeugung von Information. Anregungen zur Entwicklung lösungsorientierter Fragen im kokreativen Prozeß systemischer Therapie. Marburg: InFaM

Remschmidt, H. (2005) Kinder- und Jugendpsychiatrie: Zwischen Einsamkeit und Hoffnung. Dtsch Arztebl 102(25): A 1794–1798

Sackett, D. L., Rosenberg, W. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. Brit med J 312: 71–72

Von Wichert, P. (2005) Evidenzbasierte Medizin (EbM): Begriff entideologisieren. Dtsch Arztebl 102(22): A 1569–157

Prof. Dr. Gerhard Bosch zum 90. Geburtstag

Neben Werner Villinger und Hermann Stutte gehört Bosch zu den Gründungsvätern unseres Fachgebietes nach 1945. Die Kinderpsychiatrie verdankt ihm u. a. bedeutende frühe Einsichten über die Sprache, die Welt autistischer und die Würde behinderter Kinder und Jugendlicher. Am 13.08.2008 wird er 90.



Gerhard Bosch (rechts) im Gespräch mit Hermann Stutte

Die Kindheit verbrachte er in Heidelberg-Rohrbach und die Adoleszenz in Köln. In diese Zeit fielen früher Tod des Vaters, Weimarer Republik, bündische Jungschar, Interesse an Lyrik, Trampfahrten rund um das Mittelmeer. Nach dem Abitur und dem Arbeitsdienst war Werkstudent in der chemischen Industrie und begann danach das Medizinstudium in Leipzig und Bonn. Eine Famulatur 1940 in Ostpreußen wurde durch den Einsatz als Grenadier abgelöst. Es folgten die Fortsetzung des Medizinstudiums in einer Studentenkompanie und die Beendigung 1944 im unmittelbar bedrohten Köln (Bosch 1998a)

Bosch sammelte in der chaotischen Kriegs- und Nachkriegszeit Erfahrungen im Aufbauen und Organisieren. Als Student und Sanitäter in Russland hatte er gelernt, wie man in Windeseile in einer Schule ein großes Seuchenlazarett einrichtet. In Bamberg gründete Bosch nach 1945 die erste kinderpsychiatrische Abteilung, danach wechselte er nach Würzburg und Frankfurt. Als er 1951 zur Frankfurter Universitätsklinik wechselte, fand er die ausgebombte Kinderstation notdürftig in einer alten Wehrmachtsbaracke untergebracht vor. Er erhielt den Auftrag zur Neugestaltung und engagierte sich sieben Jahre lang mit Planung, Denkschriften, Bauaufsicht und Einrichtung - bis zum Neubau eines 30-Betten-Hauses mit Poliklinik, das danach für 40 Jahre räumliche Basis für den Lehrstuhl bildete.

Im zweiten Teil seiner Memoiren (Bosch 1998b) sind nahezu sämtliche Personen erwähnt, die in der Zeit nach 1945 für die deutsche Psychiatrie und Kinderpsychiatrie von Bedeutung waren.

Besonders beeinflusst wurde er von seinem Lehrer Jörg Zutt und dessen „Anthropologie des Leibes“. Aber auch Kleist und Leonhard gehörten zu seinen klinischen Lehrern und er setzte sich mit den entwicklungspsychologischen Arbeiten von Gottschaldt, Werner und Thomä auseinander.

1948 arbeitet Bosch das hinsichtlich der Genese Unspezifische, jedoch alterstypisch Spezifische über Dementis infantilis Heller heraus in einer Publikation unter dem Titel „Demenz als Folge von Masernencephalitis im Kleinkindesalter“. Dimensionen des biologischen Substrats werden mit der entwicklungspsychologischen alterstypischen Durchformung und der individuellen Daseinsgestaltung des Einzelfalls verbunden dargestellt. Die Hellersche Demenz wird nicht mehr als Krankheitseinheit mit degenerativer, psychotischer oder entzündlicher Ursache aufgefasst, sondern als altersspezifisches Syndrom des 3. bis 4. Lebensjahres. Sprachzerfall, Erregungszustände und wacher Gesichtsausdruck werden als unspezifische, jedoch altersabhängige Kernsymptome interpretiert in Analogie zur normalen Entwicklung des Kleinkindes bis zur ersten Trotzphase. Erstmals wurde der Gedanke einer alterstypischen Prägung eines Demenzbildes eingeführt (Reinhard 1988).

Seine Arbeit „Psychopathologie der frühkindlichen Hirnschädigung“ (1954) diskutiert gestaltpsychologische Arbeiten im Umfeld von Kurt Goldstein ebenso wie psychologische Testmethoden und therapeutische Ansätze, machte die phänomenologischen Arbeiten von Strauss und Lehtinen bekannt und hat eine differenzierende Betrachtung der Hirnschä-

digungsfolgen in Deutschland in Gang gesetzt.

Das im Krieg im Hirnverletztenlazarett gewachsene Interesse an der Hirnschädigung und ihren Folgen und an einer eher klassisch-neurologisch bzw. biologisch ausgerichteten Differentialdiagnostik wurde ergänzt durch die anthropologische Sichtweise seines Lehrers Zutt. Eine erste Schwerpunktverlagerung zu einer direkter anthropologisch und phänomenologisch orientierten Betrachtung wird in der Fallstudie über „Fetischistisches Verhalten bei einem Kinde“ (1955) erkennbar. Hier geht es nicht um psychoanalytische Theorien sexueller Entwicklung in der frühen Kindheit, sondern um eine phänomenologische Betrachtung des individuellen Sinns bestimmter Symptome in der Lebenswelt eines bestimmten Kindes.

Den Durchbruch in der wissenschaftlichen Anerkennung erreichte Bosch 1962 mit seiner Habilitationsschrift „Der frühkindliche Autismus - eine klinische und phänomenologisch-anthropologische Untersuchung am Leitfaden der Sprache“. Es war international die erste monographische Bearbeitung des Themas und fand nicht nur im deutschen Sprachraum Verbreitung, sondern wurde auch, erweitert um ein Vorwort von Bruno Bettelheim, ins Englische übertragen und beeinflusste den amerikanischen Sprachraum. 1964 schreibt die amerikanische Psychoanalytikerin Lotte Bernstein in einer Besprechung des damals nur in deutscher Sprache vorliegenden Buches in *Psychosomatic Medicine*: „It is stimulating and thought provoking, even if we need not totally agree with him“. Bereits in Besprechungen der englischen Übersetzung 1970 wurde dann seine Monografie als „klassisch“ bezeichnet und international gerühmt, nicht nur in Amerika, sondern auch in Japan und in der Sowjetunion (Reinhard 1988). Auch heute noch werden seine Fallvignetten in der aktuellen Literatur zitiert (z. B. Attwood 1998; Lord & Bailey 2002).

Bosch ergänzte die bis Anfang der 60er Jahre vorliegenden naturwissenschaftlichen Ansätze, die von Grundstörungen oder Funktionsstörungen innerhalb des Naturobjektes Mensch ausgingen, auf der Grundlage einer geisteswissenschaftlichen Einstellung um Betrachtungen des Autismus als spezifische Abwandlung menschlichen Daseins. Sein verstehender Zugang zum Phänomen des Autismus wurde inspiriert von Erfahrungen in der Psychotherapie schizophrener Menschen, die zeigten, dass die autistische Abkapselung durch ein besonders verständnisvolles menschliches Engagement bis zu einem gewissen Grad überwunden werden kann. Er beobachtete, dass therapeutische und heilpädagogische Bemühungen, beim autisti-

schen Kind Vertrauen aufzubauen und ihm eine positive und helfende Einstellung der Umwelt in richtiger Weise mitzuteilen, dazu führten, dass die Kommunikationsstörung sich verminderte und damit der dynamische Charakter des autistischen Rückzuges offenbar wurde.

Er kombinierte sprachphänomenologische Untersuchungen mit sprachgeschichtlichen und entwicklungspsychologischen Analysen. Davon ausgehend, dass Rede im weitesten Sinne sprachliche Bewältigung einer Situation ist, versuchte Bosch über die Analyse der Sprache autistischer Kinder und Jugendlicher Zugang zu ihrem Selbst- und Welterleben zu gewinnen. Die Sprache hat sich für diese Aufgabe über den Wortschatz hinaus spezielle Zugriffe entwickelt, d. h., Möglichkeiten der Redeführung, die als syntaktische Mittel bezeichnet werden. Diese Zugriffe gestatten bestimmte Erfahrungen sprachlich niederzulegen. Solche Erfahrungen werden aber nicht nur für das Individuum selbst sprachlich fixiert, sondern dienen im Zusammenleben der Menschen immer auch der Mitteilung an andere im Räume der gemeinsam gesprochenen Sprache. In diesen gemeinsamen Sprachraum wächst das Kind hinein, und dieses Hineinwachsen führt zur zunehmenden Kenntnis und schließlich auch zur eigenen Mitgestaltung an einer gemeinsamen, intersubjektiven, durch diese Sprache mitteilbaren Welt. Alle Bauelemente der Sprache als Zeichensystem stehen im Sprechen in einer bestimmten Beziehung zum Sprechenden, zum Hörenden und zu dem, worüber gesprochen wird.

Neurologisch-biologische Ansätze haben ebenfalls Boschs Werk geprägt. In den ersten Bamberger und Frankfurter Arbeiten noch im Vordergrund, blieben sie im weiteren Verlauf beständiger Hintergrund seines klinischen Wirkens. So arbeitete sein Doktorand Schlingensiepen 1971 als ätiologische Faktoren des frühkindlichen Autismus bei 33 Kindern hirnorganische Schädigungen wie pränatale Schädigungen, Geburtstraumen mit Asphyxie, und Enzephalitiden innerhalb des ersten Lebensjahres heraus. Als Hinweise auf genetische Ätiologiefaktoren wurde in 18 Fällen das Vorkommen von Persönlichkeiten mit abgeschwächt autistischen Zügen innerhalb der Familien dieser Kinder gewertet. Aber auch psychogenetische Faktoren in Form des Fehlens einer liebevollen Beziehung der Eltern zu ihren Kindern wurden in 13 Fällen angenommen unter Berücksichtigung der Möglichkeit, dass auch bei liebevoller Eltern-Kind-Beziehung das Milieu sich dadurch ungünstig gestalten kann, dass es zu einem *circulus vitiosus* kommen kann, in dem sich abweichendes kindliches Verhalten und elterliche Fehlreaktionen gegenseitig zum Ungünstigen steigern. Da in fast allen Fällen zwei oder mehr ätiologische Faktoren nebeneinander gefunden wurden, wurde

vermutet, dass erst das Zusammenwirken mehrerer Faktoren die autistische Verhaltensstörung bewirkt. Dies dürfte auch heute noch konzeptionell state of the art darstellen.

Im Mittelpunkt klinischer Forschung standen die Sprache und die Welt des autistischen Kindes und nach 1962 - mit der Übernahme der Rheinischen Landeslinik Süchteln als Leitender Landesmedizinaldirektor und Mitglied der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine Universität Düsseldorf – auch die Humanisierung der Behandlung und der Erhalt der Würde behinderter Kinder und Jugendliche (Bosch 1963, 1964, 1969, 1978, Bosch et al. 1975). Darüber hinaus entstanden Arbeiten zu „Weltbeziehung und Sprachaufbau in der Pathologie der Kindersprache“ (1968) und „Störungen der Sprachentwicklung aus kinderpsychiatrischer Sicht“ (1974) sowie Handbuchkapitel zur Ätiologie frühkindlicher Hirnschädigung (1970), Psychosen im Kindesalter (1972), und natürlich zu Autismus (1980). Bedeutende phänomenologische Studien widmeten sich außerdem der „Entwicklung der Todeserfahrung im Kindesalter“ (1967) und dem Beitrag „Vom Unglück nicht lieben zu können“ (1986). Hier werden außer daseinsanalytische Untersuchungen Wege der Heilung und Einsichten in die Struktur des Lebens überhaupt erschlossen.

Als er 1961 die ursprünglich für 300 behinderte Kinder und Jugendliche konzipierte Viersener Klinik in Augenschein nahm, erkannte er die Chance, mehr als nur eine weitere kleine Station einzurichten, stattdessen eine Art klinischer Mitte für die doch an vielen Stellen verstreut wirkende Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seine Vision: „Eine Klinik für alle Krankheits- und Störungsbilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber eben nicht mit reinen Bettenstationen, sondern mit der Möglichkeit eines richtigen Tagesablaufs mit getrenntem Wohnen, Spielen, Lernen, Arbeiten und Sport. Also einen Ort, an dem die Patienten so normal wie möglich nach ihren Bedürfnissen leben können – um gesund zu werden und sich angemessen zu entwickeln“.

1970 fand der erste „Tag der offenen Tür“ statt, zu dem 150 Gäste aus der Region und dem weiteren Umkreis kamen. Wichtige Ziele waren für Gerhard Bosch der Abbau von „Scheu vor dem psychisch kranken Kind“ und die Eingliederung der Kinder in die Gesellschaft: „Der Erziehungsweg ist nicht isoliert auf den Bereich der Klinik. Daher die Öffnung nach draußen“ (Westdeutsche Zeitung vom 7.7.1970). Darüber hinaus gingen die Patien-

ten ins Theater und auf die regionale Kirmes, um dort auf andere Kinder und Jugendliche zu treffen.

In den 70er Jahren gründete Bosch zusammen mit Dr. Ulrich Albrecht (Idstein) und Prof. Dr. Egon Machetanz (Marl-Sinsen) als Sektion des „Arbeitskreises der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland“ („Bundesdirektorenkonferenz“) den „Arbeitskreis der Leiter öffentlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin“, der die Leiter aller kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft zusammenfasste und zusammen mit dem in den 80er Jahren entstandenen "Arbeitskreis der Leiter Kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen an Kinderkliniken und Allgemeinkrankenhäusern" 1990 in die heutige Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG)" aufging.

1980 trat Prof. Bosch in den wohlverdienten Ruhestand. 1988 erhielt er in Anerkennung seiner Verdienste den Preis der Acta Paedopsychiatrica. In diesem Jahr wurde von ihm auch ein Beitrag zu „Lebensthematik und künstlerischer Ausdruck im Werk des Malers Blalla W. Hallmann“ veröffentlicht, in dem er die Bilder des Malers in Beziehung setzt zur Biografie und inneren Lebensgeschichte, die „durch schwere Krisen und immer neue Stufen der Selbst- und Welterfahrung im Leben und der Kunst zu höheren Freiheitsgradengeführt hat“. 1998 erschienen seine Memoiren. Die Ergebnisse von zwei Patienten mit Kanner-Autismus und einem Patient mit Asperger-Syndrom aus der Studie zur Habilitationsschrift, 40 Jahre später nachuntersucht, wurden von Sven Bölte und ihm 2004 publiziert und 2005 erschien ein Diskussionsbeitrag zu seinem ‚Leib und Magen-Thema‘ „Sprache und Autismus“ hier im Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Prof. Bruno Bettelheim (1970) „was greatly impressed by his deep sympathy for these unfortunate children and by his keen insight into the overt manifestations of a behavior which presents the observer with tantalizing riddles“. Prof. Manfred Müller-Küppers, Lehrstuhlinhaber in Heidelberg bis 1993, beschrieb Gerhard Bosch anlässlich seines 85. Geburtstags als „originell im wissenschaftlichen Denken, sprachlich von hoher Kompetenz und voller Empathie und Begeisterung, um Studenten für dieses gleichermaßen schwierige, aber auch unvergleichlich befriedigende Fach zu ge-

winnen.“ – Sieht man davon ab, dass noch weitere 5 Jahre Weisheit in der Zwischenzeit hinzugekommen sind, gilt dies für den Nestor der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie unverändert!

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Literatur

Attwood, T. (1998) *Asperger syndrome. A guide for parents and professionals.* London: Kingsley.

Bernstein, L. K. (1964) Book Reviews. *Psychosom Med* 1964 26: 88
www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/26/1/88-a.pdf

Bölte, S.; Bosch, G. (2004) Bosch's Cases: a 40 years Follow-up of Patients with Infantile Autism and Asperger Syndrome. *German J Psychiatry* 7:10-13

Bosch, G. (1948) Demenz als Folge von Masernencephalitis im Kleinkindesalter. *Nervenarzt* 19, 254

Bosch, G. (1954) Psychopathologie der frühkindlichen Hirnschädigung. *Fortschritte der Neurologie und Psychotherapie* 22, 425

Bosch, G. (1955) Fetischistisches Verhalten bei einem Kinde. Zur Soziologie der niederen Sinne. *Beiträge zur Sexualforschung* 6

Bosch, G. (1958) Über Phantasiegefährten bei einem hirngeschädigten Kinde. *Nervenarzt* 29, 201

Bosch, G. (1962): Der frühkindliche Autismus - eine klinische und phänomenologisch-anthropologische Untersuchung am Leitfaden der Sprache. *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie.* Heft 96. Berlin: Springer

Bosch, G. (1963) Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Rehabilitation und beschützte Arbeit. *Zeitschrift Lebenshilfe* 2

Bosch, G. (1964) Soziale Faktoren der geistigen Entwicklung. *Nervenarzt*

Bosch, G. (1966) Erfahrungen beim Aufbau und der Organisation einer jugendpsychiatrischen Landesklinik. *Nervenarzt* 37, 298

Bosch, G. (1967) Über die Entwicklung der Todeserfahrung im Kindesalter. *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie* 6, 37

Bosch, G. (1968). Weltbeziehung und Sprachaufbau in der Pathologie der Kindersprache. *Der Nervenarzt*, 39, 489 - 497

Bosch, G. (1969) Aufgaben der Sondererziehung in jugendpsychiatrischen Kliniken. *Zeitschrift Lebenshilfe* 8, 125

- Bosch, G.* (1970) Infantile Autism. Clinical and phenomenological-anthropological investigation taking language as the guide. Berlin - Heidelberg - New York: Springer
- Bosch, G.* (1970) Klinisch-jugendpsychiatrischer Beitrag zur Ätiologie frühkindlicher Hirnschädigung. In: H. Stutte und H. Koch (Hg.): Charakteropathien nach frühkindlichen Hirnschäden. Berlin - Heidelberg - New York: Springer
- Bosch, G.* (1972) Psychosen im Kindesalter. Psychiatrie der Gegenwart. Klinische Psychiatrie Bd. II/1. 2. Aufl. Berlin - Heidelberg - New York: Springer
- Bosch, G.* (1974). Störungen der Sprachentwicklung aus kinderpsychiatrischer Sicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2, 48-58
- Bosch, G.* (1978) Schwer geistig behindert. Versuch der Abgrenzung, Beschreibung typischer Gruppen. Entwicklung von Zielvorstellungen für Förderung und Versorgung. In: Schwer geistig behindert. Schriftenreihe der Lebenshilfe Bd. 3
- Bosch, G.* (1980) Autismus. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Band XII. Zürich: Kindler, 325-357
- Bosch, G.* (1986) Vom Unglück, nicht lieben zu können. In: Der Mensch. München: Kindler
- Bosch, G.* (1988) Lebensthematik und künstlerischer Ausdruck im Werk des Malers Blalla W. Hallmann. Acta Paedopsychiatrica 51(4): 293 – 300.
- Bosch, G.* (1998a) Auch Sonne zwischen Ungewittern. Wege und Bilder einer Entwicklung von Krieg zu Krieg. Erinnerungen Band I. Buchreihe »Zeitzeugen berichten«. Frankfurt am Main: Haag + Herchen
- Bosch, G.* (1998b) Neue Wege zum Humanen. Leben und Wirken in der Psychiatrie der Nachkriegszeit 1946 bis 1980. Erinnerungen Band II. Buchreihe »Zeitzeugen berichten«. Frankfurt am Main: Haag + Herchen
- Bosch, G., Kaempf, H., Koester, H.* (1975) Die Versorgung geistig Behinderter in Dänemark und Schweden. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Anhang. Drucksache 7/4201, Deutscher Bundestag
- Bosch, G., Spitzcok von Brisinski, I.* (2005) Diskussion: Sprache und Autismus. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 15(3), 111-114
- Lord, C., Bailey, A.* (2002) Autism spectrum disorders. In: Rutter M, Taylor E (Hg.) Child and adolescent psychiatry. Oxford: Blackwell, 636-663
- Reinhard, H. G.* (1988) Gerhard Bosch: Das wissenschaftliche Werk. Acta Paedopsychiatrica 51(4): 227 – 233
- Reinhard, H.G., Bosch, G.* (1979) Ergebnisse der Begutachtung sexuell devianter Jugendlicher. In: M. Müller-Köppers, F. Specht (Hg.): Recht - Behörde - Kind. Probleme und Konflikte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber
- Schlingensiepen, A.* (1971) Zur Ätiologie des frühkindlichen Autismus. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

Diskussionsbeitrag: **Psyche und Person**

Gerhard Bosch

Eckart Försters Beitrag „Psyche und Person“ von 1991 hat zu einer Diskussion über zentrale Fragen unseres Fachs im Grenzbereich zur Philosophie geführt, die im Alltag von Forschung und Klinik meist zu kurz kommen. Seine apodiktische Festlegung auf eine monistische Position könnte allerdings das geforderte Fragen nach dem Wesen psychischer Vorgänge vorzeitig einengen, wenn sie nicht zugleich vielfältig zum Widerspruch anregte. Leider kann man im begrenzten Rahmen eines Diskussionsbeitrages auch nur verkürzt antworten, kommt um Autoritätenbeweise nicht herum und muß dem interessierten Leser zumuten, die angeführten Quellen selbst nachzulesen.

Förster geht aus von einem naturwissenschaftlich-kausalen Weltbild, im engeren Sinne der Hirnfunktion, auf die das Seelische als Epiphänomen aufgesetzt ist. Diesem wird allenfalls ein durch Wahrnehmungseinengung (Gestaltzwang) täuschender Seitenblick auf das eigentliche Funktionieren, sonst aber keine Wirkung zuerkannt, von Eigenwesen ganz zu schweigen. „Psyche ist Hirnfunktion“ heißt es, und „das menschliche Handeln (wird) zwangsweise durch unreflektiertes Erleben bestimmt und nicht durch wissenschaftliche Schlussfolgerungen“. „Person“ wird reduziert auf eine „Bezeichnung für diejenige zerebrale Funktionseinheit, die psychisches Leben erst ermöglicht.“ Hans Jonas (1987) hat die logischen Widersprüche der Epiphänomentheorie herausgearbeitet. Der zugrundeliegende Naturbegriff wurde entwickelt, um das Kausal- und Konstanzprinzip konsequent durchzuführen und zu schützen. Der Begriff des Epiphänomens verlangt davon eine in diesem Theorieansatz völlig unerklärliche Ausnahme. Das Seelische wäre bei Annahme kausaler Geschlossenheit eine Schöpfung aus dem Nichts und hätte im Gegensatz zu allem anderen Bewirkten keine Rückwirkung, bliebe ein konsequenzloser Wahn.

Sehr eingehend hat Erwin Straus in seinem ganzen Werk, besonders in „Sinn der Sinne“ (1956) die unauflösbaren Widersprüche der positivistischen Forschung aufgewiesen. Als Motto kann man seinen Satz: "Der

Mensch denkt, nicht das Gehirn" anführen. Auch Forscher, die einen leib-seelischen Dualismus ablehnen, können heute eine Eigengesetzlichkeit des seelischen Erlebnisbereiches anerkennen, so der Neuropathologe Seitelberger. Vom Studium neuronaler Vorgänge kommt der Philosoph und Erkenntniskritiker E. Oeser zur Einsicht in die völlige Unvorhersehbarkeit des intentionalen, selbstreferentiellen Bewusstseins und spricht von einer metaorganischen Funktion (Oeser u. Seitelberger 1988).

Eine umfassende Sicht der Probleme, von ihm selbst als Versöhnung von Newton und Goethe intendiert, entwickelt W. Heisenberg in seinem posthum veröffentlichten Werk „Ordnung der Wirklichkeit“. Es bietet eine Stufenlehre des Wirklichen, die er an der Bedeutung des Beobachters demonstriert. In der klassischen Physik, das gilt auch für das Funktionsmodell von Förster, ist die Beobachterposition entindividualisiert und bezüglich ihrer Wirkung neutralisiert. Unterhalb dieser Ebene, z.B. im Bereich der Quantenphysik ist jede Beobachtung zugleich Wirkung und modifiziert das beobachtete Geschehen, wie Heisenberg selbst nachgewiesen hat. Ein Gleiches gelte für den Bereich des Lebens. Er formuliert: „Es gehört zur Erkenntnissituation im Bereich der Wirklichkeit, der das Leben enthält, dass wir schon wissen, was Leben ist, weil wir selbst leben.“ Wie Piaget diese Entwicklung des Lebendigen in Selbst- und Weltgestaltung am Kleinkind demonstriert hat (zit. bei von Üxküll 1991), so findet Heisenberg es als letzte Quintessenz der Erkenntnisbemühung: „Erkenntnis ist letzten Endes nichts anderes als Ordnung – nicht von irgendetwas, das als Gegenstand unseres Bewusstseins oder unserer Wahrnehmung schon vorhanden wäre, sondern von etwas, das durch diese Ordnung zum eigentlichen Bewusstseinsinhalt wird. Die innere Erleuchtung, die wir bei einer neuen Erkenntnis empfinden, ist der bewußte oder unbewußte Vollzug dieser Ordnung.“ Eine vergleichbare Schichten- oder Stufenlehre der Seinsbereiche entwickelt auch Nicolas Hartmann, an den sich R. Jung in seinem großen Handbuchartikel: Neurophysiologie und Psychiatrie(1980) anlehnt. Dabei wird die größere Freiheit und Entstehung eigener Kategorien in den höheren Seinschichten entwickelt, wenn auch den Neurophysiologen mehr die durch die Schichten zu verfolgenden Gesetzmäßigkeiten interessieren. Auf die 3-Welten-Theorie von K. Popper und die dualistische Position des Hirnforschers Eccles sowie deren lehrreiche Auseinandersetzung mit der positivistischen Position in ihrer gemeinsamen Arbeit (Popper u. Eccles 1982) sei verwiesen (s. auch Diskussionsbeitrag von Hirschberg, 1992). Welche Folgerung sind daraus zu ziehen, wenn wir sehen, wie diese Frage von Eigenwesen und Abhängigkeit des Geistig-Seelischen heute diskutiert wird?

Über die Fortsetzung der Erforschung der Korrelationen von Bewusstseinsstatbeständen und Hirnfunktionen braucht man sich im Jahrzehnt des Gehirns kaum Sorge zu machen.

Anders steht es mit der Würdigung und Erforschung des Geistig-Seelischen in seiner Eigengesetzlichkeit. Schon der Verstehensbegriff bei Karl Jaspers enthält gewisse Einengungen und hat bei Kurt Schneider eine „nachgrade asketische Reduktion der psychiatrischen Klinik auf den Bereich erfahren“, der ausschließlich auf krankhafte Veränderungen des Leibes gegründet werden kann (Tellenbach 1987). Konsequenter wird der psychische Bereich in den Interpretationen der Psychoanalyse entfaltet, wenn auch zu ihrem Nachteil bedroht durch traditionelle Rückfälle in physiologische Konstrukte (Lorenzer 1970).

Von Husserls Phänomenologie, vor allem von seiner Begründung der Lebenswelt als unreflektierter Voraussetzung allen Denken und Fühlens sowie Heideggers Daseinsanalytik angeregt oder bestätigt, sind eindrucksvolle phänomenologisch-anthropologische (v. Gehsattel, E. Straus, Zutt u.a.) oder daseinsanalytische (Binswanger, Blankenburg, Boss) Studien entstanden, die in vielfältiger Weise klinisches Handeln und Denken beeinflussen haben, auch wenn man sich der Quellen oft nicht mehr bewusst ist. Als Verbindung psychoanalytischer und anthropologischer Sicht seien die Arbeiten von Benedetti und Bräutigam genannt. Neuere Forschungen, die an der Sprache ansetzen, in deren Strukturen sich die Formen der Kommunikation, der Welt- und Selbsterfahrung ausdrücken und interpretieren lassen, haben Lorenzer (1970) aus psychoanalytischer und Habermas (1989) aus soziologischer Sicht vorgelegt. Die klinische Relevanz solcher Forschungswege können meine eigenen Studien über die Psyche autistischer Kinder am Leitfaden der Sprache erweisen, bei denen ich - unabhängig von Habermas - vom gleichen Organonmodell der Sprache (K. Bühler) ausgegangen bin.

Solche Forschungen lassen sich freilich nicht im naturwissenschaftlichen Sinne „objektivieren“, weil sich das verstehende Subjekt nicht ausschalten lässt. Es müssen deshalb andere Methoden entwickelt werden, die zwar auch wissenschaftlich streng, aber nicht reduzierend sind.

Von den Geisteswissenschaften kennen wir die Hermeneutik, die Methode der verstehenden Auslegung, die die geistigen Gehalte in Kunst, Literatur oder Geschichtswissenschaft zu erschließen bemüht ist. Ein umfassender Ansatz, der auf W. Dilthey gründet, findet sich bei F. Fellmann (1991). Das Aufgreifen solcher methodischer Erfahrung würde dem Faktum der Vernetzung der Disziplinen entsprechen und einen großen Reichtum an Einsichten für unser Fach erschließen. Tellenbach (1987) gibt der Samm-

lung seiner Arbeiten den Titel „Psychiatrie als geistige Medizin“. Das könnte auch in dem latenten Doppelsinn ein Programm sein.

Dieser 1992 entstandene Beitrag wird hier erstmals publiziert und bezieht sich auf Förster, E. (1991): *Psyche und Person*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 19, 107-110.

Adresse des Autors:

Prof. Dr. Gerhard Bosch
Tannayerstr. 12
55585 Norheim

Literatur

- Bosch, G.* (1970) *Infantile Autism*. Berlin, Heidelberg New York: Springer-Verlag
- Fellmann, F.* (1991) *Symbolischer Pragmatismus. Hermeneutik nach Dilthey*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuchverlag
- Habermas, J.* (1989) *Nachmetaphysisches Denken*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Heisenberg, W.* (1987) zit. nach Löw, R.: *Ordnung und Wirklichkeit*. W. Heisenberg in seinen philosophischen Schriften. Universitas 42, 1167 - 1176
- Hirschberg, W.: *Diskussionsbemerkungen zum Beitrag E. Förster: Psyche und Person*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 20, 62-63, 1992
- Jonas, H.* (1987) *Macht oder Ohnmacht der Subjektivität?* Frankfurt a.M.: Suhrkamp Taschenbuch
- Jung, R.* (1980) *Neurophysiologie und Psychiatrie*. In: Kisker, K.P., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgen, E. (Hg.) *Psychiatrie der Gegenwart* 2.A.Bd.1 Teil 2, 753-1103
- Lorenzer, A.* (1970) *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt a.M.: Edition Suhrkamp
- Oeser, E., Seitelberger, F.* (1988) *Gehirn, Bewußtsein und Erkenntnis*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Popper, K.R., Eccles, J.* (1982) *Das Ich und sein Gehirn*. München, Zürich: R. Piper
- Straus, E.* (1956) *Vom Sinn der Sinne*. 2.A. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Tellenbach, H.* (1987) *Psychiatrie als geistige Medizin*. München: Verlag für angewandte Wissenschaft
- von Üxküll, Th.* (1991) *Stellungnahme zu E. Förster: Psyche und Person*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 19, 271

Literatur zu Anthropologie und Daseinsanalyse bei:

- Blankenburg, W.* (1979) *Psychiatrie und Philosophie*. In: Kisker, K. P., Meyer, J.E., Müller, C., Strömgen, E. (Hg.) *Psychiatrie der Gegenwart* 2.A.:Bd.1 Teil 1, 828-875

Dr. Wilhelm Rotthaus zum 70. Geburtstag

Wilhelm Rotthaus ist der Nestor der systemischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Darüber hinaus prägte und prägt er unser Fachgebiet sowohl durch umfassende berufspolitische Arbeit als auch durch zahlreiche Beiträge zu Erziehung, forensischen Fragestellungen, Suchtmedizin und Therapie mit geistig behinderten Menschen. Am 16.6.2008 wird er 70.



Wilhelm Rotthaus verbrachte seine Kindheit in Bielefeld. Seine Mutter war Krankenschwester, sein Vater Chirurg, der jedoch früh Kontakt zur Psychotherapie Jungscher Richtung hatte und 1955 seine Privatpraxis zugunsten der Psychotherapie aufgab.

Wilhelm Rotthaus begann früh mit dem Klavierspiel und wechselte später zur Geige. Viele Jahre wurde zu Hause jeden zweiten Abend Musik gemacht zusammen mit der Schwester, die Flöte spielte, und dem Vater am Klavier. Singen war ein Naturtalent der Mutter.

Nach dem Studium der Medizin in Freiburg, Paris und Bonn begann Rotthaus als Medizinalassistent in der Chirurgie. 1962 lernte er seine spätere Frau Hilde Trapmann in der Psychiatrie der Universität Bonn kennen, wo sie im Rahmen ihres Psychologiestudiums tätig war.

1962/63 unterbrach er seine ärztliche Tätigkeit und begann ein Musikstudium in Köln. Während des Studiums absolvierte er zahlreiche Konzerte mit der Kammeroper Köln, später zahlreiche Liederabende als Konzertsänger. 1964 – 1972 war Wilhelm Rotthaus hauptberuflich als Bass-Bariton tätig..

In dieser Zeit erstellte er aber auch zusammen mit seiner Frau anlässlich der Einführung der neuen Straßenverkehrsordnung die Schulungsmaterialien für alle Kinder in der Bundesrepublik und gründete mit ihr eine Firma zur Erstellung Programmierter Unterweisungen, die aus vielen großen Firmen Aufträge erhielt. Es entstanden auch das gemeinsame Buch „Aufälliges Verhalten im Kindesalter“ und eine Reihe von Kinderbüchern – parallel zur Entwicklung ihres Sohnes, der 1966 geboren wurde.

