



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

20. Jahrgang | Heft 1/2010

*Offizielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Inhalt

Editorial: Kinder- und jugendpsychiatrische Diskussionskultur <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Zur Entwicklung einer tragfähigen kooperativen Beziehung zwischen Arzt, Patient und Eltern vom Erstkontakt bis zum Behandlungsabschluss in der ambulanten kinder- und jugendsozialpsychiatrischen Versorgung <i>Anna Maria Sant`Unione & Matthias Wildermuth</i>	6
Das Führungskonzept des Mitunternehmertums und der milieutherapeutische Behandlungsansatz in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Matthias Küffer und Matthias Schmelzle</i>	36
Bikulturalität als Risikofaktor? Differentieller Migrationshintergrund in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation <i>Alexandra Thiele & Oliver Bilke</i>	55
Imaginative Psychotherapie bei Angststörungen in der Adoleszenz am Beispiel der Schulphobie <i>Renate Sannwald</i>	68
10 Jahre Mailingliste „Sprachentwicklungsstörungen“ <i>Waldemar von Suchodoletz</i>	83
Prof. Dr. med. Friedrich Specht † 1924 – 2010 <i>Renate Schepker, Alexander Naumann & Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	88
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Rodewischer Thesen für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Helmut Niederhofer</i>	94
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Kritische Betrachtung der Verschreibung von Ergotherapie im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Versorgung von seelisch kranken Kindern <i>Rolf-N. Katterfeldt</i>	104
<i>Buchrezensionen</i> Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland	111
Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste	113
<i>Hinweise für Autoren</i>	114

Editorial:
**Kinder- und jugendpsychiatrische
Diskussionskultur**

„Diskussion ist der Übungsplatz des Geistes“ – dieser Ausspruch wird dem amerikanischen Politologen Richard Wiggins zugeschrieben (www.zitate.de). Unter der Überschrift „Zur Diskussion gestellt“ sind in den letzten Jahren im Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mehrere Beiträge erschienen, wobei allerdings das stärkste schriftliche Echo ein Bericht erzeugte, der gar nicht „zur Diskussion“ explizit deklariert war. Hieraus wird bereits deutlich, dass die Motivation, eine schriftliche Antwort auf einen publizierten Beitrag in einer Fachzeitschrift zu verfassen bzw. einen Leserbrief sehr unterschiedlich sein kann: Manche Autoren haben zum Ziel, eine abweichende Meinung bzw. Darstellung richtig zu stellen, andere möchten ergänzendes Wissen verfügbar machen.

Die Wahrscheinlichkeit, einen Diskussionsprozess anzuregen, steigt erfahrungsgemäß, wenn der Beitrag provokante Thesen umfasst oder eine stark akzentuierte Sichtweise abbildet. Es kann daher eine Überschrift wie „Zur Diskussion gestellt“ u. U. sogar dazu führen, dass weniger schriftliche Reaktionen bei der Redaktion eingehen als wenn eine solche Kennzeichnung wegfiel. Dennoch ist es gute Tradition, als ‚Statement‘ intendierte Arbeiten entsprechend zu kennzeichnen. Üblicherweise fallen ausdrücklich als zur Diskussion auffordernd gekennzeichnete Fachzeitschriftenbeiträge auch etwas kürzer aus als Originalbeiträge und Übersichten: So gibt beispielsweise die Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei den Hinweisen der Schriftleitung zur Manuskriptgestaltung (www.verlag-hanshuber.com/ZKJP/autorenhinw.pdf) folgende Grenzen des Manuskriptumfangs an: „Übersichtsarbeiten (25 Seiten inkl. Tabellen, Literatur), Originalbeiträge (20 Seiten inkl. Tabellen, Literatur), Kasuistiken (10 Seiten inkl. Tabellen, Literatur), Zur Diskussion gestellt (10 Seiten inkl. Tabellen, Literatur), Aus

Klinik und Praxis (10 Seiten inkl. Tabellen, Literatur) und Briefe an den Herausgeber.“

In diesem Heft nun stellen gleich zwei Autoren ihre Gedanken in der Rubrik „Zur Diskussion gestellt“ vor:

Am Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Rodewisch in der damaligen Deutschen Demokratischen Republik fand 1963 das 1. Internationale Symposium über Psychiatrische Rehabilitation statt, an dem 120 Ärzte und Wissenschaftler aus der Tschechoslowakei, Ungarn, Polen, Bulgarien, der UdSSR und der Bundesrepublik Deutschland teilnahmen. Den Abschluss bildete die Verabschiedung einstimmig angenommener wissenschaftlich begründeter Therapieempfehlungen, die als „Rodewischer Thesen“ in die Psychiatriegeschichte eingingen. Außer dem Konzept der „offenen Fürsorge“ in den 20er Jahren der Weimarer Republik und der „Psychiatrie-Enquête“ von 1975 zählen die „Rodewischer Thesen“ von 1963 aus heutiger Sicht zu den drei wesentlichen deutschen Ansätzen zur Reform psychiatrischer Versorgung im 20. Jahrhundert (Schmiedebach et al. 2000). Die damaligen Thesen bezogen sich jedoch überwiegend auf erwachsene Patienten und nur zu einem kleinen Teil auf Kinder und Jugendliche. Helmut Niederhofer, heutiger Chefarzt der sächsischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Rodewisch, adaptiert die Thesen von 1963 auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, wie sie sich aus seiner Sicht in der Zwischenzeit entwickelt hat und was noch zur Verwirklichung ansteht. Provokant für einige Leser dürfte u. a. folgender Abschnitt seines Beitrags in diesem Heft auf Seite 100 sein: „Besonderes Schwergewicht ist auf die Frühprävention zu legen. Diese beinhaltet vor allem die Aufklärung der Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer über Frühzeichen fehl laufender Entwicklungen und beginnender psychiatrischer Störungen. Dabei ist darauf Wert zu legen, dass seitens der Schule keine präzise Diagnose erstellt wird, sondern nur Abweichungen von der Normalgruppe respektive Auffälligkeiten detektiert werden und den Eltern die Konsultation eines Fachdienstes nahe gelegt wird. Im Rahmen dieser Frühprävention sollte bei allen auffälligen Kindern eine differenzierte psychologische Abklärung erfolgen, wobei idealerweise vom Psychologen die Indikation für die weitere Zuweisung zu einem Kinder- und Jugendpsychiater gestellt wird. Die Beziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters ist stets als Additiv zu sehen, d. h. ergänzt die psychologisch-psychotherapeutische Intervention und ersetzt diese nicht.“ Dieser Zuordnung der Rolle des Kinderpsychiaters in Bezug auf die Rolle des Psychologen kann ich mich beispielsweise nicht anschließen

– doch möchte ich nicht an dieser Stelle der sich hoffentlich entwickelnden Diskussion vorgreifen.

Der Beitrag von Rolf Katterfeldt, Praxis für Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien im westfälischen Lippstadt, setzt sich ebenfalls mit der Rolle des Kinder- und Jugendpsychiaters auseinander, hier jedoch in Bezug auf die Rolle des Ergotherapeuten. Seine Thesen dürften nicht nur für Ergotherapeuten eine Herausforderung sein, sondern auch für uns Kinder- und Jugendpsychiatern: Sowohl in der Praxis als auch in der Klinik stellt sich uns ständig die Frage, welche Tätigkeiten wir aus Zeitnot, aufgrund finanzieller Rahmenbedingungen oder wegen individueller Kompetenz- und Interessenprofile delegieren bzw. auf die Durchführung verzichten, und welche Tätigkeiten wir aus inhaltlichen oder berufspolitischen besser nicht delegieren sollten.

Wie bereits oben ausgeführt, steckt nicht nur in Beiträgen, die mit Aufforderung zur Diskussion mittels entsprechender Überschrift ausdrücklich gekennzeichnet sind, Potential, einen schriftlichen Diskussionsprozess anzustoßen. Als Beispiel sei hier der Beitrag von Anna Maria Sant`Unione und Matthias Wildermuth in diesem Heft genannt, in dem es auf Seite 32 heißt: „Die Einbeziehung der Betroffenen in dem für sie möglichen Umfang ist bei der Indikationsstellung und der sorgfältigen Auslotung der Behandlungsvoraussetzungen unbedingt erforderlich. Hierdurch werden nicht nur Behandlungsabbrüche vermieden, sondern auch annehmbare und gleichzeitig bedarfsorientierte individuell angepasste Therapieprozesse ermöglicht. ... Ein von einseitigen Interessevertretern wie der pharmazeutischen Industrie unabhängiges Vorgehen erscheint vonnöten. Sehr weitgehend erscheint deren Einfluss, reichend von zunehmendem Einfluss auf die Forschung bis hin zu psychoedukativ aufgemachten verdeckt Interessen geleiteten Informationsbroschüren. Diese sind z.B. bei dem Störungsbild ADHS sehr verführerisch im Sinne der Kundenbindung, erfüllen jedoch in keiner Weise die Kriterien partizipativer Entwicklung eines interessenunabhängigen und tragfähigen Arbeitsbündnisses ... Therapietreue ist ein zu hohes Gut, als dass es mit verdeckten Produktwerbungen vermischt werden sollte.“

Fachliche Diskussion ist uns Kinder- und Jugendpsychiatern aus vielen Teambesprechungen, Inter- und Supervisionen, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Fachverbandssitzungen, Qualitätszirkeln, etc. bestens vertraut, doch wie sieht es mit der schriftlichen Diskussionsbereitschaft aus? In der Suchmaschine Google findet man zurzeit ca. 496.000.000 „Seiten auf Deutsch“, davon 562.000 mit dem Begriff „Jugendpsychiatrie“ (0,1%). Unter „Zur Diskussion gestellt“ werden ca. 3.400.000 Seiten gefunden. Ergänzt

man hierzu den Suchbegriff „Jugendpsychiatrie“, sind es immerhin 24.200 (0,7%). Für „Leserbrief“ finden sich allgemein 2.230.000 Einträge, ergänzt um „Jugendpsychiatrie“ 6.850 Einträge (0,3%). Methodisch bleiben bei dieser Art der Quantifizierung der Diskussionsfreudigkeit im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zweifellos zahlreiche Bedenken bzw. Fragen offen. Dennoch mögen die Zahlen als grober Anhalt dafür gelten, dass es an schriftlicher Diskutierfreudigkeit in der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mangelt, und die Tatsache, dass es keine lebendige spezifisch kinder- und jugendpsychiatrische Mailingliste mit großem Teilnehmerkreis gibt, offenbar andere Gründe hat. Liegt es daran, dass ein Großteil der Kinder- und Jugendpsychiater immer noch lieber sich auf Papier liest statt sich an Mailinglisten, digitalen Diskussionsforen, Blogs, etc. aktiv zu beteiligen? Oder verteilt er seine dem Fachgebiet immanenten vielseitigen Interessen auf verschiedene erfolgreiche interdisziplinäre Mailinglisten wie beispielsweise system-l@listserv.dfn.de zu systemisch-lösungsorientierter Therapie oder die zu Sprachentwicklungsstörungen, die Waldemar von Suchodoletz in diesem Heft vorstellt?

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Rodewischer Thesen (1963) www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Biliothek_Psychiatriausschuss/Wir_ueber_uns/Geschichte/Rodewischer_Thesen.pdf

Schmiedebach, H.-P., Beddies, Th., Schulz, J., Priebe, St. (2000) Offene Fürsorge - Rodewischer Thesen - Psychiatrie-Enquete: Drei Reformansätze im Vergleich. *Psychiat Prax* 27, 138-143

Zur Entwicklung einer tragfähigen kooperativen Beziehung zwischen Arzt, Patient und Eltern vom Erstkontakt bis zum Behandlungsabschluss in der ambulanten kinder- und jugendsozialpsychiatrischen Versorgung

Anna Maria Sant`Unione & Matthias Wildermuth

1. Zusammenfassung

Ausgehend von einer Stichprobe von 198 Patienten, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Gemeinschaftspraxis mit sozialpsychiatrischer Vereinbarung (SPV) zwischen 2005 und Mitte 2008 mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen, jedoch stets multimodal behandelt wurden und einer weiteren Stichprobe bestehend aus 720 kinder- und jugendpsychiatrischen Erstkontakten, wird ein Modell der Arzt-Patient-Beziehung beschrieben, das zu einem auch langfristig tragfähigen Arzt-Patienten-Bündnis mit daraus resultierender sehr geringer Behandlungsabbruchsquote führt.

Die Untersuchung der *1. Stichprobe*, d.h. des Bereiches der kurz-, mittel- oder längerfristigen Behandlungsansätze (Einzel- bzw. Gruppenpsychotherapie, Trainingsverfahren, Heilpädagogik, Kurstherapie) ergibt eine Abbruchsquote von insgesamt 11,1 % (22 Patienten), deren Analyse eine Anhäufung der Behandlungsabbrüche bei Jugendlichen sowie bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Strukturniveau und schwer belasteten familiären Hintergründen aufweist. Die Behandlungsmethode an sich scheint hingegen von geringerer Bedeutung für eine übereinstimmende Beendigung der Behandlung zu sein, auch wenn die Katamnese eine höhere Abbruchsquote bei der Gruppentherapie zeigt.

Die Abbruchsquote nach psychiatrischen/psychotherapeutischen Erstkontakten erweist sich mit 3,7 % als sehr niedrig. Hier scheint die Feinabstimmung und die bedürfnisbezogene Anpassung der Interventionen zwischen Eltern, Kind oder Jugendlichen und Arzt bezüglich des Symptomverständnisses und dessen Behandlungs- bzw. Umgangsmöglichkeiten von entscheidender Bedeutung für die Bildung und Aufrechterhaltung eines Arbeitsbündnisses zu sein.

Im Mikrokosmos der ersten Erfahrung miteinander erleben sowohl die jungen Patienten und deren Eltern als auch der Arzt/Psychotherapeut bereits die unterschiedlichen Facetten der Arzt-Patient-Beziehung, die auch in längerfristigen Behandlungsverläufen relevant sein werden.

2. Fragestellung

Es soll überprüft werden, ob eine methodisch intensiviertere partizipative Arzt-Patient-Kommunikation sowohl in der diagnostischen als auch therapeutischen Behandlungsphase tatsächlich zu einer Konsolidierung des Arzt-Patientenbündnisses führt und darüber zu einer regulären Beendigung der vereinbarten Behandlung.

Die angewandten psychotherapeutischen Methoden sind kompatibel mit dem Modell des Shared Decision Making (SDM, Charles et al. 1999).

3. Theoretische Vorüberlegungen

Adhäsion und Shared Decision Making

Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und vor allem der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist ein Gebiet, das ganz in den Anfängen steckt (Schulte-Markwort et al. 2006).

Döpfner (2006) hat die empirische, verhaltenstherapeutische Psychotherapieforschung bzgl. Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der Methoden und Ergebnisse zusammengefasst und auf die hohen Abbruchraten von 25 % bei Interventionen für aggressiv auffällige Kinder hingewiesen. Er verweist u.a. auf „intention-to-treat“-Analysen, die alle Patienten in eine Therapiestudie einschließen und nicht nur diejenigen, die die Psychotherapie auch regulär beenden.

Mattejat et al. (2006) betonen die Nutzung von störungsunabhängigen und störungsspezifischen Kriterien einer qualitätsorientierten Therapieforschung. Deren klinische Nützlichkeit (effectiveness) wird der prinzipiellen Wirksamkeit (efficacy) unter idealisierten Bedingungen gegenübergestellt und für die Versorgungsforschung als alltagstauglicher beschrieben (Weisz & Kazdin 2006).

Die Psychotherapieforschung insgesamt hat unter Versorgungsgesichtspunkten einen erheblichen Nachholbedarf (Kordy 2008). Die Entwicklung von sozialpsychiatrischen Praxen für Kinder und Jugendliche – mit multimodalem Ansatz und Berufsgruppen übergreifender Kooperation intern und extern – sind bis jetzt kaum evaluiert (s. a. Sant´Unione & Wildermuth 2007).

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter stellen eine besondere Belastung für die Familie, aber auch für die Eltern dar (Mattejat, 2007). Häufig ist es ein problematisches Verhalten oder ein Versagen im außerfamiliären, z.B. schulischen Raum, das mit einer Aufforderung an die Eltern verbunden ist, die Probleme der Kinder und Jugendlichen fachlich untersuchen zu lassen. Gerade der schulische Druck und ein damit verbundenes Leistungs- oder Sozialversagen ohne daraus resultierende Problemwahrnehmung stellen eine problematische Ausgangsbasis für die Kontaktaufnahme zu Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie dar. Je asymmetrischer die Ausgangslage ist, dies gilt nicht nur für das medizinische, sondern auch für das schulische System oder die Jugendhilfe, desto schwieriger ist es, einen positiven Ausgangspunkt für eine konstruktive diagnostische Klärung und therapeutische Entscheidungsfindung herzustellen.

Die Herstellung eines diagnostisch-therapeutischen Bündnisses mit dem Ziel der Vertrauensbildung, der Transparenz der Prozesse, der aktiven Beteiligung des Indexpatienten und seiner Familie sowie die konstruktive Nutzung des Helfersystems scheinen besonders wichtig zu sein, da Scham- und Schuldgefühle die Betroffenen oft dazu drängen, eine intensivere Begleitung möglichst schnell hinter sich zu bringen oder abubrechen, um die Situation der Hilflosigkeit, Ausgeliefertheit oder potentiellen Kritik an grundlegenden Aspekten eigener Beziehung oder Erziehung zu vermeiden (Wildermuth 2008). Darüber hinaus haben viele kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder eine Nähe zu chronifizierten somatischen Erkrankungen und führen hinsichtlich der Adhärenz immer wieder zu Kooperationseinbrüchen oder mangelnder Mitarbeit. Auch besteht die Gefahr, dass für die Betroffenen schwer annehmbare diagnostische oder therapeutische Überlegungen dazu führen, dass es zu Arzt- und/oder Therapeutenwechseln kommt, die wiederum teilweise verschwiegen werden. Hier fehlt es den Behandlern dann an der Möglichkeit des

Anknüpfens an Vorbehandlungen, der Nutzung von Vorbefunden oder auch der Integration partiell durchgeführter Behandlungsansätze im Bereich pharmakotherapeutischer, übender oder psychotherapeutischer Verfahren.

Die Therapeutenvariable sowie das diagnostisch-therapeutische Geschick in der Kommunikation mit einer auch tendenziell hoch belasteten Klientel bedarf besonderer Übungsschritte, Selbstreflexibilität und eines spezifischen Wissens um die Abwehr- und Widerstandsformen im Zusammenhang mit bestimmten Denk- und Verhaltenszielen der jeweiligen Klientel.

Zur Verbesserung der Adhärenz wird im somatischen Bereich, z.B. mit teilstrukturierten Motivationsinterviews (MOTIV) gearbeitet. Nachhaltig wirksam ist eine klare Zielssetzung, qualifizierte Aktivitäten aufzunehmen und langfristig aufrecht zu erhalten. Die therapeutischen Schritte erörtert und plant der Patient bzw. dessen Sorgeberechtigte im Sinne des Shared Decision Making (Schreibler et al. 2003) gemeinsam mit dem behandelnden Arzt.

Entsprechende Übungstechniken verändern die Arzt-/Patienten-Beziehung in ihrer Qualität, Stabilität und Gegenseitigkeit. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass die Arbeit von Balint-Gruppen, wie sie die Deutsche Balint-Gesellschaft seit vielen Jahrzehnten pflegt, ein hilfreiches, wenn auch unspezifisches Instrument diesbezüglich darstellt.

Eine partizipative Entscheidungsfindung für therapeutische Maßnahmen bedarf seitens des Arztes einer Erfassung der Präferenzen der Patienten hinsichtlich deren Bedürfnisse und Möglichkeiten, die Präferenzen sind jedenfalls signifikante Prädiktoren für die Adhärenz u.a. auch bei Kurzinterventionen (Heesen et al. 2006).

Auch sei auf die Commitment- und Validierungsstrategien innerhalb der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente und deren Nützlichkeit bei der Bearbeitung der Ambivalenz bzgl. der Bereitschaft beim Einlassen auf und Durchhalten der Therapie hingewiesen (Fleischhaker et al. 2006).

Elwyn et al. (2001) haben ein Konzept zur Beschreibung des Vorgehens bei der partizipativen Entscheidungsfindung mit einem Verfahren zur standardisierten Fremdbeobachtung (Option) der ärztlichen Konsultationen vorgelegt. Patienten mit depressiven Symptomen haben ein deutlicheres Informationsbedürfnis als ein Bedürfnis nach Partizipation (Bermejo et al. 2008). Weder das Informationsbedürfnis, noch das Interesse an der Beteiligung bei der medizinischen Entscheidung nimmt bei zunehmendem Schweregrad der Depression ab. Entscheidungsprobleme treten bei Patienten mit depressiven Symptomen vor allem auf, wenn Patienten Probleme damit haben, ihre psychische Erkrankung zu akzeptieren. Angehörige und Freunde spielen eine große Rolle,

wenn es darum geht, Patienten von der Notwendigkeit einer Behandlung zu überzeugen.

Allgemein bekannt ist, dass unter chronischen Patienten ein erheblicher Bedarf an Partizipation bei ausgeprägten Autonomie- und Abgrenzungswünschen besteht. Schwache Zusammenhänge zwischen dem Risikowissen und den Autonomiepräferenzen weisen auf zusätzliche Einflussgrößen hin.

Im Shared Decision Making geübte Ärzte zeigen nach verschiedenen Untersuchungen, dass die Konsultationsdauer sich hierdurch nicht wesentlich verlängert (Patientenbeteiligung 2004).

Die Beziehung von Arzt und Patient ist - getragen vor allem durch ethisch-rechtliche, soziale und ökonomische Wandlungen - in Bewegung. Tradierte Beziehungsstrukturen zwischen Arzt und Patient weichen allmählich partnerschaftlichen und „kundenorientierten“ Modellen.

Mit der Stärkung der Patientenautonomie innerhalb der Arzt-Patient-Interaktion werden dem System der medizinischen Versorgung Impulse für mehr Effizienz und Qualität gegeben.

Zumindest kurzfristig ist eine bessere globale Lebensqualität bei allen Patienten zu erkennen, die in dem von ihnen gewünschten Umfang in die Therapieentscheidung einbezogen wurden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass im medizinischen Alltag auch die Übereinstimmung von angestrebter und gewünschter Patientenpartizipation ein Zielkriterium des Dialogs zwischen Arzt und Patient sein kann (Patientenbeteiligung 2004).

Die Fokussierung der Ressourcen der Patienten hat einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit der Patienten, ihr Identitätsgefühl, ihre Autonomieeinschätzung und steigert ihre Eigenbeteiligung im Heilungsprozess. Neben strukturellen Hinderungsfaktoren zeigen sich hingegen Gesprächsroutinen als hemmend.

Nach Antonowsky (1997) ist das salutogenetische Prinzip zentral für die Bewältigung von Belastungen. Das Konzept des Kohärenzgefühls ist hierbei von großer Bedeutung und besteht aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Sinnhaftigkeit, Ressourcenaktivierung und der Wunsch, Anforderungen und Herausforderungen zu meistern, stellen Schutzfaktoren dar, deren Mobilisierung zumindest bei der Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung eine bedeutsame Rolle spielt.

Das Verlangen der Patienten und ihrer Angehörigen, sich an medizinischen Entscheidungen zu beteiligen, ist jedoch abhängig von der Art der jeweiligen Erkrankung: Bei leichteren Erkrankungen wird eine gemeinschaftliche Entscheidungsfindung präferiert, bei schweren Erkrankungen eher die Entscheidung des Arztes gewünscht. Hinsichtlich der Entscheidungen gilt bei

psychischen Erkrankungen unterschiedlicher Art und Schwere eine aus vielen Faktoren zusammengesetzte Arzt-Patienten-Asymmetrie und ein oft komplexes Partizipationsbedürfnis. Insbesondere haben Patienten oder Eltern mit Persönlichkeitsstörungen erhebliche Probleme, andere über sich etwas wissen oder gar entscheiden zu lassen, während Patienten mit dependenten Strukturen dazu neigen, sich ängstlich zu unterwerfen oder im Sinne der erlernten Hilflosigkeit zu reagieren.

Dies bedeutet in der Praxis, besonders sorgfältig die Feinabstimmung zu planen, schon von der ersten Kontaktnahme an interaktionell abgestimmt wirksam zu werden und ein bedarfs- sowie bedürfnisorientiertes Angebot zu vermitteln. Auf der Basis geteilter Information soll es zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen, die zwischen dem informativen und dem paternalistischen Modell steht (Elwyn et al. 2001).

Die partizipative Entscheidungsfindung zeigt nachweisliche Effekte auf die Therapietreue (Compliance), auf den Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit (Howorka et al. 2000). Gerade bei der Initiierung längerfristiger übender, stabilisierender und psychotherapeutischer Prozesse kann der Patient als gleichberechtigter Partner im Entscheidungsprozess angesehen werden. Um diesen Status zu erreichen, braucht der Patient „Empowerment“. Die Begriffe Compliance, Empowerment und Shared Decision Making hängen also direkt zusammen und ermöglichen eine Erleichterung in den Alltagstransfer (Bultman & Svarstad, 2000). Während Compliance meint, die Mitarbeit des Patienten zu verbessern, d.h. den Patienten zur Therapietreue anzuhalten, bedeutet Empowerment, Patienten dazu zu bewegen, bei medizinischen Entscheidungen als gleichberechtigte Partner aktiv zu partizipieren. Empowerment ergänzt dadurch die traditionellen Ziele, wie die Compliance der Betroffenen mit der medizinischen Behandlung zu verbessern und ihre Fähigkeit zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung in Kooperation mit professioneller Hilfe zu stärken (Faller 2003, S. 353).

Besonders kompliziert erscheint die Situation, wenn Patienten mit niedrigem Bildungsstand und Einkommen, die weithin eher den paternalistischen Arzt bevorzugen (Kennerly & Bowling, 2001) durch die Art ihrer Störung (z.B. Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen) die angebotenen Unterstützungsformen verwerfen müssen und in eine erhebliche Widersprüchlichkeit hinein geraten. Hier bedarf es einer sukzessiven Bündnisbildung mit Priorisierung jeweiliger Akzeptanzplattformen.

Anhand der vier verschiedenen beschriebenen Modelle der Arzt-Patient-Beziehung von Emanuel & Emanuel (1992) erscheint es wichtig, für die jeweilige Klientel und die jeweilige Phase der therapeutischen Beziehung das an-

nehmbarste Modell aufzugreifen, um es perspektivisch weiter zu entwickeln. Polar zueinander sind das parernalistische und das informative Modell mit klarer Aufteilung von Aktivität und Passivität. Das interpretative Modell gibt dem Arzt die Möglichkeit, die Werte und Ziele des Patienten zu erfassen und den Patienten daraufhin zu beraten. Die Entscheidung für eine Therapie liegt jedoch letztendlich beim Patienten selbst. Darüber besteht natürlich die Gefahr, dass der Arzt die Wünsche des Patienten falsch interpretiert.

Beim deliberativen Modell entwickeln Arzt und Patient gemeinsam ihre Vorstellungen und Präferenzen, so dass die Gefahr von Missverständnissen minimiert wird. Dieses Modell entspricht am ehesten dem Ansatz des Empowerment, wobei der Patient befähigt wird, zwischen alternativen Werten und Zielen auszuwählen.

Spezielle Aspekte der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit sind häufig die Differenzen zwischen den Vorstellungen des Therapeuten und den eher begrenzten Wünschen von Patient und Familie. Folgende Zielebenen sind zu berücksichtigen: Symptomatik, subjektives Befinden, Leistungsfähigkeit (im weiteren Sinne das Funktionsniveau), überdauernde strukturelle Persönlichkeitsmerkmale und das Umfeld des Patienten.

Die Zielebenen werden von unterschiedlichen Personen gewählt: Symptome und Leistungsfähigkeit in der Regel von Angehörigen, das subjektive Befinden häufig, manchmal auch die Symptome von Betroffenen, die Persönlichkeit und das Umfeld häufig vom Therapeuten. Neben den Zielebenen muss bei relativ unabhängig voneinander bestehenden Symptomen oder bei Komorbidität außerdem die Reihenfolge festgelegt werden, in der bestimmte Symptome oder Störungen angegangen werden (Schmidt 1999). Die Therapieevaluation beim einzelnen Patienten stützt sich auf die Relation von erreichten zu erreichbaren Veränderungen. Sie ist abhängig von Diagnose, Schweregrad, Funktionsniveau, Persönlichkeit und Umfeld und bezieht sich auch auf diese Dimensionen. Subjektive Zufriedenheit auch innerhalb des Behandlungsprozesses sowie die Rückmeldungen von Fortschritten (Smart et al. 2003) spielen für den Behandelten und seine Familie hierbei eine ähnliche Rolle wie die durch die Behandlung erreichte Lebensqualität.

Zur Asymmetrie der Patientenbeziehung (Siegrist 2005) kommt neben der Expertenmacht die unterschiedliche Bedürftigkeit (Krankenrolle) und die ungleich gelagerte funktionale organisatorische Kompetenz (Steuerungsmacht). Interaktionell-kommunikativ weist die Bezeichnung Asymmetrie darauf hin, dass der Arzt als nicht nur kompetenter, sondern auch gesunder Beziehungspartner sich grundlegend vom Patienten unterscheidet, der sowohl Hilfe

suchend als auch hilfebedürftig ist und aufgrund dessen in seiner Entscheidungsfreiheit als unfrei gelten kann.

Nach Hohage (2000) bedarf es in der psychotherapeutischen Gesprächsführung verschiedener Einstellungen und Techniken beim Arzt, diese Getrenntheit zu lockern, um eine gemeinsame Ebene menschlicher Schwierigkeiten, Unzulänglichkeiten und deren Akzeptanz inkl. Fehlertoleranz einzubringen. Diese positive Wertschätzung oder Akzeptanz des Gegenübers ist neben der Echtheit (Selbstkongruenz), der Empathie (Einfühlungsvermögen) und der Transparenz (Durchschaubarkeit, Nachvollziehbarkeit) eine wesentliche Voraussetzung für den die Symmetrie anstrebenden Umgang zwischen Arzt und Patient, welcher auf geteilten Informationen und gleichberechtigter Entscheidungsfindung bezüglich Diagnose und Therapie basiert (Charles et al. 1999). Kritisch betrachtet sind jedoch auch Situationen denkbar, in denen ein im Sinne von parterneralistisch asymmetrisches Interaktionsmodell angebrachter sein kann, als ein symmetrisches, da unterschiedliche Merkmale seitens des Patienten und des Arztes sowie auch die gesamte medizinische Situation, in der die Beziehung eingebettet ist, auf die Interaktion selbst einwirken, so dass individuelle Gestaltungen gegenüber starren Standards bevorzugt werden sollten. Dies betrifft insbesondere schwierige Situationen, Überforderungen realer Art durch Akuität der Problematik und weitestgehende interaktionelle Lähmungen des familiären Systems oder des Einzelnen. Das Oszillieren zwischen Verantwortungsteilung und Verantwortungsübernahme erscheint insbesondere mit psychiatrischen Patienten oder auch Kindern psychisch kranker Eltern besonders schwierig, da hier die schweren Ambivalenzen des Betroffenen und dessen Angehörigen sich verstärken können und den Arzt tendenziell zum Gegenagieren bewegen können. Eine besondere Berücksichtigung der Beziehung zwischen Arzt und minderjährigen Patienten ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren deutlich herausgearbeitet worden (Warnke et al. 2008).

Wenn strukturelle Unveränderbarkeit bleibt, sich in der Arzt-Patient-Beziehung zwei ungleich bedürftige Menschen begegnen, von denen der weniger Bedürftige den Bedürftigeren zur Partnerschaft einlädt, so ist die einzig denkbare Brücke zur Überwindung der Ungleichheit, dass der Arzt den Patienten als Person wahrnimmt. In dem Person-Sein, das sich immer innerhalb von Beziehungen vollzieht, sind beide Menschen, ob Arzt oder Patient, gleichwertig und füreinander gleich bedeutsam. Den anderen als Person wahrzunehmen bedeutet auch, ihn nicht nur als individuelles Wesen, sondern sozial, familiär und beruflich eingebettet zu betrachten. Auch dieser Aspekt trifft auf

beide Beziehungspartner zu und weist auf ihre Abhängigkeit von den o.g. Rahmenbedingungen, in denen sie sich bewegen, hin. Darin ist sowohl der Arzt mit seinen Entscheidungs- und Entfaltungsspielräumen, wie auch der Patient nur relativ frei. Sind sich also sowohl der Arzt wie auch der Patient über ihre aktuelle besondere Wirklichkeit einschließlich deren Zwängen zum Zeitpunkt ihrer Begegnung bewusst, so könnte sich eine von gegenseitiger Anerkennung getragene Beziehung entwickeln.

In einer Veröffentlichung der WHO zum Thema Adhärenz wird jedoch darauf hingewiesen, dass eine Eingrenzung auf das schlichte Befolgen von medizinischen Instruktionen einer Definition der Adhärenz nicht gerecht wird. Die WHO schlägt daher folgende Definition vor: „Der Grad der Übereinstimmung zwischen dem Verhalten einer Person einerseits (Einnahme von Medikation, Einhalten einer Diät und/oder Veränderungen im Lebensstil) und den im Konsens mit einem Gesundheitsdienstleister vereinbarten Empfehlungen andererseits“ (Kern et al. 2008).

Da die Sichtweise vom ‚ungehorsamen‘ oder ‚widerständigen‘ Patienten vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Arbeiten zu diesem Thema somit als überholt gilt, ergibt sich ein Trend, den Begriff der Compliance – gerade bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen – durch den Begriff der Adhärenz oder Therapietreue zu ersetzen (Heesen et al. 2006).

