

Inhalt

<i>Editorial: 21 Jahre „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ Christian Moik</i>	2
Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie <i>Michael Borg-Laufs</i>	6
Sind Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll? Was wünschen sich die kinder- und hausärztlichen Kollegen? <i>Marion Raitzig</i>	22
Auf die Haltung kommt es an! Grundzüge Christlicher Spiritualität als Ansatz für eine nachhaltige Personalführung <i>Markus Warode</i>	29
Die Tötung behinderter Kinder in der Heil- und Pflegeanstalt Waldniel 1941 - 1943 <i>Andreas Kinast</i>	46
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Kinder sind anders und haben altersentsprechende, spezifische Versorgungsbedürfnisse! Plädoyer für eine eigenständige Betrachtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Entgeltentwicklung für so genannte psychiatrische Einrichtungen <i>Renate Schepker & Jörg M. Fegert</i>	65
<i>Nachrufe:</i> Achim Beutling	88
Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe	89
Dr. Klaus Theo Schröder	90
<i>Rezensionen:</i> Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	91
WISC-IV Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fourth Edition	92
Handbuch des Kinderschlafs	95
<i>Hinweise für Autoren</i>	97

Editorial: **21 Jahre** **„Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie“**

*„Es gibt nichts Gutes
außer: Man tut es.“*

Erich Kästner

Das „Forum“ hat 21 Jahre vollendet, tritt also ins volle Erwachsensein ein! Anlass genug für einen kleinen Rückblick.

Anfangen hatte alles Ende der 80iger Jahre mit fotokopierten Rundschreiben an die damals noch gut überschaubare Schar der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Diese Mitgliederrundbriefe wurden vom Vorsitzenden des BKJP – das 2. P kam später – selbst getippt, mit Tipp-ex® korrigiert und dann in Kopie verschickt. Ein überdimensionales Kopiergerät, das allenfalls 2 gut trainierte Jugendpsychiater tragen konnten, hatte der Gründungsvorsitzende, Dr. Reinhard Schydlo, 1988 dem Nachfolger als Grundstock für eine künftige Geschäftsstelle vererbt. Um Porto zu sparen, aber auch aus der Lust heraus, ein praxisnahes Journal zu entwickeln, entstand der Gedanke, aus den „fliegenden Blättern“ eine Zeitschrift zu machen. Die konnte sehr viel kostengünstiger verschickt werden als Maxibriefe.

Am 10.02.1991 war es so weit. Der erste, immerhin schon 40 Seiten umfassende „Mitgliederrundbrief I/1991“ erschien. Neben dem Klassiker des eigentlichen Mitgliederrundbriefes des Vorsitzenden enthielt es Darstellungen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Rheinhöhe in Eltville und der Tagesklinik Pionierstraße, Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Köln, und eine Übersicht der medizinischen Organe der Europäischen Gemeinschaft. Außerdem wurde auf ein Abrechnungs- und Niederlassungsseminar im Zusammenhang mit dem „Internationalen Kongress für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in Bad Homburg hingewiesen und das „Symposion zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklen-

burg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen“ am 06./07. September 1991 in Burg, Kr. Lübben, angekündigt.

Unter „Gebührenordnung aktuell“ wurde darüber informiert, dass in der damaligen Neufassung der Psychotherapierichtlinien die Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche ausdrücklich gestrichen worden war. Diese Ausschlussregelung wurde erst nach intensiven Bemühungen des BKJP und der DGKJP, vertreten durch Prof. Dr. G. Lehmkuhl, zumindest für die Jugendlichen rückgängig gemacht.

Informiert wurde auch über Weiterbildung durch niedergelassene Ärzte, Dienstverträge mit nichtärztlichen Mitarbeitern in der Praxis, eine Hilfsaktion für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Sofia, Niederlassungsmöglichkeiten – damals wurden Kassenarztsitze für Kinder- und Jugendpsychiatrie von den KVen ausgeschrieben – und selbst eine Praxisübernahme wurde angeboten.

In „Berichte aus den Regionen“ wurde über ein Treffen der Regionalgruppen Nordrhein und Westfalen-Lippe berichtet, und die übrigen Regionen wurden gebeten, künftig ihre Arbeitssituation darzustellen.

Selbst ein Nachruf fand sich in diesem ersten Heft, den auf Dr. med. J. Meyer-Lindenberg, Präsident der befreundeten Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

D.h., dieses 1. Heft enthielt schon das ganze Bouquet kinder- und jugendpsychiatrischer Themen.

Nach 2 Jahren war das Heft IV/1992 schon doppelt so stark und hatte folgende Themen: „Religiöse Erziehung – krankmachend oder schützend?“ von *G. Klosinski*; „Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen – Epidemiologie und Sexualethik“ von *T. J. Elliger*; „Über die Probleme des sexuell mißbrauchten Kindes innerhalb der Familie und innerhalb des Helfernetzes – Der Mißbrauch des Mißbrauchs – Das Cleveland-Syndrom“ von *E. Jungjohann*; „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus pädagogischer Sicht“ von *R. Meuter-Schröder*; sowie „Interdisziplinäre Zusammenarbeit (IZ) in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus heilpädagogischer Sicht“ von *H. Heiserer*.

Geziert wurden die Hefte vom damaligen Emblem des BKJP (ab IV/1993 BKJPP), einem Kreis mit dem Verbandsnamen als Ausdruck der kollegialen Verbundenheit. Dieses Emblem trat in seiner Größe etwas zurück, als das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – inzwischen war unser Fachgebiet um die Psychotherapie als integraler Bestandteil erweitert worden – auch „Offizielles Mitteilungsorgan der Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der U.E.M.S.“ geworden war.

Die Großschreibung des Begriffes „Psychotherapie“ im Namen des Berufsverbandes und des Forum war übrigens Programm, weil wir lange darum gekämpft haben, nicht nur Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu sein, sondern auch Psychotherapeuten für Erwachsene, insbesondere für die Bezugspersonen unserer Patienten, zumal damals die meisten Kinder- und Jugendpsychiater ihre Ausbildung in Erwachsenenpsychotherapie absolviert hatten.

Die Farbe des Umschlages geriet allmählich von hellgelb zu goldgelb, vielleicht als Ausdruck unserer damaligen Aufbruchsstimmung in ein goldenes Zeitalter. Ab 1999 erhielt das Heft sein jetziges Format, damals noch im strahlenden Gelb. Ab dem Heft I/2011, unter der Vorsitzenden Dr. C. Schaff, erschienen der Mitgliederrundbrief und die verbandsinternen Informationen als „gelbe Seiten“, zunächst noch innerhalb des „Forum“, später als Separatum. 2000 gab es Bestrebungen, das „Forum“ im befreundeten „Neurotransmitter“ aufgehen zu lassen. Nach intensiver Diskussion entschied die Mehrheit der Mitglieder des BKJPP und der Vorstand, das „Forum“ eigenständig fortzuführen (s. Forum 1/2001, Mitgliederrundbrief 2001/1, S. 1).

Nachdem das Redaktionsteam neben den inhaltlichen Fragen jahrelang auch ein moderneres Layout diskutiert hatte, was aber wegen der damit verbundene Mehrkosten immer wieder zurückgestellt wurde, erhielt das Forum 2006 seine jetzige Gestalt mit dem erweiterten Namen „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“.

Die Inhalte wurden immer umfangreicher und anspruchsvoller und die Akzeptanz auch unter den wissenschaftlich tätigen Kolleginnen und Kollegen immer größer. Besonders geschätzt wird die Möglichkeit, auch umfangreichere Beiträge im Forum veröffentlichen zu können, was in anderen Zeitschriften kaum möglich ist. Inzwischen sehe ich das Forum in den Bibliotheken der meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, und es wird auch zunehmend in wissenschaftlichen Publikationen anderer Zeitschriften zitiert. Mit seinen 21 Jahren ist das Forum etabliert aber nicht saturiert und hat Appetit auf Neues.

Was können wir dem Forum, seiner Leserschaft und dem Redaktionsteam zum 21. Geburtstag und für das nächste Jahrzehnt wünschen?

Einer meiner Wünsche ist, dass auch die Inhalte der Forum-Hefte vor 2004 auf der Homepage des BKJPP verfügbar gemacht werden. Noch gibt es die meisten Beiträge als Dateien, so dass dies mit vertretbarem Aufwand umgesetzt werden könnte. Lediglich die ersten 2 Jahrgänge, die noch auf einer Schreibmaschine gesetzt wurden, müssten eingescannt oder abgeschrieben werden. Auch ein Autoren- und Sachverzeichnis war schon einmal begonnen

worden. Dies könnte den raschen Zugriff auf frühere Beiträge erleichtern. In 21 Jahren sind einige Schätzchen zusammengekommen, die nicht verschüttet bleiben sollten.

Und zu wünschen ist dem Forum auch eine nicht nur geneigte, sondern aktiv-kritische Leserschaft. So manche Beiträge sind diskussions- und auch kritikwürdig gewesen. Aber selbst bei den Artikeln, die mit „Zur Diskussion gestellt“ überschrieben waren, gab es kaum mehr als jeweils eine Zuschrift. Da erinnert mich die Leserschaft an die Mitgliederversammlung. Positiv gesehen scheint alles zum Besten zu sein. Trotzdem würde das Redaktionsteam sich über einen lebendigen Austausch mit Ihnen, werte Leserinnen und Leser, freuen!

Schließlich sei jenen beiden Kolleginnen, Frau Dr. med. Ute Paporisz und Frau Dr. med. Margarete von Rhein, gedankt, die beide über mehrere Jahre das Redaktionsteam inspiriert und bereichert haben.

Ich hoffe, an der Fortentwicklung des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ auch in seinem dritten Jahrzehnt noch lange mitwirken zu können. Dank der Informationstechnik, die es vor 21 Jahren zwar auch schon gab, aber für uns viel zu teuer war, lässt sich das sicher auch mit Fernreisen in wärmere Länder verbinden.

Neugier auf und Freude mit diesem und den kommenden Forum-Heften wünscht Ihnen

Ihr Christian K. D. Moik

Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Weg und Ziel der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Michael Borg-Laufs

1 Psychische Grundbedürfnisse – historische Ideen und empirische Befunde

In der Psychologie gibt es bereits eine lange Tradition der Auseinandersetzung mit den psychischen Grundbedürfnissen des Menschen. Bereits Freud hatte in seinen „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1904) den sexuellen Lustgewinn (Eros) als Grundbedürfnis vorgestellt, den er später (Freud, 1920) um einen Todestrieb (Thanatos) ergänzte. Das Machtstreben war nach Adler (1907) das wichtigste Grundbedürfnis des Menschen. Das am meisten rezipierte Konzept zu den Grundbedürfnissen des Menschen dürfte die Bedürfnispyramide nach Maslow (1954) sein. Dabei handelt es sich um ein hierarchisches Modell: Nur wenn existentielle physische Grundbedürfnisse befriedigt sind, wird die Befriedigung des Bedürfnisses nach Sicherheit verfolgt. Nur wenn dieses befriedigt wurde, sind die psychischen Grundbedürfnisse nach Zugehörigkeit, Liebe, Anerkennung und schließlich Leistung für den Menschen relevant, als letztes kommen Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung und Spiritualität zum Tragen. Dieses Modell, dem alten Diktum von Brechts Seeräuber-Jenny entsprechend („Erst kommt das Fressen, dann die Moral“; Brecht, 1978, S. 191), erscheint intuitiv zunächst plausibel, es mangelt aber an empirischer Untermauerung.

Klaus Grawe (2002; 2004) hat hingegen unter Rückgriff auf ein Modell des amerikanischen Persönlichkeitspsychologen Epstein (1990) eine Konzeption psychischer Grundbedürfnisse entwickelt, die zunächst dadurch besticht, dass sie dem aktuellen Erkenntnisstand der psychologischen Grundlagenforschung insofern entspricht, dass die von ihm postulierten vier Grundbedürfnisse umfangreich erforscht wurden und zu jedem einzelnen der Bedürfnisse eine Fülle an empirischer Evidenz vorliegt, mit der belegt werden kann, dass

sie eine große Bedeutung für menschliches Wohlergehen haben. Als psychologische Grundbedürfnisse gelten demnach die Bedürfnisse nach

- Bindung,
- Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung,
- Orientierung und Kontrolle,
- Lustgewinn/Unlustvermeidung.

Grawe (2004) hat diese empirisch sehr gut begründeten einzelnen Bedürfnisse in ein theoretisches Modell integriert, welches die Wirkungsweise der Grundbedürfnisse für menschliches Erleben und Verhalten erläutert. Dazu greift er letztlich auf ein systemtheoretisches Modell von Richards und von Glasersfeld (1987) zurück, welches wiederum auf den Kybernetiker Powers (1973) zurückgeht und Verhalten als „Funktion von beiden, von Reiz *und* Ziel, nicht bloß Reaktion auf einen Reiz“ (Glasersfeld, 1987, S. 1999, Hervorhebung im Original) begreift.

In diesem von Grawe vorgestellten Modell sind die psychischen Grundbedürfnisse in keinerlei hierarchischer Struktur, sondern stehen gleichwertig nebeneinander. Die Nicht-Befriedigung einzelner Grundbedürfnisse verändert demnach die Motivationslage von Menschen, woraufhin sie Handlungen ausführen, um hinsichtlich ihrer Grundbedürfnisse Befriedigung zu erfahren (Annäherungsverhalten) oder keine weiteren Verletzungen mehr zu erleben (Vermeidungsverhalten). Die Befriedigung oder Nicht-Befriedigung aller Grundbedürfnisse wiederum wird übergeordnet vom Gesamt-System überwacht. Sind Grundbedürfnisse nicht befriedigt, werden sie aktiviert, beeinflussen wiederum die Motivationslage und führen dann wieder zu entsprechendem Annäherungs- oder Vermeidungsverhalten.

Die Unterscheidung zwischen Annäherungs- und Vermeidungsverhalten ist in diesem Zusammenhang von großer Bedeutung. So kann Annäherungsverhalten, auch wenn es in unangemessener Weise erfolgt, insgesamt als weniger pathogen gelten als Vermeidungsverhalten. So verfolgt möglicherweise ein aggressives Kind über sein völlig unangemessenes aggressives Verhalten das (unbewusste) Ziel, sein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung zu befriedigen. Selbstverständlich muss es Ziel einer Behandlung sein, dass inakzeptable aggressive Verhalten zu verändern, aber positiv ist zu bewerten, dass dieses Kind noch nach Selbstwert strebt und noch nicht so resigniert ist, dass es jedes Streben nach Selbstwerterhöhung eingestellt hat und etwa völlig passiv geworden ist. Wer mit tief resignierten (vermeidenden) Kindern und Jugend-

lichen Erfahrung hat, weiß, wie schwer sie zu motivieren sind, überhaupt an einer adäquaten Veränderung zu arbeiten. Sie haben sich in ihrer vermeintlichen Welt eingerichtet und vermeiden den Schmerz weiterer Verletzung um den Preis der dauerhaften Nicht-Befriedigung eines Grundbedürfnisses. Ein anderes Beispiel: Ein männlicher, heterosexueller, ungebundener Jugendlicher, zeigt immer wieder unangemessenes, abweisendes Verhalten im Kontakt mit jugendlichen Mädchen. In der biographischen Anamnese wird deutlich, dass er eine Biographie von Bindungsabbrüchen vorweisen kann. Jeder Therapeut bzw. jede Therapeutin, der/die mit schwer gestörten Jugendlichen arbeitet, kennt solche Biographien: Nach der Geburt hat er möglicherweise 10 Monate bei der leiblichen Mutter gelebt, die keine sichere Bindung zu ihm aufbauen konnte und allgemein mit ihm so überfordert war, dass sie ihn im Alter von 10 Monaten ihrer Mutter (also seiner Großmutter) zur Betreuung übergeben hat. Dort hat er ein halbes Jahr gelebt, bevor auch die Großmutter überfordert war, woraufhin ihn die leibliche Mutter wieder für ein Jahr aufgenommen hat, ihn aber völlig unzureichend versorgt hat, so dass er mit zweieinhalb Jahren in eine Bereitschaftspflegefamilie gekommen ist, wo er unglücklicherweise anderthalb Jahre lebte, bevor er wieder im Alter von nunmehr vier Jahren in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung untergebracht wurde. Dort lebte er ein Jahr und wurde dann zur leiblichen Mutter zurückgeführt. Dieser nun jugendliche Junge zeigt ein Verhalten, welches lerntheoretisch im Rahmen einer funktionalen Analyse zunächst schwer zu verstehen ist: Immer wieder zeigt er Verhalten, welches von außen betrachtet zu einer Bestrafung führt: Attraktive junge Frauen, die durch ihr Verhalten die Möglichkeit einer intimen Beziehung andeuten, verlieren aufgrund seines Verhaltens ihr Interesse an ihm. Sein Bindungsbedürfnis wird also nicht befriedigt, ebensowenig seine sexuellen Bedürfnisse. Erst wenn man die Verletzung seines Grundbedürfnisses nach Bindung als Bestandteil der lebensgeschichtlich erworbenen Organismusvariable versteht (vgl. zur funktionalen Analyse menschlichen Verhaltens unter Einbezug überdauernder Dispositionen Borg-Laufs, 2011), wird deutlich, dass sein Verhalten durch *Angstreduktion* belohnt wird: Er kann keine weitere Verletzung seines Bindungsbedürfnisses mehr ertragen und sein schroffes Verhalten jugendlichen Mädchen gegenüber wird dadurch belohnt, dass die Angst vor Zurückweisung und Verlassenwerden vermieden wird, wenn erst gar keine nähere Beziehung entsteht. Deutlich wird, dass ein solcher Jugendlicher nur sehr schwer zu einer angemessenen Verhaltensänderung zu bewegen sein wird, denn zunächst muss seine tiefliegende Beziehungsangst aufgelöst werden. Wieviel einfacher erscheint doch da die Behandlung eines Jugendlichen, der zwar ebenfalls keine intime Be-

ziehung erlangt, dies aber permanent mit inadäquatem Verhalten versucht. Etwa im Rahmen eines Trainings Sozialer Kompetenzen würde ein solcher Jugendlicher schnell die erforderlichen Skills erlernen und das neu erlernte Verhalten einsetzen.

Während die von Grawe eingeführte Unterscheidung hinsichtlich Annäherungs- und Vermeidungsverhalten bezüglich der psychischen Grundbedürfnisse also in der Tat große therapeutische Relevanz hat, ist zumindest im Rahmen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anzunehmen, dass die von ihm postulierte Gleichrangigkeit der vier Grundbedürfnisse nicht völlig zutreffend ist. Je jünger Kinder sind, desto mehr sind sie auf feinfühligere Bezugs- bzw. Bindungspersonen angewiesen, denn die Befriedigung der anderen psychischen Grundbedürfnisse (nach Orientierung/Kontrolle, Selbstwert und Lustgewinn) ist in hohem Maße davon abhängig, dass die Eltern ein angemessenes Bindungsverhalten zeigen. Vor der Reifung zum Erwachsenen ist daher davon auszugehen, dass das Bindungsbedürfnis den anderen Grundbedürfnissen dadurch übergeordnet ist, dass deren Befriedigung – je jünger die Kinder sind, desto mehr – von einer sicheren Bindung und damit von einem befriedigten Bindungsbedürfnis abhängt. Grawe (2004, S. 216) bezeichnet unsichere Bindungen im Kindesalter als größten bekannten Risikofaktor für die Entwicklung später auftretender psychischer Störungen.

Dass die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse auch im Kindes- und Jugendalter eng mit psychischer Gesundheit assoziiert ist¹, konnte in einem Vergleich zwischen Kindern einer repräsentativen Normstichprobe und psychisch kranken, in psychotherapeutischen Ambulanzen zur Behandlung vorgestellten Kindern, belegt werden (Borg-Laufs & Spancken, 2010). In dieser Untersuchung, in der zur Überprüfung der Bedürfnisbefriedigung die Grundbedürfnis-Skalen für Kinder und Jugendliche (GBKJ, in Borg-Laufs, 2011) herangezogen wurden, wurde sowohl ein Gesamtwert zur Bedürfnisbefriedigung erfasst, als auch ein Wert für Annäherungs- versus Vermeidungsverhalten, als auch spezifische Werte für die einzelnen Grundbedürfnisse. Zu allen Skalen lagen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungswerte vor. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich die Repräsentativstichprobe hinsichtlich aller Skalen in der Fremdbeurteilung hochsignifikant ($p < 0.000$) positiv von der Stichprobe psychisch kranker Kinder unterschied. In der Selbstbeurteilung

¹ Grawe hat stets betont, dass seine Erkenntnisse sich ausschließlich auf die Psychotherapie mit Erwachsenen beziehen.

der Jugendlichen war der Unterschied bei der Befriedigung des Bindungsbedürfnisses hochsignifikant ($p < 0.004$), alle anderen Unterschiede waren signifikant, lediglich hinsichtlich der Selbstwerterhöhung und der Skala Annäherung versus Vermeidung war der Unterschied zwar im Trend erkennbar, statistisch aber nicht auf dem üblichen 5%-Niveau zu sichern.

