



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

21. Jahrgang | Heft 4/2011

*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:

Bildungsstudien, Wettbewerb & Wohlbefinden

Ingo Spitzcok von Brisinski 3

Neue Erkenntnisse in Bezug auf Diagnostik, neurobiologische Veränderungen
und Therapie der Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter

Katharina Bühren & Beate Herpertz-Dahlmann 11

Stationäre Therapie bei jugendlichen Anorexiepatientinnen in der kinder-
und jugendpsychiatrischen Regelversorgung – eine 3-Jahres-Katamnese

*Denise Reinhardt, Beate Reinders, Susanne Lieb, Jens Heider
& Michael Brünger* 20

Pubertät und psychische Gesundheit?

Chancen, Risiken und Implikationen einer Entwicklungskrise

Judith Sinzig 34

Strategien zur Angstbewältigung

– Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der Blutentnahme

Simone Schüller 41

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S

Christa Schaff 45

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S

– Qualitätsbericht

Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigung

Baden-Württemberg & Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG)

der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg 50

Kinder brauchen Schutz. Die Daten der Kinder auch.

Die Novellen des Bundesdatenschutzgesetzes und ihre Relevanz
für kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

Gabriele Schuster & Götz-Erik Trott 64

Jugendhilfe in der Vernetzung mit anderen Professionen <i>Sabina Schaefer</i>	69
Auf dem Weg zur Inklusion – Die Kombination von Jugendhilfe und Ausbildung als Voraussetzung für einen gelungenen Übergang in Arbeit für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen <i>Stefan Thelemann & Gabriele Schneider</i>	82
<i>Nachruf:</i> Prof. Dr. Gerhard Bosch 13.8.1918 – 20.10.2011 <i>Ingo Spitzzok von Brisinski & Gerhard Bosch jun.</i>	84
<i>Rezensionen:</i> Biofeedback. Grundlagen – Indikation – Kommunikation – Vorgehen	91
Deutscher Lernatlas. Ergebnisbericht 2011 der Bertelsmann-Stiftung	93
<i>Glosse:</i> Der Weihnachtsmann – ein Psychotherapeut im Spannungsfeld zeitgemäßer Anforderungen	100
Hinweise für Autoren	104

Editorial: **Bildungsstudien, Wettbewerb & Wohlbefinden**

Bildungsstudien finden in den letzten Jahren immer wieder großes Interesse in der Öffentlichkeit. Wahrscheinlich assoziieren heute mehr Menschen in Deutschland „PISA“ mit unzureichenden Ergebnissen in der Schule als mit einer Stadt in Italien bzw. einem älteren Turm in der Toskana. Gibt man in Google „Pisa“ bzw. „PISA“ ein (die Schreibweise spielt dabei für die Suchmaschine keine Rolle), erscheint zwar an erster Stelle der Wikipedia-Eintrag zur Stadt in der Toskana und erst an zweiter der Wikipedia-Eintrag zu den Studien der OECD. Unter den ersten 10 Suchmaschineneinträgen finden sich jedoch nur 2 zur Stadt, dagegen 8 zu den Studien. Außer PISA gibt es mittlerweile zahlreiche Bildungsstudien und Bildungsdatenprojekte, u. a. der im Auftrag der ‚Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft‘ (INSM) vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln mit ökonomischem Leitbild erstellte „Bildungsmonitor 2011 – Fortschritte auf dem Weg zu mehr Wachstum und Gerechtigkeit“ (www.insm-bildungsmonitor.de/files/downloads/bildungsmonitor_2011.pdf)

„Lernen vor Ort“ (www.lernen-vor-ort.info) ist eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte und von 47 Stiftungen unterstützte Initiative, um auf kommunaler Ebene ein kohärentes Management für lebenslanges Lernen zu etablieren und die Bürger in ihren Bildungsstationen systematisch zu begleiten.

„Bildung auf einen Blick“ (www.oecd-ilibrary.org/education/bildung-auf-einen-blick_19991509) ist eine jährlich erscheinende Sammlung mit grundlegenden Daten zu den Bildungssystemen der OECD-Länder. Der Bericht erfasst zahlreiche Aspekte der Bildungspolitik, wie z. B. Abschlussquoten, Beteiligung an Weiterbildung, Finanzausstattung, Ressourcenverteilung in den Bildungssystemen, wer an Bildung teilnimmt, was für Bildung ausgegeben

wird, wie die Bildungssysteme funktionieren und welche Ergebnisse erzielt werden. Indikatoren zum Vergleich der Schülerleistungen in wichtigen Kompetenzbereichen bis zu Auswirkungen der Bildung auf Verdienstniveau und Beschäftigungschancen werden präsentiert, u. a. zu Fragen wie ‚Über welche Bildungsabschlüsse verfügen Erwachsene? Wie viele Schüler schließen den Sekundarbereich II erfolgreich ab? Wie viele Studierende schließen ein Studium im Tertiärbereich ab? Für welche Fächergruppen entscheiden sich Schüler und Studierende? Beeinflusst der sozioökonomische Hintergrund der Schüler ihre Leistungen? Erzielen Schüler, die gerne lesen, beim Lesen bessere Ergebnisse? Wie beeinflusst der Bildungsstand die Erwerbsbeteiligung? Welche Einkommenszuschläge lassen sich durch Bildung erreichen? Welche Anreize bestehen für Investitionen in Bildung? Wie teuer ist die Beschäftigung von Absolventen des Tertiärbereichs? Was sind die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen von Bildung? Wie hoch sind die Ausgaben pro Schüler/Studierenden? Welcher Teil des Bruttoinlandsprodukts wird für Bildung ausgegeben? Wie groß ist der Anteil der öffentlichen und der privaten Ausgaben im Bildungswesen? Wie hoch sind die öffentlichen Gesamtausgaben für Bildung? Wie hoch sind die Studiengebühren und welche öffentlichen Zuschüsse erhalten Studierende? Wofür werden Finanzmittel im Bereich der Bildung ausgegeben? Welche Faktoren beeinflussen die Höhe der Ausgaben? Wer nimmt an Bildung teil? Wie viele junge Erwachsene nehmen ein Studium im Tertiärbereich auf? Wer studiert im Ausland und wo? Übergang vom (Aus-) Bildungssystem zum Erwerbsleben: Wo sind die 15- bis 29-Jährigen? Wie viele Erwachsene nehmen an formaler und nicht formaler Fort- und Weiterbildung teil? Wie viel Zeit verbringen Schüler im Klassenzimmer? Wie ist die Schüler-Lehrkräfte-Relation und wie groß sind die Klassen? Wie hoch sind die Gehälter der Lehrkräfte? Wie viel Zeit unterrichten Lehrkräfte? Welchen Rechenschaftspflichten unterliegen Schulen? Wie gerecht sind Bildungschancen und worauf lassen sich ungleiche Bildungsergebnisse zurückführen?‘

Aktuellstes Beispiel für die Rezeption von Bildungsstudien in den Medien sind Ergebnisse aus dem von der Bertelsmann-Stiftung frisch publizierten ‚Deutschen Lernatlas‘ (www.deutscher-lernatlas.de/uploads/tx_templavoila/111118_Ergebnisbericht_01.pdf, siehe auch Rezension dazu in diesem Heft): Kaum eine Zeitung mit lokalem Bezug oder Regionalteil, die nicht die Bewertung der eigenen Region im Gesamtindex des Lernatlas‘ im Vergleich zu anderen Städten bzw. Kreisen in Deutschland als Schlagzeile brachte. Dieser Lernatlas, bei dem es nicht um den Vergleich Deutschlands innerhalb von Europa oder weltweit geht, sondern um innerdeutschen Wettbewerb, ist

verknüpft mit weiteren Projekten der Bertelsmann-Stiftung wie etwa dem „Wegweiser Kommune“ (www.wegweiser-kommune.de), der Daten, Bevölkerungsprognosen und Handlungskonzepte zu Demographischem Wandel, Finanzen, Bildung, soziale Lage und Integration beinhaltet, sowie dem „Kommunalen Lernreport“, der ausschließlich Kennzahlen enthält, die steuerungsrelevant für die Kommunen sind. Hier wird also der Anspruch auf Politik relevante Aussagen sehr deutlich formuliert und kaum ein Politiker wird es wagen, seine Entscheidungen bzw. sein Wahlprogramm unabhängig von Aussagen der großen Bildungsstudien zu gestalten.

KECK (www.keck-atlas.de) steht für „Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder“. Der KECK-Atlas soll die Lebenslagen von Kindern in den deutschen Kreisen und kreisfreien Städten veranschaulichen. Mit 150 Indikatoren soll er über die soziale, sozialräumliche und gesundheitliche Situation von Kindern eine differenzierte Berichterstattung auf kleinräumiger Ebene bieten. Vollmundig heißt es auf der Website: „KECK macht auf Basis verlässlicher Daten transparent, welche Faktoren für die kindliche Entwicklung entscheidend sind. Dadurch unterstützt KECK die Politik und Verwaltung, sodass sie ihre Ziele klar und nachvollziehbar definieren sowie ihre Finanzmittel und anderen Ressourcen entsprechend verteilen kann. Zudem will KECK mithilfe der anschaulichen Darstellung im Online-Atlas die Menschen vor Ort aktivieren, sich für die Verbesserung der Lebensbedingungen ‚ihrer‘ Kinder zu engagieren“ und „KECK bringt Menschen zusammen, die sich in ihrer Kommune für mehr Chancen für Kinder engagieren wollen: Politiker, Verwaltungsmitarbeiter, Erzieherinnen und Erzieher, Eltern oder auch Ärztinnen und Ärzte.“ – Spätestens hier sind wir Kinder- und Jugendpsychiater also auch angesprochen!

150 Indikatoren zur sozialen, sozialräumlichen und gesundheitlichen Situation von Kindern – das klingt vielversprechend. Eher ernüchternd fällt dagegen die bisher auf der Website abrufbare Auswahl aus: Bei den Indikatoren kann zunächst zwischen den Sparten (‚Kontexten‘) ‚Demographie der Kinder‘, ‚Lebensumfeld für Kinder‘, ‚Kindergesundheit‘, ‚Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung‘ und ‚Schulische Bildung bis zur 4. Klasse‘ gewählt werden. Unter ‚Demographie der Kinder‘ können Prozentzahlen von Altersgruppen dargestellt werden, auch mit Anteilen ‚Nicht-Deutscher‘. ‚Lebensumfeld für Kinder‘ ist unterteilt in ‚Bevölkerungsstruktur‘, ‚Soziale Struktur‘, ‚Räumliche und gebaute Umwelt‘ sowie ‚Lokale Stabilität‘. Geht man die unterschiedlichen Rubriken durch, so kann unter ‚Bevölkerungsstruktur‘ gewählt werden zwischen ‚Anzahl Einwohner‘, ‚Bevölkerungsentwicklung‘,

„Altenquotient“ und „Bevölkerungsdichte“. Unter „Soziale Struktur“ finden sich „Kinderarmut“, „Leistungsempfänger“, „Jugendarbeitslosigkeit“ und „Bildungsniveau“. „Anteil der Erholungsfläche an der gesamten Siedlungsfläche“, „Erholungsfläche je 1000 unter 15jähriger“, „Anteil der Ein- und Zweifamilienhäuser an allen Wohngebäuden“ und „Wohnfläche je Einwohner“ sind Variablen der Rubrik „Räumliche und gebaute Umwelt“. „Wanderungssaldo der unter 18jährigen“, „Wahlbeteiligung an der Bundestagswahl 2009“ (Wie aussagekräftig bzgl. Minderjähriger!?) und „Scheidungen je 1000 Einwohner“ sind die Unterkategorien von „Lokale Stabilität“.

Kinder- und Jugendpsychiater mag insbesondere die Sparte „Kindergesundheit“ interessieren – allerdings sind die hier angebotenen Daten nur sehr begrenzt relevant für psychische Störungen bzw. psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter: Unter der Subkategorie „Infrastruktur“ findet man Angaben zu „Angestellte und niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner je 1000 < 15-Jähriger“ und „Aufgestellte Betten in den Fachabteilungen Kinderheilkunde je 1000 < 15-Jähriger“ – Kinder- und jugendpsychiatrische Infrastruktur ist bisher unberücksichtigt. Unter „Krankheitsfrüherkennungsprogramm“ kann der Anteil der Schulanfänger, der in verschiedenen Bundesländern teilgenommen hat, ausgewählt werden, und unter den übrigen Kategorien finden sich Angaben zu Impfquoten. Unter „Ergebnis“ kann zwischen „Gesundheit von Säuglingen“ (Anteil der im ersten Lebensjahr gestorbenen Säuglinge, Anteil der Lebendgeborenen Gewicht bezogen), „Adipositas“ und „Gebisszustand“ ausgewählt werden.

Der Deutsche Lernatlas und der European Lifelong Learning Index (ELLI) sind Indizes, die lebenslanges Lernen in Deutschland bzw. in Europa erfassen sollen. „Lebenslanges Lernen gilt seit Langem als Schlüssel für Erfolg und Wohlstand eines Landes“ (ELLI-Index Europa 2010, S. 6, www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-69A31126-7425096B/bst/ELLI%20Index%20Europa%202010.pdf).

Auch das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) finanziell geförderte und von den Bundesländern unterstützte „Nationale Bildungspanel“ (NEPS, <https://portal.neps-data.de/de-de/startseite.aspx>) widmet sich dem lebenslangen Lernen: Das Projekt untersucht Bildungsprozesse und Kompetenzentwicklung in Deutschland beginnend von früher Kindheit bis ins hohe Erwachsenenalter. Wie bereits bei den zuvor erwähnten Bildungsstudien und -projekten fällt auch hier die von der Finanzwirtschaft geprägte Sprache auf, wenn etwa zum Teilprojekt „Frühe Bildung in Kindergarten und

Grundschule“ als eine der leitenden Forschungsfragen „frühe Bildungsrenditen“ benannt wird.

Aber macht lebenslanges Lernen automatisch glücklich, wie es uns beispielsweise die Bertelsmann-Stiftung mit ihrem Reader „Warum Lernen glücklich macht“ (2. Aufl. 2008) nahe legen möchte? Kann lebenslanges Lernen nicht auch als ‚lebenslanger Stress‘ (miss-)verstanden werden? In der Tat fragt sich Edmond Tondeur (www.lebenswandel.ch/denk_dummheit.htm): „Lernen wir uns zu Tode, wenn wir das life long learning gleichsetzen mit dem Zwang, Schritt zu halten mit dem wahnsinnigen Tempo der Veränderungen? Es könnte ja sein, dass unsere hoch gezüchtete ‚Flexibilität‘ einer radikalen Gegenposition bedarf: Wage die Leere des Nichtlernens, entziehe dich dem Druck der zeitgenössischen Lernimperative! Beachte, dass reifen nicht zwingend bedeutet, immerzu ‚am Lernen‘ zu sein.“

Farber (2000) weist auf einen bemerkenswerten Gestaltwandel von Burn-out hin: Er beschreibt die klassischen Ausbrenner der 70er und 80er Jahre als an unrealistisch hohen altruistischen Zielsetzungen Gescheiterte, die zumindest an der Oberfläche Idealisten gewesen seien. Derartige Individuen seien mittlerweile zu Ausnahmen geworden. Demgegenüber stellt er fest: „Das Burn-out von heute stammt überwiegend von dem Druck, die eskalierenden Ansprüche anderer zu erfüllen, oder von der intensiven Konkurrenz, besser als andere in derselben Organisation oder Firma zu sein, oder von dem Antrieb, immer mehr Geld zu machen oder von dem Gefühl, es werde einem etwas vorenthalten, was man offensichtlich verdient“ (zitiert nach Kaschka et al. 2011). Tragen lebenslanger Bildungswettbewerb und Orientierung an der Finanzwirtschaft mit ihrem Anspruch an permanent steigende Renditen bei zur Zunahme von Burn-out-Syndromen? Wo bleibt in unserer Beschleunigungsgesellschaft ‚Der Deutsche Muße-Atlas‘ mit den schönsten Parks und Spielplätzen und wo der Index zu Pausieren und Innehalten (IZPI)?

Nach den von UNICEF (2007) und OECD (2009) publizierten Reports stammt interessanterweise eine der neueren Studien zum Wohlbefinden (Wellbeing) von Kindern und Jugendlichen vom ‚Centre for Research on the Wider Benefits of Learning‘ (2010), die innerhalb der großen Spannweite dessen, was als Wellbeing definiert werden kann, auf das kindliche psychosoziale Wohlergehen fokussiert, differenziert nach den 4 Dimensionen „emotional, behavioural, social and subjective school wellbeing“.

Emotional wellbeing beinhaltet dabei Variablen, von denen angenommen wird, dass sie emotionale und internale Zustände von psychologischem Distress und auffällige Symptome abbilden, wie Trennungsangst, spezifische Phobien, soziale Ängste, Zwänge und mürrische bzw. reizbare Stimmung.

Behavioural wellbeing umfasst Aspekte wie Aktivität (Probleme, an Freizeitaktivitäten teilzunehmen, ohne Lärm zu machen), Aufmerksamkeit (mangelndes Zuhören), peinliches und störendes Verhalten als Ausdruck von Verhaltens- und externalen Zuständen.

Social wellbeing erfasst u. a. wie gut das Kind Rechte und Gefühle Anderer bei eigenen Handlungen berücksichtigt, mindestens 1 guter Freund in den letzten 6 Monaten, Mobbingopfer in den letzten 6 Monaten.

Subjective school wellbeing beschreibt Gefühle des Kindes bzgl. Schule (Freut sich das Kind auf die Schule? Hat es Spaß an der Schule? Wird es von der Schule angeregt? Erzählt es zu Hause von Freunden in der Schule? Scheint es von der Schule gelangweilt?).

In der Längsschnittstudie wurden 14.541 Mütter von 1991/1992 geborenen Kindern aus der Grafschaft Avon in England befragt. Die Kinder waren zu den drei Befragungszeitpunkten durchschnittlich 7,5, 10,5 und 13,8 Jahre alt, so dass Veränderungen über zwei Entwicklungsabschnitte – mittlere Kindheit und frühe Adoleszenz – erfasst werden konnten.

Bezogen auf die Gesamtstichprobe fand sich für die meisten untersuchten Dimensionen bei etwa 50% der Kinder ein über die Zeit weitgehend stabiles Wellbeing, bei etwa 25% eine Verbesserung und bei etwa 25% eine Verschlechterung. Eine Ausnahme stellte *Subjective school wellbeing* dar, wo es seltener stabile und häufiger negative Verläufe gab, insbesondere während der mittleren Kindheit.

Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf (special educational needs, SEN) hatten insgesamt zwar ein erhöhtes Risiko für geringes Wohlbefinden und einen negativen Verlauf während mittlerer Kindheit und Adoleszenz, allerdings mit deutlichen Unterschieden: Emotionale und Verhaltensstörungen gefolgt von spezifischen Lernschwierigkeiten waren am häufigsten Prädiktoren für eine Verschlechterung des Outcomes, während es bei Kindern mit Sprech- und Sprachproblemen nicht zu einer Verschlechterung im Verlauf kam im Vergleich zu ihren Peers. In einigen Fällen, insbesondere in der frühen Adoleszenz, stand der SEN-Status sogar in Bezug zu einem positiven Verlauf, allerdings bzgl. Geschlecht und Dimension variierend, ohne erkennbares Muster. Leider ist aus den Daten nicht erkennbar, ob es Unterschiede gibt zwischen Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die integriert bzw. inklusiv beschult werden und solchen, die eine Förderschule besuchen. Allge-

mein belegt England mit einem Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf unter allen Schülern von 2,8% im europäischen Vergleich unter den Ländern mit geringer Quote, mit einem Anteil der Schüler, die an Förderschulen beschult werden, an allen Schülern von 1,2% im Mittelfeld und mit einem Anteil der Schüler, die inklusiv beschult werden, an allen Schülern von 1,4% im unteren Drittel (Spitzcok von Brisinski 2011).

Eltern-Kind-Beziehungen sind den Studienergebnissen nach besonders wichtig für Erhalt und Verbesserung des Wohlbefindens. Das mag Kinder- und Jugendpsychiater nicht sonderlich überraschen, dennoch sind empirische Belege dafür nützlich, auch wenn die Korrelationsergebnisse nicht mit dem Beweis ursächlicher Zusammenhänge verwechselt werden darf. In der Studie erlebten Kinder, die eine positive Beziehung zu ihren Eltern schilderten, signifikant häufiger Verbesserungen im behavioural und im social wellbeing und seltener eine Verschlechterung im subjective school wellbeing. Ebenso erlebten Kinder, deren Eltern positive Gefühle bzgl. ihres Kindes berichteten, signifikant häufiger Verbesserungen im Wohlbefinden als solche, deren Eltern negative Gefühle äußerten.

Auch einige kleine, aber signifikante geschlechtsbezogene Unterschiede erbrachten die Daten der Studie:

- Mädchen hatten etwas geringeres und sich stärker verschlechterndes emotionales Wohlbefinden. Umgekehrt hatten Jungen ein niedrigeres behavioural, school und social wellbeing, obwohl die Kluft zwischen den Geschlechtern sich im social wellbeing von der mittleren Kindheit zur frühen Adoleszenz abnimmt.
- Jungen von alkoholkranken Müttern tendierten zu stärkeren Verschlechterungen im Wohlbefinden (väterlicher Alkoholismus wurde aus technischen Gründen nicht berücksichtigt), Mädchen jedoch nicht.
- Obwohl die Gefühle der Eltern bzgl. ihres Kindes ein signifikanter Faktor des Wohlbefindens und der Veränderungen des Wohlbefindens für Jungen und Mädchen sind, scheinen positive Gefühle der Eltern ihrem Kind gegenüber protektiv bzgl. Verschlechterung des Wohlbefindens bei Mädchen mit multiplen Risiken zu sein, jedoch nicht in gleicher Weise für Jungen.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Centre for Research on the Wider Benefits of Learning* (2010) Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience. www.learningbenefits.net/Publications/ResReps/ResRep34.pdf
- Farber, B.A.* (2000) Introduction: Understanding and treating burnout in a changing culture. *Journal of Clinical Psychology* 56: 589-594
- Kaschka, W.P., Korczak, D., Broich, K.* (2011) Burnout –a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int* 108(46): 781–787
- OECD* (2009) Doing Better for Children. Chapter 2: Comparative Child Well-being across the OECD. www.oecd.org/dataoecd/19/4/43570328.pdf
- Spitzok von Brisinski, I.* (2011) Separation, Integration, Inklusion. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 21(3), 2-15
- UNICEF* (2007) Child poverty in perspective: An overview of child wellbeing in rich countries. Innocenti Report Card 7. www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

Neue Erkenntnisse in Bezug auf Diagnostik, neurobiologische Veränderungen und Therapie der Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter

Katharina Bühren & Beate Herpertz-Dahlmann

Einleitung

Bei weiblichen Jugendlichen ist die Anorexia nervosa (AN) eine häufige kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankung mit teilweise gravierenden somatischen Komplikationen. In der letzten Dekade konnten in Bezug auf Diagnostik, Verständnis der neurobiologischen Grundlagen und Therapie dieser Erkrankung deutliche Fortschritte erzielt werden. Insgesamt ist allerdings die Studienlage bezüglich der Wirksamkeit verschiedener Therapieverfahren im Kindes- und Jugendalter noch immer unzureichend. Auch die Anwendbarkeit der diagnostischen Kriterien des ICD-10 und DSM IV werden besonders im Kindes- und Jugendalter kontrovers diskutiert. Da eine günstige Prognose und Verhinderung der Chronifizierung der Essstörung von einer frühzeitigen Diagnosestellung und rechtzeitigen Einleitung einer adäquaten Therapie abhängt, ist die Beschäftigung mit diesen Fragestellungen für die Zukunft unabdingbar.

Diagnosekriterien

Zur Diagnose einer **Anorexia nervosa (F50.0)** werden im Klassifikationssystem ICD-10 fünf zentrale Kriterien genannt:

- Körpergewicht mindestens 15% unterhalb der Norm bzw. Body Mass Index (BMI) $\leq 17,5$ (im Kindes- und Jugendalter entspricht dies einem BMI < 10 . Altersperzentile)
- selbstinduzierter Gewichtsverlust
- Körperschemastörung und überwertige Idee, zu dick zu sein
- endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse

- bei Erkrankungsbeginn vor der Pubertät: Störung der pubertären Entwicklung einschließlich des Wachstums, die nach Remission häufig reversibel ist

Die Tatsache, dass das für die Diagnosestellung alle der oben genannten Kriterien erfüllt sein müssen, führt dazu, dass eine entsprechende Diagnose häufig nicht vergeben werden kann und viele Patientinnen in die Kategorie „atypische Anorexia nervosa“ eingruppiert werden müssen, obwohl sie durchaus das klinische Bild einer Anorexia nervosa zeigen - jedoch mit geringerem Ausprägungsgrad oder anderen Symptomkombinationen. Diese Schwierigkeit soll nun im neuen DSM-5 berücksichtigt werden. Auf der Homepage der „American Psychiatric Association“ sind unter www.dsm5.org die aktuell vorgeschlagenen revidierten diagnostischen Kriterien für Anorexia nervosa nachlesbar und kommentierbar. Im Wesentlichen beinhalten die Veränderungsvorschläge für DSM-5 die folgenden Punkte [1]:

- Abschaffung von Formulierungen, die den Betroffenen absichtliches oder willkürliches Verhalten unterstellen
- Einführung eines zusätzlichen Kriteriums, das die von den Patientinnen oft bestrittene Gewichtsphobie ersetzt und auf Verhaltensweisen abzielt, die mit einer Gewichtszunahme interferieren
- Vollständiger Verzicht auf das diagnostische Kriterium der Amenorrhoe, das trotz Ausbleiben der Menstruation auf Grund des Zeitkriteriums (drei Monate) häufig nicht erfüllt wird und auch nicht spezifisch für die Semistarvation im Rahmen der Anorexia nervosa ist
- Beurteilung des Subtypes (restriktiv versus bulimisch) nur für die Zeitspanne von drei Monaten, um dem nicht seltenen Wechseln zwischen den Subtypen Rechnung tragen zu können
- Festhalten an keiner definierten Gewichtsgrenze, sondern nur Richtwerte wie BMI unterhalb der 10. Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen

Neurobiologische Veränderungen

Hypoleptinämie:

Aus neuroendokrinologischer Sicht ist für die Pathophysiologie der AN das Adipozytenhormon Leptin von großer Bedeutung. Seine Funktion besteht unter anderem in der Steuerung von Energieaufnahme und -verbrauch. Durch die hohe Korrelation mit der Körperfettmasse kommt es bei Gewichtsabnahme zu einem raschen Abfall des Serumleptinspiegels und zu einer ausgeprägten Hypoleptinämie während der Semistarvation (Hunger-

zustand) [2]. Die Hypoleptinämie triggert nicht nur die Amenorrhoe, sondern hat mutmaßlich auch Auswirkungen auf den Bewegungsdrang von Patientinnen mit AN. Viele Betroffene zeigen während der Semistarvation eine ausgeprägte körperliche Aktivität, die sie im Verlauf der Essstörung häufig als zunehmend zwanghaft erleben. Für diese Hyperaktivität wird eine Häufigkeit von 20 bis 80% bei anorektischen Patientinnen angegeben [3]. Im Tiermodell kommt es im Rahmen einer Futterrestriktion ebenfalls zu körperlicher Hyperaktivität, deren Zustandekommen durch die exogene Gabe des Adipozytenhormons Leptin verhindert werden kann [4]. Auch bei Patientinnen mit AN mehrten sich die Hinweise, dass das Ausmaß der motorischen Unruhe negativ mit den zirkulierenden Leptinspiegeln korreliert [5]. Zudem ist zu diskutieren, inwieweit die Hypoleptinämie nicht auch zu den typischen psychopathologischen Befunden der akuten AN beiträgt [3]. Während der Gewichtszunahme kommt es bei einigen Patientinnen mit AN zu einem steilen Anstieg der Serumleptin Spiegel und in der Folge zu einer vorübergehenden Hyperleptinämie, die nach neueren Erkenntnissen ein höheres Rückfallrisiko bedingen könnte [6].

Neben einer reduzierten Leptinsekretion und der katabolen Stoffwechsellage sind erniedrigte Östrogenspiegel, eine verminderte Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie ein hoher endogener Kortikoidspiegel als Hauptverursacher für eine Knochendichteverminderung bei adolescenten Essstörungen zu nennen. Dabei kann es zu einer Einbuße von bis zu 10% der Knochendichte pro Jahr kommen [7]. Zudem ist bei jugendlichen Patientinnen häufig ein verlangsamtes Körperlängenwachstum zu beobachten [8]. Während Gewichtszunahme und der damit verbundene Anstieg der Leptinkonzentration wesentliche Faktoren für die Behandlung und Prävention der Osteoporose bei AN zu sein scheinen [9], liegen zur medikamentösen Therapie nur wenige Untersuchungen vor. Während eine hochdosierte Östrogensubstitution bisher keine nachweisbaren Effekte zeigte, konnte jüngst eine Studie bei Gabe niedriger Östrogendosen im physiologischen Bereich erstmals eine Zunahme an Knochendichte nachweisen [10].