Rotthaus reizte sehr die Arbeit mit Kindern und Psychotherapie stand immer noch auf seiner Wunschliste. So nahm er 1972 die ärztliche Tätigkeit wieder auf, zunächst als „Zweitberuf“ in der Anästhesie. 1973 erhielt er die Approbation als Arzt, war bis 1974 als Assistenzarzt an der Abteilung für Anästhesiologie des Marienhospitals Brühl tätig, wechselte in die Psychiatrie im Rheinischen Landeskrankenhaus Langenfeld und ging 1975 in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Prof. Gerhard Bosch nach Viersen.

Es war die Zeit des Wandels vom diagnostischen zum psychotherapeutischen Fokus und die stationäre Arbeit wurde durch eine Ambulanz erweitert. Im Rahmen von Inhouse-Therapieausbildungen lernte Wilhelm Rotthaus zusammen mit ärztlichen und psychologischen Kollegen und Kolleginnen Spieltherapie von Stefan Kaatz aus Münster und Familientherapie von Jos van Dijk und Frans Boeckhorst. Zu weiteren Inhouse-Seminaren kamen u. a. Martin Kirschenbaum, Ivan Boszormenyi-Nagy, Luigi Boscolo, Fritz Simon, Gunthard Weber, Arnold Retzer.

1976 promovierte Rotthaus an der Universität Bonn bei Prof. Weitbrecht zum Thema „Das Phänomen des Häufigkeitwandels unter den Formen seelisch abnormen Reagierens - dargestellt am Beispiel der hysterischen Reaktionsweise“. 1977 – 1978 war er als Wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung Kinderheilkunde der RWTH Aachen tätig, danach Wiedereintritt in die Rheinische Landeslinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

in Viersen als Funktionsoberarzt der Abteilung B mit Dr. Helga Färber als Chefarztin. 1979 erhielt er die Anerkennung als Gesprächspsychotherapeut in der GWG. Ab 1980 war er Oberarzt der Abteilung A mit Prof. Bosch als Chefarzt und seit 1981 als Nachfolger von Prof. Bosch Chefarzt der Abteilung A. 1983 bis 2004 war er zusätzlich Fachbereichsarzt.

1982 begründete Wilhelm Rotthaus die „Viersener Therapietage“. 1986 kamen u. a. Heinz von Foerster, Niklas Luhmann und Siegfried Schmidt. Viele dieser alle 2 Jahre stattfindenden Tagungen sind von Rotthaus herausgegeben als Bücher dokumentiert.

Ab 1985 war Wilhelm Rotthaus auch überregional berufspolitisch in beeindruckender Weise erfolgreich:

1985 wurde er zum Vorsitzenden des „Arbeitskreises der Leiter öffentlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken“ gewählt, aus dem 1990 die „Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V.“ hervorging, dessen Gründungsmitglied er war und dessen Erster Vorsitzender er bis 1994 und Vorstandsmitglied bis 1998 blieb. In diese Zeit fiel u.a. die Durchsetzung familientherapeutischer Verfahren als psychotherapeutisches Zweitverfahren in den (Muster)-Richtlinien der (Muster)-Weiterbildungsordnung für den Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Bundesärztekammer.

1988 – 1992 war er Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. und 1990 – 1994 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

1998 war er Gründungsmitglied der „Arbeitsgemeinschaft systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V.“ und Erster Vorsitzender von 1998 – 2006.

2000 entstand aus dem Zusammenschluss von DAF (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie) und DFS (Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten) die „Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie“ (DGST), deren Erster Vorsitzender er 2000 – 2007 war.

Zudem war Wilhelm Rotthaus 1989 – 1990 als Mitglied der Expertengruppe des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung für den Personalbedarf in der stationären Erwachsenenpsychiatrie und als Leiter der Expertengruppe für den Personalbedarf in der stationären Kinder- und Jugend-

psychiatrie umfassend an der Gestaltung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) beteiligt.

Von großem Rang und umfangreich ist auch sein publiziertes Werk. Aus den weit über 100 Veröffentlichungen u.a. zum systemischen Arbeiten im stationären Kontext, zur Systemtherapie psychotischen Verhaltens Jugendlicher, zur Psychotherapie Jugendlicher, zur Psychotherapie Geistig Behinderter, zur Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern, zur Erziehung unter systemischer Perspektive und zum Verhältnis von Erziehung und Therapie hat seine 1990 erstmalig erschienene und mittlerweile in der 2. Auflage vorliegende Monografie „Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ besondere Bedeutung erlangt: Bei dem Werk, zu dem Prof. Reinhard Lempp und Prof. Helm Stierlin Geleitworte schrieben, handelt es sich um die erste umfassende Darstellung eines Konzeptes stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie und zugleich die erste Beschreibung eines konsequent durchstrukturierten Modells stationärer Systemtheorie. Seine humanistisch geprägte, pragmatisch-anschauliche Beschreibung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Prozesse machte dieses Buch auch für die stationäre Jugendhilfe interessant.

Diese fachgebietsübergreifend ansprechende Darstellung psychotherapeutischer Modelle und Methoden ist ein wesentliches Merkmal vieler seiner Publikationen ebenso wie seiner umfassenden Vortragstätigkeit und hat dazu geführt, dass seine Artikel, Buchkapitel und Bücher sowohl eine starke Integrationskraft als auch einen hohen Verbreitungsgrad aufweisen. Ein äußerst wichtiger Beitrag zur Entkräftung von Vorurteilen gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zur Anregung der vertieften Kommunikation und Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozialpädagogen, Erziehern und Lehrkräften!

Noch Vieles bliebe zu erwähnen – u. a. seine Tätigkeit als Redaktionsmitglied der „Zeitschrift für systemische Therapie“ seit 1992, seine Tätigkeit als Familientherapeut/Systemischer Therapeut, Systemischer Supervisor und Systemischer Lehrtherapeut und sein Engagement als Vorstandsmitglied an der Seite seiner Frau für Children's Hope Kinderinitiative Kenia e.V. zur Verbesserung der allgemeinen Lebens-, Lern- und Arbeitssituation und Aktivierung der Selbsthilfkkräfte von alleinerziehenden mittellosen Müttern und ihren Kindern in Kenia. Und – so mancher wird sich an das wunderbare Konzert im Dom erinnern anlässlich der BKJPP-Tagung in

Aachen 1999 – Wilhelm Rotthaus bestreitet auch weiterhin mit großem Können und großer Freude Liederabende.

Doch wie war und ist Wilhelm denn als Mensch und Kollege? Dazu Dr. Joachim Jungmann, langjähriger Weggefährte von Wilhelm, 25 Jahre lang Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Weinsberg und BAG-Vorsitzender von 1994 – 2004: „Kreativ, wertschätzend, präzise auf den Punkt kommend, aufgeschlossen gegenüber Neuerungen!“ Das kann ich nur bekräftigen und ergänzen durch „Strategisch geschickt und doch stets menschlich, ressourcenorientiert ohne unrealistisch zu werden, erfahren und dennoch flexibel und neugierig“!

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Ausgewählte Literatur

Gruber, T., Rotthaus, W. (1999) Systemische Therapie mit jugendlichen Sexualstraftätern in einer symptomhomogenen Gruppe. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe* 48, 341-348

Hennicke K., Rotthaus W. (Hg.) (1993): Psychotherapie und geistige Behinderung. Dortmund: verlag modernes lernen

Rotthaus, W. (Hg.) (1989) Psychotisches Verhalten Jugendlicher. Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 8. Dortmund: modernes lernen

Rotthaus, W. (1990) Organisation und Kooperation in einer Vollzugsanstalt. *Kriminalpädagogische Praxis*, 18, 30 - 35

Rotthaus, W. (1990) Die systemische Perspektive. Zum Verhältnis von Erziehung und Therapie aus systemischer Sicht. In: *Huschke-Rhein, R.* (Hg.) *Systemische Pädagogik*. Köln (Rhein), 28 - 39

Rotthaus, W. (1998) Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2. Aufl., Dortmund: modernes lernen

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

Rotthaus, W. (2002) Strukturentwicklung in einer systemischen Klinik für Kinder und Jugendliche. In: *Kretz, H.* (Hg.) *Lebendige Psychohygiene 2000 plus*. München: Eberhard, 75 -87

Rotthaus, W. (2002) Systemische Psychotherapie mit Jugendlichen. *Psychotherapie im Dialog* 3 (4), 338 - 344

Rotthaus, W. (2003) Welchen Platz haben Kinder in der Systemischen Familientherapie? - Eine kritische Bestandsaufnahme. *kontext* 34, 225 - 236

Rotthaus, W. (2004) Lösungsraum Familie – Hilfreiche Dialoge zwischen Eltern und Kind. *kontext* 35, 123 – 135

Rotthaus, W. (2004) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Eine Erweiterung der therapeutischen Handlungskompetenz. In: Metzmacher, B., Wetzorke, F. (Hg.): *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 25 – 45

Rotthaus, W. (2005) Systemische Therapie. In: Resch, F., Schule-Markwort, M.: *Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie. Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma.* Weinheim, Beltz, 72 – 85

Rotthaus, W. (Hg.) (2005) *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* 3. Aufl., Heidelberg: Carl Auer Verlag

Rotthaus, W. (2006) Familiäre Gewalt, die von den Kindern ausgeht – Ein neues gesellschaftliches Phänomen. *Kontext* 37(3), 231-246

Rotthaus, W. (2006) *Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung.* 6. Aufl.,

Rotthaus, W. (2007) Systemische Ideen für eine Frühpädagogik im Zeitalter globaler Konflikte. In: Balgo, R., Lindemann, H., Schildberg, H. (Hrsg.): *Systemische Pädagogik im Zeitalter globaler Konflikte.* Heidelberg, Carl-Auer-Systeme 2007

Rotthaus, W., Gruber, T. (2004) Die systemische Behandlung jugendlicher Sexualstraftäter. *Psychotherapie im Dialog* 5 (2004) 120-127

Rotthaus, W., Levold, T. (2008) Im Gespräch: Ich war vom Stil her niemand, der Anweisungen gibt ... Wilhelm Rotthaus im Gespräch mit Tom Levold. *Kontext* 39(2), 162-184

Rotthaus, W., Trapmann, H. (2008) Auffälliges Verhalten im Jugendalter. *Handbuch für Eltern und Erzieher - Band 2.* 2. Aufl., Dortmund: modernes lernen

Trapmann, H., Rotthaus, W. (2004) Auffälliges Verhalten im Kindesalter. *Handbuch für Eltern und Erzieher - Band 1.* 11. Aufl., Dortmund: modernes lernen

Hat die Sozialpsychiatrie ihre Bedeutung verloren?

Elmar Spancken

1973 wurde die Rheinische Landeslinik Rheydt unter Leitung von Dr. Veltin eröffnet mit dem Anspruch, in modellhafter Weise die Psychiatrie der Zukunft zu etablieren. Es war der Auftakt für jene tiefgreifende Reform der Psychiatrie im Rheinland, die auch Ausdruck und Folge der sozialpsychiatrischen Bewegung in Deutschland war.

Für diejenigen, die an diesem Abenteuer teilnehmen durften, und zu denen zählte ich auch, spiegelte das nun entstandene Spannungsfeld die zentrale Kontroverse jener Umbruchzeit wider:

- das Soziale stand gegen das Biologische
- Integration gegen Verwahrung
- Psychotherapie gegen Pharmakologie
- offen gegen geschlossen
- Gemeindepsychiatrie gegen Großkrankenhaus.

Kurzum: Sozialpsychiatrie versus Anstaltspsychiatrie, aber auch die Frage nach Edelpsychiatrie und Zweiklassenpsychiatrie.

Die Rheydter Klinik begann mit etwa 30 Langzeitpatienten, die aus der „Anstalt“ gekommen waren, und zwar jenen, die ihren Wohnsitz in Rheydt gehabt hatten. Somit sammelten wir unsere ersten psychiatrischen Erfahrungen überhaupt im Umgang mit jenen „eigenwilligen Persönlichkeiten“, denn als solche sind sie mir wirklich in Erinnerung. Denn dass man uns, natürlich ohne böse Absicht, nicht die einfachsten Patienten überlassen hatte, versteht sich von selbst. Aber in der Arbeit mit diesen chronisch Kranken, dann mehr und mehr mit den schwierigen neuen Patienten, die wir, das war Anspruch und Ehrensache, auf keinen Fall verlegen wollten, und wenn sie die Klinik auf den Kopf stellten, haben wir in den folgenden Jahren viel gelernt. Zum Beispiel über den schwierigen Weg

- zwischen dem Bestreben nach Autonomie und dem Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit

- zwischen der Unterforderung in der Klinik und der Überforderung in manchen Wohngruppen
- zwischen dem Wunsch nach dem normalen Leben draußen und der Angst vor der Einsamkeit in verwahrlosten Wohnungen.

Wir haben etwas über den langen Atem gelernt und über die Zeit, die es braucht, zwischen diesen Alternativen das individuell passende Milieu zu finden, das den jeweiligen Bedürfnissen und Möglichkeiten gerecht wird.

Wir haben auch etwas über die Relativität richtungsgebender Planung gelernt im Hinblick auf die Ziele, die der Patient unserer Meinung nach erreichen müsste. Der von ihm letztlich eingeschlagene Lebensweg entzog sich oft der Logik unseres rehabilitativen Engagements, heute würden wir wohl „personenzentrierte Hilfeplanung“ sagen. Eher ähnelte der Prozess der Suche nach einem gemeinsamen Weg zu einem noch unbekanntem Ziel unter Inkaufnahme von Irrwegen und Enttäuschungen. Was wir wollten und was richtig schien scheiterte oft, und was wir für unmöglich hielten gelang oft überraschend. Die Klinik diente als auffangbereites Netz für das Wagnis der Schritte in die Gemeinde. Die notwendige Grundhaltung war: offen bleiben und ermutigen für Entwicklungen, die jederzeit möglich werden konnten, aber nicht mussten. Auch Stillstand war erlaubt. Voraussetzung war, und ohne diese konnte nichts gelingen, hinreichende Zeit für das Wachsen von Beziehungen. Auf dieser Grundlage konnte so manche Krise bewältigt und ein neuer Weg gefunden werden.

So weit die kurze Zusammenfassung jener Grunderfahrungen sozialpsychiatrischen Handelns. Ich werde darauf zurückkommen, wenn wir die heutige Situation betrachten.

Die Etablierung der Klinik Rheydt war ein erster und wichtiger Akt sozialpsychiatrisch intendierter Psychiatriepolitik im Rheinland. Der Nachhaltigkeit dieser Politik ist es aber auch zu verdanken, dass längst das polarisierende Fortschrittsgefälle zwischen Sozialpsychiatrie und Anstaltspsychiatrie aufgehoben ist zugunsten zeitgemäßer und gemeindepsychiatrisch konzipierter Kliniken in einer differenzierten Versorgungslandschaft.

Vor dem Hintergrund der jetzigen Krisendiskussion ist es gut, sich noch einmal zu erinnern, welche verändernde Kraft, welche Leidenschaft in dieser sozialpsychiatrischen Bewegung ab Anfang der 70er-Jahre steckte. Dass innerhalb von zwei bis drei Jahrzehnten der Paradigmawechsel von der Anstalt zur Gemeindepsychiatrie so konsequent vollzogen werden

konnte, sich die Psychiatrielandschaft im Rheinland so tiefgreifend veränderte, das ist und bleibt der Sozialpsychiatrie geschuldet. Politik, Trägerverwaltung und Klinikleitungen setzten in großem Konsens sozialpsychiatrisches Denken um. Das alles aber auf dem Hintergrund einer bewegten Zeit. Diese Entwicklung vollzog sich nicht undramatisch im Spannungsfeld der übergreifenden politisch ideologischen Debatte der nach 68er-Jahre. Für viele von uns war die Psychiatrie das Feld, auf dem die intensiven Auseinandersetzungen um gesellschaftspolitische Fragen und Utopien geführt wurden. Die Protagonisten der Bewegung, sei es Kaspar Kulenkampff oder Alexander Veltin, waren Sozialpsychiater. Erfolgreich waren sie und ihre Nachfolger nicht zuletzt deshalb, weil sie ihre Verwurzelung in der traditionellen Psychiatrie mit dem Wagemut des Erneuerns verbinden konnten. Als Realos der Bewegung gelang es ihnen, das sozialpsychiatrische Schiff durch die Stürme der Zeit sicher in den gemeindepsychiatrischen Hafen zu lenken.

Ich habe diese „Gründerjahre“ noch einmal aufleben lassen, damit wir verstehen, was sich hinter dem etwas traurig-resignierenden Ton der Frage verbirgt, ob die Sozialpsychiatrie an Bedeutung verloren hat. Denn in der Tat: Wegbegleiter und Sympathisanten sozialpsychiatrischer Tradition führen eine Krisendebatte.

Unter dem Titel „Das Ende der Psychiatriereform“ schreibt Sebastian Stierl: „Deutschland im Herbst – Der Umbau des Sozialstaates ist in vollem Gange. Längst ist der Reformbegriff durch seinen Missbrauch zur Verschleierung des Abbaus sozialer Rechte und Sicherheiten korrumpiert bis auf die Knochen. Hatten wir da nicht mal was von „Begleiten“ und „Zeit haben“, „Beziehung und Suchhaltung“ gelesen, und dann schauen wir auf unseren Alltag und stellen fest, dass wir in einem Dauerstress Menschen versorgen, der vor zehn Jahren undenkbar war, dass wir unter einer Flut von Rechtfertigungsbürokratie zu ersticken drohen“ (Stierl 2005, S. 4).

Die „Soltauer Impulse“, eine Initiative kritisch sozial engagierter Menschen, fasst ihr Unbehagen in 12 Thesen (http://culturebase.org/home/soltauer-impulse/soltauer_impulse.pdf) zusammen, aus denen ich nur einige Schlagworte zitiere: „Netz der Solidarität zerreißt, Ausschluss von Randgruppen, Effizienzdenken dominiert, an Messbarkeit ausgerichteter Normierungsdruck, neue Zweiklassenpsychiatrie, primär pharmakologisch und technisch ausgerichtete Therapien, Zentrierung auf akut Erkrankte, Kritik an Verfahren wie Qualitätssicherung, personenzentrierte Hilfeplanung, überbordende Bürokratie.“

Hier ist der Zorn wieder aufgelebt, die Empörung und der anklagende Ton, wie wir ihn aus den Gründerjahren kennen und wie er in den Jahren fortschreitender Reform allmählich abgeebbt war. Richtete er sich damals gegen die Anstaltspsychiatrie, so richtet er sich jetzt gegen den befürchteten Verlust sozialpsychiatrischer Errungenschaften unter dem Diktat der Ökonomie.

Aufgeschreckt durch diesen alarmierenden Ton – ich lebe schon zwei Jahre im Ruhestand -, habe ich die Thesen überprüft anhand der vorherrschenden Begriffe, Themen und Problemstellungen, mit denen ich mich in meinen letzten Berufsjahren befassen musste.

Ein zentrales Diskussionsthema war das **Budget**. Darum wurde zeitaufwändig gerungen. Es wurde zugeteilt. War es gerecht verteilt? Natürlich nicht. Sind die Zahlen richtig? Wie wurden sie berechnet? Das muss noch einmal überprüft und diskutiert werden. Ständig kommen neue Zahlen. Und immer die Sorge, habe ich meine Vorgaben erfüllt, meine Leistungen erbracht? Wird das Budget gekürzt? Natürlich steckt in der Budgetierung viel Fortschritt, wer will das leugnen. Es schafft Transparenz, man weiß was man hat und was nicht geht. Wird einsichtig in das offenkundig Unvermeidliche. Man wird ein kleiner Betriebswirt. Das ist ja kein Fehler, kostet nur Zeit.

Das Budget hat aber auch einen Nachteil. Es wird von Jahr zu Jahr kleiner. Wie gehen wir damit um? Zwangsläufig führt das zu der Zentralfrage nach dem Notwendigen. Ja, was ist wirklich notwendig in der Psychiatrie? Pragmatisch entscheidet man zum Beispiel so: Stellen wir noch einen Psychologen ein oder lieber einen Arzt? Natürlich einen Arzt, denn er kann auch noch Bereitschaftsdienste machen. Eine Krankenschwester oder einen Sozialarbeiter? Natürlich eine Krankenschwester, denn im Zweifelsfall hat die gute Pflege Priorität vor sozialer Arbeit.

In der Fortsetzung dieses Prozesses wird das Notwendige letztlich das Medizinische sein, das, was uns noch am ehesten mit den Denk- und Handlungsmustern der somatischen Medizin verbindet.

Aber in der Diskussion um das Notwendige steckt eine wichtige und zu führende Kontroverse. Aus sozialpsychiatrischem Selbstverständnis wird die Frage nach dem Notwendigen anders beantwortet werden. Man würde nicht auf die Zeit und auf die Rahmenbedingungen verzichten wollen, die für den Aufbau von Beziehungen und das Herausfinden eines individuellen

Weges erforderlich sind. Dieses von Reduzierung bedrohte „Beiwerk“ wäre dann auch das Notwendige, weil Spezifische der Psychiatrie.

Was aber tun, wenn das Budget nicht beide Notwendigkeiten erlaubt? Das ist die Stunde des Qualitätsmanagements. Wir wurden EFQM-Manager (European Foundation of Quality Management) und in der Klinik etablierten wir

- einen Qualitätsmanager
- einen Qualitätslenkungsausschuss
- einen Qualitätszirkel
- Qualitätsbeauftragte auf allen Ebenen.

Wir durchliefen einen komplexen Prozess der Selbstbewertung und definierten unbedingt notwendige Verbesserungsprojekte. Aber wie setzt man die um? Dafür brauchten wir eine Qualifikation im Projektmanagement. Die haben wir absolviert, mussten sie aber erweitern um Kenntnisse im Prozessmanagement. Qualitätsmanagement geht nicht ohne Projektmanagement und Projektmanagement nicht ohne Prozessmanagement.

Auf den Stationen, nah am Patienten, kämpften nach wie vor Stationsärzte und Krankenschwestern mit der Erledigung des unbedingt Notwendigen, wozu vor allem die Flut an Krankenkassenanfragen zählte. Und was stand in den Krankenakten? Wirklich noch die beobachteten Krankheitsverläufe und differenzialdiagnostischen Überlegungen? Oder nicht vielmehr die von den Krankenkassen erwarteten Formulierungen zur Genehmigung der weiteren Behandlung. Damit liefen wir Gefahr, eine Kernkompetenz ärztlichen Handelns den ökonomisch strategischen Überlegungen anzupassen und unterzuordnen.

Dann betrieben wir auch **Benchmarking**. Das heißt, wir guckten, ob andere nicht mit weniger Ressourcen bessere Ergebnisse erzielten. Dafür etablierten wir

- einen Benchmarking-Lenkungsausschuss
- einen Benchmarking-Beauftragten
- Benchmarking-Verantwortliche auf allen Ebenen.

Die entscheidende Zeitersparnis zur Leistung dieser Aufgaben erwarteten wir von dem umfassenden Datenverarbeitungssystem **KIS** (Krankenhaus-

Informations-System), in das wir große personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen investierten. Wir etablierten natürlich

- einen KIS-Lenkungsausschuss
- einen KIS-Manager
- KIS-Ausbildungsbeauftragte auf allen Ebenen.

Wenn ein neuer Schritt in der Etablierung dieses Systems angesagt war, sagten wir: „Nach erfolgreichem Kick-off beginnt jetzt das Rolling-Out im Second Level.“

Damit habe ich einige Begriffe aus dem Repertoire der modernen Psychiatrie benannt, die ich in meinen letzten Berufsjahren noch kennen lernen durfte. Sicherlich steckt in all dem auch ein fortschrittlicher, zumindest notwendiger Kern. Vielleicht bin ich auch nur in die mühevollen Anfangsphase dieser Entwicklung hineingeraten und zu früh in den Ruhestand gegangen, um noch die segensreichen Erträge dieser Methoden genießen zu können.

Wie dem auch sei. Offensichtlich gibt es mancherlei Gründe, Strömungen und Tendenzen in der aktuellen Psychiatrie kritisch zu bewerten. Dazu könnten zählen:

- eine Reduktion der Komplexität psychiatrischer Theorie und Praxis im Zuge einer generellen Zentrierung auf den biologisch-naturwissenschaftlichen Kern
- ein Effizienzprinzip, das nur gelten lässt, was messbar ist
- eine Atemlosigkeit und Hektik, die die Kultur der Behandlung gefährdet
- die drohende Ausgrenzung chronischer und schwieriger Patienten aus psychiatrischer Verantwortlichkeit.

Wenn dem so ist – und einiges spricht dafür – muss man diese Entwicklung zweifellos im Kontext des weltweiten ökonomischen Wandlungsprozesses sehen. Die übergreifende Tendenz zu Globalisierung und Neoliberalismus, die Umsteuerung zu mehr Markt und weniger Staat hat letztlich zu einer Krise des sozialstaatlichen Gedankens generell geführt und die grundsätzliche Frage nach dem Stellenwert sozialemischer Aspekte im Zeitalter des Marktes und knapper werdender Ressourcen aufgeworfen.

Die Dominanz sekundär-technokratischer Verfahren, die das begrenzte Zeitbudget zunehmend belasten, hat sicherlich hierin ihre letzte Wurzel. Hinter fachlich zunächst einleuchtenden Zielen wie Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit kommen dann mehr und mehr rein ökonomische Motive zutage.

Dass der Markt mit seinem Konkurrenzprinzip und Rationalisierungsdruck letztlich die Schwächsten benachteiligen wird, die Alten, Behinderten und chronisch Kranken, ist zu befürchten.

War das Gedeihen sozialpsychiatrischer Reformen also nur im Wohlfahrtsstaat der 70er- und 80er-Jahre möglich? Verflüchtigt sich nun, entsprechend dem Abbau des Sozialstaates auch die Kultur des Sozialen wieder und lässt den nackten „Kern“ der Psychiatrie zurück? Das wäre die somatisch-biologisch determinierte „Krankheit“, die als solche, losgelöst von der Person und seinem Schicksal behandelt werden kann. War das Soziale ein luxuriöses Beiwerk, ohne das es genau so gut geht, sogar effizienter?

Oder kann nicht viel mehr das Soziale in der Psychiatrie für sich in Anspruch nehmen, ein unverzichtbarer Bestandteil eines wissenschaftlich begründeten Krankheitsmodelles zu sein, ohne den unser Verständnis von psychischer Erkrankung nicht vollständig ist, und ohne dessen Berücksichtigung Psychiatrie auch nicht effektiv sein kann?

Im Wesen psychischer Erkrankungen liegen Besonderheiten, die eine Anpassung an Krankheits- und Behandlungsmodelle der somatischen Medizin nur bedingt zulassen.

Der körperlich Kranke kann als Person eine gewisse objektivierende Distanz zu dem gewinnen, was „seine Krankheit“ ist. Zumindest annäherungsweise kann er die reduzierende Perspektive des Internisten und Chirurgen teilen, die auf das Organ zentriert ist, und er kann zur Not seine Erwartung an das Krankenhaus auf eine professionelle und effektive Behandlung dieser Krankheit begrenzen. Diese überspitzt konstruierte Trennung von Person und Krankheit stellt selbst für die somatische Medizin eine unzulässige Verkürzung dar. Der psychisch Kranke aber erlebt in umfassenderer Weise einen Zusammenbruch der Person. Die Person und „ihr Leiden“ sind kaum noch abgrenzbar und es entsteht eine komplexe, in hohem Maße individuelle Situation. Sie ist mit dem Fokus auf eine deskriptiv abgrenzbare Krankheit nicht hinreichend beschrieben und nicht angemessen zu bewältigen. Der reduzierende Blick auf ein Syndrom, losgelöst vom

Schicksal der Person, ist in noch höherem Maße unzulässig als er es schon für die Somatik ist. Der Ausbruch einer Schizophrenie z. B. ist auch heute noch in den meisten Fällen ein individuelles und familiäres Unglück, deren Bewältigung nicht durch eine Behandlung analog der Somatik gelingt.

Das Konzept psychiatrischer Behandlung muss deshalb Gewähr bieten, dass neben der fachgerechten Therapie des naturwissenschaftlich-medizinischen Kerns der Erkrankung ein „Wieder-zu-sich-finden“ gelingt, eine Neuorientierung der Person in ihrem Denken und Erleben. Unverzichtbare Dimension der Behandlung, nicht nur eine komfortable Zutat, ist deshalb eine Kultur, die Zeit und Raum schafft für

- die Entwicklung von Beziehungen
- sensible Wahrnehmung und Reflektion
- den Aufbau von Vertrauen und Zuversicht
- behutsames Erschließen der Zusammenhänge von Krankheit und Biografie
- das sorgsame Herausfinden von Vorbereiten eines individuellen Weges aus der Krankheit zurück ins Leben
- enge beratende und stützende Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Diese Rahmenbedingungen sind mehr als ein Luxus, der eine ansonsten genau so erfolgreiche Behandlung nur humaner macht, sondern sie sind Voraussetzungen für ihr Gelingen überhaupt. Das Einsparen von Zeit kann eine Psychiatrie weder im ökonomischen noch im fachlichen Sinne effektiver machen.

Argumente dafür, dass der Vorgang des „Gesundwerdens“ nach einer Psychose nicht gleichzusetzen ist mit dem raschen Abklingen akuter Symptome, sondern ein komplexer, die Person tief erfassender Prozess ist, kommen interessanterweise auch aus der Hirnforschung. Spitzer z. B. beschreibt, wie die in neuronalen Netzen repräsentierten und festgehaltenen Gedanken und Empfindungen eine Zeit des Umdenkens und Umfühlens brauchen, die nicht beliebig verkürzbar ist. Der Weg aus der Psychose gleicht so gesehen eher dem mühsamen Umlernen, das jeder Mensch durchlaufen muss, wenn festgefahrene Vorstellungen sich wandeln sollen zu einer neuen Sicht.

Das ist bemerkenswert und zeigt auch, wie anachronistisch die historische Polarisierung zwischen Psychosozialem und Biologischem inzwischen geworden ist. Auch im Grundlagenwissen ist die Psychiatrie seit den sozialpsychiatrischen Anfängen weiter gekommen. Es ist deshalb kein Paradox, dass ausgerechnet von der Hirnforschung überzeugende Argumente für sozialpsychiatrisches Denken und Handeln kommen.

Das Fach Psychiatrie kann – oder besser könnte – sich heute, im Gegensatz zu der antithetisch-polarisierenden Situation damals eine theoretische Basis geben, die der Komplexität des Faches gerecht wird und die Aspekte des Sozialen, Psychischen und Biologisch-Organischen integriert.

Erfüllt aber der generelle Trend der fachinternen Diskussion schon diesen Anspruch? Gibt es neben den ökonomischen Ursachen und Zwängen auch fachinterne Entwicklungstendenzen, die diesen komplexen Ansatz gefährden?

Man könnte sie sehen in

- der Tendenz zum Rückzug aller nicht naturwissenschaftlichen Disziplinen nicht nur aus der Psychiatrie, sondern aus der Medizin generell und einer Randstellung sozial- und kulturwissenschaftlicher Aspekte, wie Finzen (2000) befürchtet, und
- in einer gewaltigen Erwartungshaltung an das Erklärungspotential genetischer und biologischer Forschungsergebnisse mit der Bereitschaft zu entsprechenden Investitionen.

Ernst zu nehmen ist in diesem Zusammenhang z. B. die Warnung von Arolt, der sich um den Verlust der „hermeneutischen“ Dimension der Psychiatrie sorgt in dem Maße, wie Entwicklungstendenzen der amerikanischen Psychiatrie bei uns Platz greifen. Natürlich seien wir von amerikanischen Verhältnissen noch weit entfernt. Aber vorbereitet sein sollten wir schon auf eine Diskussion, wie sie dort leidenschaftlich geführt wird: In welche Richtung entwickelt sich die Psychiatrie? Hin auf eine „spezialisierte Neurowissenschaft“ oder in Richtung auf ein „reiches Fach“? Auf ein Fach, das die Spannbreite aufrecht erhält und die Spannung aushält zwischen seiner geisteswissenschaftlichen und seiner naturwissenschaftlichen Dimension, und in der Lage ist, diese Pole in ein komplexes Verständnis von Krankheit und Behandlung zu integrieren?

In der alltäglichen Praxis sehen wir u. a. mit Skepsis, dass sich der Behandlungsauftrag des psychiatrischen Krankenhauses mehr und mehr in Richtung auf eine Akut- und Krisenbehandlung entwickelt mit unaufhaltsamer Verkürzung der Behandlungszeiten.

Eine kritische Sicht auf diese Entwicklung fällt auch der traditionellen Sozialpsychiatrie nicht leicht. War doch eine weitest mögliche Minimierung der Krankenhausbehandlung eine der sozialpsychiatrischen Zielvorstellungen. Gemeindepyschiatisches Denken erkennt darin noch den angestrebten Wechsel vom institutionellen zum ambulanten Paradigma. Wann aber schlägt Fortschritt in Rückschritt um, und wann ist nicht mehr das fachlich Bessere sondern das ökonomisch Günstigere das eigentliche Leitmotiv?

Der Grad der Deinstitutionalisierung war ja lange Zeit ein Maß für den Fortschritt. Aber liegt in Klaus Dörners Vision der Auflösung aller Heime, einer weitgehenden Entprofessionalisierung und der Übertragung der Daseinsfürsorge für chronisch Kranke an die Solidargemeinschaft der Bürger wirklich die Zukunft einer richtig verstandenen Sozialpsychiatrie?