Insgesamt konnte aber mit dieser Untersuchung eindrucksvoll belegt werden, dass es einen starken Zusammenhang zwischen der Befriedigung der von Grawe postulierten psychischen Grundbedürfnisse einerseits und psychischer Gesundheit andererseits gibt. Ähnlich konnte Wagner (2010) zeigen, dass aggressive Jugendliche hinsichtlich der Befriedigung ihrer psychischen Grundbedürfnisse deutlich von der Normstichprobe abweichen und schloss daraus, dass die Bedürfnisbefriedigung Inhalt der psychotherapeutischen Hilfe für die Betroffenen sein muss.

2 Die vier psychischen Grundbedürfnisse

Bevor nun auf die therapeutischen Konsequenzen näher eingegangen werden wird, sollen zunächst die psychischen Grundbedürfnisse einzeln vorgestellt werden.

Bindung

Bindungsbeziehungen sind tiefgehende emotionale Beziehungen an wichtige, nicht ohne Weiteres auswechselbare Bezugspersonen. Aufbauend auf den Arbeiten von Bowlby (1975) haben als erste Ainsworth et al. (1978) empirische Untersuchungen zum Bindungsbedürfnis durchgeführt. In den folgenden Jahrzehnten gab es eine Fülle weiterer entwicklungspsychologischer und entwicklungspsychopathologischer Untersuchungen zum Thema (vgl. im Überblick Grossmann & Grossmann, 2008; s. auch Brisch & Hellbrügge, 2006). Seit Ainsworth et al. (1978) wird das Bindungsverhalten von Kindern üblicherweise in vier verschiedene Kategorien eingeteilt. Kinder mit einem *sicheren* Bindungsstil suchen in Not und Angst ihre Bindungspersonen (i.d.R. Elternteile, ggf. aber auch andere Personen) auf, um sich von ihnen trösten zu lassen. Die Eltern sicher gebundener Kinder zeigen daraufhin üblicherweise feinfühliges Verhalten, d.h. sie nehmen die kindlichen Bedürfnisse wahr und reagieren schnell und angemessen (sensibel, annehmend, zusammenarbeitend) darauf (Maccoby, 1980). Die Kinder lassen sich dann schnell beruhigen und trauen sich daraufhin wieder, ihre Umwelt zu explorieren. Lerngeschicht-

lich betrachtet entsteht ein sicherer Bindungsstil durch die Erfahrung von emotionaler Verfügbarkeit der Bezugspersonen in belastenden Situationen.

Kinder, die in ihrer Lerngeschichte andere Erfahrungen machen müssen, sind in Gefahr, einen *unsicheren* Bindungsstil zu entwickeln, wobei Ainsworth et al. hier zwei unterschiedliche Gruppen unsicherer Bindungsstile unterscheiden: Kinder mit einem *unsicher-vermeidenden* Bindungsstil haben sich „abgewöhnt“, in Notsituationen Hilfe bei ihren Bezugspersonen zu suchen. Sie haben erfahren müssen, dass sie in emotionaler Not keine Hilfe erfahren, sondern stattdessen eher abgewertet werden. Daher vermeiden sie weitere Zurückweisungen, indem sie sich ‚cool‘ zeigen (auch wenn sie innerlich hoch erregt sind) und keine Unterstützung mehr einfordern. *Unsicher-ambivalent* gebundene Kinder hingegen versuchen, durch heftiges Weinen und Anklammern die Nähe der Bindungspersonen sicher zu stellen. Sie tun dies, weil ihre Lernerfahrung ist, dass sie nur dann eine Chance auf Trost und Zuwendung haben, wenn sie ihre Not möglichst intensiv und dramatisch darstellen.

Schließlich gibt es eine Gruppe von Kindern, die keiner dieser drei Gruppen zugeordnet werden können. Sie verhalten sich häufig aggressiv, manchmal bizarr. Bei diesen Kindern geht man von einem *desorientierten* Bindungsstil aus, sie scheinen gar keine Bindungen aufgebaut zu haben. Während sichere, unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindung als Normvarianten gesehen werden können (wobei die sichere Bindung die eindeutig besten Entwicklungsmöglichkeiten bietet), handelt es sich bei der desorientierten Bindung um eine Abweichung, die vor dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen von Misshandlung, Vernachlässigung oder häufigem Bezugspersonenwechsel zu verstehen ist. Obwohl einiges dafür spricht, dass bei diesen Kindern von einer *Bindungsstörung* im Sinne der ICD-10 auszugehen ist (vgl. dazu Gahleitner, 2008), muss hier doch die unerfreuliche Tatsache erwähnt werden, dass die entwicklungspsychologische Bindungsforschung und die klinisch-psychologische Forschung zu Bindungsstörungen in der Regel keinen Bezug aufeinander nehmen.

Die psychischen Mechanismen, die den verschiedenen Bindungsstilen zugrunde liegen, prägen auch das Beziehungsverhalten im Jugend- und Erwachsenenalter. Grossmann und Grossmann (2008) schildern, dass sicher gebundene Kinder sich sozial kompetent verhalten, als Freunde gemocht werden, ein realistisches, positives Weltbild aufweisen und flexible Lösungsstrategien bei Problemen zeigen, während unsicher vermeidend gebundene Kinder und

Jugendliche zu Misstrauen anderen gegenüber, zur Idealisierung eigener Kompetenzen und zu aggressivem Verhalten neigen. Das Verhalten unsicher-ambivalent gebundener Kinder transformiert sich im weiteren Entwicklungsverlauf häufig zu selbstunsicherem, anhänglichem und passivem Verhalten, welches dem gleichen Zweck dient wie das laute, auffallende Verhalten im Kindesalter, nämlich der Sicherung von Zuwendung.

Desorganisierte Bindung bzw. Bindungsstörungen können unbehandelt als Vorläufer massiver Störungen im Jugendalter gelten. Die betroffenen Kinder leiden an einer tiefgehenden emotionalen und sozialen Unreife und sind, wenn sie nicht mehr in ihrer Herkunftsfamilie leben, auf emotional belastbare, konfliktbereite, liebevolle und gleichzeitig konsequente Bezugspersonen (Pflege- oder Adoptiveltern, ErzieherInnen) angewiesen (Rygaard, 2006). Tatsächlich liegen zur Behandlung dieser schwer gestörten Kinder noch wenig differenziert erforschte Erkenntnisse vor (vgl. im Überblick von Klitzing, 2009), allerdings hat sich die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen der Bindungsstörung mit Enthemmung und der reaktiven Bindungsstörung als prognostisch relevant erwiesen: Diejenigen Kinder mit einer Bindungsstörung vom enthemmten Typus, die also ein eher wahlloses Beziehungsverhalten zeigen, ohne sich aber auf einzelne Bindungen wirklich tiefgehend einzulassen, haben auch unter günstigen Bedingungen (Platzierung in eine gute Pflegefamilie) eine ungünstigere Prognose als die Kinder mit einer reaktiven Bindungsstörung (Zeneah et al, 2005).

Zwar hat die entwicklungspsychologische Forschung gezeigt, dass bindungsrelevante Erfahrungen während des ganzen Lebenslaufes prägend sein können, allerdings nimmt der Wirkungsgrad mit zunehmendem Alter ab (vgl. Spangler & Zimmermann, 1999). Tatsächlich sind frühkindliche Erfahrungen besonders prägend und ihre Korrektur in der späteren Entwicklung ist nicht einfach.

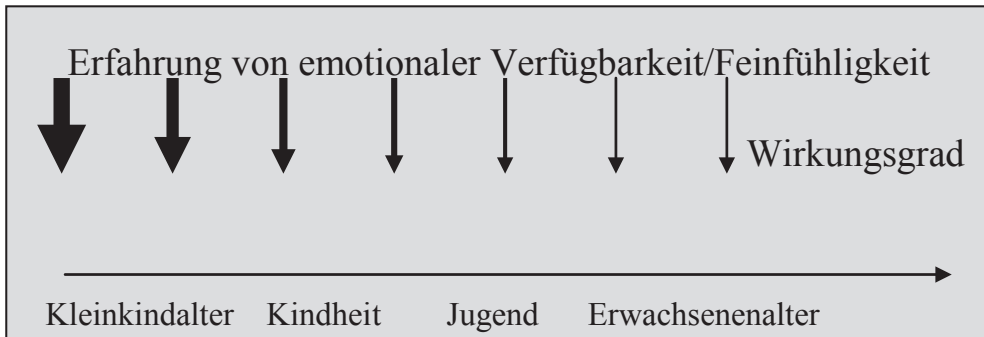


Abb. 1: Entwicklung der äußeren Beeinflussbarkeit der Bindung über den Lebenslauf. Aus: Borg-Laufs (2004) in Anlehnung an Spangler & Zimmermann, 1999

Selbstwertschutz/Selbsterhöhung

Menschen möchten von sich selber die Einschätzung haben, dass sie „gut“ oder „in Ordnung“ sind. Es ist unmittelbar für jeden erfahrbar, dass eine Selbsteinschätzung als „schlecht“ zu psychischem Leid führt. Dabei ist es sogar üblich, sich selbst ein wenig besser einzuschätzen, als es einer objektiven Betrachtung standhalten würde (Grawe, 2004, S. 258ff.). Solange diese subjektive Einschätzung nicht zu grob von der Einschätzung der anderen Personen abweicht, stellt dies allerdings kein Problem, sondern eher einen protektiven Faktor dar (ebd.). Psychisch gesunde Menschen, die selbstverständlich genauso viele gute und schlechte Eigenschaften haben wie psychisch instabilere Menschen, beschäftigen sich aber ganz überwiegend mit den Erfahrungen, bei denen sie sich als überdurchschnittlich gut erlebt haben. Ist nicht zu übersehen, dass man bezüglich einer bestimmten Fähigkeit eher wenig zu bieten hat, so neigen Menschen dazu, situativ zu attribuieren, also den Fehler weniger bei sich als in den jeweiligen ungünstigen Bedingungen zu sehen.

Eine in vielen Bereichen eher negative Selbsteinschätzung hingegen kann zu vielfältigen Problemen führen. Bei depressiven oder sozial unsicheren PatientInnen ist eine negative Selbsteinschätzung Bestandteil der primären Symptomatik.

Kinder benötigen für die Befriedigung ihres Bedürfnisses nach Selbstwertschutz und Selbsterhöhung wertschätzende Rückmeldungen von ihren wichtigen Bezugspersonen. Ständige Kritik, Abwertungen und Beschimpfungen durch die Eltern unterminieren die Befriedigung dieses Grundbedürfnisses. Eine besonders nachhaltige Verletzung des Bedürfnisses nach

Selbstwertschutz und Selbstwerterhöhung fügen sich von den eigenen Eltern misshandelte und missbrauchte Kinder durch ihre Bewertungen der Situation zu. Da sie sich in existentieller Weise von ihren wichtigsten Bezugspersonen als abhängig erleben, könnten sie es kaum ertragen, diese für sie so wichtigen Personen negativ zu bewerten. Im Falle einer Misshandlung durch die eigenen Eltern vor die Wahl gestellt, entweder ihre Eltern negativ zu bewerten (weil diese sie grundlos schlagen), oder sich selber (weil sie sich eben schlecht verhalten haben und deshalb geschlagen werden), geben gerade junge Kinder sich selbst die Schuld für die Schläge, die sie erhalten. Auf diese Weise können „sie die Illusion ‚guter‘ Eltern aufrechterhalten“ (Borg-Laufs & Dittrich, 2010, S. 11).

Menschen neigen auch im Jugend- und Erwachsenenalter dazu, sich in Situationen zu begeben und mit Personen zusammen zu sein, die ihnen selbstwertdienliche Erfahrungen ermöglichen. Situationen, in denen häufig Selbstwert verletzende Erfahrungen gemacht werden, werden hingegen immer negativer bewertet und möglichst vermieden. So ist etwa schulvermeidendes Verhalten häufig auf dieser Grundlage erklärbar. Thimm (2000, S. 118) betrachtet dementsprechend Schulverweigerung als „Ergebnis eines Prozesses zunehmender Entfremdung und Desintegration“ in der Schule. Auch sind Selbstwertprobleme bei aggressiven Jugendlichen in hohem Maße zu beobachten (Wagner, 2010). Hochaggressive Jugendliche haben häufig eine äußerst problematische Entwicklung hinter sich (Borg-Laufs, 2002), in der sie Selbstwert verletzende Erfahrungen mit Eltern, Gleichaltrigen und Schule gemacht haben. Ihr aggressives Verhalten kann als Versuch betrachtet werden, durch die Dominanz über andere den eigenen Selbstwert aufzurichten.

Orientierung/Kontrolle

Menschen wollen die Welt, in der sie leben, verstehen, in gewissem Maße vorhersehen und sie auch beeinflussen können. Niemand möchte sich als Opfer unverständlicher, unkontrollierbarer und nicht beeinflussbarer äußerer Einflüsse sehen. Eine solche Sicht auf die Welt führt zu Hilflosigkeit, Passivität und verminderter Lebenslust. Wichtige empirisch bestätigte psychologische Theorien beschreiben die besondere Rolle, die einem befriedigten Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle zukommt. Zu nennen wären etwa das Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1997) und der von Antonovsky (1997) beschriebene Kohärenzsinn.

Kinder benötigen daher einerseits eine Erziehung, die durch klare Regeln und konsistentes Handeln nachvollziehbar und verstehbar ist, die aber andererseits auch entwicklungsangepasst (nicht überfordernd und nicht überbehütend) die Beteiligung an Entscheidungen bzw. das eigenständige Treffen von Entscheidungen ermöglicht.

Wenn Kinder im Entwicklungsverlauf häufig Erfahrungen von Kontrollverlust machen müssen, etwa weil ihre Umgebung nicht (im positiven Sinne) herausfordernd, sondern überfordernd, nicht verstehbar und/oder inkonsistent ist, so beeinflusst dies die weitere Entwicklung negativ. „Die angeführten Untersuchungen zeigen in großer Eindeutigkeit, dass Verletzungen des Kontrollbedürfnisses Gift für die psychische Gesundheit sind“ (Grawe, 2004, S. 249). Erfahrungen von Kontrollverlust sind sowohl mit Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen assoziiert, als auch mit Angst- und Zwangsstörungen. Offensichtlich ist dies bei Kontrollzwängen oder auch bei Panikstörungen, bei denen die Angst vor Kontrollverlust durch Ohnmacht, Tod oder „Verrückt-werden“ im Vordergrund steht.

Lustgewinn/Unlustvermeidung

Die Bedeutung dieses Grundbedürfnisses ist für uns unmittelbar erfahr- und nachvollziehbar. Menschen bewerten die Situationen, in denen sie sich befinden, die Erfahrungen, die sie machen und die Reize (im lerntheoretischen Sinne), die ihnen dargeboten werden, nahezu automatisch – bewusst oder unbewusst – auf einer Dimension mit den Polen „gut“ und „schlecht“, und diese Bewertung führt in der Regel zu Annäherung (wenn etwas als „angenehm“ erlebt wird) oder zu Vermeidung (bei unangenehmen Reizen).

Dass Menschen danach streben, aversive Zustände zu vermeiden (Unlustvermeidung) und angenehme Zustände zu erleben (Lustgewinn), sind auch zentrale Grundlagen bedeutender psychologischer Theorien. Während in der Psychoanalyse die Libido als zentrales Motivationssystem gilt, ist es in der Lerntheorie die operante Konditionierung, die nur vor dem Hintergrund dieses Bestrebens verstanden werden kann. Aber auch jüngere Theorien (etwa zum „Flow“, vgl. Csikszentmihalyi, 2007) greifen dieses Bedürfnis auf. Die entwicklungspsychologische Forschung belegt, dass dieses Motiv bereits bei Kleinstkindern handlungsleitend ist (z.B. Siqueland, 1968).

Lust- und Unlusterfahrungen entstehen nicht durch eine vermeintlich objektive Eigenschaft von Reizen, sondern durch emotional-kognitive Bewertungs-

prozesse. Trotz aller biologisch naheliegender oder kulturell in hohem Maße geformter Wertungen unterliegen diese Bewertungen deutlicher interindividueller Diversität, weswegen auch Belohnungsprogramme scheitern, wenn sie nicht individuell gestaltet werden (vgl. Borg-Laufs & Hungerige, 2007). Grawe (2004) weist u. a. darauf hin, dass der von Kindern üblicherweise sehr negativ bewertete bittere Geschmack von Nahrungsmitteln von Erwachsenen als sehr angenehm empfunden werden kann.

3 Relevanz der Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen für die Psychotherapie

Die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ist für erfolgreiche Therapieverläufe in verschiedener Hinsicht von Bedeutung:

Beziehungsgestaltung

Nach Caspar (2007) ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten in der therapeutischen Beziehung ebenso wie in allen anderen wichtigen Beziehungen Erfahrungen anstreben, die ihre psychischen Grundbedürfnisse nicht verletzen (Vermeidungsziel), bzw. die zur Befriedigung von Grundbedürfnissen beitragen (Annäherungsziel). So könnte etwa mittels einer Plananalyse (für die Kinderpsychotherapie siehe Borg-Laufs, 2011) erarbeitet werden, welche grundbedürfnisbezogenen Ziele PatientInnen in der therapeutischen Interaktion verfolgen. Als TherapeutInnen haben wir die Möglichkeit, uns komplementär zu diesen Zielen zu verhalten. Dadurch können wir erreichen, dass die PatientInnen in der Therapie ihre Energie nicht darauf verwenden, um die Erreichung ihrer grundbedürfnisbezogenen Ziele zu kämpfen, sondern Vertrauen zum Therapeuten fassen und ihre Anstrengungen auf die eigentlichen Therapieziele lenken können. Wenn zum Beispiel ein Patient sich eher passiv verhält und Orientierung sucht, so sollte sein Bedürfnis nach Orientierung zunächst durch klare therapeutische Vorgaben befriedigt werden. Erst im Verlaufe der Therapie würde der Patient mehr und mehr in Entscheidungen eingebunden werden. Im gegenteiligen Fall, in dem eine Patientin um Kontrolle kämpft, muss der Therapeut hingegen von vorneherein dafür sorgen, dass die Patientin die Erfahrung machen kann, dass sie in der Therapiesituation völlige Entscheidungsfreiheit hat. Die Beachtung psychischer Grundbedürfnisse hilft also, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung auf den Einzelfall abzustimmen.

Symptome als Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung

Nicht selten ist in der Psychotherapie festzustellen, dass das Symptomverhalten der PatientInnen als unangemessener Versuch gewertet werden kann, Befriedigung einzelner psychischer Grundbedürfnisse zu erleben oder weitere Verletzungen dieses Grundbedürfnisses zu vermeiden. In diesen Fällen wird eine Veränderung des problematischen Verhaltens nur gelingen können, wenn therapeutische Interventionen bei dem Kinder oder Jugendlichen oder in seiner/ihrer Familie gewählt werden, die an der Frage ansetzen, auf welchem anderen, akzeptableren Wege genau diese Grundbedürfnisse befriedigt werden können. Dies kann alle vier dargestellten Grundbedürfnisse betreffen. Häufig erscheinen PatientInnen in völlig neuem Licht, wenn diese Perspektive eingenommen wird. So kann etwa ein aggressiv imponierender Jugendlicher als jemand erkannt werden, der im Kern gegen weitere Verletzungen seines Selbstwertes und seines Bindungsbedürfnisses ankämpft. Die Therapie kann sich daraufhin neben der symptomorientierten Arbeit darauf konzentrieren, welche Ressourcen genutzt werden können, damit der betroffene Jugendliche befriedigende, stabilisierende Erfahrungen machen kann, die diese Kämpfe für ihn weniger wichtig erscheinen lassen. Wenn das gelungen ist, wird die symptomorientierte Arbeit viel eher erfolgversprechend sein. In der Praxis zeigt sich, dass bei schwer gestörten PatientInnen in der Regel mehrere Grundbedürfnisse nicht befriedigt bzw. verletzt wurden.