Veränderungen der Gehirnstruktur und -funktion

Zu den häufigsten und frühen somatischen Folgen der Starvation im Rahmen der AN gehören Veränderungen der Gehirnstruktur und -funktion [11]. Diese zeigen sich besonders in einem dramatischen Verlust an grauer Substanz im gesamten Gehirn [12]. Ein Großteil dieser kortikalen Substanzverluste scheint in Abhängigkeit von Dauer und Ausmaß der Starvation bei Gewichtsrehabilitation reversibel zu sein [13]. Die schlechte Ernährungs- und Energielage

während des akuten Hungerzustandes stellt sicherlich eine Hauptursache dieser Effekte dar; hormonelle Veränderungen wie Hyperkortisolämie und erniedrigte Schilddrüsen- und Sexualhormone sind mutmaßlich ebenfalls beteiligt [13, 14]. Die funktionelle Bedeutung der Reduktion und Rehabilitation der Gehirns substanz ist im Moment ebenfalls noch nicht abschließend geklärt [11]. Eine Vielzahl an Studien zeigen allerdings deutliche starvationsbedingte neuropsychologischen Einschränkungen. Ein Großteil der Aufmerksamkeit ist bei den Betroffenen selektiv auf krankheitsspezifische Reize gerichtet und führt so zu einer verminderten kognitiven Flexibilität und Selektivität der Reaktionsmuster [15]. Diese Erkenntnisse haben bereits zur Entwicklung neuer Therapiemethoden zur Verminderung der kognitiven Rigidität („cognitive remediation therapy“) beigetragen. Auch die Leistungen im Bereich verbaler Lern- und Gedächtnisfunktionen sind im Akutzustand der AN eingeschränkt und korrelieren in einer eigenen Untersuchung nach Gewichtsrehabilitation mit der Höhe der Östrogenspiegel [16]. Dementsprechend scheint die Normalisierung neuropsychologischer Funktionen nicht nur von der Gewichtsrehabilitation, sondern auch von der Normalisierung hormoneller Funktionen abzuhängen [11].

Therapie

Ein Meilenstein für die Therapie von Essstörungen in Deutschland ist die Publikation der Deutschen S3-Leitlinien im Dezember 2010 (<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-psychosomatische-medizin-und-aerztliche-psychotherapie.html>). Bei der Behandlung adoleszenter Essstörungen hat sich ein multimodaler Therapieansatz bestehend aus Gewichtsrehabilitation, Ernährungsberatung, Psychoedukation, Einzelpsychotherapie und Einbeziehung der Familie bewährt [17, 18] (siehe auch Abbildung 1). Bei einigen Patientinnen kann zusätzlich eine medikamentöse Therapie angezeigt sein, wenn auch bisher dafür keine ausreichenden empirischen Belege existieren.

Derzeit ist anhand klinischer Studien nur unzureichend überprüft, ob eine tagesklinische Behandlung vergleichbare Heilungserfolge erzielen kann wie ein vollstationärer Aufenthalt. Um eine Aussage über den Heilungserfolg dieser beiden Behandlungssettings machen zu können, haben wir an der Universitätsklinik der RWTH Aachen kürzlich eine vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte multizentrische Therapiestudie (01GV0602) abgeschlossen; eine abschließende Katamneseuntersuchung nach 2,5 Jahren

wird derzeit noch durchgeführt. Durch die tagesklinische Behandlung erhalten die Mädchen die Möglichkeit, während der Therapie erlernte Inhalte in ihrem gewohnten Umfeld anzuwenden. Das familiäre System wird vermehrt in die Behandlung der Erkrankung einbezogen und bestehende soziale Kontakte können leichter aufrechterhalten werden. Es besteht daher die Hoffnung, dass durch eine teilstationäre Behandlung eine Verbesserung der hohen Rückfallquote (50%) und des Langzeitverlaufes der Magersucht bei jugendlichen Patientinnen erreicht werden kann.

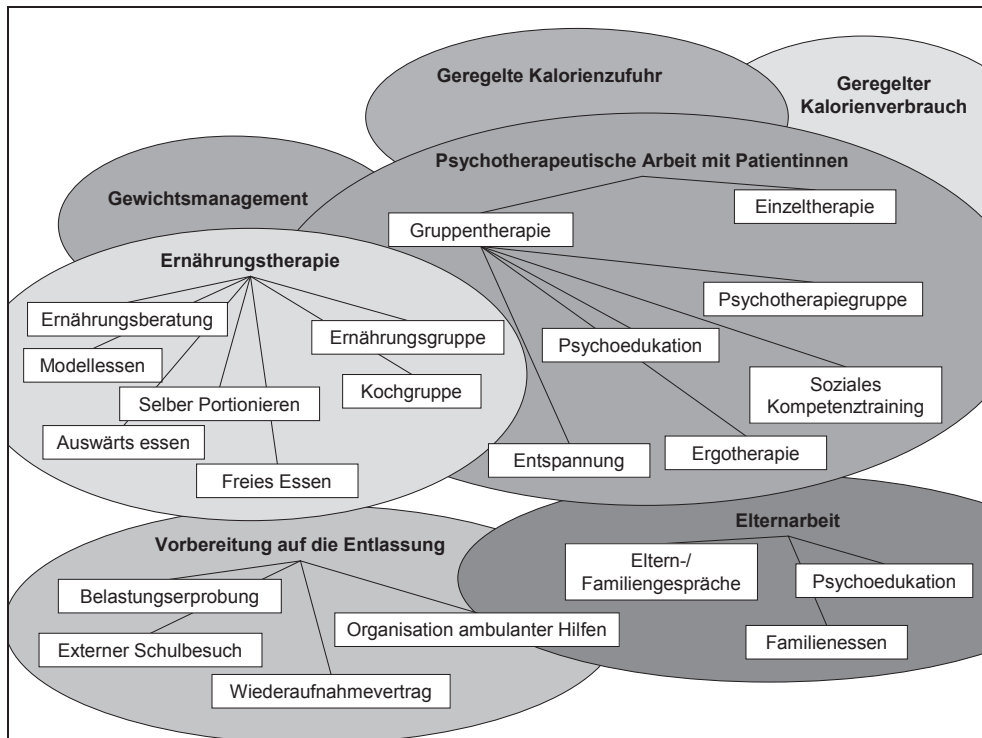


Abbildung 1: multimodaler Therapieansatz bei Anorexia nervosa

Somatische Rehabilitation:

Neben regelmäßigen Kontrollen von Gewicht und Vitalparametern stehen zu Beginn der Behandlung der langsame Nahrungsaufbau und die Rehydratation im Vordergrund. Sowohl Kalorien- als auch Flüssigkeitsmenge sollten vorsichtig gesteigert werden, um die Gefahr einer Affektion des Pankreas und der Leber durch einen zu hohen Fettanteil sowie die Gefahr kardialer Komplikationen (sog. Refeeding-Syndrom) zu reduzieren [19]. Während essgestörte

Patientinnen über den Kaloriengehalt ihrer Nahrung gut informiert sind, verfügen sie meist nur über geringe Kenntnisse von gesunder Ernährung und notwendigen Nahrungsbestandteilen [20]. Zur stufenweisen Normalisierung des Essverhaltens ist daher eine kontinuierliche Ernährungsberatung und -schulung notwendig. Es sollte außerdem eine ausführliche Ernährungsanamnese erhoben werden, in der Art und Umfang der bisherigen Ernährung erfragt werden sollten. Im nächsten Schritt wird mit der Patientin ein individueller Essensplan erarbeitet, der entsprechend Aktivität und Gewichtsentwicklung regelmäßig überprüft und angepasst werden muss. Wichtig sind dabei die Einhaltung einer festen Mahlzeitenstruktur und die genaue Vorgabe von Essensmengen. Die Gewichtszunahme sollte kontinuierlich – ambulant 300 g wöchentlich und stationär zwischen 500 und 1000 g pro Woche - bis zum Zielgewicht erfolgen [21]. Dieses sollte in etwa der 25. altersspezifischen Perzentile des Body-Mass-Index (im Internet unter www.mybmi.de einfach zu berechnen) entsprechen. Je besser die Gewichtsrestitution und die Stabilisierung des Gewichtes nach Entlassung gelingen, desto günstiger scheint die Langzeitprognose zu sein [22]. In Einzelfällen (extreme Kachexie, drohende körperliche Komplikationen) kann im Rahmen der stationären Behandlung eine nasogastrale Ernährung notwendig sein. Besonders im stationären Behandlungssetting haben sich verhaltenstherapeutische Verstärkerpläne zur Unterstützung der Gewichtszunahme bewährt.

Einzelpsychotherapie:

Primäres therapeutisches Ziel stellen zu Beginn der Motivationsaufbau sowie eine krankheitsspezifische Psychoedukation (Vermittlung von Wissen zu Krankheit und Behandlung) dar. Da bisher leider unzureichende empirische Daten zur Wirksamkeit verschiedener Therapieansätze bei Behandlung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter existieren, kann nur ein familienfokussierter Ansatz mit größerer Sicherheit empfohlen werden [22]. Ein wichtiger Fokus sollte die Veränderung dysfunktionaler Gedanken und fixierter Denkschemata sowie die Förderung von Selbstakzeptanz, sozialer Kompetenz und altersgemäßer Autonomie sein. Sowohl gruppentherapeutische Verfahren als auch ein individuelles Training bieten sich zur Reduktion von sozialer Ängstlichkeit und Erlangung altersentsprechender Fähig- und Fertigkeiten sowie Eigenständigkeit an. Darüber hinaus ist das therapeutisch begleitete Einüben von Alltagssituationen im Rahmen von Belastungserprobungen im familiären, sozialen und schulischen Umfeld sinnvoll. Ergänzend sind körperorientierte Verfahren wie Entspannungstraining und Körperwahrnehmung sowie Ergo- und Musiktherapie hilfreich.

Einbeziehung der Familie:

Da die Eltern bei den jugendlichen Patientinnen eine wichtige Ressource für den Heilungserfolg darstellen, kommt der Einbeziehung der Familie in die Therapie eine große Bedeutung zu. Daher sollte eine wohnortnahe Versorgung bevorzugt werden. Im Rahmen einer Psychoedukationsgruppe betroffener Eltern kann in einem ersten Schritt das Verständnis für das erkrankte Kind und der persönliche Austausch zwischen den Angehörigen gefördert werden. Dies bewirkt in vielen Fällen eine „Ent-Emotionalisierung“ im Umgang und eine Minderung der Schuldgefühle [23, 24]. Insgesamt sollte den Eltern vermittelt werden, dass die Familie nicht als Ursache der Erkrankung, wohl aber als wirksamste Ressource für deren Überwindung angesehen wird [25].

Medikamentöse Therapie:

Eine medikamentöse Routinebehandlung kann nach heutigem Wissensstand nicht empfohlen werden. Zur Osteoporoseprophylaxe empfiehlt sich neben Gewichtszunahme und Verhinderung körperlicher Inaktivierung entsprechend der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung eine Substitution mit Kalzium und Vitamin D. Weder im Zustand des akuten Hungers noch als Prophylaxe nach Gewichtsrehabilitation hat eine Medikation mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) einen positiven Effekt auf Essstörungssymptomatik, Depression oder Zwangssymptome bei Patientinnen mit AN gezeigt. In den letzten Jahren wurden im Rahmen kleiner klinischer Untersuchungen atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Risperidon und Quetiapin bei anorektischen Patientinnen eingesetzt. In diesen kontrollierten Studien ergaben sich besonders für Olanzapin Hinweise auf einen positiven Effekt auf Gewicht und komorbide (insbesondere zwanghafte) Symptomatik bei adolescenten Patientinnen mit AN [26]. Im Einzelfall können atypische Neuroleptika als off-Label-Use in niedriger Dosierung (z.B. Olanzapin 2,5 bis 10 mg) motorische Unruhe, Spannungszustände und krankheitsspezifisches Gedankenkreisen günstig beeinflussen.

Ambulante Anschlussbehandlung:

Im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird eine zumindest einjährige ambulante Nachbehandlung empfohlen [22]. Der Behandlungsfokus sollte dabei auf Stabilisierung des Gewichtes, Normalisierung des Essverhaltens, Wiedereinsetzen der Menstruation und Therapie eventueller komorbider Erkrankungen, wie sozialer Phobie, Depression und Zwangssymptomatik liegen.

Literatur

1. *de Zwaan M & Herzog W (2011) Diagnostik der Essstörungen: Was wird das DSM-5 bringen? Nervenarzt (korrekte Zitation!)*
2. *Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Hebebrand K, Mika C, Kratzsch J, Hebebrand J (2006) Physical activity and restlessness correlate with leptin levels in patients with adolescent anorexia nervosa. Biol Psychiatry; 60(3):311-3*
3. *Neumark-Sztainer D, Hannan PJ (2000) Weight-related behaviours among adolescent girls and boys: results from a national survey. Arch Pediatr Adolesc Med; 154:569-77*
4. *Holtkamp K, Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B (2004) The contribution of anxiety and food restriction on physical activity levels in acute anorexia nervosa. Int J Eat Disord; 36:163-71*
5. *Exner C, Hebebrand J, Remschmidt H, Wewetzer C, Ziegler A, Herpertz S, Schweiger U, Blum WF, Preibisch G, Heldmaier G, Klingenspor M (2000) Leptin suppresses semi-starvation induced hyperactivity in rats: implications for anorexia nervosa. Mol Psychiatry; 5:476-81*
6. *Gat-Yablonski G, Ben-Ari T, Shtaif B, Potievsky O, Moran O, Eshet R, Maor G, Segev Y, Phillip M (2004) Leptin reverses the inhibitory effect of caloric restriction on longitudinal growth. Endocrinology; 145:343-50*
7. *Zipfel S, Seibel MJ, Löwe B, Beumont PJ, Kasperk C, Herzog W. Osteoporosis in eating disorders: a follow-up study of patients with anorexia and bulimia nervosa. J Clin Endocrinol Metab 2001 Nov;86(11):5227-33*
8. *Mathiak K, Gowin W, Hebebrand J, Ziegler A, Blum WF, Felsenberg D, Lubbert H, Kopp W (1999) Serum leptin levels, body fat deposition, and weight in females with anorexia nervosa or bulimia nervosa. Horm Metab Res; 31:274-7*
9. *Holtkamp K, Hebebrand J, Mika C, Heer M, Heussen N, Herpertz-Dahlmann B (2004): High serum leptin levels subsequent to weight gain predict renewed weight loss in patients with anorexia nervosa. Psychoneuroendocrinology; 29:791-7*
10. *Misra M, Katzman D, Miller KK, Mendes N, Snelgrove D, Russell M, Goldstein M, Ebrahimi S, Clauss L, Weigel T, Mickley D, Schoenfeld D, Herzog DB, Klibanski A (2011) Physiologic estrogen replacement increases bone density in anorexia nervosa. J Bone Miner Res, Epub*
11. *Herpertz-Dahlmann B, Bühren K, Seitz J (2011) Der Verlauf der kindlichen und adoleszenten Anorexia nervosa und seine Bedeutung für das Erwachsenenalter, Nervenarzt, eingereicht*
12. *Seitz J, Bitar R, Vorhold V, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K (2011) Surface-based cortical thickness in a relapsing patient with anorexia nervosa, eingereicht*
13. *Vorhold V, Schulte-Rüther M, Fink GR et al. (2011) Structural brain alterations in anorexia nervosa patients before and after weight recovery, eingereicht*
14. *Nogal P, Pniewska-Siark B, Lewinski A (2008) Relation of trophic changes in the central nervous system, measured by the width of cordical sulci, to the clinical course of anorexia nervosa (II). Neuro Endocrinol Lett 29: 879-883*
15. *Bühren K, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Konrad K (2008) Neuropsychologische Befunde bei Anorexia und Bulimia nervosa im Kindes- und Jugendalter. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychotherapie 36: 377.388*

16. *Bühren K, Konrad K, Schäfer K et al.* Association between neuroendocrinological parameters and learning and memory functions in adolescent anorexia nervosa before and after weight recovery. *J Neural Transm*, 118:963-8
17. *Hahn F, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B:* Moderne Behandlungsstrategien bei Anorexie und Bulimie. *Neurotransmitter* 2002; 12:60-66
18. *Herpertz-Dahlmann B, Hebebrand J, Remschmidt H:* Essstörungen. In: Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag 2003; 117-29
19. *Mitchell JE, Pomeroy C, Adson DE (1997) Managing medical complications.* In: *Garner DM, Garfinkel PE* (eds). *Handbook of Treatment for Eating Disorders.* New York, London: Guilford Press; 383-93
20. *Rock CL, Curran-Celentano J:* Nutritional disorder of anorexia nervosa: a review; *Int J Eat Disord.*(1994) 15(2):187-203
21. *Wilson GT, Shafran R* (2005) Eating disorders guidelines from NICE. *Lancet*; 365:79-81
22. *Hagenah U, Vloet T* (2005) Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatrie*; 54(4):303-17
23. *Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki SI, Someya T* (2001) Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotions: a preliminary study. *Compr Psychiat*; 42:132-8
24. *Le Grange D, Binford R, Loeb K* (2005) Manualized family-based treatment for anorexia nervosa: a case series. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 44:41-6
25. *McKnight RF, Park RJ* (2010) Atypical antipsychotics and anorexia nervosa: a review. *Eur Eat Disord Rev*; 18(1):10-21

Kontaktadresse:

Dr. Katharina Bühren

Oberärztin

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Universitätsklinikum der RWTH Aachen

Neuenhofer Weg 21

52074 Aachen

Tel.: 0241 80 89254, Fax: 0241 80 82544

Email: kbuehren@ukaachen.de

Stationäre Therapie bei jugendlichen Anorexiepatientinnen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Regelversorgung – eine 3-Jahres-Katamnese

*Denise Reinhardt¹, Beate Reinders¹, Susanne Lieb¹,
Jens Heider² & Michael Brünger¹*

¹) Pfalzinstitut – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster

²) Universität Koblenz-Landau, Campus Landau, Psychotherapeutische Universitätsambulanz, Ostbahnstraße 10, 76829 Landau

Zusammenfassung

Fragestellung: Die langfristige Wirksamkeit stationärer Behandlungsprogramme für jugendliche Anorexiepatientinnen gilt als belegt. Ob sich diese Befunde auch auf die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung übertragen lassen, wurde bisher nur unzureichend untersucht.

Methode: 87 ehemaligen Patientinnen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik der Regelversorgung wurden nach durchschnittlich 3 Jahren katamnestisch untersucht; 49.4 % der ehemaligen Patientinnen nahmen an der Studie teil. Per Selbstauskunftsfragebögen wurde die essstörungsspezifischen Symptomatik (SIAB-S, EDI-2) erfasst.

Ergebnisse: 60.5 % der Patientinnen waren zum Katamnesezeitpunkt remittiert. 10.5 % erfüllten erneut die vollständigen ICD-10 Kriterien einer Anorexia nervosa (F50.0), 26.3 % wiesen eine atypische Anorexia nervosa (F50.1) auf und bei 2.6 % kam es zu einem Crossover zur Bulimia nervosa (F50.2). In den essstörungsspezifischen Symptomen zeigten sich zwischen den remittierten Patientinnen und einer nicht-essgestörten Vergleichsstichproben keine signifikanten Unterschiede.

Schlussfolgerung: Der langfristige Heilungserfolg nach stationärer kinder- und jugendpsychiatrischen Anorexiebehandlung in der Regelversorgung ist als gut zu bewerten und in vergleichbarer Höhe, wie er in Studien aus dem universitären Klinikkontext berichtet wird.

1. Einleitung

Die Anorexia nervosa ist zwar eine relativ seltene Erkrankung, in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Routineversorgung aber dennoch sehr häufig zu finden. Dies ist u.a. in den schwerwiegenden gesundheitlichen Folgeschäden, der hohen psychiatrischen Komorbidität und dem hohen Mortalitätsrisiko der Anorexie begründet (z.B. Sipos & Schweiger, 2003). Effektive Behandlungsprogramme sind dringend erforderlich.

Die kurz- und insbesondere auch langfristige Wirksamkeit stationärer Therapie bei jugendlichen Anorexiepatientinnen konnte in Studien belegt werden. Katamnestische Untersuchungen zeigen für kurze bis mittlere Katamnesezeiträume Heilungsraten in einem Bereich von 48 % (Fichter & Quadflieg, 1996) bis 82 % (Halvorsen et al., 2004), im Bereich der Langzeitkatamnesen (>10 Jahre) von bis zu bis 98 % (Halvorsen et al., 2004). Allerdings weisen zwischen 10 % (Steinhausen, Seidel & Winkler-Metzke, 2000) und 29 % (Herpertz-Dahlmann et al., 1996) der jugendlichen Patientinnen eine ausgeprägte Restsymptomatik im Sinne einer atypischen Anorexia nervosa bzw. Nicht-näher-bezeichneten Essstörung auf. Bei etwa 30 bis 60 % der stationär in der Jugendpsychiatrie behandelten Patientinnen kommt es nach einer anfänglichen Besserung der Symptomatik erneut zu Rückfällen und im Mittel vergehen etwa fünf bis sechs Jahre bis zur vollständigen Remission (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Lay & Schmidt, 1999; Strober et al., 1997). Bei etwa 2 % (Halvorsen et al., 2004) bis 22 % (Råstam et al., 1996) der anorektischen Patientinnen kommt es, vor allem in den ersten Jahren, zu einem so genannten „Crossover“ (Herpertz-Dahlmann, 2003, S. 372) in eine bulimische Essstörung.

Zusammenfassend lässt sich einerseits konstatieren, dass mit zunehmendem Nachuntersuchungszeitraum der Anteil der gesunden Patientinnen steigt, andererseits aber die Themen Essen und Gewicht bei einem Großteil der remittierten Patientinnen auch nach Jahren immer noch ein zentrales und den Alltag beherrschendes Thema sind, auch wenn zur Katamnese keine Essstö-

rungsdiagnose nach ICD-10 oder DSM-IV mehr vorliegt (Halvorsen et al., 2004; Råstam et al., 2003; Finzer et al., 1998). Dies spiegelt sich auch in einer geringeren Lebensqualität der remittierten Patientinnen im Vergleich zu gesunden Kontrollstrichproben wider (De la Rie et al., 2005; Padierna et al., 2002; Danzl et al., 2001).

Die überwiegende Anzahl der Befunde zum langfristigen Behandlungserfolg stammt jedoch aus Untersuchungen im universitären Klinikkontext. Eine Übertragung dieser Befunde auf die stationären Behandlungen jugendlicher Anorexiepatientinnen unter Routinebedingungen ist nicht ohne weiteres zulässig. Hierzu sind Studien unter den naturalistischen Bedingungen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Regelversorgung erforderlich. Ziel der Arbeit ist es daher, die langfristigen Effekte einer stationären Therapie an jugendlichen Anorexiepatientinnen in der Regelversorgung zu untersuchen. Zudem soll untersucht werden, ob sich die zur Katamnese remittierten Patientinnen von gesunden Normstichproben hinsichtlich ihrer Essstörungssymptomatik unterscheiden.

2. Methode

2.1 Stichprobenbeschreibung und Behandlungsprogramm

In die Ausgangsstichprobe wurden alle 85 weiblichen (97.7 %) und zwei männlichen (2.3 %) Patienten aufgenommen, die im Zeitraum von September 2001 bis November 2007 erstmalig stationär auf der psychotherapeutisch-psychosomatischen Jugendstation des Pfalzinstituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klingenstein aufgenommen wurden und die vollständigen ICD-10-Kriterien einer Anorexia nervosa (F50.0) erfüllten. Das Behandlungskonzept des Pfalzinstituts ist multimodal und kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Es ist orientiert an den wissenschaftlichen Leitlinien der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften und umfasst neben der ärztlich-psychiatrischen Behandlung und der Einzelpsychotherapie auch Familiengespräche, Gruppenpsychotherapien, Kreativtherapien sowie sozialpädagogische Betreuung.

Das durchschnittliche Alter der Patientinnen zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme betrug 14.8 Jahre (Standardabweichung bzw. SD = 1.6), das durchschnittliche Alter bei Erkrankungsbeginn lag bei 13.6 Jahren (SD =

1.6). Der durchschnittliche BMI bei Aufnahme betrug 14.9 kg/m^2 ($SD = 1.6$, Range: 12.1 bis 18.4). Die Hälfte der Patientinnen (52.6 %) war vor Aufnahme am Pfalzinstitut aufgrund der bestehenden Anorexia nervosa bereits ambulant und/oder stationär behandelt worden. 73 der weiblichen sowie die beiden männlichen Patienten (86.2 %) wiesen eine Anorexia nervosa vom restriktiven Subtyp auf (F50.00), 12 Patientinnen (13.8 %) vom binge-purging Typus (F50.01). Bei 15 Patientinnen (19.5 %) lag bei stationärer Aufnahme mindestens eine zusätzliche psychiatrische Diagnose vor. Die Länge der stationären Behandlung betrug im Mittel 103.8 Tage ($SD = 49.3$; Range: 17 bis 278 Tage). Bei 11 Patientinnen (12.8 %) wurde die Behandlung entgegen ärztlichem Rat abgebrochen. 4 Patientinnen (4.7 %) wurden auf eigenen Wunsch in teilstationäre oder ambulante Behandlung entlassen, ohne das Mindestgewicht für eine gewisse Zeit stabil gehalten zu haben. Weitere 4 Patientinnen (4.7 %) wurden aufgrund ihrer instabilen Situation und belastender familiärer Bedingungen in spezielle Einrichtungen der Jugendhilfe überwiesen. Insgesamt beendeten 67 Patientinnen und Patienten (77.9 %) die Behandlung regulär und erfüllten bei Entlassung nicht mehr die vollständigen Diagnosekriterien einer Anorexia nervosa. Bei Entlassung betrug der BMI im Durchschnitt 17.8 kg/m^2 ($SD = 1.0$).

2.2 Untersuchungsablauf und -methoden

Die 87 ehemaligen Patientinnen wurden angeschrieben und über Inhalt und Vorgehen der Untersuchung aufgeklärt. Bei Einwilligung wurden sie gebeten das beigelegte Fragebogenpaket auszufüllen und zurück zu senden. Dieses setzte sich aus einer gekürzten und modifizierten Version des Selbsteinschätzungsbogens des *Strukturierten Inventars für Anorektische und Bulimische Essstörungen* (SIAB-S; Fichter & Quadflieg, 1999) zur Diagnosestellung sowie dem *Eating Disorder Inventory* (EDI-2; Paul & Thiel, 2005) zur Erfassung der Ausprägung der Essstörungssymptomatik zusammen. Zudem wurden Fragen zu weiterführenden ambulanten oder erneuten stationären Behandlungen und aktuellen Behandlungsmaßnahmen gestellt.

Der Heilungserfolg wurde als gut bewertet, wenn zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung keine Essstörungsdiagnose nach ICD-10 mehr vorlag. Die Informationen zur Diagnosestellung wurden mit Hilfe des SIAB-S gewonnen und bezogen sich auf den Zeitraum der letzten drei Monate vor der Untersuchung. Zur Absicherung der auf Selbsteinschätzungen beruhenden Diagnosestellung

wurden bei einer Substichprobe von $n = 20$ die Angaben im SIAB-S mit Hilfe der Expertenversion des SIAB-EX durch eine geschulte Interviewerin per Telefoninterview validiert. Hierbei zeigte sich eine hohe diagnostische Übereinstimmung (Cohens Kappa $\kappa = .712$, $p = .000$) zwischen den Selbstauskünften im SIAB-S und der Expertenbeurteilung anhand des SIAB-EX.

2.3 Statistische Datenanalyse

Alle Analysen wurden mit Hilfe des Programms SPSS (Version 14.0) durchgeführt. Zunächst erfolgte die deskriptive Auswertung des Heilungserfolges und die Testung von Mittelwertsunterschieden zwischen den Respondern und Nonrespondern der Katamneseuntersuchung. Anschließend wurden Mittelwertsunterschiede zwischen den zum Katamnesezeitpunkt remittierten und einer nicht essgestörten Vergleichsstichprobe hinsichtlich der Essstörungssymptomatik berechnet. Bei Vorliegen der Normalverteilung der Daten (Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung) wurden hierzu parametrische Signifikanztests (t-Tests für unabhängige Stichproben, Ein-Stichproben t-Test) verwendet. Waren die Daten hingegen nicht normalverteilt, wurden die entsprechenden parameterfreien Verfahren (Mann-Whitney U-Test sowie Friedman-Test) angewandt. Der Übersichtlichkeit halber werden bei Gruppenvergleichen mit dem U-Test jedoch nicht die mittleren Ränge, sondern ebenfalls die Mittelwerte und Standardabweichungen als deskriptive Maße angegeben. Bei Mittelwertsvergleichen auf qualitativem Datenniveau wurde der Exakte Test nach Fisher berechnet. Eine Ausnahme bildeten allerdings die Vergleiche der gesunden Patientinnen und der Kontrollstichprobe hinsichtlich der essstörungsspezifischen Symptomatik. Da als Vergleichswerte nur Mittelwerte und Standardabweichungen vorliegen (vgl. Thiel et al., 1997), wurde der Ein-Stichproben t-Test auch beim Vergleich der gesunden Patientinnen und der Normstichprobe hinsichtlich der EDI-2-Skalen berechnet, auch wenn die Messwerte der Patientinnen auf den Items nicht normalverteilt waren.