Ist z. B. die personenzentrierte Hilfeplanung, auch sie steht im Dienste der Umsteuerung vom institutionellen zum ambulanten Denken, wirklich ein Fortschritt im Sinne sozialpsychiatrischer Grundüberzeugungen? Vielleicht habe ich sie nie so richtig verstanden, aber mir schien es so, als ob das zunächst theoretisch überzeugende Ziel einer konsequenten Individualisierung und Personenzentrierung in der Praxis zu einer besonders ausgeprägten Verobjektivierung führt. Ich konnte die akribische Festschreibung von Hilfebedarfen und Zuordnung zu Leistungstypen nie so ganz in Einklang bringen mit meinen Erfahrungen, wie rehabilitative Prozesse wirklich ablaufen.

Zentrales Anliegen sozialpsychiatrischen Handelns war stets das Schicksal der chronisch Kranken. Im Rahmen der großen Enthospitalisierungsprogramme des Landschaftsverbandes Rheinland kam mehr und mehr die Problematik der so genannten schwierigen chronisch Kranken in den Blick. Ihre immer frühzeitigere Ausgrenzung aus dem Behandlungsauftrag psychiatrischer Krankenhäuser trägt offensichtlich dazu bei, dass sie in eine Versorgungs- bzw. eine Verantwortungslücke geraten. Die Klinik kann, darf oder will nicht mehr behandeln, die Gemeinde, also die Summe dort vorgehaltener Einrichtungen und Dienste kann noch nicht oder nicht mehr integrieren. Mit der Fokussierung der Aufmerksamkeit und

der Besserungs- und Heilungserwartungen auf die immer kürzer werdende Strecke der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit droht der chronisch Kranke aus dem Blick, wenn nicht gar aus der Verantwortung der Institution Psychiatrie zu geraten.

Mit dem Rückzug der in der Klinik gebündelten, die Philosophie des Faches nach wie vor prägenden psychiatrischen Profession auf die Akutbehandlung und der Delegation des Chronischen an die Gemeinde droht tendenziell das Zerreißen einer Verantwortungskontinuität für das Schicksal und den Lebensweg der chronisch Kranken. Diese, im Konzept der alten Heil- und Pflgeanstalt enthaltene und notwendigerweise gescheiterte Idee einer Verantwortungskontinuität muss im Zeitalter der Gemeindepsychiatrie mit ihren vielfältig aufgesplitterten Instanzen eine neue zeitgemäße Form und Qualität bekommen, um so mehr, wenn auf dem Feld der gemeindepsychiatrischen Institutionen der Markt das Gesetz des Handelns bestimmt.

Keiner will das Aufleben alter Langzeitbereiche. Dagegen schützt der Konsens, dass sich Psychiatrie mit der Verpflichtung zur Vollversorgung im Rahmen von Gemeinden oder Kreisen organisieren muss. Was spricht aber dagegen, dass Fachkrankenhäuser und Abteilungen für ihren regionalen Bedarf neben der Klinik auch Bereiche der sozialen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe bereit halten. Sie können die Kontinuität eines integrierenden Behandlungs- und Rehabilitationskonzeptes sichern für eine Kerngruppe chronisch Kranker, deren Integration längerfristiger und geduldiger Findungsprozesse bedarf. Diese Bereiche, noch im Klinikgelände, in Kliniknähe oder schon in der Gemeinde gelegen, können Ausdruck einer noch gewährten Verantwortungskontinuität für jene Kranken sein, die nach notwendigerweise beendeter Krankenhausbehandlung den Weg in die Gemeinde nicht nahtlos finden. Begünstigt durch ein Milieu, das nicht unter dem Druck von Behandlungserfolgen und sozialer Anpassung steht, wird Raum und Zeit gewonnen für das Herausfinden und Erproben individueller Wohnformen und Lebensstile.

Die folgende Geschichte aus Bedburg-Hau könnte auch in anderen Kliniken stattgefunden haben:

Unter den chronischen Patienten einer Langzeitstation befand sich eine junge Patientin, Frau S., deren Verhalten über Jahre hin die anfangs durchaus engagierten Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen vieler Mit-

arbeiter und Stationen resignativ zum Erliegen gebracht hatte. Die Krankenakten füllten einen Waschkorb, die Zahl gescheiterter Reha-Pläne war schon unübersichtlich geworden und etliche Entlassungsversuche in verschiedene Heime waren schnell wieder gescheitert. Aggressiv gefärbte Ratlosigkeit war die vorherrschende Stimmung im Team.

Die Situation änderte sich erst, als ein neuer, nicht minder schwieriger Patient auf die Station kam. Seine Integration in ein Wohnheim, das zu den engagiertesten und kompetentesten der Region zählte, war ebenfalls gescheitert, die Zukunft ähnlich ungewiss. Zwischen beiden entwickelte sich eine Beziehung, bald ein enges partnerschaftliches Verhältnis. Zwar wurden die üblichen rehabilitativen Angebote, Tagesstruktur, Arbeitstherapie usw., nach wie vor abgelehnt, aber Verhalten und Stimmungslage harmonisierten sich. Nach einiger Zeit äußerten sie den Wunsch, ein kleines Apartment im Dachgeschoss des Stationsgebäudes beziehen zu dürfen. Der verantwortliche Psychologe ermöglichte trotz vorherrschender Skepsis des Teams diesen Schritt. Es ging besser als gedacht. Um Jahresfrist heirateten sie, wenig später wurden die gesetzlichen Betreuungen aufgehoben. Seit einigen Jahren leben sie in einer recht komfortablen ehemaligen Mitarbeiterwohnung am Rande des Klinikgeländes. Die Wohnung ist geschmackvoll eingerichtet. Sie führen ein weitgehend selbständiges Leben mit Einschränkungen. Das Essen z. B. beziehen sie nach wie vor aus der Klinikküche. Kontakt zu Mitarbeitern des Reha-Teams halten sie mehr oder weniger regelmäßig zur Klärung kleinerer Beziehungskrisen. Stationäre Aufnahmen gab es lange nicht mehr. An Geburtstagen und am Hochzeitstag laden sie Mitarbeiter zu Kaffee und Kuchen ein.

Viele der chronisch Kranken sind „Grenzgänger“ wie diese beiden. Grenzgänger auf dem schmalen Grat zwischen Autonomie und Schutzbedürfnis, zwischen drinnen und draußen. Rehabilitation bedeutet für sie nicht so sehr Hinwirken auf Veränderungen nach einem Plan. Vielmehr das optimistische Suchen nach einer individuell stimmigen Balance. Einer Balance zwischen der gerade noch lebbaren Unabhängigkeit und der notwendigen Geborgenheit im Chaos einer zu kompliziert gewordenen Welt. Einer Balance auch zwischen dem, was sie im Zusammenleben mit uns ertragen können, und dem, was wir mit ihnen ertragen können. Getragen sein muss dieser Prozess, wie bei allen Menschen wenn etwas gelingen soll, von einer positiven emotionalen Gestimmtheit. Dann kann das Leben zur Ruhe kommen oder sich weiterentwickeln in eine Richtung, die noch keiner ahnt.

Sozialpsychiatrie ist die Bereitstellung einer Kultur, die solche Entwicklungen ermöglicht.

Als Fazit bleibt, Sozialpsychiatrie hat nicht an Bedeutung verloren, sondern ist bedroht. Ohne sie bleibt Psychiatrie rudimentär und den Menschen verfehlend.

Ihre Rolle kann heute aber nicht mehr der alternative Gegenentwurf zur biologischen Psychiatrie sein wie seinerzeit. Sondern sie muss als unverzichtbar integriert werden in ein zeitgemäßes Gesamtkonzept, welches zusammenbringt, was die Psychiatrie so spannend und komplex macht: den sozialen und biologischen Pol. Eine zeitgemäße Psychiatrie hat die Chance, ja die Pflicht, integrierend zu wirken, an jener Sollbruchstelle, an der nicht nur die Psychiatrie, sondern die Wissenschaften generell auseinander dividiert und in scheinbare Gegensätze zueinander gebracht werden: An der Grenze zwischen Geistes- und Naturwissenschaften.

In ihrer Theorie und Praxis kann die Psychiatrie dazu einen Beitrag leisten. Sie vertut diese Chance, wenn sie dieser Aufgabe ausweicht und sich unter Verzicht auf ihre soziale Dimension zu einem reduziert eindimensionalen Fach entwickelt.

Adresse des Autors

Dr. Elmar Spancken

Psychiater

Stellv. Vorsitzender der DPGSG

Deutsch-Polnische Gesellschaft für Seelische Gesundheit e.V.

c/o Christa Knück; Rheinische Kliniken; Bahnstr. 6

47551 Bedburg-Hau

Tel.: 02821/81-3601

Literatur

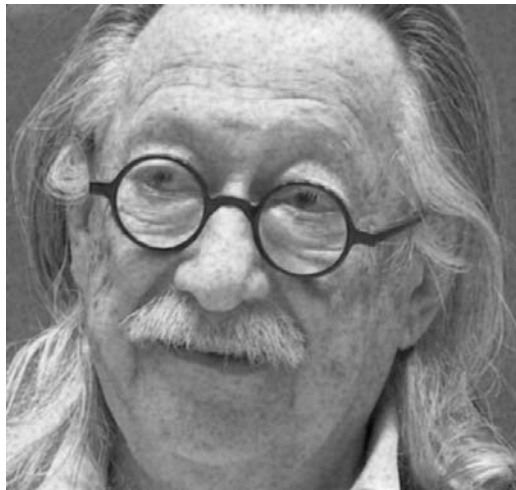
Finzen, A. (2000): Sozialpsychiatrie ohne Zukunft? Im medizinischen Alltag etabliert – wissenschaftlich ausgeblutet. FAZ v. 27. Dezember 2000, N 3.

Stierl, S. (2005) Das Ende der Psychiatrie-Reform. Politische Gedanken zu den ökonomischen Rahmenbedingungen einer abgebrochenen Reform. Soziale Psychiatrie 1, 4-8
www.psychiatrie.de/data/pdf/98/02/00/sp_107_4.pdf

Prof. Dr. h.c. mult. Joseph Weizenbaum †

1923 – 2008

„Die sogenannte Ohnmacht des einzelnen ist vielleicht die gefährlichste Illusion, die ein Mensch überhaupt haben kann“ (Weizenbaum, 1984).



Weizenbaum war einer der Pioniere der Informatik und wurde später zu einem scharfen Kritiker des unbedachten Umgangs mit Computern. Er untersuchte Programmieren als Konstruieren gesellschaftlicher Wirklichkeiten und begriff den Computer als Sozialmedium. Als Mitbegründer der „Computer Professionals for Social Responsibility“ in den USA und des „Forums der Informatiker für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung“ in Deutschland unterstützte er viele weitere Friedensinitiativen in aller Welt. Am 5. März 2008 starb er in Berlin nach jahrelanger Krebserkrankung an den Folgen eines Schlaganfalls.

Geboren im Berlin der 20er-Jahre wuchs er mit eigenem Kindermädchen in der jüdischen Bürgerschicht auf am vornehmen Gendarmenmarkt. Wohnung und Kürschnerei des Vaters waren auf einer Etage. Ab 1934 besuchte er das Luisenstaedtische Realgymnasium und wurde ein Jahr später aufgrund der neuen Rassengesetze von der Schule verwiesen.

1936 emigrierte seine Familie in die USA. Er begann 1941 ein Studium an der Wayne University in Detroit, das er jedoch 1942 unterbrach, um im United States Army Air Corps zu dienen. 1946 wurde er ehrenhaft aus der Armee entlassen. 1950 war Weizenbaum an der Konstruktion eines Computers beteiligt, der für den Test von Raketen-Waffensystemen der U.S. Navy bestimmt war. Er schloss sein Mathematikstudium 1952 ab, es folgten Aufträge für die Industrie. Bei General Electrics war er von 1955 bis 1963 verantwortlich für die Hardware-Software-Integration von ERMA, dem ersten Computer-Banksystem seiner Zeit, einem bahnbrechenden Computerprojekt für die Bank of America.

1963 begann er am Massachusetts Institute of Technology (MIT) als Associate Professor für Applied Science und Political Science und 1970 wurde er zum ordentlichen Professor für Computer Science berufen.

Neben seiner Lehrtätigkeit war er an der Entwicklung des ersten großen Teilnehmer-Rechensystems beteiligt. Das erste Computernetzwerk, das ARPA-Net, ging teilweise daraus hervor und wurde zum Vorläufer des heutigen Internets, von dem Weizenbaum 2000 meinte: „Das Internet ist ein großer Misthaufen, in dem man allerdings auch kleine Schätze und Perlen finden kann“.

Weizenbaums Forschung richtete sich später auf virtuelle Kommunikation. So entwickelte er u. a. SLIP (Symmetric List Processor), eine Konkurrenz zu LISP (eine Familie von Programmiersprachen der künstlichen Intelligenz). 1966 präsentierte er mit berühmt gewordenen ELIZA (Online-Version unter <http://jerz.setonhill.edu/if/canon/eliza.htm>) ein Computerprogramm, das Kommunikation mit Computern in natürlicher Sprache simulierte. Der (Pseudo-)Dialog ähnelt oberflächlich in mancher Hinsicht Techniken der Gesprächsführung in einer Gesprächstherapie nach Carl Rogers. Auf den ersten Blick schien das Programm auf den Menschen einzugehen. Weizenbaum äußerte später, es sei bestürzend gewesen, wie schnell und intensiv Personen eine emotionale Bindung zum Computer herstellten und wie sie ihm menschliche Eigenschaften zuschrieben. Für

Weizenbaum war das Programm eher eine Parodie auf eine übersteigerte Hingabe an den Computer.

Diese Erfahrung leitete einen Sinneswandel ein, den Weizenbaum 1972 in der Wochenzeitung „Die Zeit“ (www.zeit.de/1972/03/Albtraum-Computer) deutlich machte mit seiner Kritik am Glauben der Gesellschaft an den Computer und in Sätzen wie „Der meiste Schaden, den der Computer potenziell zur Folge haben könnte, hängt weniger davon ab, was der Computer tatsächlich machen kann oder nicht kann, als vielmehr von den Eigenschaften, die das Publikum dem Computer zuschreibt. Der Nichtfachmann hat überhaupt keine andere Wahl, als dem Computer die Eigenschaften zuzuordnen, die durch die von der Presse verstärkte Propaganda der Computergemeinschaft zu ihm dringen. Daher hat der Informatiker die enorme Verantwortung, in seinen Ansprüchen bescheiden zu sein.“

In seinem bekanntesten, 1976 erschienenen Standardwerk "Computer Power and Human Reason. From Judgement to Calculation" (deutsch: "Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft") greift er die eigenen Fachkollegen scharf an und kritisiert deren Allmachtsphantasien, den Militarismus und die vorherrschende Wissenschaftsgläubigkeit. Das Buch wurde in zehn Sprachen übersetzt und diente noch zwanzig Jahre nach seiner Erstveröffentlichung als Grundlage der meisten Informatiklehrpläne an den Universitäten. Er wurde zur moralischen Instanz, zum Mahner, zum originellen und eindringlichen Kulturpessimisten.

Weizenbaum verfolgte einen interdisziplinären Ansatz und arbeitete u. a. mit den amerikanischen Philosophen Daniel Dennet und Hilary Putnam sowie mit dem berühmten Linguisten Noam Chomsky zusammen. Er war Fellow of the Center for Advanced Studies in the Behavioural Sciences in Stanford, Kalifornien (1972-73), Vinton Hayes Research Scholar an der Harvard University (1973-74) und Gastprofessor an mehreren Universitäten, unter anderem der technischen Universität Berlin, der Harvard Graduate School of Education und den Universitäten Hamburg und Bremen.

Nach fünfundzwanzig Jahren am MIT wurde er emeritiert und zum Professor Emeritus sowie Senior Lecturer des Instituts ernannt.

1996 kehrte Weizenbaum nach 60 Jahren Exil in den USA in seine Heimatstadt Berlin zurück.

Joseph Weizenbaum erhielt zahlreiche Auszeichnungen: Doctor of Science Degree, h.c. der State University of New York; Doctor of Human Literature, h.c. des Daniel Webster College of New Hampshire; Dr. h. c. der Uni-

versität Bremen. Norbert Wiener Prize der Computer Professionals for Social Responsibility; Namour Prize der International Federation of Information Societies für seine Arbeit über gesellschaftliche Aspekte der Computerrevolution. Auszeichnung für sein Lebenswerk vom FIFF (Informatiker für Frieden und soziale Verantwortung). Humboldt-Preis der Alexander von Humboldt Stiftung mit Aufenthalt an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg von 1994-95. 2001 Großes Bundesverdienstkreuz.

Auf der Wissenschaftlichen Tagung der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg lernte ich ihn 2002 in Rottweil persönlich kennen. In seinem Vortrag zum Thema „Sollen wir Kinder vor digitalen Medien schützen?“ sprach er sich gegen ein generelles Medienverbot und für die Vermittlung kritischen Denkens durch Familie und Schule aus, was in großer Übereinstimmung zum Tenor meines damaligen Vortrags zum Thema „Risiken und Chancen der Computernutzung im Zusammenhang mit ADS/ADHS“ (Spitzcok von Brisinski 2002) stand und damals noch bei vielen Psychotherapeuten auf große Skepsis stieß. Im großen Plenum wie im anschließenden informellen Beisammensein in der Gruppe der Referenten erlebte ich Joseph Weizenbaum als sehr sympathischen, freundlichen und sehr anregenden Gesprächspartner, dem es stets in sehr erfrischender Weise gelang, komplexe Zusammenhänge anhand einfacher, teils plakativer Beispiele aus dem Alltag eindrucksvoll zu erläutern. Dies wird auch im Film „Weizenbaum. Rebel at Work“ von Haas & Holzinger (www.ilmarefilm.org) in wunderbarer Weise deutlich.

Im Januar 2008 erschien in der Süddeutschen Zeitung sein Aufsatz „Wir gegen die Gier“ (www.sueddeutsche.de/wissen/artikel/664/151286/), in dem Weizenbaum u. a. schreibt: „Der Glaube, dass Wissenschaft und Technologie die Erde vor den Folgen des Klimawandels bewahren wird, ist irreführend. Nichts wird unsere Kinder und Kindeskiner vor einer irdischen Hölle retten. Es sei denn: Wir organisieren den Widerstand gegen die Gier des globalen Kapitalismus. Das Bewusstsein, dass alle Menschen Geschwister sind, muss den Zeitgeist ersetzen. Kooperation statt Konjunktur, Bescheidenheit statt unbegrenzter Konsum, Ehrfurcht vor dem Leben statt Roboter: Diese Ziele müssen unsere heutigen Werte ersetzen.“

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Literatur

Borchers, D. (2008) Der letzte Service: zum Tode von Joseph Weizenbaum. Heise online 06.03.2008. www.heise.de/newsticker/Der-letzte-Service-zum-Tode-von-Joseph-Weizenbaum-/meldung/104672/from/rss09

Oberquelle, H. (Hg.) (2003) Mitteilung 323: Ehrendoktor Joseph Weizenbaum. Dokumentation des Festkolloquiums. www.informatik.uni-hamburg.de/Info/Presse/weizenbaum.pdf

Spitzok von Brisinski, I. (2002): Risiken und Chancen der Computernutzung im Zusammenhang mit ADS/ADHS. LAG-Nachrichten - Mitteilungsblatt der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg, 1-2, 20-34

Weizenbaum, J. (1966) ELIZA--A Computer Program For the Study of Natural Language Communication Between Man and Machine. *Communications of the ACM* 9(1): 36-35. <http://i5.nyu.edu/~mm64/x52.9265/january1966.html>

Weizenbaum, J. (1976) Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft. Frankfurt am Main: suhrkamp

Weizenbaum, J. (1984) Kurs auf den Eisberg. Die Verantwortung des Einzelnen und die Diktatur der Technik. Zürich: pendo-verlag

Weizenbaum, J. (2002): Sollen wir Kinder vor digitalen Medien schützen? LAG-Nachrichten - Mitteilungsblatt der Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung Baden-Württemberg, 1-2, 8-13

Weizenbaum, J. (2005) Computermacht und Gesellschaft. 3. Aufl. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Weizenbaum, J., Wendt, G. (2006) Wo sind sie, die Inseln der Vernunft im Cyberstrom? Auswege aus der programmierten Gesellschaft. Freiburg: Herder

Trauma, Kultur und Familie Erfahrungen aus Norduganda

Klaus-Dieter Grothe

Peter lebt in Parabongo, einem Flüchtlingslager ca. 11/ 2 Autostunden nördlich von Gulu. Das Lager besteht aus Tausenden selbstgebafter afrikanischer Rundhütten aus Lehm mit Strohdach entlang der Hauptstraße von Gulu Richtung Sudan. Peters Familie bewohnt 4 Hütten, seit letztem Jahr bewohnt er eine eigene für sich. Peter ist 18 Jahre alt. Das Gespräch findet in seiner etwa 4 qm großen fensterlosen Hütte statt. Sie ist in der Mitte durch ein Bettuch, das als Vorhang dient, aufgeteilt, dahinter liegt seine dünne Matte, eine Jeans und ein T-Shirt zum Wechseln. Vor dem Vorhang liegt ein Fußball sowie ein Paar Turnschuhe, normalerweise läuft Peter barfuß. Die Wände sind mit Zeitungen tapeziert, die einzige Tür ist aus Blechkisten der Welthungerhilfe zusammengenagelt. Unter das Dach ist ein Netz gespannt, das ebenfalls mit Zeitungspapier ausgelegt ist – so wird vermieden, dass die Holzschuppen, die die im Strohdach hausenden Termiten produzieren, in die Hütte rieseln. Der Boden besteht aus festgetretenem Lehm und ist sauber, Peter sitzt auf dem Boden, wir dürfen in den beiden einzigen Stühlen der Familie sitzen, die extra für uns gebracht werden.

Peter berichtet, dass er zwei Mahlzeiten am Tag bekommt, der Großteil der Lebensmittel wird von der Welthungerhilfe gestellt, die Familie bewirtschaftet ein kleines Stück Land am Rande des Lagers. Die Familie, die insgesamt aus 8 Personen besteht, besitzt einen Kochtopf, drei Teller und vier Tassen sowie eine Hacke zum Graben.

Peter trägt eine Jeans sowie ein Fußballtrikot von Manchester United. Schnell wird erkennbar, dass Fußball seine große Leidenschaft ist, er ist der Spielführer der Fußballmannschaft seines Viertels.

Im gesamten Verlauf des Gesprächs hinterlässt Peter einen traurigen und bedrückten Eindruck, er spricht wie alle Ugander sehr leise, mit nur geringer Betonung in der Stimme. Wir erfahren, dass er sich sehr allein und isoliert fühlt, auch in seiner Fußballmannschaft. Wenn die anderen zum Fluss gehen und Fische fangen oder Honig von wilden Bienen suchen, was neben Fußball die einzigen Freizeitbeschäftigungen sind, geht er nicht mit. Seitdem er von den Rebellen entführt worden sei, traue er sich nicht mehr außerhalb des Lagers, er habe zu große Angst, das würde ihm alles keinen Spaß mehr machen. Außerdem habe er den Eindruck, dass die anderen Jungen mit ihm auch nicht viel zu tun haben wollten, weil sie wüssten, dass er zu den Entführten („abducted“) gehören würde. Es gebe zwar andere Jungen, die auch entführt worden seien, die würden auch darüber sprechen, ja teilweise sogar damit angeben, aber er könnte das nicht, er sei dann ganz still. Er gehe auch Mädchen aus dem Weg, er habe keinen Kontakt, er traue sich nicht, er wolle auch keine Beziehung zu Mädchen.

Die Familie sei schon 1996 vom Dorf in das Lager gezogen, aus Angst vor den Rebellen und Entführungen, aber auch im Lager hier sei man nie sicher gewesen; so sei er 1996 zum ersten Mal entführt worden, aber die Rebellen hätten ihn am selben Tag wieder nach Hause gelassen, weil er zu klein gewesen sei. 1999, mit 9 Jahren, sei eine Rebellengruppe aber wieder durchs Lager gezogen und hätten ihn und ca. zehn andere Kinder mitgenommen. Fünf Wochen sei er mit den Rebellen gezogen, hätte Sachen für sie tragen müssen, dann sei ihm die Flucht gelungen. Er habe mit ansehen müssen, wie einige entführte Kinder schon zu Beginn erschlagen worden seien, als Abschreckung für sie, ja nicht zu fliehen. Er habe auch mit ansehen müssen, wie Hütten geplündert und die Menschen getötet wurden, einmal seien sie an Toten vorbeigekommen, die hätten ganz schrecklich gerochen. Das Schlimmste für ihn sei aber gewesen, dass er gezwungen worden sei, auf ein Mädchen mit einem Stock zu schlagen, bis es ohnmächtig liegengeblieben sei. Es habe geblutet. Er wisse nicht, ob er es getötet habe, aber als sie drei Tage später wieder an der Stelle vorbeigekommen sei, habe es tot dagelegen. Er träume heute noch fast jede Nacht davon. Er habe schreckliche Schuldgefühle, er werde das nicht los. Er habe auch mit dem Pastor seiner Gemeinde gesprochen, der habe mit ihm gebetet, aber es sei nicht besser geworden.

Seitdem er aus dem Busch zurückgekommen sei, würden ihn seine Eltern auch anders behandeln. Sie würden ihm nicht mehr trauen. Sie würden nicht fragen und sie hätten auch nie gefragt, was er im Busch erlebt habe,

man würde nicht darüber sprechen, aber jeder wüsste ja, was da passiert sei und auch die Eltern würden wahrscheinlich denken, dass er jemanden umgebracht habe. Deshalb würden seine Eltern ihn auch nie alleine mit seinen jüngeren Geschwistern lassen, aus Angst, dass er ihnen etwas antun würde. Deshalb habe er nicht mehr das Gefühl zu seinen Eltern wie früher, ja, er glaube, dass sie ihn noch lieben würden, aber das Verhältnis sei nicht so eng. Sie würden ihm einfach nicht mehr vertrauen. Dabei habe er gar keine schlimmen Gedanken, er würde auch nicht böse werden, er habe nie den Wunsch, jemanden zu schlagen, auch nicht, wenn der mitbekommen würde, wie der Vater, wenn er betrunken sei, die Mutter schlagen würde. Er würde sich dann in seine Hütte zurückziehen. Er fühle sich auch in seiner Familie einsam.

Er habe jetzt die Elementarschule („primary school“) nach sieben Schuljahren beendet und er habe die Berechtigung, auf die weiterführende Schule („secondary school“) zu gehen, aber sein Vater habe noch nicht entschieden, ob er die Highschool besuchen dürfe, ob er sie bezahlen würde und könne. Er würde das sehr gerne tun. Wenn er die Schule nicht weiter besuchen dürfe, wisse er nicht, was er tun solle, dann sehe er überhaupt keinen Sinn mehr in seinem Leben. Er habe dann keine Hoffnung mehr. Nein, er habe noch nie an Selbstmord gedacht, aber Hoffnung habe er nur, wenn er weiter auf die Schule gehen könne.

In Peters Geschichte konzentrieren sich alle individuellen, familiären, sozialen und politischen Probleme, denen ich in Norduganda begegnet bin. Nach Norduganda kam ich, weil ich durch meine Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in Kontakt gekommen war mit der Universität Konstanz, deren psychologische Fakultät einen Forschungsschwerpunkt im Bereich Psychotraumatologie hat und eine Ambulanz für Flüchtlinge unterhält. Über einen eigenen Verein, vivo e.V. („victims voice“), versucht man, Erkenntnisse der Psychotraumatologie durch praktische und evidenzbasierte Interventionen speziell in den Regionen zur Verfügung zu stellen, wo es die meisten Betroffenen von organisierter Gewalt und Krieg gibt, z.B. in Nord-Ost Sri Lanka, Rwanda und Norduganda. Ich war nun eingeladen, die klinisch-psychologische und behaviouristische Perspektive, die vivo vertritt, (u.a. im Konzept der „Narrativen Expositionstherapie“, siehe www.vivo.org) mit meinen kinderpsychiatrischen und familientherapeutischen Erfahrungen zu ergänzen. So besuchte ich im Februar 2007 und 2008 jeweils für drei Wochen diese Region, sprach mit Betroffenen, Sozialarbeitern, Lehrern und Psychologen, die aus der Region stammen oder

schon länger dort arbeiten und versuchte, familien- und beziehungs-dynamisches Denken und Vorgehen dort zu verbreiten. Mich beeindruckte, wie z.B. im Fall von Peter, aber auch in vielen anderen Fällen, politische, soziale, familiäre und individuelle Problemlagen und Konflikte ineinander verwoben waren; d.h. auch, dass beziehungs-dynamisches und systemisches Denken und Vorgehen auch und gerade für entwicklungs-politische Zusammenhänge fruchtbar gemacht werden sollte – aber vielfach unbeachtet bleibt. Ich will im folgenden versuchen, anhand des oben dargestellten Falles die Situation in Norduganda zu beschreiben und dabei die verschiedenen ineinander verwobenen Kreise etwas aufzudröseln:

1. „the most forgotten humanitarian crisis in the world“ (UNHCR 2003)

Norduganda ist seit der Unabhängigkeit Ugandas 1962 nicht wirklich zur Ruhe gekommen. Waren es zunächst die Diktaturen von Milton Obote und Idi Amin, die auch in Europa zu trauriger Berühmtheit gelangt sind, die die Bevölkerung terrorisiert haben, so stabilisierte sich der Süden Ugandas (das Land ist durch den Verlauf des Nils geografisch geteilt) nach Amtsantritt Yoweri Musewenis seit 1986. Gegen die Herrschaft Musewenis, der ein Vertreter der Stämme aus dem Süden war, bildeten sich aber bewaffnete Rebellen-Gruppen im Norden. Mit dem Erlahmen des militärischen Widerstandes schien auch der Norden zu Beginn der 90er Jahre zur Ruhe zu kommen, bis die versprengten Rebellen-Gruppen unter den Einfluss eines religiös-visionären Führers, Joseph Kony, kamen. Dessen politisches Ziel ist und war schwer zu fassen, sein politisches Programm hieß: eine Gesellschaft auf dem Boden der Zehn Gebote, deshalb auch Lords Resistance Army (LRA) genannt – was angesichts der schrecklichen Bluttaten dieser Armee noch nicht mal als schlechter Scherz durchgehen kann. Seit Mitte der 90er Jahre hat sich diese Rebellenarmee nämlich darauf spezialisiert, Kinder im Grundschulalter zu entführen und mit äußerster Grausamkeit gefügig zu machen. So wurden meist schon am ersten Tag ein Teil der Kinder mit der Machete zerstückelt, als Warnung für die anderen. Dann wurden die Kinder gezwungen, Familienangehörige oder befreundete Kinder zu erschlagen oder zu erschießen. Danach waren die Kinder gefügig genug gemacht worden, um klaglos als Träger oder auch als Soldaten für die Rebellen zu arbeiten; die Mädchen wurden, sobald sie geschlechtsreif waren, den Anführern sexuell zur Verfügung gestellt, d.h. meistens ab 13 Jahren. Viele kamen mit 15-16 Jahren mit mehreren Kindern aus dem Busch zurück.

Die Eltern wurden getötet, die Kinder mit in den Busch genommen. Selbst die Flucht der Landbevölkerung aus den zerstreut liegenden kleinen Dörfern in riesige Flüchtlingslager entlang der Hauptstraßen half nicht: schutzlos blieben die Menschen den Rebellen ausgeliefert, die Kinder wurden aus den Lagern herausgeholt. Die ugandische Armee war entweder nicht in der Lage, die Bevölkerung zu schützen, weil diese sich immer in den Südsudan zurückziehen konnten, oder auch nicht willens, die Bevölkerung im Norden, die einer anderen Ethnie angehörte als die Herrschenden in Kampala, adäquat zu schützen. Erst mit dem Waffenstillstand im Südsudan und einer Teilautonomie des Gebietes in 2005 als auch durch das Aufmerksamwerden der Weltöffentlichkeit auf diesen blutigsten aller afrikanischen Kriege in den Jahren 2003/2004 wurde die ugandische Armee offensiver. Seit August 2006 herrscht nun ein Waffenstillstand und im April 2008 sollte ein Friedensvertrag unterzeichnet werden. Joseph Kony hat aber am Tag der vorgesehenen Unterzeichnung seinen Chefunterhändler ermordet und zieht jetzt weiter plündernd, raubend und Kinder entführend durch den Kongo und die Zentralafrikanische Republik.

Um das Ausmaß dieses Krieges halbwegs in Zahlen zu fassen: seit 1997 gibt es in Norduganda eine handvoll sog. ‚Reception Centres‘, in denen die Kindern, denen es gelungen war, den Rebellen zu entkommen (freigelassen wurden nie welche), wieder auf ein normales Leben vorbereitet wurden. Bis vor kurzem war bekannt, dass etwa 10.000 Kinder durch diese Lager gegangen waren. Nach empirischen Untersuchungen von vivo in Flüchtlingslagern stellte sich heraus, dass ca. 50% der heute 12 – 25jährigen ein- oder sogar mehrmals (!!!) von der LRA entführt worden waren, d.h. es gibt in Norduganda mehr als 100.000 Jugendliche, die schrecklichste traumatische Erfahrungen gemacht haben.

Die Anzahl der Getöteten insgesamt ist nicht bekannt, aber eine andere Zahl illustriert den Verlust auch unter der Elterngeneration: im Regelfall werden die Kinder, wenn die Eltern gestorben sind, von jemand aus der Großfamilie angenommen. Das führt dazu, dass jeder erwachsene Mann jetzt für 10 – 50 Kinder zu sorgen hat; dies wurde uns in einem Gespräch mit Elternvertretern bestätigt.

Seit 2006 ist es nicht mehr zu Entführungen und Überfällen in Norduganda gekommen, aber die Menschen trauen dem Frieden nicht, sie verharren in den Flüchtlingslagern, weil sie meist so hochgradig traumatisiert sind, dass sie sich nicht mehr aufs Feld zum Bestellen ihrer Äcker wagen. Peter schilderte dieses phobische Vermeidungsverhalten eindrücklich – selbst

lustbetonten Aktivitäten konnte er nicht mehr nachgehen, der Busch, das Feld war mit schrecklichen Erfahrungen verbunden.