Grundbedürfnisbefriedigung als allgemeines Ziel von Psychotherapie

Dem Gedanken folgend, dass ein glückliches Leben eng mit der Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse verknüpft ist, sollte eine bessere Bedürfnisbefriedigung auch ohne direkten Zusammenhang mit der Symptomatik als allgemeines, störungsübergreifendes Therapieziel gesehen werden. Gerade wenn auch die langfristige Stabilität therapeutischer Erfolge in den Blick genommen wird, ist davon auszugehen, dass eine bessere Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse auch langfristig für stabilere Erfolge sorgt. Wenn etwa zu erkennen ist, dass im familiären System schlechte Rahmenbedingungen für die Befriedigung der Bedürfnisse nach Bindung, Orientierung, Selbstwertschutz und Lustgewinn bestehen, so besteht auch nach zunächst erfolgreichem Therapieverlauf die Gefahr, dass sich schnell neue Verhaltensstörungen entwickeln, wenn Kinder oder Jugendliche mit erwünschtem Verhalten keine Befriedigung ihrer Bedürfnisse erlangen können.

Spezifisch Grundbedürfnis orientiertes Vorgehen in verschiedenen Kontexten

Inzwischen liegen zu verschiedenen Problembereichen Arbeiten vor, die die spezielle Bedürfnislage ausgewählter Patientengruppen berücksichtigen. Armbruster (2006) hat ein auch empirisch überprüftes Konzept der Arbeit mit Multiproblemfamilien entwickelt, welches explizit auf das von Grawe vorgestellte Modell der psychischen Grundbedürfnisse zurückgreift (vgl. auch den grundbedürfnisorientierten Ansatz für die Arbeit mit armen Familien bei Borg-Laufs, 2010a). Für die therapeutische Arbeit mit Kindern psychisch kranker Eltern liegt ebenfalls ein Ansatz vor, der die Bedürfnislage der betroffenen Kinder und Jugendlichen analysiert und daraus spezifische therapeutische Schritte ableitet (Borg-Laufs, 2010b). Immisch (2011) stellt in einer sehr differenzierten Arbeit heraus, inwiefern auch bei einem verhaltenstherapeutischen Ansatz bindungsorientierte Vorgehensweisen bei veränderungsresistenten Jugendlichen von besonderer Bedeutung sind.

Auch die Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen, die im engeren Sinne zwar Kernkompetenz Sozialer Arbeit ist, im Rahmen von Psychotherapie aber häufig ein schwieriges Thema darstellt (unter welchen Bedingungen darf die Schweigepflicht gebrochen werden?) und bei dem schließlich im Rahmen von Begutachtungen und weiterführender Diagnostik psychotherapeutische Kompetenz auch wieder relevant wird, kann und sollte unter Berücksichtigung der Frage, ob die Grundbedürfnisse betroffener Kinder befriedigt oder verletzt sind, erfolgen (vgl. Dittrich & Borg-Laufs, 2010, 2011).

Das Konzept der psychischen Grundbedürfnisse wird inzwischen auch auf außertherapeutische Kontexte der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien übertragen, etwa auf Erziehungsprozesse allgemein (Klemenz, 2009), Schule (Borg-Laufs et al., 2010), Schulsozialarbeit (Rohleder, 2010) und offene Jugendarbeit (Krajewski et al., 2010). Es hat sich gezeigt, dass viele Problemlagen damit gut beschreibbar sind und sich differenzierte Handlungsableitungen daraus ableiten lassen.

Auch die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen kann von diesem Ansatz, der als Erweiterung der Konzeptionen verschiedener Therapieschulen unabhängig von der Ausrichtung der psychotherapeutischen Ausbildung von Behandlern als Bestandteil von Diagnostik und Behandlung eingesetzt werden kann, noch weiter profitieren.

Autor:

Prof. Dr. Michael Borg-Laufs

Diplom-Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,
Psychologischer Psychotherapeut

Studiendekan am FB Sozialwesen der Hochschule Niederrhein

Richard-Wagner-Str. 101, 41065 Mönchengladbach

Tel. 02161 186-5627

Email: michael.borg-laufs@hs-niederrhein.de

Homepage: <http://www.hs-niederrhein.de/fb06/personen/borg-laufs>

Literatur

- Adler, A. (1907). *Studie über die Minderwertigkeit von Organen*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Armbruster, M. (2006). *Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Borg-Laufs, M. (2002). Verhaltenstherapie mit aggressiven Jugendlichen - Ableitungen aus der Entwicklungspsychopathologie. In bkj (Hrsg.), *Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust - Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen* (S. 107-131). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Borg-Laufs, M. (2004). Therapeut, Kind und Eltern. Vorschläge zur Beachtung psychologischer Grundbedürfnisse in der Verhaltenstherapie. In B. Metzmacher & F. Wetzorke (Hrsg.), *Entwicklungsprozesse und die Beteiligten. Perspektiven einer schulenübergreifenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 164-181). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Borg-Laufs, M. (2010a). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus armen und armutsgefährdeten Familien. In V. Hammer & R. Lutz (Hrsg.), *Neue Wege aus der Kinderarmut* (S. 232-244). Weinheim: Juventa.
- Borg-Laufs, M. (2010b). Die vergessenen Kinder: Über die Auswirkungen psychischer Krankheit von Eltern auf Kinder. In S.B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit und Jugend – Risiko, Resilienz und Hilfen* (S. 122-130). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2011). *Störungsübergreifendes Diagnostik-System für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SDS-KJ)*. Tübingen: DGVT-Verlag.

- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 7-22). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Borg-Laufs, M., Fengler, J. & Krus, A. (2010). Wie lässt sich Lernentwicklung unterstützen? Lernen und ressourcenorientierter Unterricht aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie. *Pädagogik, Heft 6/2010*, 40-45.
- Borg-Laufs, M. & Hungerige, H. (2007). Operante Methoden. In M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Diagnostik und Intervention* (S. 415-454). Tübingen: DGVT.
- Borg-Laufs, M. & Spancken, A. (2010). Psychische Grundbedürfnisse bei gesunden und bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 23-38). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bowlby, J. 1975. *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Brecht, B. (1978). *Die Stücke von Bertold Brecht in einem Band*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Brisch, K.H. & Hellbrügge, T.H. (2006). *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Caspar, F. (2007). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Csikszentmihalyi, M. (2007). *Flow: Das Geheimnis des Glücks*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dittrich, K. & Borg-Laufs, M. (2010). Kindeswohlgefährdung und psychische Grundbedürfnisse. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 87-98). Tübingen: DGVT.
- Dittrich, K. & Borg-Laufs, M. (2011). Qualifizierte Diagnostik im Bereich der Kindeswohlgefährdung: Der „Mönchengladbacher Befundbogen zur Kindeswohlgefährdung“. In S.B. Gahleitner, K. Fröhlich-Gildhoff, F. Wetzorke & M. Schwarz (Hrsg.), „*Ich sehe was, was du nicht siehst ...*“ *Gemeinsamkeiten und Unterschiede verschiedener Perspektiven in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 150-167). Stuttgart: Kohlhammer.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-experiential self-theory. In L.A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 165-192). New York: Guilford.
- Freud, S. (1904). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Gahleitner, S. (2008). Kinder- und Jugendlichentherapie unter bindungstheoretischen Gesichtspunkten. *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 11*, 51-66.
- Grawe, K. (2002). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2008). Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie* (S. 221-241). Stuttgart: Schattauer.
- Immisch, F. (2011). *Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen*. Tübingen: DGVT.
- Klemenz, B. (2009). *Ressourcenorientierte Erziehung*. Tübingen: DGVT.

- Krajewski, E., Dittrich, K. & Borg-Laufs, M. (2010). Psychische Grundbedürfnisse in der offenen Jugendarbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 173-196). Tübingen: DGVT.
- Maccoby, E.E. (1980). *Social Development: Psychology, Growth and the Parent-Child-Relationship*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Powers, W.T. (1973). Feedback: Beyond Behaviorism. *Science*, 179, 351-356.
- Richards, J. & von Glasersfeld, E. (1987). Die Kontrolle von Wahrnehmung und die Konstruktion von Realität. Erkenntnistheoretische Aspekte des Rückkoppelungs-Konstruktions-Systems. In S.J. Schmidt (Hrsg.), *Der Diskurs des Radikalen Konstruktivismus* (S. 192-228). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Rohleder, J. (2010). Die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse als Gegenstand der Schulsozialarbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 149-172). Tübingen: DGVT.
- Rygaard, N.P. (2006). *Schwerwiegende Bindungsstörung in der Kindheit*. Wien: Springer.
- Siqueland, E.R. (1968). Reinforcement patterns and extinction in human newborns. *Journal of Experimental Child Psychology*, 6, 431-432.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 170-194). Weinheim: PVU.
- Thimm, K. (2000). *Schulverweigerung. Zur Begründung eines neuen Verhältnisses von Sozialpädagogik und Schule*. Münster: Votum.
- Von Klitzing, K. (2009). *Reaktive Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Wagner, E. (2010). Zur Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse bei aggressiven Jugendlichen. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 39-58). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Zeneah, C., Smyke, A.T., Koga, S.F. & Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015-1028.

Sind Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll? Was wünschen sich die kinder- und hausärztlichen Kollegen?

Marion Raitzig

Mit der Einführung des neuen EBM im April 2005 wurde die Wichtigkeit eines Arztbriefes betont, in dem dieser Mitbestandteil der Grundpauschale wurde. Unsere kinder- und jugendpsychiatrische Praxis stellte sich darauf ein in Form eines Kurzarztbriefformulars, das wir nach unseren Bedürfnissen gestalteten. In Diskussionsrunden mit Kollegen zeigten sich unterschiedliche, teils widersprüchliche Ansichten über die Sinnhaftigkeit solcher Arztbriefe. Wir entschieden uns dafür, die Patienten bzw. die Sorgeberechtigten bei Therapiebeginn zu fragen, ob sie einen Arztbrief wünschten und an wen. Unser Bemühen ging dahin, ca. einmal im Quartal für jeden Patienten einen Kurzarztbrief zu schreiben.

Fragestellung und Methodik

- 1.) Wir waren daran interessiert, ob unsere Kurzarztbriefe von den lesenden Kollegen (Kinderärzte und Hausärzte) als angemessen und hilfreich erlebt werden, und ob der Umfang der Berichte passt oder den Kollegen wichtige Informationen fehlen. Wir haben den Kollegen einen kleinen Fragebogen zusammen mit unseren Arztbriefen zugeschickt. Die kinderärztlichen Kollegen haben wir teils mehrfach angeschrieben, da es uns wichtig war, von möglichst allen Kinderärzten, mit denen wir hauptsächlich zusammenarbeiten, eine Rückmeldung zu erhalten.

Mit einem kurzen Anschreiben verschickten wir folgenden Fragebogen:

Rückantwort Fragebogen „Zufriedenheit mit Arztbriefen“		
Absender		
Häufigkeit der Arztbriefe	<input type="checkbox"/>	genau richtig
	<input type="checkbox"/>	zu häufig
	<input type="checkbox"/>	zu selten
Bemerkungen hierzu		
Umfang der Arztbriefe	<input type="checkbox"/>	genau richtig
	<input type="checkbox"/>	zu umfangreich
	<input type="checkbox"/>	zu wenig
Bemerkungen hierzu		
Welche Informationen sind Ihnen zusätzlich wichtig?		
Weitere Anregungen, gerne auch Kritik		

- 2.) Wir wollten wissen, wie viele Kurzarztbriefe wir tatsächlich schreiben und wie hoch der Anteil bei unseren Patienten ist, die keinen Arztbrief wünschten. Dafür werteten wir unsere Patientenakten bezüglich des I. Quartals 2011 aus.
- 3.) Des Weiteren diskutierten wir im Team (Ärzte und therapeutische Mitarbeiter), welche persönlichen Erfahrungen mit den Berichten gemacht wurden.

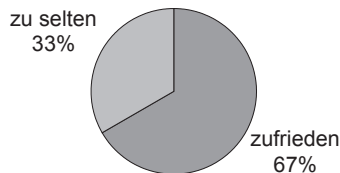
Ergebnisse

1) Auswertung der Fragebogenumfrage

a) Kinderärzte

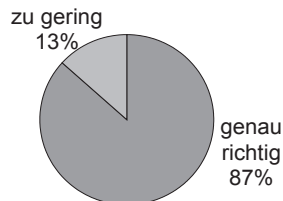
Wir erhielten 15 Rückmeldungen von insgesamt 21 Kinderärzten, d. h. 71% antworteten uns. Von den 15 waren 10 (67%) mit der Häufigkeit unserer Arztbriefe zufrieden, für 5 (33%) war das zu selten.

Wie sehen die Kinderärzte die Häufigkeit unserer Briefe?



13 von 15 (87%) empfanden den Umfang als genau richtig; 2 Kollegen(13%) erschien der Umfang als zu gering.

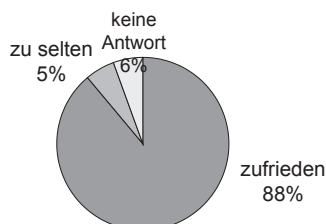
Wie empfinden die Kinderärzte den Umfang der Briefe?



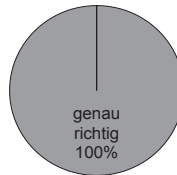
b) Hausärzte

18 hausärztliche Kollegen antworteten auf unsere Fragebogenerhebung. 16 von 18 (89%) erlebten die Häufigkeit der Arztbriefe als genau richtig, einer als zu gering (6%), einer hatte kein Kreuz gesetzt.

Wie sehen die Hausärzte die Häufigkeit unserer Arztbriefe?



Wie empfinden die Hausärzte den Umfang der Briefe?



Alle 18 erlebten den Umfang als genau richtig.

c) Kommentare und Anregungen

Einige Kollegen nutzten die Möglichkeit, sich frei zu äußern:

- Wichtig: Diagnose, Medikation, Verhaltensmaßnahmen
- Welche Behandlung, welche Kontrollen?
- Labor- und EKG-Kontrollen bei Medikation
- Was wurde gemacht?
- Dauer und Ziel der Behandlung
- Am Therapieende: Eingangs- und Ausgangsbefund
- Wann ist der Kontrolltermin?
- Soll die Therapie weiter erfolgen?
- Diskussion medikamentöser Optionen
- Gerne: Schlüsselaussagen des Patienten, auch in wörtlicher Rede
- Gerne: telefonischer Kontakt bei Problemen oder notwendigen raschen Rückfragen
- Begrenzung auf das Wesentliche

2) Auswertung unserer Patientenakten

Im I. Quartal 2011 behandelten wir insgesamt 528 Patienten (gesetzlich und privat versicherte Dauerpatienten, Einmalkontakte sowie Patienten aus dem ärztlichen Notdienst). Etwa 10% der Patienten, die sich länger bei uns in Behandlung befinden, wünschten keinen Arztbrief. Wir verschickten insgesamt 272 Kurzarztbriefe, was heißt, dass für ca. 50% der Patienten ein Kurzarztbrief geschrieben wurde.

3) Erfahrungen in unserem Team

Im Team erlebten praktisch alle das Schreiben der Kurzarztbriefe als eine zeitliche Belastung. Es wurde aber auch deutlich, dass jeder sein eigenes System zur Bewältigung entwickelt hatte, so dass mit der Übung der zeitliche Aufwand geringer wurde. Auch erlebten fast alle die Berichte als Arbeitserleichterung, wenn Befundanforderungen kamen, sowie im Kontakt mit anderen Helfern (u. a. Jugendamt, Schule, Ergotherapie, Logopädie) und zur Einleitung einer stationären Behandlung. Auch konnten Anfragen im Rahmen von Vertretungssituationen sicherer bearbeitet werden. Alle meinten, dass ihnen die Patienten präsenter im Gedächtnis seien, wenn Berichte formuliert wurden. Insgesamt wurden die Kurzarztbriefe auch für die eigene Arbeit mit dem Patienten als hilfreich und sinnvoll bewertet.

Diskussion

In unserer Praxis wünschten nur wenige Patienten keinen Arztbrief; möglicherweise, da wir den Arztbrief als das übliche Vorgehen kommunizieren. Bei uns stellte es sich in der Tendenz so dar, dass meistens Jugendliche, junge Erwachsene oder Privatpatienten keinen Arztbrief wünschten.

Wir waren etwas überrascht, dass wir lediglich bei 50% der Patienten einen Brief im Quartal geschrieben haben. Hier wurde für uns deutlich, dass es notwendig ist, an das Schreiben des Arztbriefes aktiv zu denken und eine Eigenstrukturierung sowie Selbstkontrollmechanismen zu entwickeln.

Trotz eines gewissen Arbeitsaufwands ist der Arztbrief für die eigene Reflektion und bei der Kommunikation im Behandlungsteam wie auch mit externen Institutionen ein hilfreiches Instrument, was in der Folge Arbeitsabläufe optimiert und Zeit sparen hilft.

Wir haben uns sehr über die Zufriedenheit der kinder- und hausärztlichen Kollegen mit unseren Kurzarztbriefen gefreut und fühlen uns in unserem Vorgehen bestätigt. Auch scheinen die kinder- und hausärztlichen Kollegen unsere Berichte, die unsere Arbeit transparent machen und sich dabei auf das Wichtigste beschränken sollen, nicht als Belastung zu erleben. Aufgrund der freien Kommentare wurde uns deutlich, welche Informationen den Kollegen für Ihre Einschätzung und Mitbehandlung wichtig sind: Diagnosen, Behand-

lungsoptionen und Medikation sowie ob und wann die Behandlung bei uns weitergeführt werden soll.

Die Hinweise und Anregungen der Kollegen auf die Arztbriefe halfen uns, darüber nachzudenken, wie wir ihre Informations- und Kommunikationswünsche in unseren Arztbrief integrieren und die wichtigen Informationen noch übersichtlicher übermitteln können.

Unseren Standard-Kurzarztbrief passten wir wie folgt den Ergebnissen unserer Befragung an:

Adresse Haus- / Kinderarzt

Patientenname, Geb.-Datum und Adresse

Kurzbericht zum Therapieverlauf

Behandlung seit:

Diagnose(n):

Therapieverlauf:

Medikation:.

Wiedervorstellung:

Schlussfolgerungen

Arztbriefe, die sich auf das Wesentliche beschränken, sind ein nützliches Kommunikationsinstrument in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowohl für die eigene Arbeit wie auch bei der Kommunikation nach außen. Unsere Arbeit wird somit innerhalb des Behandlungsteams wie auch nach außen für die mitbehandelnden Kollegen nachvollziehbar und transparent.

Bei der Einschätzung unserer eigenen Arbeit war die Fragebogenerhebung der kinder- und hausärztlichen Kollegen hilfreich, um die eigene Arbeit zu reflektieren und zu verbessern.

Aufgrund unserer Erfahrungen möchten wir unsere fachärztlichen Kollegen sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermutigen, den Arztbericht als hilfreiches Instrument bei der Patientenbehandlung – ruhig häufiger – zu nutzen.

Danksagung

Mein Dank gilt allen Mitarbeitern der Praxis für ihre Unterstützung und die hilfreichen Diskussionen während der Teamsitzungen; besonders bedanken möchte ich mich bei Frau Marion Wischnewski, die bei der Durchführung der Befragung und des Layouts half.