Als Signifikanzniveau wurde bei allen Tests $\alpha = .05$ gewählt. Um wegen der multiplen Mittelwertsvergleiche eine Kumulierung des α -Fehlers auszuschließen, wurde bei Analysen mit dem EDI-2 zusätzlich eine Bonferroni-Korrektur nach der Formel $\alpha_{\text{korrigiert}} = \alpha / k$ durchgeführt (vgl. Nachtigall & Wirtz, 2002).

	Keine Teilnahme an Katamnese (N = 36)		Teilnahme an Katamnese (N = 37)		Prüfgröße	p
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD		
Erkrankungsalter	13.6	1.4	13.7	1.8	$U = 621.00$.547 ^b
Dauer der Symptomatik vor Aufnahme (in Jahren)	1.4	1.0	.9	1.1	$U = 640.50$.009 ^{b*}
Alter bei Aufnahme	15.1	1.4	14.6	1.7	$U = 588.50$.387 ^b
BMI bei Aufnahme	15.1	1.5	14.9	1.6	$t = .11, df = 71$.277 ^a
BMI bei Entlassung	17.6	1.2	17.8	.9	$U = 623.00$.636 ^b
Erkrankungsalter	2.5	1.1	2.9	1.5	$t = -1.38, df = 71$.173 ^a
Dauer der Behandlung (in Tagen)	108.0	48.3	102.2	53.9	$U = 640.50$.782 ^b
Länge des Katamneseintervalls (in Jahren)	3.0	1.7	2.9	1.6	$t = .25, df = 71$.803 ^a
	N	%	N	%		p
Subtyp						
restiktiv	30	83.3	33	89.2		.515 ^c
bulimisch	6	16.7	4	10.8		
Vorbehandlung						
nicht vorbehandelt	15	41.7	21	56.8		.245 ^c
vorbehandelt	21	58.3	6	43.2		
Psychiatrische Zusatzdiagnosen						
Keine	31	86.1	32	86.5		1.000 ^c
eine oder mehrere	5	13.9	5	13.5		
Entlassung						
Beendet	30	83.3	34	91.9		.308 ^c
Abbruch	6	16.7	3	8.1		

Tabelle 1: Statistischer Vergleich der Studienresponder und -nonresponder

* = $p < .05$, ^a t -Test für unabhängige Stichproben ^b Mann-Whitney U -Test ^c Fischers Exakter Test nach Fisher

3. Ergebnisse

3.1 Rücklaufquote und Responder-Analyse

Von den 87 Patientinnen der Ausgangsstichprobe konnten 79 (90.8 %) postalisch kontaktiert werden, acht Fragebögen (9.2 %) waren nicht zustellbar. Von den 79 zugestellten Fragebögen wurden 39 (49.4 %) ausgefüllt zurück geschickt und standen für die statistische Auswertung zur Verfügung. Um aufgrund der hohen Zahl von Studienverweigerern auszuschließen, dass die Ergebnisse der Untersuchung durch einen systematischen Stichprobenfehler verzerrt sind, wurden alle verfügbaren Daten der Nicht-Teilnehmerinnen mit denen der Studienteilnehmerinnen verglichen. Die Datenanalyse zeigte, dass Patientinnen, die nicht an der Katamnese teilnahmen (Non-Responder) lediglich bereits länger erkrankt waren (im Mittel ein halbes Jahr), ehe sie die stationäre Behandlung begannen. In allen anderen Variablen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Studienteilnehmerinnen und den Non-Responder (vgl. Tabelle 1).

Katamnesedauer (in Jahren)	>1 Jahr	1-2 Jahre	3-4 Jahre	5-6 Jahre
Anzahl der Patienten	6 (15,4%)	16 (41%)	12 (30,8%)	5 (12,8%)

Tabelle 2: Katamnesedauer

3.2 Beschreibung der Katamnesestichprobe

Insgesamt nahmen 37 der weiblichen (94.9 %) sowie die beiden männlichen Patienten (5.1 %) an der Katamneseuntersuchung teil. Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Katamnese lag bei 17.7 Jahren (SD = 2.4), der mittlere BMI beträgt 19.1 kg/m² (SD = 2.0). Der Katamnesezeitraum betrug durchschnittlich 2.9 Jahre (SD = 1.7) und lag zwischen zwei Monaten und sechs Jahren (vgl. Tabelle 2). Lediglich 5 Patientinnen (12.8 %) waren nach der stationären Behandlung am Pfalzinstitut weder ambulant noch stationär weiterbehandelt worden. Bei 31 Patientinnen (79.5 %) erfolgten ambulante Weiterbehandlungen und 9 der Patientinnen (23.1 %) wurden während des Katamnesezeitraumes erneut stationär behandelt. Zum Zeitpunkt der Katamnese befanden sich 15 der Patientinnen (38.5 %) noch in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, während sich eine Patientin (2.6 %) wieder in stationärer Behandlung befand.

Essstörungsdiagnose	Kurzes Katamneseintervall 0 - 2 Jahre (N = 21)		Mittleres Katamneseintervall 3 - 6 Jahre (N = 17)		Gesamtstichprobe	
	N	%	N	%	N	%
Keine Diagnose	10	47.6	13	76.5	23	60.5
Anorexia nervosa (F50.0)	3	14.3	1	5.9	4	10.5
Bulimia nervosa (F50.2)	0	.0	1	5.9	1	2.6
Atypische Anorexia nervosa (F50.1)	8	38.1	2	11.8	10	26.3

Tabelle 3: Heilungserfolg, differenziert nach Katamneseintervall

3.3 Beurteilung des Heilungserfolges

Insgesamt wiesen 23 der ehemaligen Patientinnen (60.5 %) bei der Nachuntersuchung keine Essstörungsdiagnose mehr auf, so dass in diesen Fällen von einem guten Heilungserfolg ausgegangen werden kann. Vier Patientinnen (10.5 %) erfüllten jedoch wieder die vollständigen ICD10 Kriterien einer Anorexia nervosa (F50.0) und zehn Patientinnen (26.3 %) wiesen eine atypische Anorexia nervosa auf (F50.1). Bei einer Patientin (2.6 %) kam es zu einem Crossover zur Bulimia nervosa (F50.2). Fasst man die Essstörungsdiagnosen zusammen, muss das Ergebnis somit also bei 15 Patientinnen (39.5 %) als schlecht bewertet werden (vgl. Tabelle 3). Auch wenn sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Patientinnen zeigte, die nach einem relativ kurzen Zeitraum (0 – 2 Jahre) und nach einem längeren Zeitraum (3 – 6 Jahre) nachuntersucht wurden, wiesen die Patientinnen mit dem kurzen Katamneseintervall tendenziell mehr Essstörungsdiagnosen auf (Exakter Test nach Fisher = 5.37, $p_{\text{exakt}} = .104$).

Eine Analyse des Gewichtsstatus⁴ der Patientinnen zum Katamnesezeitpunkt zeigte, dass 24 der Patientinnen (63.2 %) ein Gewicht im Normalbereich aufwiesen und acht Patientinnen (21.1 %) in einem BMI Gewichtsbereich zwischen 17.5 kg/m² und 18.5. kg/m² lagen. Betrachtet man die Gewichtsverlauf über die Zeit hinweg, findet man eine signifikante Gewichtszunahme

(einfaktorielle Varianzanalyse: Epsilon-adjustiert = 88.47, $p = .000$) von der stationären Klinikaufnahme ($M = 14.9$, $SD = 1.6$), über die Entlassung ($M = 17.8$, $SD = 1.0$) bis zur Katamnese ($M = 19.1$, $SD = 2.0$).

	Patientinnen ohne ED (N = 22)		Kontroll- stichprobe (N = 186)		t	df	MD	p
	M	SD	M	SD				
Schlankheits- streben	1.6	3.6	2.3	3.4	-85	21	-.66	.403
Bulimie	.6	1.1	.3	.8	1.01	21	.25	.325
Körperun- zufriedenheit	5.2	6.7	7.7	3.7	-1.73	21	-2.47	.098
Ineffektivität	2.2	3.1	1.6	2.4	.89	21	.58	.386
Perfektionis- mus	4.3	3.1	2.7	3.3	2.46	21	1.62	.023*
Misstrauen	2.2	2.3	1.5	2.2	1.38	21	.68	.183
Introzeptive Wahrnehmung	.7	1.0	1.4	2.4	-3.09	21	-.67	.006*
Angst vor dem Erwachsen- werden	3.1	2.7	2.8	2.2	.51	21	.29	.615
Askese	1.8	1.7	1.4	1.7	1.02	21	.37	.320
Impuls- regulation	1.6	2.0	1.5	2.7	.22	21	.09	.831
Soziale Unsicherheit	2.5	2.8	2.4	2.7	.17	21	.10	.867
Gesamt-Score	25.8	17.5	26.4	19.2	-.17	21	-.63	.868

Tabelle 4: Vergleich zwischen remittierten Patientinnen und gesunder Vergleichsgruppe im EDI-2. ¹ Die Itemantworten wurden dem Vorgehen von Garner (1991) entsprechend in ein vierstufiges Rating transformiert („nie“ = 0, „selten“ = 1, „normalerweise“ = 2 und „immer“ = 3), ED = Essstörungsdiagnose nach ICD-10 bei Katamnese, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, MD = mittlere Differenz, Statistik der Mittelwertvergleiche: Signifikanztestung mit Ein-Stichproben t -Test (Signifikanz, 2-seitig), * = $p < .05$, ** = $p < .004$ (Bonferroni-Korrektur)

3.4 Vergleiche der remittierten Patientinnen mit einer gesunden Vergleichsstichprobe

Zur Prüfung der Hypothese, dass auch remittierte Patientinnen immer noch stärker auf die Themen Ernährung, Gewicht und Figur zentriert sind als gesunde, gleichaltrigen Personen, wurden hinsichtlich der Angaben im EDI-2 statistische Mittelwertsvergleiche zwischen den Gruppen berechnet. Die remittierten Anorexiepatientinnen unterschieden sich in keiner der Skalen des EDI-2 bei einem nach Bonferroni korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha' = .004$ von einer gesunden Stichprobe gleichen Alters und Geschlechts (Thiel et al., 1997). Die Hypothese einer signifikant höheren Ausprägung der essstörungsspezifischen Symptome bei den remittierten Patienten muss daher zurückgewiesen werden. Tabelle 4 stellt die Ergebnisse im Detail dar. Tendenziell zeigten die ehemaligen Anorexiepatientinnen höhere Werte in der Skala „Perfektionismus“ ($p = .023$) und geringere Werte in der Dimension „Interozeptive Wahrnehmung“ ($p = .006$) als die gesunde Vergleichsstichprobe von Thiel und Kollegen.

4. Diskussion

Ziel der Studie war es die langfristige Wirksamkeit stationärer Behandlungsprogramme für jugendliche Anorexiepatientinnen in der Regelversorgung zu untersuchen. Nach einem Katamneseintervall von durchschnittlich 2.9 Jahren zeigte sich bei einem Großteil der Patientinnen eine deutliche Besserung der Kernsymptomatik. 60.5 % der ehemaligen Patientinnen erfüllten nicht mehr die ICD-10-Kriterien einer Anorexia nervosa oder einer anderen Essstörung und wiesen somit einen guten Heilungserfolg auf. Bei den restlichen 39.5 % ist der Heilungserfolg allerdings als ungünstig zu bewerten.

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit denen der Übersichtsarbeit von Steinhausen (1997), zeigen sich weitgehende Übereinstimmungen der Heilungsrate. So fand Steinhausen, dass über alle der 31 gesichteten Studien hinweg im Mittel bei 68.0 % mit einer Normalisierung des Gewichts, bei 64.0 % mit einer Normalisierung der Menstruation und bei 52.0 % der Patientinnen mit einer Besserung des Essverhaltens gerechnet werden kann. Auch Fichter und Quadflieg (1996) kommen in ihrer Studie an 55 weiblichen Patientinnen unter 20 Jahren mit einem ähnlichem Katamnesezeitraum von 2.5 Jahren zu einem vergleichbaren Ergebnis: 52.1 %

der Patientinnen weisen zum Zeitpunkt der Katamnese keine Essstörungsdiagnose mehr auf, jedoch erfüllen 30.4 % die Diagnosekriterien einer Anorexie sowie 21.7 % die Kriterien einer Bulimie. Als Einschränkung ist anzumerken, dass lediglich 41.8 % der von Fichter und Quadflieg (1996) nachuntersuchten Patientinnen an einer Anorexia nervosa litten, der überwiegenden Anteil der Patientinnen jedoch an Bulimie erkrankt war.

Wie in den Arbeiten von Halvorsen et al. (2004) und Steinhausen et al. (2000), bei denen es nach einem mittleren bzw. langen Katamneseintervall bei jeweils 2.0 % der Patientinnen zu einer Symptomverschiebung zur Bulimia nervosa kam, war dies in der vorliegenden Studie ebenfalls bei nur 2.6 % der Patientinnen der Fall.

In der vorliegenden Arbeit ließ sich darüber hinaus eine relativ große Subgruppe von 26.3 % beobachten, bei welcher die Kriterien einer deutlich ausgeprägten Restsymptomatik zu erkennen war. Laut Köpp und Wegschneider (2000) sollte nach einer mehrmonatigen stationären Behandlung sowie nach einem Katamnesezeitraum von zwei Jahren allerdings auch noch keine Heilung erwartet und eine klinisch relevante Besserung bereits als Erfolg gewertet werden. Der Grund hierfür ist darin zu sehen, dass besonders in den ersten Jahren die Wahrscheinlichkeit für Rückfälle noch deutlich erhöht ist, so dass die meisten Patientinnen die Anorexia nervosa erst innerhalb der ersten fünf bis sechs Jahre vollständig überwinden (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Lay & Schmidt, 1999; Strober et al., 1997). Da sich aber vor allem in den Langzeitkatamnesen zeigt, dass sich mit zunehmendem Katamnesezeitraum das Rückfallrisiko immer weiter reduziert und der Anteil remittierter Patientinnen zunimmt, ist zu erwarten, dass die Heilungsrate in der vorliegenden Stichprobe in den nächsten Jahren noch weiter steigt.

Vergleiche der remittierten Patientinnen und einer gesunden Vergleichsstichproben hinsichtlich ihrer Essstörungssymptomatik ergaben keine signifikanten Unterschiede. Die Befunde von Halvorsen et al. (2004), Råstam et al. (2003) und Finzer et al. (1998) konnten somit also nicht repliziert werden. Mögliche Gründe hierfür könnten in einer Verzerrung der Angaben der Patientinnen aufgrund von Kontrasteffekten liegen. So wäre es zum Beispiel denkbar, dass die essstörungsspezifische Symptomatik, obwohl sie immer noch klinisch bedeutsam ausgeprägt ist, von den remittierten Patientinnen nicht mehr als störend oder beeinträchtigend empfunden wird, da sie im Vergleich zur Akutphase der Erkrankung weitaus weniger stark ausgeprägt ist.

Darüber hinaus können auch die für die Anorektikerinnen typische Bagatelisierung des problematischen Essverhaltens und des körperlichen Zustandes wie auch eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben.

Für die vorliegende Studie wurde ein retrospektives Design in einem naturalistischen Setting gewählt. Hierbei mussten methodische Einschränkungen in Kauf genommen werden. So wurde auf den Einsatz einer Kontrollgruppe verzichtet, was keine eindeutige Zuschreibung des Heilungserfolgs auf die stationäre Behandlung erlaubt. Des Weiteren sind limitierend die sehr heterogenen und im Mittel eher kürzeren Katamnesezeiträume zu nennen. Hsu (1980) forderte hingegen Katamneseintervalle von mindestens vier Jahren nach Erkrankungsbeginn. Die Rücklaufquote von 49,4 % ist als gut zu bewerten. Trotz der Responderanalyse, bei der sich keine systematischen Stichprobenverzerrungen zeigten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass hauptsächlich Patientinnen mit einem günstigen Heilungserfolg für die Nachuntersuchungen gewonnen werden konnten und es somit zu einer Überschätzung des Heilungserfolgs kam. Hervorzuheben ist, dass bei ca. der Hälfte der Stichprobe die Selbstauskünfte mit telefonischen Interviews validiert wurden und sich eine hohe Übereinstimmung mit den Selbstauskunftsangaben der Patientinnen zeigte.

Trotz der methodischen Einschränkungen lässt sich zusammenfassend sagen, dass der langfristige Heilungserfolg nach einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Anorexietherapie in der Regelversorgung als gut zu bewerten ist. Der Heilungserfolg war in vergleichbarer Höhe wie er in Studien aus dem universitären Klinikkontext berichtet wird. Dies spricht dafür, dass die Forschungsbefunde zum Verlauf und Erfolg der stationären Anorexietherapie auch auf die kinder- und jugendpsychiatrische Regelversorgung übertragen werden können. Darüber hinaus wurde in der vorliegenden Arbeit deutlich, dass sich das Gewicht der Patientinnen über die Zeit hinweg signifikant gesteigert hat und dass auch nach der stationären Entlassung noch ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen war. Wie bereits erwähnt, ist angesichts des kurzen Katamnesezeitraumes in den nächsten Jahren mit einer weiteren Besserung der Symptomatik und somit auch mit einer noch höheren Heilungsrate zu rechnen. Um diese Annahme zu überprüfen und den Heilungsverlauf der Patientinnen genauer abbilden zu können, sind jedoch zusätzliche Untersuchungen zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich.

Disclosure Statement

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

5. Literatur

- Danzl, C., Kemmler, G., Gottwald, E., Mangweth, B., Kinzl, J. & Biebl, W. (2001). Lebensqualität essgestörter Patientinnen. *Psychiatrische Praxis*, 28, 18-23.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1999). *Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1996). Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 545-562.
- Finzer, P., Haffner, J. & Müller-Küppers, M. (1998). Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 302-313.
- Halvorsen, I., Andersen, A. & Heyerdahl, S. (2004). Good outcome of adolescent onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 295-306.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Anorexia und Bulimia nervosa. In G. Esser (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (S. 359-374). Stuttgart: Thieme.
- Herpertz-Dahlmann, B., Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, H. & Remschmidt, H. (2001). Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(5), 603-612.
- Herpertz-Dahlmann, B., Wewetzer, C., Schulz, E. & Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 335-345.
- Hsu, LKG (1980). Outcome of anorexia nervosa: A review of the literature (1954 to 1978). *Archives of General Psychiatry*, 37, 1041-1046.
- Lay, B. & Schmidt, M.H. (1999). Rückfälle im Krankheitsverlauf der Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(3), 207-219.
- Nachtigall, C. & Wirtz, M. (2002). *Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen, Teil 2*. Weinheim: Juventa.
- Paul, T. & Thiel, A. (2005). *Eating Disorder Inventory-2*. Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.
- Padierna, A., Quintana, J.M., Arostegui, I., Gonzalez N. & Horcajo, M.J. (2002). Changes in health related quality of life among patients treated for eating disorders. *Quality of Life Research*, 11(6), 545-552.
- Råstam, M., Gillberg, C. & Wentz, E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 99-109.

- Råstam, M., Gillberg, C. & Gillberg, I.C. (1996). A six-year follow-up study of anorexia nervosa subjects with teenage onset. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 439-453.
- Rie, S.M. de la, Noordenbos, G. & Furth, E.F. van (2005). Quality of life and eating disorders. *Quality of Life Research*, 14(6), 1511-1522.
- Sipos, V. & Schweiger, U. (2003). Psychologische Therapie von Essstörungen. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Steinhausen, H.C., Boyadjieva, S., Grigoriou-Serbanescu, M. & Neumärker, K.J. (2003). The outcome of adolescent eating disorders: findings from an international collaborative study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(1), 91-98.
- Steinhausen, H.C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
- Steinhausen, H.C., Seidel, R. & Winkler-Metzke, C. (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medicine*, 30, 1089-1098.
- Steinhausen, H.C. (1997). Annotation: Outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (3), 271-276.
- Strober, M., Freeman, R. & Morell, W. (1997). The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D.O. & Schüßler, G. (1997). Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory-2. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 365-376.

Korrespondenzanschrift:

Dipl.-Psych. Denise Reinhardt
Pfalzinstitut
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster

Pubertät und psychische Gesundheit? Chancen, Risiken und Implikationen einer Entwicklungskrise

Judith Sinzig

„Immer früher reif“ lautete der Titel eines Artikels von Norbert Kluge (2001). Norbert Kluge spricht davon, dass „der Trend zur immer früheren Geschlechtsreife in Deutschland ungebrochen ist.“ Die Ursachen hierfür sind in einer verbesserten Ernährungslage und in einem besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung zu sehen. So ist das Alter der Menarche von 16;6 Jahren im Jahre 1860 auf 10;5 Jahren im Jahre 2010 gesunken.

Die Pubertät ist seit dem 16. Jahrhundert als Teil der Adoleszenz definiert. Das Wort entstammt dem lateinischen Pubertas und heißt übersetzt „Geschlechtsreife.“ Der Beginn der Pubertät liegt bei Mädchen zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr und bei Jungen zwischen dem 12. und 20. Lebensjahr. Diese Spannbreite macht deutlich, dass im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie psychische Prozesse, die mit der Pubertät zusammenhängen, sowohl in einem sehr jungen als auch in einem höheren Alter und Übergang zum Erwachsenenalter zu suchen sind.

In der Pubertät kommt es aufgrund einer deutlich erhöhten Konzentration der Geschlechtshormone zur Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, zum Beginn der Menstruation sowie zur Produktion von befruchtungsfähigen Eizellen und Spermien. Mittlerweile geht man davon aus, dass der Beginn der Pubertät genetisch vermittelt ist (Seminara, 2006). Bekannt ist u.a. das Pubertätsgen KISS1R. Es wurde bei der Untersuchung einer Großfamilie aus Saudi-Arabien entdeckt, deren Mitglieder überdurchschnittlich häufig an idiopathischem hypogonadotropem Hypogonadismus (IHH) litten. Diese Erkrankung führt dazu, dass die Pubertät völlig ausbleibt.

Entwicklungspsychopathologische Aufgaben in der Pubertät

In der Phase der Pubertät findet die seelische Auseinandersetzung mit körperlichen und psychosozialen Veränderungen an der Schwelle zum Erwachsenwerden statt. Resch & Koch (1995) haben verschiedene Entwicklungslinien beschrieben, die die unterschiedlichen Anforderungen, die in der Pubertät für den Heranwachsenden entstehen, unterteilen und eine bessere Beschreibung ermöglichen:

Dies ist zum einen die Entwicklungslinie der „körperlichen Ebene“. Diese umfasst die Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, ein akzeleriertes Längenwachstum sowie die Auseinandersetzung mit einem neuen Körperschema.

Eine weitere Entwicklungslinie ist die der „kognitiven Ebene“. Diese umfasst die sich neu entwickelnde Fähigkeit, Hypothesen zu bilden, sowie Lösungswege in Einzelschritte zu zerlegen und so zu einer Veränderung von Bewertungs- und Orientierungssystemen zu kommen. Des Weiteren beinhaltet sie die Zunahme der Introspektion und Selbstreflexion sowie das erstmalige bzw. veränderte Einnehmen einer Werthaltung.

Eine weitere Entwicklungslinie ist die „soziale Ebene“. Diese umschreibt die Besonderheit der neuen Rollenübernahme, die durch die Pubertät entsteht sowie die Übernahme von Verantwortlichkeit.

Neurobiologie der Pubertät

In der Phase der Pubertät finden unterschiedliche neurobiologische Prozesse statt, die teilweise anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen beschrieben werden konnten. So findet zum einen ein akzeleriertes Wachstum des Gehirns, vor allem im präfrontalen Kortex, statt (Giedd et al., 2009). Des Weiteren kommt es zu einer Zunahme des Myelins bzw. der weißen Substanz. Dadurch werden Nervenimpulse 30mal schneller übertragen. Die erhöhte Übertragungsgeschwindigkeit führt jedoch zu einem kognitiven Leistungsabbau sowie einer kognitiven Unflexibilität.

Die Reifung des jugendlichen Gehirns wird von „hinten nach vorne vollzogen.“ Ungefähr ab dem 11. Lebensjahr findet ein Umbau von Nervenverbindungen im Gehirn statt (McGivern et al., 2002). Des Weiteren lassen sich Veränderungen der elektrischen Hirnaktivität (EEG) sowie ein Umbau der kortikalen Netzwerke und ein Verlust von Synapsen beschreiben (Uhlhass et

al., 2009). All dies scheint verantwortlich zu sein für die wechselnden Launen und Gemütslagen sowie für den Verlust empathischer Fähigkeiten, für das Fällen von Fehlurteilen sowie für eine Risikobereitschaft aber auch für stärkere Reaktionen auf Belohnungen.

In der Phase der Pubertät ist aufgrund einer individuellen Überaktivität des mesolimbischen Dopaminsystems die Gefahr für die Entwicklung von Suchtverhalten erhöht. Die Amygdala ist überaktiviert, so dass es weniger zu rationalen Überlegungen als zu emotionalen Gefühlsausbrüchen kommt.

Aufgrund der Tatsache, dass Melatonin später im Tagesverlauf ausgeschüttet wird, ist die morgendliche Müdigkeit und die verspätet einsetzende Müdigkeit im Jugendalter zu erklären (Crowley et al., 2011). All diese Prozesse gelangen erst mit ca. 18-20 Jahren wieder auf das ursprüngliche Niveau zurück.

Entwicklungsaufgaben	Krisen
Identität	Identitätskrisen, Depersonalisation
Identifikation	Rollenkonfusion
Selbstwert	Narzisstische Krisen
Individualität	Ablösungskrisen
Intimität	Beziehungskrisen
Selbstbehauptung	Rivalitätskrisen, Autoritätskrisen

Tabelle 1: Entwicklungsaufgaben und Krisen des Adoleszentenalters (n. Resch, 1996)

Besonderheiten von Entwicklungskrisen

In der Entwicklung durchläuft das Individuum bestimmte Stadien, in denen es spezifische Entwicklungsaufgaben wahrnehmen muss. Dies kann beispielsweise der Wechsel in den Kindergarten, der Schuleintritt, die Trennung oder Scheidung der Eltern, der Tod eines geliebten Menschen aber auch die Pubertät sein. All diese Situationen stellen Wendepunkte dar. Wenn diese nicht positiv bewältigt werden können, können Entwicklungsverzögerungen bzw. Entwicklungskonflikte auftreten. Spezifische Labilisierungen können insbesondere durch Pubertätsprozesse ausgelöst werden.

Aus tiefenpsychologischer Sicht werden „pubertäre Veränderungen als Störreiz, der krisenhaft bewältigt werden muss“, angesehen. Dem gegenüber be-

steht die Hypothese, dass Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsthemen als „produktive Bewältigung der Adoleszenz auch ohne krisenhafte Zuspitzung möglich ist“. Resch (1996) beschreibt gemäß Tabelle 1 Entwicklungsaufgaben mit der Möglichkeit der Entstehung von Krisen bei Nichtbewältigung.

Im Gegensatz dazu muss die Klassifikation von psychischen Störungen unter einem Verlaufsaspekt gesehen werden. Remschmidt & Schmidt (2005) haben modellhaft eine solche mögliche Klassifikation unter Verlaufsaspekten beschrieben. Diese ist in Tabelle 2 dargestellt:

Störungsgruppe	Beispiel
Verhaltensvarianten und Belastungsreaktionen	Anpassungsstörung, akute Belastungsreaktion
Früh beginnende Störungen mit überdauernder Beeinträchtigung	Autismus, Intelligenzminderung
Entwicklungsabhängige Störungen	Enuresis, altersspezifische Phobien
Altersspezifisch beginnende Störungen	Stottern, Tic-Störungen, Essstörungen, ADHS
Entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen	Fütterstörungen, Trennungsangststörungen
Früh beginnende erwachsenentypische Störungen	Schizophrenie, affektive Störungen

Tabelle 2: Mögliche Klassifikation unter Verlaufsaspekten (nach Remschmidt & Schmidt, 2005)

In Anlehnung an dieses Klassifikationssystem können spezifische Diagnosen, die durch Adoleszentenkrisen hervorgerufen werden, die Folgenden sein: Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion bzw. mit Störungen des Sozialverhaltens, depressive Episoden, Dysthymie, Angststörungen, Essstörungen sowie Zwangsstörungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchtstörungen und selbstverletzendes Verhalten.

Im Unterschied dazu ist davon auszugehen, dass es von der Entwicklung unabhängige kinder- und jugendpsychiatrische Störungsbilder, die in Jugend und Adoleszenz auftreten können, gibt, wie beispielsweise die Schizophrenie,

Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen, die überwiegend aufgrund einer genetischen Disposition und weniger aufgrund einer Anpassungsreaktion entstehen.

Davon zu unterscheiden sind frühe Störungen, die sich in der Pubertät deutlich verändern können unter dem Einfluss derselben. Dazu sind zu zählen die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, autistische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens sowie posttraumatische Belastungsstörungen.

Alters- und Geschlechtsspezifische Einflüsse sind für die Entwicklung von psychischen Störungen in der Pubertät des Weiteren maßgeblich verantwortlich. So findet sich eine mit dem Alter ansteigende Häufigkeit psychischer Störungen. Geschlechtsunterschiede prägen sich mit steigendem Alter zunehmend aus. So findet sich vor der Pubertät eine insgesamt größere Häufigkeit von Auffälligkeiten bei Jungen (vor allem externalisierende Störungen) und mit und nach der Pubertät mehr Störungen bei Mädchen (vor allem Angst und Depression). Geschlechtsunterschiede scheinen sich aktuell etwas zu verringern. So ist beispielsweise eine erhöhte Rate von Delinquenz bei Mädchen zu beobachten sowie ein Anstieg von depressiven Episoden bei Jungen.