2. „Sicherlich gilt für nahezu alle Kriege, dass sie auf Kosten der Zukunft geführt werden. In den zwischenstaatlichen Kriegen sind dies die Kredite und Schulden, für die spätere Generationen aufzukommen haben; in den neuen Kriegen hingegen ist es die Möglichkeit eines friedlichen Lebens überhaupt, die dauerhaft ruiniert wird.“ (Münkler, H.: Die neuen Kriege, 2004)

Das Schicksal der ehemaligen „Kindersoldaten“ steht, wenn überhaupt etwas über Norduganda geschrieben wird, oft im Mittelpunkt, für mich oft noch beeindruckender war jedoch der psychische Zustand v.a. der erwachsenen Männer. Im traditionellen patriarchalischen Dorf- und Clansystem war es ihre Aufgabe, die Familie zu schützen, ein Haus zu bauen, sich um das Vieh zu kümmern und den Handel mit Feldfrüchten zu organisieren. Alle diese Aufgaben sind ihnen in den letzten 20 Jahren genommen worden: sie waren nicht in der Lage, ihre Familien zu schützen, ja, sie mussten über mehr als ein Jahrzehnt hilflos mit ansehen, wie jeden Tag die Rebellen kommen konnten, ihnen ihre Kinder und Frauen weggenommen wurden und sie selber mit dem Tod zu rechnen hatten. Landwirtschaft war auch auf Grund der Gefährdungslage in den Lagern nicht mehr möglich, es gab nichts mehr zu handeln, das Vieh wurde als erstes von den Rebellen genommen, um sich zu ernähren. Für die Frauen blieb immer noch die Aufgabe und die Last, den Haushalt zu organisieren, für die Männer gab es überhaupt keine Aufgabe mehr. Neben den unvermeidlichen traumatisierenden Kriegserfahrungen blieb dieser Verlust an sozialer Funktion nicht ohne psychische Folgen: die Gewalt in den Familien nahm zu und Alkoholismus ist weit verbreitet, so weit verbreitet, dass man um die Mittagszeit entweder überhaupt keine Männer mehr auf den Straßen sieht, weil sie schlafend in der Hütte liegen, oder man sieht sie betrunken auf der Straße wanken. Es ist also nicht nur die materielle Armut, sondern auch und vor allem die kulturelle und soziale Verwüstung, die dieser Krieg hinterlassen hat. Die Männer sind nicht mehr gewohnt, ihr Leben zu organisieren, für etwas gerade zu stehen, die Feldarbeit zu planen, regelmäßig zu arbeiten, sich um die Familie zu kümmern. Nur die Frauen halten noch den familiären Zusammenhalt und die Versorgung der Kinder aufrecht. Dies alles vor dem Hintergrund auch einer materiellen Armut, deren Ausmaß die oben geschilderten Besitzverhältnisse von Peters Familie zeigt. Dazu kommt ja

auch noch die völlig zerstörte Infrastruktur: keine Dörfer, keine Städte, keine Schulen mehr, die Straßen nur noch zerstörte Feldwege (nördlich von Gulu gibt es keine asphaltierten Straßen mehr), Wasserversorgung nur aus in den Lagern gebohrten Brunnen, selbst angelegte Sammellatrinen, keine Ställe. Der Landrat von Amuru, einer der am meisten betroffenen Bezirke, sagte uns: „Wissen Sie, Brunnen kann man wieder anlegen, Schulen kann man bauen und auch die Wege wieder herstellen; die Seelen der Menschen können wir aber nicht so schnell verändern, eine soziale Gemeinschaft wiederherzustellen, da rechne ich mit einer Generation.“ Was er vergaß zu erwähnen: die Generation, auf die er zählt, sind die ehemaligen Kindersoldaten.....

Dies alles spielt sich ab, und das sollte an dieser Stelle erwähnt werden, in einer der fruchtbarsten Landschaften Afrikas: es ist eine tropische Region mit durch die Hochlage annehmbaren Temperaturen, es gibt ausgiebige Regenzeiten, die Erde ist tief und fruchtbar, das Land ist grün. Unter Friedensbedingungen könnten die Menschen ohne Mühe landwirtschaftliche Überschüsse an Getreide (Weizen, Hirse), Erdnüssen, Kartoffeln, Cassava, Bohnen, und tropischen Früchten wie Mangos, Bananen, Papayas und Ananas erzielen, aber sie leben eingepfercht in ihren Lagern und werden von der Welthungerhilfe versorgt, mit Sonnenblumenöl aus Deutschland (dies stand zumindest auf dem Blech, das als Tür zu einer Hütte umgebaut worden war). Und in direkter Nachbarschaft ein touristisches Kleinod, einer der ältesten Nationalparks Afrikas, mit Löwen, Elefanten, Giraffen, Krokodilen, Flußpferden und den berühmten Nilwasserfällen Murchison Falls, die in jedem Afrika-Bildband vertreten sind....

Es fließt zwar inzwischen einiges an Wiederaufbauhilfe in die Region, aber es wird in diesen Projekten, die in Europa und den USA geplant werden, die seelische Verfassung der Menschen kaum berücksichtigt. Wir sprachen mit Koordinatoren von EU-Projekten, die Millionen Euro verwalten: sie beklagten, dass sie zwar Geld für Hacken, Baumaterial und Saatgut bekämen, aber keines, um den Menschen in ihrer seelischen Not weiterzuhelfen: weder Geld für sozialpädagogische Arbeitsprogramme geschweige denn für therapeutische Hilfen. Die Erkenntnisse des Politologen Münkler, die ich oben zitiert habe, und der lokalen Verantwortlichen scheinen ganz offensichtlich noch nicht in die entscheidenden Verwaltungen durchgedrungen zu sein.

3. „Das Schlimmste ist, dass meine Familie mir nicht mehr traut“ (Peter)

Bereist man Uganda mit offenen Augen und vergleicht es mit anderen Armutsräumen der Welt, so fällt nach einigen Tagen auf, dass etwas fehlt: Straßenkinder, aggressive Bettelei, Straßenprostitution, also alle Anzeichen sozialer und öffentlicher Verwahrlosung. Die Menschen begegnen Fremden, auch Weißen, mit ausgesuchter Höflichkeit und Respekt, da ist nichts von Feindseligkeit, Misstrauen oder Missachtung zu spüren. Auch die Andersartigkeit wird kaum zur Kenntnis genommen. Ganz schnell vergisst man, dass man eine andere Hautfarbe hat, es gibt noch nicht einmal aufdringliche Blicke. Wären da nicht die Kinder, die neugierig blicken und schon einmal „muzungu“ (weißer Mann) rufen oder sich angstvoll hinter der Mutter verstecken, es würde kaum auffallen, das man so ganz anders aussieht. Es gibt keine offiziellen Zahlen, aber alle Erfahrungsberichte sagen, dass es kaum Angriffe auf Touristen gibt, dass Raub und Diebstahl sehr selten ist und dass selbst Kampala, die Hauptstadt, eine der sichersten Metropolen Afrikas ist und man auch im Dunkeln ungefährdet nachts auf den Straßen flanieren kann. Selbst in Gulu, der größten Stadt im Norden, gekennzeichnet durch 20 Jahre Krieg und im Prinzip jetzt ein einziges großes Flüchtlingslager, sieht man keine Anzeichen der o.g. öffentlichen und sozialen Verwahrlosung und es ist kein Problem, abends nach dem Besuch einer Gaststätte im Dunkeln durch die Stadt nach Hause zu gehen. Es gehört zu den erstaunlichsten Erfahrungen bei einem Besuch Ugandas und es erscheint fast unglaublich, dass der soziale Zusammenhalt, ausgedrückt in niedrigen Kriminalitätsraten, in einem Land mit dieser Geschichte so hoch ist. Kein Vergleich mit z.B. Südafrika, westafrikanischen Staaten oder sogar Mittel- und Südamerika.

Einen Zahlenvergleich habe ich gefunden: die Polizei Ugandas gab vor ein paar Wochen bekannt, dass im letzten Jahr 54 Fälle von Kindesentführung und vermutlichem Kinderhandel in einem Jahr bekannt geworden und angezeigt worden seien. Uganda hat ca. 30 Millionen Einwohner. In Mittel- und Südamerika führt die Polizei noch nicht einmal Statistiken über Kindesentführungen und Kinderhandel und allein in Guatemala wird die Zahl der illegalen Adoptionen, hinter denen sich meist Kinderhandel versteckt, von terre des hommes mit mehreren Tausend pro Jahr angegeben – Guatemala hat 11 Millionen Einwohner.

Ganz offensichtlich hat es weder die Kolonialzeit noch der anschließende Bürgerkrieg geschafft, die familiären und sozialen Bindungen aufzulösen, wie das in den meisten Nachkriegsgesellschaften zu beobachten ist. Die Familie, der familiäre Zusammenhalt, ist ein zentrales Moment für jeden

Ugander. So ist es selbstverständlich, dass Kinder, die ihre Eltern im Krieg oder durch AIDS verloren haben, von irgendjemand aus der Großfamilie aufgenommen werden. Öffentliche soziale Sicherungssysteme wie Kinderheime o.ä. gibt es natürlich kaum – aber eben auch keine verwahrlosten Straßenkinder. Das führt zu den Zahlen, die oben schon erwähnt wurden, nämlich dass die Zahl der Kinder, für die ein Erwachsener zu sorgen hat, bei 10 bis 50 liegt.

Wie schlagen sich nun die traumatischen Erfahrungen des Krieges psychisch nieder, wie „verarbeiten“ die Kinder, Jugendlichen und Familien die Erlebnisse in diesem familiären und kulturellen Kontext?

Zunächst bleibt festzuhalten, dass nahezu alle ehemals Entführten, die ich untersucht und gesprochen habe, an Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden: Alpträume, flash-backs bis hin zu dissoziativen Zuständen, erhöhter Arousal, Vermeidungsverhalten – allerdings in stark schwankendem Ausmaß. Die meisten klagten über Alpträume und flash-backs ca. 2-4mal im Monat, nur wenige über tägliche und andauernde Schlafstörungen. Peter war einer der am meisten Betroffenen, er schilderte über tägliche Schlafstörungen, Alpträume und flash-backs, in denen ihm das erschlagene Mädchen meist erschien. Ebenso zeigte er das typische posttraumatische Vermeidungsverhalten und einen durchgehenden sozialen Rückzug, der von depressiven Verstimmungen und massiven Schuldgefühlen geprägt war. Aber das Beispiel von Peter zeigt auch das modulierende Element, das für die Stärke der Symptombelastung verantwortlich war: die Art und Weise, wie die Familien mit den Erlebnissen des Kindes umgingen, wie es zuhause aufgenommen wurde. Peters Eltern hatten Angst vor ihm bekommen und sie ließen es ihn ständig spüren. Sehr beeindruckend war seine Schilderung, was ihn am meisten beeinträchtigte: dass seine Eltern ihn nicht mehr mit den jüngeren Geschwistern alleine ließen. In unserem mitteleuropäischen Kontext mag das nicht sehr bedeutend sein, aber für die Stellung in einer ugandischen Familie ist dies eine schwere narzisstische Kränkung, die man nur verstehen kann, wenn man die wesentlichen Prinzipien des Zusammenhaltes dieser Familien kennt.

Zunächst ist die hohe Kohäsion der Familien beeindruckend, wie ich sie oben geschildert habe. Es fällt auf, dass den Kleinkindern eine große Nähe, Geborgenheit und emotionale Zuwendung gegeben wird: sie werden körpernah getragen, halten sich immer in der Nähe der Mutter auf und auch wenn diese arbeitet, gibt es immer eine andere Frau, die auf das Kind auf-

passt. Auf Schreien und Unmutsäußerungen wird sehr schnell reagiert, kaum hört man ein Baby oder Kleinkind länger schreien. Es ist auch selbstverständlich, dass sich jeder Erwachsene für die Kinder, deren Wohlergehen und deren Erziehung zuständig fühlt. Das einem indischen Ursprung zugesprochene Sprichwort: „Es braucht ein ganzes Dorf, ein Kind zu erziehen“, ist in Uganda (noch) Wirklichkeit und täglich zu beobachten und zu bemerken. Eine beeindruckende Anekdote dazu las ich in einer ugandischen Tageszeitung: eine europäische NGO hatte einen workshop mit Busfahrern organisiert, um diese für sexuellen Missbrauch und Gewalt gegen Kinder zu sensibilisieren. Hinterher beschwerten sich die Fahrer lautstark gegenüber einer Zeitung, die ihnen dort nahegelegten Prinzipien würden die Wurzeln der ugandischen Kultur zerstören. Es könne doch nicht sein, dass man einem Kind keine Ohrfeige mehr geben dürfe, wenn man sehe, dass es auf der Straße Zuckerrohr esse! (Dazu muss man wissen, dass auf der Straße essen eines der größten Tabus ist. Bei aller Zurückhaltung und Toleranz gegenüber Weißen wurden wir einmal auf dem Markt ausgelacht und mit Fingern auf uns gezeigt, als wir wie in Europa gewohnt, ein Gebäck kauend über den Markt gingen.) Was sich im Protest der Busfahrer zeigte und wahrscheinlich von der NGO nicht gut verstanden worden war, ist, dass sich jeder Erwachsene für die Erziehung eines Kindes zuständig fühlt, man diese nicht nur den Eltern überlässt.

Was auch stimmt, ist, dass wie selbstverständlich körperliche Gewalt gegen Kinder zur Disziplinierung eingesetzt wird und die Hierarchie sehr streng ist. „Das Wort der Eltern ist heilig“, benannte das eine Sozialarbeiterin. Diskussionen, Auseinandersetzungen mit den Eltern gibt es nicht, auch über persönliche Gefühle und Gedanken wird nicht mit den Eltern kommuniziert. Gehorsam wird verlangt und vorausgesetzt.

Vivo hat erst kürzlich in einer epidemiologischen Untersuchung in Afghanistan und Sri Lanka aufgezeigt, wie das Ausmaß der häuslichen Gewalt massiv ansteigt, wenn die Elterngeneration über längere Zeit traumatisierender Gewalt ausgesetzt war und der Alkohol- und Substanzmissbrauch zunimmt. Interessant ist, dass das Ausmaß der familiären Gewalt in Norduganda wohl noch nicht das Maß wie in Sri Lanka oder Afghanistan erreicht hat, es bleibt zu befürchten, dass dies nur eine Frage der Zeit ist.

Ein weiteres drittes Element ist mir in den Familien und den prägenden Faktoren der Kindererziehung aufgefallen: die Kinder werden von Anfang an dazu angehalten, bei der Arbeit der Familie mitzuhelfen, Aufgaben zu erfüllen und Verantwortung zu übernehmen. Das sichtbarste Zeichen dafür

sind die Heerscharen von Kindern, die man v.a. abends entlang der Straßen sieht und die ihrer Größe angepasste Gefäße mit Wasser tragen: am Brunnen Wasser zu holen (denn außerhalb der Kernstädte gibt es keine Wasserleitungen) ist die Hauptaufgabe der Kinder und man sieht schon Zweijährige, die mit einer kleinen Flasche auf dem Kopf die älteren Geschwister mit den Kanistern begleiten. Unser Eindruck war, dass die klare Zuweisung von Verantwortlichkeiten und Aufgaben den Kindern aber auch einen hohen Wert und Bedeutung zuweist. Wenn jetzt die Eltern dem älteren Sohn nicht mehr die Aufsicht über die kleineren Geschwister geben wie bei Peter, dann fällt auch ein wesentliches Element der narzisstischen Anerkennung weg, Selbstwertzweifel und depressive Verstimmungen sind die nachvollziehbare Folge.

Familiendynamisch entsteht so eine zirkuläre Kausalität: indem die Eltern Peter nicht mehr trauen und ihre Angst vor den Rebellen externalisieren, fühlt sich Peter weiter in die Rolle des Kindersoldaten gedrängt und mit seinen quälenden Schuldgefühlen alleingelassen, er findet nicht mehr in die Familie zurück, die quälenden Erinnerungen können nicht verblassen, ja, sie werden sogar durch die Rollenzuschreibung weiter verstärkt. Seine Zurückhaltung und sein Rückzug sowie die nächtlichen Schlafstörungen und Albträume wiederum signalisieren der Familie, „dass mit dem Jungen etwas nicht stimmt“, und vermehren die Angst vor ihm. Peter reagiert nun auf diese Ablehnung weiter depressiv.

Der depressive Verarbeitungsmodus überwiegt bei weitem und die Rate von Jugendlichen mit Suizidgedanken liegt nach den ersten Erhebungen von vivo bei 20%. Demgegenüber sind externalisierende Störungen des Sozialverhaltens, sowie aggressiv-destruktive und dissoziale Verhaltensweisen weitaus weniger ausgeprägt und selten zu finden. Dieser Befund war zunächst für einen deutschen Kinder- und Jugendpsychiater wie mich, der in seiner Praxis zu 75% Kinder mit externalisierenden Störungen sieht, ein hoch beeindruckender und kaum glaublicher Befund. Wenn man aber die Menschen näher kennenlernt und die hohe emotionale Bindungsqualität der Eltern-Kind-Beziehung in Verbindung mit der starken sozialen Ächtung dissozialen Verhaltens erlebt, dann erscheint es einem schon fast selbstverständlich.

Zu diskutieren ist an dieser Stelle aber auch ein weiterer Faktor, der zu der geringen Rate von externalisierenden Störungen beitragen könnte. Voraussetzung dafür, nicht mit externalisierenden Störungen und aggressiv-

destruktivem Verhalten zu reagieren ist ja auch eine starke Fähigkeit zur Impuls- und Affektkontrolle. Und bei den ehemaligen Kindersoldaten, mit denen wir jetzt sprachen, handelt es sich um Überlebende, ein Großteil ist ja getötet worden – Voraussetzung für das Überleben bei den Rebellen war eine hohe Affekt- und Impulskontrolle. Wer Emotionen wie Ängste und Heimweh zeigte oder gar überschießend-impulsiv-aggressives Verhalten oder offene Gefühle der Traurigkeit, wie Weinen etwa, wurde ja als erstes umgebracht!

Ein sehr eindrückliches Bild darüber, wie unterschiedlich die Familien mit den zurückgekehrten Kindern umgehen, vermittelt der Dokumentarfilm „Lost Children“ aus dem Jahr 2004, der die Geschichte von vier Entführten schildert und auch deren familiäre Bedingungen. Er vermittelt in Wort und Bild sehr gut die Bedingungen in Norduganda.

Es gibt keine belastbaren Zahlen darüber, wie häufig nun die familiäre Ablehnung oder Angst gegenüber den Kindern ist, aber aus Gesprächen mit Sozialarbeitern, die die Kinder über einen längeren Zeitraum betreut haben, ergibt sich der Eindruck, dass erstaunliche 80-90% der Kinder, jetzt Jugendlichen, von den Familien wieder aufgenommen und integriert werden. Ich selber habe über 100 Jugendliche gesehen, die mir vorgestellt wurden, weil sie aus den unterschiedlichsten Gründen den Schulabschluss nicht geschafft hatten, davon gehörte ca. die Hälfte zu der Gruppe der ehemaligen Kindersoldaten. In keinem einzigen Fall konnte ich das Auftreten aggressiv-impulsiver Störungen feststellen. Die Belastung mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung war auch bei niemand so gravierend, dass deswegen die schulischen Leistungen gravierend gelitten hätten, auch wenn sie klinisch zu erfassen waren. Am meisten litten die Jugendlichen unter den familiären Bedingungen, die dadurch gekennzeichnet waren, dass sie z.B. unzureichende materielle oder emotionale Unterstützung von den Familien erhalten hatten, bei denen sie nach Verlust der Eltern Aufnahme gefunden hatten oder dass sie nach Verlust der Eltern als 18jährige sowohl für die Großeltern als auch für kleinere Geschwister zu sorgen hatten, worunter die schulischen Leistungen litten.

Kehren wir zurück zu Peter:

Die einzige Chance, die er sieht, ja mehr spürt, diesem familiären Teufelskreis zu entgehen, ist, sich durch die Schulbildung vom familiären System zu verselbständigen. Dieses ist auch in den Familien ein anerkannter Weg der Verselbständigung. Anders als in vielen ländlichen Regionen der Welt

wird der Schulbildung im Allgemeinen ein hoher Wert zuerkannt und von den Eltern stark unterstützt. Aus diesem Grund ist Uganda wohl auch einer der wenigen Staaten in Afrika (vielleicht sogar der einzige), in dem die Elementarbildung, also die ersten sieben Schuljahre, seit 1996 schulgeldfrei ist. Dabei ist über die Qualität der Schulbildung noch nicht viel gesagt. Der Norden Ugandas wird weiterhin strukturell vom Süden vernachlässigt, was sich auch in der Schüler-Lehrer-Relation zeigt: sind es im Süden 30-40 Kinder auf eine Lehrkraft in der Primärstufe, so steigt das Verhältnis im Norden auf 100-200 Kinder pro Lehrkraft. Die weiterführenden Schulen sind alles Privatschulen, die Schulgeld nehmen, 300-600 Dollar pro Jahr. Dies ist natürlich für die meisten Familien unbezahlbar. Zum Glück gibt es einige Stiftungen, die Stipendien für die vom Krieg betroffenen Kinder geben. Es bleibt zu hoffen, dass Peter ein solches Stipendium bekommt.

4. Süd-Nord-Dialog

Zweifellos ist das individuelle Leid der Jugendlichen, jenseits von stabilisierenden Rahmenbedingungen, groß, Alpträume, flash-backs bis hin zu länger anhaltenden dissoziativen Störungen, gravierende Schuldgefühle mit depressiven Verstimmungen sind die Regel. Die Arbeitsgruppe von vivo hat aufgezeigt, dass mit der Methode der „Narrativen Expositionstherapie (NET)“ den Betroffenen in einem überschaubaren Zeitraum (5 - 10 Sitzungen) geholfen werden kann, dass sich Alpträume, flash-backs, Vermeidungsverhalten, durchaus verringern lassen. In vielen Fällen ist gerade die Verringerung des Vermeidungsverhaltens ja überlebenswichtig, damit die Menschen ihre Felder wieder bestellen können. Nun trainiert vivo gruppenweise lokale Laienhelfer - derzeit sind bereits 45 Gemeindeglieder und Sozialarbeiter ausgebildet - in der Anwendung dieses Therapiekonzepts und begleitet deren Arbeit wissenschaftlich um die klinische Evidenz genau zu dokumentieren. Dort vor Ort können ja nur ressourcen-extensive (dh für lokale Laien erlernbar und viele Menschen erreichend) und kurzzeitige Verfahren disseminierbar sein. Auch sollte ein therapeutisches Verfahren im Kontext von menschengemachter Gewalt immer auch eine menschenrechtsorientierte Komponente (wie bei der NET) beinhalten.

Wie ich versucht habe darzustellen, wäre aber auch die Einbettung dieses therapeutischen Vorgehens in ein familiendynamisches Verstehen und kulturell angepasste familientherapeutische Interventionen sehr hilfreich. Ich denke, wir können auch als Familientherapeuten, die wir unsere Konzepte vor dem Hintergrund europäisch-amerikanischer Kultur ausgebildet haben,

einige der Verhaltensweisen und Symptome der Betroffenen einem besseren Verständnis zuführen. Notwendig wäre aber in der Aus- und Fortbildung einheimischer Kräfte, z.B. Sozialarbeitern, die Entwicklung kulturell angepasster Interventionen. Unsere Interventionen, die ja auf einem gemeinsamen Gespräch in der Familie basieren, wären zunächst in Uganda undenkbar: z. B. ist es völlig unüblich, mit Eltern und Kind gemeinsam über die Probleme zu sprechen. Eine familientherapeutische Sitzung in unserem Sinn würde bei allen Beteiligten nur völliges Befremden auslösen. Aber das Angebot, überhaupt reden zu können, die eigene Perspektive mitzuteilen, wurde seitens der Jugendlichen erstaunlich offen und motiviert wahrgenommen. So könnten regelmäßige Supervisionen und Fallbesprechungen mit einheimischen Sozialarbeitern und die Begleitung ihrer Arbeit eine Grundlage sein, um diese Interventionen zu entwickeln.

Die Erfahrungen aus Uganda regen aber auch an, über die eigene therapeutische Praxis nachzudenken:

Die Erfahrungen von vivo und deren wissenschaftliche Begleitung und Zusammenarbeit mit der psychologischen Fakultät der Universität Konstanz führen derzeit zu einer heftigen Debatte in Fachkreisen über das adäquate therapeutische Vorgehen bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Die Erfahrungen u.a. aus dem afrikanischen Kontext weisen darauf hin, dass ein mehr traumakonfrontatives Vorgehen hilfreicher ist als ein mehr abwartend-stabilisierendes.

Meine persönliche Sichtweise, die derzeit kasuistisch bleiben muss und natürlich keinen wissenschaftlichen Kriterien genügt, ist, dass wir sehr viel stärker, als wir das bisher in der Debatte um Traumafolgen tun, unterscheiden müssen, ob die traumatische Erfahrung in der Lage war, frühe Bindungsrepräsentationen bzw. internalisierte Objektbeziehungen zu zerstören bzw. nachhaltig zu verändern. Es ist m.E. dieser Unterschied, der den Unterschied ausmacht zwischen den Kindern und Jugendlichen aus Uganda mit traumatischen Erfahrungen und den Kindern und Jugendlichen, die ich in meiner täglichen Praxis sehe mit traumatischen Erfahrungen hier in Deutschland. Wenn ich im hiesigen Kontext von „traumatisierten“ Kindern und Jugendlichen rede, dann handelt es sich im Regelfall um Opfer von Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung aus dem familiären Nahbereich, was eine grundlegende Veränderung der Vertrauens- und Beziehungsfähigkeit bewirkt, psychoanalytisch gesprochen: Bindungsrepräsentationen bzw. gute Objektrepräsentanzen zerstört. Bei den Betroffenen aus Uganda handelt es sich um Kinder, bei denen die traumatische Erfah-

rung zwar äußerst verstörend, gewalttätig und grausam war, die aber nicht aus dem familiären Nahbereich hervorging. Falls nicht in einem sekundären Prozess die Familie verändert, angstvoll oder ausschließend auf dieses Kind reagiert, scheint die primäre Beziehungsfähigkeit nicht drastisch verändert.

Davon unterschieden sollte jedoch die Auswirkung der traumatischen Erfahrung, die sich als posttraumatische Belastungsstörung ausdrückt: bei den primären Symptomen dieser Störung wie Alpträumen, flash-backs, vegetativer Überstimulierung und Vermeidungsverhalten handelt es sich um neurobiologische begründete Alarmreaktionen auf existentielle Todesbedrohungen.

So frage ich mich, ob die sehr heftig geführte Debatte um die Behandlung von Traumafolgen und PTBS, polarisiert zwischen „psychoanalytischem Verstehen“ und „behaviouristischer Konfrontation“, wirklich konfrontativ geführt werden muss oder ob sich nicht eine Ergänzung der Sichtweisen anbietet, weil die verschiedenen Zugänge und Behandlungswege auf unterschiedliche Traumafolgen zielen. Dazu wird es notwendig sein, auch das Konzept PTBS als minimalistische Definition und Konstruktion von Traumafolgen zu hinterfragen und in ein Konzept individueller Traumafolgen zu integrieren.

Ich habe aber diesen Aufsatz nicht nur als Beitrag zur Fachdebatte geschrieben, sondern auch, um ein Fachpublikum und die Öffentlichkeit auf diesen längsten aller afrikanischen Kriege und dessen Folgen aufmerksam zu machen. Bei meinem letzten Besuch in Uganda, bei einem Gespräch mit dem Landrat des am meisten verwüsteten Bezirks, als ich hörte und wahrnahm, über wie lange Zeit die Weltöffentlichkeit und damit auch ich diesen Krieg nicht wahrgenommen haben, fühlte ich mich spontan genötigt, mich persönlich zu entschuldigen. Ich habe diese Sätze auch geschrieben, damit ich und wir dies in Zukunft nicht mehr tun müssen.

Gießen, April 2008

Adresse des Autors:

Klaus-Dieter Grothe

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,

Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

Krofdorfer Str. 45

35398 Gießen

Literatur:

- Catani, C., Schauer, E., Neuner, F.* (2008) Beyond individual war trauma: Domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 34, No. 2, 165-176
- Fonagy, P.* (2006) Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart
- Fonagy, P.* (2008) Bindung, Trauma und Psychoanalyse; Vortrag auf der Joseph-Sandler-Research-Conference, Frankfurt
- Keilson, H.* (1979) Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart
- Münkler, H.* (2004) Die neuen Kriege. Rowohlt
- Neuner, F.* (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos?, *Verhaltenstherapie*, im Druck
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C. & Elbert, T.* (2007) KIDNET – Narrative Expositionstherapie für Kinder. In: M. Landolt & T. Hensel (Hg.). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe
- Schauer, M., Neuner, F., Elbert, Th.* (2003) Erzähl um dein Leben, *Gehirn & Geist* 5, 34–38)

www.lost-children.de

Die von der Organisation vivo geführte Webseite www.vivo.org führt alle derzeit bereits publizierten wissenschaftlichen Arbeiten des Konstanzer Forscherteams als Pdf zum Runterladen im Internet auf. Als gemeinnützige Organisation freut sich vivo e.V. natürlich über jede Spende!

Tagesklinik als therapeutischer Entwicklungsraum: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien

*Jochen Gehrman, Markus Schwarz, Gamal Abedi,
Elke Boida, Jan Finbar Wolf, Uta Fies¹, Rita Schwahn
und Maike Pellarin*

Tagesklinik als Entwicklungsraum

In einem *Continuum of Care* mit differenzierten ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten (z.B. mit aufsuchender Behandlung, Nachmittagsgruppen, 24-Stunden-Krisendienst, Tagesklinik, Klinik, ggf. therapeutischen Wohngruppen in Kooperation mit der Jugendhilfe) lassen sich Kinder etwa bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und teilweise auch ältere Jugendlichen in einem nicht unerheblichen Ausmaß (wenn nicht sogar vorrangig) ambulant und teilstationär behandeln, wenn ein vollstationäres Behandlungsangebot im Hintergrund zur Verfügung steht (Bickmann et al. 1996, Warnke & Lehmkuhl 2003). Eine *aufsuchende Arbeit* (Schmidt et al., 2006), insbesondere in Jugendhilfeeinrichtungen mit einem hohen Anteil psychiatrisch behandlungsbedürftiger Jugendlicher (häufig ohne verlässliche Bindungen an die Ursprungsfamilie) (Schmidt 2007) hilft, stationäre Krisenaufnahmen zu begrenzen.

Kinder und Jugendliche profitieren in der Tagesklinik von einem weitgehend *konstanten Pflege- und Erziehungsteam*. Konstante Bezugspersonen können so leichter Bindungen zu den Kindern, Jugendlichen bzw. ihren Familien aufbauen. Stabile Bindungen wiederum geben Halt und Sicherheit im therapeutischen Prozess und fördern so die Entwicklung der Klienten (Scholz et al. 2002).

Die Kinder können die Erfahrungen aus der Tagesklinik unmittelbar zu Hause erproben. Damit bietet die Tagesklinik einen ausreichenden *Realitätsraum*, um im Alltag neue Erfahrungen zeitnah umzusetzen. Das soziale Umfeld bleibt während der tagesklinischen Behandlung erhalten. Eltern, Geschwister, Freunde, Lehrer können eng in die Behandlung einbezogen

werden. Dadurch sinkt die Gefahr der Regression und die Kinder bzw. Jugendlichen finden nach der Behandlung leichter wieder in ihr gewohntes Umfeld zurück. Insbesondere Kinder bzw. Jugendliche mit schulischen Entwicklungsschwierigkeiten profitieren von einer gemeindenahen tagesklinischen Diagnostik und Behandlung (Jans & Warnke 2004). Bei älteren Jugendlichen, die die Schule länger besuchen, muss der zeitliche Behandlungsrahmen ggf. so angepasst werden, dass bis in den frühen Abend nach dem Schulbesuch noch ausreichend Zeit für eine tagesklinische Behandlung zur Verfügung steht. Initial vollstationär behandelte Jugendliche benötigen umgekehrt oft noch eine tagesklinische Weiterbehandlung, um zu lernen, ihre Alltagsanforderungen in Schule und Familie zu bewältigen. Eine *tagesklinische Nachbehandlung* ist anschlussfähig gerade an eine längere vollstationäre Behandlung, schafft sanftere Übergänge und bietet darüber hinaus eine realitätsbezogene Belastungserprobung.

Zusammenfassend gelten als allgemeine positive Auswirkungen einer tagesklinischen Behandlung, auch wenn diese Effekte bisher nur partiell evaluiert sind (Asen 1992, Finsen 2003, Eikelmann & Reker 2004, Graf Schimmelman et al. 2001):

- der Aufbau einer verlässlichen Bindung an konstante Bezugspersonen in einem therapeutischen Team,
- eine enge Einbeziehung der Familie in den therapeutischen Prozess,
- eine stärkere Vernetzung der Arbeit mit den externen Helfern wie Schulen, Jugendamt, Beratungsstellen,
- ein täglicher Transfereffekt des (Neu)Entwickelten in den Alltag,
- eine geringere Wahrscheinlichkeit der Regression,
- eine einfachere Reintegration in das soziale Umfeld
- ein bisher wenig evaluierter positiver Faktor einer tagesklinischen Behandlung, der die Eltern-Kind-Beziehung stärkt, liegt in den Anforderungen des Settings: durch die täglichen gemeinsamen Fahrten und den Austausch über die Inhalte des täglichen Geschehens in der Tagesklinik verbringen die Eltern und Kinder mitunter nicht nur wesentlich mehr Zeit miteinander, sondern nutzen diese gemeinsame Zeit auch für eine intensivere Interaktion.