Adresse der Autorin

Dr. (H) Marion Raitzig

Fachärztin für Psychiatrie - Psychotherapie

Gemeinschaftspraxis Dr. med. U. Lampert / Dr. (H) M. Raitzig

Brühlstraße 14, 32423 Minden

Tel 0571-21849, Fax 0571-21813

Email: rai@lampert-raitzig.com

Auf die Haltung kommt es an! Grundzüge Christlicher Spiritualität als Ansatz für eine nachhaltige Personalführung

Markus Warode

Personalführung in einer sich kontinuierlich wandelnden Arbeitswelt

Nie zuvor in der Geschichte haben in absoluten wie in relativen Zahlen so viele Mitarbeiter in ihrer beruflichen Praxis Führungsaufgaben zu erfüllen gehabt. Auch Chefärzte, niedergelassene Ärzte oder sonstige Mitarbeiter aus dem gesundheitlichen Sektor sind verstärkt mit Management- und Führungsaufgaben konfrontiert (Malik, 2006, S.14). Die wachsenden Management- und Führungsaufgaben von Ärzten entwickeln sich parallel zum grundsätzlichen Wandel im Gesundheitswesen. Denn die sich weiter verschärfenden Erwartungen an eine hochwertige Gesundheitsversorgung werden heute zunehmend an der Wirtschaftlichkeit und dem quantifizierbaren Unternehmenserfolg gemessen. Durch eine Konzentration auf die wirtschaftlichen Zielsetzungen werden sich die Aufgabenfelder der Ärzte und Mitarbeiter, vor allem um managerielle Tätigkeiten erweitern. Aufgrund der Ergänzung medizinisch-fachlicher Tätigkeiten um Aufgaben des Managements, insbesondere der Personalführung, sind steigende Arbeitsbelastungen zu erwarten. Diese sind u. a. an den ständig wechselnden und dynamisierenden Arbeitsprozessen und einem erhöhten Abstimmungsbedarf zwischen den handelnden Akteuren auf unterschiedlichen Unternehmensebenen auszumachen.

In diesem Zusammenhang wird den leitenden Ärzten eine besondere Verantwortung zugewiesen. Zum einen in ihrer Funktion als Personalvorgesetzte, wobei sie das medizinische Personal auswählen und ausbilden, und zum anderen auf der Prozessebene, wonach der Chefarzt in die Leistungsplanung und das Kostencontrolling des Gesundheitsunternehmens einbezogen ist. Dabei wird die zukünftige nachhaltige Leistungsfähigkeit leitender Ärzte neben der medizinischen Fachkompetenz durch eine ausgewiesene Management- und Führungskompetenz bestimmt. Eine auf einem partizipativen Führungsstil

aufbauende Personalführung, interdisziplinäres ganzheitliches Prozessverständnis und die Fähigkeit, Strategien zu entwickeln, wie sich medizinischer Fortschritt mit begrenzten finanziellen Mitteln des Gesundheitswesens vereinbaren lässt, stellen exemplarisch die zentralen Anforderungen dar (Stehr, 2011, S.26).

Daraus ergibt sich ein elementares Spannungsfeld. Denn für viele Ärzte scheinen professionelles ärztliches Selbstverständnis und die neuen wirtschaftlichen Anforderungen in unversöhnlichem Gegensatz zueinander zu stehen. Im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit steht die Behandlung der Patienten. Dies ist der Arbeitsschwerpunkt, auf den sich die Ärzte früher wie heute konzentrieren wollen. Die strikte Patientenorientierung und die professionelle Kompetenz zur Durchführung der klinischen Kernprozesse des Heilens und Linderns von Krankheiten sind für die ärztliche Führungsrolle konstitutiv (Bundesärztekammer, 2007, S.9). Dieses entspricht primär der traditionellen Erwartung an den Ärzteberuf und stellt die Bedürfnislage der Patienten in den Mittelpunkt. Patienten schenken dem Arzt ihr Vertrauen, weil er ein guter Mediziner und nicht weil er ein guter Manager ist (Stehr, 2011, S.26). Doch lassen die heutigen Anforderungen an Ärzte in leitenden Positionen eine reine medizinische Fachkompetenz nicht mehr zu. Scheinbar gesicherte Kompetenzen, die bisher die Leistungsfähigkeit der Ärzte sicherten, werden entwertet oder relativiert (Kriegesmann & Kerka, 2001, S.133ff.). Damit gerät das Ziel einer optimalen Patientenversorgung und der erfolgreichen Führung eines Gesundheitsunternehmens zumindest perspektivisch in Gefahr.

Aus diesen Entwicklungen heraus sind die Organisationen im Gesundheitsbereich gefordert, ihr Management anzupassen und gezielt in die Führungs- und Managementkompetenz ihrer Führungskräfte zu investieren (Jäger & Beyes, 2008, S.7). Welche Angebote sind aber die richtigen und effektivsten für die speziellen Anforderungen eines Gesundheitsunternehmens?

Die Angebote für Management und Führung sind vielfältig, teilweise inflationär. Anbieter versuchen in einem immer enger werdenden Wettbewerb mit äußerst kreativen Werbestrategien ein- und denselben Kundenkreis zu gewinnen. Jede spezielle Methodik beansprucht für sich die Richtige zu sein und agiert mit einer entsprechenden Bedienungsanleitung: „Wenn sie die Schritte 1-10 befolgen, werden sie erfolgreich führen.“ Managementansätze sind in der Regel, was grundsätzlich ihre Aufgabe ist, auf eine rein funktionale Zielsetzung ausgerichtet. Eine Differenzierung nach Potenzialen und Stärken der Teilnehmer bleibt bei Angeboten „von der Stange“ meist unberücksichtigt. Dadurch erscheint ein nachhaltiger Erfolg entsprechender Angebote zumin-

dest fraglich. Letztlich bleibt eine Methode eine Methode und wird erst durch den ausführenden Menschen lebendig. Gerade im Bereich der Personalführung, welcher wesentlich durch zwischenmenschliche Beziehungen gekennzeichnet ist, kommt es immer auf den Menschen selbst an, der durch seine Persönlichkeit und seine individuellen Stärken wirkt. Die Individualität der Menschen und eine Konzentration auf die individuellen Potenziale werden daher zunehmend als Wettbewerbsfaktor bedeutend. So haben weiche Faktoren wie die Work-Life-Balance heute einen höheren Stellenwert als in der vergangenen Karriereplanung von Führungskräften resp. leitenden Ärzten. Führung nimmt heute den ganzen Menschen in den Blick und taxiert diesen nicht nur als reines Leistungssubjekt (Warode & Krause, 2011, S. 28).

Daraus folgt eine alternative Sichtweise von Führung, die sich nicht nur an methodischen und funktionalen Aspekten orientiert, sondern die Führungskraft selbst, den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Erfolgreiche Führung fußt in der Haltung des Menschen und integriert reflektiertes Methoden- und Handlungswissen. Führungskräfte benötigen heute eine Kompetenz, die stärker die Bedürfnisse und Potenziale ihrer Mitarbeiter und Kunden einbezieht, um wirtschaftlich nachhaltig erfolgreich zu sein. Es geht dabei um eine universelle Kompetenz, die die Basis jeglicher Handlungen bildet und sowohl die Führungskraft selber, als auch die mit ihr interagierenden Akteure in den Blick nimmt. Diese universelle Kompetenz, im Folgenden Christliche Spiritualität¹ im Sinne einer reflektierten Geistes- oder Denkhaltung benannt, gilt es in dieser Ausarbeitung in ihren Grundzügen und ihrer Nutzbarkeit für die Praxis vorzustellen. Dabei wird ein interdisziplinärer Ansatz gewählt, der im Kern Ansatzpunkte des Managements und der Theologie verbindet². Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass auf eine Maßnahme mit einer konkreten wirtschaftlich messbaren Zielsetzung verzichtet wird, um die Aufmerksamkeit ganz auf die Haltung des Führenden zu legen.

Management als Denkhaltung

Auch wenn an dieser Stelle die Bedeutung von Spiritualität noch nicht hinreichend geklärt ist, gilt es zunächst ein Management- und Führungsverständnis zu schaffen, welches einen Rahmen für den Transfer von Spiritualität in die unternehmerische Praxis liefern kann. Im Wesentlichen orientieren sich

¹ Im Laufe des Textes werden Christliche Spiritualität und Spiritualität synonym verwandt.

² Grundlage ist der Ansatz des Institutes für Kirche, Management und Spiritualität (IKMS) an der PTH Münster.

die Ausführungen dabei an Drucker, einem der Vordenker der modernen Managementforschung.

Entscheidend für den Transfer von Spiritualität in die betriebliche Praxis ist das Verständnis von Management als Geisteswissenschaft, welche sich über die Komponenten Denken und Handeln definiert. Drucker beschreibt das Management als gestaltende und verändernde Kraft innerhalb einer Gesellschaft und Organisation auf der Grundlage eines ganzheitlichen und vorausschauenden Denkens (Drucker, 2009). Mintzberg ergänzt grundlegend, indem er Management als eine praktische, situationsgebundene Tätigkeit beschreibt, die primär von der Erfahrung lebt. Management ist Praxis und basiert auf Wissen und Verantwortung (Mintzberg, 2010, S.23ff.).

Eine oder die wesentliche Aufgabe des Managements besteht darin, das langfristige Wohl und den Erfolg des Unternehmens zu gewährleisten. Manager und Führungskräfte müssen fähig sein, die Notwendigkeit grundlegender Neuerungen zu erkennen und die Situation des Unternehmens regelmäßig zu reflektieren. Versäumte Entwicklung ist die mit Abstand häufigste Ursache für den Niedergang bestehender Organisationen (Drucker, 2009, S.66). Der aktive Part des Managers bzw. der Führungskraft wird somit zu einer Quelle stetiger Entwicklung. Es liegt primär an den Führungskräften, dass der Zweck und vor allem das Unternehmensleitbild nicht aus den Augen verloren werden. Ein besonderer Aspekt obliegt dabei in der Verantwortung der Führungskräfte gegenüber den Mitarbeitern. Die Führungskraft ist gefordert den Mitarbeiter in seiner ganzen Person wahrzunehmen und ihn dabei zu unterstützen seine Stärken zu identifizieren und weiterzuentwickeln. Damit Mitarbeiter sich mit ihrem vollständigen Potenzial für das Unternehmen einsetzen, sind klar definierte Bedingungen durch das Unternehmen zu schaffen. Neben materiellen Anreizen ist der Rahmen für eine sinnvolle Tätigkeit zu erstellen. Das Gefühl, mit seiner Arbeit zu einem bestimmten Zweck beizutragen, ist mehr Wert als der persönliche Profit. Unternehmen sind dahingehend gefordert, nicht nur ihre wirtschaftliche, sondern auch soziale Legitimität zu beweisen. Genauso wie Menschen bestimmte Wertvorstellungen in sich führen, gelten auch in Organisationen bestimmte Werte. Prinzipien, Leitbilder, Zukunftsvisionen oder soziale Verantwortung sollen nicht nur von der PR-Abteilung kommuniziert, sondern aktiv von den Führungskräften gelebt werden, damit das Unternehmen glaubhaft erscheint und sich die Mitarbeiter mit den Unternehmenswerten und Prinzipien identifizieren können (Drucker, 2006, S.243ff.).

Wie kein anderer macht Drucker deutlich, dass Manager eine soziale Verantwortung haben und Management eine gesamtgesellschaftliche Größe ist:

in Unternehmen, Institutionen und Verwaltungen. Der Mensch ist folglich die entscheidende Variable für eine praktische, erfolgreiche Personalführung. Neben einer reflektierten Haltung ist dabei eine adäquate Handlungskompetenz notwendig, um in der Konsequenz effizient handeln zu können. Eine effiziente Handlungsfähigkeit ist notwendig, Prozesse in immer komplexer werdenden Systemen transparenter zu gestalten und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure zu erleichtern. Ein elementares Ziel liegt darin, sämtliche vorhandenen Energien und Ressourcen schonend einzusetzen, um ein Unternehmen und die darin wirkenden Menschen langfristig leistungsfähig zu halten. Der schonende Einsatz und die Koordination der verfügbaren Energie obliegen zu einem wesentlichen Teil den Führungskräften, die sich im Strudel dynamischer Veränderungen selbst auf eine konstante Ressource besinnen müssen.

Christliche Spiritualität als Ressource für eine nachhaltige Personalführung

Die Suche nach einer konstanten Ressource für die Führungskräfte kann nur in der Führungskraft selbst gefunden werden. Grundlegend ist zu konstatieren, dass die ständig wachsenden Anforderungen an Führungskräfte neue Bewältigungsstrategien erfordern. Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass Management und Führung ganzheitlich zu begreifen sind. Daraus folgt, dass auch die Kompetenz der Führungskräfte aus einer ganzheitlichen Perspektive zu generieren ist. Daher wird die Christliche Spiritualität als ein Ansatz vorgestellt, der primär die individuellen Stärken und Ressourcen eines Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und nutzbar macht. Um definitorische Missverständnisse zu vermeiden, ist zunächst herauszustellen, dass Spiritualität in ihrer ursprünglichen christlichen, theologischen Begrifflichkeit und ihrem Bezug zur betrieblichen Praxis verstanden wird.

Spiritualität stellt eine Grund- und Lebenshaltung dar, die Werte in Handlungen umsetzt, diese reflektiert und sich stets in der Beziehung zu sich selbst, seinen Mitmenschen und dem nächst höheren beeinflussbaren oder unbeflussbaren Kontext charakterisiert. Sie beschreibt einen permanenten und ganzheitlichen Entwicklungsprozess, welcher das ständige Bemühen sowohl im Bereich der Fähigkeit zur Handlung als auch im Hinblick auf die Handlungsbereitschaft des Einzelnen voraussetzt. Sie impliziert, dass alle Prozessbeteiligten stets Entscheidungen auf der Basis ihres individuellen Wertekodex treffen müssen und gestaltet sich daher als eine Ressource zur Bewältigung

von Belastungen, Widerständen und Einflüssen aus dem jeweils individuellen Lebensumfeld. Ausgerichtet auf die unternehmerische Praxis lassen sich vier Kategorien von Spiritualität ableiten: die *Grundhaltung*, das *Beziehungsgeschehen*, die *Prozesshaftigkeit* und der Umgang mit dem *Unverfügbaren*. Im Folgenden gilt es diese Kategorien zu definieren, wobei ein praktischer Bezug zu modernen Führungssituationen integriert wird.

Spiritualität ist eine **Grundhaltung**, auf welche Menschen ihre Taten und ihr Leben bauen und sie stellt eine Grundeinstellung zu Lebenswirklichkeiten dar (Dienberg, 2007, S.34). Sie meint die Grundüberzeugung, Erfahrungen und Werte eines Menschen in den Blick zu nehmen, sodass dieser zu sich geführt wird und somit seinen persönlichen Weg entdeckt. Vorauszusetzen bleibt die Verantwortung zur Selbstreflexion sowie die Arbeit an der eigenen Person, um seine Identität ergründen zu können und Antworten auf die Fragen nach dem eigenen Sein mit dem woher und wohin klären zu können (Dienberg, 2007, S.34ff.). Übertragen auf den Führungskontext gilt es auf der Basis von Erfahrungen sich selbst kontinuierlich hinsichtlich seiner Einstellungen, Werte und Kompetenzen in Frage zu stellen und für seine zukünftigen Handlungen nutzbar zu machen. Eine bewusste Ausrichtung auf einen Wert oder ein Wertesystem, welches jeder einzelne in sein Leben und das anderer hineinträgt, bildet dabei die Basis für alle Handlungen. In der Anwendung werden diese Werte miteinander ins Spiel gebracht, reflektiert und in den Alltag integriert. Werte sind ihrerseits zu definieren als „Leitlinien zur Orientierung des Menschen, die Handlungsziele vorgeben und für die Sinnbildung bedeutsam sind. Sie haben eine Führungsrolle im menschlichen Tun und Lassen inne, wo immer Menschen etwas wünschen oder ‚wichtig‘ finden, als Personen Stellung nehmen und Urteile aussprechen. Solche Werte müssen den Trägern keineswegs voll bewusst sein. Sie können in soziale Gewohnheiten, ‚Normen‘ und kulturelle ‚Selbstverständlichkeiten‘ eingelagert sein; sie können sich aber auch in ‚Idealen‘ und in Entwürfen einer individuellen und gesellschaftlichen Ethik niederschlagen. Werte sind in komplexer Weise auf Bedürfnisse hin orientiert“ (Lehmann, 2006, S.136).

Bezogen auf den Führungskontext setzt dies voraus, dass die Führungskraft sich immer wieder in die Rolle des Fragenden begibt. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Frage nach der grundlegenden Orientierung für das Leben im Allgemeinen und in seinen spezifischen Situationen und Rollen. Nachfolgend gilt es nun anhand von Leitfragen ein Raster zu entwickeln, das eine individuelle Auseinandersetzung mit der eigenen Grundhaltung zum Ziel hat.

- **Welche Werte sind für mich als Führungskraft relevant?** Nach welchen Maßstäben agiere ich als Führungskraft im Alltag und wodurch erhalte ich meine Orientierung? Welches sind die Werte, die ich als Führungskraft selbst verteidigen möchte? Als Orientierung für die Summe aller Werte sind hier die Kardinaltugenden genannt. Die ewig jungen, aber auch aktuellen vier Kardinaltugenden Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Maßhalten dienen zusammengefasst als Quelle aller Werte. Dabei ist die Klugheit der Ursprung aller übrigen Tugenden. Denn nur wer klug ist, kann auch gerecht, tapfer und maßvoll sein. Die Klugheit ist als eine Tugend beschrieben, richtig und angemessen zu entscheiden. Klugheit ist die Fertigkeit, in konkreter Handlung das Richtige zu tun. Damit wird die Klugheit gerade im Kontext der dynamischen Veränderungen im betrieblichen Alltag immer wichtiger. Die Führungskraft handelt vorausschauend, wenn sie klug ist. Sie handelt nicht im eigenen Interesse, sondern orientiert sich sachlich an den vorgegebenen Zielen und vorherrschenden Bedingungen. Die Tugenden bilden eine solide Wertegrundlage für die Führungskraft und bilden dadurch eine universelle Orientierung (Wegmann et al., 2009, S.105f.).
- **Welche Grundeinstellung habe ich gegenüber meinem Handeln als Führungskraft?** Dieses impliziert die Frage nach der Bereitschaft sich mit der Führungsrolle in ihrer Gesamtheit auseinanderzusetzen, was zunächst eine transparente Auseinandersetzung mit den Aufgaben einer Führungskraft erfordert. Akzeptiere ich in meiner Rolle als Führungskraft in der Verantwortung zu stehen, Entscheidungen zu treffen, die für alle Beteiligten nicht nur positiv sein können? Gehören Veränderungen und Konflikte für mich zum Tagesgeschäft, die ich als Herausforderung oder Chance und nicht als zusätzliche Belastung wahrnehme? Dazu nimmt der Aspekt der Vorbildfunktion eine wichtige Stellung ein. Erwarte ich als Führungskraft nur das von meinen Mitarbeitern, was ich auch selbst bereit und fähig bin zu leisten? Dieses beinhaltet eine kontinuierliche Bereitschaft seinen Wissenstand zu überprüfen und in Bezug auf die zu erfüllenden Aufgaben weiterzuentwickeln.
- **Welches Menschenbild habe ich?** Für Führungskräfte ist es unabdingbar sich mit der Frage auseinanderzusetzen, welche Perspektive gegenüber den Mitarbeitern eingenommen wird. Als wesentliches Element der Grundhaltung kommt es darauf an, inwieweit der Mitarbeiter nur im Sinne eines ausführenden Organs wahrgenommen wird, der ausschließ-

lich bei direkten Anweisungen tätig wird. Bin ich grundsätzlich als Führungskraft bereit, den Mitarbeiter als Experten in seinem Arbeitsbereich wahrzunehmen, der mit seinen individuellen Stärken einen wichtigen Beitrag leistet und mich dazu noch entlastet? Traue ich meinem Mitarbeiter so etwas überhaupt zu? Weiter stellt sich die Frage, ob der Mitarbeiter als Partner und nicht als Konkurrent gesehen wird, den es zu unterstützen gilt, sich weiterzuentwickeln. Gemäß dem biblischen Motto „Der Führende soll werden wie der Dienende“ (LK, 22, 25) ist es Aufgabe der Führungskraft, in jedem Mitarbeiter das hervorzulocken, was er an Fähigkeiten und Talenten in sich trägt (Wegmann et al., 2009, S.104).