Depressive Symptome scheinen über eine Vielzahl verschiedener Erkrankungen hinweg einen negativen Einfluss auf die Therapietreue auszuüben. Dabei zeigen sich depressive Patienten bei der medizinischen Behandlung dreimal häufig nonadhärent als Patienten ohne depressive Erkrankungen (zitiert nach Kern et al. 2008).

Aspekte der vorzeitigen Beendigung von Therapien, mit oder ohne Einbeziehung des Therapeuten incl. des Therapieabbruchs

Gerade sozioökonomische Aspekte sind neben den Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung und störungsspezifischer Variablen besonders wichtig. Mangelnde Bildung, problematische Lebensbedingungen und verringerte Verfügbarkeit von Versorgungseinrichtungen sind ebenso Risikofaktoren für die Adhärenz wie die Wirksamkeit des privaten Umfeldes und die positiv bzw. negativ erlebte Unterstützung (Kern et al. 2006).

Vorzeitige Beendigungen zählen zu den nicht optimalen Behandlungsverläufen, da sie meisten mit erniedrigten Effektivitätswerten und negativen Einstellungen zum Therapeuten oder der Therapie einhergehen. Sie erzeugen

außerdem der Volkswirtschaft hohe Kosten bei geringem Nutzen, so dass verstärkte Bemühungen um Verringerung der Abbruchquote notwendig sind. Gleichzeitig sind vorzeitige Beendigungen von Therapien jedoch nicht per se negativ zu bewerten. Häufig sind sie nur Kontaktunterbrechungen, Teil längerer Behandlungszyklen oder Phasen der Alltagsbewältigung ohne fremde Hilfe. Dies gilt es für den Bereich von Abhängigkeitserkrankungen, ambivalenten Bindungsmustern und bei kurzfristigen Entlastungen des Systems bzw. des Indexpatienten aufgrund günstiger Partialeinflüsse.

Kategoriale Entscheidungen zwischen verschiedenen Abbrüchen bieten sich an und verweisen auf unterschiedlich zu bewertendes Verhalten:

- Abbrüche im frühen, mittleren oder späten Therapiestadium
- Abbruch durch Fernbleiben mit oder ohne Rückmeldung oder aktive Auseinandersetzung.

So ist ein früher Abbruch in Therapien eher auf ungünstige Zuweisung zu einer Behandlungsinstitution oder Motivationsmangel zurückzuführen, während ein später Abbruch eher auf noch nicht veränderungsfähige Anteile im Patientenverhalten, auf Behandlungsfehler oder eine starke Interaktionsproblematik in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient hinweisen mag (Klein 2001).

Über Gruppentherapien ermittelten Baekeland & Lundwall (1975) eine Streubreite von Therapieabbrechern zwischen 33 % und 50 %. Natürlich schwanken dabei je nach Behandlungssetting, Störungsbild und Therapeutenkompetenz die Abbruchquoten erheblich.

Bei Kindertherapien ließ sich eine starke Korrelation zwischen ablehnender Haltung der Eltern gegenüber Therapie oder Therapeut oder erfolgtem Therapieabbruch des Kindes feststellen. Außerdem weisen Klienten mit Persönlichkeitsstörungen, psychopathologischem Profil oder vorhergehenden Therapieabbrüchen ein erhöhtes Abbruchrisiko auf (Stark 1992). Weiterhin fanden Baekeland & Lundwall bezüglich der Personenmerkmale eine stärkere Tendenz zum Therapieabbruch für adoleszente, hoch aggressive und sozial isolierte Patienten.

Bezüglich der Therapeutenmerkmale liegen kaum systematische Untersuchungen vor. Es wird jedoch oft angenommen, dass junge unerfahrene Therapeuten bei komplex gestörten Patienten höhere Abbruchquoten aufweisen. Nach neueren Überlegungen ergeben sich Hinweise auf mangelnde Passung, verringerte Einfühlungsfähigkeit beim Therapeuten, intransparente Thera-

pieaufklärung, nicht genügende Berücksichtigung von Ambivalenzen und Unklarheiten, wann eher autonomie- und wann eher heteronomieorientierte Interaktionsformen hilfreich sind.

In jedem Fall sollte das Angebot einer nachträglichen Klärung ebenso vorhanden sein, wie die Möglichkeit, ein neues Behandlungsbündnis zu erarbeiten. Wilson (1985) konnte zeigen, dass durch gezielte Vorbereitungen der Patienten auf die Therapie die Abbruchrate zu reduzieren und die regelmäßige Teilnahme zu fördern war. Besonders wirksam waren Interventionen, die dem Bereich des Modelllernens zuzurechnen sind, nämlich Aussagen und Vorgaben von Patienten, die schon in Therapie waren.

Auch eine grundsätzliche Erfolgserwartung und ein gesundes Maß an Optimismus seitens des Therapeuten wirken sich abbruchreduzierend aus.

Kanfer et al. (1990) betonen, dass gerade zu Therapiebeginn Patient und Therapeut ihre jeweiligen Rollen klar definieren und transparent machen müssen, um Abbruchkrisen zu vermeiden. Auf dieser Basis könne sich eine kooperative Arbeitsbeziehung entwickeln, die neben der problembezogenen Informationssammlung gerade die Selbstheilungs- und Steuerungskräfte des Patienten fördere.

Als weitere Strategien der Abbruchprävention sind zu nennen (Klein 2001):

1. Möglichst hohes Maß an Individualisierung der Therapie, gerade dann, wenn standardisierte oder manualisierte Basisanteile existieren
2. Zunächst nur eine begrenzte Zahl von Sitzungen bzw. einen überschaubaren Zeitraum vereinbaren, hierbei probatorische Sitzungen und entsprechende Probedeutungen bzw. Konfrontationen einbringen
3. Modifizierbares Setting mit Einzel-, Familien- und Elternsitzungen
4. Einsatz alltagsnaher übender Verfahren
5. Gründliche und Hypothesen geleitete Dokumentation und Rückmeldung des Therapieprozesses an den Patienten.

Es hat sich – insbesondere in der systemischen Beratung und Therapie – als hilfreich erwiesen, bereits im Erstgespräch nach Abbruch relevanten Situationen und Befürchtungen zu fragen und die Erfahrungen mit ggf. vorherigen Beratungen und Therapien ausführlich zu thematisieren. Auch sollte der Überweisungskontext gründlich exploriert werden, ob hier evtl. eine andere Person aus dem Umfeld des Patienten (latente) Aufträge erteilt hat, die eine Veränderung der Person erschweren oder gar einen baldigen Abbruch nahe legen.

Als direkte und handlungsgeleitete Konsequenzen für den Therapeuten lassen sich folgende ableiten (siehe Klein 2001): Es ist von zentraler Bedeutung im Behandlungsprozess für Transparenz, Überschaubarkeit und Selbstverpflichtung des Patienten zu sorgen.

Abbruchgefährdungen sollten frühzeitig angesprochen werden, um Abbruchkrisen bewältigen und verhindern zu können.

4. Methodik

In einer deskriptiven retrospektiven Übersicht aus zwei Phasen der Gemeinschaftspraxis soll die Adhärenz nach Erstkontakt ohne und mit Einsatz von spezifischem Shared Decision Making (SDM) überprüft werden und mit Variablen der Achsen I und V des MAK5 (Remschmidt et al. 1994) sowie dem Strukturniveau (Ermann 1997), das von Experten geratet wurde, korreliert werden. Weiterhin werden die Abbruchraten verschiedener Therapieformen mit dem Schwerpunkt der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie quantifiziert und analysiert, um die Bindung an die Therapie und deren Beendigungsart zu erfassen.

5. Beschreibung der Gemeinschaftspraxis und deren Arbeitskonzeptes

Die Gemeinschaftspraxis besteht seit Oktober 2000 als Erweiterung einer 1999 gegründeten Einzelpraxis gleicher Fachrichtung. In der Gemeinschaftspraxis arbeiten zwei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, eine Assistenzärztin, 4 festangestellte nichtärztliche Mitarbeiterinnen sowie 4 Honorarkräfte. Grundlage der gemeinsamen sozialpsychiatrischen/psychotherapeutischen Arbeit ist ein psychodynamisches Verständnis von Störungen, zu denen auch familientherapeutische Betrachtungsweisen und kognitiv behaviorale Behandlungsmodelle gehören. Heilpädagogische, musiktherapeutische und kunsttherapeutische Fördermöglichkeiten werden je nach Indikation eingesetzt, wobei jede Form der Behandlung der Kinder und deren Familien kinder- und jugendpsychiatrisch flankiert wird.

Triangulierte Interventionen zwischen nichtärztlichen Mitarbeitern, Familien und Kinderpsychiaterinnen begleiten jede Form der angebotenen Förderung und Psychotherapie, so dass ein Oszillieren zwischen Dualität und Pluralität die Entwicklungsprozesse der Kinder und ihrer Familie begleitet. Die von den

Patienten dadurch erlebte Kooperation zwischen verschiedenen Berufsgruppen ist bereits ein Modell für offene und prozessorientierte Kommunikation, die die Lösung von real während der Behandlung entstandenen Konflikten einschließt.

Teamsitzungen mit regelmäßigen internen Fortbildungen, Fallbesprechungen und Intervision begleiten die alltägliche Arbeit, während die externe Supervision durch einen tiefenpsychologisch orientierten Kinderpsychiater und -psychotherapeuten einmal monatlich die inhaltliche Vertiefung und die diagnostische Überprüfung von einzelnen Fällen ermöglicht.

Die intensive Vernetzung mit Lehrern, Mitarbeitern der Jugendämter, Ergotherapeuten, Kinderärzten, niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und sonstigen Helfern rundet die sozialpsychiatrische Arbeit mit den Kindern und ihren Familien ab, so dass vielfältige Arbeits-, Prozess- und Beziehungsebenen parallel in Bewegung gesetzt werden, wodurch lebendige und durch mehrere Bezugspersonen des Kindes getragene Entwicklungen entstehen können. Destruktive sowie konfliktgeladene Prozesse können erkannt, offen angesprochen und gemeinsam ausgetragen werden. In Fällen, wo dies nicht gelingt, kommt es dann durchaus zu Behandlungsabbrüchen oder zumindest zu frühzeitig beendeten Behandlungen nach gemeinsamer Absprache.

6. Beschreibung der Stichprobe

Praxisrelevante Zugangswege zur Diagnostik und Therapie

Die Kinder und Jugendlichen werden in der Regel auf Wunsch der eigenen Eltern vorgestellt, wobei der Entschluss der Eltern durch Gespräche mit Lehrern, Kinderärzten, Ergotherapeuten, Mitarbeitern von Beratungsstellen, Freunden und Nachbarn sowie gelegentlich nach Kontaktaufnahme zum Jugendamt gefasst wird. Kommt die Anregung von Kinderärzten oder Allgemeinmediziner, so sind die Kinder entweder bereits vorbehandelt oder die kollegiale fachärztliche Konsultation wird vor Einleitung einer Behandlung gewünscht.

Die Vernetzung der fachärztlichen mit der hausärztlichen Tätigkeit erfolgt regelmäßig über telefonische Absprachen und Arztberichte, außer wenn die Eltern der Kinder dies ausdrücklich nicht wünschen. Die Kooperation mit nichtärztlichen Helfern wird ebenfalls sehr intensiv gepflegt, hierbei nehmen

die Kinderpsychiaterinnen in der Regel eine koordinative bzw. eine Containerfunktion im Helfersystem ein. Voraussetzung für die o. g. Kooperation ist die Entbindung aus der ärztlichen Schweigepflicht durch die Eltern bzw. durch die jungen erwachsenen Patienten, die dadurch einen wichtigen Schritt im Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zulassen.

Die jungen Patienten, die letztendlich in unserer Praxis längerfristig behandelt werden, haben ausnahmslos eine diagnostische Phase in der Praxis durchlaufen und eine längere Zeit auf der Warteliste auf einen Therapieplatz jeglicher Art gewartet. Im Regelfall weisen die Patienten, die in der sozialpsychiatrischen Praxis behandelt werden, komplexere Störungsbilder, geringere Ressourcen und stärker belastete familiäre Hintergründe auf als diejenigen, die z.B. an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verwiesen werden, da das sozialpsychiatrische Behandlungskonzept mit seinen klinikähnlichen Arbeitsmöglichkeiten für die Behandlung komplexer Störungsbilder geeigneter erscheint.

Zuerst wurden 198 Patienten (69 weiblich, 129 männlich.), die in unserer Praxis behandelt wurden, katamnestisch untersucht. Die Behandlungen umfassten mindestens 10 Sitzungen. Die Patienten wurden im Zeitraum 2005 bis Mitte 2008 behandelt.

Diagnostisch handelte es sich bei den jungen Patienten um eine recht heterogene Gruppe, die folgende Zusammensetzung aufwies, wobei auf einen Patienten in der Regel mehrere *Diagnosen* zutrafen:

- a) F82/F83 Umschriebene und kombinierte Teilleistungsstörungen (32 Patienten)
- b) F90.1/ F90.0 Aufmerksamkeitsstörungen mit oder ohne Störungen des Sozialverhaltens (38 Patienten)
- c) F43.2 Anpassungsstörungen (58 Patienten)
- d) F43.1 Posttraumatische Belastungsstörungen (15 Patienten)
- e) F93 Emotionale Störungen mit Trennungs- und Verlustangst sowie Phobien und soziale Ängstlichkeit (41 Patienten)
- f) F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und Emotionen (54 Patienten)
- g) F 98.0/F 98.1 Einnässen bzw. Einkoten (9 Patienten)
- h) F94.1/F94.2 Bindungsstörungen mit oder ohne Enthemmung (24 Patienten)
- i) F41/F 42 Zwangs- bzw. Angststörungen (11 Patienten)
- j) F50.0 Essstörungen (2 Patienten)

- k) F91.0 Störungen des Sozialverhaltens (7 Patienten)
- l) F45.0 Somatoforme Störungen (2 Patienten)
- m) F60.0 Persönlichkeitsstörungen (8 Patienten)

Die *Altersverteilung* der Kinder und Jugendlichen, die in die Stichproben aufgenommen wurden, streute zwischen 4 und 20 Jahren.

Die Patienten wurden aufgrund des *Strukturlevels* der Persönlichkeitsentwicklung in 3 Hauptgruppen unterteilt (Ermann 1997):

- 1) Frühe Störung mit niedrigem Strukturniveau, auch als Borderline-Niveau zu bezeichnen
- 2) Mittelgradige bis schwere Störung auf mittlerem Strukturniveau, als narzisstisch-depressive Störung zu bezeichnen
- 3) Geringgradige Störung auf höherem Strukturniveau, auch als neurotische Störung zu bezeichnen

Die aktuellen *psychosozialen Lebensumstände* entsprechend der Achse V nach MAKs (multiaxiales Klassifikationsschema nach Remschmidt) wurden in drei Untergruppen festgehalten:

- 1) geringer familiärer Belastungshintergrund
- 2) mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund
- 3) schwerer familiärer Belastungshintergrund

Verschiedene *Therapiemethoden* wurden entsprechend der vorliegenden Indikation angewandt:

1. Einzelpsychotherapie
2. Gruppenbehandlung als Psychotherapie, Kunsttherapie, Heilpädagogik oder Kompetenztraining
3. Einzelheilpädagogische Behandlung
4. Einzelkunsttherapeutische Behandlung
5. Familientherapie

Alle Behandlungsmethoden wurden zusätzlich kinder- und jugendpsychiatrisch durch zwei Kontakte pro Quartal zum Patienten und ihren Bezugspersonen begleitet. Die jeweiligen Einzel- bzw. Gruppentherapeuten der Patienten nahmen in der Regel an diesen Gesprächen teil.

Eine psychopharmakologische Mitbehandlung der Patienten war bei 49 Patienten (24,7 % der Gesamtstichprobe) indiziert, bei 37 Patienten (18,6% der Gesamtstichprobe) wurde die Medikation nur vorübergehend, d.h. kürzer als 6 Monate, bei 12 Patienten (6 % der Gesamtstichprobe) dauerhaft, d.h. länger als 6 Monate verschrieben.

Für die 2. *Stichprobe* wurde retrospektiv die Behandlungskontinuität nach der Erstvorstellung der Patienten in unserer Praxis untersucht.

Der erste Kontakt dient der Erhebung der Anamnese sowie des psychopathologischen Befundes, der Beschreibung der Symptomatik mit Bildung differenzialdiagnostischer und psychodynamischer Hypothesen, sowie der Planung des weiteren Prozedere. In den meisten Fällen folgt eine diagnostische testpsychologisch unterstützte Phase über in der Regel zwei bis max. fünf Termine.

Ist das im Erstkontakt entstandene Arbeitsbündnis tragfähig, werden alle geplanten Termine wahrgenommen. Durch ein Auswertungsgespräch mit den Bezugspersonen wird die diagnostische Phase abgeschlossen, eine gemeinsame Vereinbarung bzgl. der weiteren Behandlungsnotwendigkeit und deren Umsetzungsmöglichkeiten wird zu Ende des Auswertungsgespräches getroffen.

Zwischen 2005 und Mitte 2008 wurden 720 neue Patienten vorgestellt. Der Erstkontakt wurde im Sinne der intensiven Partizipation der Patienten und deren Eltern gestaltet, wobei die Partizipation der Kinder und Jugendlichen altersentsprechend adaptiert wurde.

Weitere 720 neue Patienten aus den Jahren 2001 bis 2003 bilden die Kontrollgruppe, da in diesen Jahren das Prinzip der Partizipation im Sinne des Shared Decision Making noch nicht konsequent angewandt wurde, d.h. dass weniger differenziert die Hypothesen, Vorstellungen und Ressourcen der Eltern, Kinder und Jugendlichen in die konkrete Planung mit einbezogen wurden.

Speziell wurde ab 2005 intensiver untersucht, welche eigene Erklärungsmodelle die Patienten und ihre Eltern bzgl. der von ihnen beschriebenen Symptomatik mitbrachten, einschließlich deren Behandlungsvorstellungen und Vorerfahrungen mit vorausgegangen Helfern bzw. Kollegen.

7. Vorliegende Ergebnisse

Ergebnisse der 1. Stichprobe (198 Patienten):

Gruppenpsychotherapie des Jugendalters

(Patientenalter 16 bis 21 Jahre, halboffene Gruppe):

Leitung:	zwei Gruppenpsychotherapeuten,
Angewandte Methode:	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Anzahl:	4 bis 8 Patienten beider Geschlechter
Abbrüche:	5 (24 %)

Gruppenpsychotherapie des Jugendalters

(Patientenalter 13 – 15 Jahre, halboffene Gruppe):

Leitung:	zwei Gruppenpsychotherapeuten
Angewandte Methode:	Verhaltenstherapie
Anzahl:	15 Patienten: 6 Mädchen, 9 Jungen
Abbrüche:	3 (20%)

Analyse der 3 Therapieabbrüche:

- 1. Patient:** Migrationshintergrund, Diagnose F93.2, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 2. Patient:** Diagnosen F92.8, F81.9, vormals stationär behandelt, niedriges Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 3. Patient:** Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, Diagnose F60.3, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Mädchengruppe (Training der sozialen Kompetenzen):

Leitung:	eine Psychotherapeutin
Angewandte Methode:	Verhaltenstherapie
Anzahl:	3 Patientinnen: Diagnosen F 90.1 F 91.1
Abbrüche:	1 (33%)

Analyse des Therapieabbruchs:

Patientin mit Gewalterfahrung in der Familie, Diagnose F43.1, F90.1, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Aufmerksamkeitstraining:

Leitung: ein Psychotherapeut
Angewandte Methode: Verhaltenstherapie
Anzahl: 3 Patienten: Diagnose F 90.0
Abbrüche: keine (0%)

Aufmerksamkeitstraining:

Leitung: ein Psychotherapeut
Angewandte Methode: Verhaltenstherapie
Anzahl: 4 Patienten: Diagnosen F 90.0, F 90.1, F 92.0
Abbrüche: 1 (25 %)

Analyse des Therapieabbruchs:

Diagnose F90.1, F92.0, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund, die begleitende Psychopharmakotherapie wurde ebenfalls abgebrochen.

Heilpädagogische Gruppe (Märchen- und Malgruppe):

Leitung: eine Heilpädagogin
Anzahl: 2 Patientinnen: Diagnose F93.2
Abbrüche: keine (0%)

Heilpädagogische Kleingruppe:

Leitung: eine Heilpädagogin
Anzahl: 2 Patientinnen, Diagnosen F83, F43.2
Abbrüche: keine (0 %)

Psychotherapeutische Kleingruppe:

Leitung: ein Psychotherapeut
Angewandte Methode: tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Anzahl: 3 Patienten: Diagnosen F94.1, F92.0, F90.1
Abbrüche: keine (0 %)

1 frühzeitige Beendigung in Absprache:

Patient aus dem Jugendhilfereich, Diagnose F94.1, niedriges Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund

Psychotherapeutische Mädchengruppe:

Leitung:	eine Psychotherapeutin, eine Heilpädagogin
Angewandte Methode:	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
Anzahl:	10 Patientinnen, unterschiedliche Diagnosen
Abbrüche:	2 (20 %)

Analyse der abbrechenden Patientinnen:

Beide Patientinnen: im Rahmen der Jugendhilfe untergebracht, F60.3, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
Eine frühzeitige Beendigung in Absprache: Patientin gab an, dass das Problem bereits bewältigt sei, Übereinstimmung der Bezugsperson (F43.2).

Kunsttherapiegruppen:

Leitung:	eine Heilpädagogin und Kunsttherapeutin
Anzahl:	3 – 4 Kinder pro Gruppe mit unterschiedlichen Diagnosen, in der Regel mit mindestens einer Teilleistungsstörung
Abbrüche:	keine (0%)

Familientherapie ohne begleitende Einzeltherapie:

Leitung:	eine systemisch ausgebildete Familientherapeutin
Anzahl:	18 Familien, Patienten mit verschiedenen Diagnosen
Abbrüche:	2 (11,1 %)
Frühzeitige Beendigungen:	3 (21,4%)

Analyse der abbrechenden Patienten:

- 1. Patient:** F92.0, Jugendlicher, interkultureller Hintergrund, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 2. Patient:** F92.8, F43.2, Jugendlicher, mehrere Vorbehandlungen, einschließlich stationärerer Behandlung und Psychopharmakotherapie, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Analyse der frühzeitigen Beendigungen:

- 1. Patient:** F45.0, F43.2, F94.0, mehrere abgebrochene Vorbehandlungen, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 2. Patient:** Jugendliche, F43.2, plötzliche Fremdunterbringung während der Behandlung, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.

3. Patient: F43.1, Suizidversuch des Vaters während der Behandlung, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Heilpädagogische Einzelbehandlung:

Anzahl: 32
Abbrüche: 2 (6,2%)

Analyse der abbrechenden Patienten:

1. Patient: F83, Migrationshintergrund, hohes Strukturniveau, geringer familiärer Belastungshintergrund, eine andere Förderungsmöglichkeit wurde von den Eltern präferiert.

2. Patient: F93.0, Migrationshintergrund, Jugendlicher, niedriges Strukturniveau, schwerer familiärer Belastungshintergrund, der Jugendliche konnte den Weg aufgrund von mehrfachen Phobien nicht alleine bewältigen, der Kontakt zur Praxis wurde sporadisch beibehalten.

Einzelkunsttherapeutische Behandlung:

Anzahl: 8
Abbrüche: keine (0%)
Frühzeitige Beendigungen in Absprache: 3 (37,5)

Analyse der frühzeitigen Beendigungen:

1. Patient: F43.1, F60.3, Jugendliche, Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund

2. Patient: F50.2, F94.1, Jugendliche, Adoptivkind, niedriges Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.

3. Patient: F60.4, Jugendliche, Fremdunterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Einzelpsychotherapie:

Angewandte Methode: tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie
Anzahl: 98
Abbrüche: 11 (11,2)
Frühzeitige Beendigung im Einverständnis: 4 (2%)

Analyse der abbrechenden Patienten:

- 1. Patient:** F43.2, F93.2, Jugendliche, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 2. Patient:** F60.8, Jugendliche, Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung, niedriges Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 3. Patient:** F94.1, Kind psychisch kranker Mutter, mittleres Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 4. Patient:** F43.1, Jugendliche, Fremdunterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, Nachbehandlung nach stationärer Behandlung, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund, der Kontakt zur Praxis wurde nach einigen Monaten wieder aufgenommen.
- 5. Patient:** F90.1, F43.2, Kind mit somatischer angeborener Erkrankung, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 6. Patient:** F92.0, F90.1, Jugendliche, komplette Familie mit hoher Kohäsion, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 7. Patient:** F50.0, Jugendlicher, Nachbehandlung nach stationärer Behandlung, komplette Familie, niedriges Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 8. Patient:** F94.1, Kind im verwahrlosten Umfeld, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 9. Patient:** F94.1, F43.1, Kind eines gewalttätigen Vaters und psychisch kranker Mutter, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 10. Patient:** F90.1, F92.8, Kind psychisch kranker Mutter, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund, Eltern entscheiden sich für eine reine psychopharmakologische Behandlung ohne begleitende Psychotherapie
- 11. Patient:** F91.2, Jugendlicher, Unterbringung im Rahmen der Jugendhilfe, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

Analyse der frühzeitigen Beendigungen:

- 1. Patient:** F43.2; Jugendlicher, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund.
- 2. Patient:** F43.2, Kind mit hoher Kohäsion zur Mutter mit Ablehnung des getrennt lebenden Vaters, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

3. Patient: F43.2, Kind hochstrittiger Eltern, niedriges Strukturniveau, sehr schwerer familiärer Belastungshintergrund.

4. Patient: F93.0, verweigerndes Kind, erzieherisch inkonsistente Eltern, mittleres Strukturniveau, mittelschwerer familiärer Belastungshintergrund

Psychopharmakologische Behandlung:

Die Gabe von Psychopharmaka erfolgte stets parallel zu einer anderen Behandlungsform.

Vorübergehende Medikamentengabe

(kürzer als 6 Monate): 37 Patienten, davon 7 bereits vom Kinderarzt vorbehandelt.

Dauerhafte Medikamentengabe

(länger als 6 Monate): 12 Patienten.

Gesamte Patientenzahl: 49 (24,7 % der Gesamtstichprobe)

Abbrüche: 6 (12,2 % der Gesamtstichprobe)

Analyse der Abbrüche:

- Das Medikament wurde aufgrund von zu belastenden Nebenwirkungen abgesetzt (3 Patienten)
- Das Medikament wurde aufgrund von zu geringer Wirkung abgesetzt (1 Patient)
- Das Medikament wurde aufgrund zu geringer Einnahmemotivation seitens des Patienten abgesetzt (2 Patienten, beide Jugendliche)

Gesamtzahl der im Einzelsetting oder im familientherapeutischen Setting behandelten Patienten: 156

Gesamtzahl der Abbrüche: 15 (9,6%)

Gesamtzahl der gruppentherapeutisch behandelten Patienten: 45

Gesamtzahl der Abbrüche: 7 (15,5%)

Bei einer Gesamtstichprobe von 198 Patienten wurden 22 Behandlungen abgebrochen, das ergab eine Gesamtabbruchsquote von 11,1 %.

Von den 22 abrechnenden Patienten waren 14 Jugendliche (7% der Gesamtstichprobe) und 8 Kinder (4 % der Gesamtstichprobe).

Die Zahl der gesamten frühzeitigen Beendigungen lag bei 11 Patienten, davon waren 7 Jugendliche (3,5 % der Gesamtstichprobe) und 4 Kinder (2 % der Gesamtstichprobe).

Analyse der Schwere des familiären Belastungshintergrunds (Achse V des MAKS nach Remschmidt) bei den abbrechenden Patienten:

1. Mäßige Belastungen bei einem Patienten (0,5 % der Gesamtstichprobe)
2. Mittelschwere Belastung bei 6 Patienten (3,0 % der Gesamtstichprobe)
3. Sehr schwere Belastung bei 15 Patienten (7,5 % der Gesamtstichprobe und 68,1 % der Gesamtabbrüche)

Analyse des Strukturniveaus bei den Therapieabbrüchen:

4. Hohes Strukturniveau bei einem Patienten (0,5% der Gesamtstichprobe)
5. Mittleres Strukturniveau bei 4 Patienten (2 % der Gesamtstichprobe)
6. Niedriges Strukturniveau bei 17 Patienten (8,5 % der Gesamtstichprobe und 77,2 % der Therapieabbrüche)

Analyse des Strukturniveaus bei abgeschlossenen Behandlungen:

1. Hohes Strukturniveau bei 40 Patienten (20,2 % der Gesamtstichprobe)
2. Mittleres Strukturniveau bei 84 Patienten (42,4 % der Gesamtstichprobe)
3. Niedriges Strukturniveau bei 74 Patienten (37,3 % der Gesamtstichprobe)

Analyse der psychopharmakologischen Behandlung im Verhältnis zu dem Strukturniveau:

1. Hohes Strukturniveau: 2 Patienten (5%)
2. Mittleres Strukturniveau: 29 Patienten (34,5%)
3. Niedriges Strukturniveau: 18 Patienten (24,3%)

Analyse der Therapieabbrüche bei Migrationshintergrund:

Gesamtpatientenzahl

mit Migrationshintergrund: 26 (13,1% der Gesamtstichprobe)

Anzahl der Abbrüche bei Patienten

mit Migrationshintergrund: 4 (dies entspricht 15,3 % aller Patienten mit Migrationshintergrund und 2 % der Gesamtstichprobe)

Gesamtpatientenzahl

ohne Migrationshintergrund: 172 (86,8% der Gesamtstichprobe)

Anzahl der Abbrüche bei Patienten

Ohne Migrationshintergrund: 18, dies entspricht 10,4 % der Anzahl aller Patienten ohne Migrationshintergrund und 9 % der Gesamtstichprobe.

Analyse der Therapieabbrüche bei Mädchen bzw. Jungen:

8 Mädchen (4% der Gesamtstichprobe, 36,3% der Gesamtabbrüche und 11,5% der behandelten Mädchen)

14 Jungen (7% der Gesamtstichprobe, 63,6% der Gesamtabbrüche und 10,8% der behandelten Jungen).

An dieser Stelle sei erwähnt, dass eine eigene Studie („Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inklusive seiner Unterformen sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis“ 2005) bei 93 in derselben Praxis behandelten Patienten eine Abbruchquote von 20,4 % (19 Patienten) ergab, so dass möglicherweise durch die Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung und Kommunikation eine weitere Verbesserung der Adhärenz um 9,3% erzielt werden konnte.

Untersuchung der 2. Stichprobe:

Von 720 Patienten, die zum Erstkontakt zwischen 2005 und Mitte 2008 in unserer Praxis vorgestellt wurden, brachen 27 Patienten (3,7 %) die Behandlung ab. In der Vergleichsgruppe (2001 bis 2003) folgten auf 720 Erstkontakte 179 Abbrüche (24,8 %). Die Anzahl der Abbrüche bezieht sich auf die Patienten, mit denen am Ende des Erstkontaktes eine weiterführende Diagnostik und auch entsprechende Termine vereinbart wurden, die jedoch nicht wahrgenommen wurden.

Auf telefonischer Nachfrage (80% der Patienten/Familien wurden erreicht) benannten die Patienten bzw. die Eltern dafür folgende Gründe:

1. Die Diagnostik wurde lieber in Wohnortnähe durchgeführt.
2. Die weitere diagnostische Abklärung wurde nach Verlassen der Praxis doch abgelehnt.
3. Umzug des Kindes
4. Nach dem Erstkontakt relativierte sich das Problem des Kindes soweit, dass keine weitere diagnostische Klärung erwünscht wurde.
5. Fehlende Motivation bei Jugendlichen.
6. Aufsuchen eines Erwachsenenpsychotherapeuten statt eines Kinder- und Jugendlichenpsychiaters bei Jugendlichen
7. Stationäre Aufnahme aufgrund der Eskalation der Symptomatik
8. Es wurden keine Gründe angegeben

Bei 30 % der Erstvorstellungen wurden mit den Eltern oder mit dem Jugendlichen selbst keine weiteren Termine vereinbart, da entweder ausreichende

Klärung während des Erstgesprächs erreicht werden konnte oder weil eine Überprüfungszeit bzgl. der Entwicklung der Symptomatik abgewartet werden sollte oder weil die Wiederaufnahme des Kontaktes zu einer früheren Behandlungsstätte empfohlen bzw. bevorzugt wurde.