Auch wenn derzeit lediglich prospektive und keine randomisiert-kontrollierten Studien zur Effektivität einer tagesklinischen Behandlung vorliegen, legen die (wenigen) vorhandenen Daten – übereinstimmend mit unserer klinischen Erfahrung – die Schlussfolgerung nahe, dass die *Qualität der elterlichen Kooperation* für den Erfolg einer tagesklinischen Be-

handlung wesentlich ist (Grizenko, 1997). Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung stabiler therapeutischer Bindungen gerade auch im tagesklinischen Bereich mit einem täglichen Wechsel des Patienten zwischen (Tages)Klinik und zu Hause.

Grundprinzipien der Behandlung: *Bindung, Ressourcen, Verantwortung*

Unsere tagesklinische Behandlung betont die Grundprinzipien „Bindung, Ressourcen und Verantwortung“ des *Rotenburger Entwicklungsmodells* (Prankel & Gehrman 2004, Prankel 2005):

Bindung: Ein fallverantwortlicher Therapeut (Case Manager (Fallverantwortlicher)) und eine Bezugsperson aus dem Pflege- und Erziehungsdienst betreuen die Familie während der tagesklinischen Behandlung. Konstante Behandlungsgruppen, eine verlässliche Integration der Familien in den Behandlungsprozess, u.a. durch Hausbesuche, Hospitationen und Elterngruppen bzw. die Einbeziehung der Geschwister geben den Familien Sicherheit und Struktur und fördern so die Entwicklung stabiler Bindungen zum therapeutischen Team.

Ressourcen: Wir verfolgen einen Ressourcen-orientierten Behandlungsansatz (Rutter 1985): Ein Bezugspflegesystem in kleinen Behandlungsgruppen fördert die Bindung der Familie an das therapeutische Team. Im Verlauf bieten wir nach vorheriger Absprache auch einen Hausbesuch bei der Familie an (Gehrman et al. 2008) sowie der Familie Hospitationen in der Tagesklinik. Die Behandlung umfasst eine mehrdimensionale Diagnostik und Therapie, eine Fachpflege und –pädagogik, Einzel-, Gruppen- und Familientherapie sowie weitere Fachtherapien wie z. B. Physio-, Ergo-, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapie und Psychomotorik. Der Bezugsbetreuer erhebt anhand von Fragechecklisten und eigenen individuellen Beobachtungen insbesondere während des Hausbesuchs eine Pflegeanamnese zu Tagesstruktur (Aufstehen, Zubettgehen, Mahlzeiten), Handlungsstrukturen (Schule, Hausaufgaben, Freizeit, Sport, Hygiene), biologischen Funktionen (Atmung, Schlafen, Essen, Ausscheidung) sowie eine Erziehungsanamnese (ressourcenorientiert zu Beschäftigung, Sprechen, Kontaktaufnahme und Halten von Kontakten, Integration in die Familie, Schule und Gleichaltrigengruppe, Eigenmotivation, Wissen, Neugierde, Lerntechniken, Hausaufgaben, Freizeitinteressen, psychosexuelle Entwicklung, Rollen als Junge bzw. Mädchen, Atmung, Schlafen, Ausscheidung, Bewegung). Die anamnestischen Daten und während der Behandlung erhobene Befunde bzw. Beobachtungen fließen unmittelbar in den Ressourcenstatus

entsprechend dem Rotenburger Behandlungsschema ein (Prankel & Gehrmann 2004, Prankel 2005).

Verantwortung: Die Familie ist während der Behandlung verantwortlich für ihr Familienleben, die Erzieher und Therapeuten für die therapeutischen und pädagogischen Übungen. Entsprechend ihrem kognitiven und psychosozialen Entwicklungsstand übernehmen die Kinder bzw. Jugendlichen Verantwortung in der Behandlung, u.a. in der Vereinbarung individueller Behandlungsziele, der kontinuierlichen Reflektion und Weiterentwicklung des therapeutisch Erreichten (so auch in Form verhaltenstherapeutischer Stufenpläne), der Übernahme von Alltagspflichten auf Station, dem Mitwirken an einem gemeinschaftlichen Miteinander auf Station („ich bin beteiligt“) und der Gestaltung von Projekten.

Der Aufbau *verlässlicher Bindung* ist ein therapeutisches Grundprinzip (Stern 1993, Prankel 2005). Ständige unvorhergesehene Aufnahmen und Entlassungen können zu verunsichernden Integrations- und Abgrenzungsprozessen in der Gruppe der Patienten auf Station führen. Die Patientenaufnahmen und Entlassungen werden daher vorausschauend geplant, so dass in der Tagesklinik möglichst jeweils eine größere Gruppe von Patienten gleichzeitig aufgenommen und entlassen wird. Auf diese Weise bildet sich eine stabile und produktive Patienten- und Elterngruppe, und *Rituale* wie ein Aufnahme Frühstück für Kinder und Eltern, Entlassungsfeiern und längere Beziehungsaufnahmen der Kinder sind möglich. Auch können die Eltern besser Beziehungen untereinander aufbauen und sich gegenseitig austauschen und unterstützen. Regelmäßige Elterngruppen fördern diese Bindungen innerhalb der Elterngruppe (Scholz et al. 2003, Gehrmann et al. 2006).

Tagesklinisch arbeiten wir gegenwärtig in Ludwigshafen auf zwei diagnosegemischten, gegenwärtig altersdifferenzierten (4-12 Jahre und 12 bis 17 Jahre) Stationen weitgehend mit konstanten Behandlungsgruppen, d.h. die Kinder bzw. Jugendlichen werden geplant in homogenen Kleingruppen aufgenommen und auch gemeinsam entlassen. Dieser Ansatz zielt darauf, den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern Sicherheit und Geborgenheit im Rahmen einer kontinuierlichen Behandlungsgruppe zu geben, häufige Wechsel der Bezugssysteme bzw. –personen während der Behandlung möglichst zu minimieren. Fünf bis sechs Kinder bzw. Jugendliche (d.h. jeweils zwei Gruppen pro Station) werden über etwa zwölf Wochen in einer festen Gruppe tagesklinisch behandelt. Die Familie wird durch *Hausbesuche, Elterngruppen, Hospitationen der Eltern (auch der Geschwister)* sowie familientherapeutische Sitzungen eng in die Behandlung einbezogen. Dieser Ansatz hilft auch Schwellenängste vor der Kinder- und Ju-

gendspsychiatrie abzubauen; so lassen sich Geschwisterkinder, die ebenfalls behandlungsbedürftig sind, relativ nahtlos in eine Behandlung integrieren, wenn bereits ein anderes Geschwisterkind auf der Station in Behandlung ist. *Hausbesuche* in der Regel innerhalb der ersten beiden Behandlungswochen durch die Bezugsperson helfen die familiären Rahmenbedingungen einschließlich der Familiendynamik und Wohnsituation besser zu verstehen und bieten der Familie auch wertschätzend die Möglichkeit eines Austauschs im sicheren Terrain ihres Zuhauses, in dem die Behandler dann *die Gäste* sind (Gehrmann et al. 2008). Sind Kinder bzw. Jugendliche außerhalb untergebracht, können Hausbesuche alternativ auch in der Wohngruppe bzw. in der Pflegefamilie stattfinden. *Tabelle 1* fasst die Grundelemente unserer tagesklinischen Arbeit zusammen.

Wichtig für eine erfolgreiche tagesklinische Behandlung sind eine sorgfältige prästationäre Diagnostik, eine Klärung der Behandlungsaufträge, die Erarbeitung individueller Behandlungsziele und eine schrittweise Heranführung der Familien an die Tagesklinik. Letzteres lässt sich insbesondere durch *sogenannte `Schnuppertage`* der Kinder bzw. Jugendlichen halb- oder ganztags in der Tagesklinik erreichen. Diese *frühen Hospitationen* geben den Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern erste authentische Eindrücke in den Alltag der Tagesklinik und geben der Familie und dem therapeutischen Team alltagspraktische Hinweise für individuelle Ressourcen, aber auch Ressourcen der Familie. Am Ende fällt das therapeutische Team einvernehmlich die endgültige Aufnahmeentscheidung. Bei Bedarf können weitere *`Schnuppertage`* ggf. Sicherheit über die Aufnahmeentscheidung geben. An der Schnittstelle zwischen Ambulanz und Tagesklinik dienen Überleitungsgespräche im Vorfeld der tagesklinischen Aufnahme einem Informationsaustausch, der Klärung offener Fragen, der Weitergabe schriftlicher Elterninformationen (z.B. über die Behandlung und den Krankenhausunterricht), insbesondere aber auch der Vereinbarung konkreter Behandlungsziele. Die Behandlung berücksichtigt das Grundprinzip des *`informed consent`*, d.h. die diagnostischen und therapeutischen Schritte erfolgen möglichst eng abgestimmt mit den Sorgeberechtigten, die wiederum auch sämtliche Behandlungsberichte in Kopie erhalten. Dabei verstehen wir den *Behandlungsbericht* nicht nur als Information sondern ebenso *als therapeutische Intervention*. Unsere Erfahrungen mit einem offenen Informationsaustausch und insbesondere der direkten Berichtweitergabe an die Sorgeberechtigten sind ungeteilt positiv und wird durch die Eltern wertgeschätzt.

Die *Kinder und Jugendlichen* werden ihrem Entwicklungsstand und ihrer psychischen Befindlichkeit entsprechend möglichst eng von Anfang an in

die *Behandlungsplanung* miteinbezogen. Sie werden dabei unterstützt, eigene Behandlungsziele zu formulieren und umsetzen. Täglich besprechen sie in der Morgenrunde den Tagesablauf und reflektieren ihn in der Abschlussrunde. Sie können den Wochenplan mit ihren persönlichen Aktivitäten am Dienstzimmer einsehen und erhalten einen Stundenplan für die Klinikschule. Hausaufgaben, Projekte und sämtliche gemeinsamen Projekte werden betreut. Die MitarbeiterInnen besprechen die Regeln für ein gemeinsames Zusammenleben in der Tagesklinik mit ihnen, ältere Jugendliche erhalten ein persönliches Exemplar. Auf Station übernehmen sie angepasst an ihren individuellen Entwicklungsstand Verantwortung in Form kleiner Alltagspflichten, z.B. Tisch- und Küchendienst, und halten Ordnung in ihrem individuellen und Gruppenbereich. Störungen haben stets im Therapieprozess Vorrang: Hauptansprechpartner ist zunächst die pädagogische Bezugsperson, die bei Bedarf mit dem Case Manager Rücksprache hält. Gemeinsame Anliegen werden in der Gruppe mit allen besprochen; falls dringlich, auch kurzfristig.

Vor dem Hintergrund, dass familiäre Strukturschwächen bzw. unsichere Bindungsangebote häufig Verhaltensauffälligkeiten der Patienten zumindest aufrechterhalten und Patienten häufig über nur schwach ausgebildete Selbstregulationsmechanismen verfügen, kommen Ritualen im Alltag der Tagesklinik eine hervorgehobene Bedeutung zu. Die Aufnahme einer Behandlungsgruppe beginnt mit einem Aufnahmefrühstück, einer gegenseitigen Vorstellung, Kennenlernritualen und der Erhebung der Pflege- und Erziehungsanamnese (fortgesetzt z.B. dann während des Hausbesuches) durch die Bezugsperson. Am Ende jeder Behandlungswoche stehen Reflektionsrunden und ein Abschlussfest mit den Eltern. Urkunden und Rituale rundet die Behandlung insgesamt ab.

In der Regel findet vor der Entlassung noch ein Kooperationsgespräch mit den weiteren professionellen Helfern wie z. B. Schule und Jugendhilfe (auch ggf. bereits implementierten Familienhelfern) statt. Häufig tauschen sich die Fallverantwortlichen im Verlauf der Behandlung auch intensiv mit den niedergelassenen ÄrztenInnen bzw. PsychotherapeutenInnen aus, halten diese über den Behandlungsverlauf auf dem Laufenden und informieren zeitnah über den geplanten Entlassungstermin. Die Heimatschule erhält einen schriftlichen Klinikschulbericht der Klinikschullehrerin über den Verlauf des Klinikschulunterrichts (Gehrmann & Daut 2005).

Falls keine anderweitige fachspezifische Nachbehandlung möglich ist, wird eine ambulante Nachbehandlung durch den Case Manager für zunächst sechs Monate angeboten, ansonsten erfolgt mit Überleitung eine Rücküberweisung an den Einweiser.

Wir vernetzen die tagesklinische Behandlung auch mit *ambulanten Gruppentherapien*, in die die PatientenInnen (und ihre Eltern) bei Bedarf prä- oder auch poststationär integriert werden (*Tabelle 2*). In der Regel umfassen die Gruppentherapien zehn bis zwölf Termine alle 14 Tage. Wir legen dabei einen multisystemischen Schwerpunkt, d.h. betroffene Familien (wenigstens ein Elternteil und das Kind) werden gemeinsam behandelt (Gehrmann et al. 2005, 2007). Dabei arbeiten die Eltern und die Kinder bzw. Jugendlichen zeitweise parallel auch in getrennten (Unter)Gruppen.

Besondere Herausforderungen im Jugendlichenbereich

Tagesklinisch behandelte Kinder und Jugendliche unterscheiden sich im Diagnosespektrum als auch im Störungsschweregrad kaum von vollstationär behandelten Patienten und sind vor allem im Jugendlichenbereich erheblich psychiatrisch auffällig (Graf Schimmelmann et al. 2001, Schepker 2008).

Die *Behandlungskonstanz* ist im *Jugendlichenbereich* nach unseren ersten Erfahrungen schwieriger als im Kinderbereich aufrechtzuerhalten, so liegt die Abbruchquote im Jugendlichenbereich mit etwa 4% deutlich höher als im Kinderbereich mit nur knapp 1%, jedoch insgesamt noch relativ niedrig. Bei Jugendlichen sind die Abbruchgründe nach unseren ersten Erfahrungen unterschiedlich: einerseits brechen Jugendliche (bzw. ihre Eltern) aufgrund von Ängsten, Vorbehalten (häufig, dass das Kind zuviel Unterrichtsstoff in der Heimatschule verpasst) ab; andererseits müssen wir bei häufigem aggressiv-impulsiven Verhalten (gegen Sachgegenstände bzw. Personen), wiederholten Regelverstößen oder fehlender zeitlicher Verbindlichkeit die Behandlung vorzeitig beenden. Diese Erfahrung deckt sich mit den Befunden u.a. von Rey et al. (1998), dass tagesklinische Behandlungen bei Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens einen prognostisch ungünstigeren Verlauf nehmen, je stärker sie sich dissozial verhalten. Im Fall einer disziplinarischen Entlassung finden in der Regel poststationär nochmals Kooperationsgespräche mit der Familie, dem Jugendamt und der Heimatschule an, zumal in diesen Fällen oft stationäre Jugendhilfen zu diskutieren sind.

Nach unserer Erfahrung wirken sich insbesondere folgende Faktoren negativ auf den potentiellen Behandlungserfolg aus: (1.) unbehandelte psychische bzw. Suchterkrankungen eines oder beider Elternteile, (2.) massive Traumatisierungen von Jugendlichen in der Vorgeschichte mit Bindungsunsicherheiten und (3.) eine oder mehrere vorhergehende abgebrochene oder ineffektive stationäre jugendpsychiatrische Behandlung. Nach einer unveröffentlichten dreimonatigen Stichprobe im Rahmen des *Modellpro-*

jektet `Kinder psychisch kranker Eltern` des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Mainz ist mindestens ein Elternteil der in unserer Tagesklinik behandelten Kinder und Jugendlichen psychisch krank, wobei uns die genaue psychiatrische Diagnose lediglich in etwa 60% der Fälle bekannt ist.

Übereinstimmend mit den Erfahrungen anderer (Tages-)Kliniken legen wir insbesondere bei Jugendliche etwa ab 14 Jahren besonderen Wert vorab auf individuelle, schriftliche Behandlungsvereinbarungen, d.h. noch vor Aufnahme wird ein Behandlungsvertrag mit nicht mehr als drei, möglichst konkreten Behandlungszielen vereinbart. Tages- und Wochenreflexionen, verhaltenstherapeutische Stufenpläne helfen diese Behandlungsziele zu erreichen. Jugendliche sollten möglichst selbstständig die Tagesklinik besuchen. Im Fall von selbstverursachten Unpünktlichkeiten müssen die Fehlzeiten innerhalb der Tagesklinik nachgearbeitet werden. Dadurch wird vermieden, eine Verweigerungshaltung noch zu unterstützen bzw. aufrechtzuerhalten. Angesichts des Umstandes, dass bei etwa 20% der Jugendlichen ein Schulabsentismus vorliegt, kommt einer in den ersten Tagen häufig persönlich begleiteten schulischen Reintegration eine hervorgehobene Bedeutung zu. Hierzu steht uns im Rahmen eines durch die ADD in Neustadt und das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur in Mainz geförderten *Modellprojektes zur schulischen Reintegration* ein derzeit zunächst zeitlich befristetes gesondertes Lehrerdeputat auf der Jugendlichenstation zu Verfügung. Diese Arbeit ist entsprechend personalintensiv und erfordert eine intensive Zusammenarbeit mit bzw. zwischen Eltern und Heimatschule. Kommt diese Kooperation nicht verlässlich zustande, gelangt eine tagesklinische Behandlung an ihre *Grenzen*. Dann bedarf es der Schnittstellen zum vollstationären Bereich bzw. zur (stationären) Jugendhilfe.

Im Falle *eskalierender Krisen*, z.B. aggressiven Verhaltens gegenüber Personen bzw. Sachgegenständen, übernehmen die Eltern Verantwortung und werden vom Case Manager bzw. der Bezugsperson aufgefordert, unmittelbar in die Tagesklinik zu kommen, um an einer Deeskalation mitzuwirken und über das weitere Vorgehen (Sanktionen, Anpassung der Behandlungsplanung bzw. Stufenplänen, Auszeiten, Pausen in der tagesklinischen Behandlung) bis hin zu einer vollstationären Krisenintervention (bzw. Inobhutnahme) verantwortlich zu entscheiden. Ein vollstationäres Angebot vor Ort erleichtert es dem therapeutischen Team, eskalierende Krisen in der Tagesklinik ggf. durch eine stationäre Krisenintervention zu bewältigen, ohne dass die pädagogisch-therapeutischen Bezugspersonen zwangsläufig wechseln müssen. Eine stationsübergreifende Bindungskonstanz gibt den

Jugendlichen in akuten Krisen mehr Sicherheit und Geborgenheit und trägt dadurch zu einer Deeskalation bei.

Eine *akute* Krisenintervention ist unseres Erachtens in einer Tagesklinik ebenfalls grundsätzlich möglich, lässt sich jedoch leichter gestalten, wenn zugleich als eine Alternative ein stationäres Angebot vor Ort zur Verfügung steht. Die Schaffung sogenannter Akut-Tageskliniken mit einem Angebot auch am Wochenende könnte ein weiterer Weg sein, um in Krisen zu intervenieren. Wenig überraschend steigt die Abbruchrate auch in unserem setting bei Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr an, insbesondere wenn sie aus einem stark dysfunktionalen Familienkontext stammen. In den letzten Monaten machen wir dementsprechend die Erfahrung, dass bei einer ungünstigen Gruppenzusammensetzung, zum Beispiel mit mehreren, älteren und stark sozial verhaltensauffälligen Jugendlichen, unser Behandlungsgruppenmodell durch vorzeitige Behandlungsbeendigungen an deutliche Grenzen stößt.

Fazit für die Praxis

Bindung ist eine wesentliche Grundlage der tagesklinischen Behandlung. Konstante Behandlungsgruppen innerhalb der Tagesklinik fördern die Entwicklung sicherer Bindungen, damit auch die elterliche Kooperation und bieten zahlreiche Entwicklungschancen:

- Das therapeutische Team baut früh Bindungen zu den Familien auf,
- eine relativ hohe Behandlungskonstanz (niedrige Abbruchquote von insgesamt etwa 2%, wobei die im Jugendlichenbereich mit etwa 4% deutlich höher liegt als im Kinderbereich mit knapp 1%),
- die Kinder bzw. Jugendlichen gewinnen innerhalb der therapeutischen Gruppe die Sicherheit, verantwortlich mitzuarbeiten,
- die Familien unterstützen sich solidarisch und lernen voneinander alternative Handlungsmöglichkeiten,
- Elterngruppen und themenzentrierte ambulante Gruppenangebote (z. B. für hyperaktive Kinder, sozial ängstliche Kinder, emotional-instabile Jugendliche) vernetzen die ambulante und die tagesklinische Behandlung,
- multisystemische Ansätze erweisen sich dabei als besonders effektiv,
- ein poststationär konstantes Bindungsangebot durch den Case Manager und Synergieeffekte durch differenzierte ambulante Gruppentherapien,
- bei Bedarf bieten sich im Verlauf Intervallbehandlungen an, d.h. das Kind bzw. der Jugendliche kann in einem dann meist kürzeren Behandlungszeitraum (von vier bis sechs Wochen) in einer vertrauten thera-

peutischen Umgebung verlässliche Verhaltensfortschritte bzw. Lernerfahrungen machen, die für die Vorbehandlung anschlussfähig sind,

- das Prinzip konstanter Behandlungsgruppen lässt sich verlässlich für Kinder etwa bis zum Alter von 14 Jahren umsetzen, stößt hingegen bei älteren und vor allem stark expansiven Jugendlichen im Alltag an Grenzen,
- insbesondere im Jugendlichenbereich zeichnen sich weitere *konzeptionelle und strukturelle Erweiterungen tagesklinischer Angebote* ab, so in Form von *Akut-Tageskliniken, Sucht-Tageskliniken bzw. auch Tages- (und Nacht-)Kliniken*, letztere um psychisch kranken Jugendlichen, die sich tagsüber in Schule bzw. Ausbildung re-integrieren, abends und nachts den therapeutischen Entwicklungs- und Schutzraum einer dann Nachtambulanz zu geben.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Angelika Remmers für die bewährte redaktionelle Bearbeitung, Drs. Bernhard Prankel (Rotenburg/Wümme), Hartmut Thieme (Köln) und Thomas Dirksen (Gelsenkirchen) für wertvolle Hinweise und Anregungen. Unser Dank gilt ferner Frau Angelika Schaub (Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur in Mainz) und Frau Hiltrud Gehrlein-Bischoff (ADD in Neustadt) für ihre Unterstützung im Modellprojekt zur schulischen Reintegration sowie Bernhard Scholten und Claudia Porr (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen in Mainz), Elisabeth Schmutz (Institut für sozialpädagogische Forschung in Mainz) für ihre Unterstützung im Modellprojekt „Kinder psychisch kranker Eltern“ des Landes Rheinland-Pfalz.

Literatur

- Asen E. (1992) Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien. Mitglieder-Rundbrief II/1992 des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland e.V., 42-60
- Bickmann L, Foster M, Lambert W (1996) Who gets hospitalized in a continuum of care? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35, 74-80
- Eikermann B., Reker T. (Hg.) (2004) Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik. Stuttgart.: Kohlhammer
- Finsen A. (2003) Eine kurze Geschichte der psychiatrischen Tagesklinik. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Gehrmann J., Boida E., Hamburger M., Meckes S., Pellarin M. (2007) Lessons learned from outpatient group therapy for children with ADHD: a multisystemic approach. Journal of Neural Transmission, 114 (7): XCV

- Gehrmann J., Prankel B.H., Stafe N., Repp B., Bischoff L.* (2005) Die multisystemische Familientherapie der Essstörungen nach dem Rotenburger Entwicklungsmodell verkürzt die stationäre Behandlungsdauer. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 153 (9)
- Gehrmann J., Daut V.* (2005): Konzept des Klinikschulunterrichts: unveröffentlichtes Manuskript für das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur in Mainz.
- Gehrmann J., Boida E., Fies U., Wolf J.F., Pellarin M.* (2006) Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: konstante Behandlungsgruppen fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien (Kongressabstract), *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 154 (8), 196
- Gehrmann J., Schwarz, M., Abedi G., Wolf J.F., Boida E., Rellum T., Fies U., Schwahn R., Pellarin M.* (2008) Tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Hausbesuche fördern stabile Bindungen und Ressourcen der Familien. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18 (1), 60-77
- Graf Schimmelmann B., Schulte-Markwort M., Richter R.* (2001) Die tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29, 178-205
- Grizenko N.* (1997) Outcome of multimodal day treatment for children with severe behavior problems: a five-year follow-up. *Journal of the American Academy for Child and Adolescence Psychiatry*, 36, 989-97
- Jans T., Warnke A.* (2004) Schulverweigerung. *Monatsschrift Kinderheilkunde* Band 152, 1302-1312
- Prankel B.H., Gehrmann J.* (2004) *Rotenburger Handbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie*. www.diako-online.de
- Prankel B.H.* (2005) Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. *Familiendynamik* 30, 145-183
- Rey J.M., Denshire E., Wever C., Apollonov I.* (1998) Three-year outcome of disruptive adolescents treated in a day program. *European Child Adolescent Psychiatry*, 7, 42-48
- Rutter M.* (1985): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611
- Schepker R.* (2008) Tagesklinik: Die ‚nette‘ Seite der Kinder- und Jugendpsychiatrie? *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 18 (1) , 15-25
- Schmidt M.H., Lay B., Göpel C., Naab S., Blanz B.* (2006) Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 15, 265-276
- Schmid M.* (2007) Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe. Weinheim: Juventa
- Scholz M., Asen E., Gantchev K., Schell B., Süß U.* (2002) Familientagesklinik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Das Dresdener Modell: Konzepte und erste Erfahrungen. *Psychiatrische Praxis* 29, 125-129
- Scholz M., Rix M., Hegewald K., Gantchev K.* (2003) Tagesklinische Multifamilientherapie (tMFT) bei Anorexia nervosa – Manual des Dresdener Modells. In: Steinbrenner B., Schönauer-Cejpek, M. (Hg.) *Essstörungen, Anorexie, Bulimie, Adipositas, Therapie in Theorie und Praxis*. Wien-München-Bern: Verlag Wilhelm Maudrich
- Stern D.N.* (1998) *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Warnke A, Lehmkuhl G* (Hg) (2003) *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland*. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer

Adresse des Autors:

Dr. med. Jochen Gehrmann
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 St. Marien- und St. Anastifts Krankenhaus
 Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz
 Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
 Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
 Karolina-Burger-Str. 51
 67065 Ludwigshafen
 Tel.: 0621 – 5702 4222
 Fax: 0621- 5702 4242
 Email: jochen.gehrmann@st-annastifts Krankenhaus.de
 Internet: www.st-marienkrankenhaus.de

¹Uta Fies arbeitet inzwischen als niedergelassene Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Praxisgemeinschaft mit Frau Dr. Luise Vöhringer (Hetzgalerie 3, 67433 Neustadt/W.).

Tabelle 1:

Grundelemente der tagesklinischen Behandlung mit konstanten Behandlungsgruppen
Behandlung in konstanten Behandlungsgruppen etwa für zwölf Wochen
Tagesklinische Intervallbehandlung bei Bedarf
Case Manager- und Bezugspflegesystem
Erhebung von Pflege-, Erziehungsanamnese und Ressourcenstatus
Sog. `Schnuppertage` des Kindes bzw. Jugendlichen vor der Aufnahme
Insbesondere bei Jugendlichen schriftliche Behandlungsvereinbarungen
Hausbesuche innerhalb der ersten Behandlungswochen
Halboffene fortlaufende Elterngruppen
Gruppenzentrierte Projektarbeit im pädagogischen Bereich
Hundetherapie als ein weiteres Ressourcen- und bindungsorientiertes Angebot
Hospitationen von Eltern und Geschwisterkindern
Aufnahme- und Entlassungsrituale
Begleitete schulische Reintegration im Verlauf
Bei Bedarf poststationäre ambulante Nachbehandlung durch den Case Manager
Vernetzung mit ambulanten Gruppentherapien (mit multisystemischem Fokus)

Tabelle 2:

Integriert ambulante bzw. tagesklinische spezifische Gruppentherapien	
Gruppentherapie	Zielgruppe
„Schwer zu bremsen...“	... hyperkinetische und impulsive Kinder im Alter zwischen 7 und 12 Jahren
„Nur Mut, dann geht`s gut...“	... Kinder mit Angststörungen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren
„Art is it“ Kunsttherapiegruppe	... für hyperaktive Kinder im Alter zwischen 8 und 14 Jahren
„Rythm is it ...“ Musiktherapiegruppe	... für Jugendliche mit kombinierten Störungen der Emotionen und des Sozialverhaltens im Alter zwischen 12 und 16 Jahren.
„Chill mit skills...“ Skillsgruppe	... emotional instabile Jugendliche (meist Mädchen) im Alter zwischen 15 und 17 Jahren.
„Flotte Kinder, fitte Eltern...“	... sozial verhaltensauffällige Kinder im Alter zwischen 4 und 10 Jahren aus strukturschwachen Familien mit stark erziehungsunsicheren Eltern
„Total relaxed ...“	... für Kinder und Jugendliche mit Ticstörungen bzw. Tourette-Syndrom
„KONTAKT“	... für Jugendliche mit einem Asperger-Syndrom

Kindeswohlgefährdung durch Delinquenz Fallanalysen zur Aussagekraft von Syndromen krimineller Gefährdung

Hauke Brettel

Zusammenfassung: Der Beitrag untersucht anhand von Fallbeispielen, inwieweit so genannte Syndrome krimineller Gefährdung Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung geben können. Er bezieht sich damit auf die von Vollbach¹ aufgeworfenen Fragen der Früherkennung und Kriminalprävention bei Kindeswohlgefährdung im Sinn des § 1666 BGB durch Delinquenz von Kindern und Jugendlichen. Bei einer solchen Gefährdungslage lieferten in den betrachteten Einzelfällen vor allem die zur Beurteilung von Leistungs- und Freizeitbereich eingesetzten Syndrome krimineller Gefährdung Hinweise, die der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung zugute kamen. Sie erleichterten insbesondere die Erfassung eines inneren Zusammenhangs zwischen Lebenszuschnitt und Straffälligkeit.

I. Einleitung

Die Begehung von Straftaten durch Kinder und Jugendliche kann Hinweis darauf sein, dass das Kindeswohl der Täterinnen und Täter in rechtlichem Sinne gefährdet ist². Selbstverständlich ist dies allerdings nicht, denn kriminelle Gefährdung und Kindeswohlgefährdung sind nicht gleichbedeutend und Straftaten nicht Beweis dafür, dass „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes [...] gefährdet ist“, wie es in der Umschreibung der Kindeswohlgefährdung in § 1666 BGB heißt. Im Gegenteil wird ein Großteil der Kinder- und Jugenddelinquenz einer normalen Entwicklung zugerechnet, für die keine besonderen Gefährdungen auszumachen sind.³

¹Vollbach, Delinquenz, Jugendkriminalität und Kindeswohlgefährdung. Ein Beitrag zur Diagnostik und Interventionsplanung. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (4/2007), 40-52.

²Vollbach [Fn. 1].

³ Statt aller Meier/Rössner/Schöch, Jugendstrafrecht. 2. Auflage 2007, § 1 Rn. 11.

Allerdings ist umgekehrt ebenso plausibel, dass sowohl eine gemeinsame Bedingung als auch ein gegenseitiges Bedingen für den Zusammenhang von Straffälligkeit und Kindeswohlgefährdung sorgen kann. Insbesondere wenn die Begehung von Straftaten vorhersehbare Folge einer psychosozialen Fehlentwicklung ist, fallen Delinquenzursachen und Kindeswohlgefährdung zusammen; bisweilen drängt eine psychosoziale Desintegration sogar geradezu mit innerer Folgerichtigkeit zur Begehung von Straftaten⁴. Konstellationen einer solch massiven Desintegration beschreiben die so genannten Syndrome krimineller Gefährdung, nach deren Einsatz bei Früherkennung und Prävention der Kindeswohlgefährdung entsprechend gefragt wird⁵.

Ersten Einschätzungen dazu dient der vorliegende Beitrag, der in Fallanalysen der Brauchbarkeit von Syndromen krimineller Gefährdung bei Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung nachgeht. Die dabei berücksichtigten Fallschilderungen entstammen sämtlich einer qualitativen Behandlungs- und Rückfalluntersuchung, die in den vergangenen beiden Jahren an 40 männlichen Gefangenen aus dem Jugendstrafvollzug durchgeführt wurde.

II. Eindrücke aus den Fallanalysen

Bei einem Teil von ihnen konnte in der Vorgeschichte das Vorliegen eines *Syndroms familiärer Belastungen* nachgewiesen werden, das von den insgesamt fünf Syndromen krimineller Gefährdung⁶ als besonders bedeutsam für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung angesehen wird⁷. Zu bejahen ist ein *Syndrom familiärer Belastungen*, wenn neben eine langwierige Unterkunft der Familie in unzureichenden Wohnverhältnissen und/oder eine selbstverschuldete Abhängigkeit von öffentlicher Unterstützung die soziale bzw. strafrechtliche Auffälligkeit einer Erziehungsperson tritt und überdies die Kontrolle über das Kind bzw. den Jugendlichen unzureichend ist.⁸

⁴Vgl. Bock, Zur Früherkennung krimineller Gefährdung. In: Göppinger (Begr.): Kriminologie. 6. Auflage, 2008, § 18 Rn. 22.

⁵Vollbach [Fn. 1].

⁶Daneben werden ein *sozioscolares Syndrom*, ein *Syndrom mangelnder beruflicher Anpasstheit* (auch *Leistungssyndrom*), ein *Freizeitsyndrom* sowie ein *Kontaktsyndrom* beschrieben.

⁷Vollbach [Fn. 1], 48.

⁸Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 27.