- **Was sind meine Talente?** Die ehrliche Auseinandersetzung mit den eigenen Fähigkeiten ist ein weiterer zentraler Baustein der Grundhaltung und Spiritualität. Durch eine bewusste Reflektion liegt das Ziel darin, zu erkennen, welche Stärken einer Person inhärent sind und wie diese Stärken optimiert werden können. In welchen Bereichen kann ich mein Talent ausspielen und einen wichtigen Leistungsbeitrag bringen? Genauso gilt es, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, in welchen Bereichen ich Schwächen zeige. Dabei ist entscheidend, dass die zur Verfügung stehende begrenzte Energie im Wesentlichen zur Weiterentwicklung der Stärken eingesetzt wird, um diesen Bereich weiter zu optimieren. Eine Energieverschwendung tritt dagegen ein, wenn versucht wird, sich in allen Bereichen „ein bisschen“ zu qualifizieren. Dann wird man vor allem als verantwortliche Führungskraft schnell an seine Grenzen kommen, da sowohl inhaltliche als auch soziale Aufgaben nicht zielgerichtet erfüllt werden können. Die Grundhaltung impliziert hier zu akzeptieren, dass eine Führungskraft nicht über jegliche Detailkompetenz verfügen muss, sondern Mitarbeiter und Kollegen als Partner in den Unternehmensprozess einbinden kann.
- **Wie gehe ich mit Scheitern und Misserfolgen um?** Ein zentraler Bestandteil der Spiritualität ist der Umgang mit Scheitern. Spiritualität stellt eine Ressource dar, Misserfolge als Teil des Lebens zu akzeptieren und hilft somit beim Aufbau von Frustrationstoleranz. Grundsätzlich ist dabei das Verständnis, dass das Leben im Allgemeinen und in der Rolle als Führungskraft nicht linear verläuft und Scheitern ein notwendiges Element darstellt, sich stetig weiterzuentwickeln. In Bezug auf die Grundhaltung gilt es Scheitern als Bestandteil des Lebens zu begreifen

und anhand der gemachten Erfahrungen neue Strategien zu konzipieren, um Lösungen für eine positive Entwicklung der eigenen Leistungsfähigkeit zu generieren.

- **Als was möchte ich in Erinnerung bleiben?** Was bleibt von mir, wenn ich mich nicht mehr über meine Verhaltensmuster, Wert- und Moralvorstellungen, Leistungen, Beziehungsmuster oder meinen sozialen Status definiere? Oder anders ausgedrückt: Als was möchte ich in Erinnerung bleiben (Krieg, Jäger, 2007, S.106)? Was ist der Sinn meines Lebens und Handelns? Ein Ansatzpunkt liegt darin, sich als selbstbewusste und verantwortungsvolle Führungskraft zu verstehen und danach zu handeln. In der heutigen Praxis werden Entscheidungsvorgaben oder Methoden aus „austauschbaren“ Weiterbildungsseminaren zu oft widerspruchlos akzeptiert und durchgeführt. Dagegen hat die Führungskraft zu prüfen, inwieweit eine Entscheidung im Rahmen der Unternehmensziele Sinn macht oder inwieweit eine Methode mit den eigenen Vorstellungen und Erfahrungen übereinstimmt. Es gilt seine individuelle Identität zu formen und als persönliche Quelle in die Personalführung einzubringen. So lassen sich auch die heute inflationär gebrauchten Begriffe wie ‚authentisch‘ oder ‚integer‘ richtigerweise zuordnen.

Die zweite Kategorie zur differenzierten Bestimmung Christlicher Spiritualität liegt im **Beziehungsgeschehen**. Spiritualität ist ein Beziehungs- und Begegnungsgeschehen und daher nicht ohne Verantwortung für sich und seine unmittelbare Um- und Mitwelt zu denken. Sie nimmt gleichermaßen Individualität und Sozialität in den Blick, um eine Verbindung von Person und Gesellschaft, sowie um eine praktisch werdende Lebenseinstellung auszudrücken. Diese äußert sich durch ein „in-Beziehung-setzen-zu“ innerhalb konkreter Lebenssituationen inmitten des persönlichen und zwischenmenschlichen Bereichs.

Da die Person stets Dreh- und Angelpunkt jeglichen Handelns in Beziehungen ist, ist es notwendig, zunächst zu sich selbst in Beziehung treten zu können und eigenverantwortlich zu handeln. Eigenverantwortung zu übernehmen heißt Erfahrungen reflektiert umzusetzen sowie die Verpflichtung einzugehen, für die Folgen des Handelns einzustehen. Angesichts der Definition von Spiritualität als Grundhaltung obliegt es dem Menschen, sich stets neu der Notwendigkeit zu stellen, individuelle Verantwortung zu tragen. Die Voraussetzung für ein verantwortungsvolles Handeln liegt in dem Bewusstsein darüber, fremden Einflüssen unterworfen zu sein. Werden diese Gegebenheiten

sowie die Wirkfaktoren für entstandene Folgen berücksichtigt, ist selbstbestimmtes Entscheiden möglich. Zu bedenken bleibt, dass das eigene Handeln vom Individuum selbst gestaltbar ist und es der persönlichen Verantwortung unterliegt. Eigenverantwortung übernehmen zu können, basiert letztlich auf der Fähigkeit zur Selbstführung. Für ein „zu-sich-in-Beziehung-treten“ ist es daher notwendig zu erkennen, was überhaupt zum Handeln antreibt und worin die eigenen Ziele und Motive begründet liegen. Angesichts der steigenden Komplexität im Alltags- und Berufsleben, gilt es sich dabei auf Wesentliches zu konzentrieren. Aus der Grundbestimmtheit der Kategorie „Beziehungsgeschehen“ lassen sich drei konkrete Leitfragen entwickeln:

- **Wie führe ich mich selbst?** In dieser Frage liegt, wie einleitend dargestellt, der zentrale Aspekt in der Auseinandersetzung mit Beziehungen begründet. Für den Führungsalltag ist zunächst die Frage nach der eigenen Leistungsfähigkeit bedeutend. Wie im Kontext der Grundhaltung bereits aufgeführt, gilt es sich die notwendige Fachkompetenz für den persönlichen Arbeitsbereich anzueignen. Daneben spielt zunehmend der Umgang mit der eigenen psychischen und physischen Gesundheit eine Rolle. Welche Ressourcen muss ich stärken, um die Belastungen aus meinen unterschiedlichen Lebensbereichen zu kompensieren? Dazu ist die Führungskraft aufgefordert Strategien zu entwickeln, die es ermöglichen, sich auf seine Lebensquellen zu besinnen. Im Bereich der Selbstführung liegt der Anspruch darin, die Balance von Aktivität und Passivität zu finden. Dazu zählt sich regelmäßig zu erholen und Warnsignalen des Körpers sensibel zu begegnen. Eine entsprechende Balance ist in den komplexen Führungsstrukturen der heutigen Zeit die Grundlage effektiver Führung.
- **Wie führe ich andere?** Ähnlich wie bei den Ausführungen zum Menschenbild, steht hier im Vordergrund, den anderen in den Blick zu nehmen. Wie sehe ich als Führungskraft meine Mitarbeiter und wie gehe ich mit ihnen um? Neben der Verantwortung, die ich für mich selbst übernehmen muss, gilt es auch für die Mitarbeiter Verantwortung zu übernehmen. Nehme ich wahr, wann ein Mitarbeiter mit seinem Aufgabenbereich überfordert ist, und versuche ich daraufhin den Grund herauszufinden, um durch reflektierte Maßnahmen die Situation für den Mitarbeiter, aber auch für das Unternehmen zu verbessern? Bin ich bereit und fähig, die Talente und Stärken der einzelnen Mitarbeiter zu erkennen und diese Stärken nach Möglichkeit für das Unternehmen zu

nutzen? Dabei muss ich mir als Führungskraft die Frage stellen, ob ich gewillt bin, mein Wissen und meine Erfahrungen den Mitarbeitern mitzugeben, um diese in ihrer Kompetenz zu stärken.

- **Wie werde ich geführt?** Diese Frage impliziert, dass sich eine reflektiert handelnde Führungskraft bewusst ist, grundsätzlich Meinungen anderer zuzulassen. Das kann durch einen formalen Vorgesetzten aber auch durch jede andere Person in der Organisation geschehen. Es ist elementar, Kritik gegen die eigene Person zuzulassen und dieses Feedback für sich zu nutzen. Kritik oder ein externer Input kann in diesem Kontext eine Quelle für neue Ideen und persönliche Entwicklung sein. Darüber hinaus liegt die Aufforderung Christlicher Spiritualität an eine Führungskraft darin, sich in der Rolle als Mitarbeiter gegenüber den eigenen Führungskräften sachlich kritisch zu positionieren und Anweisungen vor dem Hintergrund eigener Wert- und Zielvorstellungen zu reflektieren.

Die dritte Kategorie Christlicher Spiritualität beschreibt die **Prozesshaftigkeit**. Wichtigster Baustein dieser Kategorie ist die Tatsache, dass das menschliche Leben durch Veränderung, Dynamik und Stagnation gekennzeichnet ist. Spiritualität beinhaltet wesentlich eine Entwicklungs- und Prozessorientiertheit als Kernelement. Sie ist dynamisch und schließt Veränderungen per se als Konstante menschlichen Lebens ein. Zum Entwicklungsprozess gehört im Sinne der Spiritualität wesentlich die Erfahrung des Wachsens und Erwachsenwerdens, des Lernens und Reifens und des Loslassens und Sterbens. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Veränderungen durchaus eine negative Assoziation mit sich führen und Angst auslösen können. Veränderungen lassen an Grenzen stoßen und konfrontieren damit, liebgewonnene Gewohnheiten aufgeben zu müssen. Bei aller Abneigung Veränderungsprozessen gegenüber bleibt, dass das menschliche Leben aus einer Vielzahl von Veränderungs-, Wachstums- und Reifungsprozessen besteht. Der Mensch kann sich nicht nicht verändern. Ohne Veränderung gäbe es keinen Fortschritt, keine Weiterentwicklung. Grundsätzlich trägt jede Veränderung die Chance zur Verbesserung der aktuellen Lebenssituation in sich. Eine positive Grundeinstellung Veränderungsprozessen gegenüber setzt große Potenziale frei und löst die Bereitschaft aus, selbst gestaltend tätig zu werden. Veränderungen werden letztlich von Menschen gemacht. Dazu lassen sich folgende Leitfragen aufstellen:

- **Bin ich bereit mich stetig zu entwickeln?** Persönliche Erfahrungen aus dem Non-Profit-Bereich zeigen, dass sich Stellenprofile durch die Entwicklung bspw. von Gesundheitseinrichtungen zu Gesundheitsunternehmen radikal verändern. Inhalte der Erstausbildung verlieren ihre Gültigkeit und erfordern eine inhaltlich neue Aus- und Weiterbildung. Dies impliziert die Frage, inwieweit die Mitarbeiter bereit sind, diese Veränderungen zu akzeptieren und sich den neu zu erlernenden Kompetenzen zu stellen. Bin ich bereit, mich als Arzt, dessen Ausbildung im Wesentlichen im rein medizinischen Bereich liegt, in Fragen des Managements weiterzubilden? Dabei ist vor dem Hintergrund der sich teilweise inflationär entwickelnden Veränderungsprozesse bedeutend, dass gerade die Ebene der Führungskräfte gefordert ist, sich kontinuierlich zu entwickeln. Die Gültigkeit von Wissen reicht heute nicht mehr für das gesamte Berufsleben aus.
- **Bin ich mir bewusst, dass Veränderungen mit Verlusten zu tun haben?** Hierbei geht es um die Einstellung gegenüber den Nebenwirkungen von Veränderungen. Veränderungen schaffen etwas Neues, indem etwas Altes ersetzt wird. Entwicklungsprozesse in Unternehmen sind dadurch gekennzeichnet, dass sich Personalkonstellationen, Strukturen oder Aufgaben ändern. Bin ich mir bewusst, dass ein Wechsel in eine neue Position einen Wechsel der unmittelbaren Mitarbeiter mit sich führt und ich mein „geliebtes“ Team aufgeben muss? In der Chance etwas Neues zu probieren, liegt immer auch die Tatsache etwas Gewohntes zurückzulassen.
- **Nehme ich meine Verantwortung wahr?** Die heutigen Arbeitsbereiche werden immer komplexer und sind systematisch in den gesamten Unternehmenskontext eingebunden. Daraus folgt, dass die Möglichkeiten für Führungskräfte, Prozesse selbst zu verändern, zumindest eingeschränkt sind. Trotzdem besteht für die Führungskraft auf ihrer Ebene ein gewisser Spielraum, eigene Ideen und Vorgehensweisen umzusetzen. Aus der spirituellen Perspektive ist die Führungskraft in jedem Fall gefordert, sich für ihre Überzeugung einzusetzen und auch gegen Widerstände vorzugehen und nicht den Mut zu verlieren.

Die für die Christliche Spiritualität wohl wesentlichste Kategorie stellt die Beziehung zum **Unverfügbaren** dar. So steht im jüdisch-christlichen Dialog der Begriff des Unverfügbaren für den personalen Gott (Härle, 2000,

S.236f.). Mit dem Unverfügbaren lassen sich Gegebenheiten assoziieren, die sich generell dem menschlichen Zugriff entziehen. Die heutigen Lebensbereiche sind in vielen Bereichen von Unsicherheit gekennzeichnet (Dienberg, 2007, S.38)³. Gerade in der unternehmerischen Praxis zählen Ungewissheit und Risiko zu Markierungen legitimierter kausaler Begrenzungen und einer Zukunftsoffenheit von Entscheidungen (Keiner, 2005, S.155ff.). Darüber hinaus sind jene Sachverhalte als Unverfügbarkeiten zu bezeichnen, die jenseits des für uns zu Begreifenden liegen. Es sind die fundamentalen Grenzen unseres Wissens (Wissensunsicherheit) und die Aspekte, die der Handlungsmacht (Handlungsunsicherheit) der Menschen entzogen sind. Es sind die Befürchtungen, dass die Folgen einer Situation schwerwiegend sein können mit der Ungewissheit darüber, ob die zu erwartenden Konsequenzen positiver oder negativer Natur sein werden (Folgenunsicherheit). Letztlich gibt es kein Gesetz, Unterstützung aus dem eigenen Umfeld oder durch Institutionen zu erlangen. Zudem bleibt die Ungewissheit darüber, wie lange die Situation anhalten wird (Sozial- und Systemunsicherheit) (Eierdanz, 2010, S.24).

Spiritualität bietet eine Ressource für den konkreten Umgang mit dem Unverfügbaren sowie mit der Option des Scheiterns. Scheitern meint, dass ein Lebensplan zerbrochen ist und nachher nichts mehr so ist, wie zuvor (Kügler, 2009, S.12). In Situationen des Scheiterns gilt es sodann das Gescheitertsein realistisch zu betrachten und für diejenigen Dinge, die nicht mehr zu ändern sind, Maßnahmen zu entwickeln, um sie annehmen sowie in ihnen eine Sinnhaftigkeit erkennen zu können. In der Auseinandersetzung mit dem Unverfügbaren lassen sich folgende Leitfragen formulieren:

- **Glaube ich an einen Gott bzw. an eine transzendente Wirklichkeit?**
Die Auseinandersetzung mit Fragen des Glaubens ist ein entscheidendes Kriterium für die Auseinandersetzung mit sich selbst und liefert darüber die Motivation sein Leben und seine Aufgaben aktiv wahrzunehmen. Auch die Führungskraft ist gefordert ihre Mitte bzw. sich selbst als Menschen zu finden. Eine Mitte, die einen Menschen unterstützt in kritischen Phasen des Lebens oder konkret in der Führungssituation den Weg für die richtige Entscheidung zu finden. Eine Mitte, aus der Vertrauen für das tägliche Handeln generiert wird und somit als Ressource wirken kann.

³ Als unverfügbar oder ungewiss bezeichnet man beispielsweise „Erkenntnisse, die Wahrheit oder eine Grundinspiration, die dem einzelnen zugekommen ist, nicht als Frucht eigenen Tuns, sondern als Widerfahrnis.“

Entscheidend ist es in diesem Zusammenhang für einen Menschen herauszufinden, inwieweit man an eine höhere Instanz glaubt, um die Herausforderungen des Alltags zu meistern. Eine Instanz, die Halt gibt, führt und der vertraut wird. Eine höhere Instanz, die sich entzieht und die wirkt, wenn sie möchte. Daraus folgt: Glaube ich persönlich an Gott oder eine sonstige transzendente Wirklichkeit, die mich in meinem Sein und Handeln leitet?

- **Akzeptiere ich Grenzen in meiner Existenz als Mensch und in meiner Rolle als Führungskraft?** Gerade im heutigen beruflichen Kontext spielt Leistung eine elementare Rolle über die sich eine Führungskraft definiert. Der Status in jeder Situation eine Lösung zur Hand zu haben und auf alles eine Antwort geben zu können, wird immer mehr zu einem Muss-Kriterium für Stellenprofile. Nur erhöhen dementsprechende Erwartungen die Wahrscheinlichkeit Leistungen nicht erfüllen zu können. Die Führungskraft muss sich bewusst sein nicht alles beeinflussen zu können. Der Arzt kann ab einem gewissen Zeitpunkt nichts mehr für den Patienten tun. Dann wird zur letztmöglichen Rettung Gott angerufen oder auf ein Wunder gehofft. Ähnlich sind die Grenzen in der Situation als Führungskraft zu beschreiben. Es gibt den allgemeinen Ausspruch: „Aus einem Ackergaul kann man kein Rennpferd machen.“ Die Führungskraft sollte die Entwicklung der Mitarbeiter unterstützen. Nur ist die Führungskraft genauso gefordert zu erkennen, wann eine Förderung an die Grenzen eines Mitarbeiters stößt. Dann steht die Führungskraft in der Verantwortung den Mitarbeiter zu überzeugen, dass dieser seinen Leistungsstand erreicht hat. Ebenso gilt es sich die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit einzugestehen.
- **Akzeptiere ich in manchen Situationen passiv sein zu müssen?** Auch wenn die oben beschriebenen Leitfragen die notwendige Passivität eines Menschen in sich führen, ist diese Frage noch einmal separat aufgeführt. Spiritualität definiert sich darüber, dass sie den Menschen in die Verantwortung bringt auf Basis seiner reflektierten Haltung zu Handeln. Im Wesentlichen gründet sie sich auf die Aktivität des Menschen. Sie beschreibt die Möglichkeiten eines Menschen oder speziell einer Führungskraft Situationen verändern zu können. Durch das bewusste Reflektieren und die inhärente Verantwortung für die nachhaltige Existenz der Gemeinschaft, gilt es genauso sich bewusst zu sein, in manchen Situation zurückzutreten und sich einzugestehen nichts mehr aktiv an einer Situation ändern zu können.

Anhand der aufgeführten Kategorien Christlicher Spiritualität und ihrer inhaltlichen Bestimmung ist festzuhalten, dass eine trennscharfe Definition nicht ohne weiteres möglich ist. Daraus folgt, dass Spiritualität nur in ihrer Ganzheitlichkeit zu begreifen ist und auch nur in ihrer Ganzheitlichkeit als Ressource wirken kann. Die einzelnen Aspekte bedingen sich gegenseitig und werden zusammenführend zum Ganzen. Voraussetzung für eine wirksame Ressource im unternehmerischen Umfeld ist eine offene Auseinandersetzung mit den in den Ausführungen angedeuteten Bestandteilen von Spiritualität. Entscheidend ist die bewusste Haltung der eigenen Person im Kontext der personellen und strukturellen Rahmenbedingungen (Dienberg & Warode, 2009, S.143ff.). Allerdings leistet eine bewusste Haltung nicht den vollkommenen Beitrag für eine optimale Leistungsfähigkeit. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Spiritualität beantwortet neben der Frage nach dem „Wer bin ich?“ die Frage nach dem „Was tue ich?“. Für einen praktischen Ansatz ist der Transfer einer Haltung in die konkrete Handlung bindend. Dabei wird dem fachlichen Können eine besondere, notwendige Bedeutung zugeschrieben. Eine optimale Leistungsfähigkeit gliedert sich aus dem Zusammenspiel zwischen Wollen, Können und Dürfen (Kriegesmann et al., 2007, S.132ff.). Fachliches Können oder Fachkompetenzen wie Methoden zu Mitarbeitergesprächen oder eine bestimmte medizinische Technik sind grundlegend. Daneben ist von Seiten des Unternehmens sicherzustellen, dass Mitarbeiter ihre Kompetenzen und ihre Bereitschaft auch für das Unternehmen einsetzen dürfen. Hierzu sind entsprechende Zeit- und Prozessstrukturen durch das Unternehmen bereitzustellen.