8. Diskussion

Hinsichtlich der Adhärenz kann gesagt werden, dass bestimmte Risikogruppen identifiziert werden können:

1. Jugendliche Patienten, soweit sie ein niedriges Strukturniveau und einen schweren familiären Belastungshintergrund aufweisen und aus diesem Grunde in der Jugendhilfe betreut werden (s. a. Stark 1992).
2. Gruppentherapien werden nicht von allen Patienten in gleicher Weise akzeptiert, da sie nicht spezifisch genug auf Bedürfnisse bestimmter Risikogruppen (mehrfach belastete Patienten mit geringer sozialer Unterstützung z.B. hinsichtlich Verlässlichkeit) eingehen können (s. a. Baekeland & Lundwall 1975, Klein 2001).
3. Familientherapeutische Arbeit wird in dem Maß gut angenommen, als sich die Familien mit ihren Fragen und Klärungswünschen genügend wiederfinden und die durch die Therapie gegebene Belastung mehr unterstützend als kränkend angesehen wird (s. a. Mattejat 2006).
4. Heilpädagogik und kunsttherapeutische Behandlung werden besonders gut aufgenommen, weil hier Unterstützung und Förderung in besonderem Maß konkret spürbar und sichtbar gemacht werden kann und entsprechende Rückmeldungen während des Therapieprozesses seitens der Kinder und Behandler gegeben werden können (s. a. Smart et al. 2003, Schmidt 1999).
5. Einzelspsychotherapeutische Behandlungen bedürfen bei erhöhter Ambivalenz gezielte Vorbereitung der Patienten (s. a. Wilson 1985), brauchen gerade in der Anfangsphase eine hilfreiche und wohlwollende Problembewertung (s. a. Hohage 2000) und verlangen vom Behandler insbesondere bei adoleszenten Patienten Commitment- und Validierungsstrategien (s. a. Fleischhaker et al. 2006).
6. Kinder aus hochstrittigen Familien inklusive Nachscheidungskonflikten und in kritischen Ablösungsprozessen befindliche Jugendliche bedürfen im besonderen Maße eines shared decision making, um ihren Loyalitäts-

- druck zugunsten eines spürbaren Nutzens der Behandlung für sich selbst reduzieren zu können (Warnke et al. 2008).
7. Durch den Arzt eingeleitete Unterbrechungen einer fortlaufenden Behandlung aufgrund Einweisung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik kamen bei der untersuchten Stichprobe (198 Patienten) 4mal vor, drei Patienten wurden anschließend in der Praxis weiterbehandelt, ein Patient wurde in eine ortsferne Jugendhilfeeinrichtung entlassen (s. a. Klein 2001).
 8. Das Abbruchrisiko im Kindesalter wird wesentlich durch das Ausmaß der Mitarbeit der Eltern bestimmt, so spielen psychosoziale Faktoren (z.B. psychisch besonders depressiv erkrankte Eltern oder perspektiv- und hoffnungslose Eltern oder noch finanziell stark benachteiligte Eltern) eine große Rolle (s. a. Kern 2008).

Die eingangs formulierte Fragestellung kann anhand der vorliegenden Ergebnisse so beantwortet werden:

Eine methodisch intensivierete, partizipative Arzt-Patient-Kommunikation führt zu einer Konsolidierung des Arzt-Patienten-Bündnisses und somit zur Reduktion von Therapieabbrüchen sowohl bei längerfristigen Therapien wie auch nach Erstkontakten. Die partizipative Entscheidungsfindung muss innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berücksichtigen, dass die Zielebenen von verschiedenen Personen gewählt werden, die zum näheren Lebensumfeld des jungen Patienten gehören, weshalb die Störungsanfälligkeit von Behandlungen besonders hoch ist. System- und personenbezogene Interventionen müssen in jedem spezifischen Fall individuell aufeinander bestimmt werden, um ein höchstmögliches Maß an Adhäsion zu erzielen (s. a. Wildermuth 2008). Die Überwindung der Arzt-Patient-Beziehungsasymmetrie durch Wahrnehmung des Patienten als familiär-sozial und kulturell eingebettete Person lässt Vertrauen entstehen, dass der Arzt ein umfassendes Interesse am Wohlergehen des Patienten entwickelt und daraus seine Interventionen gestaltet statt seine Arbeit nur an vorübergehende Symptombeseitigung und Erledigung eigener Pflichten zu orientieren.

Das umfassende Interesse am Patienten konkretisiert sich sowohl im Umgang mit basalen praxisbezogenen Strukturen (z.B. Terminvergabe, Telefonate, Berichterstattung etc.) als auch in tiefer greifenden kommunikativen Techniken, die dem jeweiligen Patienten und seiner Störung angepasst werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einbeziehung des Patienten als ganze Person in die Entscheidungsfindung und jeweilige Therapieplanung und -gestaltung zu einer erlebbaren Gegenseitigkeit der Arzt-Patient-Beziehung führt, in der

Form, dass der Patient seinerseits Verantwortlichkeit, Zuverlässigkeit und vor allem Offenheit sich selbst und dem Arzt gegenüber entwickelt, sodass auch Krisen, Zweifel, Misstrauen und Enttäuschungen ausgesprochen werden und statt zu Abbrüchen zu konstruktiven therapeutischen Auseinandersetzungen führen.

9. Ausblick

Auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sind weder paternalistische noch libertinäere, den kranken Menschen und seinen wichtigsten Bezugspersonen als scheinbar souveränen Kunden das Wort redende Ansätze zeitgemäß, es bedarf grundlegender Überprüfungen bezüglich tatsächlicher aktiver Teilhabe.

Die Einbeziehung der Betroffenen in dem für sie möglichen Umfang ist bei der Indikationsstellung und der sorgfältigen Auslotung der Behandlungsvoraussetzungen unbedingt erforderlich. Hierdurch werden nicht nur Behandlungsabbrüche vermieden, sondern auch annehmbare und gleichzeitig bedarfsorientierte individuell angepasste Therapieprozesse ermöglicht.

Ein von einseitigen Interessevertretern wie der pharmazeutischen Industrie unabhängiges Vorgehen erscheint vonnöten. Sehr weitgehend erscheint deren Einfluss, reichend von zunehmendem Einfluss auf die Forschung bis hin zu psychoedukativ aufgemachten verdeckt interessengeleiteten Informationsbroschüren. Diese sind z.B. bei dem Störungsbild ADHS sehr verführerisch im Sinne der Kundenbindung, erfüllen jedoch in keiner Weise die Kriterien partizipativer Entwicklung eines interessenunabhängigen und tragfähigen Arbeitsbündnisses (Wildermuth 2008). Therapietreue ist ein zu hohes Gut, als dass es mit verdeckten Produktwerbungen vermischt werden sollte.

„Vier Hauptkomponenten spielen eine Rolle, wenn es um den möglichen Einfluss von ärztlichem Verhalten auf die Therapietreue von Patienten geht: Mitgefühl, Kommunikation, Aktivierung der Patientenselbstmotivation und geteilte Verantwortlichkeit mit dem Patienten. Eine innere Einstellung des Bemühens verbunden mit Hoffnung und dem Interesse am zukünftigen Wohlergehen des Patienten, nehmen Einfluss auf die Therapietreue“ (Coleman 1985).

10. Literatur

- Antonovsky, A.* (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt
- Baekeland, F., Lundwall, L.* (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin* 82, 738-783
- Bermejo, I., Friedrich, C., Herter, M.* (2008) Ambulante psychotherapeutische Versorgung depressiver Patienten. *Psychotherapeut* 53: 260-267
- Bultman, D.C., Svarstad, B.L.* (2000). Effects of physician communication style on client medications beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education & Counseling* 40 (2) 173-185
- Charles, C., Whelan, T., Gafni, A.* (1999) What do you mean by partnership in making decisions about treatment. *BMJ* 1999; 319: 780-782
- Coleman, V.R.* (1985) Physician behaviour and compliance. *J. Hypertens Suppl.* 3: 569-571
- Döpfner, M.* (2006) Therapieforschung – Methoden und Ergebnisse. In: Mattejet, F. (Hrsg.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.* München, CIP- Medien.
- Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hibbs, R., Wilkinson, C., Grol, R.* (2001) Shared- Decision-Making observed in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 7, 211-221
- Emanuel, E.J., Emanuel, L.L.* (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267: 2221-2226
- Ermann, M.* (1997) *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin.* Stuttgart: Kohlhammer
- Faller, H.* (2003a) Empowerment als Ziel der Patientenschulung. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 64: 353-359
- Faller, H.* (2003b): Shared-Decision-Making: Ein Ansatz zur Stärkung der Partizipation des Patienten in der Rehabilitation. *Rehabilitation* 42: 129-135
- Fleischhaker, C., Böhme, R. und Schulz, E.* (2006) Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente. In: Mattejet, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kinder, Jugendlichen und ihren Familien.* München: CIP- Medien
- Hamann, J., Winkler, V., Kissling, W.* (2004) Shared-Decision-Making in der Akutpsychiatrie. Erste Ergebnisse einer Studie im Rahmen der Schizophreniebehandlung.
- Häfner, S. (Hrsg.) (2006), *Die Balintgruppe.* Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Gaebel, W., Niebling, W., Berger, M.* (2003) Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 97, Supplement IV, 9-15
- Heesen, C., Berger, B., Hamann, J., Kasper, J.* (2006) Empowerment, Adhärenz, Evidenzbasierte Patienteninformation und partizipative Entscheidungsfindung bei MSMS - Schlagworte oder Wegweiser? *Neurol. Rehabil.* 12 (4): 233-238
- Hohage, R.* (2000) *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis.* 3. Aufl. Stuttgart: Schatthauer
- Howorka, K.J., Pumprla, J., Wagner-Nosiska, D., Grillmayer, H., Schlusche, C., Schabmann, A.* (2000) Empowering diabetes out-patients with structured education: Short-term and long-

- term effects of functional insulin treatment on perceived control over diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 48 (1): 37-44
- Kazdin, A.E. (2000) *Psychotherapy for children and adolescents: directions for research and practice*. Oxford University press New York
- Kern, S., Reichmann, H., Ziemssen, T. (2008) Therapieadhärenz in der neurologischen Praxis. *Nervenarzt* 79: 877-890
- Klein, M. (2001) Der Abbruch der Beratung. In: Brinkmann-Göbel, R. (Hrsg.) *Handbuch der Gesundheitsberater*. Huber: Bern.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (1990) *Selbstmanagement – Therapie*, Springer, Berlin.
- Kordy, H. (2008) Psychosoziale Versorgungsforschung. *Psychotherapeut* 53: 245-253
- Mattejat, F., Quaschner, K. (2006): Problemanalyse, Fallkonzeptualisierung und Therapieplanung. In: Mattejat, F. (Hg.) *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. München, CIP-Medien.
- Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen*. Zweite Tagung des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozessen“, 2004.
- Remschmidt, H., Schmidt M.H. (1994) *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD- 10 der WHO*. 3. Aufl. Bern: Huber
- Sant`Unione, A.M., Wildermuth, M. (2007) Zur Therapie des hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2 und 3, 17. Jg.
- Scheibler, F., Pfaff, H. (Hg.), 2003: *Shared-Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa
- Schmidt, M.H. (1999) *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Schulte-Markwort, Bindt, C. (2006) *Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter* 51: 72-79
- Siegrist, J. (2005): *Medizinische Soziologie*. München: Elsevier.
- Smart, D.W., Nielsen, S.L., Hawkins EJ (2003) Improving the Effects of Psychotherapy. The Use of Early Identification of Treatment Failure and Problem-Solving Strategies in Routine Practice. *Journal of Counseling Psychology* 50: 59-68
- Stark, M.J. (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review. *Clinical Psychology Review* 12: 93-116
- Warnke, A., Fegert, J., Wewetzer, C., Remschmidt, H. (2008) Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. In: Herpertz-Dalman, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M.: Warnke, A.: *Entwicklungspsychiatrie* (Hg.) Stuttgart: Schattauer
- WHO (2003) *Adherence to Long-term Therapies*. Genf: WHO
- Weisz, J., Kazdin, A. (2006) Gegenwart und Zukunft evidenzbasierter Psychotherapien für Kinder und Jugendliche. In: Mattejat, F. (Hrsg.). *Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. München: CIP-Medien
- Wildermuth, M. (2008) *Praxeologie*. In: Neraal, T., Wildermuth, M. (Hg.). *ADHS, Symptome verstehen - Beziehungen verändern*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Wilson, D.O. (1985) The effects of systematic client preparation, severity and treatment setting on dropout rate in short-term psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology* 3, 62-70

Korrespondenzadressen:

Anna Maria Sant`Unione
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Friedrich-Engels-Allee 268, 42285 Wuppertal

Prof. Dr. med. Matthias Wildermuth
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychotherapie, Psychosomatische Medizin
Direktor der Rehbergklinik gGmbH
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Austraße 40, 35745 Herborn

Das Führungskonzept des Mitunternehmertums und der milieutheraeutische Behandlungsansatz in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

Matthias Küffer und Matthias Schmelzle

1. Einleitung

Im Zuge der Einführung von Managementansätzen und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gewann der Gedanke des Führens und Leitens auch in psychiatrischen Einrichtungen mehr Raum, ohne dass er allerdings zu einem breit diskutierten Thema wurde (Tergeist 2001, Borst & Studer 2007). In der psychiatrisch-pädagogischen Fachliteratur wie auch in vielen Institutionskonzepten finden Überlegungen zu institutionellen, kulturellen, strukturellen, interaktiven sowie personellen Voraussetzungen kaum Erwähnung. Dies erstaunt insofern, als solche Überlegungen ebenso wie spezifische Fach- und Behandlungskennnisse für die Weiterentwicklung der Arbeit offenkundig notwendig sind, umso mehr in einer Zeit, in welcher sich Institutionen des Gesundheitswesens zunehmend mit komplexen Anforderungen und Spardruck konfrontiert sehen. Die Effizienz einer Einrichtung kann mit einer vorwärtsgerichteten Unternehmensstrategie sicher besser gesteigert werden als mit restriktiven und defensiven Sparmassnahmen. Die dynamische und positive Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie könnte optimiert werden – in kaum einem anderen Arbeitsfeld lässt sich besser beobachten, wie ernst die plakativen Positivbeschreibungen von Kooperation und Mitarbeiterorientierung aus Leitbildern und Führungskonzepten im klinischen Alltag gemeint sind.

In stationären und teilstationären kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen gelangen unterschiedliche Behandlungskonzepte zur Anwendung. Eines der bewährten und vielfach angewandten Konzepte ist das des therapeutischen Milieus (Egli-Alge & Schmelzle 2004; Schmelzle & Egli-Alge 2002), das zurückgeht auf die Arbeiten von August Aichhorn (1951), Fritz Redl (1971, 1978), Redl & Wineman (1993) und auch Bruno Bettelheim (1997).

Der Erstautor dieses Beitrages untersuchte im Rahmen einer Masterarbeit (Küffer 2008) die Bedeutung eines mitunternehmerischen Führungskonzeptes in der milieutheraeutischen Arbeit einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tagesklinik, die vom Zweitautor geleitet wird. In dieser gemeinschaftlichen Arbeit wird dargestellt, dass sich therapeutisches Milieu und ein mitunternehmerisches Führungskonzept gegenseitig bedingen und beleben.

2. Was ist Milieuthherapie?

„Das psychoreaktiv erkrankte Kind benötigt Therapie, weil es krank ist und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist“. Diese einfache und einleuchtende Aussage von Herzka (zit. nach Lempp 2008) verweist auch vor dem Hintergrund eines modernen bio-psychosozialen-Krankheitsverständnisses auf die Notwendigkeit eines die verschiedenen Disziplinen integrierenden Behandlungskonzeptes. Das Konzept der Milieuthherapie erscheint vor dem Hintergrund eines disziplinenübergreifenden Verständnisses als ganzheitlicher Behandlungsansatz für Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden emotionalen oder sozialen Problemen, welche in stationären und teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt werden. Ganzheitlich bedeutet in diesem Zusammenhang die Einbettung psychotherapeutischer Handlungsweisen in den erzieherischen Alltag dieser Kinder, womit ein Modell entsteht, das weder eine spezielle Pädagogik noch eine besonders intensive Therapie noch eine Addition von Pädagogik und Therapie darstellt, sondern ein Drittes, Eigenes darstellt.

Das milieutheraeutische Konzept fokussiert dabei auf eine verbindende, ergänzende und die verschiedenen Sichtweisen integrierende Zusammenarbeit, in welcher keiner der genannten Bereiche einen anderen in seiner Bedeutung überragt. Das Konzept versucht sicherzustellen, dass auf alle Faktoren in der Lebensumwelt eines psycho-sozial und/oder emotional beeinträchtigten Kindes und Jugendlichen ein verändernder, individuell abgestimmter Einfluss

ausgeübt wird. Damit wird eine Wirkung erzielt, die während des ganzen Tages andauert und nicht nur auf jene Zeit beschränkt bleibt, die das Kind bei einem Psychotherapeuten verbringt. Das eigentliche therapeutische Geschehen wird auf diese Weise in den natürlichen Lebenskontext der Kinder und Jugendlichen integriert. Das Konzept der Milieuthherapie beschreibt auf diese Weise ein wirksames und anspruchsvolles, vernetztes und komplexes Interventionsgeflecht welches an alle Beteiligten hohe Erwartungen stellt. Die Methoden der modernen, leitlinienorientierten Kinder- und Jugendpsychiatrie mit störungsspezifischen Interventionen sind selbstverständlicher Bestandteil dieser Behandlung.

3. Was ist Mitunternehmertum?

Das Führungsprinzip des Mitunternehmertums eignet sich in selbstverständlicher Weise zur Anwendung in sozialen Institutionen, die gemäß Lotmar und Tondeur (2004) zunehmend dem Marktprinzip unterworfen sind: „weil ihre Interessen, Ideen und Anliegen mit anderen Trägern des gesellschaftlichen Lebens im Wettbewerb stehen“ (S. 18). Im Konzept des Mitunternehmertums engagieren sich möglichst viele Mitarbeitende so, als wären sie selbst Unternehmer (vgl. Wunderer 2007, S. 108, zit. in: Felder 2004, S. 10). Dabei entscheiden Rahmenbedingungen, Ziele, Schlüsselkompetenzen, Motivation, Steuerung und Führung, Personalauswahl und -entwicklung, sowie unternehmerische Leitsätze, inwieweit ein unternehmerisches Denken und Handeln in einem Betrieb grundsätzlich notwendig und möglich ist (Wunderer 2007).

Bei den Rahmenbedingungen differenziert Wunderer zwischen einem Makro- und einem Mikrokontext (2007, vgl. S. 53). Der *Makrokontext* konstituiert sich aus dem gesellschaftlichen Umfeld, wobei eine umfassende Ordnung und Kultur, die Mitwirkung von Arbeitnehmern in Bezug auf unternehmerisches Engagement unterstützt, wogegen eine Tendenz zur Unsicherheitsvermeidung kontraproduktiv wirkt“ (S. 53). Der *Mikrokontext* besteht aus den unternehmensinternen Aspekten Kultur, Strategie und Organisation. Aspekte wie Dezentralisierung, und Delegation, teilautonome Gruppenarbeit oder kooperativ-delegative Führung fördern das Mitunternehmertum. „... Wer Arbeitnehmer langfristig und nachhaltig als Mitunternehmer gewinnen und fördern will, muss sie auch als Partner sehen und darf sie nicht als Investitionsgüter instrumentalisieren“ (Wunderer 2007, S. 54-55).

Folgende Zieldimensionen lassen sich in Bezug auf das mitunternehmerische Führungsmodell unterscheiden:

- Das *Unternehmensziel* sollte in sozialen Einrichtungen neben dem wirtschaftlichen Bestand vor allem in der Erbringung größtmöglicher Qualität unter mitmenschlichen Aspekten transparent definiert sein.
- Das *Förderungsziel* fokussiert auf die aktive Mitwirkung breiter Belegschaftsschichten. „Die aktive und effiziente Unterstützung der Unternehmensstrategie durch problemlösendes, sozialkompetentes und umsetzendes Denken und Handeln möglichst vieler Mitarbeitenden aller Hierarchie- und Funktionsbereiche kann daher als vorrangiges Ziel des Förderungsprozesses bezeichnet werden“ (S. 55).
- *Personale Gestaltungs- und Verhaltensziele* verweisen im Mitunternehmertum auf die erfolgreiche Umsetzung der Komponenten „Mitwissen und Mitdenken, Mitentscheiden und Mithandeln, Mitverantworten, Mitfühlen und Miterleben, Mitentwickeln, Mitverdienen und Mitbeteiligen“ (Wunderer 2007, S. 56). Neben dem Erwerb von ausreichendem Wissen ist die mitunternehmerische Verantwortung nur möglich, wenn relevante Entscheide und Handlungen von den Mitarbeitenden auch tatsächlich und genügend selbst- bzw. mitverantwortlich getroffen werden können.

Als *Schlüsselkompetenzen* für eine mitunternehmerische Haltung sind die Gestaltungskompetenz, die Umsetzungskompetenz sowie die Sozialkompetenz zu sehen (vgl. S. 57), die gleichzeitig auch den Aspekt der Motivation hinsichtlich bestimmter Ziele und Aufgaben beinhalten.

- Die *Gestaltungskompetenz* definiert sich: „() als eine Begabung und Motivation zu innovativ- gestalterischer Aktivität im Dienste der Organisationsziele bzw. Strategie“ (Wunderer 2007, S. 58). Die Förderung der Gestaltungskompetenz bei Mitarbeitenden kann durch Führungskräfte unterstützt werden, indem sie (vgl. Wunderer 2000, zit. in: Felder 2004, S. 32) Denkverbote aufheben, Denkräume für die Mitarbeitenden schaffen, Innovationsleistungen würdigen, sie als Coach unterstützen und mit Hürden bei deren Umsetzung rechnen, intensive Kommunikation fördern und wichtige Kunden in die Entwicklungsarbeit einbeziehen.
- Die *Umsetzungskompetenz* bezeichnet eine reflektierte Fähigkeit und Bereitschaft zur effizienten Umsetzung innovativer Problemlösungen im Mitentscheiden und Mitverantworten (vgl. Wunderer 2007, S. 58). Nach

Bruch (1999, 2004) bestehen folgende Möglichkeiten zur Förderung der Umsetzungskompetenz:

- Ideen- und Innovationsprozessmanagement, bei der die Umsetzbarkeit von neuen Ideen nach potentialorientierten Kriterien bewertet und gefördert wird.
- Da der Erwerb der Umsetzungskompetenz vergleichsweise viel Zeit, Experimentiermöglichkeiten und das Sammeln praktischer Erfahrungen in Anspruch nimmt, kommen den On-the-Job-Maßnahmen eine zentrale Bedeutung zu (Schaffen von Freiräumen für Experimentierhandlungen sowie das Geben von Feedback).
- Für die kontextuelle Förderung sind verschiedene Funktionen relevant: materielle und immaterielle Ressourcen, nutzbringende Kritikmechanismen, Bestärken von Handlungswillen und realistische Erfolgsüberzeugung bestärken, Verhindern von Überforderung verhindern sowie Sinnstiftung und Fördern von Identitätsprozessen (vgl. 1999, S. 215, zit. in: Felder 2004, S. 31).
- Die für Mitunternehmer unabdingbare Verhaltensgrundlage der *Sozialkompetenz* bezieht sich auf Komponenten wie Mitfühlen, Mitverantworten und Mithandeln. Sozialkompetent handeln heißt nach Wunderer (2007): „... mit sich selbst sowie anderen konstruktiv, eigenbestimmt und kooperativ umgehen zu können und zu wollen“ (S.61). Kooperations-, Konflikt-, Kommunikations-, Integrations-, Kompromiss- und Teamfähigkeit sowie Rollenflexibilität stellen wichtige Aspekte der Sozialkompetenz dar (vgl. Crisand 2002, S. 58f, zit. in: Felder 2004, S. 32). Die Förderung der Sozialkompetenz kann nach Crisand (2002) durch die Führungskräfte mit folgenden Maßnahmen gesteigert werden, (vgl. S. 63f, zit. in: Felder 2004, S. 32):
 - Weitergabe von Informationen
 - Ermöglichung, Förderung von Sozialkontakten und Kommunikation
 - Wahrnehmung von Konflikten
 - Vertrauen statt Kontrolle
 - Wechselseitige Durchsetzung von Unternehmens- und Mitarbeiterinteressen
 - Selbstreflexion über das eigene Führungsverhalten

Neben den Schlüsselkompetenzen ist die mitunternehmerische *Motivation* von großer Bedeutung. Wunderer entwickelte dazu ein 5-Faktoren-Konzept der Motivation (2007):

- Die *Eigenmotivation* bildet das Fundament jeder Leistungsbereitschaft als stabile, individuelle und differenzierte Eigenschaft.
- Die Komponente *Commitment* macht nach Wunderer (2007) einen Anteil von 15-35% jeder Tätigkeit aus. Sie sichert die Bereitschaft, ungeliebte Ziele und Aufgaben anforderungsgerecht zu erfüllen, auch wenn die Eigen- und Situationsmotivation eher gering ausfällt (vgl. S. 66).
- Die *Situationsmotivation* ist die Fokussierung auf ganz bestimmte Werte, Ziele, Aufgaben und Instrumente (vgl. Wunderer, 2007, S. 150).
- Die Komponente der *Umsetzung* ist nach Wunderer (2007) besonders willensgeprägt: „Sie erfordert den Abbau von Schwellenängsten bei neuen oder konflikträchtigen Aufgaben sowie Beharrlichkeit und Zusammenarbeit bei der Zielverwirklichung“ (S. 151).
- Der Abbau von aktueller bzw. die Vermeidung potenzieller *Demotivation* reduziert blockierte Energie bzw. Eigenmotivation, erleichtert die Situationsmotivation und vermindert das erfolgreiche Commitment.

Mitunternehmerische Förderung unterscheidet zwischen dem mitunternehmerischen Steuerungskonzept und dem mitunternehmerischen Führungskonzept.

Das *mitunternehmerische Steuerungskonzept* befasst sich mit den strukturellen Voraussetzungen für mitunternehmerische Arbeitsweise. Wunderer (2007) unterscheidet vier verschiedene Steuerungskonzepte: der interne Markt, das kooperative soziale Netzwerk, die Hierarchie und die Bürokratie. Er verweist darauf, dass gegenwärtig an vielen Orten eindeutig die hierarchische Steuerung und Bürokratie vorherrscht. In Bezug auf die sich ändernden, komplexen Erfordernisse, welche an Unternehmungen gestellt werden, verweist der Autor darauf, dass die Kombination von internem Markt und sozialem Netzwerk „coopetition“ bzw. „organisationsinterne soziale Marktwirtschaft“ für Mitunternehmertum als Steuerungskonzept am Besten geeignet ist (Wunderer 2007 vgl. S. 71).

- Die Förderung des *internen Marktes* im mitunternehmerischen Sinn kann nach Wunderer (2007) vor allem über das langfristige Gestalten von personenspezifischen Austauschbeziehungen erreicht werden. „Eine langfristige und stabile Sozialbeziehung kann aufgebaut und aufrechterhalten werden, wenn sie für alle Beteiligten Vorteile bietet“ (S. 70). In Bezug auf den auf Kooperation ausgelegten langfristigen Beziehungsaspekt erfordert dies die Beachtung des Reziprozitätsprinzips, welches darin besteht, dass Menschen motiviert sind, eine Gegenleistung zu erbringen, wenn sie etwas dafür erhalten.
- Bei der Förderung des *sozialen Netzwerks* stehen die wechselseitige Kooperation und die Solidarität, die menschliche Begegnung und der emotionale Austausch im Vordergrund. Der soziale Austausch wird, anders als bei der internen Marktsteuerung, nicht von spezifizierten bzw. spezifizierbaren kurzfristigen Gegenleistungen geprägt, sondern vom Vertrauen in eine dauerhafte Kooperation.
- Nach Wunderer (2007) bewirkt ein internes soziales Netzwerk „() in der Regel langfristigere und stärkere, weil emotional fundierte Bindungen an die internen Bezugsgruppen als die professionelle Bindung über *Bürokratie*. Zudem ist sie im Vergleich zur *hierarchischen Steuerung* weniger weisungsorientiert und fremdorganisiert, dafür mehr abstimmungsorientiert und proaktiv“ (S. 71).

Das *mitunternehmerische Führungskonzept*: Um das Konzept des Mitunternehmertums erfolgreich in einem Unternehmen implementieren zu können, bedarf es der strukturellen und interaktiven Umsetzung der einzelnen Elemente des Förderungskonzeptes durch die Unternehmensleitung. Die strukturellen Maßnahmen stehen dabei im Vordergrund des mitunternehmerischen Führungskonzeptes. Bezieht sich die strukturelle Führung auf die gezielte Gestaltung des Kontextes d.h. auf die Kultur, Strategie und Organisation, so verweist die interaktive Führung auf die Art und Weise der Führung, also auf den Beziehungskontext und den Führungsstil (vgl. Wunderer 2007, S. 96).

Die zentralen Ansatzpunkte der *strukturellen Führung* nach Wunderer (2007) beziehen sich auf die Aspekte Kultur, Organisation, Strategie und qualitative Personalstruktur. Durch die gezielte Förderung von Kultur, Strategie und Organisation werden günstige Bedingungen für mitunternehmerisches Verhalten geschaffen und hemmende Kräfte abgebaut (vgl. S. 77). Dabei misst Wunderer (2007) insbesondere der Auswahl des geeigneten Personals und

damit der *qualitativen Personalstruktur* große Bedeutung zu, da die Schlüsselqualifikationen beim Einzelnen an sich nur bedingt entwickelbar sind. „Soweit Schlüsselkompetenzen und unternehmerische Grundmotivation nur begrenzt entwickelbar sind, ist Personalgewinnung und -einsatz darauf bevorzugt auszurichten“ (S. 96).

Die Art und Weise der *interaktiven Führung* wird durch die angewandten Führungsstile bestimmt. Nach Wunderer (2007) eignet sich die Kombination von kooperativ fundierter, delegativer, transaktionaler und wertorientierter transformationaler Führung (vgl. S. 96) für die Umsetzung des Mitunternehmertums.

- Der *kooperative Führungsstil* ist sowohl in der partizipativen als auch in der prosozialen Dimension in hohem Masse mit dem Konzept Mitunternehmertum vereinbar. „Durch die proaktive Einbindung der Mitarbeitenden in Entscheidungsprozesse und die hohe Interaktionsdichte werden insbesondere die unternehmerischen Komponenten Mitwissen, Mitdenken, Mitentscheiden, Mitfühlen und Miterleben sowie Mitverantworten angesprochen“ (vgl. Wunderer, 2007, S. 228).
- Wunderer (2007) verweist mit seinen Prognosestudien auf die zunehmende Bedeutung *delegativer Führungskonzepte*. „Delegation im Kontext einer Unternehmungsorganisation bezieht sich zumeist auf eine vertikale Übertragung von Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung“ (S. 229). „Erforderlich ist insbesondere ein hohes Vertrauen des Delegierenden in die Fähigkeiten, Verantwortungsbereitschaft, Loyalität und Motivation zur Aufgabenerfüllung der Mitarbeitenden. Die begrenzte oder sogar gänzlich fehlende Handlungskontrolle muss durch hohe Selbstkontrolle des Delegierten sowie durch Ergebniskontrolle des Delegierenden ersetzt werden“ (Wunderer 2007, S. 229).
- Die ziel- und ergebnisorientierte *transaktionale Führung* basiert auf der Weg-Ziel-Theorie. Danach erhalten die Mitarbeitenden lediglich eine Weg- und Zielerklärung sowie leistungsbezogene Belohnungsvorgaben, wodurch innovatives und unternehmerisches Denken gefördert wird. Die Vorgesetzten verwirklichen ein Management bei Exception, bei dem die Routineaufgaben verantwortlich den zuständigen Mitarbeitern überlassen sind, durch welches die notwendigen Freiräume für die Entwicklung innovativer Problemlösungen geschaffen werden (vgl. Wunderer, 2007, S. 247). Die transaktionale Führung richtet sich nach Wunderer stark an der

Kosten-Nutzen-Relation aus. Entsprechend stark wird das darin enthaltene Belohnungsmodell (contingent reward) gewichtet. Die transaktionale Führung stößt dort an Grenzen, wo adäquate Anreize wie z.B. eine Beförderungsmöglichkeit fehlen und wo unternehmerisches Handeln nicht in einer positiven Beziehung zu den Zielen der Mitarbeitenden steht (vgl. Wunderer, 2007, S. 246-247).

- An dieser Stelle greift die wertverändernde *transformationale Führung*. Sie setzt diese nicht nur auf der kognitiven Ebene an, sondern „die Verhaltenssteuerung erfolgt auf einer tieferen emotionalen Schicht und ist daher umfassender“ (Wunderer 2007, S. 246). Die transformationale Führung fördert die Begeisterung für sachbezogene Werte, Ziele und Aufgaben und ist damit in besonderer Weise mit dem Konzept des Mitunternehmertums kompatibel.

Personalauswahl und -entwicklung: Wesentlich für die Aufrechterhaltung eines mitunternehmerischen Konzeptes sind Personalauswahl und die Entwicklung von Mitarbeitern hin zu Mitunternehmern.

- *Auswahl:* Aufgrund der nur schwer veränderbaren Schlüsselkompetenzen ist der Gewinnung und Auswahl von geeigneten Mitarbeitenden ein hoher Stellenwert beizumessen.
- *Entwicklung der mitunternehmerischen Personalstruktur:* Im Mittelpunkt der mitunternehmerischen Personalentwicklung steht die Förderung der mitunternehmerischen Befähigung und Motivation: „Führung und Förderansätze müssen auf diese unterschiedlichen Qualifikationen und Motivationen zielgruppengerecht abgestimmt werden“ (Wunderer, 2007, S. 97). Wunderer (2007) erwähnt, dass mitunternehmerisch ausgerichtete Mitarbeitende bereits hinreichend motiviert sind: „Aber demotivieren kann man auch sie, und zwar nachhaltig“ (S. 85). Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Personalentwicklung bezieht sich auf die unternehmerisch wenig qualifizierten oder motivierten Mitarbeitenden. Diese sollten nicht mit Ansprüchen überfordert werden, die sie von ihrem Potential her nicht erfüllen können oder aber auch nicht erfüllen wollen.