Exemplarisch für diese Kumulation von sozialen Auffälligkeiten im familiären Bereich ist der Fall des A: Als er vier Jahr alt war, trennte sich die Mutter vom leiblichen Vater wegen vorangegangener jahrelanger Misshandlungen. Auch die weitere familiäre Situation beschreibt A als sehr schwierig und von körperlichen Übergriffen geprägt. Mehr als zehnmals kam es zum Umzug der Familie, um sich zum einen den Belästigungen des leiblichen Vaters zu entziehen und zum anderen, weil die Mietverhältnisse aufgrund ausstehender Mietzahlungen gekündigt wurden. Nachdem der Stiefvater die Arbeit verloren hatte, wurde auch er gegenüber der Mutter und den Kindern gewalttätig. A wurde ebenso wie seine Geschwister wegen Kleinigkeiten mit Gürtel, Kochlöffeln, Kabeln und verschiedenen anderen Gegenständen verprügelt. Warmes Essen gab es nur unregelmäßig, für die schulischen Leistungen interessierten sich Mutter und Stiefvater nicht. Beide Eltern hatten schließlich die Kontrolle über A schon lange Zeit verloren, als dieser erste Straftaten beging. Nach außen wurde allerdings nicht erst durch die Delikte erkennbar, dass es zu Auflösungserscheinungen im sozialen Gefüge gekommen war, denn A nutzte schon viel früher das Fehlen der elterlichen Kontrolle unter anderem dazu, von der Schule fernzubleiben – ein Anzeichen wiederum, mit dem das *Syndrom familiärer Belastungen* häufig zuerst für Außenstehende sichtbar wird, weil die Auffälligkeiten bis dahin oft in der Familie verbleiben⁹. Ebenfalls typisch für das *Syndrom familiärer Belastungen* war die weitere Entwicklung: Die Eltern hatten ihre Aufmerksamkeit von A abgezogen und erkannten das Risikopotenzial nicht im Ansatz, allerdings ließ die häusliche Situation ohnehin Zweifel daran, dass sie zu einer Problemlösung in der Lage gewesen wären.¹⁰ Da auch öffentliche Institutionen nicht auf die manifeste Risikoentwicklung reagierten, blieb eine geeignete Intervention insgesamt aus; erst die – relativ spät einsetzende – Delinquenz veranlasste schließlich hoheitliches Tätigwerden.

Ähnlich verlief die Entwicklung nicht nur in den übrigen Fällen nach Manifestation eines *Syndroms familiärer Belastungen*, sondern auch bei Vorliegen anderer Syndrome krimineller Gefährdung. Sie allerdings vereinigen zum Teil Kriterien, die nicht so unmittelbar auf das Kindeswohl bezogen zu sein scheinen wie etwa die soziale Auffälligkeit einer Erziehungsperson oder die defizitäre elterliche Kontrolle beim *Syndrom familiärer Belastungen*. So ist beispielsweise das erste Kriterium des so genannten *sozioscolaren Syndroms*, das hartnäckige bzw. anhaltende Schwänzen, zunächst dia-

⁹Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 30.

¹⁰Vgl. zu einer solchen Entwicklung auch Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 32.

gnostisch vieldeutig und muss nicht in einem Zusammenhang mit einer Gefährdung des körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls stehen, wie § 1666 BGB sie beschreibt. Das Vorliegen eines *sozioscolaren Syndroms* verlangt neben dem hartnäckigen bzw. anhaltenden Schwänzen¹¹, dass mit Fälschungen das Fernbleiben in der Schule vertuscht sowie die freigewordene Zeit mit Herumstreunen bzw. ersten deliktischen Handlungen ausgefüllt wird.¹²

Für diese Merkmalskonstellation kann der Fall B als Beispiel dienen: Nachdem es mit Beginn der 7. Klasse im Gymnasium zu einer deutlichen Leistungsverschlechterung gekommen war, begann B mit dem Schwänzen, weil ihm die Lust fehlte, morgens aufzustehen. Auch war es ihm zu viel, für den nachmittäglichen Sportunterricht noch einmal in die Schule zurückzugehen, so dass er auch hier regelmäßig fernblieb. Zunächst stand er zweimal die Woche nicht auf, dann machte er ganze Tage „blau“ und fehlte in der „Endphase“ schließlich einen ganzen Monat. Die Eltern hatten bis dahin von alledem nichts mitbekommen, ihnen teilte B auf gelegentliche Nachfragen stets mit, dass der Unterricht wegen Krankheit der Lehrerin bzw. des Lehrers ausfiel. In der Schule wiederum trug er sich selbst in das Klassenbuch ein, das oft unbeaufsichtigt herumlag. Die ersten Male Schwänzen konnte B mit der freigewordenen Zeit nichts anfangen, zumal ihn der Gedanke an Entdeckung sehr beschäftigte. Später dann verbrachte er die „freie“ Zeit draußen mit (zwei bis drei) Freunden, wobei man zum Teil andere Schulen besuchte, teilweise aber auch in einem Park saß und überdies zum Spaß bzw. aus Langeweile die ersten kleineren Eigentumsdelikte beging.

Als Fortsetzung des *sozioscolaren Syndroms* im Leistungsbereich kann das *Syndrom mangelnder beruflicher Anpasstheit* gelten, das die Kombination von raschem Arbeitsplatzwechsel, Unregelmäßigkeit der Berufstätigkeit und schlechtem bzw. wechselndem Arbeitsverhalten zusammenfasst. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer am Arbeitsplatz von weniger als einem Jahr schließen Arbeitsstellen hier nicht nahtlos aneinander, sondern sind von längeren Zeiten selbstverschuldeter beruflicher Untätigkeit unterbrochen, wobei im Arbeitsverhalten nicht einmal die Erfüllung von Mini-

¹¹Damit ist gemeint, dass der Betroffene mehrmals im Monat bzw. anhaltend (d. h. über einen längeren Zeitraum hinweg kontinuierlich) unentschuldig von der Schule fernbleibt, s. Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 9.

¹²Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 8 ff.

malanforderungen an Arbeitsleistung und Verhalten am Arbeitsplatz erkennbar wird.¹³

Auch diese Merkmalskonstellation fand sich bei den betrachteten 40 Fällen mehrfach und lässt sich mit dem Fall C veranschaulichen: Hier wurden direkt im Anschluss an abgebrochene Ausbildungsmaßnahmen nacheinander verschiedene Hilfstätigkeiten ausgeübt um Geld zu verdienen, die Jobs aber immer nach spätestens zwei Monaten aufgegeben. So wurde C gleich die erste Anstellung gekündigt, weil er mehrfach nach Diskobesuchen am Vorabend zu spät gekommen war, wobei C sich nach der ersten Überweisung seines Lohnes nach eigenem Bekunden ohnehin schon überlegt hatte, mit soviel Geld auf dem Konto nicht mehr weiter arbeiten zu müssen. Bei den Folgebeschäftigungen erschien C stets nach einigen Wochen nicht mehr und war schließlich für eineinhalb Jahre beschäftigungslos, bis ihm eine Ausbildungsagentur die Möglichkeit eröffnete, die immer gewünschte Ausbildung zum Maler und Lackierer zu absolvieren. Das vorgeschaltete dreimonatige Praktikum „schmiss“ C jedoch, erhielt dann aber nach knapp einem halben Jahr im Ausbildungs-Betrieb noch einmal eine „letzte Chance“; innerhalb eines Monats jedoch begannen wieder die Verspätungen und das „Krankfeiern“, bis C schließlich dem Arbeitsplatz ohne Begründung ganz fern blieb. Vor allem in den Fehlzeiten bzw. den Phasen der Beschäftigungslosigkeit kam es zu Gewalttaten, die schließlich zur Inhaftierung führten.

Eher als das *Syndrom mangelnder beruflicher Anpasstheit* wurde in den Untersuchungsfällen zumeist das so genannte „Freizeit Syndrom“ manifest¹⁴, bei dem eine ständige Ausweitung der Freizeit zulasten des Leistungsbereichs neben Freizeittätigkeiten mit völlig offenen Abläufen tritt. Hier kommt es durch eine immer weitergehende Ausdehnung der Freizeitaktivitäten zu einer erheblichen Beeinträchtigung der schulischen bzw. beruflichen Verpflichtungen, etwa weil sich Verspätungen bzw. „Blaumachen“ häufen oder eine geregelte Arbeitstätigkeit schließlich aufgegeben wird. Zugleich lassen die Freizeitbeschäftigungen keinerlei feste räumliche oder zeitliche Struktur erkennen, jegliche Planung und Vorbereitung fehlt, meist können zu Beginn der Unternehmungen nicht einmal Aufenthaltsorte, Verweildauer oder mögliche Kontaktpersonen konkret benannt werden. Dabei spielt sich schon in der Kindheit die Freizeit praktisch ausschließlich

¹³Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 16.

¹⁴Es war in mehr als der Hälfte der betrachteten Fälle retrospektiv sicher nachweisbar und insgesamt von den Syndromen krimineller Gefährdung am häufigsten.

auf der Straße ab, wobei die Eltern meist nicht wissen, wo sich ihr Kind gerade aufhält, mit wem es unterwegs ist und was es im Augenblick macht. Zunehmend wird später der Aktionsradius des Freizeitverhaltens ausgeweitet, wobei dies durch planloses Umherfahren ebenso wie durch eine Verlagerung ins „Milieu“ geschehen kann. Nicht nur hier geht die Freizeitgestaltung in der Regel mit der (latenten oder manifesten) Bereitschaft zu Ausschweifungen einher, zu denen übermäßiger Alkoholkonsum ebenso zählen kann wie unkontrolliertes Geld ausgeben oder Streitigkeiten bzw. gewalttätige Auseinandersetzungen.¹⁵

Als Beispiel für einen solchen Freizeitzuschnitt kann der Fall des D dienen: Er gehörte zu einer Clique von 8 Personen, mit denen er den Großteil seiner Freizeit verbrachte. So ging man zum Beispiel zusammen in Diskotheken oder machte gemeinsam „blau“, wobei Verabredungen dafür nach Angaben von C nicht nötig gewesen seien, weil man sich in der kleinen Stadt „automatisch“ getroffen habe. Ein typischer Tag des 16jährigen begann schließlich nicht vor 12 Uhr; nach dem Aufstehen wurde erst einmal der Bekanntenkreis abtelefoniert und dann üblicherweise ein „Kollege“ aufgesucht, bei dem sich die Clique traf. Man hörte zusammen Musik und machte sich schließlich oft nachts noch auf den Weg in eine Diskothek oder lieber noch auf große Partys. In der Clique kam man dann auf die Idee, gemeinsam Eigentumsdelikte zu begehen und ging, als das „Geschäft richtig florierte“, zunehmend abends in Kneipen, wo Einbrüche geplant und Beute verkauft wurde. Vermehrt wurden die Aktivitäten auch in die 50 Km entfernte Großstadt verlagert, wo man unter anderem gerne teure Hotelzimmer anmietete.

Parallel zu solchen Auffälligkeiten im Freizeitbereich entwickelt sich meist ein *Kontakt-Syndrom*, das sich durch ein Vorherrschen von losen Kontakten bzw. von Milieukontakten, frühem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und häufigem Wechsel der Sexualpartnerin auszeichnet. Hier dominieren vorübergehende, unverbindliche Beziehungen für kurzfristige gemeinsame Unternehmungen, wobei ein erneutes Treffen meist dem Zufall überlassen bleibt und die jeweilige Kontaktperson im Grunde beliebig auswechselbar ist. Bevorzugt werden die Kontakte durch den Ort der Kontaktaufnahme bestimmt, die Gemeinschaften sind von Nützlichkeitsbewertungen bestimmt und die jeweiligen Kontaktpersonen nur insofern von

¹⁵Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 20.

Bedeutung, als sich mit ihnen zusätzliche Möglichkeiten der Befriedigung eigener Interessen verbinden.¹⁶

Ein Beispiel dafür ist der Fall des E: Er fühlte sich einer Clique von ca. 80 bis 100 Leuten zugehörig. Mit ca. 20 bis 25 von ihnen war er „besser“ bekannt, bezeichnet sie aber nicht als richtige Freunde, mit denen er über alles reden könne. Allein zu einer Person (nachfolgend P genannt) habe ein „ganz besonderes Verhältnis“ bestanden, dann aber musste E feststellen, dass die eigene Freundin hinter seinem Rücken ein Verhältnis mit P angefangen hatte. E selbst hatte erste sexuelle Kontakte mit 15 und zwar mit einer Partnerin, die nicht seine damalige Freundin war. Auch spätere Freundinnen betrog er regelmäßig mit anderen Frauen, in einer etwa 2 Jahre anhaltenden Beziehung beispielsweise ging er etwa 10 bis 15-mal fremd. In Zeiten ohne feste Partnerin kam es häufig zu „one-night-stands“, auch hatte E Kontakt zu Prostituierten. Er selbst bekundete, dass es ihm vor allem um die Befriedigung von Augenblicksbedürfnissen gegangen sei und diese Motivation auch seine Straftaten bestimmt habe.

III. Diskussion der Eindrücke aus den Fallanalysen

In sämtlichen der untersuchten Fälle bestätigten sich die Syndrome krimineller Gefährdung als ausgeprägte und massive Formen sozialer Auffälligkeit.¹⁷ Hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung allerdings unterschieden sie sich in den untersuchten Fällen zum Teil recht deutlich: Schon aus Altersgründen war das *Syndrom mangelnder beruflicher Anpasstheit* ohne Belang für Erwägungen zum Kindeswohl, *sozioscolares Syndrom* und *Freizeitsyndrom* hingegen erlangten schon durch ihre zeitliche Verknüpfung mit Delinquenz Bedeutung. Wie für die Syndrome allgemein vermutet¹⁸ kam es nach Auftreten eines *sozioscolaren Syndroms* und eines *Freizeitsyndroms* stets nur kurze Zeit später zu Straftaten, hier bestätigte sich also der zeitliche Zusammenhang von Syndromausbildung und Straffälligkeit. Dies legt einen wichtigen Nutzungsvorteil für Kindeswohlbeurteilungen nahe: In einer Gruppe von Straffälligen ist Delinquenz, nicht jedoch die zeitliche Nähe von Syndrommanifestation und Straffälligkeit selbstverständlich. Unter den analysierten Fällen gab es jedoch keinen einzigen, bei dem nicht kurz nach Vollausbildung eines *sozioscolaren Syndroms* oder eines *Freizeitsyndroms*

¹⁶Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 23.

¹⁷Vgl. dazu Bock [Fn. 4], § 13 Rn. 17.

¹⁸Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 1.

Straffälligkeit einsetzte. Kann eine solche zeitliche Nähe aber zuverlässig unterstellt werden, steht auch die Kindeswohlgefährdung fest.

Beim *Syndrom familiärer Belastungen* hingegen lagen die zeitlichen Verhältnisse anders; hier kam es zum Teil erst mit einer Latenz von einigen Jahren nach Vollaussprägung des Syndroms zu ersten Straftaten. Allerdings erschienen die Merkmale des vorbezeichneten Syndroms selbst teilweise als unmittelbar aussagekräftig für eine Kindeswohlgefährdung, ohne dass es auf die Merkmalskombination ankam. Insbesondere eine unzureichende elterliche Aufsicht über das Kind lässt sich kaum ohne Auswirkungen auf das Kindeswohl denken; solche Kontrolldefizite legen für sich genommen schon Schlussfolgerungen nahe, ohne dass noch ein zeitlicher Zusammenhang zur Straffälligkeit bestehen muss.

Damit wiederum kommt das Umkehrverhältnis von Relevanz und Sichtbarkeit ins Spiel, die eine Psychodiagnostik oft bestimmt. Was im *Syndrom familiärer Belastungen* vereinigt ist, steht nämlich einerseits viel unmittelbarer mit der Kindeswohlgefährdung in Zusammenhang als die meisten Kriterien der übrigen Syndrome krimineller Gefährdung. Andererseits aber ist gerade ein so unmittelbar wirksamer Umstand wie unzureichende elterliche Aufsicht über das Kind für Außenstehende weit schlechter erkennbar, als beispielsweise Fehlzeiten in der Schule. Dies aber machte bei den Fallanalysen einen weiteren Nutzungsvorteil der Syndrome krimineller Gefährdung deutlich: Vor allem der Bezug auf extrafamiliär manifeste Umstände wie etwa Pflichtverletzungen im Leistungsbereich machte oft im Wortsinne früh erkennbar, worauf Früherkennung abzielte. Das Kindeswohl wird insbesondere durch die Verhältnisse in der Familie bestimmt, das familiär Private aber ist in der Regel unzugänglicher als das Öffentliche. In ihm entfalten sich jedoch die meisten Kennzeichen von *sozioscolarem Syndrom* und *Freizeitsyndrom* und waren damit regelmäßig schon zu einem Zeitpunkt sichtbar, an dem sonstige Auffälligkeiten noch gar nicht aus der abgeschirmten Familiensphäre nach außen gedrungen waren.

Es erschien also keineswegs nur das *Syndrom familiärer Belastungen* als aussagekräftig; im Gegenteil war der Früherkennung insbesondere mit jenen Merkmalskombinationen gedient, die auf Auffälligkeiten im schulischen bzw. beruflichen Verhalten Bezug nahmen. Hier traten – wie in der Literatur beschrieben¹⁹ – die Pflichtverletzungen angesichts klar umrissener Verhaltensanforderungen besonders deutlich hervor. Der Freizeitbereich wiederum ließ bei genauerem Hinsehen tendenziell am frühesten er-

¹⁹Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 6.

hebliche Auffälligkeiten erkennen, wobei sich der grundsätzlich vermutete enge Zusammenhang mit dem *Kontaktsyndrom*²⁰ bestätigte.

Darüber hinaus erschien die Begehung von Straftaten oft als plausible Konsequenz jenes Lebenszuschnitts, den das jeweilige Syndrom repräsentierte, was in den Fällen des *sozioscolaren Syndroms* besonders augenfällig war. Hartnäckiges Schwänzen musste hier mit Täuschungsmanövern kaschiert, Devianz also eingeübt werden. Dadurch wiederum wurden Freiräume erhalten, in denen sich dann die Abenteuerlust unbeaufsichtigt und unkontrolliert bis hin zur Grenze der Legalität entfalten konnte. Damit aber schimmert in den Fallanalysen ein weiterer Nutzungsvorteil durch, den die Syndrome krimineller Gefährdung für eine Beurteilung der Kindeswohlgefährdung haben können. Weil die Begehung von Straftaten nicht stets Ausdruck einer Kindeswohlgefährdung ist, verlangt Delinquenz einen zweiten Blick, der durch die Syndrome krimineller Gefährdung nach den vorliegenden Anhaltspunkten ganz offensichtlich geschärft werden kann. Diese Syndrome nämlich erlaubten in den analysierten Fällen oftmals, den für die Kindeswohlgefährdung maßgeblichen inneren Zusammenhang zwischen Kriminalität und Lebenszuschnitt zu identifizieren, was nicht zuletzt für die Intervention von Belang ist. Ein (zeitlicher und/oder innerer) Zusammenhang zwischen Lebenszuschnitt und Straftaten ist bei Straftaten keineswegs selbstverständlich, im Gegenteil fehlen – zum Glück – bei vielen jugendlichen Straftätern delinquenzbegleitende soziale Auffälligkeiten, etwa wenn Delikte aus einer entwicklungsbedingten Augenblicksschwäche heraus begangen werden. In diesen Fällen ist die Kenntnis der Straffälligkeit für die Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung unergiebig.

Liegen aber Auffälligkeiten des Lebenszuschnitts vor, müssen sie noch diagnostisch zum Sprechen gebracht werden. Hier aber genügt – wie auch sonst bei der Psychodiagnostik – der isolierte Bezug auf Einzelumstände angesichts der diagnostischen Vieldeutigkeit und damit der Unspezifität von Einzelercheinungen nicht. In den Syndromen krimineller Gefährdung aber erschienen Einzelumstände bei den untersuchten Fällen sozusagen aktiviert, indem für spezifische Merkmalskombinationen der Zusammenhang zur künftigen Delinquenz plausibel wurde. Schulschwänzen beispielsweise entfaltete erst in der besonderen Konstellation des *sozioscolaren Syndroms* seine destruktive Wirkung. Mit genau dieser Merkmalskombination wurde der Umschlagpunkt erreicht, bei dem die Kosten-Nutzen-Analyse bei den alltäglichen Fragen der Lebensgestaltung in Richtung Devianz kippte. In

²⁰Bock [Fn. 4], § 22 Rn. 6.

den ersten Fehlzeiten dominierte zunächst noch die Furcht vor Entdeckung; erst mit Gewöhnung an das Schwänzen entstanden der Wunsch nach Abwechslung sowie jene Operationsbasis, die – wie etwa das verlässliche Zusammentreffen mit Gleichgesinnten oder die Kenntnis „spannender“ Örtlichkeiten – die reizvolle Nutzung der Fehlzeiten ermöglichte. Damit aber war die Distanz zu Ordnung bzw. Aufsicht durch Schule und Eltern angelegt und musste nicht zuletzt deshalb stetig vergrößert werden, weil der Wunsch nach Erhalt der neu gewonnen, attraktiven Freiräume eine Kaschierung der wahren Verhältnisse erforderte. Dazu mussten stets die Erwartungen Anderer verletzt, die Umgehung bzw. Missachtung von sozialen Regeln also gleichsam einstudiert werden, so dass es schließlich nur noch eine Frage der Zeit war, wann die Suche nach Abwechslung und Abenteuer in den unbeaufsichtigten Freiräumen der schulischen Fehlzeiten zur Grenze der Legalität führte.

Beim *Freizeitsyndrom* wiederum waren es oft kriminelle Nachahmung sowie die Suche nach Abwechslung und Abenteuer, welche zur Deliktsbegehung hinführten.²¹ Auch hier bestätigte sich dann die innere Folgerichtigkeit zwischen Auffälligkeiten und Delinquenz, die für eine Einschätzung der Kindeswohlgefährdung bedeutsam ist. Vor allem *sozioscolares Syndrom* und *Freizeitsyndrom* machten so eine Form von Straffälligkeit vorausehbar, die im Lebenszuschnitt angelegt war und somit auf eine strukturelle Gefährdungslage zurückging, die zugleich das Kindeswohl bedrohte. Insbesondere kam hier eine Abkoppelung der Sozialisation von Eltern und Schule zum Ausdruck, die nicht nur mit Folgerichtigkeit auf Straffälligkeit hinführte, sondern zugleich eine akute Bedrohung des Kindeswohls verkörperte.

Insgesamt liefern die Syndrome krimineller Gefährdung damit nach den vorliegenden Eindrücken ein diagnostisches Früherkennungssystem, das auch die Beurteilung einer Kindeswohlgefährdung erleichtern kann. Es besteht Anlass zur Hoffnung, mit den Syndromen eine Aussage über die Kindeswohlgefährdung zu erlangen, weil psychosoziale Gegebenheiten differenziert erfragt werden, die für Legalbewährung wie Kindeswohl gleichermaßen bedeutsam sind. Beim *Syndrom familiärer Belastungen* ist dies vor allem in der unmittelbaren Relevanz der Einzelmerkmale für die Kindeswohlgefährdung begründet, während die übrigen Syndrome in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Straffälligkeit auftraten. Vor allem das *sozios-*

²¹Das Kontaktsyndrom erschien insgesamt als Annex bzw. Konsequenz der relevanten Auffälligkeiten im Freizeitbereich und war überdies wesentlich seltener nachweisbar.

colare Syndrom und das *Freizeitsyndrom* machten überdies einen inneren Zusammenhang zwischen Lebenszuschnitt und Delinquenz sichtbar, der die Begehung von Straftaten zum Beleg für eine Kindeswohlgefährdung werden ließ.

Syndrome krimineller Gefährdung bieten sich somit als Baustein in geforderten Konzepten sozialpädagogischer Diagnostik an und liefern zugleich eine Plattform der interdisziplinären Verständigung²², die in Zukunft eine immer größere Rolle spielen dürfte.²³ In ständigen Arbeitskreisen von Jugendämtern, Staatsanwaltschaften, Polizei und Schulen beispielsweise, wie sie im Wege der Neufassung des SGB VIII (§ 81a SGB VIII) perspektiviert sind²⁴, stehen und fallen die Beratungen mit einer gemeinsamen Sprachregelung, die von Syndromen krimineller Gefährdung ihren Ausgang nehmen kann. Zugleich steht hier ein Ersatz für subjektive oder auf Alltagstheorien beruhende Einschätzungen²⁵ bereit, der überdies zu einer Bedarfsanalyse beiträgt, aus der konkrete Vorgaben für die Intervention abgeleitet werden können. Bedenken dahingehend, durch die Feststellung von Kindeswohlgefährdung bzw. Kriminalitätsgefährdung zu Rollenzuweisungen oder dem sozialpsychologischen Mechanismus der self fulfilling prophecy beizutragen, erschienen in den betrachteten Fällen unangebracht. Hier waren die massiven Abweichungen bei Vollausbildung eines Syndroms nämlich so offenkundig, dass entsprechende Zuschreibungen kaum mehr zur Intensivierung beitragen konnten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Dr. jur. Hauke Brettel

Lehrstuhl für Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug und Strafrecht

Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Jakob Welder Weg 9, 55128 Mainz

Telefon: 06131/39-22106

E-Mail: brettel@uni-mainz.de

²²Dazu Bock, Kriminologie. Für Studium und Praxis, 2. Auflage, S. 190.

²³Vgl. etwa den Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ v. 17.11.2006, verfügbar unter www.bmj.bund.de

²⁴Vgl. Abschlussbericht [Fn. 23], 49 ff.

²⁵Zu Defiziten in dieser Hinsicht s. Vollbach [Fn. 1], 45.

Qualitätsmanagement Toolbox (2)

Julia Bellabarba

Ein Mann geht durch den Wald und sieht, wie ein Holzfäller mit einer stumpfen Axt versucht, einen dicken Baum zu fällen. Er schwitzt und kämpft mit der stumpfen, nutzlosen Axt. Der Mann fragt ihn „Warum mühen sie sich so? Die Axt ist stumpf. Sie werden den Baum nie fällen. Sie müssen erst die Axt schärfen.“ Der Holzfäller schaut kaum auf, erwidert nur keuchend „Ich habe keine Zeit zum schleifen. Ich muss den Baum fällen.“

Nach Folge 1 im vorigen Heft möchte ich auch hier wieder Handwerkszeug zum schleifen der Axt vorstellen: Qualitätsmanagementtools, die den Erfordernissen der QM Richtlinie* entsprechen, und Teams helfen, effiziente Strukturen im Praxisalltag zu etablieren.

„shit happens“: Fehler- und Risikomanagement in der Praxis

In haftungsrechtlicher Hinsicht trägt die Praxisleitung die Verantwortung für das Fehler- und Risikomanagement in der Praxis. Das bedeutet *auch*, dass die Praxisleitung Bedingungen schaffen muss, die einen möglichst sachlichen und angstfreien Umgang mit Fehlern ermöglichen.

1. Fehler:

Die einzige Möglichkeit, Fehler bei der Arbeit zu vermeiden, also eine „Null-Fehler-Kultur“ realiter umzusetzen, ist: nicht zu arbeiten. Der Anspruch an sich selbst und an das Team, perfekt zu sein, ist gefährlich, erzeugt Angst und verhindert offensives Fehlermanagement. Eine realistische und pragmatische Haltung bedeutet in diesem Zusammenhang: Die Leitung und das Team wissen, dass unerwünschte Ereignisse vorkommen und treffen konkrete Vereinbarungen über die Art und Weise, wie sie die Quantität und Qualität der Fehler so gering wie möglich halten können.

2. Fehlerursachen:

In einer ärztlichen Praxis können Fehler auf sieben Ursachenkomplexe zurückgeführt werden (die in Klammern gesetzten Angaben sind Beispiele und beliebig ergänzbar):

- Patienteneigenschaften (Suizidalität, geringes Sprachverständnis, Drogenkonsum)
- aufgabenbezogene Faktoren (fehlende Arbeitsanweisung, mangelhafte technische Hilfsmittel, hygienische Mängel)
- Mitarbeiterfaktoren (Qualifikation, stressbedingte Fehlentscheidungen)
- Teameigenschaften (Organisation der Besprechungen, Fluktuation)
- Strukturqualität der gesamten Praxis (ausreichendes Personal, technische Ausstattung)
- Führungsqualität (Klarheit der Vorgaben, Konsistenz, Sicherheitsstandards)
- Gesetzliche Vorgaben, ökonomische Rahmenbedingungen

3. Baseline:

Alle hier aufgeführten Faktoren sind systemisch und dynamisch zu verstehen. Es kann durchaus Sinn machen, als erster Schritt in Richtung Fehlermanagement, zu fragen: Wie lassen sich die unerwünschten Ereignisse über einen vereinbarten Zeitraum (z.B. drei Monate) den oben beschriebenen Ursachen zuordnen? Wo ergeben sich Cluster? Und dann natürlich: Was können wir in Zukunft verändern, um unsere Fehlerrate zu verbessern?

4. Umgang mit Fehlern:

Ein konstruktiver Umgang mit unerwünschten Ereignissen kann dem Praxisteam nicht ad hoc abverlangt oder verordnet werden. Es ist hilfreich, dabei folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Vertrauen: Die Mitarbeiterinnen wissen, dass Fehlermeldungen erwünscht sind, und i. d. R. nicht sanktioniert werden. Die Praxisleitung thematisiert eigene Fehler.
- Zeit: Eine vertrauensvolle Fehlerkultur zu entwickeln braucht Zeit.
- Dokumentation (Fehlerliste): Die Praxis richtet eine zentrale Fehlermeldestelle ein (z. B. ein Zettel in der Küche, ein Ordner, der für alle zugänglich ist, eine fiktive Patientenakte „Fritz Fehler“).
- Routine: Teambesprechungen greifen den Tagesordnungspunkt „Fehler und Beinah-Fehler“ routinemäßig auf. Die Fehlerliste wird regelmäßig abgearbeitet.
- Lösungsorientierung: Die genaue Beschreibung der Erwartung ist wichtiger als die Ursachenanalyse.

- Klare Regeln zu Verantwortlichkeit und Aufgaben: Geplante Verbesserungen zur Fehlervermeidung werden präzise beschrieben.
- Entscheidung: Die Praxisleitung muss Entscheidungen (und das können unter Umständen auch Personalentscheidungen sein) treffen, wenn dies zur Fehlervermeidung und Sicherheit erforderlich ist.

5. Risikomanagement:

das Praxisteam und die Leitung analysieren die Prozesse der Praxis und definieren antizipatorisch die Risiken, die einzelne organisatorische, diagnostische und therapeutische Prozessabschnitte aufweisen. Das heißt ganz konkret: Die Mitarbeiterinnen analysieren präzise jeden einzelnen Schritt der Prozesse, die ihnen vertraut sind (Anmeldung, psychologische, psychiatrische, neuropädiatrische Diagnostik und Therapie, usw.). Eine solche Beschreibung erfordert einen offenen Zugang (im Sinne eines Brainstormings) durch die Teammitarbeiterinnen, denn jede ist gefordert, sämtliche möglichen, denkbaren Komplikationen zu benennen. Jeder Abschnitt wird dann bewertet. Einerseits: was könnten für unerwünschte Ereignisse eintreten und wie gravierend wären die Auswirkungen eines Fehlers? Andererseits: Wie wahrscheinlich ist es, dass sich hier ein Fehler ereignet?

Nach dieser Einschätzung erfolgt eine weitere Bewertung nach Priorität: Ereignisse, die eher wahrscheinlich sind und gravierende Konsequenzen hätten, werden noch mal genau analysiert und es wird gemeinsam bestimmt, welche Sicherheitsvorkehrungen getroffen werden müssen.

Mögliche Maßnahmen zur Risikominimierung können sein: regelmäßige Aufklärung der Mitarbeiterinnen über relevante Gesetze, Verordnungen, Regelwerke sowie praxisinterne Regeln, Arbeitsanweisungen und Checklisten direkt an den Arbeitsplätzen, routinemäßige vereinbarte Kontrollen (vier Augen sehen mehr als zwei) in fehleranfälligen Bereichen, Fort,- und Weiterbildung, regelmäßige Teambesprechungen zu bestimmten „stressigen“ Themen, regelmäßiges Üben im Team zu gefährlichen Situationen (Gewalt, medizinischer Notfall, Bedrohung, Waffen, Feuer), Supervision, Rotation der Mitarbeiterin, verbesserte Kommunikationswege (Übergabebücher, schwarzes Brett, tägliche Kurzkonferenzen)...

Das Team ist gefragt, gemeinsam Kreativität und Einfallsreichtum einzubringen, um passende Lösungen zu generieren und umzusetzen.

*§4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.10.2005 zum praxisinternen Qualitätsmanagement sieht ausdrücklich vor, dass die praxisinterne Dokumentation und Diskussion von Fehlern und Beinahfehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen genutzt werden.

Julia Bellabarba, Diplom-Psychologin
Tempelhofer Damm 138
12099 Berlin
Tel. 030 72 00 6780
E-Mail: info@quipps.de

Tagungsrückblick

„Therapie von Entwicklungsstörungen: Was wirkt wirklich?“

**14. Münchner kinder- und jugendpsychiatrisches
Frühjahrssymposium über Entwicklungsstörungen
am 8. März 2008 in München**

Die Zahl von Behandlungsmethoden, die für eine Therapie von Entwicklungsstörungen empfohlen werden, ist kaum noch zu überschauen. Aber die Frage, ob eine Intervention tatsächlich nützt, wird nur selten gestellt. Dass dies nicht so bleiben kann, wird in letzter Zeit zunehmend aus Auseinandersetzungen über die Verteilung knapper werdender Ressourcen deutlich. Es zeichnet sich ab, dass zukünftig auch im Bereich der Therapie von Entwicklungsstörungen der Beleg einer Wirksamkeit Voraussetzung für eine Finanzierung sein wird. Die Tagung sollte ein Anstoß sein, den Nutzen der Behandlung von Kindern mit Entwicklungsstörungen genauer zu belegen. Welche Therapie führt tatsächlich zu erkennbaren Veränderungen (Wirksamkeit), sind Therapieeffekte für die Kinder auch relevant (Nützlichkeit) und stehen Aufwand und Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis (Effektivität)? Welche Therapie ist dringend erforderlich, welche eher überflüssig und welche schadet gar?