Esser et al. (2000) beschreiben Diagnosen, alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, die in Tabelle 3 dargestellt sind:

Alter (m/w)	8 Jahre (n=216)	13 Jahre (n=191)	18 Jahre (n=181)
Emotionale Störungen	6.0 (7/5)	5.8 (8/3)	7.2 (5/10)
Dissoziale Störungen	1.8 (4/0)	8.4 (9/7)	6.6 (9/4)
Hyperkinetische Störungen	4.2 (8/0)	1.6 (3/0)	1.1 (1/1)
Andere	4.2 (3/6)	2.1 (1/3)	1.1 (0/2)

Tab.3: Diagnosen-, Alters- und Geschlechtsspezifische Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (Esser et al., 2006)

Für psychische Störungen in der Pubertät ist gleichermaßen wie Störungen, die zu anderen Lebenszeitpunkten entstehen, zu beachten, dass sie beeinflusst werden von genetischen Faktoren, Risikofaktoren, protektiven Faktoren, Ei-

gengesetzlichkeiten der jeweiligen Erkrankung, Entwicklungsfaktoren, Alter und Geschlecht, therapeutischen Einwirkungen sowie zufälligen Einwirkungen.

Risikofaktoren umfassen nach Schmidt biologische Risikofaktoren (genetische ökologische Risikofaktoren), psychologische Risikofaktoren (Persönlichkeitseigenschaften), psychosoziale Risikofaktoren (Migration, psychische Störung eines Elternteils). Esser et al., 2000) beschreiben bedeutsame Symptome des Kindesalters (im Alter von 8 Jahren) zur Vorhersage psychischer Störungen des jungen Erwachsenenalters (25 Jahre). Diese sind in Tabelle 4 zusammengefasst:

	Odds ratio	P
Disziplinstörungen in der Schule	4.4	<.001
Wutanfälle	2.4	<.01
Schulschwänzen	7.4	<.01
Mutismus	7.4	<.01
Enkopresis	6.3	<.05
Ablenkbarkeit	1.9	<.05
Allgemeine Ängstlichkeit	1.8	<.05
Depressive Verstimmung	2.1	<.05
Hyperkinetisches Verhalten	1.7	<.05

Tab.4: Bedeutsame Symptome des Kindesalters (8 Jahre) zur Vorhersage psychischer Störungen des jungen Erwachsenenalters 25 Jahre (n = 321) (Esser et al., 2000)

Gegenüber den Risikofaktoren werden Schutzfaktoren beschrieben. Diese umfassen nach Laucht (2000) weibliches Geschlecht, erstgeborenes Kind, positives Temperament, positives Selbstwertgefühl, überdurchschnittliche Intelligenz, positives Sozialverhalten und aktives Bewältigungsverhalten sowie eine offene und emotional stabile Familie und ein positives Umfeld in Schule und Freundeskreis.

Literatur:

- Crowley, S.J., Acebo, C., Carskadon, M.A.* (2011) Human puberty: Salivary melatonin profiles in constant conditions. *Developmental Psychobiology*, 27., Epub ahead of print
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M.H., Blanz, B.* (2000) Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 276-283
- Giedd, J.N., Lalonde, F.M., Celano, M.J., White, S.L., Wallace, G.L., Lee, N.R., Lenroot, R.K.* (2009) Anatomical brain magnetic resonance imaging of typically developing children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 465-70
- Kluge, N.* (2001) Auch Kinder können Kinder kriegen. Von der Geschlechtsreife deutscher Jugendlicher. In: *Beiträge zur Sexualwissenschaft und Sexualpädagogik*
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H.* (2000) Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 19, 97-108
- McGivern, R.F., Andersen, J., Byrd, D., Mutter, K.L., Reilly, J.* (2002) Cognitive efficiency on a match to sample task decreases at the onset of puberty in children. *Brain Cognition*, 50(1), 73-89
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H.* (2005) In: Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Warnke, A. (Hrsg.) *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter*, Stuttgart Schattauer
- Resch, F., Koch, E.* (1995) Adoleszentenkrisen – Adoleszentenpsychosen. In: Frischenschlager, O., Hecksel, N., Kantner-Rumpelmeier, W., Ringler, M., Söllner, W., Wesiak, U. (Hrsg.) *Lehrbuch der psychosozialen Medizin*, Wien New York Springer, 489-501
- Resch* (1996) *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*, Weinheim Psychologie Verlagsunion
- Seminara, S.B.* (2006) Metastin and its G protein-coupled receptor, GPR54: critical pathway modulating GnRH secretion. *Frontiers in neuroendocrinology*, 26, 3-4, 131-8
- Uhlhaas, P.J., Roux, F., Singer, W., Haenschel, C., Sireteanu, R., Rodriguez, E.* (2009) The development of neural synchrony reflects late maturation and restructuring of functional networks in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 16, 106(24), 9866-71

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Judith Sinzig
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
LVR-Klinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20
53111 Bonn
Tel 0228 551 2587
Fax 0228 551 2763
Judith.sinzig@lvr.de

Strategien zur Angstbewältigung – Interventionsmöglichkeiten im Rahmen der Blutentnahme

Simone Schüller

Als Stationsärztin einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station der Regel- und Akutversorgung 11- und 12jähriger Kinder begegne ich häufig den kleinen Helden und Heldinnen des Alltags. Ich befinde mich dabei regelmäßig in der Welt der J. K. Rowling mit ihren Neville Longbottoms, die einen Irrwicht aus dem Schrank Professor Lupins bezwingen. Sie setzen die Kraft der Phantasie ein, um mit ihrem Mut das Monster mit der Perücke der gestrengen und etwas skurrilen Großmutter in etwas Lächerliches zu verwandeln. Die Angst verschwindet nicht, doch sie ist leichter zu bewältigen. Täglich steigen Kinder auf den Angstberg, mal in Serpentinaugen, mal auf einer langen Reihe von Treppenstufen, um der größten Furcht auf dem Gipfel des Berges tapfer zu begegnen. Die Begegnung erleben sie mit einem lauten Schrei, mit einem Lachen, Weinen oder mit dem Lieblingslied auf den Lippen. Sie gehen durch ihre Angst hindurch und können danach bewusst das Abfluten ihrer innerpsychischen Anspannung erleben.

Sie befinden diese Schilderung als dramatisch und mehr der Trivialliteratur als dem täglichen Alltag einer Klinik entsprechend? So würden unsere jungen Patienten sicher nicht denken. Um Strategien zur Angstbewältigung im Rahmen einer Blutentnahme zu beschreiben, braucht es nicht viel. Einen wesentlich größeren Raum dürfte die Schilderung einnehmen, die sich mit dem Erleben der Kinder, deren Selbstwertsteigerung und ihrem Erspüren von Selbstwirksamkeit beschäftigt. Oftmals vergehen Tage oder Wochen, die Stationsärztin von den Menschen abzukoppeln, welche in der Wahrnehmung und Perspektive unserer Patienten mit Schrecken, Zwang und Gewalt verbunden sind. Wie real die Hintergründe dieser Wirklichkeitskonstrukte (Simon 1988) sind, scheint dabei unerheblich. Das bewusste Durchleben von Gruselgeschichten, in welchen die Stationsärztin mit der Rolle einer Hexe oder

eines blutgierigen Vampirs besetzt wird, oder humorvolle Erzählungen aus Kindertagen wie die vom kleinen Vampir sind zur emotionalen Distanzierung und zum Perspektivenwechsel ebenso hilfreich wie ein Mitwirken der jungen „Co-Therapeuten“, welche die Blutentnahme bereits erfolgreich erlebt haben.

Fassen die Kinder Vertrauen, benötigen sie Raum, ihre persönliche Geschichte (Hamm 2005) zu erzählen. Sie durchleben den Kampf mit vermeintlichen Peinigern noch einmal und berichten den Verlust der Selbstkontrolle. Es ist hilfreich für die Kinder, erlebte Zwangsmaßnahmen zu schildern wie ein Festhalten des ganzen Körpers durch eine oder mehrere Personen oder ein Erleben langer Krankenhausaufenthalte, verbunden mit vielen Nadelstichen. Diese Berichte müssen unterschiedlich oft wiederholt werden, genau wie die ärztliche Versicherung, aktuell keinen Zwang auszuüben im Vertrauen auf die Stärke der Kinder. Patienten und Eltern erzählen vom Gefühl des Ausgeliefertseins und entwickeln unter Würdigung des persönlichen Dramas und mit Hilfe der Empathie ihres Gegenübers den Wunsch, eine Situation anders zu gestalten und zu meistern. Es erweist sich als bedeutsam, gemeinschaftlich Lösungswege aus der Krise zu finden.

Psychoedukation zur Konfrontation mit der Angst und Techniken zur Visualisierung (Andrews & Shaw 1982) und Externalisierung (White & Epston 1990) berühren kognitive wie emotionale Anteile im Erlebnisraum der Kinder und machen so eine emotionale Distanzierung vom Angsteffekt möglich. Verstärkung durch eine Würdigung hysterischer Verhaltensweisen als Resource, kreativ und dramatisch inszenieren zu können, kann ebenfalls eine Basis zur Veränderung schaffen. Bedeutsam zeigt sich für die Patienten stets die Wertschätzung des Angsteffektes, wo zuvor häufig die Vorstellung vorherrschte, die Angst vollständig bezwingen zu müssen. Angst zu betrachten als ein Gefühl, das uns vorsichtig und wachsam sein lässt und uns vor dem Eingehen unnötiger oder lebensgefährlicher Risiken schützt, ist für viele Patienten etwas Neues. Sie erleben ein Gefühl des Stolzes, etwas so Wertvolles zu besitzen. Es eröffnen sich neue Möglichkeitsräume im Umgang mit dem eigenen Selbst.

Mal stellen wir dann ein Angstmonster in die Ecke des Zimmers, wo der kleine Patient es gut im Auge behalten kann. Je jünger der Patient, desto bedeutsamer ist die detaillierte Vorstellung des Monsters nach Größe, Form und Farbgebung im Vorfeld. Individuell zeigt sich auch die Vorstellung darüber, ob das Monster sich an das Äußere des Patienten haftet, es ihm sozusagen im

Nacken sitzt, oder ob es in den Patienten eindringen kann, so bspw. die Luft abdrückt oder Herz und Magen umklammert. Die Namensgebung erscheint in jedem Fall wichtig, um das Angstmonster als einen Anteil der eigenen Person anzunehmen und es zugleich auf eine angemessene Distanz verweisen zu können. Ein anderes Mal entwickeln wir eine Angstkurve oder einen Angstberg und überprüfen das Angstniveau auf einer prozentualen Skala in 10%-Schritten (Schweitzer & von Schlippe 2007; Yim 2006), so dass der Patient eine Außenperspektive einnehmen kann und den Vorgang der Blutentnahme in Einzelschritten durchlebt, als solches in der Regel bereits ein Novum. Ein Betasten des Arbeitsmaterials spricht einen weiteren Sinn der Patienten an und erweist sich zur Verankerung im Hier und Jetzt als hilfreich.

Externe Hilfen und Helfer sind stets willkommen. Dies kann der Neanderthaler in der Erzählung sein, der erst durch seine Angst und Vorsicht befähigt wird, das Mammut oder den Säbelzahn tiger zu bezwingen. Sehr individuell kann hier auch eine Visualisierung des Erzählten (Andrews & Shaw 1982) und dadurch eine Entkoppelung von Kognition und Emotion hilfreich sein. Ein Kuscheltier kann in der Lage sein, zusätzlichen Schutz zu spenden und Angst aufzusaugen. Dabei darf ruhig erwähnt werden, dass es diese Fähigkeit von seinem Besitzer übernommen hat. Manchmal darf auch Pepe, der Blutabnahme-Papagei der Stationsärztin, zum Einsatz kommen. Ablenkungen durch Hören oder Mitsingen der Lieblingsmusik oder durch das Zwiegespräch mit einer weiteren Bezugsperson im Raum zeigen ebenfalls eine positive Wirkung. Die Anwesenheit eines Elternteils, eines Bezugsbetreuers der Station oder eines weiteren Kindes kann das Gefühl stärken, begleitet, unterstützt und gehalten zu sein (Schweitzer & von Schlippe 2007). Letzteres zeigt sich besonders bedeutsam für Patienten mit traumatischen Vorerfahrungen und für Patienten mit einer Bindungsstörung.

Den genannten Maßnahmen sind Grenzen gesetzt. Diese erfahren wir insbesondere dann, wenn Laboruntersuchungen zwingend erforderlich und unaufschiebbar sind und wir die erforderliche Vorbereitungszeit nicht anbieten können. Grenzen erfahren wir angesichts von Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, die sich nicht einlassen können. Feenstaub und zündende Ideen sind nicht immer zur Hand. Aber auch nach einer Zwangsmassnahme kann es uns gelingen, in der Nachbearbeitung der Situation da zu sein, die innerpsychischen Prozesse der Patienten zu begleiten, die Beziehung zu halten und die Resilienz (Rampe 2010; Welter-Enderlin 2010; White & Epston 1990) der uns anvertrauten Kinder zu stärken.

Literatur

- Andrews, GJ, Shaw D* (1982): "So we started talking about a beach in Barbados": visualization practices and needle phobia. *Social science & medicine* 71(10), 1804-1810
- Hamm, Alfons* (2005): *Spezifische Phobien*. Hogrefe
- Rampe, Micheline* (2010): *Der R-Faktor – Das Geheimnis unserer inneren Stärke*. Books on Demand
- Schweitzer, Jochen; von Schlippe, Arist* (2007) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen*. Vandenhoeck & Ruprecht, 2. Aufl. 2007
- Simon, Fritz B.* (1988): *Lebende Systeme – Wirklichkeitskonstruktionen in der Systemischen Therapie*. Suhrkamp, 4. Aufl. 2011
- Welter-Enderlin, Rosmarie* (2010): *Resilienz und Krisenkompetenz*. Carl-Auer-Systeme
- White, Michael; Epston, David* (1990): *Die Zähmung der Monster*. Carl-Auer-Systeme, 6. Aufl. 2009
- Yim, Louisa* (2006): Belonephobia – a fear of needles. *Australian Family Physician* 35 (8), 623-624

Kontaktadresse:

Dr. med. Simone Schüller
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14
41749 Viersen
Website: www.klinik-viersen.lvr.de
Email: simone.schueller@lvr.de

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S

Christa Schaff

Als im Jahre 2006 von uns Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten der Antrag an die KBV gestellt wurde, in der dortigen Vertragsabteilung einen AD(H)S-Vertrag zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS zu erarbeiten, war dem in den Jahren vorher voraus gegangen, dass in mehreren Gesprächen zum Thema Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S mit den Kinder- und Jugendärzten auf der Ebene der regionalen und bundesweiten Berufsverbände keine Einigung für ein gemeinsames Vorgehen bzgl. eines eigenen Vertrages oder zusätzlicher Vergütungen hatte erzielt werden können.

Die Vereinbarungen der Konsensuskonferenz des BMG mit allen versorgungsrelevanten Verbänden im Jahre 2002, in denen auf die notwendige Übertragung der zur Qualität der Versorgung getroffenen Übereinkünfte in die Versorgung hingewiesen worden war, und die neuen gesetzlich verankerten Möglichkeiten zu integrierten Versorgungsmodellen nach § 140 SGB V oder 73c für Verträge mit den Kassen boten neue Chancen für die Entwicklung eines bundesweiten Versorgungskonzeptes. Um möglichst allen Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS unabhängig von der Versicherung ihrer Eltern gerecht werden zu können und bundesweite Möglichkeiten für unsere Mitglieder zu schaffen, haben wir uns an die KBV zur Entwicklung eines Vertrages gewandt – zumal der damalige Vorstand – nicht zuletzt durch Teilnahme an unseren Jahrestagungen – sehr gut zu Verwerfungen bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS informiert war. Unser Vorschlag wurde sehr schnell aufgegriffen und mit Vertretern von uns und den Kinderärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vorwiegend VT und TP) diskutiert.

Die schwierigste und langwierigste Diskussion musste um die Frage geführt werden, wer zum sog. Casemanagement der Patienten berechtigt ist. Unsere ursprüngliche Position, dass das selbstverständlich der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut, allenfalls der Kinder- und Jugendarzt, also unbedingt der Arzt, machen sollte, konnte von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (unterstützt von einzelnen KV-Vertretern) nicht akzeptiert werden. Da sich Vertreter der KBV allen drei Fachgruppen verpflichtet fühlen mussten und das auch ernst nahmen, wurde seitens der Vertragsabteilung auf eine einvernehmliche Lösung zwischen den Fachgruppen gedrungen, die nach einjährigen zähen Verhandlungen schließlich mit der Definition des „Koordinators“ und der Einführung des „AD(H)S-Teams“ mit der obligaten Besetzung durch Vertreter aller drei Fachgruppen gefunden wurde. Als „Koordinator“ des Falles wurde dabei derjenige Arzt oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut definiert, bei dem die Eltern den Patienten erstmals vorstellen, und der für die Erfüllung der Vertragsinhalte verantwortlich ist. Ist ein Arzt Koordinator, so trägt er dafür Verantwortung, dass auch die Inhalte zur psychischen und psychosozialen Stabilisierung und Gesundung eines Kindes oder Jugendlichen in der Diagnostik geprüft und im Therapiekonzept umgesetzt werden, ist ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Koordinator, so muss er eine notwendige Prüfung somatischer Ursachen und Komorbiditäten und eine rechtzeitige Medikation verantworten.

Aus heutiger Sicht hat dieser schwierige Prozess der Einigung mit dem Ergebnis der gleichberechtigten Fallführung von Ärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der verpflichtenden Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten, Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zentrale Komponenten des Vertrages ermöglicht.

Die fachliche Qualität der Versorgung wird durch die obligate ärztlich/psychotherapeutische Behandlung jedes Patienten und den obligaten Austausch jedes Arztes/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den jeweils anderen Berufsgruppen (wenn schon nicht bei jedem Patienten mit den Mitbehandlern, so doch in einem von allen drei Fachgruppen besetzten ärztlich/psychotherapeutischen ADS-Team) in partnerschaftlichem Austausch gewährleistet. Alle Ärzte und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten haben eine im Vertrag definierte spezifische Qualifikation für die Behandlung von AD(H)S vorzuweisen und sind zur Weiterbildung verpflichtet. Andere Fachgruppenvertreter – wie Ergotherapeuten, Logopäden, Pädagogen – können dem ADS-Team assoziiert werden, vor allem aber in Qualitätszirkeln mitarbeiten.

Inhaltlich ist besonders hervorzuheben, dass das vorgeschriebene diagnostische Vorgehen nach Vertragsinhalt in eine Verdachtsdiagnose, die mit Leitlinien gerechten Kriterien auf einem Formblatt definiert ist, und die endgültige Diagnose, zu der differentialdiagnostische Überlegungen und Untersuchungen sowohl im somatischen als auch psycho-sozialen Störungsbereich gehören, aufgeteilt ist. Es werden leitliniengerechte Instrumente zur Diagnostik definiert, die von allen drei Fachgruppen als Standard angesehen werden. Leider konnten wir uns gemeinsam mit den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüber den Kinder- und Jugendärzten nicht mit der Forderung nach obligater Durchführung eines Standard-Intelligenztestes zur Diagnostik durchsetzen. Das ist aus meiner Sicht der einzige Qualitätsmangel.

Für das therapeutische Vorgehen mit Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern mit ADS/ADHS wurden einige Bausteine in einem modularen System definiert. Dabei ist vor allem auf die Wichtigkeit von Elternterapie verwiesen worden, was Eltern im Rahmen des Vertrages von den Kassen bezahlt wird. Den häufig komplexen Störungsbildern und Komorbiditäten bei diesen Kindern wurde dadurch entsprochen, dass in Fällen mit definierter Komorbidität auch Richtlinien-Psychotherapie oder sozialpsychiatrische Maßnahmen parallel abgerechnet werden können.

Bei der Vorstellung des KBV-Vertrages in einem Symposium im Mai 2008 in der KBV in Berlin mit Anwesenheit einer Staatssekretärin des BMG, waren viele Kassenvertreter anwesend und interessiert. Leider gestalteten sich Verhandlungen anschließend mit einzelnen Kassenverbänden wenig erfolgreich und ließen die Hoffnung auf die Umsetzung eines Vertrages mit einer bundesweit agierenden Kasse rasch schwinden. Durch glückliche Umstände und persönliche Kontakte konnte aber die BKK-Vertragsgemeinschaft in Baden-Württemberg zu Vertragverhandlungen gewonnen werden und eine Einigung mit einem einfachen Zeit-Vergütungskonzept zu aller Zufriedenheit gefunden werden. Dadurch wurde die Einführung des Vertrages in Baden-Württemberg ab 1.4. 2009 für alle Versicherten der in der Vertragsgemeinschaft vereinten BKK-Kassen ermöglicht. Die ursprünglich im Vertragskonzept geplante Einbeziehung von Sozialpädiatrischen Zentren und Psychiatrischen Institutsambulanzen wurde von der BKK-Vertragsgemeinschaft wegen anderer Vergütungsvoraussetzungen als für niedergelassene Ärzte abgelehnt.

Diese zunächst einmalig gebliebene Chance zur Umsetzung des Vertrages haben wir mit Akteuren unserer Berufsgruppen in Baden-Württemberg und

hohem Einsatz der KV-Baden-Württemberg in Kooperation mit der KBV-Vertragswerkstatt gut nutzen können. Die Ergebnisse des Einsatzes des Vertrages im ersten Jahr können Sie im anschließenden 1. Versorgungsbericht der KV-Baden-Württemberg und der KBV in leicht gekürzter Form lesen. Diese Ergebnisse sind als erste und vorläufige Ergebnisse zu werten, zeigen aber eine für einen Einzelvertrag mit einer einzigen Kassenart und sehr unterschiedlich in den Regionen verteilten Patienten eine gute Resonanz, auf die wir stolz sein können. Der zweite Versorgungsbericht für 2010-2011 wird Mitte des Jahres 2012 erscheinen.

Wir können die Pilotphase auch deshalb als erfolgreich bezeichnen, da wir nach Verhandlungen mit den BKK-Kassenverbänden in diesem Jahr eine Fortsetzung des Vertrages in leicht modifizierter Form erreichen konnten. Die ursprüngliche Vertragsform als 73c-Vertrag und Bereinigungsvertrag wird in einen Add-on-Vertrag nach § 73c SGB V umgewandelt, was für alle von Vorteil sein wird. Auch konnte eine Öffnungsklausel für einzelne, sehr komplex behandelungsbedürftige Patienten bei der finanziellen Jahresobergrenze verhandelt werden. Der neue Vertrag soll ab 1.1. 2012 gültig sein und befindet sich im Unterschriftenverfahren. Was uns dabei besonders freut, ist ein unverhofftes Geschenk: durch die Fusion der BKK Gesundheit mit der DAK können wir ab 1.1.2012 auch unseren in Baden-Württemberg in der DAK versicherten Patienten den Vertrag anbieten!

Bundesweit wird der Vertrag inzwischen auch in Bremerhaven in leicht modifizierter Form umgesetzt und in Sachsen und Berlin mit einzelnen Kassen diskutiert. Wir hoffen, dass unser neu ausgehandelter, inhaltlich unverändert gebliebener Vertrag auch weitere KVen und Kassen zur Umsetzung bewegen wird.

Ich möchte an dieser Stelle allen Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg, unseren Berufsgruppenvertretern der drei Fachgruppen und den Mitarbeitern der KV Baden-Württemberg und der Vertragsabteilung der KBV von ganzem Herzen für den sehr hohen Einsatz für das Gelingen der Vertragsumsetzung danken. Es war mir unvorstellbar, welcher hohen Arbeitsinsatz die Umsetzung eines solchen Vertrages fordert. Unser aller Überzeugung vom Sinn dieses Projektes und die Ergebnisse des ersten Versorgungsberichtes scheinen auch bei den Kassenvertretern überzeugt zu haben und die Weiterführung des Vertrages in Baden-Württemberg möglich zu machen.

Ich danke aber auch den Verantwortlichen im BMG, die den Vertrag durch Stellungnahmen und Präsenz bei öffentlichen Veranstaltungen unterstützt haben. Das BMG hat auf unseren Antrag hin einen großartigen finanziellen Beitrag geleistet und Gelder für eine wissenschaftliche Evaluation des Vertrages bereit gestellt. Diese Evaluation wird seit Ende letzten Jahres im Studienzentrum in Marburg unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn Prof. Mattejat und Frau John mit den Instrumentarien unserer 2005/2006 durchgeführten Versorgungsstudie „kjp-qualität“ durchgeführt. Wir hoffen auf interessante Ergebnisse dieser Versorgungsstudie und weitere Erkenntnisse für die von uns zu versorgenden Kinder, Jugendlichen und Eltern mit ADS/ADHS.

Ich danke auch den Verantwortlichen in der KV-Nord-Württemberg und der KBV für die Freigabe der Veröffentlichung des ersten Versorgungsberichtes.

Den Vertragstext finden Sie unter: www.kvbawue.de/vertraege_recht/ im Internet. Bzgl. des folgenden Qualitätsberichts danken wir den Herausgebern für die Freigabe zur Veröffentlichung. Aus drucktechnischen Gründen konnten eine Landkarte mit der Übersicht der ADS-Teams und Tabellen zu Versorgungsdaten nicht gedruckt werden, Hinweise mit Links auf entsprechende Stellen im Internet wurden jeweils eingefügt.

Kontaktadresse:

Dr. med. Christa Schaff
Stuttgarter Str. 51 (Im Spital), 71263 Weil der Stadt
Tel.: 0 70 33 – 69 11 36
E-Mail: schaff@dr-schaff.de

Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S – Qualitätsbericht

*Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
& Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG)
der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg*

1 Vorwort

Der Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung für Patienten mit AD(H)S (Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Syndrom) ist zum 1. April 2009 in Baden-Württemberg in Kraft getreten. Vertragspartner sind die der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen (BKK-VAG) angehörenden BKK, die Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg (KVBW) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).

Zielsetzung des Versorgungsvertrages nach § 73c SGB V ist es, die Versorgung, das heißt die Standards für Diagnostik und Therapie, mit der Vertragssystematik breiter zugänglich zu machen und das Versorgungsangebot für die Patienten mit Verdacht auf AD(H)S sowie mit einer gesicherten Diagnose auch in struktureller Hinsicht zu verbessern. Das interdisziplinäre AD(H)S-Team stellt hierfür die Grundlage dar: Alle Patienten mit Diagnosen werden dokumentiert, die interdisziplinäre Abstimmung unter den beteiligten Fachgruppen ist möglich, definierte Fälle werden im Rahmen von Fallkonferenzen besprochen.

Der Versorgungsbericht soll einen Eindruck des Versorgungsgeschehens vermitteln und stellt dazu die Rahmenbedingungen – die Ausgangssituation und die Vertragsziele – sowie die Entwicklung der Versorgungsstrukturen dar. Schließlich entsteht im Rahmen einer Stichprobe ein Eindruck vom medika-

mentösen Verordnungsgeschehen des ersten Vertragsjahres.

Der Berichtszeitraum umfasst die ersten vier Quartale der Vertragslaufzeit, das heißt vom zweiten Quartal 2009 bis zum ersten Quartal 2010. Für die Betrachtung der Stichprobe im Bereich der Arzneimitteltherapie wurde teilweise auch der Vorjahreszeitraum, das heißt vom zweiten Quartal 2008 bis zum ersten Quartal 2009, hinzugezogen. Hierfür haben vier teilnehmende BKKen pseudonymisierte Daten zur Verfügung gestellt.

Der Bericht dient der Orientierung der Vertragspartner. Er stellt gleichzeitig den vertragsgemäßen Qualitätsbericht laut § 9 Abs. 8 dar und unterstützt die Arbeit des Vertragsausschusses laut § 14 des Vertrages.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des ersten Vertragsjahres ist zu berücksichtigen, dass insbesondere ein struktureller Aufbau des Versorgungsangebotes ebenso wie die Einschreibung der Patienten sukzessive erfolgt ist. Für die Weiterentwicklung des Vertrages stellen die Ergebnisse des ersten Vertragsjahres eine gute Grundlage dar.

Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse wird schließlich die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte wissenschaftliche Evaluation des Versorgungsvertrages, die ab 2011 beginnt, ergeben.

2 Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S

Die Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung (im Folgenden AD(H)S abgekürzt) ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Abhängig von Erhebungsmethode und Diagnosekriterien gelten in Deutschland circa zwei bis sechs Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von sechs bis 18 Jahren als betroffen. Die Fallzahlen sowie die Behandlungskosten steigen kontinuierlich.

AD(H)S ist die weitaus häufigste Ursache für Lern- und Leistungsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Das soziale Umfeld in Familie, Kindergarten, Schule und Arbeitsstätte ist vielfach stark in Mitleidenschaft gezogen. Un- oder fehlbehandelt erreichen viele dieser Kinder und Jugendlichen keine ihrer jeweiligen Begabung entsprechenden Schul- und Berufsausbildungsabschlüsse, können keine beständigen sozialen Bindungen aufbauen unterhalten.