Mitunternehmerische Leitsätze zur Entwicklung: Das Konzept des Mitunternehmertums basiert in hohem Maße auf Prinzipien der kooperativen Selbstorganisation und auf der gelenkten Selbstentwicklung. Die Mitarbeitenden tragen schließlich die Hauptverantwortung für ihren Entwicklungsprozess zu

Mitunternehmenden, sofern das Management die entsprechenden Voraussetzungen dafür geschaffen hat. In der Folge werden die von Wunderer (2007) aufgestellten Leitsätze für Mitunternehmende dargestellt (vgl. S. 90):

- ⇒ Arbeite auf Dauer nur für Aufgaben, Organisationen und mit Menschen, mit denen Du Dich insgesamt (noch) identifizieren kannst.
- ⇒ Komme zur Arbeit mit der Bereitschaft, Dich freiwillig zu engagieren und zu verpflichten.
- ⇒ Verstehe Probleme als Herausforderung und weniger als Bedrohung.
- ⇒ Versuche ständig, bessere Problemlösungen in Deiner Arbeit zu entwickeln. Verbessere dabei auch Deine mitunternehmerischen Schlüsselkompetenzen.
- ⇒ Konzentriere Dich auf Ergebnisse, insbesondere auf die Wertschöpfung für Deine Bezugsgruppe.
- ⇒ Setze Deine Ziele im Rahmen des Handlungsspielraums möglichst eigenständig und selbstverantwortlich, aber strategie- und teamorientiert um.
- ⇒ Arbeite langfristig kooperativ mit anderen Beteiligten zusammen. Verhalte Dich dabei so, wie Du selbst gerne behandelt werden möchtest.

4. Mitunternehmertum und therapeutisches Milieu

4.1. Allgemein

Es liegt auf der Hand, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtung im Interesse erfolgreicher Arbeit besonders auf die Förderung der menschlichen Qualitäten ihrer Mitarbeiter angewiesen ist, die bekanntermaßen, neben dem Fachwissen, einen wesentlichen Teil des Therapieerfolges bedingen. Auch psychotherapeutische Einrichtungen werden geführt, wobei dieser Tatsache weder in der Ausbildung psychiatrisch-psychotherapeutischer Mitarbeiter noch der Führungskräfte systematisch Rechnung getragen wird. Die beiden folgenden einfachen Feststellungen werden dabei mit großer Selbstverständlichkeit ausgeblendet:

- Wer führen kann, kann nicht automatisch therapieren
- Wer therapieren kann, kann nicht automatisch führen

Wir wissen, dass eine therapeutische Tätigkeit hohe Kompetenzen erfordert, welche einerseits aus einer personellen Eignung resultieren, andererseits in ei-

ner mehrjährigen Ausbildung erworben werden. Gleiches gilt für eine Führungstätigkeit, die ebenso hohe Anforderungen stellt, Kompetenzen voraussetzt, erlernt und reflektiert werden muss.

Wir wollen im Folgenden die beschriebenen Führungsprinzipien des Mitunternehmertums in seiner besonderen Eignung für die Leitung einer kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtung diskutieren. Dabei handelt es sich nicht um eine empirische Erhebung, sondern um die exemplarische und idealtypische Betrachtung vor dem Hintergrund der Anwendung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik (Küffer 2008).

Die Behandlungsteams stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen sind in der Regel interdisziplinär und mit qualifiziertem Personal zusammengesetzt. Die personelle und fachliche Gesamtverantwortung der Klinik wird durch einen Chef- oder Leitenden Arzt wahrgenommen. Ärzte, Psychologen, Pflegekräfte und Sozialpädagogen haben weitere Leitungsfunktionen bei in der Regel relativ kleinen Einheiten und entsprechend flachen Hierarchien. Durch die verschiedenen Fachbereiche ist die Führungsorganisation in der Form interdisziplinärer Teams dezentralisiert. Die Kompetenzen und Verantwortungen der Behandlungsteams sind delegiert, was ermöglicht, dass die verschiedenen Bereiche wie etwa Pflege und Sozialpädagogik, Schule, Fördertherapien und Psychotherapie koordiniert, gleichberechtigt und eigenverantwortlich auf die gemeinsam formulierten Behandlungsziele der Klienten hinarbeiten. Die Teams und Subteams erhalten idealerweise ebenso autonom die Möglichkeit und zur Selbstverantwortung und Entfaltung, wie dies den Patienten im Rahmen der Behandlung ermöglicht werden sollte. Diese Autonomie stellt die Voraussetzung für die Entwicklung von Realitätsanpassung und Selbstwirksamkeit dar, welche Voraussetzung für eine Verbesserung von Funktionsniveau und Befindlichkeit ist. Ebenso ist das Vertrauen der Vorgesetzten in ihre Mitarbeiter, das diese den Patienten und ihren Familien als Zuversicht in ihre Besserungsfähigkeit weitergeben.

Diese Gedanken werden auch durch die moderne Psychotherapieforschung gestützt, die darauf verweist, dass dem zwischenmenschlichen Geschick der Therapeuten und der Qualität der Beziehung größte Bedeutung zukommt. Entsprechend lohnt es sich, in diesen Aspekt der Behandlung auch in stationären Teams besonders zu investieren (Heim 2009, Grawe 2004).

Je offener die Informations- und Kommunikationskultur in der Klinik gepflegt wird, desto lebendiger und authentischer kann sich das therapeutische Milieu entfalten. In Anlehnung an Wunderer (2007, S. 266) empfiehlt sich eine „Open-door-Policy“, bei der die Mitarbeitenden (aufgrund ihrer fachspezifischen Qualifikationen) von den Vorgesetzten formell wie informell, selbstverständlich und verbindlich in fachliche Entscheidungsfindungen einbezogen werden. Durch individuelles Coaching und Counselling werden alle Mitarbeitenden in den engmaschigen und regelmäßigen Besprechungen in Bezug auf die Entfaltung ihrer Fähigkeiten gefördert. Angestrebt ist für die Mitarbeitenden eine maximal mögliche Freiheit und Kreativität im eigenen Verantwortungsbereich, so dass diese Kreativität sich auch in der therapeutischen Beziehung entfalten kann. Insbesondere den Vorgesetzten kommt diesbezüglich eine umfangreiche Wirkung in ihrer Vorbildrolle zu. Diese Haltung beginnt und endet bei der Rolle der Praktikanten, die als zukünftige Mitarbeiter sich nicht als Last fühlen dürfen, sondern durch ihr Praktikum für ihre Ausbildung motiviert werden, in genau dieser Klinik später zu arbeiten. Aus Sicht des Arbeitgebers ist dies die reibungsloseste und preisgünstigste Form der Personalrekrutierung.

Das therapeutische Konzept einer Klinik impliziert eine möglichst interaktive und kooperative Zusammenarbeit. Diese ist durch einen wertschätzenden und respektvollen Umgang zwischen den Mitarbeitenden geprägt. Gegenseitige Loyalität, Ehrlichkeit, gegenseitige Toleranz, Flexibilität sowie eine mitmenschliche Atmosphäre repräsentieren als gelebte Führungsprinzipien zentrale Aspekte der Zusammenarbeit (Gundersson 1978, Egli-Alge & Schmelzle 2004). Da ein gemeinsames wissenschaftlich fundiertes Verständnis und eine berufliche Weiterentwicklung für die Mitarbeitenden essentiell sind, werden bedarfsgerechte Fort- und Weiterbildungen sowohl intern wie extern angeboten.

4.2. Umfeldbedingungen

Der *Makrokontext* einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung konstituiert sich durch die Einbindung in den Kontext des Trägers bzw. der Gesamtklinik sowie in die Realität des Gesundheitswesens und der Sozialpolitik. Auch wenn viele Kliniken eine gewisse Monopolstellung innehaben, so stehen diese doch im Wettbewerb mit unterschiedlichen Förderungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche und stehen in der Ver-

antwortung, durch einen guten Ruf bei den zuweisenden Stellen und in der Öffentlichkeit die Ausgangsvoraussetzungen für ihr Behandlungsangebot zu verbessern. Zudem kommt der Bildung und Erhaltung entsprechender Netzwerke eine zentrale Bedeutung zu. Die interdisziplinäre Ausrichtung der Tagesklinik bedingt diesbezüglich in mitunternehmerischer Weise die Mitarbeit aller Berufsgruppen in der Form von Öffentlichkeitsarbeit und Fachbeiträgen an Weiterbildungsanlässen. So wird, wenn auch in relativierter Weise, unternehmerisches Denken und Handeln gefördert.

Die den *Mikrokontext* konstituierenden Rahmenbedingungen verweisen auf folgende, das Mitunternehmertum fördernde, Aspekte:

Die Führungskultur sollte gekennzeichnet sein durch Wertschätzung und Befähigung der Mitarbeitenden – wie dies in der therapeutischen Arbeit im Umgang mit den Kindern und Familien für den Behandlungserfolg bestimmend ist. Die Vorgesetzten sind sich bewusst, dass jede, auch eine fachliche Äußerung, als Führungsintervention zu betrachten ist und das Teamklima beeinflusst. Die Mitarbeitenden leben den Patienten vor, dass sich Autonomie und kooperatives Miteinander nicht widersprechen. Zudem können sie auch an strukturellen Entscheidungsprozessen gemäß ihrer Erfahrung und Qualifikation partizipieren.

Ziele des Unternehmens: Übergeordnete Unternehmungsziele einer Klinik sind gleichzeitig mit dem wirtschaftlichen Erfolg die Verbesserung von Befinden, Lebensqualität und Funktionsniveau sowie die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten und deren Familien. Dies geschieht im Rahmen einer wirtschaftlichen Betriebsführung mit dem Ziel, die Leistungen in einem optimalen Kosten/Nutzenverhältnis zu erbringen.

Die *Personalen Gestaltungs- und Verhaltensziele* sind als konkrete, mitunternehmerische Gestaltungs- und Verhaltensziele wie Mitwirkung und Einbezug von Mitarbeitern sowie Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Entscheidungsprozessen zu sehen. Wunderer (2007) erwähnt, dass die mitunternehmerische Verantwortung nur möglich ist: „(...) wenn relevante Entscheidungen und Handlungen von den Mitarbeitenden genügend selbst- bzw. mitverantwortlich getroffen werden können“ (S. 56). Diesbezüglich werden Mitarbeitende einer psychotherapeutischen Klinik nicht nur in sinnvoller Weise in fachliche Entscheidungsfindungen miteinbezogen, sondern können auch an strukturellen Prozessen partizipieren.

Wie oben erwähnt zeigt sich, dass die drei mitunternehmerisch essentiellen Schlüsselkompetenzen Sozialkompetenz, Gestaltungskompetenz und Umsetzungskompetenz nach Wunderer (2007) in der therapeutischen Arbeit der Tagesklinik zentrale und erfolgskritische Faktoren darstellen und in genügendem Maße vorhanden sein müssen (vgl. S. 57). In der *Personalselektion* einer psychotherapeutischen Klinik haben die Schlüsselkompetenzen einen hohen Stellenwert. Für die konkrete Entwicklung der Mitarbeiter hin zu mitunternehmerischen Denken und Handeln bestehen keine spezifischen Förderungsprogramme, dies geschieht durch ‚on the job‘-Massnahmen im Alltag, durch die Ausrichtung auf das Ziel und spezifische Förderung der dafür erforderlichen Kompetenzen.

- Die Beziehungsgestaltung und somit die *Sozialkompetenz* der Mitarbeitenden stellt die Basis und die notwendige Voraussetzung für die Behandlung der Klienten einerseits, für konstruktive interdisziplinäre Zusammenarbeit andererseits dar. Ein Fehlen dieser Kompetenz steht mit einem möglichen Behandlungsmisserfolg im Zusammenhang.
- Nur durch die *Gestaltungskompetenz* können Mitarbeitende über die Beziehung hinaus fachgerechte Rahmenbedingungen für eine zielgerichtete therapeutisch indizierte Entwicklung schaffen.
- Die selten linearen Entwicklungsverläufe der Kinder und Jugendlichen als auch ihrer Systeme sowie die Zusammenarbeit mit externen Helfersystemen erfordern eine hohe *Umsetzungskompetenz* der Mitarbeiter. Diese beschreibt Konsequenz, Zielstrebigkeit, Durchsetzungsvermögen, Leistungsmotivation, Beständigkeit, reflektierter Machbarkeitsglaube sowie Überzeugungsfähigkeit. In diesen Zusammenhang gehört auch die fachliche Kompetenz, die durch regelmäßige externe Weiterbildung und Literaturstudium auf dem Laufenden gehalten wird.

In Bezug auf die Einschätzung der mitunternehmerischen Kompetenzen entlang Wunderers (2007) idealtypischem Portfolio-Ansatz darf nach Einschätzung des Autors davon ausgegangen werden, dass in einer gut geführten kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik überwiegend unternehmerisch denkende Mitarbeitende angestellt sind (vgl. S. 62-63). Mitarbeitende mit geringer Mitunternehmerkompetenz stellen die Minderheit dar, wobei der therapeutische Alltag überforderte Mitarbeitende aufgrund ihrer hohen Verantwortung und intensiven Beziehungsarbeit nur kurzzeitig erträgt.

4.3. Motivation

Wie oben dargestellt steht die mitunternehmerische Motivation im Mittelpunkt unternehmerischen Denkens und Handelns. Dabei gehört der *Eigenmotivation* in der therapeutischen Arbeit eine bedeutende Rolle. Ist diese zu gering, ist eine Zusammenarbeit im anspruchsvollen Teamkontext einer Klinik kurz- und langfristig nicht möglich.

Die Komponenten Commitment, Situationsmotivation, Umsetzung und Reduktion von Demotivation können wie folgt auf den klinischen Alltag übertragen werden: Die *Situationsmotivation* als Fokussierung auf bestimmte Werte, Ziele, Aufgaben und Instrumente, spielt in Bezug auf die Qualität der klinischen Arbeit eine grosse Rolle. Die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen, aber auch die interdisziplinäre klinische Arbeit, ist von einer hohen Intensität geprägt. Sich in den jeweiligen Situationen in möglichst authentischer Weise auf das Wesentliche zu fokussieren, stellt eine unabdingbare Voraussetzung für den Behandlungserfolg dar. Die Mitarbeitenden sind in ihrer anforderungsreichen Funktion häufig mit eskalierenden und unangenehmen Emotionen, unangepassten Verhaltens- und Handlungsweisen der Kinder und Jugendlichen konfrontiert. Daher ist die Situationsmotivation oft tangiert. Nur ein hohes und in diesem Sinne übergeordnetes *Commitment* hilft dabei, das anforderungsgerechte Erfüllen der schwierigen Aufgaben auszuführen.

In Bezug auf die *Umsetzungsmotivation* sind die Mitarbeitenden täglich gefordert, die gemeinsam formulierten Behandlungsziele trotz hoher klientspezifischer Widerstände und beständig konflikträchtigen Aufgaben zu verfolgen. Die Förderung der Umsetzungsmotivation ist wie der *Abbau von Demotivation*, dem fünften Faktor der mitunternehmerischen Motivatoren, eine der zentralen Aufgaben der Vorgesetzten. Hier ist besonders wichtig, dass demotivierende Faktoren, wie etwa die als starr empfundene bürokratisch-formalistische Organisation großer Kliniken oder unflexible zentralistische, Strukturen (die mit dem wechselhaften Charakter der Arbeit mit auffälligen Kindern kollidieren), durch die Leitung der Klinik möglichst gering gehalten oder zumindest für den klinischen Alltag abgefedert werden. Das mit dieser Haltung verbundene hohe Arbeitsethos wirkt in diesem Sinne als gegenseitige soziale Kontrolle motivierend.

Die Förderung der Motivation im klinischen Alltag geschieht durch die Gestaltung einer reibungslosen Teamorganisation, einer wohlwollend-haltenden

Atmosphäre und der Delegation von Verantwortung. Weiter werden die Mitarbeitenden darin unterstützt, auch an strukturellen Entscheidungsprozessen zu partizipieren. Materielle und immaterielle Wertschätzung, Coaching und Counselling, Supervisionen sowie die Pflege eines zugleich kritischen und respektvollen Umgangs zwischen den Mitarbeitenden bilden weitere unersetzbare Förderungsmaßnahmen. Besonders motivierend wirkt es auf alle Mitarbeiter, wenn es gelingt, durch die Verwirklichung dieser Prinzipien mitmenschliche Stressoren wie beispielsweise Machtkämpfe zwischen Berufsgruppen, willkürlich anmutende Entscheidungen und eigenmächtiges Konkurrenzieren auf ein Minimum zu reduzieren. In dieser Arbeit kann der Erfolg nur vom Gesamt-Team vereinnahmt werden – wenn einzelne Berufsgruppen sich für wichtiger als andere halten, wird sich dies als Reibungsverlust negativ bemerkbar machen.

Die Arbeitsmotivation in einer psychotherapeutischen Institution generiert sich zu einem hohen Anteil aus der Beziehungsgestaltung. Nach Lotmar und Tondeur (2004) arbeiten viele Mitarbeitende in sozialen Organisationen, weil sie auf Möglichkeiten der Mitgestaltung hoffen (vgl. S. 23). Dieses Prinzip darf natürlich nicht überstrapaziert werden, eine angemessene Entlohnung sollte auch von Seiten der Klinikleitung im Rahmen des Möglichen überzeugend vertreten werden.

4.4. Steuerung und Führung

Das *mitunternehmerische Führungskonzept* unterscheidet wie oben beschrieben zwischen struktureller und interaktiver Führung. Die zentralen Ansatzpunkte der *strukturellen Führung* beziehen sich auf die Förderung der Kultur, Strategie, Organisation und qualitative Personalstruktur.

- Im Leitbild einer psychotherapeutischen Klinik sind die bereits erwähnten mitmenschlichen Werte selbstverständlich. Die bereits im Abschnitt Umfeldbedingungen erwähnte Führungsstilbreite, welche von konsultativ bis delegativ reicht, sollte Teil einer expliziten Führungsverfassung oder eines Führungskonzeptes sein. Die Förderung der Unternehmungs- und Führungskultur muss über von den Vorgesetzten gelebte Werte, wie Wertschätzung, Gleichberechtigung, Selbständigkeit, Befähigung und Respekt, Kooperation, Delegation, gegenseitige Loyalität, Ehrlichkeit, Toleranz und Flexibilität, stattfinden, wenn sie als überzeugendes Vorbild für die behandelten Familien wirken sollen.

- Der strukturelle Führungsaspekt der Strategie einer milieutherapeutischen Einrichtung zielt darauf ab, eine Zusammenarbeit der Mitarbeiter aus einem Guss zu etablieren. Die hohe Identifikation aller Mitarbeiter mit dem Führungskonzept ist sowohl in der Milieuthherapie wie auch im Mitunternehmertum enthalten. Die Strategie gibt insofern der wertschätzenden Anerkennung von Leistungen und Teilhabe am Erfolg sowie der Kommunikation hohe Priorität.
- Die Art und Weise der organisatorischen Förderung kennzeichnet sich durch fachspezifische Qualifikationen und bereichsspezifische Kompetenzen der Mitarbeitenden. Die Kompetenzen und Verantwortungen sind fachspezifisch so autonom und eigenverantwortlich wie möglich auf die gemeinsam formulierten Behandlungsziele der Klienten und Klientinnen ausgerichtet.
- Dies impliziert eine dezentrale Arbeitsweise. Die formale Autoritätsgrundlage und Macht der direkten Vorgesetzten ist dadurch bewusst reduziert, der Einflussbereich und die Entscheidungskompetenzen der Mitarbeitenden sind erweitert. Die alltägliche Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen im therapeutischen Kontext der Klinik hat starken Projektcharakter und ist in diesem Sinne für die Förderung des Mitunternehmertums förderlich, geht aber nur soweit, wie die Vorgesetzten den Mitarbeitenden Entscheidungsfreiheit überlassen können.
- Die qualitative Personalstruktur kennzeichnet sich in der milieutherapeutischen Klinik wie bereits erwähnt durch das Vorhandensein der Schlüsselkompetenzen (Gestaltungs-, Sozial- und Umsetzungskompetenz) sowie der Grundmotivation (Eigenmotivation und Commitment).
- Weil Kooperation für diesen Führungsstil unabdingbar ist, kommt insbesondere dem Vorbildverhalten der Vorgesetzten eine entscheidende und erfolgskritische Wirkung zu, „einsame“ Entscheidungen auf oberen Führungsetagen wirken zu diesen Prinzipien kontraproduktiv.
- Das Vorbildverhalten betrifft auch den im therapeutischen Raum sehr sensiblen Umgang mit Macht. Die Leitung scheut zwar sich nicht, in kritischen Situationen die fachliche Führung zu übernehmen, und vermittelt damit Sicherheit. Sie wird aber insgesamt sorgsam darauf achten, dass jegliche Zeichen von Machtmissbrauch innerhalb der Teams und gegenüber den Patienten bemerkt und aufgearbeitet werden.

5. Ausblick

Die Autoren sind sich bewusst, dass die Lebenswelt unserer Patienten nicht nur von Fairness, Toleranz und Respekt geprägt ist. Aber auch in den Widersprüchen des alltäglichen Lebens bezieht sich Psychotherapie auf diese Werte, an denen wir alle langfristig orientiert sind. Mitunternehmertum ist ein nachhaltiges Führungskonzept, dessen bewusste Implementierung sowohl im Leitbild als auch im Konzept einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung Kennzeichen einer modernen stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie sein kann. Es wäre wünschenswert, dem Thema Führung in kinder- und jugendpsychiatrischen mehr Raum zu geben und Wechselwirkungen zwischen Führungskonzept und therapeutischem Milieu gut zu reflektieren. Empirische, qualitativ wie quantitativ betrachtende Untersuchungen zum Führungskonzept psychiatrischer oder kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen könnten Behandlungsqualität und Mitarbeiterzufriedenheit weiter optimieren.

Literatur

- Bettelheim, B.* (1997) *Liebe allein genügt nicht*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Egli-Alge, M., Schmelzle, M.* (2004) *Therapeutisches Arbeitsklima und Gruppentherapie*. Berner Schriftenreihe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie 6 (3), 43-62
- Felder, P.* (2004) *Mitunternehmertum in der Dienstleistungsbranche*. Konzeptionelle Grundlagen, Fallstudie, Gestaltungsempfehlungen. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Bern, Institut für Organisation und Personal
- Grawe, K.* (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Gundersson, J.G.* (1978) *Defining the Therapeutic Process in Therapeutic Milieus*. In: *Psychiatry*, Vol. 41, 327 – 335
- Heim, E.* (2009) *Die Welt der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Küffer, M.* (2008) *Mitunternehmertum in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tagesklinik Münsterlingen*. Masterarbeit MAS Management of Social Services St. Gallen
- Lotmar, P., Tondeur E.* (2004) *Führen in sozialen Organisationen*. 7. Aufl. Bern: Haupt
- Malik, F.* (2006) *Führen Leisten Leben. Wirksamens Management für eine neue Zeit*. Frankfurt: Campus
- Redl, F.* (1971) *Erziehung schwieriger Kinder*. Piper München
- Redl, F., Wineman, D.* (1993) *Steuerung des aggressiven Verhaltens beim Kind*. München: Piper

Redl, F. (1978) *Erziehungsprobleme – Erziehungsberatung*. München: Piper

Schmelzle, M., Egli-Alge (2002) *Gruppentherapie und therapeutisches Milieu in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik*. *Gruppenanalyse* 12 (2): 142-164

Tergeist, G. (2001) *Führen und Leiten in psychiatrischen Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag

Wunderer, R. (2007) *Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre*. 7. Aufl. Köln: Luchterhand.

Adresse der Autoren:

Dipl. Psych. FH, MAS FHO Matthias Küffer

Dr. med. Dipl. Psych. Matthias Schmelzle

Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste

Postfach 154

CH-8596 Münsterlingen

Schweiz

matthias.kueffer@stgag.ch

matthias.schmelzle@bluewin.ch

Bikulturalität als Risikofaktor ? Differentieller Migrationshintergrund in einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Inan- spruchnahmepopulation

Alexandra Thiele & Oliver Bilke

Einleitung

Der Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund im engeren Sinne beträgt laut Mikrozensus (2008) 18,9% in der deutschen Bevölkerung und fordert in allen Lebensbereichen adäquate Handlungsoptionen. Wie in den 70er Jahren im Bildungs- und sozialen Bereich sind es heute besonders Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in spezifischer Weise auf die Probleme einer mangelhaften Integration und ihre daraus resultierenden Nöte aufmerksam machen: Delinquente Migranten-Jugendliche, entwicklungsverzögerte Migrantenkinder (Erb & Werner 2003a, b) und depressiv-suizidale junge Frauen mit Migrationshintergrund (Schouler-Ocak 2009) beschäftigen Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater. Die KIGGS-Studie 2007 und die PISA-Studie 2006 haben darauf hingewiesen, dass Kinder aus Migrantenfamilien nicht nur im Bereich der Bildung Nachteile in der Teilhabe aufweisen, sondern in de facto allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung und Prävention mangelversorgt sind. Vielschichtige Risikofaktoren steigern in kumulativer Weise die Gefahr psychischer Fehlentwicklungen. Bisherige klinische Studien zur Thematik können nicht eindeutig klären, inwiefern der Migrationshintergrund eines jungen Menschen direkte pathogenetische Auswirkungen auf seine Erkrankungsbiographie hat. Die soziodemographische Benachteiligung von Migranten, die als Unterschichtphänomen (Schepker & Toker 2009) beschrieben wird, scheint maßgeblichen Einfluss bei der individuellen Risikobewertung zu haben. Das kulturell differente Verständnis von

Krankheit (z. B. Assion 2005, Kizilhan 2009), respektive von psychischer Erkrankung, führt zu Missverständnissen und versäumten präventiven Interventionen. Zugangsbarrieren zu psychosozialen Angeboten (Kleinemeier et al. 2004) werden ebenso diskutiert wie die Beobachtung, dass Beziehungen in Migrantenfamilien eine protektive Funktion für die Gesundheitserhaltung oder -stabilisierung ihrer Mitglieder aufweisen (Scheperker et al. 2005). Marginalisierung, Diskriminierung und kulturell bedingte Identitätsdiffusion werden als Risikokomplexe einer psychischen Destabilisierung bei Migrantenkindern gesehen (Freitag et al. 2000).

Methode

Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe umfasst sämtliche Patienten, die konsekutiv vom 01.01.2007 bis 31.12.2007 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Vivantes-Humboldt-Klinikums Berlin stationär aufgenommen und behandelt wurden. Als Migranten wurden all jene Patienten definiert, bei denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren und aufgewachsen ist. Die Gruppe setzt sich wie folgt zusammen: von den 383 Patienten eines Jahres konnten 9,1 % nicht eruiert werden, da sie beispielsweise zur forensischen Abteilung der Klinik gehörten, die nicht erhoben wurde oder weil die Akte noch nicht abgeschlossen war. Die Gruppe der verbleibenden 351 Fälle definiert sich wie folgt: 63,5 % sind deutsche Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund, 36,5% sind Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Das heißt, 63,5 % der Patienten haben zwei deutsche Elternteile, bei 21,1% haben beide Elternteile Migrationshintergrund, bei 15,4% ist ein Elternteil deutsch und ein Elternteil hat Migrationshintergrund. 2,8% der Gesamtgruppe haben Flüchtlingsstatus.

Von der Gesamtgruppe sind 60,2% männlich, 39,8% weiblich. Sowohl in der Gruppe der Patienten ohne als auch in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund gilt diese Verteilung, bei den Patienten mit einseitigem Migrationshintergrund lässt sich eine Gleichverteilung beider Geschlechter beobachten. Im Stichprobenzeitraum wurden Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 21 Jahre in der Klinik behandelt, sie verteilen sich wie folgt über die Altersgruppen: Unter 6 Jahre: 9,5%, 6-12 Jahre: 27,9%, 13-18 Jahre: 59,3%, 19-21 Jahre: 3,3%.

Eine Untergliederung nach Herkunftsland bleibt aus, da generelle Tendenzen erarbeitet werden sollen und die Verteilung der Nationalitäten in der Stichprobe in etwa der deutschen Bevölkerungsstatistik entspricht (Türken und Osteuropäer bilden die beiden größten Migrantengruppen).

Design und Durchführung

Im Rahmen einer retrospektiven Aktenanalyse wurden alle Akten des Jahres 2007 mittels Fragebogen ausgewertet. Da es sich bei der Erhebung um einen Teil einer umfassenderen Untersuchung handelt, der eine qualitative Phase angeschlossen wird, werden an dieser Stelle nur die quantitativ verwertbaren Ergebnisse vorgestellt und diskutiert.

Der Fragebogen gliedert sich in drei Teile und wurde in mehreren Pretestphasen an die Möglichkeiten und den Informationsgehalt der Akten angepasst: 1. Soziodemographische Merkmale, 2. Angaben zum Klinikaufenthalt, 3. Vorgeschichte des Patienten.

Die Konzeption der drei Teile knüpft an die bisherigen Forschungsüberlegungen zu Unterschichtungsphänomen und Zugangsbarrieren an und erweitert die Interpretationsmöglichkeiten um die spezifische Situation einer stationären psychiatrischen Behandlung. Im ersten Teil werden folgende Kategorien erfasst: Geschlecht, Alter (nach den oben angegebenen Altersgruppen, die sich an der Alterseinteilung der Klinikstationen orientiert), Schul- bzw. Ausbildungssituation, Erkrankungen in der Familie (psychisch oder körperlich), Familiensituation (kodierte nach folgenden Items: Traumata z. B. Missbrauch, Gewalt, Kriegserfahrung, Trennungsfamilie, alleinerziehendes Elternteil, belastende dauerhafte Konflikte, Fremdunterbringung des Patienten, Tod eines Elternteils, mehr als 4 Geschwister). Weitere Kategorien in diesem Bereich waren Nationalität der Eltern und des Kindes sowie die Frage nach dem Migrationsstatus (in Deutschland geboren. vs. migriert vs. Asylstatus).

Im zweiten Teil wurde der Einweisungsmodus (durch Eltern, Schule, Arzt, Notaufnahme, etc.) erfragt, die Unterbringung nach §1631 BGB oder PsychKG, die Dauer des Klinikaufenthaltes, ob ein Behandlungsabbruch erfolgte sowie die Entlassungsdiagnose. Zu diesem Teil gehören auch die Angaben, ob eine voll- oder teilstationäre Behandlung erfolgte, im geschlossenen oder offenen Setting, und die Angabe, ob es sich um den ersten Klinikaufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie handelte.

Im dritten Teil wurde erfasst, in welchem Alter erste Auffälligkeiten auftraten (die Altersgruppen wurden nach entwicklungspsychologischen Kriterien erstellt), welche Maßnahmen im Vorfeld des Klinikaufenthaltes erfolgten (medizinisch, psychotherapeutisch, funktionstherapeutisch, sozial) und welcher Art die Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einweisung waren (kodiert nach folgenden 15 Items, wobei für die Erfassung wichtig war, dass die Symptome im Wortlaut im Aufnahmebericht standen: dissozial, delinquent, Drogenabusus, Mediensucht, aggressiv, autoaggressiv, traumatisiert durch Misshandlung bzw. Missbrauch, Angstsymptome, Zwangssymptome, Essstörung, depressive Symptome, Suizidalität, hyperkinetische Symptomatik, Entwicklungsverzögerung, Enuresis, Enkopresis, psychotische Symptomatik).

Des Weiteren wurde erfasst, welche Empfehlungen seitens der Klinik bei Entlassung gegeben wurden (diese werden bei der quantitativen Auswertung nicht berücksichtigt) sowie die Bestätigung der Kriterien des § 35a SGB VIII (vorliegende oder drohende seelische Behinderung).

Zur Auswertung wurde die Signifikanz der Zusammenhänge zwischen den zwei (mit Migrationshintergrund, ohne Migrationshintergrund) bzw. drei unabhängigen Gruppen innerhalb der Stichprobe (ohne Migrationshintergrund, einseitiger Migrationshintergrund, zweiseitiger Migrationshintergrund) und den erhobenen Häufigkeitsdaten der einzelnen Fragen ermittelt. Als Korrelationsmaß wurde Cramers Index (CI) gewählt. In der Literatur findet man als Bewertung häufig 0,1 - 0,3 = schwacher Zusammenhang, 0,4 - 0,5 = mittlerer Zusammenhang und $> 0,5$ = starker Zusammenhang, wobei $> 0,3$ in den Sozialwissenschaften bereits als bedeutsamer Zusammenhang gilt. Zur Adjustierung des α -Niveaus wurde die Bonferroni-Holm-Prozedur angewandt.

Ergebnisse

Prävention und Zugangsbarrieren zu psychosozialen Versorgungsangeboten

Bei den Kindern aus deutschen und biculturellen Familien ist die Altersverteilung zum Zeitpunkt der Einweisung relativ ähnlich, sie kommen in der Mehrzahl zwischen dem 13.-18. Lebensjahr und jeweils rund ein Drittel in beiden Gruppen wird zwischen dem 6.-12. Lebensjahr kinderpsychiatrisch behandelt (Tab. 1). Etwas anders sieht die Altersverteilung in der Gruppe der Kinder mit zwei ausländischen Elternteilen aus: sie kommen häufiger zwischen dem

13.-18. Lebensjahr und seltener in den übrigen Altersgruppen. Allerdings ist dieser Zusammenhang nur schwach ($CI=0,2$) und nicht signifikant.

			Alter				Gesamt
			unter 6 Jahre	6-12 Jahre	13-18 Jahre	19-21 Jahre	
Migrationshintergrund	kein Elternteil	Anzahl	26	67	123	7	223
		% der Gesamtzahl	7,4	19,1	35,0	2,0	63,5
	ein Elternteil	Anzahl	3	18	33	0	54
		% der Gesamtzahl	0,9	5,1	9,4	0,0	15,4
	beide Elternteile	Anzahl	5	13	51	5	74
		% der Gesamtzahl	1,4	3,7	14,5	1,4	21,1
Gesamt		Anzahl	34	98	207	12	351
		% der Gesamtzahl	9,7	27,9	59,0	3,4	100,0

Tab. 1: Alter zum Zeitpunkt der Einweisung

Tendenzielle Unterschiede ergeben sich auch in der Art der klinischen Behandlung: Kinder mit Migrationshintergrund sind in der Tagesklinik eher unterrepräsentiert, während sie eher überproportional häufig im vollstationären Setting anzutreffen sind ($p=0,013$, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant) und hier sind es vor allem Kinder mit zwei ausländischen Elternteilen, die mit signifikanter Häufung in der geschützten Station (Tab. 2) untergebracht wurden ($CI=0,2$; $p=0,003$).