Das Besondere des Ansatzes „Spiritualität und Management“ ist die integrative Verbindung der einzelnen Bereiche für eine nachhaltige Leistungsfähigkeit. Das individuelle Handeln, welches hier im Vordergrund steht, ist im Wesentlichen von der Rückbesinnung auf die eigenen Stärken und Werte geprägt. Dabei integriert die Haltung die Handlungsweise, sich zielgerichtet auf eine Aufgabe vorzubereiten und die zu machenden Erfahrungen gewinnbringend für zukünftiges Handeln einzusetzen. Spiritualität und Management wirken als Ansatz ständig zusammen. Dabei ist es gleich, ob sich eine Person mit Personal-, Change-, oder Prozessmanagement auseinandersetzt. Die Bereiche Haltung und Handeln werden nicht isoliert voneinander betrachtet. Es ist notwendig, die Frage nach der Leistungsfähigkeit und damit die Frage nach wirksamen Ressourcen aus der Beziehung zu sich selbst zu generieren, aus seinem Sein und Tun. Der Erfolg eigener Handlungen liegt selten nur in einer angewandten Methode, die im Druck des Alltagsgeschäfts populär eingesetzt wird.

Zusammenfassung

Die Suche nach wirksamen Ressourcen und Energiequellen für eine nachhaltige Leistungsfähigkeit läuft in der gegenwärtigen Dynamik jeglicher Branchen und betrieblichen Prozesse auf vollen Touren. Tendenziell wird versucht notwendige Kompetenzdefizite durch verschiedene methodische Weiterbildungen auszugleichen. Man stellt Erholungsphasen zurück oder versucht sich mehr oder weniger gut mit den sich verändernden Prozessen und Aufgabebereichen zu entwickeln. Christliche Spiritualität im Sinne einer reflektierten Geisteshaltung kann die Funktion einer entsprechen Ressource einnehmen, da sie den ganzen Menschen in seiner Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zu einer unbeeinflussbaren Quelle in den Blick nimmt und fordert. Sie unterstützt Menschen in jeglichen Rollen und Funktionen eine innere Quelle zu finden, die die Basis für eine reflektierte Entscheidung bildet. Spiritualität ist kein Allheilmittel, das es rezeptfrei einzunehmen gilt, sondern erfordert eine ehrliche Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen. Als eine wirksame Ressource hilft Spiritualität ein transparentes Bild des eigenen Seins und Handelns zu schaffen, welches Herausforderungen annimmt und Misserfolge als Bestandteil menschlichen Lebens akzeptiert. So kann Spiritualität die Funktion einer universellen Ressource für Führungskräfte in den unterschiedlichsten Berufen und Situation einnehmen.

Literatur

- Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern (Hg.) (2007) Curriculum - Ärztliche Führung. www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrFuehrung2007.pdf (abgerufen am 08.02.2012)
- Dienberg, T., Warode, M. (2009) Auf die Haltung kommt es an: Erfahrung/Spiritualität als Moment der Handlungskompetenz. In: Esperienza, Teologia e Spiritualità – Seminario di studio sulla teologia spirituale. Pontificia Università Antoniana – Rom, S. 143-148
- Dienberg, T. (2007) Spiritualität – ein Definitionsversuch. In: Dienberg, T., Fasel, G., Fischer, M. (Hg.) Spiritualität und Management. Berlin, S. 3-52
- Drucker, P. (2009) Management. Frankfurt, New York
- Drucker, P. (2006) Die Kunst des Managements. Berlin
- Eierdanz, F. (2010) Erfolgreicher Umgang mit Unsicherheit. Ein psychologisches Fuzzy Logik Modell. Hamburg
- Härle, W. (2000) Dogmatik. Berlin, New York
- Jäger, U., Beyer, T. (2008) Von der Kunst des Balancierens. Bern, Stuttgart, Wien,
- Keiner, E. (2005) Stichwort: Unsicherheit – Ungewissheit – Entscheidungen. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 8, Heft 2 (2005), S. 155-172
- Krieg, W., Jäger, U. (2007) Kybernetischer Kreislauf der Spiritualität. In: Dienberg, T., Fasel, G., Fischer, M. (Hg.) Spiritualität und Management. Berlin, S. 101-124
- Kriegesmann, B., Kerka F., Kottmann, M. (2007) Innovationen werden von Menschen

- gemacht – Neue Herausforderungen für die Kompetenzentwicklung. In: Dienberg, T., Fasel, G., Fischer, M. (Hg.) *Spiritualität und Management*. Berlin, S. 125-152
- Kriegesmann, B., Kerka, F.* (2001) Kompetenzentwicklung – Neue Aufgaben für die Gestaltung und Umsetzung von Innovationsprozessen. In: Bellmann, L., Minssen H., Wagner, P. (Hg.) *Personalwirtschaft und Organisationskonzepte moderner Betriebe*. Nürnberg, S. 133-162
- Kügler, H.* (2009) Scheitern. Psychologisch-Spirituelle Bewältigungsversuche. Würzburg
- Lehmann, K.* (2006) Um welchen Lebens willen? Notwendigkeit und Grenze der gegenwärtigen Wertediskussion, 10. Sinclair Haus-Gespräch, 24./25. April 1998. In: Eisenmann, P. *Werte und Normen in der sozialen Arbeit*. Stuttgart
- Malik, F.* (2006) *Führen, Leisten, Leben*. Frankfurt/ Main
- Mintzberg, H.* (2010) *Managen*. Offenbach
- Stehr, C.* (2011) Halbgott und Halbmanager – Personalentwicklung für leitende Ärzte. In: *Personalführung*, Ausgabe 06/2011, S. 24-27
- Wegmann, J., Zeibig, D., Zilkens, H.* (2009) *Der ehrbare Kaufmann*. Köln
- Warode, M., Krause, B.* (2011) Unternehmerischer Wandel mit Geist. Über die Bedeutung von Spiritualität in betrieblichen Veränderungskontexten. In: *praeview - Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention*, „Change we can believe in“ Flexibilität und Stabilität in Veränderungsprozessen, Ausgabe 05/2011, S. 28-29

Autor

Dipl. Soz.-Wiss. Dipl. Arb.-Wiss. Markus Warode
Geschäftsleiter
Institut für Kirche, Management und Spiritualität
Philosophisch-Theologische Hochschule Münster
Berliner Platz 24-28, 48143 Münster

Markus Warode (Jahrgang 1976); Studium der Sozialwissenschaft und Arbeitswissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum. Seit 2008 Geschäftsleiter des Instituts für Kirche, Management und Spiritualität (IKMS) an der PTH Münster. Dazu freier Berater für strategisches Personalmanagement sowie Spiritualität und Management insbesondere für soziale und christliche Organisationen.

Die Tötung behinderter Kinder in der Heil- und Pflegeanstalt Waldniel 1941 - 1943

Andreas Kinast

Die Einrichtung der „Kinderfachabteilung“

„Euthanasie“, vom griechischen Begriff eu-thanatos abgeleitet, bedeutet so viel wie „guter“ oder „schöner Tod“. Ursprünglich ein Fachbegriff für aktive Sterbehilfe, die dem Todkranken ein schmerzloses, würdevolles Sterben ermöglichen sollte, wurde dieser Begriff von den Nationalsozialisten in schändlicher Weise missbraucht. Unter strengster Geheimhaltung begann die Erfassung und Begutachtung aller Psychiatriepatienten. Anschließend wurden tausende von geisteskranken Patienten in Vergasungsanstalten getötet. Den Angehörigen schickte man „Trostbriefe“ mit erfundenen Todesursachen und fadenscheinigen Erklärungen.

Parallel dazu betrieb man die Erfassung und Ausmerzungen körperlich- und geistig behinderter Kinder. In „Kinderfachabteilungen“ wurden diese Kinder untersucht, begutachtet und getötet. Den Eltern gegenüber behauptete man, den Kindern würde die modernste und bestmögliche medizinische Betreuung zuteil werden. In Wirklichkeit dienten die „Kinderfachabteilungen“ nur der Auslese und der anschließenden Ermordung der, nach Ansicht der Organisatoren, „lebensunwerten“ Kinder. Im Herbst 1940 machten sich der Leiter des Amtes II b in der „Kanzlei des Führers“, Hans Hefelmann und sein Stellvertreter Richard von Hegener auf den Weg zu den Dezernenten der Länder und freien Reichsstädte, um die Einrichtung von neuen „Kinderfachabteilungen“ vorzubereiten. Hefelmann gab an, man sei sich darüber im Klaren gewesen, dass man nicht alle behinderten Kinder in Görden unterbringen konnte. Dort hatte die unter dem monströsen Begriff „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ firmierende Berliner Kindermordzentrale im Jahr 1940 die erste offizielle „Kinderfachabteilung“ eröffnet. Gleichzeitig hatte man zu berücksichtigen, dass die Eltern der

einzuweisenden Kinder es sicherlich vorziehen würden, ihre Kinder in einer Anstalt in der Nähe des Wohnorts untergebracht zu wissen. Es war daher geplant, ganz Deutschland mit einem Netz solcher „Kinderfachabteilungen“ zu überziehen.



Abbildung 1: Das „Schutzengelhaus“ in Waldniel-Hostert, in dem 1941 die „Kinderfachabteilung“ eingerichtet wurde

Der zuständige Gesundheitsdezernent der Rheinprovinz war Prof. Dr. Walter Creutz. Bei ihm erschienen Hans Hefelmann und Richard von Hegener am 09.05.1941 (2), um die Errichtung von zwei „Kinderfachabteilungen“ (3) des Provinzialverbandes für das Rheinland zu veranlassen. Bei dieser Besprechung ließ Creutz sehr deutlich erkennen, dass er der Sache ablehnend gegenüberstand (4). Hefelmann erklärte ihm daraufhin, dass „der ‚Reichsleiter‘ Bouhler von den Beamten des Deutschen Reiches erwartete, dass sie, wenn schon nicht als ausführende Ärzte für den Reichsausschuss tätig, sich für Weisungen der Reichskanzlei zur Verfügung stellten, nachdem sie sich entschlossen hatten im 3. Reich eine Beamtenposition zu übernehmen“. Im Klartext hieß dies: Wer im NS-Staat eine Beamtenposition innehatte und diese gerne behalten wollte, der hatte gefälligst das zu tun, was Berlin von ihm verlangte. Daraufhin scheint Creutz keine weiteren Einwände erhoben zu

haben. Er selbst hat später bei seinem Prozess seine Ablehnung wesentlich deutlicher in den Vordergrund gestellt. Hefelmann sprach davon, dass diese Unterredung „konzilient“ geführt worden sei. Ein Streitgespräch hatte also offensichtlich nicht stattgefunden. Immerhin war dies der einzige Fall, bei dem im Rahmen der Rundreise, die Hefelmann und von Hegener durch das Deutsche Reich unternahmen, überhaupt auf irgendjemanden Druck ausgeübt werden musste (5).

Letztlich wurde beschlossen, eine „Kinderfachabteilung“ in Waldniel, einer Außenstelle der Heil- und Pflegeanstalt Johannistal in Viersen-Süchteln, einzurichten. Als Leiter dieser „Kinderfachabteilung“ wurde Dr. Renno entsandt. Renno war bis zum August 1941, dem Zeitpunkt von Hitlers so genanntem „Euthanasie-Stop“ und der zumindest vorübergehenden Einstellung der Vergasungen erwachsener Geisteskranker, stellvertretender Leiter der Tötungsanstalt Hartheim bei Linz in Österreich. Als er in Waldniel eintraf, hatte er bereits bei der Tötung von über 18.000 Menschen in der Gaskammer der österreichischen Vergasungsanstalt mitgewirkt und war daher schon routiniert in der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Nach Angaben von Creutz kam die Berufung Rennos zustande, weil er den Berliner Stellen mitgeteilt habe, im Rheinland sei kein Arzt bereit diese Aufgabe zu übernehmen. Gleichzeitig stellte er die Behauptung auf, der Arzt Hermann Wesse, der später die Waldnieler Abteilung übernahm, sei ihm mit der Bemerkung präsentiert worden, man habe „nun doch einen rheinischen Arzt“ für diese Aufgabe gefunden (6). Wesse konnte sich 1947 an diese Bemerkung nicht erinnern, und es dürfte sich mit einiger Wahrscheinlichkeit um eine der zahlreichen schönfärberischen Darstellungen von Creutz handeln. Dass der Vorschlag zur Einrichtung einer „Kinderfachabteilung“ im Rheinland bei ihm keine Begeisterung ausgelöst hatte, war Hefelmann nicht verborgen geblieben. Er war also allein deshalb schon daran interessiert, einen „erfahrenen“ Tötungsarzt nach Waldniel zu entsenden, der auch, wie im Fall von Dr. Georg Renno, als Medizinalrat und SS-Untersturmführer mit entsprechender Reputation dort auftreten würde. Außerdem gab es seit dem offiziellen Ende der Vergasungsaktion in Hartheim für Renno keine Aufgabe mehr, und es ist mehrfach belegt, dass zur gleichen Zeit die Aktivitäten des „Reichsausschusses“ forciert und ausgeweitet wurden.

Hitlers Begleitarzt Karl Brandt informierte den Amtsleiter Victor Brack im Beisein von Hans Hefelmann bei einer Besprechung im August 1941 darüber, dass der „Führer“ verfügt habe, die Vergasung der erwachsenen Geisteskran-

ken sei sofort einzustellen. Hefelmann fragte daraufhin, ob dies ebenfalls für die „Kinder-Euthanasie“ gelte, woraufhin Brandt, da er die Frage nicht beantworten konnte, bei Hitler nachfragen musste. Kurz darauf kehrte Brandt mit der Antwort zurück, die Einschläferung von Kindern könne unverändert weiterbetrieben werden (7). Dr. Renno, der am liebsten über seine Zeit in Waldniel überhaupt nichts preisgegeben hätte, behauptete im Jahr 1997, er habe in Waldniel nur „leere Räume“ vorgefunden und da „sei gar nichts gewesen“ (8). Tatsächlich gibt es Dokumente darüber, dass die Einrichtung in Waldniel nicht in der gewünschten Geschwindigkeit vonstatten ging. So enthält das Schreiben zur Weihnachtsgratifikation des Jahres 1941 den Satz: „Obgleich die Kinderfachabteilung des Reichsausschusses in Waldniel bisher noch nicht ihre Tätigkeit aufgenommen hat ...“.



Abbildung 2: Hermann Wesse ca. 1941

Dieses Schreiben trägt das Datum 22.12.1941 – bis zu diesem Zeitpunkt war also noch kein Kind in Waldniel eines unnatürlichen Todes gestorben. Allerdings befanden sich zu dieser Zeit bereits die ersten kleinen Patienten in der „Kinderfachabteilung“. Am 16.12.1941 war auf Verfügung von Prof. Creutz der erste Sammeltransport von Kindern in die neue Abteilung verlegt worden.

Man war zu diesem Zeitpunkt also aufnahmebereit, und das Mordhandwerk konnte beginnen. Die ersten beiden Todesfälle ereigneten sich am 27.01.1942 und wurden beide von Dr. Renno bescheinigt. Der letzte von Renno unterzeichnete Aktenvermerk trägt das Datum 23.02.1942. Danach verließ Renno Waldniel, und die „Kinderfachabteilung“ wurde übergangsweise durch Dr. Hildegard Wesse geleitet. Hermann Wesse, der bereits als Nachfolger eingeführt war, befand sich zu dieser Zeit (seit dem 02.01.1942) zur „Ausbildung“ in der „Kinderfachabteilung“ des Professors Heinze in Görden. Görden diente in vielen Fällen als Ausbildungsstätte für den ärztlichen Nachwuchs der Kindertötungsabteilungen. Am 04.03.1942 war Wesse aus Görden zurück und hätte nun eigentlich die Abteilung in Waldniel übernehmen sollen. Er wurde jedoch zur weiteren Ausbildung nach Bonn an die Provinzial-Kinderheilstalt versetzt, wo er bis zum 01.10.1942, also für sieben Monate, verblieb.

Diese Verzögerung wollte Walter Creutz später als Beleg für die durch ihn verübte „Sabotage“ der Aktion verstanden wissen, denn angeblich hatte er darauf bestanden, dass Hermann Wesse noch eine längere Ausbildung erhalten müsse. Dieser Darstellung folgte das Düsseldorfer Gericht im Jahre 1948. Hermann Wesse konnte sich indes bereits 1947 ebenfalls nicht mehr erinnern, ob der Vorschlag, ihn nach Bonn zu schicken, von Creutz oder von den Herren des Reichsausschusses stammte. Hefelmann war bei seiner späteren Vernehmung in den 1960er Jahren überzeugt, die „Kinderfachabteilung“ des Rheinlandes hätte sich in Bonn befunden. Bonn muss demnach in den Gesprächen um die Einrichtung der Waldnieler „Kinderfachabteilung“ eine große Rolle gespielt haben. Gleichzeitig erinnerte sich Hefelmann, dass Wesse, „da er noch sehr jung war“, an „ein Konzilium mit einem anderen Arzt“ gebunden war (9).

Dieser andere Arzt war der Provinzial-Obermedizinalrat Dr. Hans Aloys Schmitz, der allerdings bis zum 04.09.1942 bei der Wehrmacht gebunden war und erst ab diesem Termin für die Mitarbeit in der „Kindereuthanasie“ zur Verfügung stand. Dieser renommierte und erfahrene Jugendpsychiater erhielt den Auftrag, Wesses Diagnosen zu überprüfen und im Bedarfsfall zu korrigieren; eine Vereinbarung, die möglicherweise tatsächlich auf Verlangen von Creutz zustande gekommen ist. Da Schmitz vor diesem Termin nicht zur Verfügung stand, war es nahe liegend, den jungen und unerfahrenen Arzt Hermann Wesse zuvor in der Anstalt des übergeordneten Arztes ausbilden zu lassen, um dort die Arbeits- und Verfahrensweisen kennen zu lernen, die der spätere Vorgesetzte gewohnt war und für angebracht hielt.

Die erste Todesbescheinigung durch den Arzt Hermann Wesse

Am 01.10.1942 begann Hermann Wesse mit seiner Tätigkeit in der „Kinderfachabteilung“. Bereits am darauf folgenden Tag unterschrieb er seine erste Todesbescheinigung, diese sogar fälschlich mit dem Ausstellungsdatum 01.10.1942. Hieraus die Schlussfolgerung zu ziehen, diese Bescheinigung wäre tatsächlich am 01.10.1942 ausgestellt worden für ein Kind, das zu diesem Zeitpunkt noch lebte, von dem Wesse aber bereits wusste, dass es am nächsten Tag sterben würde, ist zwar verführerisch, im Hinblick auf die Umstände jedoch unwahrscheinlich. Es wird sich in diesem Fall mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen simplen Tippfehler handeln.

Das Kind Gertrud W. dürfte eines „natürlichen Todes“ gestorben sein, da in der kurzen Zeit weder ein Gutachten erstellt, noch eine entsprechende „Ermächtigung“ des Reichsausschusses eingegangen sein konnte. „Natürlicher Tod“ bedeutet in diesem Fall allerdings lediglich, dass nicht mit Medikamenten nachgeholfen wurde. In Folge mangelnder Versorgung litten die Kinder zum großen Teil an Unterernährung und Entkräftung. Gertrud W. verstarb am 02.10.1942 im Alter von zehn Jahren um 22:10 Uhr an „Marasmus“. Heute würde man in der Beurteilung der Todesursache den kausalen Zusammenhang berücksichtigen und die Grunderkrankung mit einbeziehen. „Marasmus“ galt, unter den damaligen Kenntnissen und Umständen, als gängige Bezeichnung für die Todesursache von alten, hilflosen Menschen und Kindern, die an Gedeih- und Entwicklungsstörungen litten oder bei denen aufgrund von Ernährungsstörungen Abmagerung und Kräfteverfall eintraten.

Dass Abmagerung und Kräfteverfall in den „Kinderfachabteilungen“ durch gezielte Unterernährung künstlich herbeigeführt wurden, ist durch eine Vielzahl von Dokumenten und Aussagen belegt. In Gertruds Krankenakte existieren Aufzeichnungen über den Gewichtsverlauf, die die stetig fortschreitende Entkräftung des Kindes dokumentieren. Bei der Aufnahme in Waldniel im Dezember 1941 wog das zu diesem Zeitpunkt 9½-jährige Kind immerhin 21 Kilogramm. Bis zum März 1942 war ihr Gewicht auf zwölf Kilogramm gesunken. Im Juli 1942 wurde bei dem inzwischen zehnjährigen Mädchen ein Gewicht von nur noch elf Kilogramm vermerkt. Danach setzte eine Umkehr in der Gewichtskurve ein, die sich auffällig mit der Entwicklung in anderen Krankenakten der „Kinderfachabteilung“ Waldniel deckt: Nun stieg die Gewichtskurve plötzlich steil an.