Mit der AD(H)S-Erkrankung ist häufig eine Reihe von Komorbiditäten verbunden, deren Diagnose und Therapie ebenfalls von Bedeutung für den Therapieerfolg sind. Darüber hinaus ist AD(H)S mit einem stark erhöhten Risiko für Unfälle verbunden.

Die regional unterschiedlichen Versorgungsangebote werden von den betroffenen Familien oft unkoordiniert in Anspruch genommen. Wohnortnahe Versorgungsangebote sind oftmals nicht mit spezialisierten fachärztlichen Angeboten verknüpft. Familien betroffener Kinder finden den Zugang zu den geeigneten Versorgungsangeboten oder -strukturen häufig erst spät. Die Diagnostik und Therapie erfolgen nicht durchgängig auf der Basis geltender Standards.

Die Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg haben ermittelt, dass bei rund 16.000 BKK-versicherten Kindern in Baden-Württemberg der Verdacht auf eine AD(H)S-Erkrankung besteht.

3 Der Vertrag in Baden-Württemberg

Der AD(H)S-Vertrag wurde von der KBV-Vertragswerkstatt zusammen mit dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung entwickelt. Beratend standen zudem die Selbsthilfeverbände AD(H)S Deutschland, der Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung und der Bundesverband Selbstständigkeitshilfe bei Teilleistungsschwächen sowie Eltern betroffener Kinder zur Seite.

Die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft und die Kassenärztliche Vereinigungen Baden-Württemberg (KVBW) griffen im Jahr 2008 dieses Vertragskonzept auf. Letzte Abstimmungen wurden gemeinsam vorgenommen und der Vertrag zum 1. Quartal 2009 unterzeichnet.

Ab dem 1. April 2009 konnten sich interessierte Patienten, Ärzte und Psychotherapeuten in den Vertrag einschreiben. Eine Informationsveranstaltung der KVBW und der beteiligten Berufsverbände am 16. Mai 2009 diente der Vorstellung des Vertrages sowie zur Beantwortung offener Fragen seitens der Ärzteschaft.

Im Rückblick auf ein Jahr Vertragslaufzeit lässt sich feststellen, dass sich das

Versorgungsangebot kontinuierlich entwickelt hat: Die Zahl der teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten ist seit Vertragsbeginn beständig gestiegen. Dies gilt ebenso für die Einschreibungen der Patienten.

Erfreulich ist die Entwicklung bei der Beteiligung der unterschiedlichen Fachgruppen: Zeigten sich im ersten Vertragsquartal noch hauptsächlich die Kinder- und Jugendärzte und ab dem zweiten Vertragsquartal auch die Kinder- und Jugendpsychiater aktiv, waren im dritten und vierten Vertragsquartal die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zunehmend präsent. Dies spricht für die im Vertrag angestrebte Form der Versorgung durch die sogenannten AD(H)S-Teams, durch welche die Versorgung anhand besserer Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Spezialisten optimiert werden soll.

Die bereits vor Vertragsbeginn zum Teil schon bestehenden Kooperationen zwischen den Fachgruppen werden durch die vertragsgemäßen Standards systematisiert, ausgebaut und weiter gefestigt. Dies gewährleistet den Patienten und ihren Familien eine optimierte, standardisierte und fachübergreifende Behandlung, welche durch einen festen Ansprechpartner koordiniert wird.

4 Ziel des Vertrages

Der Vertrag verfolgt insbesondere prozessuale und strukturelle Ziele und strebt damit hinsichtlich Zugang zu, Erreichbarkeit und Verlauf von Diagnostik und Therapie auch ein deutlich höheres Maß an Patientenorientierung an.

Insgesamt fördert der Vertrag eine koordinierte Behandlung und stellt im ambulanten Bereich eine qualitätsgesicherte Diagnose und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS-Symptomen sicher. Ziel ist eine flächendeckende Versorgung der Betroffenen.

Zusammengefasst stehen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- niederschwelliger Zugang der betroffenen Familien: klare Behandlungswege und feste Ansprechpartner;
- Reduzierung der Wartezeiten auf geeignete Therapieplätze durch koordinierten Einsatz der Ressourcen;
- Verbesserte Kommunikation und Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten durch Koordination;

- Vermeidung von Doppeluntersuchungen;
- Vermeidung und Reduzierung von stationären Behandlungen;
- kontrollierter Medikamenteneinsatz, eine arzneimittelfreie Therapie erfolgt vorrangig;
- Reduzierung von Fehltagen in Schule und Beruf (auch bei den Sorgeberechtigten).

Der Vertrag knüpft an die Eckpunkte der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Oktober 2002 durchgeführten interdisziplinären Konsensuskonferenz zur Verbesserung der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit AD(H)S an und setzt diese so weit es möglich ist in die Praxis um.

5 Entwicklung vertragsbezogener Zahlen

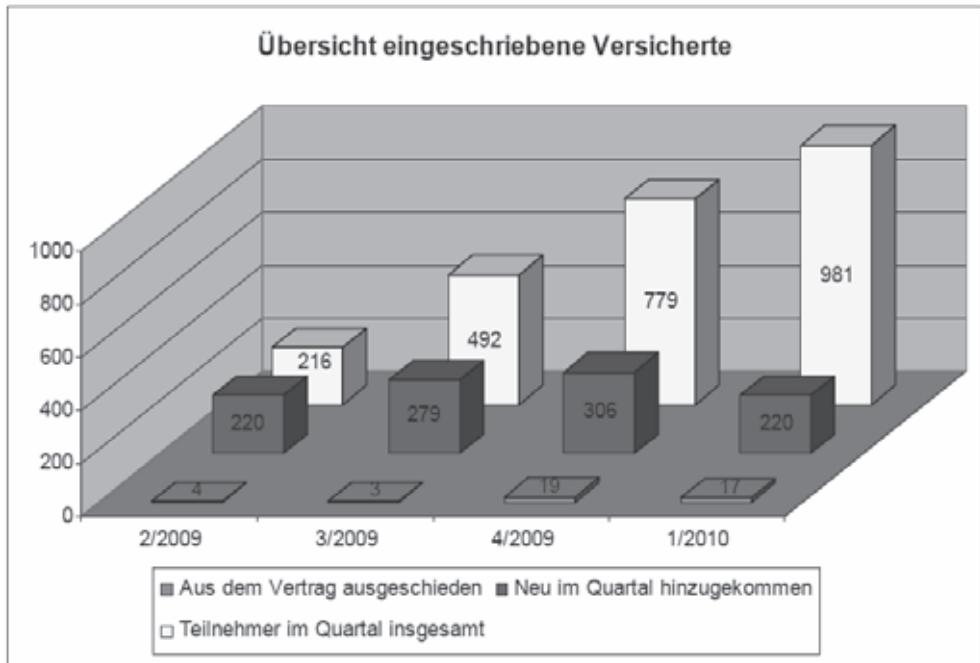
5.1 Teilnehmende Versicherte

Am Vertrag teilnehmen können Patienten im Alter von vier bis 17 Jahren, die bei einer am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind, ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben und bei denen bereits AD(H)S diagnostiziert wurde oder der Verdacht auf AD(H)S besteht.

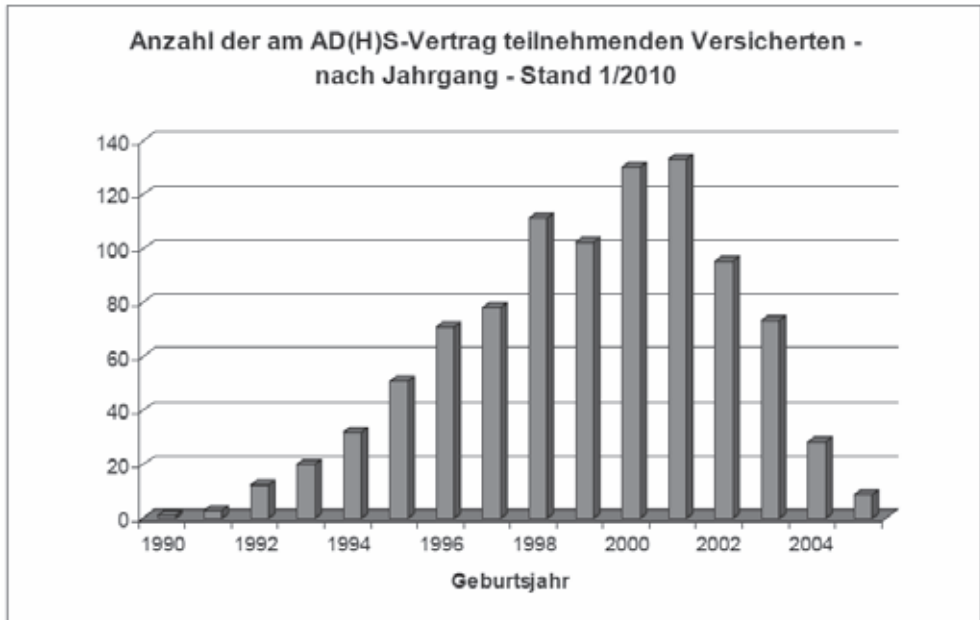
Nach Erhebungen der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft waren im Jahr 2009 über 16.000 bei Betriebskrankenkassen versicherte Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg an AD(H)S erkrankt.

Um das Ziel des Vertrages zu erreichen, allen von AD(H)S betroffenen Kindern und Jugendlichen Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine qualitativ hochwertige, leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen und somit einer Fehl- oder Unterversorgung entgegenwirken, wird im Vertrag besonderer Wert auf die Sicherung der Diagnose gelegt. Diese steht am Beginn der Teilnahme am Vertrag: Zunächst stellt der Arzt oder Psychotherapeut die Verdachtsdiagnose nach den vertraglich vorgeschriebenen Kriterien. Kann die Diagnose AD(H)S ausgeschlossen werden, muss der Patient wieder aus dem Vertrag ausgeschrieben werden. Bei positiver Verdachtsdiagnose wird die Diagnose durch sorgfältige diagnostische und differenzialdiagnostische Untersuchungen gesichert. Ist die Enddiagnose gesichert, wird die Therapie leitliniengemäß durchgeführt.

Nach drei bis spätestens sechs Monaten bewertet der Koordinator den bisherigen Therapieverlauf, überprüft die Diagnose und korrigiert gegebenenfalls den Behandlungsplan. Insbesondere wird entschieden, ob eine medikamentöse Therapie angezeigt ist. Kommt der Koordinator gegebenenfalls in Absprache mit dem AD(H)S-Team zu dem Ergebnis, dass die Behandlungsziele stabil erreicht sind, endet die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages.



Das Alter der in den Vertrag eingeschriebenen Versicherten liegt zwischen fünf und 20 Jahren. Rund 50 Prozent der Patienten sind zwischen neun und zwölf Jahre alt.



5.2 Teilnehmende Ärzte und Therapeuten

Am AD(H)S-Vertrag können Ärzte und Psychotherapeuten folgender Berufsgruppen teilnehmen, die in Baden-Württemberg zugelassen sind und die die im AD(H)S-Vertrag unter § 7 benannten Voraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte/Psychotherapeuten erfüllen:

- Kinder- und Jugendpsychiater
- Kinder- und Jugendärzte
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychologische Psychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen

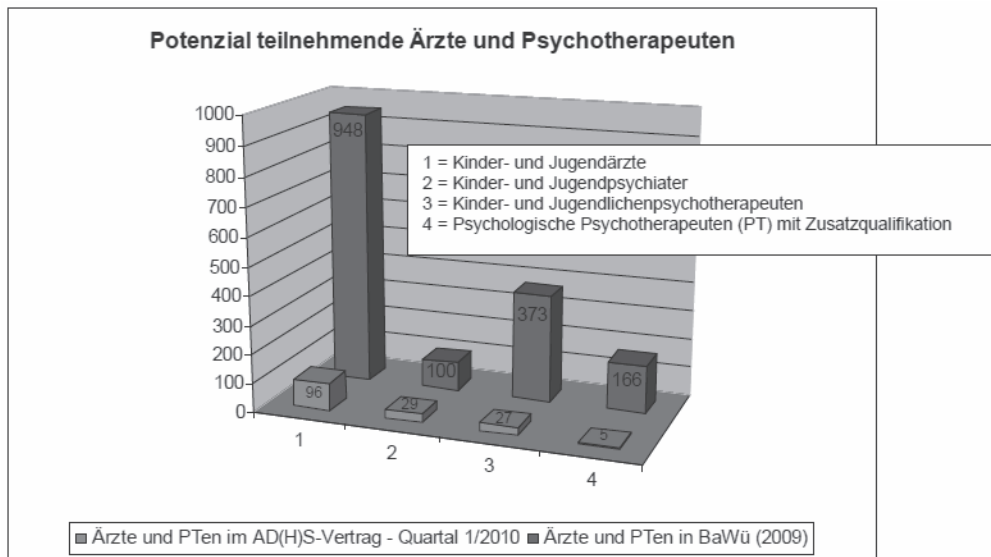
In Baden-Württemberg waren diese Fachgruppen im Jahr 2009 wie folgt vertreten:

- Kinder- und Jugendpsychiater: 100 Vertreter
- Kinder- und Jugendärzte: 849 Vertreter
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: 373 Vertreter
- Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 166 Vertreter

Für den AD(H)S-Vertrag hatten sich – Stand erstes Quartal 2010 – Ärzte und Psychotherapeuten wie folgt in den AD(H)S-Vertrag eingeschrieben:

- Kinder- und Jugendpsychiater: 29 (dies entspricht circa 30 Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe)
- Kinder- und Jugendärzte: 96 (dies entspricht circa zehn Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe)
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: 27 (dies entspricht etwa zehn Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe)
- Psychologische Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen: 5 (dies entspricht circa drei Prozent der in BW niedergelassenen Vertreter der Fachgruppe)

40 der Kinder- und Jugendärzte, ein Psychiater, drei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zwei Psychologische Psychotherapeuten haben befristete Genehmigungen erhalten.



Rund zehn Prozent der Kinder- und Jugendärzte und rund ein Viertel der Kinder- und Jugendpsychiater hat sich eingeschrieben, von diesen waren wiederum im ersten Quartal 2010 jeweils rund die Hälfte aktiv, das heißt sie haben Leistungen erbracht und abgerechnet.

Diese Zahlen sind einerseits im Verhältnis zu den Patientenfallzahlen insgesamt und in den einzelnen Praxen zu sehen. Andererseits sind die vertraglichen Anforderungen an Ärzte und Psychotherapeuten anspruchsvoll und

richten sich an entsprechend qualifizierte Ärzte.

Die Verortung der Teams auf der nachfolgenden Landkarte macht jedoch auch deutlich, dass dennoch eine Flächendeckung gegeben ist, auch wenn der jeweils lokale Marktanteil der teilnehmenden BKK – oder spezifischer, die sich daraus lokal ergebenden Fallzahlen – ebenfalls eine Rolle bei der Entscheidung über eine Einschreibung seitens der Ärzte und Psychotherapeuten spielt.

6 Darstellung der AD(H)S-Teams

Jeder am Vertrag teilnehmende Arzt oder Psychotherapeut ist Teil eines regionalen AD(H)S-Teams, welches je nach Vorhandensein und Verfügbarkeit der Berufsgruppen vor Ort zu bilden ist. Dem Team gehören mindestens ein Kinder- und Jugendarzt, ein Kinder- und Jugendpsychiater und ein Psychotherapeut an. Insgesamt soll das Team aus drei bis zehn Mitgliedern bestehen. Fehlende Berufsgruppen können jeweils durch eine konsiliarische Tätigkeit aus anderen Regionen ersetzt werden.

Bis Ende August 2010 haben sich in Baden-Württemberg 42 Teams etabliert. 20 Teams konnten noch nicht durch am Vertrag teilnehmende und in örtlicher Nähe zu den Teamkollegen ansässige Ärzte und/oder Psychotherapeuten komplettiert werden. Sie arbeiten daher im Team mit nicht in den Vertrag eingeschriebenen Ärzten/ Psychotherapeuten zusammen.

Fünf weitere, noch unvollständige Teams bedienen sich der Konsiliarlösung und kooperieren mit eingeschriebenen Ärzten/Psychotherapeuten aus anderen Teams. 36 Ärzte und Psychotherapeuten konnten sich noch keinem Team zuordnen.

Herauszustellen ist, dass sich innerhalb von Jahresfrist vielfach eine feste Teamstruktur gebildet hat. Bei den Teams, die mit nicht eingeschriebenen Ärzten oder Psychotherapeuten kooperieren, wäre im Einzelfall zu prüfen, was die Gründe hierfür sind. Ebenso wäre zu klären, was die Ursachen dafür sind, dass sich 36 Ärzte und Psychotherapeuten noch keinem Team zuordnen konnten. Das weitere Vorgehen für diese Fragen berät der Vertragsausschuss.

(Eine Übersichtskarte der AD(H)S-Teams in Baden-Württemberg und Krankenhausstandorte finden Sie im Internet unter http://www.bkk-bw.de/fileadmin/files/3-2_bbk-vag/3-2-1_adhs/AD_H_S_Versorgungsbericht.pdf auf Seite 11.)

7 Medikamentöse Therapie

Vertragsgemäß kommt eine medikamentöse Therapie nur nach gesicherter Diagnose zum Einsatz. Das Modul Arzneimittel des Vertrages (vgl. Anlage 3) gibt psychoedukativen und psychosozialen Maßnahmen den Vorrang vor einer medikamentösen Therapie. Diese setzt ein, wenn nach angemessener Zeit keine ausreichenden Wirkungen erzielt werden und darüber hinaus deutliche Beeinträchtigungen im Leistungs- sowie im psychosozialen Bereich bestehen. In krisenhaften Situationen kann sofort mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden. Sie sollte jeweils individuell bedarfsangepasst und analog der jeweils aktuellen Leitlinien gegeben werden.

Die vertraglichen Therapieempfehlungen umfassen folgende Grundsätze:

- Vorrang von medikamentenfreier Therapie,
- Verordnung durch Spezialisten für Verhaltensstörungen,
- auf angemessener diagnostischer Grundlage,
- bei fortlaufender Kontrolle und
- Durchführung therapiefreier Zeiten

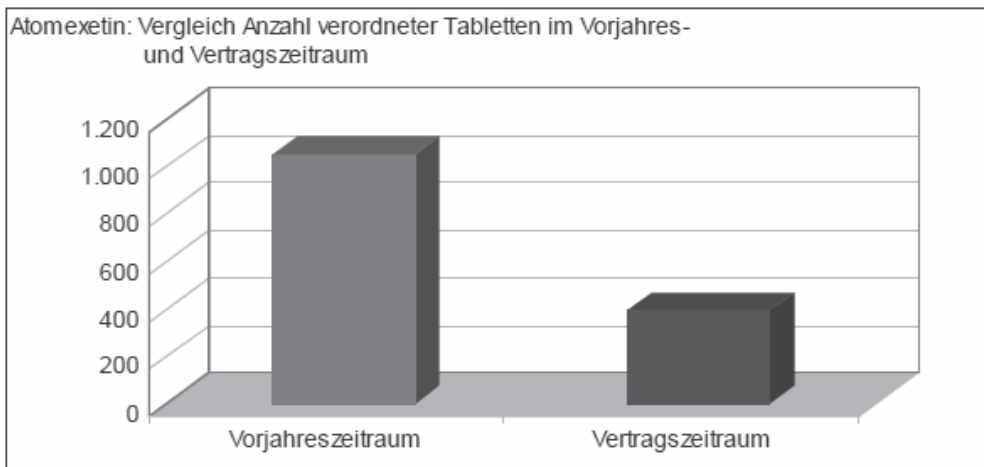
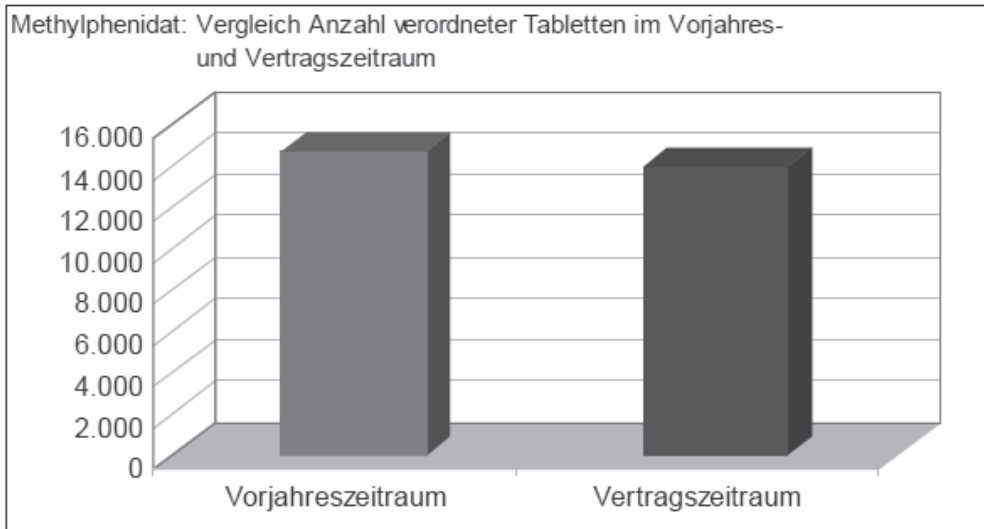
und enthalten damit bereits wesentliche Aspekte der erst kürzlich vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossenen Änderung der Arzneimittel-Richtlinie, die auf einem Risikobewertungsverfahren für Methylphenidat-haltige Arzneimittel beruht (laut Beschluss des GBA über eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44, Stimulantien, vom 16. September 2010).

Zur Behandlung des ADHS werden die Wirkstoffe Methylphenidat (zum Beispiel Ritalin®) und Atomoxetin (Strattera®) eingesetzt.

Im Rahmen einer Stichprobe, für die vier BKKen die Datengrundlagen geliefert haben, wurde das Versorgungsgeschehen eingehender analysiert, um einen Eindruck vom ersten Vertragsjahr zu erhalten und gegebenenfalls die Bewertung der weiteren Entwicklung auf eine Grundlage zu stellen. Aus der Stichprobe ergibt sich, dass durchschnittlich 30 Prozent der eingeschriebenen Patienten eine medikamentöse Therapie bekommen haben. Näher betrachtet werden die Daten von knapp 100 Patienten mit Arzneimittelverordnungen. Dabei war für knapp 60 Patienten eine Auswertung mit einem Vorjahresvergleich möglich. Für die Gesamtbetrachtung wird die absolute Anzahl der verordneten Tabletten zugrunde gelegt. Die Größe DDD (defined daily doses),

die nur die Definition einer einzigen Erhaltungsdosis vorsieht, eignet sich nicht, da die Zulassung der betreffenden Präparate empfiehlt, patientenindividuell zu dosieren.

Mit Blick auf die Anzahl der verordneten Tabletten stellt sich ein leichter Rückgang bei Methylphenidat dar, bei Atomoxetin fällt dieser Rückgang sehr deutlich aus.



Weiter zeichnet sich im Rahmen der Stichprobe ab, dass es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum eine Tendenz gibt, bevorzugt retardierte Präparate zu verordnen.

Qualitative Verbesserung der medikamentösen Therapie

Vor Vertragsbeginn fallen einige Verläufe in der Arzneimitteltherapie auf, die aus pharmakologisch-therapeutischer Sicht, aber auch vor dem Hintergrund der Arzneimitteltherapiesicherheit kritisch zu hinterfragen sind.

So wird einem Patienten von einem Arzt der Wirkstoff Atomoxetin verordnet, ein anderer Arzt verordnet demselben Patienten den Wirkstoff Methylphenidat. Einem anderen Kind werden unterschiedliche Konzentrationen des Wirkstoffs Methylphenidat von zwei verschiedenen Ärzten verordnet. Bei einem weiteren Patienten kommen retardierte (einmal täglich) und unretardierte Formen (zweimal täglich) zum Einsatz, die zudem von unterschiedlichen Ärzten verordnet wurden. Hierbei besteht das Risiko, dass die Eltern beziehungsweise das Kind die unterschiedlichen Dosierungen der Präparate verwechseln.

Die Betrachtung der oben genannten Patienten im Vertragszeitraum zeigt eine deutliche qualitative Verbesserung der medikamentösen Therapie:

- Die medikamentöse Therapie erfolgt aus einer Hand, das heißt nur ein Arzt verordnet die Medikamente.
- Es kommen dieselben Präparate mit demselben Wirkstoff, derselben Konzentration und Dosierung zum Einsatz.
- Es werden Therapiepausen eingelegt; dies sehen die Empfehlungen zur Therapie mit Methylphenidat vor.

Die AD(H)S-Teams erhalten die Stichprobenauswertungen für weitere Analysen der medikamentösen Therapie.

(Eine Tabelle zur Arzneimittelverordnung und Diagnosestellung vor und nach Beginn des Vertrages am Beispiel eines Patienten finden Sie im Internet unter http://www.bkk-bw.de/fileadmin/files/3-2_bbk-vag/3-2-1_adhs/AD_H_S_Versorgungsbericht.pdf auf Seite 16-17.)

8 Fazit und Ausblick

Der erste Versorgungsbericht zeigt, dass es schon innerhalb eines Jahres in weiten Teilen des Landes gelungen ist, verbindliche Kooperationsstrukturen für eine qualitätsgesicherte Versorgung von Patienten mit AD(H)S aufzubauen.

Der Vertrag war und ist in mancher Hinsicht seiner Zeit voraus: Seit dem 1. April 2009 setzt der Vertrag eine Qualität um, die optimal geeignet ist, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit AD(H)S entsprechend dem aktuellen diesbezüglichen GBA-Beschluss vom 16. September 2010¹ zu gewährleisten. Danach soll die Verordnung von Methylphenidat nur durch Spezialisten für Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen, wie den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, erfolgen. Die im AD(H)S-Vertrag geschaffenen Qualitätsanforderungen und Versorgungsstrukturen setzen dieses Qualitätserfordernisses bereits um. Auch in struktureller Hinsicht ist das Versorgungskonzept wegweisend, da interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den Bedingungen des Vertrages wirksam in der Praxis umgesetzt wird: Durch die Bildung und die Aktivitäten der AD(H)S-Teams wurde eine solide Netzstruktur für die Behandlung von AD(H)S-Patienten aufgebaut. Eine Struktur, die dezentral Versorgung realisiert und eine definierte indikationsbezogene Versorgung in die Fläche trägt. Hervorzuheben ist, dass Kooperation und Vernetzung im AD(H)S-Vertrag ohne externe Dienstleistungen erfolgt, das heißt ohne Berater oder Netzmanager.

Gegenwärtig stimmen die Vertragspartner die Umstellung des Versorgungsvertrages in seiner grundsätzlichen formalen Ausrichtung ab. Dabei geht es um die Umstellung von einem sogenannten Bereinigungsvertrag auf einen sogenannten Add-On-Vertrag. Die beabsichtigte Umstellung reagiert auf die bisherige Vertragspraxis:

- Es hat sich gezeigt, dass Kernleistungen des AD(H)S-Vertrages zwar klar über die kollektivvertragliche Versorgung hinausgehen, diese aber zum Teil mit Versichertengrundpauschalen verbunden sind und sich weder sachlich noch kalkulatorisch ohne weiteres voneinander trennen lassen.

Die Vertragspartner beraten derzeit, die inhaltlichen und strukturellen Anteile, die bislang nicht im Rahmen bundesmantelvertraglicher Leistungen enthalten sind, im Vertrag und somit im Vergütungskonzept abzubilden und alle

¹ Änderung der Arzneimittel-Richtlinie: Anlage III Nummer 44, Stimulantien vom 16. September 2010

anderen Leistungen kollektivvertraglich zu vergüten. Neben einer adäquaten Anpassung der Dokumentationsanforderungen wäre mit dieser Umstellung mehr Transparenz für die Vertragspartner erreicht und ebenfalls ein zusätzlicher Impuls für die Weiterentwicklung der AD(H)S-Versorgung gegeben.

Dieser Text ist einschließlich der erwähnten Karte und der Tabelle als Broschüre publiziert und bei den u. g. Ansprechpartnern erhältlich. Wir danken für die Genehmigung zum Zweitabdruck.

Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat 4 – Verträge und Ordnungsmanagement
Dr. Bernhard Gibis, Dr. Susanne Armbruster
Heidi Hujer / Regina Reuschenberg
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon: (030) 40 05-14 22
Telefax: (030) 40 05-27 14 22
E-Mail: vertragswerkstatt@kbv.de

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich Vertragswesen
Sachgebiet Versorgungsmanagement
Maja Molière
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart
Telefon: (0711) 78 75-33 21
Telefax: (0711) 78 75-48 37 07
E-Mail: Maja.Moliere@kvbawue.de

Vertragsarbeitsgemeinschaft (VAG)
der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg
BKK VAG Baden-Württemberg
Michael Wagner
Stuttgarter Str. 105, 70806 Kornwestheim
Telefon: (07154) 13 16-1 50
E-Mail: MWagner@bkk-bw.de

Kinder brauchen Schutz. Die Daten der Kinder auch. Die Novellen des Bundesdatenschutzgesetzes und ihre Relevanz für kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

Gabriele Schuster & Götz-Erik Trott

Daten von Kindern und alten Menschen sind besonders schützenswert, da die Betroffenen sich am schlechtesten wehren können, wenn ein unsachgemäßer Umgang damit erfolgt. Gerade deshalb gehört die sinnvolle und rechtssichere Umsetzung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) auch zum zentralen Aufgabenfeld der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Leider hat das Thema noch nicht den notwendigen Stellenwert im Praxisalltag eingenommen und wird in seiner Komplexität häufig noch zu wenig wahrgenommen und realisiert.