In diesem Zusammenhang ist zu sehen, dass deutsche Kinder in der Mehrzahl von den Eltern eingewiesen werden ($p=0,001$), während Kinder mit Migrationshintergrund in der Tendenz häufiger per akutem Einweisungsmodus aufgenommen werden, das heißt über die Notaufnahme einer anderen Klinik oder durch Polizei oder Feuerwehr ($p=0,04$, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant).

Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Maßnahmen vor dem Klinikaufenthalt: Während die Hälfte der deutschen Kinder zuvor schon einmal stationär behandelt wurde, sind es bei den bikulturellen Kindern rund ein Drittel und bei den Kindern mit zwei ausländischen Elternteilen ein Fünftel. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen der sonstigen vorstationären Maßnah-

men: So werden zwar medizinische und soziale Angebote von allen Gruppen gleichermaßen genutzt, bei den psychotherapeutischen ($p=0,038$, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant) und funktionstherapeutischen Maßnahmen ($p=0,025$, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant) sind die Kinder mit Migrationshintergrund jedoch tendenziell unterrepräsentiert, wobei Kinder aus bikulturellen Familien bei psychotherapeutischen Angeboten der deutschen Vergleichsgruppe ähneln. Sowohl bei Kindern mit Migrationshintergrund als auch bei deutschen Kindern werden die ersten Auffälligkeiten in der Mehrzahl ab dem 6. Lebensjahr bemerkt, mit einer Steigerung zur Adoleszenz. Bei Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund werden in der Tendenz häufiger die ersten Auffälligkeiten bereits im ersten Lebensjahr angegeben, während bei den bikulturellen Kindern eine deutliche Zuspitzung zwischen dem 4.-5. Lebensjahr zu verzeichnen ist (nicht signifikant).

			Vollstationär offen und geschlossen		Gesamt
			offen	geschlossen	
Migrationshintergrund	kein Elternteil	Anzahl	92	47	139
		% der Gesamtzahl	38,2	19,5	57,7
	ein Elternteil	Anzahl	29	12	41
		% der Gesamtzahl	12,0	5,0	17,0
	beide Elternteile	Anzahl	26	35	61
		% der Gesamtzahl	10,8	14,5	25,3
Gesamt		Anzahl	147	94	241
		% der Gesamtzahl	61,0	39,0	100,0

Tab. 2: Vollstationäres Setting nach Migrationshintergrund

Migrationsspezifische Risiko- und Belastungsfaktoren

Während in der Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund und in der Gruppe der bikulturellen Patienten die Verteilung hinsichtlich der Schulbildung relativ ähnlich verläuft mit gleichermaßen geringer Schulabbruchquote, zeigt sich bei den Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund als Ten-

denz, dass sich die Adoleszentengruppe sich vorwiegend aus Hauptschülern und Schulabbrechern zusammensetzt (nicht signifikant).

Als weitere Entwicklungsrisiken gelten die Faktoren Trennungsfamilie, hohe Geschwisterzahl und alleinerziehendes Elternteil. Hier ergeben sich Rückschlüsse auf die Gruppe der Patienten mit Migrationshintergrund: Bedenkt man, dass 8,1% der ausländischen Familien mehr als vier Geschwister haben (deutsche Familien 2,2%, Bundesfamilienministerium 2003), so lässt sich die relativ ähnliche Verteilung bei Patienten ohne und Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund bei Erhöhung in der biculturellen Gruppe dadurch erklären, dass eine hohe Geschwisterzahl zwar für Patienten ohne Migrationshintergrund und biculturelle Kinder einen Risikofaktor darstellt, nicht aber für die Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund. Dieser Befund spricht für die erhöhte Familienkohäsion als Ressource in Migrantenfamilien.

			Trennungsfamilie		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	kein Elternteil	Anzahl	63	146	209
		% innerhalb von Migrationshintergrund	30,1	69,9	100,0
	ein Elternteil	Anzahl	9	44	53
		% innerhalb von Migrationshintergrund	17,0	83,0	100,0
	beide Elternteile	Anzahl	25	39	64
		% innerhalb von Migrationshintergrund	39,1	60,9	100,0
Gesamt		Anzahl	97	229	326
		% innerhalb von Migrationshintergrund	29,8	70,2	100,0

Tab. 3: Aufwachsen in einer Trennungsfamilie nach Migrationshintergrund.

Bei Betrachtung der Trennungsstatistik (Tab.3) zeigt sich eine Tendenz mit schwacher Korrelation ($CI=0,1$), dass dieses Phänomen bei biculturellen Familien etwas häufiger vorkommt, während die Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund ähnelt, obwohl der Literatur nach Trennung in ausländischen

Familien allgemein seltener ist als in Familien ohne Migrationshintergrund (Schepker & Toker 2009). Die hier gefundene Ähnlichkeit der Verteilung bzgl. der Gruppe der Patienten ohne Migrationshintergrund und der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund in der Inanspruchnahmepopulation unserer Klinik lässt daher darauf schließen, dass Trennung der Eltern für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund einen stärkeren Risikofaktor darstellt.

Besonderheiten in der klinischen Behandlung

Passend zu der oben beschriebenen abweichenden Altersverteilung mit geringerem Anteil jüngerer Kinder in der Gruppe der Kinder mit zwei ausländischen Elternteilen wurden Diagnosen der ICD-10-Gruppe F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) bei Patienten dieser Gruppe tendenziell gehäuft vergeben und Diagnosen aus der ICD-10-Gruppe F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) eher seltener (0,024, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant). Das Einweisungsmerkmal „dissozial sowie delinquent“ war zwar tendenziell etwas häufiger bei Patienten mit Migrationshintergrund (Tab. 4) vermerkt, Cramers Index liegt jedoch unter 0,1.

			Symptomatik zum Zeitpunkt der Einweisung: dissozial u. delinquent		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	kein Elternteil	Anzahl	185	37	222
		% innerhalb von Migrationshintergrund	83,3	16,7	100,0
	ein Elternteil	Anzahl	44	10	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	81,5	18,5	100,0
	beide Elternteile	Anzahl	57	17	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	77,0	23,0	100,0
Gesamt		Anzahl	286	64	350

Tab. 4: Symptom „dissozial bzw. delinquent“ Zeitpunkt der Einweisung

Obwohl Diagnosen der ICD-Gruppe F8 (Entwicklungsstörungen) in allen drei Gruppen etwa gleich häufig diagnostiziert wurden, fand sich das Einweisungskriterium „entwicklungsverzögert“ tendenziell seltener bei Patienten mit Migrationshintergrund ($p=0,048$, aufgrund der Alpha-Adjustierung nicht signifikant). Erklärungen dafür könnten sein, dass in der Vorgeschichte aufgrund des Migrationshintergrunds geringere Erwartungen an das deutschsprachige Entwicklungsniveau gestellt wurden, die Eltern hinsichtlich einer altergerechten Entwicklung ihrer Kinder andere Maßstäbe anlegten und/oder entsprechende ärztliche, logopädische oder testpsychologische Untersuchungen zum Entwicklungsstand seltener wahrgenommen worden waren (vgl. Spitzcok et al. 2006). Die Angleichung der Verteilungen aller drei Gruppen bei der Entlassungsdiagnose kann mit der Durchführung entsprechender normierter Diagnostik während der teil- bzw. vollstationären Behandlung und den damit verbundenen Korrekturen in der Einschätzung des aktuellen Entwicklungsstands erklärt werden.

			Abbruch der Behandlung		Gesamt
			trifft nicht zu	trifft zu	
Migrationshintergrund	kein Elternteil	Anzahl	206	17	223
		% innerhalb von Migrationshintergrund	92,4%	7,6%	100%
	ein Elternteil	Anzahl	49	5	54
		% innerhalb von Migrationshintergrund	90,7%	9,3%	100%
	beide Elternteile	Anzahl	55	19	74
		% innerhalb von Migrationshintergrund	74,3%	25,7%	100%
Gesamt		Anzahl	310	41	351
		% innerhalb von Migrationshintergrund	88,3%	11,7%	100%

Tab. 5: Abbruch der Behandlung nach Migrationshintergrund.

Deutlich zeigte sich eine signifikant erhöhte Abbruchquote ($CI=0,2$; $p=0,0001$) bei Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund (Tab. 5) sowie eine signifikant verkürzte Verweildauer ($p=0,003$). Mögliche Ursachen sind sprachliche und andere kulturelle Missverständnisse hinsichtlich der Störungsbilder und anderer Aspekte der Behandlung, mangelnde kultureller Passung allgemein, geringere Mitwirkungsbereitschaft seitens der Eltern und

vermindertes Vertrauen in die Heilungserfolge und Methoden der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zu einem Teil dieser Erklärungsansätze passt auch die signifikante Häufung von Zwangseinweisungen bei dieser Patientengruppe ($p=0,0001$) sowie die bereits oben referierte signifikante Häufung auf der geschlossenen Station.

Diskussion

Die Untersuchung ist als naturalistische retrospektive Aktenauswertung den bekannten methodischen Einschränkungen unterworfen und die Ergebnisse bilden rückblickend die klinische Realität einer einzelnen Versorgungsklinik ab. Da diese für zwei Berliner Bezirke (Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg) mit hohem Migrantenanteil und seit Jahrzehnten ausgebauter migrantenspezifischer Infrastruktur und Kooperationsstrukturen die Pflichtversorgung und Spezialversorgung (Qualifizierter Entzug, stationäre Psychotherapie) leistet, sind die Ergebnisse eher auf großstädtische Strukturen mit hohem Migrationsanteil in der Wohnbevölkerung zu übertragen.

Die Ergebnisse legen nahe, dass bei Kindern mit zwei ausländischen Elternteilen zwischen dem ersten Auftreten von Auffälligkeiten und der Klinikweisung ein langer Zeitraum vergeht, in dem relativ wenig Maßnahmen eingeleitet werden, was einerseits bedeuten kann, dass der Zugang zu den Hilfsangeboten nicht gefunden wird, andererseits, dass innerfamiliäre Bewältigungsstrategien wirksam sind und die Probleme des Kindes abfedern bzw. lösen.

Die akute Einweisungssituation bei der Gruppe der Adoleszenten wirft interpretatorische Fragen auf. Es ist prospektiv zu klären, ob sich hinter den akuten Einweisungsinterventionen und der stationären Unterbringung eher dramatischere Störungsbilder als bei Patienten ohne Migrationshintergrund verbergen und wenn ja, warum diese gehäuft bei dieser Gruppe und in diesem Alter auftreten, oder ob sich eher der kulturspezifische Umgang mit dem Thema Krankheit widerspiegelt. Denkbar wäre auch ein erhöhtes Vertrauen in medizinische Angebote und eine Dramatisierung der Symptomatik seitens der Jugendlichen, weil dadurch kulturell bedingt mehr Aufmerksamkeit und Wirksamkeit erzielt wird. Interpretatorische Hinweise liefert die Gruppe der bikulturellen Kinder: Sie ähneln in der Akuität der Klinikunterbringung den Kindern mit beidseitigem Migrationshintergrund und haben im Vorfeld ähnlich wie die Patienten ohne Migrationshintergrund mehr präventive Maßnahmen durchlaufen. Einerseits wird durch diesen Befund zwar die Hypothese

von Zugangsbarrieren erhärtet, was sich vor allem für zwei ausländische Elternteile schwierig gestaltet, andererseits spricht es für eine kulturspezifische Akuität von Störungsbildern, wenn diese trotz präventiver Maßnahmen in dieser Form auftreten.

Es wäre zu diskutieren, ob die primär Individuum zentriert ausgerichteten ‚deutschspezifischen‘ Präventionsmaßnahmen in kollektivistisch orientierten Kulturen (Hofstede & Hofstede 2009) mit innerfamiliären Bewältigungsstrategien den Klienten ungenügenden (antizipierten) Nutzen bringen. Bei bikulturellen Familien scheinen weder kollektive Familienmaßnahmen zu wirken noch individualistisch orientierte Präventionsmaßnahmen, so dass eine szenische Aggravation von Störungsbildern plausibel erscheint.

Sowohl für bikulturelle als auch für Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund stellt sich eine Trennung der Eltern als härterer Risikofaktor als für Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund dar, wenn man die Verteilungen mit der Statistik von Alleinerziehenden in Deutschland vergleicht: In der Allgemeinbevölkerung wachsen 15,4% der Deutschen mit nur einem Elternteil auf, dagegen 11,9% der Migranten (Bundesministerium für Familie 2003). In unserer Klinikinanspruchnahmepopulation lag dieser Anteil mit 83% bei den bikulturellen Patienten deutlich über dem Anteil bei den Patienten ohne Migrationshintergrund (69,9%), aber auch der Anteil in der Gruppe der Patienten mit beidseitigem Migrationshintergrund lag mit 60,9% höher, als dies aufgrund des vorgenannten Verhältnisses zwischen Patienten ohne Migrationshintergrund und Patienten mit Migrationshintergrund in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre. Der Prozess der Individualisierung und Selbstentwicklung als Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz vor dem Hintergrund eines deutsch-kulturell geprägten Adoleszentenbildes, das offenbar Jugendliche aus bikulturellen Familien besser ausfüllen und bewältigen können als Jugendliche aus Migrantenfamilien mit kollektivistisch orientiertem Menschenbild, könnte hier eine Rolle spielen.

Die Tatsache, nur mit einem Elternteil aufzuwachsen, führt vor allem zu kulturspezifischen Besonderheiten bei der männlichen Patientengruppe: fehlendes Männervorbild, zu enge Bindung an die Mutter, Rollenkonfusion und fehlende Identitätsbildungsmuster sind nur einige Überlegungen zur Wirkungsweise, besonders vor dem Hintergrund, dass in aller Regel Mütter alleinerziehend sind und bei bikulturellen Familien in 75% der Fälle die Väter nichtdeutscher Herkunft und damit Träger der (fremd)kulturellen Identität sind.

Während die Gruppe der bikulturellen Patienten hinsichtlich soziodemographischer und präventiver Merkmale eher der Gruppe der Patienten ohne

Migrationshintergrund gleicht, ergeben sich bei der klinischen Behandlung eher Überschneidungen zwischen den beiden Migrantengruppen, vor allem hinsichtlich der Einweisungssituation und des Symptomerlebens. An diesem Punkt können prospektive Untersuchungen anschließen und erhellen, inwiefern Symptomerleben und Ausdruck seitens der Patienten und Symptombemerkung sowie die Klassifizierung seitens des Klinikpersonals zu diesen Unterschieden führen und wie darauf am besten reagiert werden kann.

Literatur:

Assion, H. -J. (2005) Migration und seelische Gesundheit. Berlin: Springer

Bundesministerium für Familie (Hg.) (2003) Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Berlin

Erb, J., Werner, M. (2003a) Prävalenz von Entwicklungsauffälligkeiten bei Vorschulkindern. Im Vergleich: verschiedene Nationalitäten und Zeitpunkt der Diagnose. *Kinderärztliche Praxis* 6: 368-375

Erb, J., Werner, M. (2003b) Maßnahmen der Frühförderung bis zur Einschulung. Welche Rolle spielt die Nationalität? In: *Kinderärztliche Praxis* 6, 376-380

Freitag, Ch., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2000) Psychosoziale Belastung für Verhaltensauffälligkeiten bei Jugendlichen aus migrierten und deutschen Familien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 28, 93-103

Hofstede, G., Hofstede, G. J. (2009) Lokales Denken, globales Handeln - Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management. 4.Aufl. München: dtv

Kizilhan, J. I. (2009) Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut* 54(4), 281-288

Kleinemeier, E., Yagdiran, O., Censi, B., Haasen, C. (2004) Psychische Störungen bei türkischen Migranten. Inanspruchnahme einer Spezialambulanz. *Psychoneuro* 30(11): 628-632

Mikrozensus (2008)

www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/MigrationIntegration/MigrationIntegration

Schepker, R., M. Toker, M. (2009) Transkulturelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schepker, R., M. Toker, M., Eberding, A. (2005) Abschlussbericht. Familiäre Bewältigungsstrategien. Bewältigungsstrategien und Umgang mit verhaltensauffälligen Jugendlichen in

Familien aus der Türkei unter besonderer Berücksichtigung jugendpsychiatrischer Versorgung. http://vts.uni-ulm.de/docs/2005/5354/vts_5354.pdf

Schouler-Ocak, M. (2009) Migration und Suizidalität. Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) vom 25.9.-27.9.09 in Berlin

Spitzcok von Brisinski, I., Schaff, C., Schepker, R., Schulte-Markwort, M. (2006) Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Überarbeitung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U4 bis U9. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 16(2): 7-60

Korrespondenzadresse:

Alexandra Thiele, Dr. med. Oliver Bilke

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Landsberger Allee 49

10249 Berlin

Tel. (030) 130 23 8000

Email: oliver.bilke@vivantes.de

Imaginative Psychotherapie bei Angststörungen in der Adoleszenz am Beispiel der Schulphobie

Renate Sannwald

In den letzten Jahren wird ein Anstieg von Angsterkrankungen vor allem bei den jüngeren Altersgruppen der Bevölkerung verzeichnet, was u. a. mit den veränderten Lebensgewohnheiten im Bereich des Bewegungsverhaltens in Zusammenhang gebracht wird. PD Dr. Lieb aus München gab auf der 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Angstforschung in Berlin 2003 an, dass 15% der Erwachsenenpopulation eine Angststörung habe, wobei das Geschlechterverhältnis $w : m = 2 : 1$ betrage.

Angststörungen beginnen meist im fünften bis sechsten Lebensjahr mit einem Inzidenzmaximum bei 18 Jahren. Trennungsangst gilt als Frühindikator für eine später auftretende Angststörung; eine früh auftretende Angststörung wird als Risikofaktor für spätere psychiatrische Erkrankungen angesehen. Dieser Ansicht war auch Freud, der in der Arbeit „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“ (1909) konstatierte: „Wenn man dann einmal einen erwachsenen Neurotiker in psychoanalytische Behandlung nimmt, der ... erst in reiferen Jahren manifest erkrankt ist, so erfährt man regelmäßig, dass seine Neurose an jene Kinderangst anknüpft, die Fortsetzung derselben darstellt, und dass also eine fortgesetzte, aber auch ungestörte psychische Arbeit sich von jenen Kinderkonflikten an durchs Leben fort gesponnen hat, ohne Rücksicht darauf, ob deren erstes Symptom Bestand hatte oder unter dem Drange der Verhältnisse zurückgezogen wurde.“

Geschichtlicher Überblick über psychodynamische Konzepte zur Entstehung der Angstneurose

Der Begriff der Angstneurose stammt von Freud (1895), der in seiner Arbeit „Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose“ abzugrenzen“ erstmals eine umfassende Beschreibung der nosologischen Entität der Angstneurose vorlegte. „Ich nenne diesen Symptomenkomplex ‚Angstneurose‘, weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen, weil jeder einzelne von ihnen eine bestimmte Beziehung zur Angst besitzt.“ Es folgt eine sehr minutiöse Darstellung der Symptomatik der Angstneurose, die auch heute noch beeindruckt durch ihre klinische Präzision. „Man kann etwa sagen, dass hier ein Quantum Angst frei flottierend vorhanden ist, welches bei der Erwartung die Auswahl der Vorstellungen beherrscht und jederzeit bereit ist, sich mit irgendeinem passenden Vorstellungsinhalt zu verbinden.“ Er fasste die Angstneurose mit der Hypochondrie und der Neurasthenie zu den so genannten „Aktualneurosen“ zusammen.

Freud nahm an, dass diese Aktualneurosen durch eine mechanische Libido-stauung zustande kämen, wobei sich die aufgestaute sexuelle Energie (z.B. beim Coitus interruptus) in Angst umwandle. An diesem psychodynamischen Konzept der Angstneurose, das als die „erste Angsttheorie“ bezeichnet wird und uns heutzutage etwas befremdlich erscheint, hielt Freud über lange Jahre fest. „Zur Angstneurose ... führen alle Momente, welche die psychische Verarbeitung der somatischen Sexualerregung verhindern.“

Später erkannte er, dass auch bei den Aktualneurosen intrapsychische Konflikte von ursächlicher Bedeutung sind. In seiner „zweiten Angsttheorie“ (Hemmung, Symptom und Angst, 1926) stellte er überzeugend dar, dass Angst nicht durch Energieumwandlung entstehe, sondern eine Ich-Leistung mit Signalfunktion sei. „Die in diesem Aufsatz vertretene Auffassung der Angst entfernt sich ein Stück weit von jener, die mir bisher berechtigt erschien. Früher betrachtete ich die Angst als eine allgemeine Reaktion des Ichs unter den Bedingungen der Unlust, ... und nahm an, dass Libido ... eine direkte Abfuhr in der Form der Angst findet. Der Einspruch gegen diese Auffassung ging von der Tendenz aus, das Ich zur alleinigen Angststätte zu machen, war also eine der Folgen der im *Ich und Es* versuchten Gliederung des seelischen Apparates. ... Die biologische Bedeutung des Angsteffekts kam zu ihrem Recht, indem die Angst als die allgemeine Reaktion auf die Situation der Gefahr anerkannt wurde; ... dem Ich (wurde) die Funktion eingeräumt, den Angsteffekt nach seinen Bedürfnissen zu produzieren.“ Die Angst als Signalaffect mobilisiere

die Abwehr gegen äußere oder innere Gefahren. Weiter differenzierte Freud die Realangst als Angst vor bekannten Gefahren von der neurotischen Angst als Angst vor einer Triebgefahr. Er entwirft auch eine erste Angsthierarchie in der Folge Geburtsangst – Verlustangst – Liebesverlustangst – Überich-Angst – Kastrationsangst, ein Gedanke, der von Mentzos (1994) später aufgegriffen und weiter ausgearbeitet wird. Damit ist auch der Gedanke der Trennung als zentralem Angst auslösendem Moment bereits benannt.

Die Symptomatik der Angstneurose nach Mentzos (1990)

Mentzos hält es für wichtig, den Terminus „Angstneurose“ auf das von Freud deskriptiv beschriebene Syndrom einzugrenzen. Er unterscheidet drei verschiedene Formen angstneurotischer Symptombildung:

1. Viele angstneurotische Patienten erleiden zu Beginn ihrer Erkrankung einen sympathicovasalen Anfall mit Tachykardie und Blutdruckanstieg. Dieser Vorgang der Resomatisierung bildet den Kristallisationskern für eine Symptombildung. Der Patient empfindet bewusst sehr intensiv eine Angst vor drohendem Herzstillstand anstelle der dahinter liegenden Angst vor dem Selbstverlust, die weiter unten dargestellt wird.
2. Auch andere psychovegetative Symptome wie Atemwegsbeklemmungen, Schwindelgefühle, Bauchschmerzen und Durchfälle können den Kristallisationskern für eine angstneurotische Symptombildung darstellen und in der Folge als Zeichen einer bedrohlichen Erkrankung angesehen werden.
3. Schließlich entsteht bei manchen Patienten ohne körperliche Angstkorrelate eine Angst vor dem Auftreten von Angstanfällen, die so genannte „Angst vor der Angst“. Die Angst vor dem Selbstverlust wird also auf die Angst vor einem Angstanfall verschoben.

Zur Psychodynamik der Angstneurose nach Mentzos (1994)

Mentzos ist der Ansicht, dass die Angstreaktion des Menschen im Laufe seiner Entwicklung eine Reifung erfahre von der diffusen Angst hin zur reifen Furcht. Entsprechend dieser Vorstellung könne man diffuse, körpernah erlebte, grundlose Angstzustände beim Erwachsenen als eine regressive Reaktivierung ontogenetisch früherer Angstmodi begreifen oder auch eine Desintegration des späteren reiferen Angstmusters vermuten. Die reife Angstreaktion

habe Signalcharakter; die Fähigkeit zur sinnvollen Kontrolle der Angst ist ein Indikator für die Ich-Stärke des Patienten.

Beim angstneurotischen Patienten verbirgt sich hinter der bewusst erlebten und dargestellten Angst vor dem Verlust der physischen Existenz, der Todesangst, eine tiefer liegende Angst vor dem Selbstverlust, also dem Verlust der psychischen Existenz. Diese Angst wird verschoben auf ein angeblich drohendes Versagen körperlicher Funktionen.

Auslösende Situationen für eine angstneurotische Symptomatik sind faktische oder symbolische Trennungssituationen. Der angstneurotische Patient beantwortet Trennungen nicht mit seelischen Schmerz wie ein Trauernder oder ein depressiver Patient, sondern mit existentieller Angst. Er ist stark von äußeren, Sicherheit gewährenden Objekten abhängig. Dies hat seinen Grund in einer mangelhaften Ausbildung der Objekt Konstanz. Eine schwache Verinnerlichung des Objektes in der Objektrepräsentanz ist zwangsläufig vergesellschaftet mit einer schwachen Ausbildung der Selbstrepräsentanz des Patienten. Damit wird erklärlich, weshalb die Selbstverlustangst aufkommt, wenn das äußere Objekt fehlt. Sie hat Ähnlichkeit zur so genannten „Achtmonatsangst“ des Säuglings.

Der angstneurotische Patient versucht, diese Schwäche der Repräsentanzen zu kompensieren durch die räumliche Anwesenheit und ständigen Kontakt mit vertrauten äußeren Objekten. Autonomiebestrebungen und die damit verbundenen Trennungsaggressionen muss er aus diesem Grunde als hochgradig gefährlich erleben, denn er hat die unbewusste Vorstellung, dass seine Aggression das Objekt zerstöre, was wiederum seine eigene psychische Existenz gefährden würde. Oft sind gerade Autonomiewünsche oder aggressive Impulse gegenüber den Bezugspersonen auslösend für die angstneurotische Symptomatik.

Welche interaktionellen Konstellationen führen nun, objektbeziehungstheoretisch betrachtet, zur beschriebenen „Schwäche der Repräsentanzen“? Schönhalz (1994) beschreibt, sie habe in ihren Behandlungen beobachtet, dass die Mütter angstneurotischer Patienten sich überwiegend um das körperliche Befinden ihrer Kinder gekümmert hätten und „ihr Kind in seinen lustbetonten, traurigen, aggressiven und sonstigen Affektzuständen weder direkt bestätigt noch affektiv geantwortet“ hätten. „(Die Mutter) vermeidet Gefühlserlebnisse und verleugnet Beziehungsaspekte. Eine wichtige emotionelle Erfahrung wird verdünnt, sobald sie entsteht. Folglich entwickelt der Angstneurotiker nur schwache Repräsentanzen, die zu verschwinden drohen, wenn das Objekt

nicht konkret da ist und wenn er sich selbst nicht auf eine bestimmte Weise erfährt. ... Das Dilemma des Angstneurotikers ist folgendes: Er kann keine sicheren Repräsentanzen ohne ausreichendes Affekterleben entwickeln; doch vermeidet er Affekte, denn die altbekannte Interaktion, die er ständig aktualisiert, besteht aus Affektvermeidung.“

Viele Mütter angstneurotischer Patienten haben selber eine Angstsymptomatik und benutzen die Präsenz ihrer Kinder dazu, sich vor dem Alleinsein zu schützen, wie wir es von unseren schulphobischen Patienten kennen. Autonomieimpulse werden aktiv unterbunden, anklammerndes Verhalten wird positiv verstärkt.

Aufgrund ihrer Schwierigkeit, sich aggressiv durchzusetzen, werden angstneurotische Patienten selten persönlich und beruflich erfolgreich (Vogel 1994). Die Angst, allein und hilflos zu sein, wird zum Regulativ in der inneren und äußeren Welt, und entsprechend werden Triebwünsche, phallisch-narzisstische Bedürfnisse und Wünsche nach Autonomie vom Ich zensiert und zurückgewiesen. Dies ist ein weiterer Grund für die starken archaischen Wut- und Hassgefühle vieler Patienten.

Zur Psychotherapie des angstneurotischen Patienten

Die Psychotherapie des angstneurotischen Patienten stellt den Therapeuten vor hohe Anforderungen. „Häufig besteht das erste Übertragungsangebot angstneurotischer Patienten darin, den Therapeuten zu einer guten, idealisierten, omnipotenten ... Mutter zu machen, bei welcher sie Schutz und Halt suchen, stetiges Verständnis erwarten, die Befriedigung ihrer Bedürfnisse erhoffen, ohne die des Objektes berücksichtigen zu wollen.“ (Markert 1994) Der Patient hat zu Beginn der Behandlung einen Anspruch auf die ständige Präsenz des Therapeuten, was oft Überforderungsgefühle zur Folge hat. „So entsteht ein Klima von Harmonie, Eintracht, Zusammengehörigkeit, Idealisierung und Schonung. Oft bessern oder verlieren sich in dieser Zeit die Symptome im Sinne einer Übertragungsheilung oder Übertragungsbesserung. Der Patient ist sehr bemüht, alles Trennende, Unangenehme in der Beziehung zu meiden.“ Eine weitere Gegenübertragungsschwierigkeit entsteht aus dieser Konstellation: der Therapeut ist häufig sehr angetan von dieser Entwicklung und schreibt sie seiner persönlichen Kompetenz zu. Doch unmerklich entsteht eine Dynamik, wie sie der Patient aus seiner frühen Mutterbeziehung kennt: er erlebt den Therapeuten als schonend und Autonomie hemmend, was

in ihm aggressive und feindselige Impulse auslöst; die initiale Idealisierung schlägt um in eine Vorwurfshaltung und Entwertungstendenz. Es besteht die Gefahr der Ausbildung von Nebenübertragungen und einem Behandlungsabbruch, wenn der Patient sich nicht ausreichend gehalten und verstanden fühlt. „Der Patient muss lernen, das Agieren wieder in Denken und Fühlen zu verwandeln. ... In der Übertragung wiederholt der angstneurotische Patient vor allem seine Beziehung zu seiner Mutter. Er geht mit dem Therapeuten um wie mit einem Übergangsobjekt, mit dem man tun und lassen kann, was man will.“ Im Therapeuten entsteht dann das Gefühl, dass der Patient ihn nicht als eigenständige Person wahrnehme, sondern lediglich in seiner „Hilfsich-Funktion“. Dieses Phänomen erklärt sich aus der Tatsache, dass der Patient zunächst gar nicht in der Lage ist, ein differenziertes Bild vom Therapeuten in sich zu halten; diese Fähigkeit entwickelt sich erst im Laufe einer längeren Psychotherapie. Zentral ist also die Bearbeitung des Abhängigkeits-Autonomie-Dilemmas. Der Patient lernt in der Therapie, eigene Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und in die Beziehung zum Therapeuten und zu seinen Objekten zu integrieren, was er in seinen frühen Beziehungen nicht erfahren konnte.

In meinem Vortrag werde ich das Krankheitsbild der Schulphobie als klassische Angststörung der Kindheit und Jugend konzeptualisieren und diese Konzeption wie auch die bisherigen psychodynamischen Ausführungen anhand einer Kasuistik illustrieren.

Die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme knapp 16jährige Maria habe ich vor einigen Jahren in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck etwa fünf Monate lang stationär behandelt. Sie kam auf Überweisung ihrer analytischen Kinder- und Jugendlichentherapeutin in die Klinik, weil sie seit etwa einem Jahr vor allem in Stresssituationen unter Luftnotanfällen leide, was ich als Resomatisierung ihrer Angst verstand. Diese Anfälle hinderten das Mädchen letztendlich an den Fahrten mit dem Schulbus, sodass sie seit etwa einem Jahr nur sporadisch und seit drei Monaten überhaupt nicht mehr zur Schule gegangen war. Die ambulanten Therapiestunden besuchte sie auch nur noch dann, wenn sie von der Mutter mit dem Auto gebracht wurde. Maria ging praktisch nicht mehr aus dem Haus und telefonierte nur noch selten mit zwei Freundinnen. Außerdem hatte sie im Laufe des Jahres einen Nasentropfen- und β -Sympathomimetika-Abusus entwickelt.

Außerdem war Maria stark übergewichtig und wog bei der stationären Aufnahme bei einer Größe von 165 cm 94,2 kg. Im Laufe der vergangenen zwei

Jahre hatte sie insgesamt 30 kg an Gewicht zugenommen. Bei Belastung traten weitere psychosomatische Beschwerden wie Bauchschmerzen und Schwindel auf.

Eigenanamnestisch ist von Bedeutung, dass Maria das erste, ungeplante Kind ihrer Eltern war, die damals beide beruflich sehr engagiert waren. Die Eltern stammten aus konventionellen Familien in Ostholstein und wollten sich vor der Familiengründung „ein Heim schaffen“. Maria wurde durch Vacuumextraktion geboren und machte wegen eines Kopfschwartenhämatoms eine verstärkte Neugeborenenengelbsucht durch, weswegen sie mit ihrer Mutter 14 Tage in der Geburtsklinik bleiben musste. Die Säuglingszeit verlief ebenso wie die frühkindliche Entwicklung unauffällig. Bemerkenswert war lediglich, dass mit der Sauberkeitserziehung bereits im Alter von neun Monaten begonnen wurde, Maria dennoch erst mit drei Jahren sauber war. Sie wurde als sensibles Kind beschrieben, das eine Dunkelangst gehabt hatte und gelegentlich nachts schlafgewandelt war. Im Kindergarten im Alter habe Maria ziemliche Kontaktprobleme gehabt; sie habe „nur in der Ecke gesessen und den anderen Kindern zugeschaut“. Sie habe zunächst die Dorfschule des Dorfes besucht, in dem die Eltern wohnten, und wechselte dann auf die Realschule einer Kleinstadt in Ostholstein, wo sie anfangs auch ziemliche Eingewöhnungsschwierigkeiten hatte – beides betrachtete ich als charakteristisch für angstneurotische Patienten. Mit dem Eintritt der Pubertät kam es zu der erwähnten erheblichen Gewichtszunahme; auch ein Kuraufenthalt in Bad Orb habe im Hinblick auf eine Gewichtsabnahme keine nachhaltige Wirkung gezeigt.