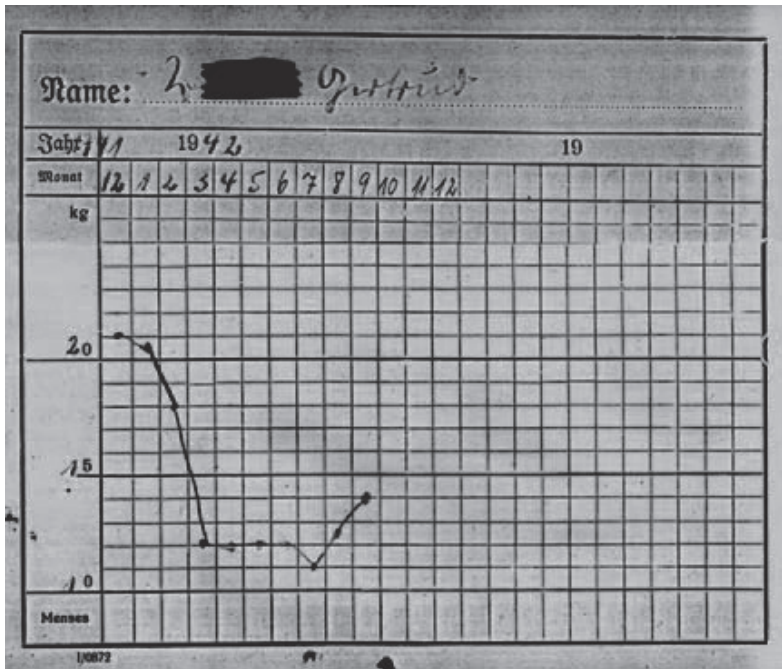


Abbildung 3: Gewichtskurve aus Krankenakte Gertrud W.

Nach diesen Aufzeichnungen nahm Gertrud W. in ihren letzten zwei Lebensmonaten immerhin wieder 3 kg zu (10). Die kurz vor dem Tod in der Tabelle verzeichnete Gewichtszunahme sollte wohl den Eindruck erwecken, man habe sich liebevoll um die Patientin bemüht und eine Verbesserung ihres Ernährungszustandes erreicht, sie aber trotzdem nicht retten können. Vielleicht war demjenigen, der die Schlussbearbeitung der Patientenakte vornahm, die steil abwärts verlaufende Gewichtskurve auch einfach nur zu auffällig, so dass wenigstens bei den letzten Einträgen eine Gewichtszunahme vermerkt wurde.

Während Wesses Tätigkeit in Waldniel starben dort insgesamt 91 Kinder. Zwei Kinder starben während der Tätigkeit von Dr. Renno, sechs weitere in der Zwischenzeit, während Wesses Ehefrau die Abteilung betreute. Die Gesamtzahl der in Waldniel während des Bestehens der „Kinderfachabteilung“ gestorbenen Kinder beträgt demnach 99.

Die Bedeutung der Waldnieler Abteilung im Vergleich

Die Existenz von mindestens 30 „Kinderfachabteilungen“ im Gebiet des Deutschen Reiches kann beim derzeitigen Stand der Forschung als gesichert betrachtet werden (11). Allerdings liegen nur wenige Informationen über deren jeweilige Größe und Belegungskapazität vor. Die „Musterabteilung“ des Reichsausschusses, die Anstalt in Görden, verfügte über eine Kinderabteilung mit annähernd 1.000 Betten. Nach Angaben von Professor Heinze waren hiervon aber nur 60 - 80 Betten für die Belegung durch den Reichsausschuss reserviert. Die Abteilung im Kalmenhof bei Idstein verfügte über 30, die „Kinderfachabteilungen“ Niedermarsberg und Wiesloch nur über je 15 „Reichsausschuss-Betten“. In der Abteilung Eichberg standen dem Reichsausschuss ca. 20 Betten zur Verfügung (12). In der „Kinderfachabteilung“ Lüneburg wurde, lt. Angaben des Leiters Dr. Baumert, „ein Pavillon mit etwa 30 - 40 Betten“ für die „Kinderfachabteilung“ vorgesehen. Diese Angabe erscheint allerdings bewusst untertrieben, denn die Abteilung in Lüneburg wies bereits für das Jahr 1941 eine Belegung von 162 Patienten aus, und zwar nur für die „Kinderfachabteilung“. Im Jahr 1943, als im Sommer aus Waldniel insgesamt 38 Kinder hinzukamen (13), wies Lüneburg einen Gesamtbestand von 307 Kindern aus. Wenngleich in diesem Jahr dort auch insgesamt 132 Kinder starben und Berichte über hoffnungslose Überbelegung existieren (zum Teil mussten zwei Kinder in einem Bett liegen), kann bei diesen Zahlen eine Normalbelegung von 30 - 40 niemals zutreffend sein. Folgt man den Angaben von Dr. Hans Hefelmann, dann wurden „Kinderfachabteilungen“ vorzugsweise in bereits bestehenden Kinderstationen eröffnet:

„Reichsausschuss-Anstalten im Sinne selbständiger Anstalten, die lediglich den Zwecken des Reichsausschusses zur Verfügung standen, hat es nicht gegeben [...] Von einzelnen Ausnahmefällen abgesehen, bestanden auch keine „Kinderfachabteilungen“, in denen nur so genannte Reichsausschuss-Kinder behandelt wurden. In der Regel lagen die Reichsausschuss-Kinder in den Kinderabteilungen zusammen mit anderen. Ob der betreffende Klinikleiter die Reichsausschuss-Kinder in einer besonderen Abteilung zusammenfasste oder nicht, lag völlig in seinem Ermessen“ (14).

Fest steht, dass es vor der Einrichtung der „Kinderfachabteilung“ Waldniel eine Kinderabteilung oder Kinderstation in dieser Anstalt nicht gab. Setzt man die Richtigkeit der spärlichen Belegungsangaben anderer „Kinderfach-

abteilungen“ voraus, dann war Waldniel zu dieser Zeit eine der größten, wenn nicht sogar die größte derartige Station. Als reine Reichsausschuss-Abteilung eröffnet, verfügte sie von Anfang an über eine Kapazität von ca. 200 Betten und war damit (immer die Angaben der Zeugen als zutreffend unterstellt) sogar größer als das „Prunkstück des Reichsausschusses“ (15), die „Kinderfachabteilung“ Görden. Dies würde auch erklären, warum die ursprünglich im Gespräch mit Creutz von Hans Hefelmann und Richard von Hegener geforderte Eröffnung einer zweiten „Kinderfachabteilung“ in der Rheinprovinz in der Folge nie mehr erwähnt wurde. Wenn man anstelle der geforderten zwei Abteilungen mit vielleicht je 30 - 40 Betten eine große Abteilung mit 200 Betten zur Verfügung gestellt bekam, erübrigte sich ein zusätzlicher Standort. Diese Erkenntnis steht allerdings im Widerspruch zu der gerichtlichen Feststellung, dass in Waldniel auch andere Kinder untergebracht gewesen seien (16), sowie den Angaben der Zeugen über die Betreuung und Versorgung der „noch bildungsfähigen“ Kinder (17). Selbst wenn die Angaben zur Belegungskapazität der anderen Abteilungen unpräzise und möglicherweise zum Teil bewusst untertrieben waren, so wird die Bedeutung der „Kinderfachabteilung“ Waldniel allein schon an dem Umstand verdeutlicht, dass man im Sommer 1943 insgesamt fünf Aufnahmeanstalten benötigte, um die Patienten der Waldnieler Abteilung unterbringen zu können. Hierunter befand sich kein einziger Transport, der in eine Landesklinik oder eine „normale“ Kinderabteilung verschickt wurde. Alle Aufnahmeanstalten waren „Kinderfachabteilungen“ des Reichsausschusses. Auch dies ist ein Indiz dafür, dass es sich bei der Abteilung Waldniel um eine reine Reichsausschuss-Station gehandelt hat, die ausschließlich zum Zweck der Kindertötung eingerichtet und betrieben wurde.

Die Einweisung der Kinder

Zunächst wurde mit allerlei Versprechungen versucht, den Eltern die Einweisung ihrer Kinder in eine Reichsausschuss-Abteilung schmackhaft zu machen. Wenn das Versprechen der bestmöglichen Behandlung und modernster Therapiemöglichkeiten nicht ausreichte, um die Eltern zu überzeugen, wurden die Amtsärzte angewiesen nochmals auf die Eltern einzuwirken:

„[...] Ich bestätige den Empfang ihres Schreibens vom 17.2.1941 und habe davon Kenntnis genommen, dass die Eltern des Kindes Bedenken haben, dieses in die Heil- und Pflegeanstalt [...] einzuweisen. Ich bitte mit den Eltern nochmals Verbindung aufzunehmen und

darauf hinzuweisen, dass die von mir vorgeschlagene Aufnahme des Kindes in der „Kinderfachabteilung“ [...] ausschließlich in dessen Interesse erfolgen soll und nicht mit einer Einweisung in eine Irrenanstalt identisch ist.

Es handelt sich vielmehr um eine nur verwaltungsmäßig mit der Anstalt verbundene „Kinderfachabteilung“. Andererseits können selbstverständlich vor einer stationären Beobachtung des Kindes keine bindenden Angaben gemacht werden, ob in vorliegendem Fall nur eine Beobachtung des Kindes oder erforderlichenfalls auch eine Therapie infrage kommt und wie lange der Aufenthalt des Kindes erforderlich sein wird. Selbstverständlich steht es den Eltern jedoch jederzeit frei, ihr Kind von dort wieder abzuholen“ (18).

Spätestens mit Erlass des Innenministeriums vom 20.09.1941 bedurfte es solcher Schreiben nicht mehr. Den Eltern konnte mit dem Entzug des Sorgerechts gedroht werden, was in der Regel zum gewünschten Erfolg führte:

„[...] Die Volksgemeinschaft hat das größte Interesse daran, dass Kinder mit schweren Missbildungen oder schweren geistigen Schädigungen alsbald einer erfolgversprechenden Behandlung oder Asylierung zugeführt werden. Über die Notwendigkeit ist nichts weiter zu sagen, da diese selbstverständlich ist. [...] Durch die Asylierung schwer leidender und besonders pflegebedürftiger Kinder wird den Eltern erfahrungsgemäß eine wirtschaftliche und seelische Last abgenommen und eine Vernachlässigung etwa in der Familie vorhandener gesunder Kinder zugunsten des kranken Kindes verhindert. [...] Die Sorgeberechtigten sind oft nicht gern bereit, das Kind in eine Anstalt zu geben. Sie stützen sich dabei oft auf die Angabe des Hausarztes, dass auch eine Anstaltsbehandlung an dem Zustand nichts ändern könne, oder sie glauben, eine fortschreitende Besserung im Zustand des Kindes zu bemerken, was in Wirklichkeit aber meist [...] eine Anpassung der Beobachter an diesen Zustand darstellt. [...] Ich bringe das den Gesundheitsämtern zur Kenntnis, damit sie die Sorgeberechtigten entsprechend belehren können [...]“ (19).

Zusätzlich wurden den Eltern mit dem Wegfall der Kostenübernahme für den Fall eines zu langen Zögerns gedroht:

„[...]Den Eltern muss gesagt werden, dass durch eine rechtzeitige Anstaltsunterbringung ihnen und dem Kind am besten gedient sei,

dass eine Anstaltsunterbringung später doch notwendig werde, dass bei Verweigerung der Anstaltsunterbringung gegebenenfalls für sie oder für das Kind später wirtschaftliche Belastungen eintreten können, so dass unter Umständen geprüft werden müsse, ob nicht in der Zurückweisung des Angebots eine Überschreitung des Sorgerechts zu erblicken ist [...]“ (20).

Mit zunehmendem Fortschreiten der Maßnahmen wurde auch der Umgang mit den Eltern immer drastischer. Als Beispiel sei hier das Schreiben des Reichsausschusses an die Mutter des Kindes Barbara B. angeführt, die versucht hatte sich der Anstaltseinweisung ihres Kindes zu widersetzen:

„[...] Die Feststellung, dass Ihr Kind Barbara an einem körperlichen und geistigen angeborenen Leiden krank ist, erfolgte durch das Staatl. Gesundheitsamt. Es handelt sich um einen Zustand, der die körperliche und geistige Entwicklung in einer Weise hemmt, dass das Kind unfähig bleibt, sein Leben selbst zu gestalten. Es wird immer Pflege und Wartung notwendig haben. – Sie müssen aus diesem Grunde dafür dankbar sein, dass Stellen geschaffen wurden, in denen die Möglichkeit der besten und erfolgreichsten Behandlung vorhanden sind, um den Zustand solcher vom Schicksal getroffener Kinder zu bessern. Es ist von Ihnen im Interesse ihres Kindes unklug, sich gegen die Einweisungsmaßnahmen zu sträuben. Eine Verzögerung der Einweisung bzw. deren Aufhebung kann nicht erfolgen. Es werden weitere Maßnahmen, z.B. Entziehung des Sorgerechts, veranlasst werden müssen, wenn Sie sich der Verbringung ihres Kindes in die Landesheilanstalt [...] weiterhin entgegenstellen. Ich bitte deshalb, sich innerhalb einer Woche zu entscheiden [...]“ (21).

Zusätzlichen Druck auf die Eltern, insbesondere allein stehende Mütter, übte man später dadurch aus, dass man die zuständigen Arbeitsämter anwies, die der Einweisung ihres Kindes widersprechende Mutter „in Arbeit zu vermitteln“, sofern „für die bisherige Nichtbeschäftigung die Pflege des kranken Kindes ausschlaggebend war“. Sobald die Mutter dann eine Arbeit in einem Rüstungsbetrieb o.ä. zugewiesen bekommen hatte, blieb ihr praktisch nichts mehr anderes übrig als der Einweisung zuzustimmen.

„[...] Nachdem hin und wieder unverständige Eltern eine Einweisung ihres schwerkranken Kindes in eine Anstalt abgelehnt haben, hat der Generalbevollmächtigte für den Arbeitseinsatz auf Anfrage

des Herrn Reichsministers des Inneren grundsätzlich erklärt, dass die Pflege eines solchen kranken Kindes nicht als Grund für die Zurückstellung der Mutter vom Arbeitseinsatz gelten könne. [...] Vor einiger Zeit ist nun der obengenannten Frau seitens des Reichsausschusses die Möglichkeit zur Aufnahme ihres Kindes in die „Kinderfachabteilung“ [...] geboten worden. Sie hat die Einweisung trotz entsprechenden Hinweises des zuständigen Gesundheitsamtes abgelehnt, möglicherweise um sich einem Arbeitseinsatz zu entziehen. Ich teile Ihnen dies mit, mit dem Anheimstellen, die genannte Frau in Arbeit zu vermitteln, sofern für die bisherige Nichtbeschäftigung die Pflege des kranken Kindes ausschlaggebend war. In diesem Falle bitte ich um kurze Unterrichtung. Heil Hitler! Gez. Hefelmann“ (22).

Auflösung der Waldnieler Abteilung

Im Sommer 1943 war das Rheinland Ziel von immer stärkeren Luftangriffen der Alliierten. Immer mehr Städte des Ruhrgebietes wurden zerstört, und es fehlte an Lazarettraum für die Opfer der Bombenangriffe. Diesen suchte man in den ländlichen Gebieten, die von den Luftangriffen weitgehend verschont blieben. Im Sommer 1943 besichtigte der Düsseldorfer Gauleiter Florian die Anstalt Waldniel und stellte Ansprüche auf einige Gebäude als Ausweichkrankenhaus. Dabei legte er offenbar besonderen Wert auf das Gebäude der „Kinderfachabteilung“. Wesse wies ihn darauf hin, dass dieser Teil der Anstalt dem Reichsausschuss direkt unterstellt sei und die Provinzialverwaltung nicht einfach darüber entscheiden könne. Trotzdem erhielt er etwa drei Wochen später die Verfügung über die Auflösung seiner „Kinderfachabteilung“. Am 29.06.1943 kündigte die „Gekrat“ (= Gemeinnützige Kranken-Transport GmbH, unter diesem Tarnbegriff firmierendes Logistikunternehmen der Berliner Mordzentrale „T 4“) an, dass sie aus Waldniel vom 01.07.1943 an 510 Männer, 588 Frauen und 176 Kinder abtransportieren werde.

Setzt man die Richtigkeit dieser Zahlen voraus, dann zeigt sich, dass die Abteilung zu diesem Zeitpunkt tatsächlich „rund“ lief, denn zwischen dem 28.06.1943 und dem letzten Verlegungstag ereigneten sich noch sechs Todesfälle in Waldniel. Trotzdem wurden insgesamt 183 Kinder verlegt, was bedeutet, dass die Abteilung im gleichen Zeitraum einen Zugang von immerhin 13 neuen Patienten zu verzeichnen hatte. Die 183 Kinder wurden auf verschiedene andere Abteilungen verteilt. Der Abtransport begann am 1. Juli.

Am 10.07.1943 verließ der letzte Transport mit 16 Kindern die Anstalt Waldniel in Richtung Ansbach. Damit war die Funktion der Waldnieler Anstalt als offizielle Tötungseinrichtung beendet.

Das weitere Schicksal der Waldnieler Reichsausschusskinder

Das Schicksal der Kinder aus Waldniel war bislang vollkommen unerforscht. Eine Aufstellung der Provinzialverwaltung aus dem Jahr 1947 weist ebenfalls 183 Kinder aus, die angeblich an folgenden Terminen in die nachstehenden Anstalten verlegt wurden (24):

Tag des Transports	Männlich	Weiblich	Gesamt	Bestimmungsort
02.07.1943	27	32	59	Görden
03.07.1943	31	20	51	Uchtspringe
04.07.1943	21	17	38	Lüneburg
08.07.1943	11	8	19	Ueckermünde
10.07.1943	7	9	16	Ansbach
	97	86	183	

Zumindest im Falle von Uchtspringe können diese Angaben nicht stimmen, denn der im Rheinland mit Abgangsdatum 3.07.1943 vermerkte Transport ist nach den dortigen Aufnahmebüchern am 2.07.1943 in Uchtspringe angekommen. Die Unterlagen, die seinerzeit Grundlage für die Zusammenstellung dieser Aufstellung gewesen sein müssen, existieren heute nicht mehr. Demnach gibt es kein Verzeichnis über die Namen, Geburtsdaten und die Herkunft dieser 183 Kinder. Auskunft konnten also zunächst nur die Aufnahmebücher der Zielanstalten geben, sofern solche dort noch existierten. Da zu dieser Zeit überall aus den rheinischen Anstalten Patienten in Aufnahmeanstalten des Ostens verlegt wurden und die dortigen Aufnahmebücher nicht zwingend nach Kindern und Erwachsenen getrennt geführt wurden, ist eine komplette Recherche heute kaum mehr möglich. Heute existieren noch Aufnahmebücher und teilweise Krankenakten in den Archiven der Anstalten Uchtspringe und Ueckermünde. Nach Ueckermünde wurden neben den 19 Kindern aus der „Kinderfachabteilung“ noch 140 erwachsene Patienten aus Waldniel verlegt.

Bis zur Aussage von Hans Hefelmann am 15.05.1961 war die Existenz einer Reichsausschussabteilung in Ueckermünde vollkommen unbekannt. Aufnahmebücher und ein Teil der Krankenakten haben den Krieg überdauert. Die Ankunft des Transportes ist auch dort mit Datum 08.07.1943 vermerkt. 18 Kinder aus Waldniel starben in Ueckermünde, zwölf davon bereits innerhalb eines Monats nach ihrem Eintreffen (25).

Durch die Auswertung der dortigen Unterlagen wurde ersichtlich, dass man bei der Verlegung der Kinder alphabetisch „der Reihe nach“ vorgegangen war, denn alle Namen der nach Ueckermünde verlegten Kinder begannen mit den Anfangsbuchstaben S, T und V (26). Schriftverkehr aus den Akten von Kindern, die kurz vor dem Verlegungstermin noch in Waldniel gestorben waren, gab darüber Aufschluss, dass der Transport nach Lüneburg den Buchstabenkreis „P“ einschloss. Dadurch ließen sich in gewissem Umfang Rückschlüsse auf die Namen der in die übrigen Zielanstalten verlegten Kinder ziehen. Abgesehen von den Angaben über die 99 in Waldniel gestorbenen Kinder, die aufgrund der lückenlos vorliegenden Aufzeichnungen des Standesamtes Waldniel eindeutig festzustellen sind, waren nur wenige Unterlagen vorhanden.