Stellen Sie sich vor, dass der Onkel eines von Ihnen behandelten Kindes zufällig bei der EDV-Firma arbeitet, die für die Updates der Software Ihrer Praxis am Ort zuständig ist. Beim nächtlichen Software-Update sieht er zufällig, dass sein Neffe Benni dort in Behandlung ist. Der Onkel hatte schon immer Spaß, die Familie unter Druck zu setzen und spricht nun die Mutter in Beisein des Kindes an: „Ich hab gestern beim Arbeiten gesehen, dass Du jetzt mit dem Kleinen auch beim Psychiater bist. Ich hab mir ja schon immer gedacht dass mit dem was nicht stimmt. Es tut mir ja so leid, dass Ihr jetzt mit dem Kind so arg gestraft seid...“

Variationen dieses Themas sind in unzähliger Zahl und Schädlichkeit denkbar.

Die zentralen Vorgaben des Bundesdatenschutz-Gesetzes:

1. Die Kinder und ihre Angehörigen müssen wissen, was mit ihren Daten geschieht und wie sie Einfluss darauf nehmen können.
2. Alles, was nicht ausdrücklich erlaubt ist, ist verboten.

Mit dem Behandlungsvertrag, den die Familie mit der Praxis abschließt, ist die Erfassung der Behandlungsdaten in der Praxis legitimiert. Weitere Ansätze der Datenverarbeitung sind gesetzlich vorgegeben, hierzu gehört z.B. die Datenweiterleitung an die KV.

Bei vielen anderen Formen der Datenweitergabe – völlig unabhängig davon ob diese bewusst geschieht oder aus Versehen passiert – müssen die Kinder und / oder ihre Angehörigen gefragt werden, ob sie damit einverstanden sind. Alternativ muss die Praxis, welche die Daten weiterleitet, aktiv die Verantwortung für die Datensicherheit bei der Stelle, welche die Daten erhält, übernehmen (Auftragsdatenverarbeitung nach §11 BDSG).

Einige praktische Fragen zur Umsetzung des Datenschutzes in der Praxis (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):*Datenweitergabe an externe Stellen:*

- Informieren Sie Ihre Patienten darüber, an welche Stellen außerhalb der gesetzlichen oder inhaltlichen Legitimation Sie die Daten weiterleiten (EDV-Firma, Steuerberater, Rechtsanwalt, private Abrechnungsstellen, ...)?
- Haben Ihre Patienten und deren Erziehungsberechtigte eine Chance, sich zu äußern, wenn sie mit der Weiterleitung ihrer Daten, z.B. an die externe EDV-Firma, nicht einverstanden sind?
- Haben Sie von Ihren Patienten eine schriftliche Einwilligung zur Datenweitergabe?
- Wie stellen Sie sicher, dass z.B. der externe EDV'ler die Daten wirklich nicht einsehen kann, wenn der Patient oder seine Familie dies nicht wünschen?
- Wie stellen Sie sicher, dass sie Patienten, die eine Datenweitergabe z.B. an die externe EDV-Firma verweigern, genauso gut behandelt werden wie alle anderen Patienten?

Datensicherung:

- Haben Sie die Sicherung der Patientendaten noch, wenn es in Ihrer Praxis gebrannt hat oder ein Einbruch stattgefunden hat?
- Wer haftet, wenn das Zurückspielen der Daten im Ernstfall nicht funktioniert? Sie oder ihre externe EDV-Firma?
- Reicht die Höhe der Datenschutz- und Vermögensschadens-Versicherung ihrer EDV-Firma (oder Ihrer Praxis), um Sie für den Verlust Ihrer Daten und für die sich hieraus ergebenden, z. T. exorbitanten Folgeschäden zu entschädigen?

Fachkompetenz und Zuständigkeiten:

- Falls bei Ihnen mehr als 10 Mitarbeiter (gemeint sind Köpfe, nicht Stellen) automatisch Daten verarbeiten (EDV): Haben Sie einen Datenschutzbeauftragten ernannt?
- Verfügt Ihr/e Datenschutzbeauftragte/r über ausreichende Fachkompetenz? Wie wurde er ausgebildet, wie häufig finden Nachschulungen statt?

Auskunftsrecht der Patienten:

- Gibt es in Ihrer Praxis eine rechtssichere interne Regelung, wie Sie vorgehen, wenn ein Patient anfragt, welche Datenkategorien Sie von ihm vorhalten („Auskunftsrecht der Betroffenen“)?
- Kann ein Patient auf Wunsch in Ihrer Praxis einsehen, welche Datenkategorien genau Sie zu welchem Zweck auf welche Weise verarbeiten (existiert das gesetzlich vorgeschriebene „Interne Verzeichnisse“)?
- Hat Ihre Homepage ein rechtssicheres Impressum?
- Beinhaltet Ihre Homepage eine rechtssichere Datenschutzerklärung?
- Kann sich ein Patient auf Ihrer Homepage erkundigen, welche Daten Sie wofür verarbeiten (existiert das gesetzlich vorgeschriebene „Externe Verzeichnisse“)?

Schweigepflichterklärungen:

- Haben alle Mitarbeiter und Lieferanten, die Zugang zu Patientendaten haben, eine rechtssichere Schweigepflichterklärung unterschrieben?

Sicherheit der Daten:

- Sind Ihre Türen einbruchssicher?
- Können Sie nachvollziehen, wer welchen Schlüssel zu Ihrer Praxis hat (Schlüsselverzeichnis)?
- Halten Ihre Passworte dem Versuch stand, sie zu knacken? (Wenn Sie sich nicht sicher sind, prüfen Sie die Sicherheit Ihrer Passworte unter www.passwortcheck.ch. Sichere Passworte haben mindestens 6 Stellen, beinhalten keine ganzen Wörter, dafür jedoch Groß- und Kleinbuchstaben, Zahlen und Sonderzeichen).
- Sichern Sie Daten auf USB-Sticks oder anderen mobilen Datenträgern? Sind diese sicher im Falle des Diebstahls?
- Aktualisieren Sie Ihre Betriebssysteme und Virenschutz-Software regelmäßig? Gibt es hierfür klare Zuständigkeiten?
- Sind wirklich alle Eingangsmöglichkeiten gegen Viren und Trojaner gesichert? (Laptops, z.B. VPN-Verbindungen mit einer Desktop-Station im Wohnzimmer eines Mitarbeiters, ... auch im Falle des Diebstahls?)

Ihre Mitarbeiter:

- Schulen Sie Ihre Mitarbeiter regelmäßig im Datenschutz? Können Sie dies im Ernstfall nachweisen?

Dies sind viele Fragen, die sich gemeinsam besser lösen lassen.

Das Datenschutz-Projekt der bayerischen Kinder- und Jugendpsychiater

Bereits die Frage, wie eine Einverständniserklärung zur Datenweitergabe in der kinderpsychiatrischen Praxis gestaltet werden kann, ist nicht einfach zu beantworten.

In Bayern haben sich in einer Pilotphase ca. 15 Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zusammengeschlossen und gemeinsam an einer fachgruppenspezifischen Ausbildung zum Datenschutzbeauftragten teilgenommen. In dieser Gruppe werden nun in den kommenden Monaten Lösungen für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, z.B. für die Gestaltung eines externen und internen Verzeichnisses, der Einverständniserklärungen etc. erarbeitet und ausgetauscht.

Ziel ist die Erstellung einer Bayern weiten Materialiensammlung zur Umsetzung der datenschutzrechtlichen Anforderungen an unseren Praxen. Aktuell finden Gespräche mit Zertifizierungsstellen statt. Ziel hierbei ist die Entwicklung eines spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Datenschutz-Zertifikates.

Datenschutz und Datensicherheit sind zentrale Aufgaben gerade der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen. Leider sind wir noch lange nicht so weit, dass wir für alle datenschutzrechtlichen Fragen gute Antworten haben. Ganz im Gegenteil: Hier liegt noch ziemlich viel Arbeit vor uns. Also: Packen wir's an!

Kontaktadressen:

Dipl. Psych. Gabriele Schuster
Geschäftsführerin
athene akademie GmbH
Traubengasse 15, 97072 Würzburg
Tel.: 0931-20 555 26
Email: g.schuster@athene-qm.de
Website: www.athene-qm.de

Univ.-Prof. Dr. med. Götz-Erik Trott
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Luitpoldstraße 2-4, 63739 Aschaffenburg
Tel. 0 60 21 / 32 54 53
Email: praxis-trott@t-online.de
Website: www.praxistrott.de

Jugendhilfe in der Vernetzung mit anderen Professionen

Sabina Schaefer

Um den komplexen Lebenslagen von Familien besser gerecht zu werden, wurde im Jugendamt Stuttgart schon seit einigen Jahren konsequent der Weg beschritten, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen zu fördern.

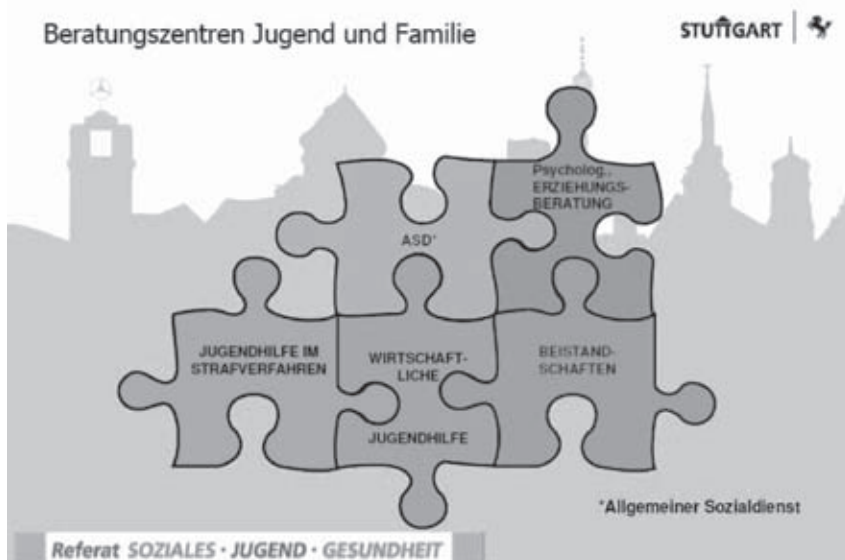


Abbildung 1: Arbeitsfelder der Stuttgarter Beratungszentren

So gibt es in Stuttgart zehn Beratungszentren für Jugend und Familie, in denen in multiprofessionellen Teams Fachkräfte aus Sozialarbeit, Psychologie, Wirtschaftlicher Jugendhilfe und Verwaltung unter einer Leitung zusammenarbeiten. Neben der Aufgabe, die psychosoziale Grundversorgung der Familien zu sichern und bedarfsgerechte Hilfen und Unterstützungen für Famili-

en zu realisieren, ist es eine weitere wichtige Aufgabe der Beratungszentren Netzknoten für die Angebote der Jugendhilfe zu sein, also die Zusammenarbeit mit Schulen, Kindertagesstätten, Ärzten, Kinderärzten, Psychiatern, Polizei und u. v. m. zu fördern und auszubauen.

Vorgehensweise in einem Einzelfall

Der 12-jährige Marco befindet sich in einer Kinderpsychotherapie, weil er in der Schule durch Konzentrationsschwierigkeiten, Abwesenheit aufgefallen ist und seine schulischen Leistungen stark abgefallen sind in den letzten Monaten. Er hat kaum Sozialkontakte, ist sehr zurückgezogen, wirkt schweigsam und bedrückt. Bekannt ist außerdem, dass er unter psychosomatischen Beschwerden wie Migräne und Bauchschmerzen leidet.

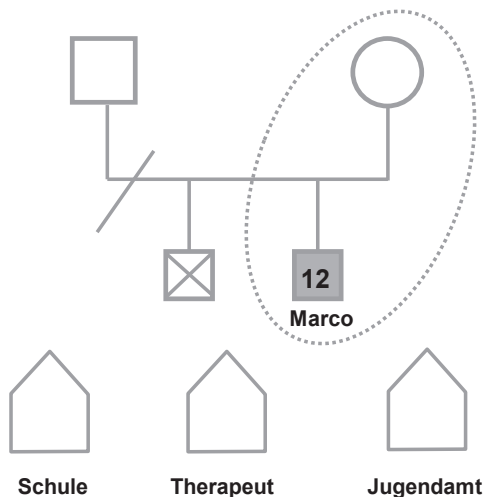


Abbildung 2: Fallbeispiel Marco

Dem Therapeuten ist über den familiären Hintergrund bekannt, dass der jüngere Bruder des Jungen vor einem Jahr bei einem Unfall ums Leben kam, die Familie also eine schwerwiegende Tragödie erlebt hat. Der Junge berichtet dem Therapeuten, dass die Mutter zu Hause bei geschlossenen Rollläden sitzt, kaum noch mit ihm spricht und er nicht weiß, was er machen soll. Er empfindet Hilflosigkeit und auch Schuldgefühle, die der Kindertherapeut mehr ahnt als dass der Junge sie ansprechen könnte.

Der Junge braucht in dieser Situation diese geschützte Beziehung zum Therapeuten, die die Voraussetzung dafür ist, dass er sich mit seinen Nöten öffnen und sich helfen lassen kann. Auch die Mutter des Jungen verlässt sich darauf, dass ein besonderes Vertrauensverhältnis zum Therapeuten besteht und sie sich darauf verlassen kann, dass der Therapeut das Wissen um die familiären Probleme vertraulich behandelt.

Für den Therapeuten, der mit dem Jungen arbeitet, kann sich sehr dringend die Frage stellen, ob er den Jungen beispielsweise nach der Therapie einfach nach Hause gehen lassen kann, wenn er nicht weiß, was der Junge zu Hause antrifft. Von der Mutter hat der Therapeut den Eindruck gewonnen, dass sie selbst traumatisiert und depressiv ist und er vermutete, dass sie ihrem Sohn in dieser Situation keine verständnisvolle Unterstützung geben kann. Wie es um die Beziehung der Eltern bestellt ist, ist dem Therapeuten zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht klar. Der Therapeut muss sich in dieser Situation fragen, wie tragfähig die Beziehung sowohl zu dem Jungen als auch zu der Mutter ist: Kann er der Mutter gegenüber ansprechen, dass er ihre Not sieht? Was bedeutet dies für den Jungen? Vielleicht stellt sich im Gespräch mit der Mutter heraus, dass sie selbst dringend Hilfe benötigt, z.B. dass ein stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie notwendig wäre. Ferner erfährt der Therapeut vielleicht, dass die Eltern keinen Kontakt mehr miteinander haben, nicht mehr miteinander sprechen können, die Ehe offenbar über den Unfalltod des jüngeren Kindes zerbrochen ist.

In einer solchen Situation stellt sich möglicherweise die Frage, wo der Junge betreut werden könnte, wenn sich die Mutter zu einem stationären Psychiatrieaufenthalt entschließen könnte. Eine weitere Fragestellung könnte sein, ob der Junge – ergänzend zur psychotherapeutischen Betreuung – von einer Begleitung im Alltag profitieren könnte, also von einer sozialpädagogischen Hilfe, die von der Jugendhilfe eingesetzt wird. Eine solche sozialpädagogische Fachkraft kann sich z.B. darum kümmern, dass der Junge wieder bessere Sozialkontakte bekommt, er könnte ihn in einen Sportverein vermitteln oder den Kontakt zum getrennt lebenden Vater anbahnen, also vielfältige alltagsnahe Unterstützung geben.

Für den Therapeuten stellt sich jetzt die Frage, wie er diese anderen Stellen möglichst im Einvernehmen mit den Betroffenen hinzuzieht. Es müsste also der Weg zur Jugendhilfe geebnet werden, was am besten gelingt, wenn der Therapeut über die Möglichkeiten und Angebote Bescheid weiß, auch über

Anmeldemodalitäten, Wartezeiten usw.. Im Idealfall also zieht der Therapeut weitere Helfer mit Einwilligung der Beteiligten im Familiensystem hinzu. Der Königsweg *mit Einwilligung der Betroffenen* funktioniert am besten über eine gute Informationsweitergabe wie die weiteren Schritte im Jugendamt konkret aussehen könnten.

In Fortführung des Fallbeispiels kann man sich jedoch auch gut vorstellen, dass die Mutter auf den Vorschlag, das Jugendamt für die weitere Hilfestellung mit einzubeziehen, total abwehrend reagiert nach dem Motto: „Wir haben schon genug Probleme, da können wir nicht auch noch das Jugendamt brauchen!“

Die Vorbehalte gegenüber den Jugendämtern sind leider nach wie vor vorhanden, manchmal sind es auch nur Unwissenheit oder veraltete Vorstellungen.

Für den Therapeuten stellt sich in Fällen, in denen die Betroffenen keine Einwilligung geben für die Kontaktaufnahme und die Informationsweitergabe an das Jugendamt, die Frage, ob er an das Jugendamt dennoch herantreten muss. Es könnte sein, dass ein Therapeut die Lebenssituation eines Kindes oder Jugendlichen als so prekär einschätzt, dass er das Veto der betroffenen Eltern nicht ohne weiteres hinnehmen kann.

Vor dem Schritt, eventuell ohne Einverständnis der Eltern Informationen weiter zu geben, muss der Therapeut verschiedene Einschätzungsaufgaben vornehmen im Hinblick auf die Gefährdung des betroffenen Kindes.

Das geplante Bundeskinderschutzgesetz, das ab Januar 2012 in Kraft treten soll, beinhaltet u. a. eine *Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger*. Diese Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten) schafft Klarheit dahingehend, dass bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Kindeswohls künftig Informationen an das Jugendamt weitergegeben werden dürfen.

Vor der Weitergabe von Informationen an das Jugendamt müssen verschiedene Einschätzungsaufgaben oder Abwägungen vorgenommen werden:

1. Wenn es Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen gibt, ist zunächst auf eine einvernehmliche Informationsweitergabe und Inanspruchnahme von Jugendhilfe hinzuwirken. Selbstverständlich gilt die Ausnahme, dass man über den Ein-

bezug der Jugendhilfe nicht sprechen soll, wenn es dadurch zu einer weiteren Gefährdung des Kindes kommen könnte.

2. Zur Klärung der Frage, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und weiterführende Hilfen durch die Jugendhilfe notwendig sind, ist es den Professionen erlaubt, eine „*insoweit erfahrene Fachkraft*“ hinzuziehen, um den Fall in anonymisierter Form zu erörtern und zu einer Einschätzung über den Gefährdungsgrad zu kommen.

In diesen Fallbesprechungen geht es darum, Wahrnehmungen, Einschätzungen differenziert zu schildern, Hypothesen zur Problementstehung zu bilden und auch konträre Deutungen zu versuchen.

In einem Verdachtsfall auf sexuellen Missbrauch eines 6jährigen Mädchens durch den getrennt lebenden Vater müsste z.B. in der fachlichen Auseinandersetzung auch die Frage gestellt werden, ob sich das Verhalten des Kindes nicht auch ganz anders erklären könnte als von der vom Vater getrennt lebenden Mutter dargestellt. In der Fallbesprechung mit der insoweit erfahrenen Fachkraft geht es immer auch um die Frage der Dringlichkeit für die Einleitung von Schutzmaßnahmen. Im Beispiel des 12-jährigen Jungen würde es daher um die Frage gehen, ob er nach der Therapie allein nach Hause gehen kann oder ob beim Therapeuten die Sorge überwiegt, er könnte seine Mutter nach dem Suizid vorfinden.

Des Weiteren kann es in den Fallbesprechungen über die Beziehung des Therapeuten zu den Klienten gehen: Für wie tragfähig schätzt er die Beziehung zu den Eltern ein? Um im oben genannten Fallbeispiel zu bleiben: Hatte er einen so guten Draht zu der Mutter gefunden, dass er glaubt, sie würde ein Notsignal setzen, wenn sie ganz am Ende ihrer Kräfte wäre?

Schließlich kann in der Fallberatung erörtert werden, ob nicht doch ein Einverständnis der Betroffenen zum Einbezug weiterer Fachkräfte erreicht werden kann, indem beispielsweise ein gemeinsames Gespräch geführt wird, an dem Eltern, Therapeut und Fachkraft des Jugendamts teilnehmen.

Die fachlichen Erörterungen eines Falls mit der insoweit erfahrenen Fachkraft dienen einerseits zur Entlastung des Therapeuten, andererseits aber insbesondere zur Klärung der Frage, ob der Therapeut sich entscheidet, Informationen an das Jugendamt weiterzugeben oder nicht. Gibt es gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefährdung, ist der Therapeut – wie oben erwähnt – mit dem

neuen Kinderschutzgesetz *befugt*, auch ohne Einverständnis der Betroffenen Informationen weiterzugeben. Wichtig ist, dass die Betroffenen über diesen Schritt des Therapeuten informiert werden. Es gilt das so genannte „*Transparenzgebot*“: „Gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen der Betroffenen“. Ausnahmen vom Transparenzgebot kann es geben, wenn das Kind oder der Jugendliche gerade durch die Mitteilung, dass Informationen ohne das Einverständnis der Betroffenen an das Jugendamt weitergegeben werden, stark gefährdet würde. So kann es beispielsweise bei Eltern, die selbst schwer psychotisch zu sein scheinen und keine Krankheitseinsicht zeigen, geboten sein, das Jugendamt zu informieren ohne den Eltern diesen Schritt anzukündigen, weil ansonsten nicht abzuschätzen wäre, wie sie reagieren würden (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V.: „Datenschutz bei frühen Hilfen“).

Hilfen des Jugendamts nach dem SGB VIII

(vgl. Justizministerium Baden-Württemberg und KVJS: „Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz: Aufgaben der beteiligten Institutionen“ – Empfehlung für örtliche Netzwerke)

1. Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff SGB VIII:

Eltern können selbst Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff beantragen (z.B. Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistandsschaft, Erziehung in einer Tagesgruppe usw.), um damit die Gefährdungslage des Kindes abzuwenden. Es ist der wünschenswerte Fall, dass Eltern selbst bereit sind, Hilfen und Unterstützung anzunehmen und daran zu arbeiten, ihr Verhalten so zu verändern, dass die Gefährdungslage für ihr Kind nicht weiter besteht. Es ist das Anliegen der Jugendhilfe, dass Kooperationspartner wie Ärzte, Therapeuten oder Psychiater daran mitarbeiten, bei den Eltern die Bereitschaft zu wecken, Hilfen im Interesse ihres Kindes anzunehmen.

2. Anrufung des Familiengerichts nach § 8a:

Im § 8a ist der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung geregelt. Zu den Verfahrenstandards gehört das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos. Eltern, Kinder und Jugendliche werden in die Gefährdungseinschätzung einbezogen, soweit die Kinder und Jugendlichen dadurch nicht selbst in Gefahr geraten.

Selbstverständlich kann eine Verbesserung der jeweiligen Lebenssituation nur gelingen, wenn die Eltern, Kinder und Jugendliche in den Hilfeprozess einbezogen werden. Für die Jugendhilfe gehört es daher zu den großen Herausforderungen, nicht nur Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen, sondern auch die Einsicht in die Problemlage bei den Eltern zu erreichen und die Motivation zu wecken, sozialpädagogische Hilfen wirklich anzunehmen. Aufgabe des Jugendamtes ist es, diese Hilfen und Interventionen einzuleiten, zu begleiten und ggf. auch zu kontrollieren. Im Fall der 7-jährigen Nicole beispielsweise war nicht nur Hilfeunterstützung, sondern auch eine gewisse Kontrolle unumgänglich, um die Gefährdung des Kindes abzuwenden.

Nicole, die die 1. Klasse besuchte, war in der Schule dadurch aufgefallen, dass sie morgens zu spät kam, offensichtlich so übermüdet war, dass sie im Unterricht fast einschlief und meistens ihre Schulsachen nicht komplett dabei hatte. Sie kam im Unterricht nicht mit, wurde von den anderen Kindern gemieden, fand keine Spielkameraden und wurde nicht zu den Kindergeburtstagen eingeladen.

Das Hilfekonzept für Nicoles Familie sah u. a. vor, dass Nicole zweimal wöchentlich ein therapeutisches Gruppenangebot wahrnahm und dass sie abends nicht bis in die Puppen vor dem Fernseher saß, sondern spätestens um 20 Uhr im Bett lag. In diesem ging es nicht nur darum, Hilfe und Unterstützungsangebote zu machen, sondern es musste praktisch nachgeprüft werden, ob die Eltern die notwendigen Schritte auch umgesetzt hatten.

Wenn die Eltern die notwendige Unterstützung und Hilfe zur Abwendung der Gefährdung nicht annehmen, muss nach § 8a SGB VIII das Familiengericht angerufen werden. Nur das Familiengericht darf in das Personensorgerecht (bis hin zum Sorgerechtsentzug) eingreifen. Vor einem Sorgerechtsentzug kann das Familiengericht gerichtliche Maßnahmen zur Abwendung einer Gefährdung treffen, wie z.B.:

- Gebote, öffentliche Hilfen wie z.B. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen oder
- Gebote für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen usw.

Das Jugendamt unterstützt das Familiengericht insofern, als es über angebotene und erbrachte Leistungen informiert, erzieherische und soziale Gesichtspunkte zur Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen einbringt und auf weitere Möglichkeiten der Hilfe hinweist (vgl. § 50 SGB VIII).

3. Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII:

Wenn das Kind oder der Jugendliche darum bittet oder wenn bei dringender Gefährdung eine familiengerichtliche Entscheidung nicht abgewartet werden kann, ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen Inobhut zu nehmen.

Die Eltern müssen vom Jugendamt unverzüglich informiert und mit ihnen das Gefährdungsrisiko abgeschätzt werden. Hält das Jugendamt ohne die Einwilligung der Personensorgeberechtigten die Fortführung der Unterbringung oder weitere Schutzmaßnahmen für erforderlich, muss es eine familiengerichtliche Entscheidung herbeiführen.

So gab es beispielsweise den Fall einer 10-jährigen Schülerin namens Natalija, die aus dem Unterricht heraus in die wöchentlich stattfindende Außensprechstunde des Beratungszentrums kam und unter Tränen sagte, sie wolle keinesfalls wieder nach Hause gehen. Sie habe Angst vor ihrem Vater und der Stiefmutter, die ihr Schläge angedroht hätten, weil sie nicht genügend lerne und voraussichtlich das Klassenziel nicht erreiche.

Dieses Mädchen wurde kurzfristig in einer stationären Wohngruppe der Jugendhilfe untergebracht, es wurde Kontakt mit dem Vater und der Stiefmutter aufgenommen und ein weiterer Klärungsprozess eingeleitet.

Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Die dargestellten Arbeitsabläufe und Fälle zeigen, dass die Zusammenarbeit in Kinderschutzfällen erheblich erleichtert wird, wenn die Akteure aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern gut über die jeweiligen Aufgaben, Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten der jeweils anderen Arbeitsfeldern Bescheid wissen.

Dieses Wissen kann in örtlichen Netzwerken erworben werden, an denen neben der Jugendhilfe möglichst viele verschiedene Professionen teilnehmen, wie Schulen, Kindertagesstätten, Gesundheitsamt, Kinder und Jugendpsychiatrie, niedergelassene Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Gesundheitsamt, Erziehungshilfeeinrichtungen, Justiz.

Entscheidend dafür, dass solche Netzwerke für alle beteiligten Berufsgruppe gewinnbringend sind, ist, dass alle Akteure ihre Erfahrungen und Kompetenzen einbringen und eine Kooperation unter gleichberechtigten Partnern von allen als notwendig und sinnvoll angesehen wird.

In Stuttgart wurde beispielsweise in solchen Kooperationskreisen schon aus-

fürlich über die Einschätzung von Gefährdungslagen bei Kindern und Jugendlichen anhand des *Stuttgarter Kinderschutzbogens* gesprochen. Dieser Stuttgarter Kinderschutzbogen ermöglicht eine umfassende Gefährdungseinschätzung auf der Grundlage konkreter Beobachtungen und Beschreibungen. Mit Hilfe des Bogens lassen sich Einschätzungen des Jugendamts auch für andere Professionen nachvollziehbar darstellen. Somit kann sogar ein Beitrag dazu geleistet werden, eine gemeinsame Sichtweise, Sprache und Verständigung zu finden.

Der Stuttgarter Kinderschutzbogen umfasst folgende zwölf Module (vgl. Reich, W., Lukasczyk, P., Kindler, H. 2009).

1. Meldebogen (Angaben zur Gefährdungsmeldung)
2. Familienbogen (Grunddaten)
3. Erscheinungsbild des Kindes (Pflege-Entwicklungsstatus)
4. Eltern-Kind-Interaktion (z.B. elterliche Feinfühligkeit)
5. Grundversorgung und Schutz (Ernährung, Schlafplatz, Kleidung, medizinische Versorgung usw.)
6. Sicherheitseinschätzung (z.B. geäußerte Furcht vor einer bestimmten Person im Haushalt)
7. Risikoeinschätzung (mittelfristige Wahrscheinlichkeit weiterer Gefährdungseignisse)
8. Ressourcen und Prognosen (persönliche/familiäre/soziale und materielle Ressourcen)
9. Erziehungsfähigkeit (Pflege/Bindung/Förderung)
10. Gesamteinschätzung der Kindeswohlgefährdung
11. Hilfe- und Schutzkonzept
12. Vereinbarungen mit den Sorgeberechtigten.