Zur Familienanamnese ist erwähnenswert, dass die Familie ein Haus auf dem Grundstück der Gv bewohnte und mit der großelterlichen Familie noch sehr verbunden war. Maria war die Lieblingsenkelin der Gmv, die nach dem Tod des Gvv im Sommer 1988 für zwei Jahre schwer depressiv verstimmt gewesen war.

Nun zum **Therapieverlauf**: Maria erhielt während der Zeit ihres stationären Aufenthaltes eine Katathym Imaginative Psychotherapie mit zwei Einzeltherapiestunden wöchentlich. Dabei führte ich in aller Regel einmal wöchentlich eine Imagination mit ihr durch und verwendete die zweite Wochenstunde dazu, die Imagination nach zu besprechen. Im Folgenden werde ich diese Imaginationen bezogen auf die therapeutischen Fortschritte darstellen, die Maria machte.

Im Blumentest imaginierte Maria eine Blume mit roten „tropfenherzförmigen“ Blütenblättern und einer gelben, etwas plüschigen Mitte. Diese Blume

befindet sich mit anderen Blumen auf einer Wiese. Maria steht zunächst auf einem Feldweg am Rande der Wiese, legt sich dann nach Ermunterung meinerseits auf die Wiese. Da kann sie auch den Geruch einer abgepflückten Blüte wahrnehmen. Bei der zugehörigen Zeichnung fällt auf, dass Maria ihren eigenen Körper nur angedeutet darstellt; die Blüte, die sie in der Hand hält, lässt den Kopf hängen - ein Hinweis auf ihre ausgeprägte, noch abgewehrte Depression. Auch füllt ihre Darstellung nur einen kleinen Teil des Blattes und wirkt wie eine Insel. Ich verstand dies zunächst als Analogie zu ihrer aktuellen Situation. Doch später erkannte ich, dass sich die von Helen Schönhals beschriebene „Blässe der Repräsentanzen“ auch in der zeichnerischen Selbstdarstellung der Patientin zeigt.

Zum Motiv Wiese imaginierte Maria eine grüne Frühlingswiese mit weißen Blumen, auf der ein blühender Apfelbaum steht. Sie findet einen kleinen Bach und baumelt mit den Füßen im Wasser, das sich prickelnd und erfrischend anfühlt und schmeckt, als ob es aus dem Gebirge kommt. Dann setzt sie sich mit einem „Denise“-Roman auf eine Decke unter den Apfelbaum.

Auch bei der zweiten Zeichnung fällt auf, dass sie im Gegensatz zum idyllischen Charakter der Imagination etwas kärglich ist, wenngleich diesmal schon das ganze Blatt ausgefüllt ist. Marias Gestalt ist zwar mittlerweile vollständig, aber durchsichtig, so als ob sie nur Konturen und keine eigene Substanz habe (s.o.).

In der Imagination zum Thema Bach findet Maria sich an der Böschung eines kleinen Flusses am Ende des elterlichen Grundstücks. Das Wetter ist herbstlich bedeckt. Der Bach entspringt einem halbrunden Betonrohr und ist eingebettet zwischen abfallende und mit Büschen bewachsene Uferböschungen. Maria platscht mit Gummistiefeln im bräunlich modderigen Wasser herum, doch das fühlt sich nur kalt an. Sie wadet im Bach entlang, bis dieser in einem weiteren Rohr verschwindet. Es ist ungemütlich; sie möchte die nassen Sachen ausziehen und sich ins Elternhaus zurückziehen. Dort kuschelt sie sich in eine Decke ein und trinkt einen Kakao, von dem es ihr wieder warm wird. In dieser Imagination wird in der Gestaltung des Baches zwischen zwei Betonrohren die starke expansive Hemmung der Patientin deutlich. Im Rahmen der ersten drei Imaginationen wandte ich im Wesentlichen das übende Vorgehen, eine Grundstufentechnik der KIP, an. Ich forderte die Patientin immer wieder dazu auf, ihre Sinneseindrücke genauer wahrzunehmen, zu verdichten, beispielsweise bei der Erkundung des Baches die Strömung des Wassers und die Bewegung ihrer Beine im Wasser zu spüren, seinen Geschmack zu schmecken. Dies führte dazu, dass die Patientin die idealisierende Abwehr

der ersten Imagination weitgehend aufgeben konnte. Vor allem in der Zeichnung ist die depressive Grundstimmung unübersehbar; es geht buchstäblich in keine Richtung weiter. Immerhin trägt ihre Gestalt aber schon Gummistiefel - ein erster Schritt zur Ver - selb - ständigung?

Bei der Imagination des Hausmotivs sieht Maria zunächst ein weißes Haus mit Fenstern und Türen aus Holz, einem Anbau zur Gartenseite und einem Vorgarten mit Blumenbeeten und einem Jägerzaun. An der Haustür findet sich ein Schild mit ihrem Namen und dem ihres zukünftigen Mannes. Sie ist etwas enttäuscht darüber, dass das Haus so „gewöhnlich“ aussieht; etwas Ausgefalleneres wäre ihr lieber gewesen! Beim Betreten des Hauses verwandelt es sich in das Ziegelsteinhaus ihrer Tante. Sie geht ins Obergeschoß zum Kinderzimmer ihres kleinen Cousins. Das Zimmer hat einen weichen Teppich und eine Tapete mit einem Löwenmuster. Maria fühlt sich wohl und geborgen. Hier spielt sie mit ihrem Cousin das „Kuckuck“-Spiel, was beiden Spaß macht.

In der Imagination wird deutlich, dass Maria noch voller regressiver Wünsche ist, die mit ihren Verselbständigungswünschen nicht in der Balance sind. Die Gestaltung eines Familienhauses symbolisiert die enge Bindung an die Primärfamilie; die altersentsprechenden Entwicklungsschritte der Adoleszenz sind nicht vollzogen. Offensichtlich müssen Marias regressivere Wünsche zu einem gewissen Maß erfüllt werden, bevor sie sich „auf ihren eigenen Weg machen kann“. Dieses Thema zeichnet sich auch in der nächsten Imagination ab.

Bei der Imagination des Motivs ‚Waldrand‘ findet Maria sich an einem mit einer Ecke abschließenden Waldstück; davor verläuft ein Weg, auf dem sie selber steht. Ein Rehkitz tritt neugierig aus dem Wald hervor. Maria kann sich ihm nach einigen Minuten nähern und es auch streicheln. Sie erfährt von ihm, dass es seiner Mutter weggelaufen ist, weil es „mal etwas anderes kennen lernen wollte als nur ein kleines Stück Wald“. Beide gehen ein Stück den Weg entlang; Maria verabschiedet sich von dem Rehkitz, indem sie es ermuntert, zu seiner Mutter zurückzukehren, weil es diese noch brauche!

In dieser Imagination tritt erstmals eine hilfreiche Gestalt auf, das Rehkitz, eine Symbolisierung eigener abgewehrter Autonomietendenzen. Bei derartigen Symbolisierungen rege ich einen Dialog mit der Symbolgestalt an, in dem diese dem Patienten ihren Herkunft und ihre Ziele benennt. Durch eine derartige „Verbalisation“ erreiche ich, dass die Symbolgestalten und deren Aussage dem Patienten nach dem Ende der Imagination in stärkerem Maße verfügbar und bewusstseinsnäher sind. Oft sind solche Aussagen bemerkens-

wert weise und nehmen sogar den Charakter eines „Lebensmottos“, einer „Losung“ für den Patienten an.

Hier will das Rehkitz „mal etwas anderes kennen lernen als nur ein kleines Stück Wald“, wird von Maria aber zu seiner Mutter zurückgeschickt, weil es diese noch brauche. Eigenständigkeit ist offenbar für die Patientin bedrohlich; es ist sicherer, bei der Mutter zu bleiben bzw. zu ihr zurückzukehren. Ich lasse Maria den Raum, ihr Abhängigkeits-Autonomie-Dilemma auszugestalten, ohne zu stark in Richtung der Autonomie zu intervenieren. Die zugehörige Zeichnung zeigt sehr schön, wie Maria in dem Maße „gegenständlich“ wird, wie sie sich ihre altersgemäßen Autonomiewünsche gestattet. Etwa zeitgleich begann sie, zusammen mit einer Mitpatientin mit dem Bus in die Stadt zu fahren, um dort ins Kino zu gehen oder den Weihnachtsmarkt zu besuchen. Luftnotanfalle traten nur noch im Zusammenhang mit bevorstehenden Wochenendbeurlaubungen auf und sie benötigte keinerlei Medikamente mehr.

In der Imagination zum Thema Autostop sieht Maria sich in Jeans und mit einem Rucksack in der Hand auf einer Landstraße stehen. Von hinten nähert sich ein orangefarbener VW-Käfer mit einem gut aussehenden schwarzhaarigen jungen Mann als Fahrer, der Johnny Depp ähnelt. Maria findet ihn „schleimig“ und lehnt es ab, zu ihm ins Auto zu steigen. Er fährt noch ein Stück neben ihr her und fordert sie immer wieder auf, doch einzusteigen, aber sie lässt sich nicht überreden. Schließlich macht er die Tür zu und fährt achselzuckend davon. Maria ist erleichtert. Auf die Frage, warum sie sich so verhalten habe, kommt die prompte Antwort: die Mutter habe ihr geboten, sich auf so etwas nicht einzulassen! (Assoziatives Vorgehen) Triebwünsche sind gefährlich und werden abgewehrt; dementsprechend entwertet Maria ihren Verehrer und macht ihn in der Zeichnung so unattraktiv wie möglich. Sie muss wohl erst ein Stück ihres Weges alleine gehen, bevor sie sich auf eine Liebesbeziehung einlassen kann.

In der Imagination zum Motiv Löwe sieht Maria einen großen kräftigen Löwen mit einem dunkelgelben Fell, buschiger Mähne und langem Schwanz, der etwas ratlos-neugierig vor seinem Käfig sitzt. Er umkreist sie von sich aus, so dass sie ihn berühren und streicheln kann; das Fell fühlt sich wollig weich und staubig an. Der Löwe hat ein etwas kindliches Gesicht mit großen blauen Augen. Sie gibt ihm aus einer Blechschüssel zu trinken; anschließend lässt er zu, dass sie sich an ihn kuschelt und ausruht.

Hier verwende ich die Grundstufentechniken des Versöhnens und zärtlichen Umgangs und des Nährens und Anreicherns. Dies führt dazu, dass Maria

sich ihrem Löwen annähern kann. Meines Erachtens symbolisiert sie in der Gestalt des Löwen sowohl erotisch-sexuelle als auch Autonomiewünsche - der Löwe sitzt vor seinem Käfig und ist verduzt über seine Freiheit. In der Zeichnung stellt Maria den Löwen kraftvoll und unternehmungslustig dar, ein deutlicher Unterschied zu den früheren, eher zart ausgeführten Zeichnungen. Diese Imagination erlebt sie als ausgesprochen ich-stärkend; ihre depressive Stimmung ist verflogen.

Ich hatte den Eindruck, dass Maria nun stabil genug war, um wieder auf die Regelschule zu gehen, und leitete eine Außenbeschulung ein. Im Hinblick auf diesen Schritt gab ich ihr als nächstes die Imagination zum Bergmotiv vor. Maria sieht sich vor einem hohen spitzen Berg, der im unteren Teil einladend und oben weniger einladend auf sie wirkt. Davor befindet sich eine Wiese mit zwei kleinen gelben Blümchen. Auf meine Aufforderung besteigt sie den Berg, kann sich aber oben nicht umsehen, weil sie Höhenangst hat und sich „wie ein Klammeräffchen“ am Gipfel festklammern muss. Darüber muss sie selber lachen, bevor sie sich an den Abstieg macht und auf halber Höhe einen Absatz findet, wo sie sich ausruhen und umschauen kann. Unter ihr liegen Bäume und Wiesen und eine größere Stadt. - In dieser Imagination macht Maria ihre Abhängigkeitswünsche, ihre Angst vor Überforderung und auch ihre Leistungsbereitschaft deutlich. Während des Tagtraums läuft sie mir praktisch immer wieder davon, ohne dass ich weiß, wo sie sich gerade befindet. Zu Beginn des Außenschulversuchs gab es in der Therapie erwartungsgemäß eine heftige Auseinandersetzung. Maria war mir böse, dass ich ihr einen solchen Schritt zumutete, und hätte am liebsten eine Dispens von mir bekommen. Damit wagte sie in der Therapie zum ersten Mal eine Auseinandersetzung um ihre Abhängigkeitswünsche. Ich blieb fest. Maria konnte sich dann doch von sich aus dafür entscheiden, zur Schule zu gehen, und war mir im Nachhinein dankbar für meine Konsequenz.

Die Abhängigkeits-Autonomie-Thematik zeigt sich auch im nächsten Tagtraum mit dem Thema Ich-Ideal: Maria stellt sich eine mittelgroße junge Frau namens „Joya“ vor mit langen braunen Haaren und einem stupsnasigen Gesicht. Sie ist lässig gekleidet und wirkt entspannt. Beide befinden sich zusammen auf dem Schulhof. Auch Joya ist neu auf der Schule, und Maria möchte gerne mit ihr die Pausen verbringen. „Joya ist sicher kein Typ, der Kontaktprobleme oder Schwierigkeiten mit Jungen hat!“ In dieser Imagination zeigt sich Marias Wunsch, eine junge Frau zu sein, die unternehmungslustig

lustig und aufgeschlossen ist. Wir sehen, wie sich ihr Selbstbild verändert hin zu mehr Autonomie und Entdeckungsfreude.

In der nächsten Imagination zum Motiv Vulkan sieht Maria einen hohen rötlich-braunen Vulkan mit einem weißlich-grauem Kraterrand, der mit erstarrender Lava bedeckt ist. Der letzte Ausbruch sei sicher schon 90-100 Jahre her, sagt sie. Sie macht sich an den Aufstieg zum Kraterrand, wobei sie vorübergehend fürchtet, in die im Vulkankrater brodelnde Lava hineinzufallen. Diese „Suppe“ koche und dampfe dort unter schwarzem Gestein. Dann findet sie die Balance und kann vom Kraterrand in die umliegende Landschaft aus Feldern und Bäumen hineinschauen. Sie setzt sich mit dem Rücken zur Lava und baumelt mit den Beinen; dabei wärmt ihr die Glut im Krater den Rücken. Dort fühlt sie sich ganz wohl und bleibt eine Weile, bevor sie wieder absteigt. In dieser Imagination hat Maria keine Höhenängste mehr und findet wie selbstverständlich in eine expansive Haltung dem Leben gegenüber hinein. Doch es ist ihr immer noch wichtig, die Kontrolle über die Situation zu haben – der Vulkan wird sicher nicht ausbrechen.

In der nächsten Imagination schlug ich in Vorbereitung der Entlassung aus der stationären Behandlung das von Leuner als diagnostisches Motiv vorgeschlagene Thema des Hausneubaus vor. Maria findet sich auf einem erdigen Bauplatz, auf dem ein achteckiges Haus steht. Die Wände haben bereits Fenster und Türen; das Dach wird gerade gedeckt. Das Haus besteht wie ein „Loft“ aus einem einzigen großen Raum, der mit Teppichboden ausgelegt ist. Auf einer Galerie findet sich ein Hochbett; unten sieht Maria an einer Wand eine Ballettstange. Das Haus liegt zwischen Bäumen etwa zwei Kilometer von der nächsten großen Stadt entfernt.

Beim Zeichnen stellt Maria mit Genugtuung fest, dass dieses Haus doch erheblich ausgefallener ist als ihr erstes Haus! Wenngleich hier viele neue (Lebens-)Möglichkeiten angelegt sind, bleibt noch einiges zu tun, bis das Haus bewohnbar wird. Mit der Darstellung ihres Hauses gibt sie sich große Mühe und entwirft nach der Stunde extra noch ein zusätzliches Bild; offensichtlich ist ihr dieser neue Lebensentwurf ganz wichtig. Etwa zu dieser Zeit entschloss sie sich, nach dem Schulabschluss ein freiwilliges soziales Jahr in einem Kindergarten zu machen, um später Erzieherin zu werden.

In der Imagination zum Thema Sumpfloch findet Maria sich auf einer Wiese vor einem Sumpfloch, auf dessen Oberfläche drei Seerosen blühen. Nach einiger Zeit taucht aus dem Sumpf ein kleiner grüner Frosch mit braunen Augen und einem Krönchen auf. Trotz anfänglichen Ekels nimmt Maria ihn

auf die Hand und findet ihn dann gar nicht mehr so glitschig, wie sie dachte. Er erzählt ihr, er sei der Froschkönig und komme aus einem fernen Land, das mit dem Sumpfloch durch einen unterirdischen Gang verbunden sei. Er habe eigentlich gar nicht entdeckt werden wollen ... doch jetzt lädt er Maria in sein Land ein. Sie springt mit ihm in den Tümpel. Zunächst ist ringsum alles dunkel, so dass sie nicht weiß, wo es hingehet, aber binnen kurzem landen sie in einem anderen Teich, der mit dem Sumpfloch durch einen Gang verbunden ist. Dieser Teich hat ganz klares blaues Wasser, und ein Wasserfall fällt zu ihm hinab. Ringsum wachsen Palmen und tropische Pflanzen. Maria wandert mit dem Froschkönig zu einem weißen Sandstrand auf der Insel, wo sie sich zusammen niederlassen. Der Frosch sieht ganz glücklich aus; seine Augen strahlen, und er freut sich, dass Maria ihn begleitet hat.

Auch hier tritt in der Gestalt des Froschkönigs wieder eine hilfreiche Gestalt auf. Die Imagination erinnert an das Märchen „Der Froschkönig“, eine Verbindung zwischen einer vatergebundenen Tochter und einem muttergebundenen Sohn, dem verzauberten Prinzen. Tatsächlich war Marias Bindung an ihren dominanten Vater noch sehr ausgeprägt. Nachdem ihr klar geworden war, dass ihr Übergewicht auch einen Schutz gegen sehnlich erwünschte, aber auch gefürchtete Kontakte zu Jungen darstellte, nahm sie während des stationären Aufenthaltes etwa 15 kg an Gewicht ab. Trotzdem ließ sie sich immer noch nur auf flüchtige Begegnungen zu gleichaltrigen Jungen ein: der Froschkönig war noch nicht entzaubert.

Am Ende der stationären Behandlung wünscht Maria sich, einmal die gefürchtete Busfahrt zur Schule imaginieren zu können. Im Tagtraum wartet sie etwas aufgeregt an der Bushaltestelle, merkt aber nun, dass sie sich im Grunde mehr vor der neuen Klasse in der Schule als vor der Busfahrt fürchtet. Im näher kommenden Bus erkennt sie in den ersten Reihen nur kleinere Schüler. Der Busfahrer aber ist zu ihrem Ärger derjenige, der sie einmal nicht aus dem Bus steigen ließ, als sie gerade einen Luftnotanfall hatte! Aber „Der kann mir jetzt den Buckel herunterrutschen!“, sagt sie. Statt dessen entdeckt sie hinten im Bus eine Bekannte gleichen Alters, der sie von ihrer Zeit in der Klinik erzählt. Die Dörfer gleiten vorbei, und Maria ist so ins Gespräch vertieft, dass sie unversehens schon das Ortsschild und die Umrisse ihrer Schule auftauchen sieht. Dann erkennt sie auch Bekannte aus ihrer alten Klasse, steigt aus und ist ganz stolz, die Fahrt so gut gemeistert zu haben. Sie betritt das Schulgebäude im Wissen darum, dass jetzt etwas Neues beginnt.

Maria wurde nach fünfmonatiger stationärer Behandlung nach Hause entlassen und nahm dort ihre ambulante Psychotherapie wieder auf.

In einem ambulanten Nachgespräch etwa vier Monate nach der Entlassung berichtete Maria, dass sie den Wechsel auf die heimatliche Schule problemlos bewältigt habe und den Realschulabschluss machen werde. Außerdem mache sie gerade den Motorradführerschein, um „beweglicher zu sein“ (aus dem kleinen Dorf, wo Maria lebte, fuhr nur dreimal täglich ein Bus in die Stadt.). Das Geld dafür verdiene sie sich durch einen Job in dem Labor, wo ihre Mutter auch arbeitete. - Von Marias Therapeutin erfuhr ich etwa zwei Jahre nach Beendigung der stationären Therapie (und mittlerweile auch der ambulanten Nachbehandlung), dass sie zwischenzeitlich den Realschulabschluss gemacht, ihr FSJ begonnen und eine eigene Wohnung bezogen hatte.

An dieser Kasuistik möchte ich die Charakteristika einer Katathym Imaginativen Psychotherapie deutlich machen.

Die KIP ermöglichte der Patientin, in den ihr gemäßen Tempo die bestehenden Entwicklungsdefizite aufzuholen. Die Kasuistik lässt den therapeutischen Prozess deutlich werden: so versinnbildlicht sich die fortschreitende Autonomieentwicklung der Patientin in den Gestalten des Rehkitzes, des Löwen und schließlich des Froschkönigs. Die zunehmende Sicherheit hinsichtlich ihrer persönlichen Identität stellt die Patientin dar in den beiden Hausimaginationen, aber auch in der Imagination des Ich-Ideals Joya. Die größere Souveränität im Umgang mit Leistungsanforderungen zeigt sich in den Imaginationen Berg und Vulkan. Und bei der Betrachtung der zugehörigen Zeichnungen wird, wie ich meine, die Ausweitung des Phantasieraums der Patientin sehr schön sichtbar. Diese zeigte sich auch im täglichen Leben. Maria wurde für mich mit fortschreitender Therapie nicht nur aufgrund ihrer Gewichtsabnahme attraktiver: sie legte sich eine modische Frisur zu, begann, in überaus origineller Weise mit ihrer Kleidung zu experimentieren, besuchte einen Kosmetik- und Nähkurs und wollte mit dem Stepptanz beginnen. Ihre Entlassung aus der Klinik feierte sie mit einem opulenten Menü für die ganze Station. Diese Ausweitung des kreativen Potentials ist für mich ein Spezifikum der Katathym Imaginativen Psychotherapie. Sie ermöglicht rasche therapeutische Fortschritte, die mit einer psychoanalytischen Behandlung sicherlich in so kurzer Zeit nicht zu erreichen wären. So ist die KIP als Kurzzeittherapie geeignet, in der stationären wie in der ambulanten Arbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis eingesetzt zu werden.

Literaturverzeichnis

Freud, S. (1895/1894) Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomen- komplex als „Angstneurose“ abzutrennen In: Studienausgabe Bd. VI. Frankfurt a. M.: Fischer, 1975

Freud, S. (1909) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Frankfurt a. M.: Fischer, 1995

Freud, S. (1926/1925) Hemmung, Symptom und Angst In: Studienausgabe Bd. VI. Frankfurt a. M.: Fischer, 1975

Leuner, H. (1985) Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe. Bern/Stuttgart/Toronto: Huber

Leuner, H., Horn, G., Klessmann, E. (1997) Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt

Lieb, R. (2003) Epidemiologie von Angsterkrankungen. Vortrag auf der 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Angstforschung. Berlin, 07./08.11.2003

Mentzos, S. (1990) Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Frankfurt a. M.: Fischer

Mentzos, S. (1994) Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte. Frankfurt a. M.: Fischer

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Renate Sannwald

Fachärztin für Kinderheilkunde,

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT)

Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin

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

10 Jahre Mailingliste „Sprachentwicklungsstörungen“

Waldemar von Suchodoletz

Sprachentwicklungsstörungen aus der Sicht unterschiedlicher Fachgebiete

Sprachentwicklungsstörungen sind trotz jahrzehntelanger intensiver Forschung nach wie vor hinsichtlich vieler Aspekte rätselhaft. Wie ist zu erklären, dass ein gesundes, normal begabtes Kind trotz ausreichender Förderung große Probleme beim Spracherwerb hat? Wie unterscheidet sich der Spracherwerb sprachgestörter Kinder von dem bei unauffällig entwickelten? Ist das Sprachsystem unmittelbar betroffen oder sind basale neuropsychologische Defizite die eigentliche Ursache? Welche Behandlung bzw. Förderung hilft den Kindern wirklich und lassen sich Sprachentwicklungsstörungen durch geeignete Präventionsmaßnahmen verhindern?

Mit diesen und anderen Fragen setzen sich Vertreter ganz unterschiedlicher Fachgebiete auseinander. Linguisten fahnden mittels ausführlicher Analysen der sprachlichen Äußerungen einzelner Kinder nach Besonderheiten im sprachlichen Ausdruck. Psychologen entwickeln standardisierte Verfahren zur objektiven Beurteilung sprachlicher Fähigkeiten. Ärzte suchen nach neuropsychologischen Basisstörungen und Auffälligkeiten in der Hirnfunktion. Die Kinder- und Jugendpsychiater unter ihnen befassen sich insbesondere mit psychiatrischen Sekundärstörungen und Komorbiditäten. Für Sprachtherapeuten, seien es Logopäden, Sprachheilpädagogen, klinische Linguisten/Sprechwissenschaftler oder Patholinguisten, ist von besonderem Interesse, wie sprachentwicklungsgestörte Kinder am besten zu fördern sind.

Die Konzepte, auf denen das Vorgehen in den unterschiedlichen Fachgebieten beruht, unterscheiden sich aber so grundlegend, dass Vertretern einer Fachrichtung die Sichtweise der anderen oft unverständlich und nicht nachvollziehbar erscheint. Linguisten zum Beispiel fragen sich, wie Erkenntnisse über Sprachentwicklungsstörungen aus nur wenigen Sprachdaten gewonnen werden sollen. Dabei denken sie an die psychologische und medizinische Forschung, in der es üblich ist, mit relativ kurzen Sprachtests möglichst viele Kinder zu untersuchen, um daraus Rückschlüsse auf Charakteristika des Störungsbilds zu ziehen. Umgekehrt ist in Anbetracht der großen Variabilität der sprachlichen Entwicklung für Psychologen wenig einleuchtend, dass minutiöse linguistische Spontansprachanalysen bei einigen wenigen Kindern generelle Aussagen ermöglichen sollen. Eine Kategorisierung in „gestört“ und „nicht gestört“ wiederum, wie sie von Ärzten zur Therapieentscheidung vorgenommen wird, erscheint Vertretern anderer Fachgebiete als viel zu grob und damit inakzeptabel. Eine Beurteilung sprachlicher Fähigkeiten mit unstandardisierten und nicht normierten Methoden, wie in der sprachtherapeutischen Praxis üblich, wird aus psychologischer Sicht als zu subjektiv angesehen, um sinnvolle Aussagen über ein Kind zu machen. Die geringe Übereinstimmung zwischen der Einschätzung verschiedener Sprachtherapeuten deutet darauf hin, dass das Ergebnis mehr über die Auffassungen des Untersuchers als über die Stärken und Schwächen des Kindes aussagt. Aus der Sicht von Sprachtherapeuten hingegen ist ein standardisiertes Vorgehen äußerst fragwürdig, da individuelle Besonderheiten auf diesem Weg nicht abgebildet würden. Diese und manch andere grundsätzliche Unterschiede in der Sicht- und Arbeitsweise der verschiedenen Disziplinen führte zu gegenseitiger Abgrenzung. Tagungen werden vorwiegend fachspezifisch abgehalten und Zeitschriften und Bücher kaum Fächer übergreifend gestaltet.

Gründung einer Mailingliste „Sprachentwicklungsstörungen“

Trotz der Unterschiedlichkeit der Ansätze kann davon ausgegangen werden, dass die Grundkonzepte aller der an Sprachentwicklungsstörungen interessierten Fachgebiete ihre Berechtigung haben. Eine interdisziplinäre Diskussion kann demzufolge die eigene Arbeit befruchten und wird sie nicht prinzipiell in Frage stellen. Von diesem Gedanken ausgehend wollten wir einem Fächer übergreifenden Gedankenaustausch einen Rahmen geben und haben deshalb vor zehn Jahren eine „Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen“ durchgeführt. Vertreter aus allen am Thema interessierten Dis-

ziplinen wurden aktiv angesprochen und gebeten, neuere Erkenntnisse aus ihrem Fachgebiet vorzustellen. So fand in München vom 16.-17.6.2000 ein anregendes und gut besuchtes Symposium statt.

Das Ergebnis dieser Tagung war widersprüchlich. Auf der einen Seite war es gelungen, einen Überblick über aktuelle Trends in den einzelnen Fachgebieten zu vermitteln, aber auf der anderen Seite wurden die Differenzen in den Auffassungen überdeutlich. Bei vielen herrschte Ratlosigkeit bei dem Versuch, die Erkenntnisse anderer Fachgebiete in das eigene Konzept zu integrieren. In der Summe aber bestand Einigkeit darüber, dass der interdisziplinäre Dialog nicht nur fortgesetzt, sondern intensiviert werden sollte. Es wurde beschlossen, alle zwei Jahre eine ähnliche Tagung durchzuführen und zum kontinuierlichen Gedankenaustausch ein Diskussionsforum im Internet zu gründen.

Die so entstandenen interdisziplinären Tagungen haben inzwischen Tradition. Organisiert von Linguisten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Sprachtherapeuten oder Pädaudiologen fanden Folgesymposien in Potsdam, Wien, Klagenfurt und Mainz statt. Die „6. Interdisziplinäre Tagung über Sprachentwicklungsstörungen – ISES 6“ wird mit einem vielfältigen, Fächer übergreifenden Programm vom 11.-13.3.2010 in Rostock durchgeführt (genauere Informationen: http://www.ews-rostock.de/med/lin/logoinstitut/ises_6.html) und weitere Symposien werden folgen.

Gedankenaustausch und Zusammenarbeit in der Mailingliste

Auch die zweite Idee, ein Gedankenaustausch über das Internet, ist auf reges Interesse gestoßen. Als Diskussionsmedium wurde eine Mailingliste gewählt. Fachleute, die Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen betreuen oder sich mit der Thematik in der Praxis, Lehre oder Forschung auseinandersetzen, können sich über die Homepage der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität München (<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/seslist.php>) in die Liste eintragen. Sie erhalten danach automatisch alle Beiträge der Listenmitglieder und sie können sich selbst aktiv an der Diskussion beteiligen. Inzwischen sind über 700 Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen Mitglieder des Forums.

In der Mailingliste werden Auffassungen über eine große Bandbreite von Themen ausgetauscht. So wurde zum Beispiel diskutiert, ob und wie vermehrter Fernsehkonsum die Sprachentwicklung beeinflusst, welche Bedeutung auditive Wahrnehmungsstörungen haben und wie zuverlässig die Ergebnisse von Sprachstandserhebungen im Kindergarten sind. Es wurde das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei Kindern mit ungewöhnlichen Störungsbildern anhand konkreter Fälle zur Diskussion gestellt und interessante Ergebnisse aus deutschsprachigen und internationalen Publikationen wurden referiert. Tagungen wurden angekündigt und anschließend über deren Ergebnisse berichtet.

Die Mailingliste hat sich aber nicht nur als Informations- und Diskussionsplattform bewährt, sondern auch als Möglichkeit zur aktiven interdisziplinären Zusammenarbeit. Zur Früherkennung von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen, z. B. im Rahmen der kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchung im Alter von zwei Jahren (U7), gibt es einen kurzen Elternfragebogen (SBE-2-KT). Dieser hat sich als recht aussagefähig erwiesen, hat aber den Nachteil, dass er als deutschsprachiger Bogen nicht für mehrsprachig aufwachsende Kinder geeignet ist. Daraufhin wurde in der Mailingliste diskutiert, ob eine Übersetzung des Bogens in andere Sprachen sinnvoll ist und welche Einschränkungen bei der Interpretation übersetzter Varianten zu beachten sind. In Anlehnung an den Gedanken von „Wikipedia“ wurde angeregt, gemeinsam Versionen in möglichst vielen Sprachen zu erstellen.

Diese Idee hat ein lebhaftes Echo gefunden. Inzwischen wurden von den Listenmitgliedern über 20 fremdsprachige Versionen erarbeitet und weitere sind angekündigt. Wie der deutschsprachige SBE-2-KT so können auch dessen fremdsprachige Versionen im Internet uneingeschränkt abgerufen und in der Praxis eingesetzt werden (<http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/sprachstoerungen/sprachentwicklung.php>). Da in Deutschland Migrantenkinder mit etwa 200 unterschiedlichen Muttersprachen aufwachsen, stehen bislang aber bei weitem nicht für alle Kinder sprachspezifische Bögen zur Verfügung. Alle, die entsprechende Sprachkenntnisse haben oder Muttersprachler kennen, sind nach wie vor aufgerufen, sich an der Erarbeitung weiterer Varianten zu beteiligen.