Die Tagung begann mit einem Beitrag von Herrn Straßburg (Würzburg), der ausgehend von historischen Therapieansätzen über derzeit praktizierte Methoden zur Behandlung von Kindern mit motorischen Störungen berichtete. Den Schwerpunkt legte er auf die Therapie von infantilen Zerebralpareesen. Herr Straßburg stellte den rehabilitativen Ansatz nach Bobath, die Neurokinesiotherapie nach Vojta, die Konduktive Förderung nach Pető, die Sensorische Integration nach Ayres einander gegenüber. Er betonte, dass entgegen mancher Versprechen keine Therapie eine Zerebralparese heilen könne, dass aber durch eine Aktivierung von Ressourcen und eine Förderung von Alltagsfunktionen die soziale Integration und damit die Lebensqualität und -zufriedenheit deutlich verbessert werden können.

In seinem Beitrag zur Therapie von Kindern mit geistiger Behinderung stellte Herr Häßler (Rostock) den Paradigmenwechsel von primär Defekt zentrierten Ansätzen zu Ressourcen orientierten Modellen in den Mittelpunkt seiner Überlegungen. Hauptziel sei es, durch eine Förderung individueller Kompetenzen Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soweit irgend möglich zu erreichen. In der Behandlung müssten insbesondere auch psychische Begleitstörungen, wie selbst- und fremdverletzendes Verhalten, motorische Unruhe, Stereotypien und depressive Verstimmungen, Berücksichtigung finden. Spezifische Aspekte einer Psychopharmakotherapie und Besonderheiten, die bei Kindern mit einer geistigen Behinderung zu beachten sind, wurden ausführlicher dargestellt. Herr Häßler setzte sich nachdrücklich für eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene multimodale Therapie ein, in der, falls psychiatrische Zusatzsymptome die soziale Integration erheblich beeinträchtigen, heil- und sonderpädagogische Förderung, Verhaltens- und Kreativtherapie kombiniert werden sollten mit einer symptomzentrierten medikamentösen Behandlung.

Anschließend wurden Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie von Sprachentwicklungsstörungen thematisiert (v. Suchodoletz, München). Als unverzichtbare Behandlungselemente wurden neben einer Behandlung des Kindes (Sprachtherapie, Therapie von Begleitstörungen) eine Einbeziehung der Eltern in die Betreuung und eine Optimierung des Umfeldes genannt. Aus den Ergebnissen von Evaluationsstudien wurde abgeleitet, dass eine Sprachtherapie nur dann zu einer Verbesserung sprachlicher Kompetenzen führt, wenn diese direkt an der Sprache ansetzt, nicht aber, wenn Basisfunktionen trainiert werden. Verbessern lassen sich sprachproduktive Fähigkeiten (Lautbildung, aktiver Wortschatz, Grammatikproduktion), während positive Effekte auf das Sprachverständnis bislang nicht belegt sind. Als Defizite in der derzeitigen Praxis wurden eine zu späte Diagnostik und Therapie sowie eine ungenügende Einbeziehung der Eltern herausgestellt.

Therapiemöglichkeiten bei Kindern mit autistischen Störungen wurden von Frau Noterdaeme (München) diskutiert. Sie beschrieb unterschiedliche verhaltenstherapeutisch orientierte Therapieverfahren und demonstrierte mit eindrucksvollen Videoausschnitten kind- und therapeutengeleitete Interventionen. Als wesentliche verhaltenstherapeutische Ansätze wurden Techniken der Stimulus-, Selbst- und Konsequenzkontrolle sowie kognitive Verfahren genannt. Aus den Ausführungen ging hervor, dass ein Autis-

mus zwar nicht geheilt werden kann, dass aber durch eine langfristig angelegte, symptomorientierte Therapie unter Einschluss des Umfeldes eine deutliche Besserung der sozialen Adaptation zu erreichen ist.

Die Nachmittagssitzung leitete Herr Döpfner (Köln) mit einem Beitrag zur Therapie hyperkinetischer Störungen ein. In einem gut strukturierten Überblick wurden patienten-, eltern- und schulzentrierte Interventionen dargestellt und Erwartungen, die daran geknüpft werden, kritisch hinterfragt. Herr Döpfner kam zu dem Ergebnis, dass eine auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien basierende Aufklärung und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrern Grundlage einer jeden Intervention sein sollten. Eine medikamentöse Therapie sei sehr wirksam, aber nur bei einer ausgeprägten Symptomatik als Mittel der ersten Wahl anzusehen. Für eine Verhaltenstherapie seien positive Effekte, wenn auch nicht so ausgeprägt wie für Medikamente, belegt. Ergänzend wurde auf Selbsthilfematerialien und auf Eltern- und Erziehertrainings zur Prävention eingegangen.

Herr Petermann (Bremen) setzte sich mit einer Therapie von Störungen des Sozialverhaltens auseinander. Einzelne verhaltenstherapeutisch orientierte Trainingsverfahren wurden vorgestellt und das Training mit aggressiven Kindern (TAK) ausführlicher erläutert. Die Effektivität von kind- und elternzentrierten Trainingsverfahren wurde miteinander verglichen. Herr Petermann kam zu dem Schluss, dass weder ein Training der sozialen Kompetenz noch ein Elterntraining bei jedem Kind zum erhofften Erfolg führen. Störungen des Sozialverhaltens seien unterschiedliche Störungsbilder, weshalb keine Interventionsstrategie für alle Kinder gleichermaßen geeignet sei. Ob ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Training mit Kindern oder Eltern, Maßnahmen der Jugendhilfe oder eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung die bessere Wahl sei, müsse im Einzelfall entschieden werden.

Der letzte Beitrag befasste sich mit der Therapie emotionaler Störungen bei jungen Kindern (v. Gontard, Bad Homburg). Insbesondere wurde auf soziale Angst, Trennungsangst und generalisierte Ängste eingegangen. Verschiedene Formen der Spieltherapie (non-direktive Spieltherapie, Eltern-Kind-Interaktionstherapie, Sandspieltherapie) wurden dargestellt. Es wurde deutlich, dass bislang lediglich für die Eltern-Kind-Interaktionstherapie aussagefähige Evaluationsstudien vorliegen, die eine Wirksamkeit mit mittleren Effektstärken nachgewiesen haben. Das eigene Vorgehen in der Sandspieltherapie und Möglichkeiten einer psychoanalytischen Deutung

der vom Kind dargestellten Szenen erläuterte Herr v. Gontard anhand einer eindrucksvollen Kasuistik.

Wie sehr die angesprochene Thematik allen an der Betreuung entwicklungsgestörter Kinder beteiligten Fachleuten unter den Nägeln brennt, zeigte die große Resonanz. Obwohl als Tagungsort das Audimax gewählt wurde, musste aus Platzgründen vielen Interessenten abgesagt werden. Die Beiträge können aber demnächst nachgelesen werden. Sie werden ergänzt durch weitere Themen in der Buchreihe „Entwicklungsstörungen“ im Hogrefe-Verlag erscheinen.

Waldemar v. Suchodoletz (München)

Testrezension

Franz Petermann Ulrike Petermann (Hrsg.)

Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder – IV (HAWIK-IV)

Übersetzung und Adaptation des WISC-IV® von David Wechsler

Verlag Hans Huber, Hogrefe AG Bern. Test komplett (ohne EDV-Auswerteprogramm) 1098 € EDV-Testauswerteprogramm 249,00 €

Bezug: Testzentrale Göttingen

Der HAWIK-IV als Nachfolger des bisher in Praxis und Klinik verwendeten HAWIK-III wurde 2003 in den USA entwickelt, in den Jahren 2005/2006 von Ulrike und Franz Petermann et al. übersetzt, für den deutschsprachigen Raum (Deutschland, Schweiz und Österreich) adaptiert und in der Zeit von Mai 2005 bis Juni 2006 mit einer Stichprobe von über 2600 Kindern an über 50 Standorten getestet.

Ziele der Überarbeitung waren die Aktualisierung der theoretischen Grundlagen des Instruments, die Optimierung der klinischen Anwendbarkeit, die Anpassung an den Entwicklungsstand der Kinder, die Verbesserung der psychometrischen Eigenschaften und die Verbesserung der Anwenderfreundlichkeit.

Der Test ist neu gegliedert und nicht mehr, wie von den früheren Bearbeitungen gewohnt, in einen Verbal- und Handlungsteil aufgeteilt.

Er gliedert sich jetzt in die **4 Indizes:**

- Sprachverständnis (SV)
- Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD)
- Arbeitsgedächtnis (AGD)
- Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG)

Außerdem wird ein Gesamt-IQ berechnet.

Nach den Autoren erfasst das Sprachverständnis die sprachliche Begriffsbildung, das sprachliche Schlussfolgern und das erworbene Wissen.

Das Wahrnehmungsgebundene Logische Denken misst die Wahrnehmungsorganisation und das logische Denken. Dabei wird auch das fluide logische Denken überprüft.

Das Arbeitsgedächtnis erfasst Aufmerksamkeit, Konzentration und Arbeitsgedächtnis.

Die Verarbeitungsgeschwindigkeit misst die Geschwindigkeit der mentalen und graphomotorischen Verarbeitung.

Die **Untertests** unterscheiden sich z.T. von den Untertest der Vorversion und sind neu gegliedert:

- 10 (*verpflichtende*) „*Kerntests*“: Mosaik-Test (MT); Gemeinsamkeiten Finden (GF); Zahlen Nachsprechen (ZN); Symbol-Suche (SYS); Allgemeines Verständnis (AV); Matritzen-Test (MZ); Buchstaben-Zahlen-Folgen (BZF); Wortschatz-Test (WT); Bildkonzepte (BK); Zahlen-Symbol-Test (ZST)
- 5 *optionale Untertests*, die nicht in die Berechnung der Indizes eingehen, über die aber zusätzliche Informationen erworben werden können. Sie können auch gegen bestimmte Kerntests aus den zugehörigen Indexbereichen ausgetauscht werden. Diesbezüglich muss auf das Handbuch verwiesen werden: Begriffe erkennen (BEN); Bilder ergänzen (BE); Durchstreich-Test (DT); Allgemeines Wissen (AW); Rechnerisches Denken (RD)

Neben der Auswertung bezüglich der 4 Indizes und des Gesamtwertes lassen sich auch Differenzwerte zwischen den Indizes berechnen.

Wie in der früheren Testversion lassen sich für die „Kerntests“ untertestbezogene Altersäquivalente und Stärken bzw. Schwächen der Probanden ermitteln.

„Prozesswerte“ liefern detaillierte Informationen über die Leistung eines Kindes i.S. von qualitativer Analyse der individuellen Antworten.

Die **Gesamt-Reliabilität** des Testverfahrens wird mit $.97$ (sehr hoch) angegeben. Die **Reliabilität der Subtests** liegt mit $.76$ bis $.91$ höher als im HAWIK-III.

Zur Validität im Bezug auf Schulnoten gibt es keine Angaben.

Die von den Autoren ermittelte Korrelation zwischen HAWIK-IV- und HAWIK-III-Gesamt-IQ wird mit $.73$ angegeben. Dabei weisen die Autoren darauf hin, dass diese Werte nicht auf einer repräsentativen Stichprobe beruhen sondern einer zufälligen Auswahl in Abhängigkeit von der Erreichbarkeit der Probanden.

Im Kapitel 4 „Messtechnische Güte der Skalen“ finden sich Angaben zur Reliabilität, im Kapitel 5 zur Validität. Es findet sich aber keine entsprechende Aussage zur **Objektivität** des Testes.

Als **Testzeit** werden für den HAWIK-IV 65 bis 90 Minuten angegeben, als Auswertzeit (ohne EDV) 15 Minuten, vergleichbar mit der Testdauer beim HAWIK-III.

Der Test sollte möglichst in 1 Sitzung durchgeführt werden. Falls das nicht durchführbar ist, sollte der 2. Teil möglichst innerhalb 1 Woche fortgesetzt werden.

Wie bei allen Vorgängerversionen handelt es sich um einen Einzeltest.

In unserer **praktischen Durchführung** ergab sich ein Zeitbedarf von ca. 2 Zeitstunden unter Einbeziehung der Kontaktaufnahme, Erklärung der Testdurchführung und einer kurzen, aber fast immer notwendigen Pause (Die Eltern sollten darauf hingewiesen werden, den Kindern etwas zu trinken und ggf. auch zu essen mitzugeben). Dies deckt sich mit unserem Zeitansatz für den HAWIK III.

Die **Testauswertung per Hand** erwies sich als zeitintensiv und mühsam. Das separat erhältliche **PC-Auswerteprogramm** stellt eine deutliche Zeiterparnis dar. Außerdem bietet es komfortabel und direkt am Bildschirm Informationen zur Bedeutung der Untertests und Indizes. Die Benutzeroberfläche ist gewöhnungsbedürftig.

Es gelang uns nicht, die Benutzeroberfläche des Auswerteprogramms auf einem 15-Zoll-Monitor so vollständig darzustellen, dass die Funktionstasten angeklickt werden konnten. Dies war erst auf einem 17-Zoll-Monitor möglich.

Auch die Installation auf dem Server unseres 9-Platz-Praxissystems war nicht erfolgreich, so dass wir mit dem Programm nur an Arbeitsstationen, die einen vollwertigen PC beinhalten (keine „IGEL“), arbeiten können. Laut Mitteilung der „Testzentrale“ sei das Auswerteprogramm aus Lizenzgründen nicht serverfähig. Diese Einschränkung, die z.B. auch beim Computerauswerteprogramm des CFT-20-R besteht, ist in einer großen Praxis wenig benutzerfreundlich und sollte dringend geändert werden.

Als **Abbruchkriterium** gilt bei nahezu allen Untertests, wenn 5 aufeinanderfolgende Items mit 0 bewertet wurden (Ausnahmen: MT und MZ). In der Praxis erweist sich diese Regelung vor allem bei den Kindern als mühsam.

sam, die nach drei bis vier 0-Bewertungen wieder eine Aufgabe lösen können, so dass die Abbruchregelung erneut eintritt.

Das **Testmaterial** ist im Vergleich zum HAWIK-III bis auf die Mosaik-Würfel und ein neues „Stimulusbuch“, das bei vielen Aufgaben eingesetzt werden kann, reduziert worden. Dadurch kann die Testdurchführung ergonomischer durchgeführt werden.

Die Untertests „Figurenlegen“ und „Bilderordnen“, die im HAWIK-III noch obligat waren, werden im HAWIK-IV nicht mehr durchgeführt.

Eine **Testwiederholung** sollte aufgrund der möglichen substanziellen Lerneffekte bei einem Kind erst nach ein oder zwei Jahren durchgeführt werden. Sollte eine frühere Kontrolldiagnostik notwendig sein, sollte man entweder ein alternatives Testverfahren wählen oder die optionalen Untertests verwenden. Dies wird besonders für die Indizes „Arbeitsgedächtnis“, „Wahrnehmungsgebundenes Denken“ vorgeschlagen, die in den entsprechenden Untertests die größten Lerneffekte aufweisen.

Praktische Anmerkungen:

Die Spiralbindung unseres Manuals war nicht haltbar, so dass wir schnell eine „Lose-Blatt-Sammlung“ hatten. Die einzelnen Seiten sind für den täglichen Gebrauch wenig stabil. Das Manual hat zwar ein ausführliches Inhaltsverzeichnis (7 Seiten), leider aber kein Stichwortverzeichnis. Zum Beispiel suchten wir einen Hinweis zur Validität und Reliabilität der Testdurchführung bei Kindern mit Sehstörungen, insbesondere bei Kindern mit Farbsinnstörungen, da die Aufgaben im Stimulusbuch farbig dargeboten werden und zum Teil die Farbsinntüchtigkeit für die Lösung einiger Aufgaben bedeutsam sein könnte. (Zum Beispiel gibt es mehrere Lösungsvorschläge mit gleicher Form, aber mit unterschiedlichen Farben.)

Auf die Praxisprobleme bei der EDV-Auswertung wurde bereits oben hingewiesen

Laufende Materialkosten: 25 Protokollbögen 98,00 € 25 Aufgabenhefte (Form 1a oder 1b) 78,00 € ggf. 25 Aufgabenhefte (optional) 78,00 €, d.h. pro Anwendung mind. Verbrauchsmaterial für ca. 7,00 € bzw. 10,00 €.

Dipl. Heil.Päd. Gunhild Bongartz-Such & Christian K. D Moik, Aachen

Buchrezensionen

Retzlaff, R.: **Spiel-Räume. Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen.** 431 Seiten, 34,00 € ISBN 978-3-608-94158-6 Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 2008.

Die systemische Therapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern ist etabliert, weit verbreitet und auch evidenz-basiert (vgl.: v. Sydow K., Beher S., Retzlaff R., Schweitzer J.: *Die Wirksamkeit der systemischen Therapie/Familientherapie.* Hogrefe Verlag, Göttingen, 2007; ISBN: 13: 978-3-8017-2037-7). Rüdiger Retzlaff fasst seine reichhaltige theoretisch-wissenschaftliche und praktisch-klinische Erfahrung – stellvertretend für die Heidelberger systemische Schule – in einem Lehrbuch zusammen: ein hoher Anspruch, der aber gemeistert wurde.

In formal fünf Hauptabschnitten werden klinisch-orientierte Konzepte der systemischen Therapie auch anhand lebendiger Fallbeispiele zu drei großen Themenkomplexen vorgestellt: (1.) Grundlagen und Rahmenbedingungen der systemischen Therapie im Kindes- und Jugendalter, (2.) Setting, Beziehungsaufbau (zum Beispiel zu Jugendlichen), Therapiedurchführung, auch Kooperationsfragen und (3.) gesamte Bandbreite an systemischen Techniken und Interventionen. Neben anschaulichen Fallbeispielen erleichtern übersichtliche Anleitungen die praktische Umsetzung. Hier fließen auch unverkennbar die umfangreichen Lehr- und Ausbildungserfahrungen von Retzlaff und seinen KollegenInnen vom Heidelberger Institut für systemische Therapie ein. Nicht umsonst hat Jochen Schweitzer ein beinahe enthusiastisches Vorwort für „Spiel-Räume“ geschrieben.

Die therapeutische Brille ist klar ressourcenorientiert und die Therapie-techniken sind kreativ, flexibel und von großem Ideenreichtum im altersgemäßen Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Das Buch vermittelt einen praxisnahen Leitfaden für den Aufbau und die Durchführung von Therapien, angefangen vom Erstkontakt über die mittlere Behandlungsphase und den Umgang mit Therapiefortschritten und -krisen bis zur Beendigung von Therapien. Ein weiterer Schwerpunkt des Buches ist die anschauliche Darstellung der großen Fülle von systemischen Methoden und Interventionen. Neben Standardinterventionen wie der Arbeit mit Aufgaben und Ver-

schreibungen werden kreative Techniken, die Arbeit mit Geschichten und Metaphern, Rituale, Skulpturen und Ausdruckstechniken ausführlich dargestellt. Abschließend wird auf den Einsatz von Entspannungsverfahren, Imagination und Hypnose im Kontext von Familien und auf Verfahren des systemischen Elterncoachings eingegangen. Am Ende findet sich ein prägnantes Literaturverzeichnis.

Die übersichtliche Darstellung und der reiche Fundus an Techniken und kreativen Interventionen machen das Buch zu einem unentbehrlichen Werkzeug für alle Berufsgruppen, die systemisch arbeiten (...oder dazu angeregt werden wollen). Dem geneigten Leser erschließen sich so neue, eigene therapeutische Räume, um spielerisch und kreativ systemische Interventionen im Praxisalltag umzusetzen: „Spiel-Räume“ eben.

Der Anspruch, ein Lehrbuch der systemischen Therapie in einem Guss zu gestalten, ist Rüdiger Retzlaff unstrittig gelungen. Das Buch liest sich flüssig und spannend und es ist wohl nicht verfehlt auszusprechen, dass sich dieses Lehrbuch zu einem Klassiker entwickeln wird, dem eine breite Leserschaft zu wünschen ist und das gerade auch in der Aus- und Weiterbildung berufsgruppenübergreifend seinen Platz als ein Standardwerk der systemischen Therapie mit Kindern, Jugendlichen, ihren Eltern (und professionellen Helfern) finden wird.

J. Gehrman, Ludwigshafen

Asen, E. (Aus d. Englischen übersetzt von T. Kierdorf und H. Höhr): **So gelingt Familie. Hilfen für den alltäglichen Wahnsinn.** 196 Seiten, 19,95€ ISBN 978-3-89670-606-5, Carl-Auer Verlag, Heidelberg, 2008.

Familie spielt im Leben aller Menschen eine zentrale Rolle. Die Art, wie wir aufwachsen, das Erziehungsverhalten unserer Eltern, Vorbilder und Vorlieben, Werte und Normen beeinflussen und prägen jeden. Eltern müssen vor diesem Hintergrund wiederum Entscheidungen treffen, wie sie ihre eigenen Kinder aufziehen wollen – Entscheidungen, die wiederum deren zukünftige Entwicklung prägen. In diesem kurzweilig und anschaulich geschriebenen Buch nutzt Eia Asen seine langjährige Erfahrung als Familientherapeut, um den Lesern praktische Tipps für viele Phasen des Familienlebens zu geben: von der ersten Verliebtheit über den Wandel von Zweisamkeit zu Drei- bzw. Vielsamkeit (nach der Geburt von Kindern) bis hin zum Meistern von Krisen in der Lebensmitte und wiederum den Problemen des Alters. Asen widmet sich typischen Familienszenarien, weist auf Möglichkeiten hin, Probleme frühzeitig zu erkennen, und zeigt Übungen, die

Familien helfen, aus eigener Kraft Lösungen zu finden. Zudem erklärt der Autor, wann es ggf. nötig ist, professionelle Unterstützung bei Fachleuten zu suchen.

Eia Asen arbeitet seit über 35 Jahren in London und ist dort Direktor des Marlborough Family Service, eines gemeindenahen ambulanten (und tagesklinischen) Kinder- und Jugendpsychiatrie- und Psychotherapiezentrum. Er ist durch Veröffentlichungen, Bücher, Vorträge, Seminar und auch BBC Fernsehsendungen zur Familientherapie bekannt geworden. Wissenschaftlich arbeitet er u.a. über Paartherapie bei Depression, Multifamilientherapie bei Magersucht und über die tagesklinische Behandlung von Jugendlichen.

Das Buch verbindet vor diesem fachlich-biographischen Hintergrund des Autors dessen besondere fachliche Expertise durchaus humorvoll mit einfühlsamen, ermutigenden Ratschlägen für den Familienalltag und ist jedem zu empfehlen, der seine Familie besser verstehen und das Leben mit ihr genießen will.

J. Gehrman, Ludwigshafen

Jürgen Hargens: **Lösungsorientierte Therapie ... was hilft, wenn nichts hilft. . . Anregungen, Erfahrungen, Ideen.** Verlag modernes lernen 2007. 112 S. Preis: 9.60 Euro

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich nicht um einen weiteren Band zu einer systemischen Technik oder Zugangsweise, sondern um ein fein herausgearbeitetes Destillat langjähriger praktischer Erfahrung auf einer äußerst profunden systemischen Theoriebasierung, angereichert mit vielfältigen „Anregungen, Erfahrungen und Ideen“.

Dabei verletzt der Autor – wie schon G. Schmidt in seinem langen Vorwort betont- manch systemisches Credo: z.B. sein Plädoyer für persönliche Stellungnahmen, quasi als gedankliche Stolpersteine wider die Problemtrance, die den Berater „spürbar in seiner Haltung“ werden lässt. Mehrfach betont er auch die hohe Bedeutung eines „Neins“.

Ausgangsbasis ist die stets charakteristische Wertschätzung des Gegenübers und seiner Autonomie. Die Beziehung steht dabei im Mittelpunkt. Im Zeitalter der Manuale könnte sonst „der persönlichen und subjektiven Charakters verloren gehen“ was eine deutliche Einbuße bedeuten würde.

Im **1. Kapitel** hält er zunächst fest, dass ein Problem die Idee einer **Lösung** inkludiert und betont den Unterschied zwischen Problem und Lösung bzw. dass zwischen beiden kein automatischer Zusammenhang besteht. Eine weitere Unterscheidung betrifft die zwischen Ziel und Lösung, wobei das Ziel das ist, was der KlientIn bzgl. des Problems in der Beratung/Therapie erreichen möchte und Lösung das, was die KlientIn unabhängig vom Problem in der Beratung/Therapie erreichen möchte. Er stellt weiter die für ihn wichtigsten Charakteristika und zu berücksichtigende Punkte bzgl. Lösungen dar, wobei er betont, nicht zu schnell zu verstehen, da es darum geht Lösungen zu (er-)finden, nicht Probleme zu lösen.

In **Kap. 2** stellt JH **Ziele** als „wesentliche Wegweiser“ vor. Immer wieder eingestreut sind „Anregungen, Erfahrungen und Ideen“, z.B. mögliche Fragen, aber auch Beispiele als Möglichkeiten im Umgang mit Unterschieden.

Natürlich könnte man bei dem einen oder anderen Beispiel aus vollster Überzeugung widersprechen, aber genau darum geht es eben nicht, sondern um eine Anregung zur Erweiterung möglicher anderer Sichtweisen, die der Klient ebenso verwerfen kann. Dem Klient genau diese Möglichkeit ernsthaft zu ermöglichen, ist die Kunst der Therapie. Die Liste der Punkte, die es bei der Formulierung von Zielen zu berücksichtigen gibt, erscheint mir sehr anregend und erweiternd.

Beispielsweise betont er, Ziele konkret messbar und verhaltensbezogen zu gestalten, diese aus „subjektiver (von der Person des KlientIn her) Sicht erkennbar zu machen“ und „Ziele aus dem Bereich von Bindung an Gefühl und Erleben heraus zu führen und in den Bereich von Handeln zu verlagern“. Ziel(erreichung) soll auch von außen erkennbar sein. Ein weiterer sehr praxisbezogener Aspekt beschreiben die Umgangsmöglichkeiten mit Zielen, die dem Therapeut „unrealistischen“ erscheinen.

Das **3. Kapitel Sprache** bezieht sich auf Sprechen und Zuhören, wobei JH nochmals betont, dass es kein Missverständnis gibt, denn der Empfänger bestimmt was er hört, es jedoch imminent wichtig ist, unausgesprochene, „selbstverständliche“ Regeln und Erwartungen an- und auszusprechen. Zentral ist immer wieder die Wertschätzung. Die Reflexionen über Gast und Gastgeber, über den Unterschied von Respektieren und Akzeptieren, der Anerkennung der Unterschiede in der Einschätzung zwischen Klient und Therapeut, beides „gleich gültig (zwei Worte)“, und die Frage nach den Folgen und den guten Gründen des gerade so Handelns sind weitere

Themen. Er legt Wert darauf, die eigene Position als solche einzubringen und angemessenen Sprechformen, auch bei „negativ“ besetzten Inhalten, zu finden.

Auch wenn viele der Anregungen bereits zu den etablierten Techniken gehören, so erfahren sie doch in JHs Ausführungen und in seiner Einbettung in die lebendige Praxis neue Schubkraft und kreative Anregung für die Praxis des Lesers, auch die des systemisch bereits Kundigen. Dabei kommt des Autors auch im persönlichen Gespräch so markante Haltung von tiefer Wertschätzung des Gegenübers voll zum Ausdruck.

Im **4. Kapitel Wertschätzen** zeigt der Autor die verschiedenen Möglichkeiten und Dimensionen dieses Begriffs auf. Dabei betont er, dass der Klient diese Wertschätzung nicht teilen muss, was durchaus gewürdigt werden kann. Es geht nicht ums „Schönreden“ von berichteten Schwierigkeiten, sondern „die darin aufscheinenden Kompetenzen sichtbar“ zu machen und beinhaltet damit eine eigenständige Würdigung. Auch hier plädierte er dafür, bei seiner eigenen Sicht zu bleiben und damit „die Absicht der Botschaft zu verdeutlichen – ohne darauf zu bestehen“, eben als eine von verschiedenen möglichen Interpretation. Wertschätzung spielt sich dabei nicht nur auf der verbalen, sondern ebenso auf der gestisch-mimischen Ebene ab.

Im **5. Kapitel** zum Thema **Transparenz** ist das entscheidende Moment das Sich-Einbringen, offen und öffentlich, als Angebot, das tatsächlich und nicht nur theoretisch vom Klient zurückgewiesen werden kann. JH betont T. Andersens „Nein ist grundlegend“.

Hier wird deutlich, dass es nicht nur um eine Technik, sondern um eine grundlegende Haltung und Überzeugung geht. Dazu gehört es auch Perspektiven, die Fachleute ganz anders sehen, zu würdigen und Unterschiede einbringen. Für das in der Praxis wohl bekannte Phänomen von Klientenäußerungen, die im Therapeuten Erstaunen, Ablehnung und manchmal sogar Entsetzen entstehen lassen, sind die Ausführungen zum möglichen Umgang sehr hilfreich.

Im **6. Kapitel** zum Schwerpunkt **Gefühle** charakterisiert der Autor Therapie als „sprachliches Unternehmen“, versteht dies, so weiß er nachdrücklich darauf hin, aber nicht gleichbedeutend mit kognitiv oder kopflastig. Er stellt einen engen Zusammenhang zwischen Gefühl und Bewegung, die 2 Seiten einer Medaille bilden, oder, um eine weitere Metapher zu zitieren, sich wie „Henne und Ei“ verhalten, her. Er betont aber ebenso, dass es

nicht um das Gefühl an sich geht, sondern dass das Sprechen über Gefühle Mittel zum Zweck ist, Mittel, um das Ziel der Klienten zu erreichen. Dabei erweitert er das Bild von der Medaille und betont die Wichtigkeit der 3 Seiten, neben dem Handeln und dem Gefühl noch die (Eigen- und die Fremd)Beobachtung. Daher ist es unter dem Aspekt des Ziels sehr wichtig, Gefühle der Klienten zu bestätigen, zu validieren und damit die Selbstwahrnehmung zu bestärken und darauf zu achten, möglichst viele Perspektiven einzuführen.

Im abschließenden **7. Kapitel Anmerkungen** greift er ganz kurz die drei Themen Humor, Rückfall und Ratschläge auf. Humor als eine Form von Beziehung kann eine „Einladung sein, mit ungewöhnlichen Perspektiven zu spielen“, ist aber kein Selbstzweck. Ein „Rückfall kann nur eintreten, wenn die Person vorher vorangekommen“ ist und bietet Gelegenheit, über Erwartungen zu reden. In punkto Ratschläge bekennt JH offen, dies im Laufe seiner langen Praxiszeit verändert zu haben und heute viel mehr Ideen und Möglichkeiten, klar als für ihn und nur eventuell für andere passend gekennzeichnet, seinen „kundigen Kunden“ anzubieten.

Auch wenn das kleine Buchformat für mich etwas gewöhnungsbedürftig ist und der leicht apodiktisch klingende Untertitel „was hilft, wenn nichts hilft ...“ mit dem Inhalt und den Kernaussagen des Buches nicht so recht kompatibel erscheint, ist das Buch ein recht gelungenes Werk, das dem systemisch noch nicht so Erfahrenen gute und hilfreiche Einblicke und Anstöße gibt, aber auch dem bereits Kundigen bestens als Reflexionsanregung dienen kann.

Heinz-Georg Löffler, Breklum

Mario F. Ruckh, Christian Noll & Martin Bornholdt: **Sozialmarketing als Stakeholder-Management – Grundlagen und Perspektiven für ein Beziehungsorientiertes Management von Nonprofit-Organisationen.** Haupt Verlag, Bern 2006, 345 S., 29.00 Euro

Auch wenn das vorgestellte Buch ganz offensichtlich keinen KJPP-Fachbeitrag beinhaltet, so möchte ich es hier gerne vorstellen. Aus der Praxis heraus, dass bei gekürzten Fachetats sich manches Projekt über

Spenden realisieren lässt, traf ich auf das Buch. Es faszinierte mich durch die Fülle der dargestellten Perspektiven, der so lebendigen Darstellung und der offensichtlichen Freude und des Engagements der „Hersteller“ am Subjekt. Besonders aber an dem Ansatz, alle an der Non-Profit-Organisation (NPO) beteiligten Individuen und Gruppen, den „Stakeholdern“, Raum und Anerkennung zu geben und sie im Beziehungsgeflecht zu würdigen. Wie ich meine ein der zeitgemäßen Psychotherapie verwandter Ansatz.

Entstanden ist das Buch als Folge des 1. BruttoSozialPreises 2004, an dem die Herausgeber maßgeblich beteiligt waren. Es ist ein Reader mit insgesamt 25 eigenständigen Beiträgen über die Gesamtbreite des Themas. Eine Grobeinteilung findet mit den Themenblöcken Einführung, Interne Stakeholder, Leistungsempfänger, Private Förderer, Kooperationspartner, Staat, Dienstleister, Öffentlichkeit und Gegenspieler statt. Jeder Block enthält 2 – 4 Aufsätze, die den Beschreibungen „Grundlagenartikel“, „praxisrelevanter“ bzw. „wissenschaftlicher“ oder „Kreativartikel“ zugeordnet werden. Auch wenn die Zuordnung dazu manchmal nicht 100% nachvollziehbar erscheint, charakterisiert sie bereits ein durchgängiges Merkmal: die enorme Differenziertheit und Spannbreite der verschiedenen Blickpunkte.