Das Fallbeispiel der Familie B. zeigt, wie mit diesem Instrument in einem Kinderschutzfall gearbeitet wird.

In dem Fall geht es um den 7-jährigen Dennis, der massive Probleme in der ersten Klasse hatte. Bei der alleinerziehenden Mutter gab es Hinweise, dass sie selbst psychische Probleme hat und ihre drei Kinder nur unzureichend versorgen kann.

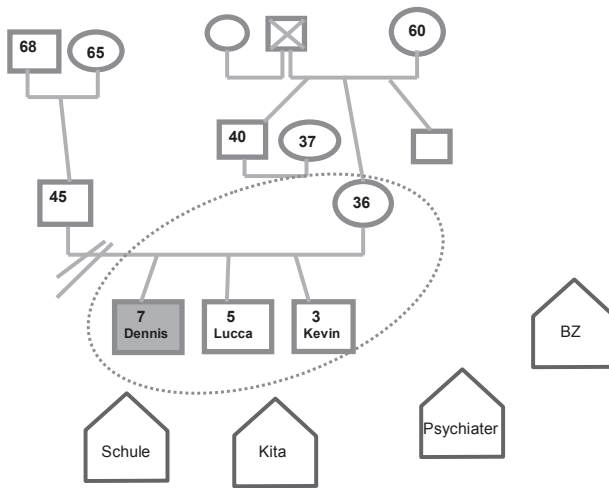


Abbildung 3 Fallbeispiel Familie B.

Herausgegriffen sind die Beschreibungen für das vierte Modul „Eltern-Kinder-Interaktion“: zu diesem Modul gehören Items wie „Aufmerksamkeit“ / „Körperkontakt“ / „Blickkontakt“ / „Zuwendung für das Kind“ / „Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse“ / „Grenzen setzen“ / „Verbale Anregungen“ / „Spielmöglichkeiten für das Kind“ / „Zuverlässigkeit gegenüber dem Kind“.

Es sind auf der folgenden Tabelle die Beschreibungen von Verhaltensbeobachtungen zu „Aufmerksamkeit“ / „Körperkontakt“ und / „Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse“ dargestellt.

Aufmerksamkeit/ Körperkontakt/ Blickkontakt/ Zuwendung für das Kind	Beschrieben durch
Mutter verhält sich gegenüber Dennis oft impulsiv und wechselhaft. Sie schimpft das Kind heftig, um sich im nächsten Moment zu entschuldigen.	BZ-Mitarbeiterin HzE-Mitarbeiter/in
Mutter bittet mehrfach um Fremdunter-bringung der Kinder und gibt an, sie könne in Momenten, in denen Dennis sie an seinen Vater erinnert, keinen Körperkontakt zum Kind ertragen.	BZ-Mitarbeiterin

Angemessenheit der Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse	Beschrieben durch
Frau B. erscheint aber generell bemüht, die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder zu erfüllen.	BZ-Mitarbeiterin
Beim Hausbesuch weist Frau B. Dennis barsch ab, als er etwas fragen wollte.	HzE-Mitarbeiterin
In der Schule beschämt die Mutter ihren Sohn bei einer Gelegenheit, als sie seine OP-Narbe herumzeigt und Mitschüler beschimpft.	Lehrerin

Die Beschreibungen positiver und negativer Verhaltensweisen werden jeweils für die verschiedenen Module zusammengetragen und bewertet, so dass am Ende eine gut fundierte Einschätzung über den Grad der Kindeswohlgefährdung abgegeben werden kann. Insbesondere wird die Einschätzung auf diese Weise auch für andere Professionen gut nachvollziehbar.

Neben der Beschäftigung mit solchen Diagnoseinstrumenten bewährt sich die Besprechung von Fällen, in denen die verschiedenen Professionen mit ihren unterschiedlichen Rollen engagiert sind. Der Fall des 14-jährigen Dominik beispielsweise zeigt, wie eine engmaschige, engagierte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychotherapeutischen Angebot diesem Jungen zugute kommt. Der 14-jährige Junge war seit dem Kindergartenalter verhaltensauffällig. Seine Schulzeit war durch sehr viele Abbrüche gekennzeichnet, er musste beispielsweise die 2. Klasse Grundschule verlassen und scheiterte selbst in der Kleinklasse einer Schule für erziehungsschwierige Kinder. In der 3. Klasse wurde die Diagnose ADHS gestellt und er wurde mit Ritalin behandelt.

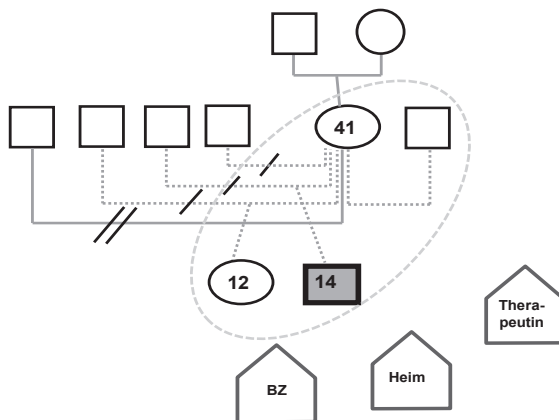


Abbildung 4: Fallbeispiel Familie K.

Die Mutter, die selbst sehr viele gescheiterte Beziehungen zu Männern hinter sich hat, kam mit dem Jungen gar nicht mehr zurecht, so dass er in einer stationären Wohngruppe untergebracht werden musste. Die Vermittlung dieses Jungen zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin erwies sich als großer Glücksfall. Die Therapeutin ermöglicht Dominik erstmals in seinem Leben eine positive Beziehungserfahrung, was überhaupt erst die Voraussetzung dafür ist, dass er sich auf die Angebote der Jugendhilfe einlassen kann. Die Therapeutin arbeitet eng mit den Fachkräften der Jugendhilfe zusammen und unterstützt mit ihren Impulsen die pädagogischen Angebote in der Einrichtung. Des Weiteren konnte die Therapeutin wichtige Hinweise für die Elternarbeit dahingehend geben, wie die Mutter angeleitet werden kann, ihrem Sohn eine zuverlässigere Bindungsperson zu sein.

Inzwischen ist Dominik eindeutig aktiver, er wirkt im Kontakt sicherer und umgänglicher. Er sitzt nicht mehr stumm mit über das Gesicht gezogener Kapuze in den Beratungsgesprächen, sondern gibt auf Fragen des Beraters angemessene Antworten.

Die Mutter hat in den Gesprächen mit der Therapeutin wichtige Anregungen bekommen, wie sie mit Dominik und der ADHS-Störung umgehen und wie sie ihm mehr Halt geben kann.

Zu wünschen wäre, dass es in Zukunft mehr solcher Beispiele von gelungener Zusammenarbeit und interdisziplinärer Vernetzung von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt (vgl. Goldbeck et al. 2009).

Literatur

- Justizministerium Baden-Württemberg und KVJS (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg): „Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Kinderschutz: Aufgaben der beteiligten Institutionen“ – Empfehlung für örtliche Netzwerke (www.justiz.baden-wuerttemberg.de)*
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V.: „Datenschutz bei frühen Hilfen“*
- Goldbeck, L., Besier, T., Schmid, U., Fegert, J. M. (2009): Aufforderung zur interdisziplinären pädagogischen und jugendpsychiatrischen Versorgung. Die Ulmer Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Heimen. Kerbe, Forum für Sozialpsychiatrie 27:12-14.*
- Reich, W., Lukasczyk, P., Kindler, H.: (2009): Evaluation des Diagnoseinstruments zur Gefährdungseinschätzung des Kindeswohls. In: NDV, Februar 2009, 63–68*

Verfasserin

Sabina Schaefer
Hohentwielstraße 20
70199 Stuttgart

Auf dem Weg zur Inklusion – Die Kombination von Jugendhilfe und Ausbildung als Voraussetzung für einen gelungenen Übergang in Arbeit für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen

Stefan Thelemann & Gabriele Schneider

Die Berufsbildungswerk (BBW) Adolf Aich gGmbH ist eine überregionale Bildungseinrichtung zur beruflichen Qualifizierung und Ausbildung für Jugendliche und junge Erwachsene mit zum Teil erheblichen psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Krankheitsbildern [wie AD(H)S, ASS, PTBS, um nur einige zu nennen]. Ziel ist deren Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Einer der Schwerpunkte der Einrichtung ist die Förderung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Dazu werden neben Diagnostik und Therapie auch Training und individuelles Coaching angeboten, die das umfangreiche Ausbildungsangebot sowie berufsvorbereitende Maßnahmen unterstützen.

Die Finanzierung dieser qualifizierenden Maßnahmen erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit, die Jugendämter und andere Kostenträger. Die Anmeldungen durch die Jugendämter sind seit 2005 stetig angestiegen und haben sich inzwischen vervierfacht. [15 Anmeldungen 2005, 61 Anmeldungen 2011] Der Anteil der Jugendlichen mit ASS hat unverhältnismäßig zugenommen. [1 Anmeldung 2005, 16 Anmeldungen 2011)]. 32 Jugendämter greifen das Angebot der BBW Adolf Aich gGmbH auf. Vier von mittlerweile sechs Absolventen, die ihre Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, sind im allgemeinen Arbeitsmarkt integriert.

Für die Integration in den ersten Arbeitsmarkt sind für Menschen mit ASS individuelle Rahmenbedingungen erforderlich. Sie sollen diesem Personenkreis einen sozialen Raum als Wohn-, Lern- und Entwicklungsraum als existenzielle Grundlage der Entwicklung bieten. Ein erster Schritt seitens der

Politik ist das Persönliche Budget, Antworten der Wirtschaft stehen noch aus. Die Umsetzung der UN-Behinderten-Rechtskommission (BRK) kommt nur zögerlich voran. Die Übernahme sozialer Verantwortung ließe sich mit dem Ausgleich des Fachkräftemangels verbinden, beispielsweise über die Gestaltung von Nischenarbeitsplätzen, die Umstrukturierung betrieblicher Arbeitsplätze, die besondere Qualifizierung der Mitarbeiter in Betrieben. Ein Wandel in den Strukturen und im Denken der ganzen Gesellschaft auf der Basis eines Menschenverständnisses, das Menschen ausnahmslos als sozial begreift, ist eine wichtige Voraussetzung für eine Inklusion.

Kontaktadresse:

Dr. med. Stefan Thelemann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie,
Traumatherapie, Suchtmedizin, Betriebsmedizin

Leitung Fachdienst Diagnostik & Entwicklung

Email: Stefan.Thelemann@bbw-rv.de

Gabriele Schneider

Bachelor of Science der Psychologie

Schwanenstr. 92, 88214 Ravensburg

Tel. 0751-3555-6118

www.bbw-rv.de

www.stiftung-liebenau.de

Prof. Dr. med. Gerhard Bosch †

1918 – 2011

„Bitte bedenken Sie stets, dass die Kinder und Jugendlichen und wir Teil derselben Schöpfung sind!“²



Gerhard Bosch (rechts) im Gespräch mit Hermann Stutte

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

Gerhard Bosch ist am 20.10. 2011 nach langem Krankenhausaufenthalt und großem Leiden, aber auch langem und interessantem Leben verstorben. Viele

² Dr. Michael Buscher, persönliche Mitteilung über ein Zitat von Gerhard Bosch

Geschichten aus seinem Leben haben viele kinder- und jugendpsychiatrisch Tätige durch ihre Anschaulichkeit tief beeindruckt und geprägt und es ist ein großes Geschenk für die Historie der kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, dass diese Erinnerungen in den zwei Buchbänden seiner Biografie erhalten bleiben: „Auch Sonne zwischen Ungewittern – Wege und Bilder einer Entwicklung von Krieg zu Krieg“ heißt der erste Band, der die Geburt in den letzten Monaten des Kaiserreichs bis zum Ende des zweiten Weltkriegs umfasst. Das Talent zum Erzählen war früh ausgeprägt. Als die Sommerzeugnisse in der Quinta verteilt waren, blieb die letzte Stunde ohne Lehrprogramm. Der Lehrer stellte frei, was getan werden sollte. Jemand schlug vor „Bosch soll erzählen“. Der Vorschlag fand allgemeine Zustimmung und Gerhard Bosch fand sich unvermutet auf dem Lehrerstuhl und erzählte von Kasperle. Das muss Anklang gefunden haben, denn im nächsten Jahr kam der gleiche Vorschlag.

Ähnliches hat sich mehrfach wiederholt. So musste er zum Beispiel während des Reichsarbeitsdienstes in der Eifel bei den Erntedankfesten in den Kirchen Gedichte und politische Hymnen auf die damalige Führung vortragen, die allerdings nicht selbst gewählt und von zweifelhafter Qualität waren. Bis zum Schluss konnte er durch Gedichte – etwa von Rilke, Goethe, Schiller oder Benn – überraschen, die er zum Teil schon in der Schulzeit gelernt hat.

Prägend war der frühe Tod des Vaters 1927, der gerade Direktor bei der IG Farben werden sollte. Der Absturz in die Armut konnte vermieden werden, möglicherweise auch durch den guten und diskreten Einfluss des berühmten Onkels Carl Bosch auf die Gestaltung der Pension der Großmutter, die 50 Jahre Witwe blieb. Gleichwohl musste die großzügige Villa in Köln-Riehl zugunsten einer nach heutigen Maßstäben geräumigen Etagenwohnung aufgegeben werden, in der allerdings sogar noch Platz für ein Dienstmädchen blieb.

Die Kindheit verbrachte er in Heidelberg-Rohrbach und die Adoleszenz in Köln. In diese Zeit fielen früher Tod des Vaters, Weimarer Republik, bündische Jungschar, Interesse an Lyrik, Trampfahrten rund um das Mittelmeer. Die literarische Pubertät begann mit 13 oder 14 Jahren. Sie war nicht durch das Elternhaus vorgegeben. Zuerst wurden in der Schule Gedichte von Rilke aufgesogen, dann mit Freunden Bücher von Hesse und Jünger gelesen, schließlich immer nach neuen literarischen und später auch philosophischen Anregungen gesucht.

Bis 16 Jahre war Gerhard Bosch mit seiner Mutter in gutbürgerliche Hotels gefahren. Der gleichmäßige Wechsel zwischen geordneten Mahlzeiten und Spaziergängen in diesen Urlauben langweilte ihn zunehmend. In der kurzen

verbliebenen Zeit des Friedens in Europa begann er zum Kummer seiner allein gelassenen Mutter seine ausgedehnten Reisen. Zuerst waren es auf den Spuren seines älteren Bruders Paddeltouren in Deutschland. Dann folgten – unterbrochen vom Arbeitsdienst – zwischen 1936 und 1939 ausgedehnte Reisen nach Italien, in den Balkan, nach Osteuropa, Griechenland, die Türkei und nach Libyen. Die Devisen, ohne die damals solche Reisen aus dem abgeschlossenen Deutschland nicht möglich waren, hinterlegte ein Onkel, der in Japan für die IG Farben tätig war, bei verschiedenen Bosch-Vertretungen, wo er als Großneffe des Firmengründers freundlich aufgenommen wurde.

Nach dem Abitur und dem Arbeitsdienst war er Werkstudent in der chemischen Industrie und begann danach das Medizinstudium in Leipzig und Bonn. Eine Famulatur 1940 in Ostpreußen wurde durch den Einsatz als Grenadier abgelöst. Im Krieg, den er teilweise kurz hinter der Front in Russland in Lazaretten als Arzt verbrachte, begleitete ihn immer eine Bücherkiste. Sie ermöglichte ihm eine erlebnisreiche „innere Emigration“.

Während des Arbeitsdienstes, also 1937, bat Gerhard Bosch sein großes Vorbild, den Nobelpreisträger für Chemie Carl Bosch, um eine Berufsberatung. Er erhielt einen Termin im Kölner Hotel Excelsior. Die Idee, Chemie in Verbindung mit Medizin zu studieren, begeisterte den Onkel, vor dessen Augen schon eine neue Biomedizin erschien. Dann aber hielt er inne und sagte kurz und bündig: „Der Hitler wird bald Krieg machen. Da wirst Du besser Medizin studieren“. Diesem Ratschlag folgte er.

Nach zwei Jahren Medizinstudium in Köln folgten die Kriegsjahre mit einem raschen Wechsel von Einsätzen in unterschiedlichen Krankenhäusern und Lazaretten in Ostpreußen, Polen, Russland und der Tschechoslowakei. Die glühenden Augen von sterbenden Soldaten, die ihn bei nächtlichen Visiten in den Lazaretten anstarrten haben ihn nie losgelassen.

1942 bis 1944 wurde wieder zum Studium nach Köln abkommandiert. Auf das Examen, das immer wieder durch Bombenangriffe unterbrochen wurde, bereitete er sich mit mehreren Studenten vor, darunter seiner späteren Ehefrau. Anfang 1945 hielt er um ihre Hand an. Der Großvater bewunderte den Mut, in dieser dunklen und ausweglosen Zeit, ein Bündnis auf die Zukunft zu schließen – ein Bündnis, das bis zur Eisernen Hochzeit in diesem Jahr reichte. Geheiratet wurde 1946. Die Kinder kamen sehr schnell. Die erste Stelle nach der Kriegsgefangenschaft konnte er Anfang 1947 in der Psychiatrie in Bamberg antreten. Nach den Ruinen von Köln musste das unzerstörte Bamberg dem Ehepaar wie ein Idyll vorgekommen sein, in dem man nach den schrecklichen Kriegsjahren wieder Ruhe finden konnte.

Das bildungshungrige Paar stürzte sich nach dem Krieg in die jetzt wieder

erhältliche internationale Literatur. Obgleich kaum Geld da war, wurden Bücher gekauft, Zeitschriften abonniert und sogar Kunst gekauft. 1956 wurden die Kinder bei Großeltern und Bekannten untergebracht und das Ehepaar fuhr nach Italien – zum großen Entsetzen der Nachbarn, die empfahlen, besser eine Waschmaschine zu kaufen. Die Nachbarn wussten ja, wie knapp es zuing. Am Monatsende reichte oft das Geld nicht zum Auffüllen der Bestände. Die Kinder wurden zum Ausleihen einer Tasse Mehl oder Zucker in die Nachbarwohnungen geschickt, die man am 1. des Monats zurückgab.

Die Nachkriegszeit und insbesondere sein Mitwirken beim Aufbau der Jugendpsychiatrie sind das Thema des zweiten Bands seiner Erinnerungen, die er unter dem Titel „Neue Wege zum Humanen. Leben und Wirken in der Psychiatrie der Nachkriegszeit 1946 – 1980“ veröffentlicht hat.

Gerhard Bosch baute erst in Bamberg und dann in Frankfurt eine jugendpsychiatrische Abteilung auf. Die Psychiatrie bot ihm die Gelegenheit, seine natur- und geisteswissenschaftlichen Interessen zu verbinden.

Unter schwierigsten Umständen habilitierte er Anfang der 60er Jahre in Frankfurt. Die umgangssprachliche Belegung ausgeprägter Charaktereigenschaften normaler Menschen mit psychiatrischen Fachbegriffen, wie Autismus oder Psychose, hat ihn immer geärgert, da er ja die Tiefe der wirklichen Störungen so gut kannte.

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

Bosch ergänzte die bis Anfang der 60er Jahre vorliegenden naturwissenschaftlichen Ansätze, die von Grundstörungen oder Funktionsstörungen innerhalb des Naturobjektes Mensch ausgingen, auf der Grundlage einer geisteswissenschaftlichen Einstellung um Betrachtungen des Autismus als spezifische

Abwandlung menschlichen Daseins. Sein verstehender Zugang zum Phänomen des Autismus wurde inspiriert von Erfahrungen in der Psychotherapie schizophrener Menschen, die zeigten, dass die autistische Abkapselung durch ein besonders verständnisvolles menschliches Engagement bis zu einem gewissen Grad überwunden werden kann. Er beobachtete, dass therapeutische und heilpädagogische Bemühungen, beim autistischen Kind Vertrauen aufzubauen und ihm eine positive und helfende Einstellung der Umwelt in richtiger Weise mitzuteilen, dazu führten, dass die Kommunikationsstörung sich verminderte und damit der dynamische Charakter des autistischen Rückzuges offenbar wurde.

Er kombinierte sprachphänomenologische Untersuchungen mit sprachgeschichtlichen und entwicklungspsychologischen Analysen. Davon ausgehend, dass Rede im weitesten Sinne sprachliche Bewältigung einer Situation ist, versuchte Bosch über die Analyse der Sprache autistischer Kinder und Jugendlicher Zugang zu ihrem Selbst- und Welterleben zu gewinnen.

Die Anforderungen des klinischen Betriebes wuchsen mit der Übernahme der Leitung der Jugendpsychiatrie in Viersen, der größten Jugendpsychiatrie in Deutschland. Nur mit Mühe wurde Zeit für wissenschaftliche Artikel gefunden. Hinzu kamen Gutachten, darunter auch von jugendlichen Mördern, wie Jürgen Bartsch.

1970 fand der erste „Tag der offenen Tür“ statt, zu dem 150 Gäste aus der Region und dem weiteren Umkreis kamen. Wichtige Ziele waren für Gerhard Bosch der Abbau von „Scheu vor dem psychisch kranken Kind“ und die Eingliederung der Kinder in die Gesellschaft: „Der Erziehungsweg ist nicht isoliert auf den Bereich der Klinik. Daher die Öffnung nach draußen“. Darüber hinaus gingen die Patienten ins Theater und auf die regionale Kirmes, um dort auf andere Kinder und Jugendliche zu treffen.

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

1980 begann mit der Übersiedlung nach Norheim der letzte Lebensabschnitt, der über 30 Jahre dauerte. Ohne den zeitraubenden Klinikbetrieb konnte er sich wieder seinen breiten Interessen widmen. Da ging es um Kunst, Literatur, Philosophie, Psychologie und Zeitpolitik. Der soziale Kontakt in dieser Region war über die Mitarbeit in der Lebenshilfe und den Rotary-Club schnell gefunden.

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

Prof. Bruno Bettelheim (1970) „was greatly impressed by his deep sympathy for these unfortunate children and by his keen insight into the overt manifestations of a behavior which presents the observer with tantalizing riddles“. Prof. Manfred Müller-Küppers, Lehrstuhlinhaber in Heidelberg bis 1993, beschrieb Gerhard Bosch anlässlich seines 85. Geburtstags als „originell im wissenschaftlichen Denken, sprachlich von hoher Kompetenz und voller Empathie und Begeisterung, um Studenten für dieses gleiche maßen schwierige, aber auch unvergleichlich befriedigende Fach zu gewinnen“ (Spitzcok von Brisinski 2008).

Er hat sich immer wieder bis zum Schluss mit dem Sinn des Lebens beschäftigt. Ein Sinn war für ihn seine Arbeit, die Förderung der Entwicklung der Jugendpsychiatrie. Ein weiterer Sinn war die Familie und diese wurde zum Schluss immer wichtiger. Er war sehr glücklich über die vielen Enkel und die Nachricht und dann auch Begegnung mit seiner Urenkelin Klara war für ihn wie eine Erfüllung, dass das Leben weiter geht und alle seine Nachkommen etwas von ihm in sich tragen.

Bis zum Schluss war er interessiert an der Weltpolitik, studierte noch im Krankenhaus – in letzter Zeit sehr mit Sorge – die Entwicklung der Börse. Den Abschied wollte er seiner Familie und seinen Freunden leicht machen. Seiner Enkelin sagte er „Du musst Dich an den Gedanken gewöhnen, dass

es ohne mich weitergeht“ und seinen Sohn tröstete er mit einem Zitat aus einem Brief Goethes an seine Mutter: „Ich kann nur menschlich fühlen und lasse mich der Natur, die uns heftigen Schmerz nur kurze Zeit, Trauer lang empfinden lässt.“

Ingo Spitzcok von Brisinski & Gerhard Bosch jun.

Kontaktadressen:

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt Abt. 1, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, 41749 Viersen
Tel.: 02162 96 5000, Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
www.klinik-viersen.lvr.de

Prof. Dr. Gerhard Bosch
Geschäftsführender Direktor
Institut Arbeit und Qualifikation
Universität Duisburg-Essen, Fakultät für Gesellschaftswissenschaften
Forsthausweg 2, LE, 47057 Duisburg
Tel.: 0203 379 1827, Email: gerhard.bosch@uni-due.de
www.iaq.uni-due.de

Literatur:

- Bosch, G.; Spitzcok von Brisinski, I. (2005): Diskussion: Sprache und Autismus. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 15, Heft 2, 111-114
- Bölte, S.; Bosch, G. (2005): The Long-Term Outcome in Two Females with Autism Spectrum Disorder. Psychopathology 38, 151-154
- Spitzcok von Brisinski, I. (2008) Prof. Dr. Gerhard Bosch zum 90. Geburtstag. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 18(2), 4-11

Rezensionen

Winfried Rief; Nils Bierbaumer: **Biofeedback. Grundlagen - Indikation - Kommunikation - Vorgehen.** Schattauer Verlag, 3. Auflage, Stuttgart 2011, Euro 49,95. ISBN:

Prof. Winfried Rief aus dem Fachbereich Psychologie der Marburger Universität und Prof. Nils Birbaumer, bis vor Kurzem der Lehrstuhlinhaber des Instituts für Medizinische Psychologie und Verhaltensbiologie an der Universität Tübingen, sind die beiden Herausgeber des ersten Lehrbuches im Bereich des Biofeedbacks. Die 2011 erschienene 3. Auflage bietet eine insgesamt fundierte Übersicht über die theoretischen Grundlagen, praktischen Anwendungen sowie Neuentwicklungen des Verfahrens. Das Einführungskapitel schildert die wichtigsten Grundsätze der Behandlung. Biofeedback als Methode ermöglicht die Rückmeldung der meist unbewussten physiologischen Prozesse. Ein Hauptziel ist dabei die Entwicklung von Selbstkontrolle über körperliche Funktionen und Vorgänge. Die in der Zwischenzeit immer zahlreicheren Studien belegen die wissenschaftliche Fundierung und eine hohe Wirksamkeit. Bei der Behandlung z.B. von Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Inkontinenz, aber auch der Aufmerksamkeitsdefizitstörung gibt es bereits gut belegte Wirksamkeitsnachweise. Die Grundidee besteht in der Einsicht, dass die in eine gewünschte Richtung erfolgten Veränderungen der physiologischen Funktionen immer in eine Verhaltensänderung münden. Wird dieser Prozess der physiologischen Veränderung verstärkt, führt dies auch zum Erlernen des Verhaltens, welches dazu geführt hat.

Die Methode des Neurofeedbacks will das EEG nutzen um Veränderungen der Hirnaktivität und des Verhaltens in Gang zu setzen. Diese Idee wird auch bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizitstörung genutzt.

Die Grundannahme bei der Aufmerksamkeitsstörung besteht darin, dass sich sowohl Abweichungen im EEG als auch im Bereich der Spontanaktivität und

ereignisbezogener Potentiale im Vergleich zu gesunden Personen zeigen. Bei den ADS-Kindern zeigen sich im EEG mehr absolute und relative Thetaanteile und weniger Anteile in den schnelleren Frequenzbändern Alpha und Beta, reduzierter SMR (Sensomotorischer Rhythmus), so dass der Theta/Betaquotient entsprechend höher ausfällt. Auch bei Erwachsenen mit ADS scheint diese Thetaaktivität erhöht zu sein. Dies gilt jedoch nicht pauschal für alle Formen des ADS.

Das bei der ADS angewandte Neurofeedback wird als Ergänzung herkömmlicher Behandlungsansätze (wie z.B. Stimulanzienbehandlung, Verhaltenstherapie, psychoedukatives Training) gesehen. Bei dem individuell abzustimmenden Frequenzbandtraining gilt es die „störenden“ langsamen Thetafrequenzanteile zu hemmen und die „positiven“ schnelleren (SMR, Beta) zu verstärken.

Das Neurofeedbacktraining wird z.B. in Form eines Computerspiels oder einer Filmvorführung gestaltet, die über die Veränderung der hirnelektrischen Aktivität gesteuert werden. Der Film läuft dann, wenn z.B. die gewünschte Theta-Beta-Ratio modifiziert wird. In der Regel sollen bei dem ADS-Training die Theta-Wellen reduziert und die Low-Beta bzw. SMR erhöht werden. Das im Neurofeedback „unbewusst“ gelernte Verhalten soll mit Hilfe verschiedener Techniken in die Alltagssituation übertragen werden (Transfer) und zu insgesamt verbesserter Konzentrationsfähigkeit des Übenden führen.

Weitere Kapitel widmen sich der Biofeedbackbehandlung von chronischen Kopfschmerzen (Spannungstyp und Migräne), essentieller Hypertonie, somatoformer Störungen sowie von Angststörungen, chronischem Tinnitus, Inkontinenz, Obstipation, Asthma bronchiale, Lähmungen, Epilepsien, Schlafstörungen und dem Locked-in-Syndrom.