Unklar war anfangs die Auswertung der fremdsprachigen Versionen des SBE-2-KT. Soll der Wortschatz in der deutschen oder in der Muttersprache zur Entscheidung, ob eine Sprachentwicklungsverzögerung vorliegt oder nicht,

herangezogen werden oder besser eine Kombination der Werte aus beiden Sprachen? In der Liste wurden die Vor- und Nachteile der verschiedenen Auswertungsmöglichkeiten diskutiert und über Ergebnisse zum Wortschatzerwerb bilingual aufwachsender Kinder aus eigenen Untersuchungen und der Literatur berichtet. Daraus ergab sich, dass die Anzahl der erworbenen lexikalischen Konzepte, d.h. der Gesamtwortschatz in beiden Sprachen, das beste Maß für den Sprachentwicklungsstand eines bilingual aufwachsenden, zweijährigen Kindes darstellt, wenn identische, in beiden Sprachen erworbene Wörter, nur als ein Wort gezählt werden. Dieser Wert wird jetzt für die Interpretation der fremdsprachigen Bögen des SBE-2-KT benutzt.

Ein Fazit

Insgesamt zeigt die nunmehr zehnjährige Erfahrung, wie anregend dieser interdisziplinäre Gedankenaustausch ist. Das Internet ermöglicht durch die Unmittelbarkeit der Kommentare eine lebendige, Entfernungen überbrückende Diskussion. Sehr deutlich wurde aber auch immer wieder, wie stark Auffassungen durch die Sozialisation in den spezifischen Fachgebieten geprägt sind und wie schwer es uns fällt, eigene (Vor-)Urteile zu hinterfragen und uns auf andere Sichtweisen einzulassen. Doch gerade dieser Anstoß zum Hinterfragen eigener festgefügtter Konzepte ist das Ziel und der besondere Gewinn dieses Diskussionsforums.

Anschrift

Prof. Dr. med. Waldemar von Suchodoletz
Infanteriestr. 20 a
D-80797 München
E-Mail: suchodoletz@lrz.uni-muenchen.de
www.suchodoletz.de

Prof. Dr. med. Friedrich Specht †

1924 – 2010



Universitätsprofessor Dr. med. Friedrich Specht, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinderheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, erster Direktor der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Göttingen, ist am Mittwoch, 27. Januar 2010 wenige Wochen nach seinem 85. Geburtstag von uns gegangen, nicht ohne in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenso wie in der Sozialtherapie nachhaltige Spuren zu hinterlassen: Er kann als einer der aufrechten Pioniere der Nachkriegs-Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten.

1924 in Emden geboren, erste vorklinischen Semester Medizin in Berlin, Freiburg und Prag während der Wehrdienstzeit als Sanitätsoffiziersbewerber. Im Anschluss an die amerikanische Kriegsgefangenschaft schloss er sein Medizinstudium 1949 in Göttingen ab. Promotion 1950, im selben Jahr Einrichtung eines ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitsbereiches an der Nervenlinik der Universität Göttingen, wo er zusammen mit Clarita

Dames, die später die Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wunstorf übernahm, als Pflichtassistent tätig war. 1952 bis April 1955 arbeitete Friedrich Specht als Assistenzarzt an der Kinderabteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Celle. Zurück in Göttingen setzt er seine Tätigkeit an den Nervenkliniken der Universität zunächst als wissenschaftlicher Assistent fort, im selben Jahr Eröffnung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station mit zunächst 12, später 15 Plätzen. 1956 wurde er mit der Leitung des Arbeitsbereichs betraut, in dem bis 1963 auch sämtliche kinderneurologischen Aufgaben wahrgenommen wurden. 1965 erste *Venia Legendi* für das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in Göttingen. 1970 wurde der kinder- und jugendpsychiatrische Arbeitsbereich eine eigenständige Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Psychiatrischen Klinik, Friedrich Specht erhielt als Abteilungsvorsteher eine C3-Professur. Die ambulante Betreuung von Patienten hatte Vorrang, das Behandlungskonzept berücksichtigte das Zusammenwirken von biologischen, innerpsychischen und sozialen Faktoren. 1971 wurde das ambulante Angebot um eine Kontakt- und Beratungsstelle für Jugendliche erweitert, die ein besonders niedrigschwelliges Angebot zum Ziel hatte für ‚Dissozialität-Drogenabhängigkeit Jugendlicher‘.

Friedrich Spechts Themenschwerpunkte wurden autistische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Schule und Sozialisation, Schulvermeidendes Verhalten, depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen, umschriebene Entwicklungsstörungen, Entwicklungskrisen im Jugendalter, sozialrechtliche Probleme bei Hilfen für Kinder und Jugendliche, Versorgungsepidemiologie und integrative Sozialtherapie im Justizvollzug bei Verurteilten nach Sexualdelikten und anderen gefährlichen Straftaten. Forschungsschwerpunkte waren Sonderpädagogik bei Behinderten, Erziehungsberatung, Jugendkriminalität und Jugendverwahrlosung sowie Versorgungsforschung.

Er wurde zu einem bedeutsamen, frühen Leistungsträger in der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, entwickelte die Facharztweiterbildung mit und baute den Göttinger Lehrstuhl auf. Auch in der Bundeskonferenz und Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung war er aktiv, davon allein 18 Jahre lang im Vorstand der Bundeskonferenz. Viele Jahre übernahm er zudem Verbandsfunktionen im Niedersächsischen Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug.

Auch als Mitglied der Sachverständigenkommission Psychiatrie-Enquete (1971 bis 1975) trug er entscheidend zur Entwicklung einer modernen und menschenwürdigen Kinder- und Jugendpsychiatrie bei. Des weiteren wirkte er in der Kommission für den 7. Jugendbericht der Bundesregierung mit.

Bereits zu Zeiten, in denen noch die ‚Freiwillige Erziehungshilfe‘ für diejenigen Jugendlichen überörtlich zur Anwendung kam, denen man ihr Sozialverhalten als schwer korrigierbares persönliches Defizit zuschrieb, vertrat er die Auffassung, dass eine ‚Verwahrlosung‘ transitiv zu sehen sei – damit meinte er, dass jemand diese Kinder im Wortsinn ‚nicht verwahrt‘, d.h. nicht betreut habe und zog die ätiologische Linie zur Deprivation.

Für die Gruppe der Sozialverhaltensgestörten und delinquenten Jugendlichen und für forensische Fragen hat Specht sich zeitlebens besonders interessiert. Er war es, der die sozialtherapeutischen Abteilungen im Jugendstrafvollzug begleitete und der eine erste Arbeitsgruppe zu Standards in der Begutachtung anregte. Prof. Specht fungierte darüber hinaus als Berater der Kriminologischen Zentralstelle Wiesbaden. Konsequenterweise suchte er auch die Nähe zur Jugendhilfe, beriet lebenslang mehrere Einrichtungen in ihrer sozialtherapeutischen Ausrichtung und kann damit den Rang des „Ersten Sozialpsychiaters“ bzw. des „Nestors der Sozialtherapie“ für sich beanspruchen. Später folgten vielfältige Themen der Versorgungsforschung und Versorgungsqualität, unter anderem die berühmt gewordene Bestandsaufnahme zur gesamten stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weitblickend erkannte er die Notwendigkeit der niedrigschwelligen ambulanten Tätigkeit von Kinderpsychiatern und hat bereits in den 50er Jahren die o. g. „Kontakt- und Beratungsstelle“ für Jugendliche aufgebaut.

Einer breiteren nichtfachlichen Öffentlichkeit bekannt wurde Friedrich Specht als Sachverständiger im Strafverfahren gegen Peter-Jürgen Boock, ehemaliges Mitglied der Rote Armee Fraktion (RAF), beteiligt an der Entführung von Hanns Martin Schleyer und dem missglückten Entführungsversuch an Jürgen Ponto. Gericht und Bundesanwaltschaft behandelten Specht damals besonders feindselig und verdächtigten ihn als Sympathisanten des Angeklagten.

Für seine Verdienste um die Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher sowie für seinen herausragenden Einsatz in der Sozialtherapie erhielt Professor Specht 1985 das Bundesverdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland.

Konsequent war Specht neben der Beschäftigung mit rechtlichen Fragen auch für ethische Dilemmata im Fach ein guter Ansprechpartner. Als es darum ging, sich mit der Euthanasie-Verstrickungen eines Ehrenmitglieds der Deutschen Gesellschaft zu beschäftigen war er es, der als Emeritus die Unterlagen mit historischer Akribie sichtete und Bericht erstattete. 1993 wies er darauf hin, dass die Kriterien der Catelschen extinktionsbedürftigen Kinder (schwerste und höchst seltene Missbildungen) auf die damals getöteten autistischen und geistig behinderten Kinder nicht zutrafen.

Ebenso mutig half Specht, Amtsmissbrauch durch kinderpsychiatrische Kollegen aufzuarbeiten.

1994 emeritiert, war er dennoch bis zu seinem Tod aktiv für die Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig. Mit Professor Specht endet eine wichtige Ära der regionalen und der bundesweiten Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Renate Schepker, Alexander Naumann und Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Buj V, Specht F, Zuschlag B (1981) Erziehungs- und Familienberatung in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Klin Psychol* 10, 147-16

Duhm E, Müller D, Schaefer K-P, Specht F (1969) Früherworbene Hirnschäden und Erziehungsberatung. Weinheim: Beltz

Höger C, Zieger H, Presting G, Witte-Lakemann G, Specht F, Rothenberger A (2002) Predictors of length of stay in inpatient child and adolescent psychiatry: failure to validate an evidence-based model. *Eur Child Adoles Psy* 11(6): 281-288

Kleinke J, Rotthaus W, Specht F (1990) Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18(4), 235-238

Klug H-P, Specht F (Hg.) (1985) Erziehungs- und Familienberatung: Aufgaben und Ziele. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie

Klug H-P, Specht F (Hg.) (1985) Psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie

Müller-Küppers M, Specht F (Hg.) (1977) Recht - Behörde - Kind: Probleme und Konflikte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bern: Huber

Müller-Küppers M, Specht F (Hg.) (1978) Neue Jugendreligionen. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie

Nissen G, Specht F (1976) Psychische Gesundheit und Schule. Neuwied, Darmstadt: Luchterhand

Presting G, Witte-Lakemann G, Höger C, Specht F, Rothenberger A (1998) Variationsbreite stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ergebnisse einer multizentrischen Dokumentation. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 26: 97-112

Specht F (1967) Sozialpsychiatrische Gegenwartsprobleme der Jugendverwahrlosung. Stuttgart: Enke

Specht F (1977) Beanspruchung von Schülern. Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte. Bonn: Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft

Specht F, Anton S (1995) Einrichtungen für Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Specht F, Gerlicher K, Schütt K (Hg.) (1978) Beratungsarbeit mit Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Specht F, Weber M (Hg.) (1981) Kinder in unserer Gesellschaft - Chancen und Risiken. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie

Specht F (1993) Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 113-124

Specht F (1993) „Lebensunwert?“- „Keine Person?“ (Editorial). Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 42, 232-233

Specht F (1994) Beratungsdokumentation vernichten? Wer entscheidet über schutzwürdige Interessen von Kindern, Jugendlichen und Eltern?- Stellungnahme zu einer Empfehlung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 43, 179-181

Specht F (2000) Development of child guidance clinics in Germany--an overview. Prax Kinderpsychol K 49(10): 728-36

Specht F (2000) Arbeitskreis Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug. In: Egg R (Hg.) Behandlung von Sexualstraftätern. Kriminologische Zentralstelle Verlag, Wiesbaden, 19-26

Specht F (2000) Begutachtung bei Beeinträchtigungen der geistigen Fähigkeiten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. In: Venzlaff U, Foerster K (Hg.) Psychiatrische Begutachtung, 3. Auflage. Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 191-211

Specht F (2000) Begutachtungsschwerpunkte der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Venzlaff U, Foerster K (Hg.) Psychiatrische Begutachtung. Urban & Fischer Verlag, Muenchen, Jena, 275-300

Specht F (2001) Behandlung von Verurteilten nach Sexualdelikten im Justizvollzug des Landes Niedersachsen. Kriminalpädagogische Praxis 29: 21-26

Specht F (2001) Indikation zur Verlegung in eine Sozialtherapeutische Anstalt. Empfehlungen des Arbeitskreises Sozialtherapeutische Anstalten im Justizvollzug. *Z Str Vollz Straffälligenh* 50: 40-41

Specht F (2002) Die Entwicklung der Sozialtherapeutischen Einrichtungen, Vorgehensweisen und Ergebnisse. *Kriminalpädagogische Praxis* 30: 16-22

Specht F (2002) Tötung behinderter Kinder und Jugendkonzentrationslager während der NS-Diktatur. In: Özkan I, Streeck-Fischer A, Sachsse U (Hg.) *Trauma und Gesellschaft*. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 111-126

Specht F (2004) Schulvermeidendes Verhalten: Einführung in die Praxis von Differenzierung und Interventionsansätzen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz* 47: 31-35

Specht F, Seitz C (2001) Legalbewährung nach Entlassung aus den Sozialtherapeutischen Einrichtungen des Niedersächsischen Justizvollzuges. In: Rehn G, Wischka B (Hg.) *Behandlung gefährlicher Straftäter*. Centaurus, Herbolzheim, 348-363

Specht F, Seitz C (2002) Legalbewährung nach Entlassung aus dem Rudolf-Sievers-Haus (RSH) der Jugendanstalt Hameln. *Kriminalpädagogische Praxis*, 30: 54-69

Specht F, Wischka B (2001) Integrative Sozialtherapie - Mindesanforderungen, Indikation und Wirkfaktoren. In: Rehn G, Wischka B (Hg.) *Behandlung gefährlicher Straftäter*. Centaurus, Herbolzheim, 249-263, 2001

Specht F, Schmidtke A (Hg.) (1986) *Selbstmordhandlungen bei Kindern und Jugendlichen*. Regensburg: Roderer

Spittler H-D, Specht F (Hg.) (1984) *Basistexte und Materialien zur Erziehungs- und Familienberatung*. Ein Arbeitsbuch für Psychologen und andere Berufe an und im Umfeld von Erziehungsberatungsstellen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Zur Diskussion gestellt:
**Rodewischer Thesen für die Entwicklung
der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Helmut Niederhofer

1963 wurden als vordringliche Aufgaben für die Rehabilitation psychisch Kranker 10 Thesen, die mittlerweile größtenteils realisiert wurden, formuliert, die auf Behandlungsqualität und Integration abzielen.

Das Fachgebiet der Kinderpsychiatrie hat sich mit bemerkenswerter Verspätung aus der Psychiatrie heraus entwickelt. Die Zielsetzungen der Rehabilitation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind altersbedingt verschieden, ähneln aber stark denjenigen der Psychiatrie. Dieser Beitrag vergleicht diese Zielsetzungen und stellt die Frage, wie weit die Kinderpsychiatrie bei der Verwirklichung derselben gekommen ist.

1. Einleitung

Unter dem Thema „Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker“ wurden im Mai 1963 als vordringliche Aufgaben 10 Thesen formuliert (Schulz, 2003).

Sie betrafen einerseits die Strukturierung einer komplexen psychiatrischen Therapie innerhalb der Kliniken, wobei der Schwerpunkt auf die aktive (und aktivierende) therapeutische Arbeit sowie auf die Gleichstellung psychisch Kranker mit den somatisch Kranken gelegt wurde. Eine Differenzierung von Jugend- und Altersstationen wurden als besonders wichtig angesehen. Die Entwicklung sollte von der Bewahrung zur umfassenden Fürsorge übergehen. Andererseits richteten sich die Thesen nach außen, in das soziale Umfeld, orientierten auf ambulante Nachbetreuung durch ein Kollektiv aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen, auf beschützendes Wohnen und Arbeiten.

Zudem wurden wissenschaftliche Forschung, qualifizierte Ausbildung und internationaler Erfahrungsaustausch gefordert.

In den Thesen wurde auch auf die Probleme der Betreuung geistig Behinderter Bezug genommen. Hierzu wurde eine gut organisierte Früherfassung gefordert sowie die Einrichtung von Beobachtungs-Kliniken, in denen durch multiprofessionelle Diagnostik und Förderung eine optimale Entwicklung ermöglicht werden sollte.

Interessant ist aus heutiger Sicht die damalige wissenschaftliche Begründung der Wichtigkeit dieser Problematik: Durch Rückgang der Säuglingssterblichkeit und moderne Therapieverfahren blieben mehr geschädigte Menschen am Leben, so dass mit einer Zunahme ihrer Zahl zu rechnen war. Es wurde noch nicht gesehen, dass dank der modernen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bleibende Behinderungen vermieden werden konnte, so dass es nicht zu einer Zunahme der Gesamtzahl geistig Behinderter kam, sondern eher zu einem Rückgang.

2. Die Auswirkungen der Rodewischer Thesen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie

2.1. Allgemeine Anmerkungen

Insgesamt gesehen, wurde in den Rodewischer Thesen die Integration von Menschen mit psychischen Störungen, die Alltagsnähe und vor allem die Wahrung der Menschenwürde gefordert. Umgelegt auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutete dies den Aufbau von Heilpädagogik zur Überwindung von alleiniger Pflege/Bewahrung, die Förderung der Gruppenarbeit nach Leistungsniveau, die Erstellung individueller Förderpläne, die Vermeidung von zentralisierten, wohnortfernen „Heimen“, die Qualifizierung von Fachkräften, den Aufbau von fertigungsorientierter Beschäftigungstherapie, den Aufbau geschützter Wohneinrichtungen mit dem Schwerpunkt „soziales Training“ und „Sexualpädagogik“ und somit die systematische Ausgliederung der geistig Behinderten aus den Kliniken.

Im Zuge der Verabschiedung der Rodewischer Thesen wurden auch Forderungen zum Rahmenthema Kinderpsychiatrie, worin psychische Probleme

bei Kindern und Jugendlichen als „Schwachsinn“ bezeichnet werden, erarbeitet, nie jedoch so konkret beschrieben wie die Thesen für die Allgemeinpsychiatrie:

„Eine völlige Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinnns ist notwendig. Die Problematik ist heute wichtiger und aktueller als früher.

Es müssen wissenschaftliche Ergebnisse erarbeitet werden hinsichtlich Ursachenforschung, Behandlungs- und Erziehungsmethoden. Die Gesellschaft muss von den Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren, um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen.

Warum ist die Gesamtproblematik des Schwachsinnns heute wichtiger denn je?

- a) Durch Rückgang der Säuglingssterblichkeit (Prophylaxe, Frühgeburtenstationen) bleiben mehr geschädigte Kinder am Leben.
- b) Folgezustände von cerebralen Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die zum Schwachsinn führen, sind heute häufiger als früher durch die Erfolge der modernen medikamentösen Behandlung.
- c) Bedeutende Entdeckungen auf dem Gebiet der Schwachsinnnsforschung wurden in den letzten Jahren gemacht, die neue prophylaktische und therapeutische Wege zeigen, z. B. Stoffwechselstörungen durch Enzymdefekte (Prophylaxe bei Phenylketonurie).

Es müssen folgende Punkte erarbeitet werden:

1. System einer gut organisierten Früherfassung aller intellektuell und charakterlich auffällig werdenden Kinder.
2. Einrichtung von Beobachtungskliniken: Teamarbeit: zwischen Pädiater, Psychiater, Neurologen, HNO- und Augenarzt, Orthopäden, Psychologen und Pädagogen mit folgenden Aufgaben:
 - a) umfassende klinische Diagnostik
 - b) Festlegung eines Ausbildungs- und Förderungsplanes
 - c) Vorschläge zu einer guten Organisation einer Neuropsychiatrischen oder einer neurologisch und psychiatrischen Beobachtungsklinik.“

Daraus lassen sich folgende grundsätzlichen Empfehlungen ableiten:

2.1.1. Aktive, patientenorientierte Diagnostik und Therapie

Eine differenzierte Psychodiagnostik, das Konzept der Teilleistungsstörungen, die Rolle der Psychologie und der Psychologen beeinflussen die klinische Arbeit. Auch auf dem Gebiet der somatischen Diagnostik gibt es bemerkenswerte Fortschritte:

Radiologische Entwicklungsdiagnostik (Röntgenogramme der Handwurzelknochen, der Ellenbogengelenke und des Schädels bis hin zu CT und MRT) wird mit naturwissenschaftlicher Gründlichkeit betrieben, wobei anzumerken ist, dass damit zwar ätiologische Hinweise gegeben werden können, die aber zur aktuellen Situation, zur therapeutischen Indikationen und zur Prognose oft nur wenig beitragen.

Motodiagnostik i. S. von Motoskopie bzw. Motometrie ist wichtig, zeigt sie doch funktionelle Beeinträchtigungen der zentralen motorischen Leistungen, die enge Beziehungen zu den psychischen Leistungsstörungen aufweisen und damit einen Beleg für deren hirnorganische Verursachung darstellen.

Die rein phänomenologische Ausrichtung der ICD bzw. des DSM führt eher zur Vernachlässigung ätiologischer Forschungen. Je nach ideologischer Ausrichtung wird das „Hyperkinetische Syndrom“ als Folge unangemessener schulischer Anforderungen, erzieherischer Fehlleistungen oder des allgemeinen Zivilisations-Stress bezeichnet. Diese ätiologische Beliebigkeit wird durch die neurobiologische Forschung wieder etwas korrigiert – unser Gehirn vermittelt das Verhalten, nicht nur die soziale Umwelt.

Im neurologischen Bereich ergibt sich aber durch den Verzicht auf eine umfassende Diagnostik eine offensichtlich nicht mehr umkehrbare Entwicklung – kinderneurologische Patienten einschließlich der Anfallskranken werden nahezu ausschließlich von Pädiatern bzw. Neuropädiatern betreut. Hier haben die Kinderpsychiater ihre Zuständigkeit weitgehend verloren.

Auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Psychotherapie und Familientherapie Schwerpunkte bei verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen geworden. Lempp hatte schon 1970 mit seinem Buch „Frühkindlicher Hirnschaden und Neurose“ eine wichtige Grundlage geschaffen für das Bemühen, auch hirnorganisch begründbare Verhaltensstörungen unter psychotherapeutischen Aspekten zu verstehen und zu behandeln.

Nachdem sich das Fachgebiet „Kinderpsychiatrie“ 1968 in der Bundesrepublik als eigenständiger Facharztbereich etablieren konnte, haben Psycho- und Soziotherapie zunehmend an Dominanz gewonnen, was letztlich 1992 in der Novellierung der Weiterbildungsordnung zur Umbenennung in „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ führte.

Auch die Pharmakotherapie gewinnt mit der Weiterentwicklung selektiv wirksamer und nebenwirkungsärmerer Psychopharmaka zunehmende Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei allerdings nur wenige der innovativen Präparate eine Zulassung für Kinder und Jugendliche besitzen. Aber auch Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf moderne Psychopharmaka, wenn mittels dieser Präparate hirnorganische Störungen kompensiert werden können. Ein Beispiel dafür ist die differenzierte Therapie mit Stimulanzien beim ADHS.

2.1.2. Kooperation mit Nachbardisziplinen

Die wesentliche Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt in der Notwendigkeit, eng mit den Nachbardisziplinen zu kooperieren - mit Jugendhilfe, Schule, Erziehungsberatung, aber auch mit den klinischen Nachbarn – Kinderärzten, Orthopäden, Augen- und HNO-Ärzten, Psychiatern und Neurologen, ebenso mit den Juristen. Es ist nicht möglich, ein Kind bzw. einen Jugendlichen gegen sein System zu stabilisieren, Kinder- und Jugendpsychiater sind immer auf Verstehen und Hilfestellungen seitens der Umgebung angewiesen. So ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Fachschaft „zwischen allen Stühlen“, die Beziehungen zu den Nachbarschaften sind nicht immer spannungsfrei, sie erfordern häufig ein hohes Maß an Frustrationstoleranz.

Die notwendige Kooperationsbereitschaft muss mit angemessener methodischer Vielseitigkeit verbunden sein, anders sind die „Nachbarn“ nicht zu erreichen. Dabei bedarf es aber auch eines eigenen, fachlich fundierten, festen Standpunktes, der den optimalen Entwicklungsbedingungen für die Kinder und ihre Bezugspersonen verpflichtet ist.

Dies wiederum ist nur möglich, wenn einerseits nach innen die eigene kinderpsychiatrische Arbeit kritisch überprüft und konstruktiv weiterentwickelt wird, und andererseits nach außen die gesellschaftlichen Institutionen aktiv einbezogen werden.

2.2. Die Rodewischer Thesen im Konkreten

Ist es unmöglich, die damaligen 10 konkreten Forderungen auch auf das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu übertragen? Die folgende Gegenüberstellung zeigt, dass nicht nur in der Rehabilitation chronisch psychisch Kranker viele der damaligen Forderungen realisiert (wobei auch hier weitere Verbesserungen durchaus möglich oder wünschenswert wären), sondern auch die damals wenig konkret formulierten Forderungen für die KJPP größtenteils umgesetzt wurden, wobei auch hier weitere Verbesserungen möglich oder wünschenswert wären. Die Gegenüberstellung der bereits bekannten Rodewischer Thesen akut und chronisch psychisch Kranker und der Forderungen für die KJPP, zusammengefasst in ebenfalls 10 Thesen, ist somit einerseits eine Bestandaufnahme und soll andererseits aufzeigen, welche nächsten Entwicklungsschritte vorrangig auf dem Gebiet der KJPP, wünschenswert wären.

„Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der sogenannten Defektbildung ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung („komplexe Therapie“) reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaka über die vielfältigsten Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppenpsychotherapeutischen Verfahren: die Anwendung neuroleptischer Psychopharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kurzmäßig (kurzzeitig begrenzt hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert, sogenannte Dauereinstellungen) unter ständiger ärztlicher Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.“

Bei einer Rehabilitation ist eine aktive Mithilfe bei der Klärung der momentanen familiären Situation als mögliche Ursache der aktuellen Störung – eine Fokussierung auf die familiären Ressourcen und auf die Motivation der gesamten Familie zur positiven Veränderung zu legen. Es ist davon auszugehen, dass dazu eine andere Zusammensetzung der Patienten notwendig ist als auf Stationen der kinder- und jugendpsychiatrischen Akutversorgung. Eine Differenzierung in Kinder-, Jugend- und Heranwachsenden-, Erwachsenen- und Altersstationen bleibt erforderlich.

„Durch planvolle Reorganisation und Modernisierung müssen die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken personell, materiell und institutionell in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen der modernen komplexen psychiatrischen Therapie zu entsprechen. Die noch bestehenden Unterschiede in den Haushalts- und Stellenplänen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern sind unberechtigt und müssen beseitigt werden.“

In der Kinderpsychiatrie kommt der Pädagogik eine besonders hohe Bedeutung zu. Neben dem Pflegedienst sind auch pädagogisch geschulte Erzieher unbedingt notwendig. Diese müssten über ausreichende profunde Ausbildung verfügen, um auf die spezifischen Störungsbilder adäquat eingehen zu können.

„Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, dass jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und mit diesem eng verbunden arbeitet, oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.“

Bei einer Ziel führenden Rehabilitation ist eine enge und reglementierte Vernetzung mit extramoralen Einrichtungen unbedingt notwendig. Hierbei ist auf eine gute Kooperation und ein regelmäßiger Austausch vor allem mit den Jugendämtern, jedoch auch mit den Jugendhilfeeinrichtungen zu achten. Diese Kontakte sollten einerseits patientenbezogen andererseits auch systembezogen in regelmäßigen Abständen stattfinden. Standards müssen gemeinsam festgelegt werden.

„Dringend erforderlich sind Übergangslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muss die Errichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefordert werden.“

Für eine Ziel führende Rehabilitation ist eine effiziente Integration vor allem in der Schule notwendig. Diese darf nicht auf Separation und Ausgrenzung beruhen, sondern auf Integration. Die Beschulung soll nicht in eigenen Anstalten stattfinden, sondern möglichst nahe bei den „gesunden“ Kindern in der Regelschule. Hierbei ist auf eine spezifische Förderung der beeinträchtigten Fähigkeiten der Kinder zu achten. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass ausreichend ausgebildetes Personal in ausreichender Menge zur Verfügung steht, um einen Unterricht mit dem Ziel der Belassung des betroffenen Kindes im normalen Klassenverband mit den gesunden Kindern sicherzustellen. Eine Separation darf nur in begründbaren Fällen für möglichst kurze Zeit stattfinden.

„Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.“

Besonderes Schwergewicht ist auf die Frühprävention zu legen. Diese beinhaltet vor allem die Aufklärung der Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer über Frühzeichen fehl laufender Entwicklungen und beginnender psychiatrischer Störungen. Dabei ist darauf Wert zu legen, dass seitens der Schule keine präzise Diagnose erstellt wird, sondern nur Abweichungen von der Normalgruppe respektive Auffälligkeiten detektiert werden und den Eltern die Konsultation eines Fachdienstes nahe gelegt wird. Im Rahmen dieser Frühprävention sollte bei allen auffälligen Kindern eine differenzierte psychologische Abklärung erfolgen, wobei idealerweise vom Psychologen die Indikation für die weitere Zuweisung zu einem Kinder- und Jugendpsychiater gestellt wird. Die Beziehung eines Kinder- und Jugendpsychiaters ist stets als Additiv zu sehen, d. h. ergänzt die psychologisch-psychotherapeutische Intervention und ersetzt diese nicht.

„Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur unbedingt erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muss darin zum Ausdruck kommen, dass alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen dar-

aufhin zu korrigieren. In Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.“

Zwangsmaßnahmen wie räumliche Restriktionen bzw. Beschränkungen in der Bewegungsfreiheit müssen auf ein absolutes Mindestmaß reduziert werden. Vor allem die räumlichen Restriktionen dürfen nur in seltenen, besonders begründbaren Fällen, die Restriktionen, welche sich aus dem normalen Familienleben ergeben, überschreiten. Hierbei ist vor allem an das Abschließen der Stationstüre zu denken.

„Durch die Ministerien für Gesundheitswesen sollte ein intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Basis über Fragen der psychiatrischen Rehabilitation organisiert und gefördert werden. Durch das Vergeben von Forschungsaufträgen an psychiatrische Facheinrichtungen, die sich besonders intensiv mit den Fragen der psychiatrischen Rehabilitation befassen, soll die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Bereiches vorangetrieben werden, wobei den Fragen der sogenannten Krankheiten und dem Verhalten der Kranken außerhalb des Krankenhauses besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Forschungsarbeiten an psychiatrischen Facheinrichtungen des Gesundheitswesens sollen in Absprache bzw. mit unterstützender Beteiligung der regional zuständigen Hochschulkliniken vorgenommen werden.“

Für eine Ziel führende Rehabilitation ist die differenzierte Forschung sowie Kooperation mit benachbarten Abteilungen essentiell. Diese Kooperation beinhaltet vor allem andere Kinderabteilungen sowie psychiatrische Abteilungen. Da die Kinderpsychiatrie als Schnittstellenfach zu bezeichnen ist, sind gemeinsame Forschungsprojekte mit eben diesen anderen Kliniken unbedingt anzustreben.

„Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit der medizinischen Facheinrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müssten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fach-

krankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen.

Jeder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sollte vor Übernahme einer selbständigen Tätigkeit sowohl mindestens ein Jahr in einer Hochschulklinik als auch ein Jahr in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus im Rahmen seiner Fachausbildung tätig gewesen sein.“

Für eine Ziel führende Rehabilitation ist eine enge Verbindung zwischen Forschung und Praxis notwendig. Es ist wichtig, dass Versorgungskliniken gemeinsame Forschungsprojekte mit Universitätskliniken durchführen, um einerseits auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu bleiben und andererseits durch diese Kooperation ausreichende Fallzahlen für wissenschaftliche Projekte zu erlangen, welche schlussendlich die Basis für die Etablierung und Überprüfung neuer Therapiemethoden darstellt.

Literatur:

Schulz J (2003) Die Rodewischer Thesen von 1963 – ein Versuch zur Reform der DDR-Psychiatrie. In: Kersting, F.-W. (Hg.) Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Paderborn: Verlag Ferd. Schöningh

Korrespondenzadresse:

Helmut Niederhofer, M.D., Ph.D., MAS
Sächsisches Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Bahnhofstraße
D-08228 Rodewisch/Sachsen
Tel.: 0049 3744 366 6600
Fax: 0049 3744 366 6609
E-Mail: helmutniederhofer@yahoo.de

Zur Diskussion gestellt:
**Kritische Betrachtung der Verschreibung
von Ergotherapie im Rahmen der
Kinder- und Jugendpsychiatrie
zur Versorgung von seelisch kranken Kindern**

Rolf-N. Katterfeldt

Vorbemerkung:

Die Ergotherapie entwickelte sich aus der Arbeitstherapie. Sie ist bei körperlichen Erkrankungen sowie bei geistigen und seelischen Schwer- und Schwerstbehinderungen von Kindern und Jugendlichen eine hervorragende Hilfe, deren Behinderung zu vermindern und durch gezieltes Erlernen von Fertigkeiten den Kindern und Jugendlichen auch mehr Selbständigkeit und Freude am Leben zu ermöglichen. In einer überregionalen Tageszeitung erschien am 6.8.2008 ein ganzseitiger Artikel, welcher das Tätigkeitsprofil von Ergotherapeuten/innen an einer deutschen Uni-Klinik in diesem Sinne ausführte.

Ganz anders sieht meine alltägliche Erfahrung mit ergotherapeutischen Praxen hinsichtlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus. Immer wieder staune ich über den weitgefächerten Leistungskatalog, den Ergotherapeuten im Hinblick auf körperliche *und* seelische Erkrankungen deklarieren und darüber, wie sich innerhalb weniger Jahre deren berufliches Selbstverständnis offensichtlich verändert hat. Da werden beispielsweise die Eltern (auf Flyern, die im Kindergarten ausliegen) aufgeklärt:

„Wann ist Ergotherapie indiziert?“

Antwort:

„Wenn Ihr Kind nicht so gut basteln oder klettern kann
oder nicht so gut Ball wirft wie das Nachbarkind.“

Hinzu kommt das große Ärgernis der „bestechenden Diagnostik“ bei seelisch kranken Kindern, wie z. B.: „Vestibuläre Hypersensitivität, hypotensive Muskelverspannung, hyposensorische Reaktionsmuster der Bewegung“ etc.! Da werden computergesteuerte Diagnostikberichte erstellt, in denen wohlklingende vorgefertigte Sprachblöcke aneinandergesetzt, mehrere Seiten füllen. Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer, die diese Berichte lesen, sind von der „Differenziertheit“ und „Gewichtigkeit“ der Befunde beeindruckt, weil sie die Ungereimtheiten als Laien nicht verstehen.