Im Geleitwort von F. Liebl erläutert dieser den Übergang vom Sozial- zum Stakeholdermanagement und sieht in den Stakeholdern die verschiedenen Anspruchsgruppen mit qualitativ unterschiedlichen Beziehungen in und zu der NPO.

Im Vorwort erfassen die Herausgeber an Hand eines „exemplarischen Stakeholder-Universums“ verschiedene Cluster von Stakeholdern (s. oben). Diese werden anschließend im Buch von 24 verschiedenen Fachleuten, Wissenschaftlern, Praktikern und Studenten in anschaulicher Marktplatzermanier und nicht wie aus dem tool-Regal des Supermarkts mal streng wissenschaftlich, mal kreativ, mal hochpraktisch, mal web-like dargestellt.

Insgesamt macht es keinen Abtrag, dass ein Teil der Autoren der Hochschule der Künste, die ich vorher ehrlich gesagt gar nicht in Zusammenhang zu diesem Thema gebracht hätte und die damit nebenbei eine gelungene Werbung für ihr Studienfach „Gesellschafts- und Wirtschaftskommunikation“ betreibt, entstammt. Die jedem Beitrag vorangestellten themenrelevanten Kurzbiographien machen deutlich, dass die internen und externen Autoren gut und vielfältig ausgesucht wurden. Das sehr gute gegenseitige Aufeinander-Bezugnehmen der Autoren, das den Eindruck erweckt, dass die Autoren nicht nur den von ihnen gewählten Ausschnitt, sondern auch

den Gesamtzusammenhang gut kennen, runden diesen Eindruck ab. Deutlich wird darüber hinaus, dass alle Autoren, auch die der mehr theoretischen Beiträge, eine hohe Praxiserfahrung besitzen und daher weitgehend kenntnisreich, detailliert, praktisch und gut lesbar schreiben. Erfreulich ist auch der Einbezug ethischer Fragestellungen, selbst wenn dies z.B. in einem eigenen Beitrag tiefer hätte abgehandelt werden können.

Bornholdt, Noll und Ruckh machen in ihrer „Einleitung und Leitfaden für die lebenswirkliche Perspektive“ des Sozialmarketings auf deren Besonderheiten von „Komplexität, Beziehungsvielfalt, Abhängigkeiten und geringen Ressourcen“ aufmerksam. Zentral plädieren sie für ein aktives, strategisches und effektives Beziehungsnetzwerk.

Den Themenbereich Interne Stakeholder eröffnet Birzele mit seinem Aufsatz „Interne Stakeholder als bedeutender Faktor des Sozialmarketings“, in dem er zunächst diesen Personenkreis umreist, bevor er kurz die Unterschiede zwischen sozialen Dienstleistungen und Produktion erläutert und deren Einfluss auf die genannte Personengruppe aufzeigt. Besonders weist er auf die notwendige Kompatibilität der geforderten Mitarbeiterfähigkeiten mit der Organisationskultur und -struktur. Wagner berichtet in „Engagementmotive im Ehrenamt“ von seinen Erfahrungen im Projekt „Bürgerstiftung Berlin“, bei der eine systematische Zielgruppeneingrenzung unter bes. Berücksichtigung der stakeholder und der Ehrenamtler zum Zweck einer sehr breiten, aber dennoch gezielten Werbung und Ansprache möglicher zukünftiger Mitarbeiter erfolgte. Nährungsweise beendet dieses Kapitel mit „Vorstands-Management“. Dabei bildet der Vorstand die wichtigste Stakeholdergruppe, der wiederum stark abhängig ist von der Einbettung in sehr differenzierte Vereinsgliederungen mit unterschiedlichen Aufgaben und Voraussetzungen.

Unter der Perspektive der „Leistungsempfänger“ werden als erstes von Arnold unter dem Titel „Die Ermittlung von Kundenzufriedenheit“ die Charakteristika der Dienstleistungs-Austauschbeziehung im freien Markt und unter NPO-Gegebenheiten vergleichend erläutert. Dabei berücksichtigt er bes. die Akzeptanz der Dienstleistung und der eingeschränkt bis nicht vorhandenen Möglichkeit von Beschwerden seitens der Empfänger. Er fordert die Etablierung einer empfängerorientierten Qualitätsmessung, insbesondere für Leistungen für Klienten mit „eingeschränkter Beurteilungsautonomie“. In Luthe & Nolls „Fragen, fragen, fragen und zuhören“ folgt ein Interview mit dem Geschäftsführer einer gemeinnützigen Einrichtung, der darüberhi-

naus spezifische Vorerfahrung sowohl als Verwaltungsbeamter als auch als Berater hat. Schwerpunkt ist dabei die Finanzierung, die Kundenzufriedenheit und die NGO-Spender-Beziehung. Sohlau und Würfel entwerfen unter dem Titel „Wir sprechen mit Ihnen“ ein Einschätzungs-dreieck der Leistungsabnehmer mit den Achsen Artikulationsfähigkeit, Freiwilligkeit und (Eigen-)Finanzierung und demonstrieren dies an Hand 2er Fallvignetten aus dem Bereich Suchteinrichtung und Essen-auf-Rädern.

Im Bereich „Private Förderer“ gibt Heimbach anhand von 7 wichtigen Kriterien Hinweise und Ratschläge zum geeigneten Umgang mit individuellen Spendern. Im daran anschließenden Beitrag von Haurert, Noll und Ruckh kommentiert ersterer aus seiner Erfahrung als selbstständiger Berater 36 typische „Irrtümer“ und Bewertungen zu NPOs auf bisweilen recht pointierte und witzige Art und Weise. Im anschließenden Beitrag von Kemmler erklärt dieser die spezielle Eigenheit von Sponsoring an Hand seines Modells der dreiseitigen Kommunikation und macht insbesondere auf die Metapher-Funktion des Sponsoring, inklusive deren inkludierten „gesellschaftlichen Plattitüden“ aufmerksam. Den Abschluss dieses Themenblocks bildet ein frei aufgezeichneter Vortrag von Bolz, in dem dieser sich Gedanken macht, warum Menschen Geld spenden. Er argumentiert gesellschafts- und kulturanthropologisch an Hand der „Wünsche 2. Ordnung“ moderner Gesellschaften und dem spirituellen Mehrwert des Spendens.

Im Themenblock „Kooperationspartner“ erläutert zunächst Schulz in „Corporate Social Responsibility als wirtschaftliches Evangelium“ zunächst die möglichen Formen der Zusammenarbeit zwischen Unternehmen und Nonprofit-Organisationen. Im 2. Teil Ihres Aufsatzes ordnet sie CSR in den entsprechenden Kommunikationskontext ein, inkl. der Gefahren und Kritikpunkte. Erz erläutert in ihrem Beitrag „Päpstlicher als der Pabst“ des Sponsoring des Tabakkonzerns Philip Morris und die Pro und Contras der Zusammenarbeit mit einer Firma, deren Produkte „bei ordnungsgemäßem Gebrauch zum Tode führen“.

Dresewski und Koch stellen in „Verkaufen mit dem guten Zweck“ verschiedenen Formen des „Cause Related Marketings“, der absatzabhängigen Verknüpfung von Verkauf und Spendenhöhe (besser bekannt unter Bitburger und die Bolzplätze) dar und schätzen dessen Möglichkeiten an Hand der bisherigen Erfahrungen ein.

Unter dem Blickwinkel „Staat“ beleuchtet als erster Pohl in „Stakeholder in Politik, Regierung und öffentlicher Verwaltung“ die Verbindung zwi-

schen dem Staat bzw. dessen Repräsentanten und den NPOs unter dem Gesichtspunkt der gegenseitigen Erwartungen und Interessen. Reuter beschäftigt sich in „Zwischen Druck und Dialog“ mit NGOs, die als politische Interessenvertreter auftreten und sich an Entscheidungsprozessen beteiligen. Er plädiert für ein Bewusstsein dieser politischen Macht und deren Einsatz. Abschließend erzählt Michel in „Face time“ seine konkreten Erfahrungen im Verein „Gesicht Zeigen“. Ein Verein, der trotz Prominentenengagements in finanzielle Schieflage geriet, sich dann aber unter Berücksichtigung längerfristiger Planung und Nutzung des „homo politicus“ wieder erholte.

Dem Themenblock „Dienstleister“ nähern sich zunächst Nienhaus und Völker mit ihrem Essay „Eine besondere Beziehung!? NPOs und Agenturen“ und thematisieren darin die Zusammenarbeit der NGOs mit professionellen Beratern. Sie plädieren für einen ungezwungenen und ideologiefreien Umgang beider Seiten miteinander. Im 2. Beitrag dieses Blocks beleuchtet Haurert in seinem „Berater“ betitelten Beitrag aus einer Metaposition heraus die Möglichkeiten und den möglichen Nutzen externer Beratung. Bollmann erklärt in ihrem „Wo liegt eigentlich Basel II?“ Aufsatz zunächst die Veränderungen durch das Basel II genannte neue Regelwerk in Bezug auf die Kreditvergabe, geht dann über auf praktische Handlungsmöglichkeiten bei Finanzierungsbedarf und nennt abschließend hilfreiche zur Verfügung stehende Materialien.

Den Bereich „Öffentlichkeit“ eröffnet Arlt mit seinem Beitrag „Aufmerksamkeit plus Geld ergibt Unterhaltung“ und beleuchtet aus einem akademisch anmutenden Blickwinkel die Grundlagen der Kommunikations- und Medientheorie in Bezug zum Thema. Anschließend stellt Neumann in seinem erfrischend anregendem und bes. für Wenignutzer netzentängstigendem Kreativbeitrag aktuelle und sehr praxisbezogene Möglichkeiten und Konkretisierungen der Netz-Community dar. Siegmund beleuchtet in Ihrem Aufsatz „Multiplikatoren“ diese bisweilen vernachlässigten Stakeholder und gibt wichtige, hilfreiche und ebenfalls konkrete Hinweise zum Umgang.

Im letzten Themenblock „Gegenspieler“ beleuchtet zunächst Imig in „Ich bin dagegen“ praxisrelevant und in guter systematischer Übersicht diese Gruppe der „Stakeholder“, wobei sie zwischen dem „marktlichen Wettbewerbern“ und den „ideologischen Opponenten“ differenziert. Wilke zeigt in seinem Beitrag „Gegner des Guten“ an Hand typischer Beispiele ent-

sprechende Konfliktstrukturen auf und erörtert sinnvolle und zielführende Umgangsmöglichkeiten.

Summa summarum: dem Buch ist eine weite Verbreitung sehr zu wünschen.

Heinz-Georg Löffler, Breklum

Wilkes, J.: **Der kleine Kindertherapeut**. dtv, München, 2007. 143 Seiten, 6 € ISBN 978-3423-34423-4

Elternberater gibt es viele. Mit dem „kleinen Kindertherapeuten“ liegt nun ein Buch vor, das ganz konkrete Krisensituationen aus dem Leben der Kinder aufgreift, um - anknüpfend an eine geschilderte Kasuistik - den Eltern zu erklären, was in dem Kind vorgeht und wie man als Laie helfend eingreifen kann. Was soll man tun, wenn plötzlich das geliebte Haustier stirbt? Wie soll man sich verhalten, wenn das Kind Angst vor dem Klo entwickelt? Wie kann man reagieren, wenn der Trennungsschmerz beim Kindergartenbesuch übergroß wird?

Neben solchen alltäglichen Situationen, die mit viel Liebe und Humor geschildert werden, werden auch die großen Krisen im Leben des Kindes nicht ausgespart und weitergehende Hilfen empfohlen. Die Intention Buches ist es, die Eltern zu ermuntern, helfend einzugreifen und nicht in lähmende Passivität zu verfallen. Viele Eltern - das erleben wir doch tagtäglich in unserer praktischen Arbeit - sind so verunsichert, dass sie dringend Ratschläge benötigen. Dafür kann dieses Buch eine wichtige Hilfe sein. Trotz der Ernsthaftigkeit der behandelten Themen ist es dennoch vergnüglich zu lesen, wozu nicht zuletzt die Zeichnungen des bekannten Illustrators Norbert Pautner beitragen, der es mit leichtem Strich versteht, die Kasuistiken zu bebildern. So wird der „kleine Kindertherapeut“ auch für „große Kindertherapeuten“ zu einer unterhaltsamen Lektüre.

Dr. Christoph Löffler, Landshut

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/965000, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@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.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothhaus (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 vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

40 Jahre Facharzt – 30 Jahre Berufsverband – Kinder- und Jugendpsychiatrie heute!
Methodenvielfalt in Diagnostik und Therapie

BAD HOMBURG

KongressCenter im Kurhaus Bad Homburg

6.–8. November 2008

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH

Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 85 99 62-27

Fax: +49 (0)30 – 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

**Johanniter-Zentrum
für Kinder- und Jugendpsychiatrie GmbH
Am Carmen-Sylva-Garten 6–10
56564 Neuwied**



Stellenanzeige

Im Zuge der Erweiterung um eine vollstationäre Abteilung ist ab dem Sommer 2008 oder später in unserem Zentrum die Stelle einer/s

Assistenzärztin/Assistenzarzte

neu zu besetzen. Wir suchen Mitarbeiter/Innen, die ein besonderes Interesse an der Weiterbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mitbringen. Die Stelle ist vorerst auf drei Jahre befristet. Die Vergütung erfolgt gemäß dem Ärzttarif des BAT-KF. Ein elektronisches Zeiterfassungssystem liegt vor.

Unser Behandlungskonzept ist multimodal angelegt mit einem **verhaltens-therapeutischen** Schwerpunkt. Tagesklinisch betreuen wir 30 Patienten im Alter von 6–18 Jahren in vier Gruppen. In der angegliederten Institutsambulanz werden alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder von 0–18 Jahren versorgt. Ärzte, Dipl.-Psychologen, Ergotherapeuten und Familientherapeuten arbeiten kollegial unter fachärztlicher Leitung zusammen. Eine vollstationäre Abteilung mit 20 Betten wird im Frühjahr 2009 eröffnet.

Südlich von Köln – Bonn liegt die Stadt Neuwied verkehrsgünstig im Ballungszentrum Neuwied-Koblenz in landschaftlich reizvoller Umgebung mit den Naturparks Rhein-Westerwald und Eifel. Alle Schularten sind direkt im Ort vorhanden. Die Stadt zeichnet sich aus durch ihr kulturelles und soziales Engagement. Weitere Informationen finden sich auf der Homepage www.neuwied.de.

Durch den Chefarzt können drei Jahre für die Weiterbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ein Jahr für die Weiterbildung im Fachgebiet Kinderheilkunde und Jugendmedizin, anerkannt werden. Der Chefarzt ist Dozent und Supervisor an zwei verhaltenstherapeutischen Instituten. Neben hausinternen Fortbildungen werden regelmäßig und häufig Seminare und Vorträge durch externe Dozenten angeboten. Eine wissenschaftliche Kooperation besteht mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätsklinik in Marburg.

Wir erwarten eine engagierte, am Fachgebiet interessierte und belastbare Persönlichkeit, die die Aufgaben der ärztlichen Leitung im multiprofessionellen Team mit hoher Einsatzbereitschaft übernehmen kann. Eine gute Teamfähigkeit, hohe Belastbarkeit, Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst, Engagement für unsere Patienten und deren Familien sowie die Bereitschaft der Übernahme von Verantwortung werden vorausgesetzt.

Für weitere Informationen verweisen wir auf unsere Homepage:
www.kjp-neuwied.de.

Schriftliche Bewerbungen sind zu richten an den Chefarzt:

Herrn Dr. med. Dipl. Psych. Michael Löchel, CA
Johanniter-Zentrum GmbH, Am Carmen-Sylva-Garten 6–10, 56564 Neuwied
Tel.: 0 26 31 – 39 44 60, E-Mail: loechel@kjp-neuwied.de

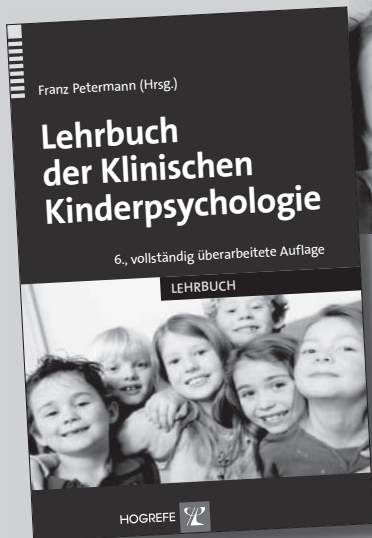
Kinderseelenhilfe der PRO MENTE SALZBURG Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Rehabilitation m.b.H. sucht ab sofort **Oberarzt / Oberärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie**: ●**Aufgabenbereich**: Oberarztfunktion an der zentralen Stadt-Ambulanz und den Außenstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Kinderseelenhilfe im Bundesland Salzburg. ●**Fachliche Anforderungen**: Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie oder gleichzuhaltende Qualifikation, ●**abgeschlossene Psychotherapieausbildung** (bevorzugt Syst. Psychotherapie, Psychodrama), Erfahrung in der selbstverantwortlichen Ambulanzführung, Aus- u. Weiterbildung von MitarbeiterInnen; ●**Persönliche Anforderungen**: Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit, Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit, Setzen von Prioritäten, Konfliktfähigkeit, Führerschein B. ●**Wünschenswert**: Auslandserfahrung, Managementausbildung ●**Rückfragen** bei: PD OA Dr.L.Thun-Hohenstein
Tel.Nr.: 0043-(0)662-4483-4511 oder L.Thun-Hohenstein@salk.at

Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
als neue(r) PartnerIn für die Bildung einer
Gemeinschaftspraxis oder Praxismgemeinschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit SPV
in **Mölln** gesucht.

In unserem Praxisteam arbeiten eine Psychologin, Sozialpädagogin, Erziehungswissenschaftlerin, Ergotherapeutin, Ernährungsberaterin und Arzthelferin neben dem Arzt mit einem integrativen, sozialpsychiatrisch-tiefenpsychologischen Konzept engagiert zusammen. Es bestehen gute Kooperationen mit Kindergärten, Schulen, Ergotherapeuten und Ämtern. Es werden kurz-, mittel- und langfristige Einzel-, Familien- und Gruppentherapien durchgeführt und miteinander kombiniert. Das Praxisteam ist Fortbildungen und neuen Methoden sehr aufgeschlossen.

Mölln liegt in einem landschaftlich reizvollen Gebiet im südlichen Schleswig-Holsteins mit hohem Freizeitwert. Es ist eine idyllische Kleinstadt und wirtschaftlicher Mittelpunkt des Kreises Herzogtum Lauenburg. Hamburg und Lübeck sind leicht und schnell zu erreichen. Alle Schulformen sind am Ort vorhanden.

Anfragen oder Bewerbungen an:
Dr. Gotthard Roosen-Runge
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinderheilkunde, Psychotherapie
Wallstr. 11, 23879 Mölln
Tel. 04542-844330, fax 04542-8443322, grrpraxis@web.de

NEU!

Franz Petermann (Hrsg.)

Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie

6., vollständig überarbeitete Auflage 2008,
850 Seiten, geb., € 59,95 / sfr. 99,-
ISBN 978-3-8017-2157-2

Die vollständig überarbeitete Auflage des bewährten Lehrbuches liefert in 45 Kapiteln eine Übersicht über wichtige Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie und vermittelt die zentralen Ansätze zur Diagnostik, Erklärung und Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter.

Das Lehrbuch beschäftigt sich zunächst mit den Grundlagen der Klinischen Kinderpsychologie und geht hierzu auf die Klassifikation, die Ursachen, die Entwicklung und den Verlauf psychischer Störungen ein. Altersspezifischen Entwicklungsrisiken und -abweichungen in der frühen Kindheit, im Kindergarten- und Grundschul- sowie im Jugendalter werden hierbei eine besondere Bedeutung zugemessen. Im Bereich der Diagnostik nimmt die Feststellung und Bewertung von Entwicklungsabweichungen und psychosozialen Belastungen eine zentrale Stellung ein. Hierzu wird ausführlich auf die Entwicklungs-, Intelligenz-, Leistungs-, Psycho- und Verhaltensdiagnostik eingegangen.

Großen Raum nimmt anschließend die Darstellung von verschiedenen Entwicklungsstörungen, von verhaltens- und emotionalen Störungen sowie von körperlichen Krankheiten, Suchterkrankungen und somatoformen Störungen ein. Neben der Beschreibung der Störung werden Erklärungskonzepte und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Als Interventionen werden vor allem gut dokumentierte und empirisch abgesicherte Verfahren empfohlen. Im letzten Teil des Lehrbuches werden wichtige Anwendungsbereiche und Therapieansätze erörtert. Unter anderem wird hier auf die Prävention psychischer Störungen, die Frühförderung, die Kinder- und Jugendhilfe, die forensische Kinderpsychologie sowie auf die Familien- und Psychopharmakotherapie eingegangen.

HOGREFE

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Rohnsweg 25 · 37085 Göttingen · Tel: (0551) 49609-0 · Fax: 88
E-Mail: verlag@hogrefe.de · Internet: www.hogrefe.de

Sozialpsychiatrisch-psychotherapeutisch

orientierte Gemeinschaftspraxis im Zentrum von Düsseldorf
sucht zum nächstmöglichen Termin

**zwei Fachärztinnen/Fachärzte
für Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.**

Die Gemeinschaftspraxis besteht aus einem Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Funktionsbeschreibung

Kinder- und jugendpsychiatrische Arbeit, welche Sie i. R. der Sozialpsychiatrie in Zusammenarbeit mit dem Team zum größten Teil selbständig gestalten können. Ein Facharzt wird als Nachfolger/in einer sich verabschiedenden Kollegin eingestellt, der zweite Facharzt als Vertretung einer z. Zt. sich im Erziehungsurlaub befindenden Kollegin.

Ein Einstieg in die Praxis als Mitinhaber zum späteren Zeitpunkt gehört zu den möglichen Perspektiven.

Mit im Team arbeiten

- Familientherapeut/Soz.-Päd.
- Sozialarbeiterin
- 1 Dipl.-Psychologin und 1 Dipl. Psychologe
- 2 Arzthelferinnen und eine Sekretärin

Der Praxisinhaber besitzt die Weiterbildungsbefugnis in der Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für ein Jahr; auch Ärztinnen und Ärzte im letzten Jahr der Weiterbildung können sich bewerben.

Telefonische Auskunft unter 38 44-7417

Frau Kobarg oder Frau Brünn

Schriftliche Bewerbungen bitte an:

Drs. Willem Geraets
Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Facharzt für Psychiatrie/Psychoanalyse/Psychotherapie
Adersstr. 21, 40215 Düsseldorf

Tel. 02 11 / 38 44-740
Fax 02 11 / 38 44-7410
E-mail w.x.m.geraets@kinderpsychiater.de
Internet www.kinderpsychiater-duesseldorf.de

SCHÜLING VERLAG



Behandlungspfade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Von der Kooperation über die Vernetzung zur Integrierten Versorgung

Erfolgreich zu überleben im deutschen Gesundheitswesen wird für alle Beteiligten ständig herausfordernder - zufällig wird es demnächst nicht mehr gelingen!

Veränderungsprozesse sind aktiv mitzugestalten.

Das, was ich mache und wie ich es mache muss ich hinterfragen. Kann ich effizienter arbeiten, um mich nachhaltig und dauerhaft zu entlasten? Kann ich die Qualität meiner Arbeit zugleich steigern? Mit wem muss ich wie zusammenarbeiten?

Dieses Buch zu einem Projekt des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) entscheidet sich für die Kooperation. Es ist ein Projekt-handbuch für Praktiker. Es beschreibt, was andere positiv erfahren haben: Behandlungsprozesse in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu standardisieren und (damit) erfolgreich zu optimieren. Es benennt die Erfolgsfaktoren effizienter Zusammenarbeit und zeigt dabei, warum Behandlungspfade die Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie enorm erleichtern und verbessern und letztlich unverzichtbar sind; sie verleihen zusätzliche Sicherheit und Qualität im täglichen Handeln und zugleich dokumentieren und begründen sie unser Handeln gegenüber Patienten, Zuweisern, Krankenkassen, Gerichten - und uns selbst. Handlungsautonomie wird gleichsam neu definiert.

2006; Hrsg.: DRG Research Group, MS u. BKJPP; 29,8 cm; 432 Seiten; broschiert; ISBN 3-86523-032-6.

Ich bestelle:

___ Exemplar(e) von
**Behandlungspfade in der
Kinder- u. Jugendpsychiatrie**

Euro 69,90 incl. Porto.

Mit dem Buch erhalte ich eine Rechnung.

Schüling Verlag

Falkenhorst 4

48155 Münster

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Unterschrift: _____

Internet: www.schueling.de

e-mail: buchkurier@schueling.de

Fax-Nr.: 0251 31 15 24

KINDERHOSPITAL OSNABRÜCK



Zum 01.01.2009 oder später ist in der **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Psychotherapie und Psychosomatik** – die Stelle der/des

CHEFÄRZTIN/CHEFARZTES

mit der Qualifikation Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie – Psychotherapie neu zu besetzen, da der Amtsinhaber in den Ruhestand geht.

Das Kinderhospital Osnabrück ist eine moderne Kinderklinik mit derzeit 46 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einschließlich einer Tagesklinik mit 10 Plätzen sowie 77 pädiatrischen stationären Betten inklusive 9 pädiatrischen Tagesplätzen. Jährlich werden ca. 5.500 Patienten stationär und ein Mehrfaches davon ambulant betreut.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie bietet mit 4 Stationen, einer Tagesklinik und einer Psychiatrischen Institutsambulanz ein umfassendes stationäres, teilstationäres und ambulantes Angebot. Wir verstehen uns als eine Klinik der Vollversorgung mit den Schwerpunkten Sozialpsychiatrie und Notfallpsychiatrie.

Nach der für das Jahr 2011 vorgesehenen Zusammenlegung der pädiatrischen Abteilung mit der Kinderklinik des Marienhospitals Osnabrück an einem anderen Standort wird eine umfangreiche räumliche Neustrukturierung möglich sein, die von der Schaffung neuer Inhalte begleitet wird. Geplant sind u.a. ein Sozialpädiatrisches Zentrum mit Frühförderung, die Schaffung einer Station für besonders schutzbedürftige Kinder und Jugendliche, eine Integrative Versorgung für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie regional verteilte Tageskliniken. Der/die Nachfolger/in wird entscheidende Möglichkeiten der Mitgestaltung erhalten.

Wir wünschen uns eine Persönlichkeit mit Leitungs- und umfassender klinischer und wissenschaftlicher Vorerfahrung, die neben der fachlichen Qualifikation Visionen tatkräftig umsetzen kann und sowohl teamfähig in der eigenen Abteilung als auch kooperationsbereit mit unseren Partnern ist.

Wir bieten eine leistungsgerechte Bezahlung nach AVR-EKD, Beteiligung an der Psychiatrischen Institutsambulanz, zusätzliche Altersversorgung, ein motiviertes Mitarbeitersteam u.v.m.

Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an den Ärztlichen Direktor, Herrn Prof. Dr. N. Albers, unter Tel. 0541 5602-118.

Wenn Ihnen diese Aufgabe zusagt, richten Sie bitte Ihre Bewerbung bis zum 31.08.2008 an den

**Vorstand des Kinderhospital-Vereins
Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück**

www.kinderhospital.de





Im Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises Mettmann ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Stelle im Umfang von 19,5 Wochenstunden zunächst befristet bis zum 31.12.2010 zu besetzen:

Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Zuständigkeitsbereich ist der gesamte Kreis Mettmann. Als Dienort ist Ratingen bzw. Mettmann vorgesehen. Im Rahmen der Initiative zur Kinder- und Jugendgesundheit „Kreis Mettmann plus“ sucht das Gesundheitsamt Verstärkung im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen/therapeutischen Kompetenz. Bestehende Angebote des Gesundheitsamtes sollen erweitert und miteinander vernetzt werden. Insofern ist eine enge Zusammenarbeit mit dem kinder- und jugendärztlichen Dienst, der sozialpädagogischen Beratung, dem Projekt „LOTT JONN“ sowie dem Jugendzahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes, dem Schulamt, dem Begleitenden Dienst des Amtes für Behindertenförderung sowie den Jugendämtern der kreisangehörigen Städte und der stationären/ambulanten Institutionen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung vor Ort unabdingbar.

Zu den Tätigkeiten zählen:

- Kinder- und jugendpsychiatrische, entwicklungspsychopathologische Diagnostik
- Beratung für Kinder/Jugendliche und ihre Erziehungsberechtigten
- Anregung und Vermittlung von ambulanten kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen und/oder kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen
- Durchführung von kinder- und psychiatrischen Notfallinterventionen
- Einleitung von Eingliederungs- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Erstellung kinder- und jugendpsychiatrischer Gutachten und Stellungnahmen. Auftraggeber sind vorwiegend Jugendämter, ArGe und Sozialämter
- Konsiliarische und Institutionsberatung für Jugendämter, Jugendhilfeeinrichtungen, Soziale Dienste, Fallmanager von ArGe und Sozialämtern, Kindertagesstätten, Schulen, Bildungsträger und andere kooperierende Institutionen
- Leitung von/Teilnahme an Gremien und Facharbeitskreisen

Erwartet wird:

Klinische und sozialpsychiatrische Erfahrung und ein besonderes Interesse an der zu betreuenden Klientel und der Notwendigkeit, aufsuchend zu arbeiten. Weitere Voraussetzungen sind Belastbarkeit, Organisationstalent sowie Teamfähigkeit. Dazu gehört auch die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen medizinischen und sozialen Diensten und Trägern. Führerschein Kl. 3 und die Nutzung des privaten PKW für Dienstfahrten (Entschädigung nach Landesreisekostengesetz) wird vorausgesetzt. Die Vergütung richtet sich je nach Qualifikation und Berufserfahrung nach Vergütungsgruppe

15 TVÖD. Es werden die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen gewährt sowie flexible Arbeitszeit. Der Kreis Mettmann hat sich die berufliche Förderung von Frauen zum Ziel gesetzt und fordert daher ausdrücklich Frauen auf, sich zu bewerben. Schwerbehinderte und Gleichgestellte werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Weitere Informationen über den Kreis Mettmann und seine kreisangehörigen Städte erhalten Sie unter www.kreis-mettmann.de.

Interessierte richten Ihre Bewerbung bitte bis zum 30.06.2008 an Kreis Mettmann; 40806 Mettmann; für erste Informationen steht Ihnen Frau Kohnert unter Tel.: 0 21 04 / 99 22 56 oder E-Mail regina.kohnert@kreis-mettmann.de gerne zur Verfügung.



**Zentrum für Soziale Psychiatrie Kurhessen
gemeinnützige GmbH**



Eine Gesellschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und der
LWV-Gesundheitsmanagement GmbH

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Kassel

Wir suchen eine/einen

Ärztin/Arzt in Weiterbildung

und eine/einen

Fachärztin/Facharzt

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik verfügt über 56 Betten, davon bis zu 18 teilstationäre Behandlungsplätze, Institutsambulanzen an sechs Standorten in Kassel und in den nordhessischen Landkreisen und einer Schule für Kranke. Es gibt ein differenziertes Behandlungsangebot für alle Altersgruppen vom Säugling bis zum jungen Erwachsenen.

Die Stellen sind neu zu besetzen

1. auf einer neu eingerichteten Station am Standort Wabern, auf der Kinder und Jugendliche behandelt werden, bei denen neben anderen psychiatrischen Störungen Suchtprobleme bestehen,
2. in der Ambulanz in Eschwege. Hier ist die Eröffnung einer Tagesklinik geplant. Bei entsprechenden Voraussetzungen kann die oberärztliche Leitung von Tagesklinik und Ambulanz übernommen werden.

Es besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Facharztweiterbildung in verschiedenen Klinikbereichen - auch am Standort Kassel - tätig zu sein. Der leitende Arzt besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Wir bieten:

- Eine interessante Tätigkeit in multidisziplinären Teams mit sozialpsychiatrischer Orientierung.
- Eine qualifizierte Weiterbildung, die auch den Bereich Psychotherapie mit sowohl tiefenpsychologischer als auch verhaltenstherapeutischer Ausrichtung im Verbund mit anderen Einrichtungen sicherstellt.
- Die Möglichkeiten zum Erwerb umfangreicher Kenntnisse und Erfahrungen im gesamten Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wir wünschen uns eine Mitarbeiterin/einen Mitarbeiter

- mit Bereitschaft zu engagiertem und kooperativem Einsatz in Therapie und Diagnostik.
- mit Interesse sowohl für systemische, psychotherapeutische als auch biologische Ansätze im Fachgebiet.
- mit kreativen Fähigkeiten bei der Weiterentwicklung von Behandlungsangeboten und Konzepten.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte innerhalb von 3 Wochen an:

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie Kassel**

Herr Dr. Günter Paul, Ärztlicher Direktor

Herkulesstraße 111, 34119 Kassel

Tel.: 0561/31006-411

Email: guenter.paul@zsp-kurhessen.de

<http://www.zsp-kurhessen.de>





Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

40 Jahre Facharzt – 30 Jahre Berufsverband – Kinder- und Jugendpsychiatrie heute!
Methodenvielfalt in Diagnostik und Therapie

BAD HOMBURG

KongressCenter im Kurhaus Bad Homburg

6.–8. November 2008

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH

Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 85 99 62-27

Fax: +49 (0)30 – 85 07 98 26

E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

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 0943-8831

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „weiße Seiten“

Dr. med. Margarete von Rhein, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: ingo.spitzcokvonbrisinski@lvr.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Christa Schaff, Dr. med. Maik Herberhold
Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
c/o Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Druck

Meta Data, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Science Services Thomas Wiese GmbH, Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin
Tel.: 0 30 / 89 73 79 74-0, Fax: 0 30 / 85 07 98 26, E-Mail: mail@bkjpp.de

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)
Der Bezugspreis des Forums ist im Jahresbeitrag der Mitglieder des BKJPP enthalten.

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

Preis des Einzelheftes: 11,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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.