Die funktionelle Magnetresonanztomographie fMRI (functional magnetic resonance imaging) erlaubt seit ihrer Erfindung Anfang der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts Einblick in die Hirnfunktionen in Echtzeit. Die fMRI misst die lokale Veränderung der Blutoxygenierung, die im zeitlichen Zusammenhang von 3 bis 6 Sekunden mit neuronaler Aktivität folgt. Dieser auch Bold-Effekt genannte Zusammenhang kann bei Gesunden, aber auch z.B. bei Schmerz-, Tinnitus- oder Schizophreniepatienten experimentell genutzt werden. Die bisherigen Experimente lassen trotz des bisher hohen Aufwandes dieser Untersuchungsmethode in Zukunft eine weitere Verbreitung und möglicherweise eine therapeutische Nutzung dieses Ansatzes vermuten.

Ein weiteres, jedoch etwas minimalistisch gestaltetes Kapitel widmet sich dem Aufbau einer Biofeedback-Abteilung. Die technischen Neuentwicklungen und aktuelle Trends verdienen insgesamt eine größere Beachtung.

Ein Glossar und ein Anhang mit Fragebögen runden den insgesamt sehr gelungenen Überblick über die Methoden sowie die praktischen Anwendungsfelder des Biofeedbacks ab. Den Autoren gelingt mit dieser Arbeit ein erstes deutschsprachiges Lehrbuch im wahrsten Sinne des Wortes. Es kann sowohl allen mit Biofeedback arbeitenden Praktikern als auch den an dieser Methode interessierten Laien wärmstens empfohlen werden.

Bodo Pisarsky, Berlin

Ulrich Schoof; Miika Blinn; André Schleiter; Elisa Ribbe; Johannes Wiek: **Deutscher Lernatlas. Ergebnisbericht 2011** (www.deutscher-lernatlas.de/uploads/tx_templavoila/111118_Ergebnisbericht_01.pdf) der Bertelsmann-Stiftung. (aus der Presse auch als ‚Bertelsmann-Bildungsstudie‘ bekannt).

„Bildung ist der Schlüssel für den persönlichen Aufstieg, für soziale Gerechtigkeit und gesellschaftlichen Wohlstand. Gerade das lebenslange Lernen hat dafür eine große Bedeutung, die bisher jedoch nicht hinreichend beleuchtet wurde. Wie gut kommen wir voran auf dem Weg zur ‚Bildungsrepublik Deutschland‘, die von Bundeskanzlerin Angela Merkel im Jahr 2008 ausgerufen wurde?“ fragt Vorstandsmitglied der Bertelsmann Stiftung Dr. Jörg Dräger im Vorwort.

Bildungsberichterstattung ist ein etablierter Weg, Rahmenbedingungen und Ergebnisse von Bildungsprozessen zu verfolgen und Öffentlichkeit, Politik und Wissenschaft zu informieren. Zahlreiche europäische Länder erstatten regelmäßig Bericht über ihre nationale Bildungslage und große Vergleichsstudien wie PISA oder die jährliche OECD-Studie ‚Bildung auf einen Blick‘ erlangen immer wieder große öffentliche Aufmerksamkeit. Jedoch steht dabei überwiegend Bildung in formalisierter Form wie beispielsweise der Besuch von Schulen und Universitäten, Berufsausbildung oder Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen im Mittelpunkt, während Aspekte des nonformalen bzw. informellen Lernens noch nicht die viel Beachtung finden.

Für den Deutschen Lernatlas wurden über 300 Kennzahlen aus unterschiedlichen Quellen überprüft. Nach einem in Kanada entwickelten mathematischen Verfahren (Composite Learning Index) wurden daraus 38 Kennzahlen ausgewählt, die besonders aussagekräftig für die Lernbedingungen vor Ort sein sollen. Dazu wurde zunächst geprüft, inwieweit sich die Kennzahlen konzeptionell und plausibel einer Lerndimension zuordnen lassen. Anschließend wurden die ausgewählten Kennzahlen statistisch überprüft (Verteilung, Varianz, Abdeckung etc.). Für jede Kennzahl mussten die Daten von mindestens 75 % aller Kreise und kreisfreien Städte in Deutschland vorliegen. Danach wurde geprüft, ob die jeweilige Kennzahl Gemeinsamkeiten mit anderen Kennzahlen der ausgewählten Lerndimension aufweist. Hierbei wurde über eine Faktorenanalyse ermittelt, inwieweit die Kennzahl stellvertretend für einen oder mehrere Einflussfaktor(en) steht, mit dem bzw. denen die jeweilige Lerndimension erklärt werden kann. Mittels einer multiplen linearen Regression wurde kontrolliert, inwieweit die Kennzahlen einen statistischen Zusammenhang mit der sozialen und wirtschaftlichen Lage von Regionen aufweisen. Kennzahlen, die diese Kriterien nicht erfüllten, wurden nicht weiter berücksichtigt. Mittels ausgewählter Studien, Befragungen sowie zusätzlicher Indikatoren und Indizes wurden die Ergebnisse auf ihre Plausibilität hin überprüft.

Da es auf kommunaler Ebene kaum vergleichbare Kennzahlen gibt, die den direkten Effekt von Lernaktivitäten in Form von tatsächlich erworbenen Kompetenzen (wie z. B. bei PISA) messen, wurde häufig auf vergleichbare „indirekte“ Kennzahlen zurückgegriffen. Diese beziehen sich entweder auf das Angebot oder die Verfügbarkeit von Lernmöglichkeiten (Infrastruktur), auf die Teilnahme an diesen Lernprozessen oder auf Verhaltensweisen, Einstellungen und Überzeugungen, die unmittelbar mit diesen Lernprozessen in Verbindung gebracht werden können.

Die Gewichtung der Kennzahlen und ihrer Lerndimensionen erfolgte ausschließlich durch ein statistisches Verfahren – also weder über eine Gleichgewichtung noch durch eine Expertengewichtung. Es stellt sich daher die Frage, ob eine ausreichende ökologische Validität gegeben ist.

Für die Gewichtung der einzelnen Kennzahlen wird statistisch überprüft, wie gut sie den Human- und Sozialkapitalfaktor in den Regionen erklären können. Die Gewichtung wird „rückwärts“ ermittelt. Welchen statistisch messbaren Einfluss hat jede Kennzahl auf das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen?

Für jede Region wurden in diesem Verfahren die vier Subindizes berechnet. Aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten in Ost- und Westdeutschland wurde außerdem geprüft, ob die berechneten Gewichte der ausgewählten Einflussfaktoren zum einen plausibel und zum anderen in den alten und neuen Bundesländern unter Berücksichtigung von Zufallsfehlern gleichgerichtet sind. Aus den vier Teilindizes wurde der Lernatlas-Gesamtindex berechnet, wobei die Summe der Gewichtung der einzelnen Kennzahlen je Lerndimension das Gewicht des jeweiligen Teilindex innerhalb des Gesamtindex bestimmte, sodass die Lerndimension, deren Kennzahlen das bestehende Human- und Sozialkapital besonders gut erklären konnten, mit einem höheren Gewicht in den Gesamtindex einfluss. Der Gesamtindex soll abbilden, wie gut die Entwicklungschancen der Bürger in den verschiedenen Lebensbereichen, Lernformen und Lernorten sind. Zwar wird im Ergebnisbericht geäußert „Eine ausführliche Beschreibung des Verfahrens ist dem DLA-Methodikbericht zu entnehmen“ (S. 84), der zitierte Methodikbericht ist jedoch weder im Ergebnisbericht noch auf der zugehörigen Website www.deutscher-lernatlas.de mittels Suchfunktion auffindbar.

Der Deutsche Lernatlas soll Antworten geben auf Fragen wie: „Finde ich, finden meine Kinder, Enkel gute Lernbedingungen vor Ort vor? Lebe ich in einer Region, die mir einen adäquaten Rahmen für einen abwechslungsreichen und herausfordernden Arbeitsplatz bietet? Wie steht es um das Angebot für kulturelle Bildung? Finde ich Möglichkeiten für Sport und Entspannung? Kurzum: Lebe ich in einer Umgebung, die anregt, neue Erfahrungen zu machen und mich weiterzuentwickeln?“. Der Deutsche Lernatlas „will sämtliche Phasen, Formen und Orte des Lernens in den Blick nehmen und miteinander in Beziehung setzen.“ Er soll „der erste Schritt in Richtung eines Monitorings des lebenslangen Lernens“ sein und „Bürgern und Entscheidungsträgern einen Blick auf ihre regionale Bildungslandschaft“ ermöglichen.

Nicht ganz klar ist, für wen und was der Lernatlas gedacht ist. So ist auf Seite 6 zu lesen: „Leben die Menschen in einer Umgebung, die sie anregt, neue Erfahrungen zu machen und sich vielseitig weiterzubilden? Haben sie einen Arbeitsplatz, der ihr Können abwechslungsreich herausfordert? Gibt es Freizeitangebote, die sie dabei fördern, ihre Talente zu entdecken und kreativ zu werden? Das sind für jeden Einzelnen wichtige Aspekte, wenn es um lebenslanges Lernen geht. Der Deutsche Lernatlas hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Fragen für die regionale Ebene in Deutschland zu beantworten“ und „der Deutsche Lernatlas verdeutlicht den Stellenwert des Lernens in

allen 412 deutschen Kreisen und kreisfreien Städten und illustriert, inwieweit eine Kommune über die Lernvoraussetzungen verfügt, um wirtschaftlich und sozial erfolgreich zu sein“. Auf Seite 7 steht dagegen: „Der Deutsche Lernatlas ist kein Steuerungsinstrument für Bildungsplanung und -management: Er will und kann eine kommunale Bildungsberichterstattung nicht ersetzen und liefert deswegen keine konkreten Handlungsempfehlungen. Der Lernatlas ist auch deswegen nur begrenzt steuerungsrelevant, da viele Kennzahlen sich auf Aspekte beziehen, die außerhalb des Kompetenz- und des Entscheidungsbereichs kommunal verantwortlicher Akteure liegen. ... Er will Entscheidungsträgern und Bürgern eine neue Sicht auf das Bildungsgeschehen vor Ort eröffnen und einen Impuls geben, die vielfältigen Möglichkeiten des Lernens in ihrer Region besser wahrzunehmen und aktiver zu nutzen.“ Und auf Seite 86: „Der Deutsche Lernatlas ermöglicht – wie aus einer Vogelperspektive – einen ganzheitlichen Blick auf die Lernbedingungen einer Region. So wie ein Thermometer das Fieber anzeigt, aber nicht die gründliche Untersuchung durch den Arzt oder gar eine Medikamentenauswahl ersetzt, so geben die Ergebnisse des Deutschen Lernatlas zunächst einen Hinweis darauf, für welche Arten des Lernens die Kommune ihren Bürgern gute Möglichkeiten und Bedingungen bietet. Der Deutsche Lernatlas will Entscheidungsträger und Bürger für mögliche Stärken und Schwächen sensibilisieren, ersetzt aber eine tiefer reichende Analyse des Bildungsgeschehens vor Ort nicht. Im Idealfall geben seine Ergebnisse den Anstoß, sich eingehender mit den Gegebenheiten vor Ort zu beschäftigen. Als nächster Schritt kann dann der Einstieg in ein kommunales Bildungsmonitoring folgen, bei dem auch Daten berücksichtigt werden, die nur vor Ort vorliegen bzw. zu beschaffen sind. Um den Kommunen die Erstellung eines kommunalen Bildungsberichts entsprechend der vier Lerndimensionen des Deutschen Lernatlas zu erleichtern, entwickelt die Bertelsmann Stiftung ein Konzept des Kommunalen Lernreports.“

Was soll eigentlich heutzutage gelernt werden? Seit Tablet-Computer, Smartphones und andere moderne Medien es ermöglichen, einen Großteil der für uns relevanten Informationen jederzeit abrufen zu können, geht es immer weniger darum, Faktenwissen zu verinnerlichen, sondern um die Kompetenz, mit der Informationsflut umzugehen und auf immer neue Aufgabenstellungen in wechselnden Arbeitsfeldern flexibel zu reagieren.

Die Kennzahlen wurden mit Hilfe eines statistischen Modells berechnet, das einen Zusammenhang zwischen den Bedingungen für das Lernen und den Auswirkungen des Lernens auf den materiellen Wohlstand und die soziale

Lage einer Region herstellen soll. Neben dem Gesamtindex wurden Subindizes berechnet für vier Lerndimensionen, die auf dem Vier-Säulen-Lernmodell der UNESCO basieren, das von der internationalen Kommission „Bildung für das 21. Jahrhundert“ entwickelt und 1996 in dem Report „Learning: The Treasure Within“ veröffentlicht wurde: 1. Schulisches Lernen (Learning to Know), 2. Berufliches Lernen (Learning to Do), 3. Soziales Lernen (Learning to Live Together) und 4. Persönliches Lernen (Learning to Be). Jede der vier Lerndimensionen setzt sich aus 8 bis 10 Kennzahlen zusammen, die konzeptionell in übergreifenden Indikatoren zusammengefasst sind.

Dabei setzen sich die Indikatoren für die Lerndimensionen aus sehr unterschiedlichen Kennzahlen zusammen. So gehen etwa in „Schulisches Lernen“ sowohl Kennzahlen zur Ergebnisqualität wie z. B. Lesekompetenz (GLU, IQB) und Mathematisch-naturwissenschaftliche Kompetenz (PISA), als auch Kennzahlen zur Strukturqualität wie z. B. Angebot an Studienplätzen in der Region in die Berechnung ein.

Die Lerndimension „Soziales Lernen“ versucht die Bedingungen für Lernprozesse abzubilden, die im Verlauf des Lebens zur Aneignung von Werten wie Toleranz, Vertrauen, Rücksichtnahme und Hilfsbereitschaft beitragen. Ob Kennzahlen wie ‚Engagierte Bürger im Deutschen Roten Kreuz‘ und ‚Parteiemitgliedschaft‘ geeignet sind zur repräsentativen und validen Berechnung der Lerndimension ‚Soziales Lernen - Learning to Live Together‘ – das darf zumindest hinterfragt werden. Ein Ranking der Regionen bzgl. dieser Lerndimensionen sollte daher sehr zurückhaltend bewertet werden.

Die Bedingungen für das „Lernen durch Medien“ werden im Lernatlas anhand von drei Kennzahlen gemessen: der „Nutzung von Bibliotheken“, der „Neigung zum Bücherlesen“, aber auch der Zahl der Haushalte mit „Breitband-Internetzugang“. Bücher, das Internet und andere Medien ermöglichen den allgemeinen und ständigen Zugang zu Informationen und spielen für das selbstgesteuerte, autodidaktische Lernen eine große Rolle. Dass das klassische Medium „Buch“ trotz moderner Konkurrenz weiterhin eine wichtige Quelle des Lernens ist, bestätigt eine Analyse der PISA-Ergebnisse aus dem Jahr 2006. Sie zeigt, dass Schüler aus Haushalten mit großer Bücheranzahl bessere Ergebnisse erreichen (OECD 2010, S. 149). Da öffentliche Bibliotheken den freien Zugang zu diesem Medium bieten und mit diesem Angebot die meistfrequentierten städtischen Kultur- und Bildungseinrichtungen sind, wird neben ‚Neigung zum Bücherlesen‘ auch eine Kennzahl zur Bibliothekennut-

zung im Lernatlas verwendet. Hier werden Korrelationen mit kausalen Beziehungen verwechselt!

Nicht alle möglichen Vergleiche zwischen einzelnen Regionen und Kommunen sind sinnvoll. Beispielsweise können aus der Gegenüberstellung der Ergebnisse einer Großstadt und einer ländlichen Region aufgrund ihrer unterschiedlichen Bevölkerungs- und Infrastruktur nur sehr eingeschränkt aussagekräftige Schlussfolgerungen abgeleitet werden. Um sinnvolle Vergleichsmöglichkeiten zu schaffen, wurden die Kreise und kreisfreien Städte entsprechend Einwohnerzahl und Einwohnerdichte 6 Regionstypen zugeordnet. Da sich die Bundesländer teils sehr in diesen Strukturen unterscheiden (Spannbreite von Stadtstaaten bis dünnbesiedelten Flächenstaaten) muss demnach die Sinnhaftigkeit des Vergleichs zwischen den Bundesländern in Frage gestellt werden. Andererseits sind in die Berechnungen auch Kennzahlen eingeflossen, die gar nicht auf regionaler Ebene vorliegen. Beispielsweise liegen sämtliche verwendeten Daten zu Lesekompetenz, mathematischer und naturwissenschaftlicher Kompetenz nur repräsentativ auf der Ebene der Bundesländer vor und wurden 1:1 für alle Kreise des Bundeslandes übernommen mit der Begründung, eine „Nichtberücksichtigung dieser wichtigen Kennzahl zur Kompetenzentwicklung würde implizieren, dass es keine Unterschiede bei den Bildungserfolgen in diesem Bereich zwischen den Bundesländern gibt.“ Unterschiede zwischen Regionstypen können daher nicht frei von Verfälschungen durch Unterschiede zwischen den Bundesländern sein.

Keinesfalls sollte der Lernatlas als von neutraler Instanz verfasstes, ausgewogenes Referenzwerk interpretiert werden. Vielmehr äußern die Autoren zum Teil einseitig-simplifizierende Positionen, wenn sie z. B. auf Seite 25 schreiben: „... das deutsche Förderschulsystem ist kritisch zu hinterfragen. Entgegen der Bezeichnung kommt der überwiegende Teil der jährlich ca. 65.000 jungen Menschen ohne Hauptschulabschluss nicht von Hauptschulen, sondern von Förderschulen. ... In der Homogenität der Lerngruppe mit ähnlichen Schwierigkeiten und ähnlichen familiären Hintergründen fehlen den Kindern Lernvorbilder, die ihnen die Perspektiven eines erfolgreichen Abschlusses aufzeigen.“ Sehr kreativ, vielgestaltig und optisch ansprechend sind dagegen die Grafiken zur Visualisierung der numerischen Daten.

Bei den Berechnungen suggeriert der Untertitel „Ergebnisbericht 2011“ brandaktuelle Daten. Tatsächlich basiert aber z. B. der Indikator „Lernförderliche Arbeitsumgebung“ auf einer Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts

für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) 2006, die IGLU-Vergleichsstudie zur „Lesekompetenz von Grundschulern“ sowie „Mathematische Kompetenz (PISA)“ und „Naturwissenschaftliche Kompetenz (PISA)“ stammen ebenfalls aus dem Jahr 2006 ebenso wie die Daten zu „Einrichtungen in der Jugendarbeit“ (Anzahl der Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Jugendarbeit ohne Tageseinrichtungen für Kinder im Verhältnis zur Anzahl der Einwohner unter 18 Jahren).

Der Bereich der frühkindlichen Bildung fehlt noch.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Glosse: Der Weihnachtsmann – ein Psychotherapeut im Spannungsfeld zeitgemäßer Anforderungen

Advent, Advent,
ein Problemelein brennt.
Erst eins, dann zwei, dann drei, dann vier...
dann steht der aufsuchende Familientherapeut vor der Tür!

Ingo Spitzcok von Brisinski (2001)

Im Gegensatz zu Jugendhilfe, wo aufsuchende Familientherapie (Conen 2011) seit etwa 20 Jahren finanziert wird, und Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, wo aufsuchende Behandlungsangebote teils verboten bzw. stark eingeschränkt (AOK-Bundesverband et al. 2010) und teils erst ab 2012 als Hometreatment abrechnungsfähig deklariert sind (DIMDI 2011), sind aufsuchende Angebote des Weihnachtsmanns seit Jahrhunderten selbstverständlich. Während jedoch die Ausgaben von Jugendhilfe (2009 in Deutschland rund 26,9 Milliarden Euro, statista 2011) und Krankenkassen (2009 in Deutschland für Erwachsene und Minderjährige insgesamt 170,78 Milliarden Euro und 2010 immerhin 175,99 Milliarden Euro, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011) ständig steigen, muss der Weihnachtsmann laut einer aktuellen repräsentativen Befragung (Gesellschaft für Konsumforschung 2011) in diesem Jahr mit voraussichtlich 13,7 Milliarden Euro, also 2 Prozent weniger als im Vorjahr, auskommen. Obwohl für alle Menschen in Deutschland (die noch an den Weihnachtsmann glauben) zuständig, hat der Weihnachtsmann also nur ein Budget zur Verfügung, das etwa halb so groß ist wie das der Jugendhilfe und nur etwa 1/12 so groß wie das der Krankenkassen. Fairerweise muss eingeräumt werden, dass der Weihnachtsmann nicht 365 Tage im Jahr behandeln muss, sondern im Wesentlichen Heiligabend. Umgerechnet bedeutet das in der Jugendhilfe 74 Millionen Euro pro Tag, bei den Krankenkassen 482 Millionen Euro pro Tag und beim Weihnachtsmann Heiligabend zwar 13,7 Milliarden Euro, auf das Jahr verteilt dagegen nur 3,75 Millionen Euro pro Abend.

Was bedeutet dieses äußerst knappe Budget für Quantität und Qualität der Therapie? Nun, Übertragungsphänomene durch zu schwere Säcke dürften durch die rückläufige Budgetentwicklung zunehmend weniger eine Rolle spielen, da mit einer abnehmenden Anzahl von Übergangsobjekten zu rechnen ist. Auch der Einsatz positiver Verstärker im Rahmen antiquierter verhaltenstherapeutischer Ansätze wie operanter Konditionierung dürfte mittlerweile deswegen zwangsläufig ein Auslaufmodell darstellen. Im Kommen sind dagegen kognitive und narrative Ansätze: Rund 2,1 Milliarden Euro – und damit 4 Prozent mehr als im letzten Jahr – werden als Bargeld (Platz 7 der Geschenkhitliste) oder Überweisung bei den Beschenkten ankommen. Rund 23 Prozent der Deutschen wollen in diesem Jahr auf Nummer sicher gehen und dem Beschenkten mit Gutscheinen die Auswahl des Therapiematerials selbst überlassen.

Angesagt ist auch Bibliothherapie, so dass 2011 am häufigsten Bücher unter dem Weihnachtsbaum liegen werden: Zwar 3 Prozentpunkte weniger als im vergangenen Jahr, insgesamt aber immer noch für 954 Millionen Euro (Gesellschaft für Konsumforschung 2011).

Doch nicht nur finanzielle Zwänge lasten auf dem Weihnachtsmann, sondern auch Aspekte des Qualitätsmanagements: Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft Weihnachtlicher Mehrfamilienorientierter Fachgesellen wie Samichlaus, Knecht Ruprecht, Krampus, Bartls, Klaubauf, Bullerklas, Pelzebock, Schmutzli und Hans Muff, aber auch assoziierter Kollegen aus den Nachbarländern wie etwa der Zwarte Piet als de hulp van Sinterklaas aus den Niederlanden oder Houseker aus Luxemburg und Väterchen Frost aus Russland) hat bestimmt, dass methodologisch schwache Interventionen (nach Leitlinien auf S1-Niveau) nicht mehr mitgetragen werden. Gefordert sind S2k (formale Konsensfindung mit Kind und Eltern) oder S2e (formale „Evidenz“-Recherche mit systematischer Metaanalyse der Wunschzettel, die die Kinder im Laufe der letzten 2 Monate geschrieben haben) oder noch besser S3 (sowohl Metaanalyse der Wunschzettel als auch Konsens mit Kind und Eltern, vgl. www.awmf.org/leitlinien/II-glossar.html). Unverzichtbar sind mittlerweile auch Methodenreport (warum Schlitten mit Rentieren, warum rote Kleidung, Zeitplan Heiligabend, usw.) und Erklärung zu Interessenkonflikten (z. B. bzgl. Tantiemen für Songs wie ‚Last Christmas‘ oder ‚Jingle Bells‘, aber auch hinsichtlich Leucht- oder Putzmitteln, wenn es in ‚Rudolph The Red-Nosed Reindeer‘ heißt ‚Rudolph, the red-nosed reindeer had a very shiny nose‘).

Der Weihnachtsmann muss multimodal arbeiten: Ergotherapie (Strohsterne basteln), Diätberatung (Marzipan und Schokolade, aber auch Würstchen oder Braten sind beispielsweise unverzichtbar) bzw. Körpergewicht bezogene Interventionen (vgl. AWMF-S3-Leitlinie Essstörungen, www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0261_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf), Systemtherapie (Aufbau der Krippe als Analogon zum Familienbrett), die bereits o. g. Bibliothherapie (auch in Form von Weihnachtskarten). Süßigkeiten sind auch als AddOn-Antidepressiva in der dunklen Jahreszeit beliebt, da 1 bis 4 Kerzen nicht an die zur Behandlung einer Winterdepression erforderliche Beleuchtungsstärke von 2 500 bis 10 000 Lux, wie sie moderne Lichttherapiegeräte zur Verfügung stellen, heranreichen.

Bewegungstherapeutische Ansätze wie Koordinationsübungen z. B. in Form des Anzündens der Kerzen am sich auf einem mechanischen Spieluhrchristbaumständer drehenden Weihnachtsbaum werden leider mittlerweile zugunsten elektrischer Kerzen und vollstationärer Lagerung des Weihnachtsbaums vernachlässigt bzw. es werden nur noch stark auf einzelne Muskelgruppen begrenzte Übungen durchgeführt wie etwa Zappen durch die Weihnachtsprogramme mittels TV-Fernbedienung.

Auch EMDR hat seinen Ursprung im Heiligabend: wenn statt des unartigen Kindes die Universalmultifunktionsfernbedienung quer über die Knie gelegt wird, um mit den Fingern beider Hände rhythmisch abwechselnd die Tasten zu bedienen, hat das erhebliche präventive Wirkung bzgl. einer Traumatisierung.

Diagnostisch war in früheren Jahrhunderten der Kaminschacht-Test durch den Weihnachtsmann sehr verbreitet. Durch die nunmehr üblichen Niedrigtemperaturkessel und die damit verbundene Gefahr der Schornsteinversottung hat der Weihnachtsmann allergrößte Schwierigkeiten, mit seinem wohlproportionierten Astralkörper durch den Schornstein zu gelangen, da der Durchmesser der Edelstahlrohre dies nicht mehr zulässt. Auf dem Wege der Sublimierung hat der Weihnachtsmann aus dem Kaminschacht-Test (welche Gestalt haben die Rußflecken auf dem Weihnachtsmannmantel?) den Rohrschacht-Test entwickelt (nunmehr Deutung von Tintenklecksen).

„Zeit ist Geld“, andererseits „Zeit heilt die Wunden“: Während die Wartezeit auf eine geplante kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung durchschnittlich 3 Monate beträgt, reicht dem Weihnachtsmann die Adventszeit von 24 Tagen. Und obwohl die Verweildauer in

der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung in den letzten 20 Jahren von durchschnittlich 126 Tagen auf mittlerweile 41 Tage gesenkt werden konnte (Spitzcok von Brisinski & Schepker 2009), reicht dem Weihnachtsmann 1 Abend!

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, See-Krankenkasse, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Bundesknappschaft, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2010) Vereinbarung gemäß § 118 Absatz 2 SGB V. www.dkgev.de/media/file/2502.v118_2_sgbv_16022001.pdf
- Conen, M.-L.* (2011) Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden: Aufsuchende Familientherapie. 5. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer
- DIMDI* (2011) OPS Version 2012 Kapitel 9 Ergänzende Maßnahmen (9-20...9-99). www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/opshtml2012/block-9-65...9-69.htm
- Gesellschaft für Konsumforschung* (2011) Weihnachtsgeschenke 2011. www.gfk.com/group/press_information/press_releases/009061/
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2001) Systemischer Advent. www.systemisch.net
- Spitzcok von Brisinski, I., Schepker, R.* (2009) Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. In: 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 (Hrsg.) Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland, 6-55
- statista* (2011) Ausgaben (in Mrd. Euro) von Bund, Ländern und Gemeinden für Kinder- und Jugendhilfe von 2004 bis 2009. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/72050/umfrage/ausgaben-fuer-kinder--und-jugendhilfe-in-deutschland/>

Jahrestagung des BKJPP

Lübecker Musik- und Kongresshallen
15. – 17. November 2012



Hinweise für Autoren

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

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

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

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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;

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Mediadaten 2012

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Offizielles Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an Meta Druck, Herrn Thomas Didier.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 300 Kliniken.

Auflage 1.300 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,- Euro, das Jahresabonnement kostet 44,- Euro, alles inklusive Versand.)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format 170 x 240 mm, Klebebindung (96 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

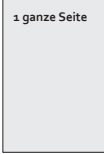
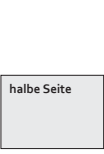

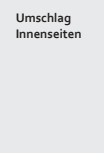
Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

Bei **zweimaliger Veröffentlichung 5%**, ab **viermaliger Veröffentlichung 10% Rabatt**.

Bitte senden Sie mir Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat. Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei. Als Service sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

 <p>1 ganze Seite</p>	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.600,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 515,- Euro Mitglieder 260,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 450,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	 <p>halbe Seite</p>	<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 945,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 305,- Euro Mitglieder 175,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 330,- Euro</p>
 <p>drittel Seite</p>	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 775,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 195,- Euro Mitglieder 130,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>	 <p>Umschlag Innenseiten</p>	<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.100,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2012:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2012	1. März 2012	13. KW 2012
2-2012	1. Juni 2012	26. KW 2012
3-2012	1. September 2012	39. KW 2012
4-2012	1. Dezember 2012	51. KW 2012

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, Christian K. D. Moik

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

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

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 16 91 84 23, Fax: 02 21 / 16 91 84 22, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

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

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)
Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

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