Ein typischer Ausspruch von Eltern lautet: „Der Kinderarzt hat uns nicht viel gesagt, aber die Ergotherapeutin, zu der die Kindergärtnerin uns geraten hat, hat uns doch gezeigt, was nicht in Ordnung ist. In ihrem Bericht steht doch drin, was mit unserem Kind los ist.“

Da kommen zunehmend Eltern mit ihrem Kind in meine Praxis, um Ergotherapie einzufordern (wenn Kinderärzte oder Hausärzte diese irgendwann nicht mehr bewilligen oder verschreiben wollen), weil ihr Kind nicht gut basteln oder malen kann oder Hausaufgaben nicht erledigt.

Mit der vorgefertigten Diagnose „feinmotorische Störung“, „Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörung“ werden mir kleine Jungen vorgestellt, die lediglich nicht willig sind, sich in die vom „gender-mainstream“ verordnete Gleichheit von Jungen und Mädchen einzupassen. Sie sitzen eben nicht gerne am Tisch (mit fünf Jahren) und schneiden Mandalas aus. Es ist bekannt, dass Jungen feinmotorische Übungen „weiblicher Art“ im Schnitt weniger interessant finden als Mädchen. Lässt man in der Diagnostik diese „feinmotorisch gestörten Jungen“ kleinste Schrauben zusammensetzen, klappt es meistens sehr gut.

Im Jahre 2006 luden Ergotherapeuten in der Region uns Kinderärzte und Kinderpsychiater zu einem Gespräch ein, da nach ihrer Meinung von uns zu wenig Ergotherapie verschrieben würde. Das Gespräch wurde mit der Feststellung eröffnet, dass es einen Markt gebe, welcher der wachsenden Zahl ausgebildeter und niederlassungswilliger Ergotherapeuten zu erschließen sei. Dies wurde 2008 noch einmal Vertretern der Stadt gegenüber geäußert mit der Kritik, wir Ärzte seien Verhinderer für die Möglichkeit der Ergotherapeuten, sich niederzulassen.

Das Gespräch gipfelte in einem Ausspruch einer Vertreterin der Ergotherapeuten: „Schreiben Sie grundsätzlich bei den Kindern F90.0 oder F90.8, den Rest machen wir.“

Natürlich behaupte ich nicht, dass dieses die Einstellung aller Ergotherapeuten/innen wiedergibt. Ich frage mich aber, wer eigentlich verantwortlich dafür ist, wenn eindeutig seelische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ohne kompetente Diagnostik unter Einbezug des familiären Umfeldes ergotherapeutisch behandelt werden.

Stellen nicht seelische Erkrankungen das Kerngebiet unseres Faches dar?

Es bedarf einer hohen Kompetenz, diese von anderen Störungen zu unterscheiden und den Krankheitswert jeweils richtig einzuschätzen. Zunehmend erleben wir Fachärzte doch nicht so sehr das kranke Kind oder den kranken Jugendlichen, sondern das (den) durch eine krank machende, überfordernde Umwelt gestörte, missbrauchte(n) (traumatisierte), überforderte Kind (Jugendlichen), das (der) entwicklungsnotwendig in seiner Beziehungswilligkeit mit Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten reagiert.

Wir sind gefordert, immer bessere Anamnesen zu erheben, geradezu kriminalistisch vorzugehen, um alle Möglichkeiten zu bedenken, an die man normalerweise nicht denkt, um die seelische Noxe, die in der Entwicklung eines Kindes eingewirkt hat, herauszufinden. Die Ursache einer seelischen Fehlentwicklung der uns anvertrauten Patienten zu erkennen, ist auch Voraussetzung für eine weitere Behandlung und ihren Erfolg. Die Diagnostik umfasst neben den Testuntersuchungen doch im wesentlichen Beziehungsaufnahme zum Kind (Jugendlichen) und den Eltern, um auf diese Weise auch die seelische Situation des Patienten zu erfühlen, spüren, wahrzunehmen! Aus diesen Möglichkeiten, die seelische Situation des Kindes festzustellen, folgt konsequenterweise auch die Frage nach der Kompetenz des Untersuchers, die er im allgemeinen durch eine gute spezifische Ausbildung erfährt, welche neben Theorie und praktischer Klinikerfahrung nicht zuletzt auch Selbsterfahrung und Selbstreflexion beinhaltet, so dass mit dem eigenen seelischen Empfinden als „Instrument“ seelische Störungen erfasst und diagnostisch eingeordnet werden können. Zusätzlich erfordern die veränderten gesellschaftlichen Verhältnisse auch eine ständige Fortbildung.

Wir Fachärzte haben auch gelernt, das ganze Spektrum der psychosozialen Umwelt des Kindes erfassen und auch in der Weise beeinflussen zu können, dass das Kind wieder neue Möglichkeiten für seine Entwicklung wahrnehmen kann. Häufig schicken wir einen depressiven oder psychotischen Elternteil zu einer eigenen Therapie, nachdem wir ihn/sie davon überzeugen (nicht überreden) konnten, dass seine/ihre seelische Schwierigkeit Ursache der Störung des Kindes ist.

Während ich dies schreibe, merke ich neben der Freude, die ich in meinem Beruf erlebe, auch wieder die riesige Verantwortung und Herausforderung, die unsere Tätigkeit mit sich bringt. Ich frage mich, wie es möglich ist, dass zunehmend Ergotherapeuten die Diagnostik und Behandlung psychisch kranker Kinder als ihre Aufgabe deklarieren, zumal sie eine relativ kurze Ausbildung ohne klinische Erfahrung haben.

Zur Verdeutlichung möchte ich einige typische Erstgespräche aus der letzten Woche vor meinem Sommerurlaub mitteilen:

Montag, 14. Juli:

Ein 9jähriger, etwas trotziger, aber auch neugierig blickender Junge wurde von seiner recht fordernd auftretenden und hart wirkenden Mutter wegen feinmotorischer Störungen vorgestellt. Sie wollte noch vor Ende der Stunde für eine begonnene Ergotherapie eine Heilmittelverordnung bekommen, um diese für ihren Sohn weiterführen zu lassen. Der Kinderarzt habe sich geweigert, der Hausarzt habe damals nur 30 Stunden bewilligt, ihr Sohn sei aber durch Ergotherapie in der Schule im Fach Deutsch von 4 auf 3 gekommen, da er Nachhilfe in der Ergotherapie erhalte. Nun solle er auch in Mathe, bisher mit der Note 5, gefördert werden.

In Erhebung der Anamnese erzählte die Mutter, dass sie sich vom Vater wegen seiner ständigen Eifersucht vor 4 Wochen getrennt habe. Nachdem sie das ausgesprochen hatte, stockte sie, schickte den Jungen und seine drei mitgebrachten Brüder vor die Tür und erzählte voller Abscheu, der Junge wie auch sein älterer Bruder seien nicht vom Vater der jüngeren Brüder, ihrem Lebenspartner, was alle nicht wissen dürften, da er ein „Unfall“ gewesen sei. Sie sei zum Urlaub zu ihrer Mutter in ihr Heimatland gefahren, habe sich dort von ihrem ersten Mann scheiden lassen wollen, dann aber noch weiter mit ihm geschlafen, woraufhin sie schwanger geworden sei. Der jetzige Lebenspartner habe den Jungen aus Liebe zur ihr akzeptiert und, wie auch seinen älteren Bruder, als sein eigenes Kind ausgegeben. Die weitere Anamnese ergab das Bild einer hysteroiden Frau, die alles Männliche zur Selbstbestätigung einerseits brauchte und gleichzeitig auch verachtete und verabscheute. Schließlich berichtete sie, dass auch ein jüngerer Bruder bei der gleichen Ergotherapeutin in Therapie sei, weil er so schlecht spreche.

Durch Nachfragen bei der Ergotherapeutin war zu erfahren, dass sie ihr eigenes Vorgehen als hilfreich und gerechtfertigt ansah, weil die Mutter mit vier Kindern überfordert sei. Die krankmachende Verwicklung interessierte

die Ergotherapeutin auch nach einem gemeinsamen Gespräch mit den Eltern in meiner Praxis nicht, sie beharrte darauf, ihre Therapie fortzusetzen.

16. Juli 2008

Eine Libanesin kommt mit ihrer Tochter. Die Neunjährige brauche Fortsetzung der Ergotherapie, denn sie habe dort so gute Nachhilfe bekommen und sei jetzt in der Schule, vor allem in Deutsch und Erdkunde, besser geworden. Die Ergotherapeutin habe ihr zwar empfohlen, dem Arzt zu sagen, die Tochter sei Legasthenikerin (was sich im Test nicht bestätigte), er könne aber auch „sensomotorische Übungen“ verordnen. Die Tochter stellte sich als ausgesprochen eng an die Mutter gebunden dar. Die Mutter hatte sich als Muslimin bis vor knapp zwei Jahren in der deutschen Kultur soweit assimiliert, dass sie sich dem Ehemann ebenbürtig fühlte. Dann aber erlebte sie einen religiösen Umschwung, trug fortan das Kopftuch und ordnete sich ihrem Mann nicht nur unter, sondern bekam auch in seinem Sinne zwei weitere Kinder, ohne dies selbst zu wollen, was sie spontan als „zwei Unfälle“ deklarierte. Die Neunjährige erschien völlig verwirrt durch den Umstand, dass ihre fünf Jahre ältere Schwester, die ihr eigentliches Vorbild war, nach westlichem Muster leben durfte, sie aber von der Mutter angehalten wurde, die Pflege der jüngeren Geschwister mit zu übernehmen und sich muslimisch zu verhalten. Ihre Schulleistungen stagnierten. In Überidentifikation mit der Mutter sprach sie ständig davon, dass sie sich mit 10 Jahren verschleiern wolle.

Hier konnte die Mutter erkennen, dass nicht Ergotherapie, sondern eine Gruppentherapie innerhalb der Sozialpsychiatrie für ihre Tochter sinnvoller sei, um für sich eine Orientierung zu finden.

Donnerstag, 17. Juli 2008

Ein sechsjähriger, sehr aufgeweckter und motorisch agil wirkender Junge wird von den Eltern wegen feinmotorischer Störungen, die im Kindergarten beim Malen und Basteln aufgefallen seien, vorgestellt. Die Empfehlung „Ergotherapie“ vom Kinderarzt verschreiben zu lassen, habe diesen dazu veranlasst, den Jungen zu mir zu schicken, um zu überprüfen, welche Notwendigkeit dafür bestünde.

Die Eltern hielten ihren Sohn nach eigenen Angaben für normal, vielleicht etwas wild und dickköpfig, aber sehr selbständig, verantwortungsbewusst und in der Mitversorgung von Tieren in ihrer Nebenerwerbslandwirtschaft ausgesprochen eifrig. Er sei geschickt im Reparieren von Kleinteilen bei Maschinen, aber zurückhaltend beim Malen und Ausschneiden. Auch sei es ihm zunehmend langweilig im Kindergarten, und er wolle am liebsten zu Hause

bleiben. Der Vater, erfolgreicher Unternehmer in der Werbebranche, gab an, so wie sein Sohn sich jetzt verhalte, sei er selber im gleichen Alter auch gewesen (nach Auskunft seiner eigenen Mutter).

Die Diagnostik ergab eine hohe Intelligenz, beachtliche Phantasie, ausgesprochene Kooperationsfähigkeit mit einem guten Maß an Abgegrenztheit und Willensstärke.

Da in allen Tests keine Auffälligkeiten im Sinne einer körperlichen, seelischen oder geistigen Schwäche erkannt werden konnten, und der Patient in allem den Eindruck eines altersgerecht entwickelten Jungen machte, bei dem auch die Schulreife-Untersuchung o. B. war, wurde den Eltern empfohlen, keine weiteren Maßnahmen zu ergreifen.

Diese Fälle, die rein zufällig aus einem kurzen Zeitraum des Praxisalltags herausgegriffen sind, stehen natürlich für viele andere, die ich in meiner Praxis erlebe. Wie ich auch von Fachkollegen erfahre, werden Kinder in Kindergärten oder Schulen auffällig durch Wildheit, Unruhe, Clownerie, schlechte Leistungen, Beziehungsstörungen zu Erwachsenen und Gleichaltrigen. Häufig ist auch eine Verweigerung gegenüber Forderungen von Erziehern und Lehrern. Diese raten in einem hohen Maße zur Ergotherapie. Die Symptome, die Kinder aufweisen, deren Eltern mit der Vorstellung oder Forderung einer Verordnung von Ergotherapie zu mir in die Praxis kommen, sind überwiegend Ausdruck bzw. Folge einer dysfunktionalen Familienstruktur, Verwahrlosung etc.

Zum Schluss meiner Ausführung möchte ich einige Vorschläge machen:

1. Wir sollten uns unserer Kompetenzen in Diagnostik und Therapie bewusst sein und dazu beitragen, dass der Anspruch, seelische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen zu erkennen und zu heilen, nicht ohne gleichwertige Ausbildung von anderen Berufsgruppen erhoben werden kann. Dazu wäre Öffentlichkeitsarbeit und auch Aufklärung der Krankenkassen notwendig.
2. Psychotherapie, also Beziehungsarbeit, ist ein Teil unserer Facharztidentität: „Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie“. Das bedeutet, dass sowohl die Facharztausbildung hier zu intensivieren ist, wie auch die Arbeitsbedingungen für die niedergelassenen Fachärzte verbessert werden müssten (Honorargestaltung). Dazu gehört auch die Überlegung, wie viel Psychotherapie der Praxisinhaber selbst durchführt (Negativbeispiele sind Aussprüche wie: „Nach 5 Minuten habe

ich die Diagnostik und das richtige Medikament.“ Oder: „Ich führe selber keine Psychotherapie durch, aber ich leite die Ergotherapeuten an, die Kinder zu behandeln.“).

3. Zu unserer Tätigkeit gehört kompetente Elternarbeit, auch dieses sollten wir deutlich machen. Bei wie vielen Eltern können wir erreichen, dass sie verantwortlicher und beziehungsvoller mit dem betroffenen Kind/Jugendlichen umgehen! Dieses ist ein enormer Heilfaktor.
4. Wenn wir unser berufliches Kompetenzprofil nicht mehr ausreichend vertreten, sondern ungerechtfertigte und letztlich nicht verantwortbare Delegationen zulassen, verantworten wir die Folgen für unsere anvertrauten Patienten.

Meines Erachtens besteht hinsichtlich unserer Verantwortung und der Zukunft unseres Berufes die Notwendigkeit, aufmerksam die beschriebenen Entwicklungen zu verfolgen. Eine Fachtagung zu diesem Thema könnte sinnvoll sein.

Anschrift des Autors:

Dr. med. R.-N. Katterfeldt

Praxis für Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und Familien

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Facharzt für Psychosomatische Medizin/-Psychotherapie

Psychoanalytiker (DPG)

Herforder Str. 1

59555 Lippstadt

Tel.: 0 29 41 /5 99 66

Fax: 0 29 41 /5 77 44

Buchrezensionen

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen:

Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland. 2009, 100 S., kartoniert, 5,- € zu beziehen über Dr. Sylke Ilg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, MediClin Müritzklinikum GmbH, Stadtgarten 15, 17207 Röbel/Müritzklinikum, E-Mail: sylke.ilg@mueritz-klinikum.de

Für das vorliegende Buch ist die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie BAG als Herausgeber verantwortlich. Zielsetzung dieses Buches ist es unter anderem, den verantwortlich und leitend tätigen Kinder- und Jugendpsychiatern einen Grundstock an Orientierungsdaten über das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu vermitteln. Dabei handelt es sich in dem vorliegenden Buch um eine völlig überarbeitete Neuauflage mit aktuellem Datenmaterial. Das Buch versucht in seiner Gliederung, alle wesentlichen Bereiche, die das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ausmachen, adäquat und umfassend darzustellen. Im Kapitel 2 werden umfassend die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie dargestellt. Hier findet man hochinformativen Daten über Rahmenbedingungen stationärer Versorgung im Hinblick auf die vorhandenen Organisationsformen, das tätige Personal, den Bedarf an teil- und vollstationären Behandlungsplätzen, die ambulante Versorgung, aber auch den Ist-Zustand der stationären Versorgung. Sehr hilfreich sind hier die sehr konkret und nachvollziehbar dargestellten Grundbedingungen der Krankenhausplanung, wie z. B. die Berechnung der Hill-Burton-Formel, es zeigt aber auch sehr schön, wie sich die Arbeitsdichte im Fach verändert hat mit der deutlichen Zunahme der Auslastung der Fälle bei immer kürzerer Verweildauer. Kapitel 3 zeigt die gesamten Leistungsbe- reiche, die von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ab-

gedeckt werden. In Kapitel 4 wird sehr schön die enge Vernetzung unseres Fachgebietes in der Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen, den öffentlichen Institutionen, den Schulen bis hin zu Selbsthilfegruppen dargestellt. Kapitel 5 beschäftigt sich mit der Beschulung innerhalb der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung. Kapitel 6 zeigt auf, wie stark sich gerade die Anforderungen an die Leitungsebene in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verändert haben, gerade auch im Hinblick auf die umfassende Verantwortung in der Weiterbildung für unser Fachgebiet. Kapitel 7 hat dann die ethischen Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Inhalt und Kapitel 8 beschäftigt sich mit dem gerade in den letzten Jahren immer wichtiger werdenden Qualitätsmanagement in unserem Fachgebiet.

Zusammenfassend gilt den Initiatoren und Autoren für diese umfassende und aktuelle Leistungsdarstellung unseres Fachgebietes ein großer Dank. Dieses Buch ist eine große Hilfe gerade in der sozialpolitischen Auseinandersetzung z. B. mit politischen Entscheidungsträgern. Es vermittelt einen hervorragenden und umfassenden Überblick über die Leistungsfähigkeit unseres Fachgebietes, zeigt aber gleichzeitig auch sehr klar auf, wie stark in den letzten Jahren die Anforderungen gewachsen sind und wie hoch der Bedarf nach kinder- und jugendpsychiatrischem Know-how ist.

Somit ist das vorliegende Buch für jeden Tätigen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den benachbarten Fachgebieten hoch informativ und hilfreich.

Christoph Wewetzer, Köln

Caby, Filip; Caby, Andrea: **Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Tipps und Tricks für kleine und große Probleme vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter.** 2009. 173 S., 19.95 € Dortmund: Verlag modernes lernen, ISBN: 3-938187-47-6, ISBN-13: 9783938187470.

Das Buch des Kinderpsychiater-, Eltern- und Ehepaares ist auf der Basis vieler Workshops entstanden, die die beiden über die Jahre durchgeführt haben. Diesen starken Praxisbezug merkt man dem Werk auf jeder Seite auf sehr positive Weise an. In lockerer, jedoch stets angemessener Sprache werden einige Basics der systemischen und lösungsorientierten Therapie dargestellt, der Fokus liegt jedoch auf konkreten Techniken wie z. B. Ressourcenbaum, Ressourcenbarometer, Cartoontherapie oder „Regel der Woche“ und Beispielen, welche Fragen und anderen Interventionen Erfolg versprechend sind. Ergänzend finden sich Kapitel zu Indikationen sowie zu „Scheinbar aussichtslos oder: Das Meistern besonders kniffliger Situationen“. Das Buch ist sehr kurzweilig geschrieben und stellt eine Fundgrube für alle psychotherapeutisch Tätigen dar.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

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 ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

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



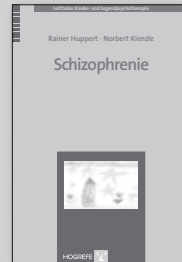
Albert Lenz

Ressourcen fördern

Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern

2010, IX/221 Seiten,
inkl. CD-ROM,
€ 29,95 / sFr. 49,90
ISBN 978-3-8017-2218-0

Um die Entstehung oder eine Chronifizierung von psychischen Störungen bei Kindern mit psychisch erkrankten Eltern zu verhindern, ist es wichtig, individuelle und familiäre Schutzfaktoren zu stärken. Das Buch liefert – in Form von sieben flexibel einsetzbaren Modulen – Anleitungen und Materialien, die bei der Durchführung von familienzentrierten Präventions- und Interventionsmaßnahmen eingesetzt werden können. Die Module dienen u.a. zur Psychoedukation sowie der Förderung sozialer Ressourcen, der Problemlösekompetenz der Kinder und Jugendlichen sowie der familiären Kommunikation. Alle Arbeitsmaterialien stehen auch auf der beigefügten CD-ROM zum Ausdrucken bereit.

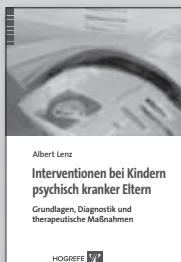


Rainer Huppert · Norbert Kienzle

Schizophrenie

(Reihe: »Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 14)
2010, 192 Seiten,
€ 22,95 / sFr. 38,90
(Im Reihenabonnement
€ 17,95 / sFr. 29,90)
ISBN 978-3-8017-2051-3

Schizophrene Psychosen gehören trotz zahlreicher Behandlungs- und Betreuungsverbesserungen unverändert zu den schwersten psychischen Erkrankungen. Da sie häufig im Jugendalter oder im jungen Heranwachsendenalter beginnen, greifen sie tief in die Entwicklung und Biografie des Betroffenen und in sein soziales Umfeld ein. Das Buch liefert eine Beschreibung von schizophrenen Störungen im Kindes- und Jugendalter und erläutert anhand von Leitlinien den multimodalen diagnostischen und therapeutischen Umgang mit schizophrenen Erkrankungen. Informationen zu diagnostischen Verfahren, Materialien sowie ein ausführliches Fallbeispiel erleichtern die Umsetzung der Leitlinien in der klinischen Praxis.



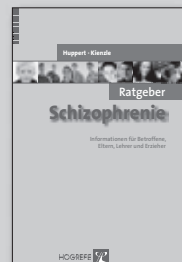
Albert Lenz

Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern

Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen

2008, 179 Seiten,
€ 24,95 / sFr. 42,-
ISBN 978-3-8017-2042-1

Das Buch bietet eine praxisorientierte Übersicht zu therapeutischen Maßnahmen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Es stellt einen umfangreichen Leitfaden zur diagnostischen Einschätzung des kindlichen Belastungserlebens vor. Zudem werden verschiedene Verfahren zur Stress-, Bewältigungs- und Ressourcen-diagnostik sowie ein breit gefächertes Repertoire an Interventionsansätzen aufgezeigt. Im Mittelpunkt der Interventionen und therapeutischen Maßnahmen stehen Methoden der Ressourcenaktivierung und -stabilisierung.



Rainer Huppert · Norbert Kienzle

Ratgeber Schizophrenie

Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher

(Reihe: »Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie«, Band 14)
2010, 88 Seiten, Kleinformat,
€ 9,95 / sFr. 16,90
ISBN 978-3-8017-2052-0

Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter führen aufgrund ihrer vielfältigen Erscheinungs- und Verlaufsformen häufig zu Unsicherheit und Irritationen bei Eltern, Angehörigen und dem gesamten Umfeld eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen. Der Ratgeber informiert über die Symptome, den Verlauf und Ursachen der Störung. Er bietet zahlreiche Hinweise zum Umgang mit den verschiedenen Facetten der Schizophrenie und stellt Beratungs-, Betreuungs- und Therapiemöglichkeiten vor.

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



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

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

BOCHUM

RUHR.2010 Kulturhauptstadt Europas
RuhrCongress Bochum

11. – 13. November 2010

Information/Anmeldung
CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin
Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24
Fax: +49 (0)30 85 07 98 26
E-Mail: bkjpp@ctw-congress.de

www.ctw-congress.de/bkjpp

Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie gesucht für Privatklinik im Kölner Raum

Für unsere im November 2009 neu geschaffene Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik in der Somnia-Klinik suchen wir zum 01.04.2010 oder später einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für den stationären und teilstationären Bereich.

Die Klinik befindet sich im Zentrum von Hürth, nur wenige Kilometer von der Stadtgrenze von Köln entfernt. Die Somnia-Klinik besteht als Privatklinik für Erwachsene seit vielen Jahren erfolgreich an diesem Standort.

Die Abteilung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bietet stationäre Behandlungsplätze für Kinder mit und ohne Elternteil an, für Jugendliche und junge Erwachsene bis zum vollendeten 21. Lebensjahr. Zusätzlich gibt es teilstationäre Behandlungsplätze für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.

Zwei Diplom-Psychologinnen, zwei Sozialpädagoginnen, eine Heilpädagogin, ein Erlebnispädagoge und Erzieher sowie ein psychiatrischer Krankenpfleger und eine Kinderkrankenschwester gehören zum Team der Station. Zusätzlich sind eine Ergotherapeutin, eine Krankengymnastin und eine Cranio-Sacral-Therapeutin auf der Station tätig.

Insgesamt gibt es fünfzehn Behandlungsplätze in der Abteilung für Kinder und Jugendliche.

Wir suchen einen Facharzt/Fachärztin in Vollzeitanzstellung zu ausgezeichneten Konditionen.

Die Klinik hat abends und am Wochenende einen Anwesenheitsdienst für alle Abteilungen, daher fallen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten keine Anwesenheitsdienste an.

*Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage
www.somnia-kliniken.de*

Dr. med. Katrin Edelmann
Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Leitende Ärztin Jugendabteilung
Friedrich-Ebert-Str. 11 a
50534 Hürth
Tel.: 0 22 33 / 9 72 30
E-Mail: drkatrinedelmann@aol.com

Ab sofort ist in unserem Zentrum die Stelle einer/s

STELLENANZEIGE

Assistenzärztin/Assistenzarzte

neu zu besetzen. Wir suchen Mitarbeiter(innen), die ein besonderes Interesse an der Weiterbildung im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mitbringen. Sie ist sowohl für Ärzte ohne Vorerfahrung als auch für Ärzte mit Kenntnissen im Bereich Kinderheilkunde oder Psychiatrie geeignet. Die Stelle ist vorerst auf drei Jahre befristet. Ein elektronisches Zeiterfassungssystem liegt vor.

Unser Behandlungskonzept ist multimodal angelegt mit einem verhaltenstherapeutischen Schwerpunkt. In der im Frühjahr 2009 eröffneten stationären Abteilung werden auf zwei Stationen insgesamt 20 Kinder und Jugendliche versorgt, eine dieser Stationen ist als geschützte Station zur Übernahme der Pflichtversorgung des Raumes Neuwied/Koblenz konzipiert. Tagesklinisch betreuen wir seit über 18 Jahren inzwischen 30 Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren in vier Gruppen. In der angegliederten Institutsambulanz werden alle kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder von 0 bis 18 Jahren versorgt. Ärzte, Dipl.-Psychologen, Ergotherapeuten und Familientherapeuten arbeiten kollegial unter fachärztlicher Leitung zusammen.

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



Unser Krankenhaus verfügt über insgesamt 220 Betten und hält folgende Fachabteilungen vor: ein Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, ein Zentrum für Gynäkologie/Geburtshilfe, die Belegabteilungen Urologie und HNO sowie eine Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin.

Als Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg für die Fachbereiche Pädiatrie und Gynäkologie/Geburtshilfe beteiligen wir uns an der akademischen Ausbildung.

Für unsere **Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** (Ltd. Arzt Dr. med. Clemens Keutler) suchen wir aufgrund Aufgabenerweiterung zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Fachärztin/Facharzt (100 %)

sowie eine/einen

Assistenzärztin/Assistenzarzt (100 %)

Unsere kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Abteilung verfügt über 2 Stationen mit jeweils 10 Betten sowie eine Tagesklinik mit 12 Plätzen in 2 Gruppen. Weiterhin verfügt die Abteilung über eine Psychiatrische Institutsambulanz sowie eine Ermächtigungs- und Privatambulanz des Leitenden Arztes. Es bestehen enge Kooperationen mit diversen Jugendhilfeeinrichtungen sowie Reha- und Fachkliniken. Schwerpunktmäßig arbeiten wir biologisch-psychiatrisch, verhaltenstherapeutisch und systemisch-familientherapeutisch. Unsere Behandlung erfolgt in multiprofessionellen Teams (100 % PsychPV) unter regelmäßiger Supervision. Nähere Informationen über unser Krankenhaus erhalten Sie unter www.elikh.de

Gewünscht wird:

- für die **Facharztstelle** möglichst abgeschl. Facharztanerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater/-in
- die **Assistenzarztstelle** ist auch für Berufsanfänger/-innen geeignet
- Interesse an einem breiten Spektrum differenzierter Diagnostik und therapeutischer Methoden
- Engagement beim weiteren Auf- und Ausbau der Abteilung
- Freude an der Vernetzung und Beratung von niedergelassenen Kollegen/-innen und externen Institutionen

Wir bieten:

- Freude an der Arbeit in einem dynamischen, engagierten und sympathischen Team
- strukturiertes Weiterbildungsangebot, finanzielle Unterstützung der Weiter- und Fortbildung
- geregelte Arbeitszeit
- Freistellung und finanzielle Unterstützung für fachgebundene Fortbildung
- Nebenerwerbsmöglichkeiten (z. B. Gutachten, Unterricht an einer Krankenpflegeschule)
- Perspektivenreiche und dynamische Entwicklung der Abteilung

Die Vergütung sowie die übrigen Sozialleistungen (einschließlich der betrieblichen Altersversorgung) orientieren sich an dem AVR mit Ergänzungen analog TV-Ä mit einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von derzeit 39 Stunden.

Für Ihre Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Keutler, unter Tel.: 07621/171-4802, gerne zur Verfügung.

Wenn Sie sich von unserem Angebot angesprochen fühlen, dann richten Sie bitte Ihre vollständige Bewerbung an:

St. Elisabethen-Krankenhaus gGmbH
Herrn Andreas Heuser, Verwaltungsleiter
Feldbergstr. 15, 79539 Lössrach

Wir freuen uns auf Sie !

St. Elisabethen-Krankenhaus Lössrach ♦ St. Josefskrankenhaus Freiburg
 Loretto-Krankenhaus Freiburg ♦ St. Elisabeth-Krankenhaus Freiburg
 Bruder-Klaus-Krankenhaus Waldkirch ♦ Hospiz Karl Josef Freiburg
 Kreiskrankenhaus Emmendingen

Ich suche für meine seit 1994 bestens eingeführte, überdurchschnittlich große Einzelpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (www.praxis-zimmermann.net) in Essen,

einen Facharzt/Fachärztin

(gern ca. 40-jährig) derselben Fachrichtung zur Anstellung. Gern auch Teilzeit (Zeitpunkt variabel) und evtl. späteren Entwicklung einer Partnerschaft.

Merkmale:

- Vielfältiges Untersuchungs- und Behandlungsspektrum
- Ermächtigung zur Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung (fünf nichtärztliche Therapiefunktionen)
- Richtlinienpsychotherapie für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, tiefenpsychologisch fundiert
- Psychosomatik
- Psychotraumatologie
- gutachterliche Tätigkeit für verschiedene Gerichte
- Kooperation mit psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten
- Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Nordrhein

Es arbeiten derzeit auf der ärztlichen Ebene zwei angestellte Fachärztinnen mit mir zusammen. Meinerseits besteht großes Interesse an der Entwicklung der Praxisübergabe in etwa zehn Jahren.

Praxis Dr. med. Brigitte Zimmermann
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Ärztliche Psychotherapeutin, Villa Koppers
Moltkestr. 29, 45138 Essen
Tel.: 02 01 / 79 49 80
Fax: 02 01 / 79 65 85
E-Mail: info@praxis-zimmermann.net

www.praxis-zimmermann.net

Facharzt KJPP

Facharzt KJPP mit breiter klinischer Erfahrung ambulant und stationär sucht neuen Wirkungskreis.

Angebote per E-Mail an lion374-autowriter@yahoo.de erbeten.

Sie sind Kinder- und Jugendpsychiater/-in

und wollen sich nicht mit einer eigenen Praxis belasten, dann bieten wir ihnen ab sofort einen attraktiven Arbeitsplatz, Voll- oder Teilzeit, in einer sympathischen SPV-Praxis in Regensburg. Wir freuen uns auf Sie!

Bewerbungen bitte an:

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

Geschäftsstelle, Chiffre 2010

Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

E-Mail: mail@bkjpp.de

Für meine gut etablierte Kinderpsychiatrische Praxis mit sozialpsychiatrischer Versorgung und psychotherapeutischem Schwerpunkt suche ich aus Altersgründen

eine/-n Nachfolgerin/Nachfolger.

Praxishaus in angenehmer Umgebung kann übernommen werden.

Kontakt:

Dr. Nikolai Katterfeldt

Herforder Str. 1, 59555 Lippstadt

Tel.: 0 29 41 / 5 99 66



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

bkjpp

Jahrestagung des BKJPP

TherapieKulturen –
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Europa

BOCHUM

RUHR.2010 Kulturhauptstadt Europas
RuhrCongress Bochum

11. – 13. November 2010

Information/Anmeldung

CTW – Congress Organisation Thomas Wiese GmbH
Hohenzollerndamm 125, 14199 Berlin

Tel.: +49 (0)30 85 99 62-24

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 1866-6677

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: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Hohenzollerndamm 124, 14199 Berlin

Tel.: 0 30 / 8 97 37 97 40, Fax: 0 30 / 83 22 48 96, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

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

Druck

Meta Druck, 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 / 83 22 48 96, 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.