Eine Bestandsmeldung an den Reichsausschuss vom 21.12.1942 enthält die Namen von 122 Kindern, die zu diesem Zeitpunkt in der „Kinderfachabteilung“ untergebracht waren. Darüber hinaus existiert die Transportliste eines am 06.03.1943 von Kerpen nach Waldniel durchgeführten Kindertransports mit den Namen von 54 Mädchen. Abzüglich der in Waldniel zu Tode gekommenen Kinder verblieben aus diesen Listen insgesamt 134 Namen von Kindern, die bei Auflösung der „Kinderfachabteilung“ verlegt worden sein müssen. Die übrigen 49 Kinder müssen nach dem 21.12.1942 in Waldniel aufgenommen worden sein, und sie stammten nicht aus dem Kerpener Transport. Ihre Namen sind unbekannt. Aufgrund dieser Erhebungen gelang es, von den 51 nach Uchtsprunge verlegten Kindern 33 namentlich zu verifizieren. 23 dieser Kinder starben nachweislich in Uchtsprunge, davon 21 (annähernd 65 %) innerhalb von weniger als zwei Monaten nach ihrer Aufnahme. Zusammen mit den Daten aus Ueckermünde ergeben sich danach bei 52 eindeutig festgestellten Verlegungskindern 33 Todesfälle innerhalb der ersten zwei Monate in der Aufnahmeanstalt. Das entspricht einer Sterblichkeitsrate von 63,5 %. Es ist also festzustellen, dass die Auflösung der Waldnieler Abteilung und die damit verbundene Verlegung der Insassen für diese keine Verbesserung oder gar Rettung darstellte. In den Aufnahmeanstalten wurde die Sterblichkeitsra-

te stattdessen nochmals drastisch erhöht. Dem Autor lagen insgesamt sieben Krankenakten von Kindern vor, die aus Waldniel nach Ueckermünde weiterverlegt wurden. Vier davon entstammten einem Transport, der ursprünglich am 08.03.1942 vom St. Vincenzhaus in Oberhausen nach Waldniel kam (27). Diese vier Kinder hatten also in Waldniel mehr als ein Jahr überlebt. In Ueckermünde verstarb das erste von ihnen nach sechs Tagen. Das letzte verstarb am 05.08.1943 und hatte damit auch nur weniger als einen Monat in Ueckermünde zugebracht. Im Gegensatz zur Dokumentation, die Hermann Wesse und Hans Aloys Schmitz in den Krankenakten vornahmen, sind die Aufzeichnungen aus Ueckermünde ausgesprochen dürftig. Der namentlich nicht bekannte Arzt notierte meist nur einen oder zwei kurze und kaum lesbare Sätze.

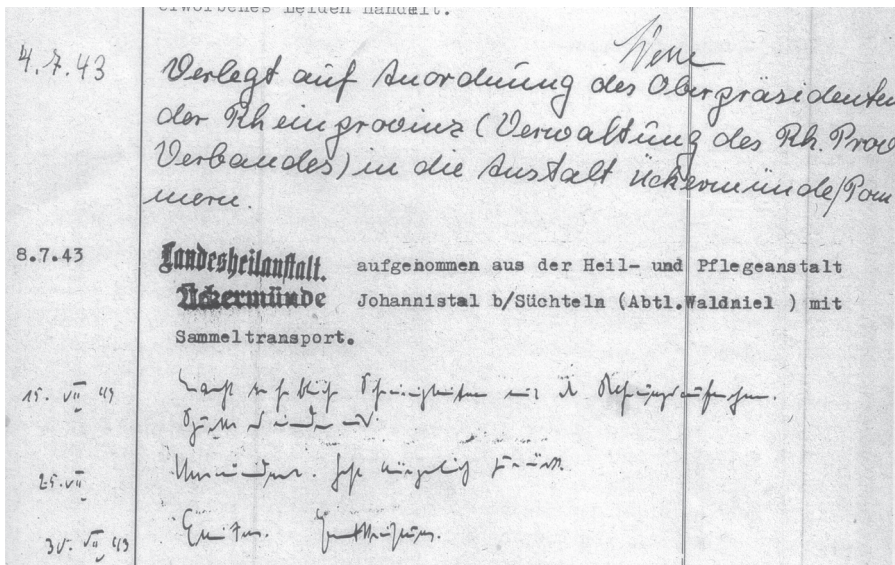


Abbildung 4: Verlegungs- u. Aufnahmevermerk mit anschließendem „Krankheitsverlauf“ und Todesfolge(28)

Die Nachkriegsjustiz und das „tragische“ Schicksal eines Kindermörders

Von den an oberster Stelle der Kindermordaktion angesiedelten Funktionären hat Philipp Bouhler, der Leiter der Kanzlei des Führers, 1945 Selbstmord begangen. Viktor Brack und Karl Brandt sind in Vollstreckung des Urteils aus dem Nürnberger Ärzteprozess am 02.06.1948 in Landsberg hingerichtet worden. Hans Hefelmann hatte sich nach dem Krieg nach Argentinien abgesetzt,

kehrte aber Ende der 1950er Jahre nach Deutschland zurück und stellte sich als Zeuge im Prozess gegen Professor Heyde zur Verfügung. Er selbst ist nie mehr angeklagt worden. Richard von Hegener wurde 1952 von der Großen Strafkammer des Landgerichts in Magdeburg zu lebenslangem Zuchthaus verurteilt, war aber bereits vier Jahre später wieder auf freiem Fuß. Im Juli 1956 wurde er aufgrund eines Ministerialbeschlusses der damaligen DDR in die Freiheit entlassen. Dr. Schmitz wurde erst gar nicht angeklagt. Professor Creutz wurde im Revisionsverfahren freigesprochen und konnte wieder Chefarzt einer Klinik werden. Ende der Fünfziger Jahre war außer Hermann Wesse kein einziger Euthanasietäter mehr in Haft.

Die Gründe hierfür liegen nicht in der Schwere seiner Verbrechen oder in dem Ausmaß seiner Schuld, sondern in der Tatsache, dass die Nachkriegsjustiz spätestens ab Beginn der 50er Jahre dazu überging, Euthanasieverbrechen deutlich milder zu ahnden.

Im Dezember 1952 verfasste der Direktor der Strafanstalt Kassel-Wehlheiden eine Beurteilung über Wesse und sprach davon, dass sein Schicksal „nicht einer gewissen Tragik“ entbehren würde (28). 1947 und 1948 waren die deutschen Gerichte, unter dem Druck der Siegermächte, noch deutlich bestrebt, NS-Verbrecher hart und unbarmherzig zu bestrafen. Auch hier fällt bereits auf, dass renommierte Mediziner und Professoren (die man im Nachkriegsdeutschland dringend brauchte) trotzdem bereits mit deutlich niedrigerem Strafmaß rechnen konnten als Hermann Wesse. Aber, ist sein Schicksal deswegen „tragisch“? Wo wir beginnen den Wert des Menschen an seiner Leistungsfähigkeit zu bemessen, ist der Schritt von seiner Verachtung zu seiner Vernichtung nur noch ein kleiner. Die Geschichte sollte uns lehren, dass dieser Schritt, wenn wir ihn denn gehen, uns in den Abgrund führt. Diejenigen, die diesen Schritt gegangen sind, hatten dafür zu büßen, und das hat Hermann Wesse am eigenen Leib erfahren. Er wurde erst 1965, nach fast 20 Jahren Haft, in die Freiheit entlassen.

Das Tragische an der Geschichte dieser Mörder ist, dass es viel zu vielen davon gelungen ist, dieser Buße zu entgehen und in Amt und Würden weiter zu machen, als sei nie etwas geschehen. Vor diesem Hintergrund hat Hermann Wesse sicherlich sein eigenes Schicksal als tragisch empfunden. Aber ist nicht das Schicksal der Kinder, deren sterbliche Überreste in Waldniel auf einem Friedhof ohne Grabsteine verscharrt liegen und von denen niemand mehr weiß, an welcher Stelle sich welcher Leichnam befindet, weitaus tragischer?

Ist nicht das Schicksal der Eltern, die teilweise in gutem Glauben, teilweise mit bangen Vorahnungen ihre Kinder der Obhut einer „Kinderfachabteilung“ überließe[n] und die kurz darauf fadenscheinige Mitteilungen über den verschlechterten Gesundheitszustand und anschließenden Tod ihrer Kinder erhielten, das eigentlich Tragische?



Abbildung 5: Turm der ehemaligen Anstaltskapelle in Waldniel

Ist es nicht tragisch, dass hier in Waldniel, wo die Ruine der „Kinderfachabteilung“ vor sich hin modert und der langsam verfallende Turm der Anstaltskapelle sich immer noch wie ein mahnender Zeigefinger weithin sichtbar in den Himmel reckt, fast niemand etwas über diese Dinge weiß?

Wäre es nicht tragisch, wenn wir alle uns irgendwann daran nicht mehr erinnern?

Literatur

- (0) Kinast, A. (2011) „Das Kind ist nicht abrichtfähig ...“ Euthanasie in der Kinderfachabteilung Waldniel 1941 – 1943. Köln: sh-Verlag
- (1) Kinast, A. (2011) Kindermord in Waldniel und die Legende vom rheinischen Widerstand. In: Kaelber, L.; Reiter, R. (Hrsg.) Kindermord und “Kinderfachabteilungen” im Nationalsozialismus – Gedenken und Forschung Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang, 121-144
- (2) Rüter Band III lfd. Nr. 102 a-18, S. 482.
- (3) Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u.a., in: GStA Frankfurt/Main Js 17/59, S. 166.
- (4) Aussage Hans Hefelmann vom November 1960, zit. nach Benzenhöfer 2000, S. 36.
- (5) Ebd., S. 37.
- (6) Rüter Band III lfd. Nr. 102 a-20, S. 484.
- (7) Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u.a., in: GStA Frankfurt/Main Js 17/59, S. 682.
- (8) Kohl 2000, S. 226.
- (9) Aussage Hans Hefelmann vom November 1960, zitiert nach Benzenhöfer 2000, S. 36.
- (10) Krankenakte Gertrud W., in: LVR-Kliniken Viersen-Süchteln.
- (11) Vgl. hierzu Benzenhöfer 2000, S. 82f.
- (12) Aussage Dr. Walther Schmidt vom 16.01.1947, Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u.a., FfM. Js 17/59 (GStA), S. 86-87.
- (13) ALVR 16968, Bl. 109.
- (14) Aussage Dr. Hans Hefelmann v. 07.-14.11.1960, S. 17–18, zit. nach Benzenhöfer 2000, S. 24, Heyde-Anklage, S. 123.
- (15) Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u.a., FfM. Js 17/59 (GStA), S. 119.
- (16) Vgl. diesbezügliche Ausführungen im Urteil des LG Düsseldorf 8 KLS 8/48 v. 24.11.1948 in Rüter Band III lfd. Nr. 102 a-61, S. 525 u. Urteil in Entnazifizierungssache Dr. Kleine v. 14.09.1948, HStAD, NW-1097-B1 Nr. 7254.
- (17) Vgl. Abschnitt „Mord und Pflege Tür an Tür?“, Kap.: „Alltag in der Kinderfachabteilung“ in Kinast 2011 (s. Endnote 1).
- (18) Schreiben des Reichsausschusses an das Gesundheitsamt Biberach vom 26.02.1941, in: StA Tübingen Band 58/1, Ks 6/49; Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u.a., FfM. Js 17/59 (GStA), S. 109–110
- (19) Vormbaum 2005, Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde, S. 102f.
- (20) Erlass des Reichsministers des Innern IV b 1982/41 1079 Mi vom 20.09.1941
- (21) Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u. a., FfM. Js 17/59 (GStA), S. 111–112
- (22) Schreiben des Reichsausschusses vom 26.02.1941, Beiakten Ks 6/49, in: StA Tübingen Band 58/1; Anklageschrift gegen Prof. Dr. Werner Heyde u. a., FfM. Js 17/59 (GStA), S. 114
- (23) ALVR 13073, Bl. 97
- (24) Lewenstein-Gutachten, in: ALVR 16968
- (25) Bernhardt 1994, S. 119
- (26) Ebd., S. 71
- (27) Nähere Informationen zu diesem Transport in Kinast 2011, S. 225f. Die Auffindung der sieben Krankenakten ist dem beispielhaften und unermüdlichen Einsatz von Frau Matzke aus dem Ueckermünder Klinikarchiv zu verdanken.
- (28) Schreiben vom 23.12.1952, in: HStAD, Gerichte Rep. 372 Nr. 164 Bl. 10.

Dieser Beitrag versammelt zentrale Auszüge aus dem Buch „Das Kind ist nicht abrichtfähig ... – Euthanasie in der Kinderfachabteilung Waldniel 1941 – 1943“ (0) sowie „Kindermord und „Kinderfachabteilungen“ im Nationalsozialismus – Gedenken und Forschung“ (1).

Abbildungsnachweis:

Abbildung 1: Foto: A. Kinast, 2004

Abbildung 2: Deutsche Dienststelle (WASSt), Referat VI/ZNS, Berlin.

Abbildung 3: Archiv LVR Kliniken Viersen.

Abbildung 4: Zentralarchiv Kliniken Anklam, Ueckermünde.

Abbildung 5: Foto: A. Kinast, 2004

Über den Autor:

Andreas Kinast, Jahrgang 1965, Sparkassenbetriebswirt, in der historischen Forschung und Öffentlichkeitsarbeit tätig mit den Schwerpunkten NS-Psychiatrie in der Rheinprovinz, „Kinderfachabteilungen“, Gedenken an die Opfer des Nationalsozialismus.

Kinder sind anders und haben altersentsprechende, spezifische Versorgungsbedürfnisse!

Plädoyer für eine eigenständige Betrachtung
der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
im Rahmen der Entgeltentwicklung
für so genannte psychiatrische Einrichtungen

Renate Schepker¹ & Jörg M. Fegert²

¹ Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, ZfP Südwürttemberg, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg; Email: renete.schepker@zfp-zentrum.de
Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP)

² Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie, Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm; Email: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de
Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich seit Beginn konstruktiv und kooperativ an der Entwicklung des neuen Entgeltsystems beteiligt, um die Besonderheiten für unsere Patienten einzubringen. Nach jüngsten Entwicklungen haben wir aber zunehmend Sorge, dass die spezifischen Bedürfnisse unserer Patienten im neuen System keine Berücksichtigung finden und dass man die kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische Versorgung quasi als Teil der gesamtpsychiatrischen Versorgung sieht, ohne die altersabhängigen Bedürfnisse und die unterschiedliche Organisation des Fachs wahrzunehmen. Die Kinder- Jugendpsychiatrie mit ihren strukturellen Unterschieden zur Erwachsenenpsychiatrie ist ein eigenständiges Versorgungsfach mit altersgemäßen Vorgaben. Laut Richtlinien der Bundesärztekammer (1992) umfasst das medizinische Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie die Erkennung, nicht operative Behandlung,

Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, d.h. vom Säuglingsalter bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (in der gerichtlichen Psychiatrie/Forensik laut Jugendgerichtsgesetz bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres). In Deutschland ist, trotz einiger Mängel, ein sehr differenziertes Versorgungsangebot für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstanden, welches auch nach offiziellen Untersuchungen (KiGGs Survey des Robert-Koch-Instituts) bei steigender Morbidität eine immer größere Bedeutung hat. Wir plädieren deshalb mit 5 Argumenten für einen begründeten, „ganz eigenen“ Weg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems und werden im Folgenden aufzeigen, dass die hierfür anstehenden Entwicklungsaufgaben bislang nicht hinreichend angegangen wurden. Wir appellieren deshalb sowohl an das BMG wie an die Abgeordneten des Deutschen Bundestages, jenseits der berechtigten Strukturdiskussion um ein neues Entgeltsystem, die Auswirkung auf Kinder und Jugendliche in diesem Land spezifisch im Auge zu behalten und einen fach- und altersadäquaten Reformprozess durchzusetzen.

1. Kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausversorgung: kein Anhängsel der Erwachsenenpsychiatrie, sondern sehr vielfältig organisiert

Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgungskliniken mit ihren voll- und teilstationären Angeboten an 160 Einrichtungen sind zu ca. $\frac{1}{4}$ an Kinderkliniken angesiedelt, zu $\frac{1}{4}$ an Psychiatrischen Krankenhäusern, zu $\frac{1}{5}$ an Allgemeinkrankenhäusern, zu $\frac{1}{5}$ an Universitätsklinika und vereinzelt eigenständig. Die im Durchschnitt knapp 30 Betten umfassenden Abteilungen stellen überall nur einen kleinen Teil des Krankenhaus-Budgets dar und haben trägerseitig keine klare Interessenvertretung – ganz anders als z.B. die Kinderkliniken zum Zeitpunkt der DRG-Einführung. Die Verteilung auf verschiedene Träger entspricht den Interessen der Betroffenen, da gerade Familien mit psychisch kranken Kindern auf möglichst gemeindenaher, niederschwellige Angebote angewiesen sind. Die *Bettendichte* (berechnet nach der Bettenmessziffer: Verfügbares vollstationäres Bett pro 10.000 Jugendliche unter 18

Jahren) schwankt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen den einzelnen Bundesländern mittlerweile um das 8-fache (Anlage 1.1).

Ebenso unausgeglichen ist die *ambulante Versorgung*, so dass die Bertelsmann-Stiftung die Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten 2011 als Beispiel für regionale Ungleichheiten auswählte und belegte, dass selbst unter Abzug gut versorgter Universitäts- und Großstädte immer noch Schwankungen um den Faktor 16 zwischen einzelnen Kreisen bestehen bleiben (Anlage 1.2).

Vergleichbar unterschiedlich ist die Verfügbarkeit begleitender *poststationärer Jugendhilfemaßnahmen*, wozu der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung ausführlich Stellung nimmt, siehe hierzu auch die Expertise von Besier und Fegert 2009 (Anlage 1.3).

Daher ist es im Rahmen des bisher gewählten Vorgehens für das InEK unmöglich, eine repräsentative Auswahl von Kinder- und Jugendpsychiatrien in die Kalkulation zu bekommen – müssten doch sowohl die verschiedenen Träger-Affiliation, die verschiedenen Bettenmessziffern als auch die unterschiedliche ambulante Versorgung berücksichtigt werden. Es ist im Gegensatz zu den anderen psychiatrisch/psychosomatischen Gebieten davon auszugehen, dass in den einzelnen Regionen Anlässe für eine vollstationäre Behandlung und Entlassfähigkeit aus dieser unterschiedlich gestaltet werden und ebenso wie die erforderliche „Therapiedosis“ nicht nur an Patientenmerkmalen, sondern auch an soziodemografischen Parametern und regionalen Versorgungsrealitäten orientiert sein müssen, um Behandlungserfolge sicherzustellen. Diese Parameter werden jedoch derzeit nicht erfasst. Sie sind nach den Ergebnissen zu (1) und (2) auch innerhalb der Bundesländer heterogen verteilt. Eine sachlich adäquate Konvergenzphase, die die Gegebenheiten in der Kinder- Jugendpsychiatrie und die altersentsprechenden Bedarfe berücksichtigt, setzt eine fachspezifische, repräsentative Beschreibung dieser Basisvariablen und eine Sicherung der Strukturqualität, entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention für Kinder und Jugendliche voraus. Die bereits gelieferten Daten sind bisher nicht ausgewertet worden. Wir erwarten, dass aufgrund der Besonderheiten des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, relativ zum eingesetzten Personal (siehe 2.) nur ein sehr geringer Varianzanteil der Kosten durch das bisherige Vorgehen aufgeklärt werden kann.

2. Personalbedarf: Therapeutischer *und* pädagogischer Bedarf schafft nicht zu unterschreitende Untergrenzen zur Aufrechterhaltung der fachspezifischen Strukturqualität.

Entsprechend den u. a. an der Psychiatriepersonalverordnung ablesbaren fachlichen Grundanforderungen besteht in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der höchste Personalbedarf im Vergleich zu allen anderen Psych-Fächern. Die Stationen zeichnen sich durch die gemeinsame Unterbringung unterschiedlich aggressiver und unterschiedlich schutzbedürftiger Patienten im Rahmen der Pflichtversorgung aus und benötigen interne Differenzierungen. Es besteht eine 24stündige Aufsichtspflicht durch Fachpersonal, und nach UN-Kinderrechtskonvention müssen Kinder nicht nur gepflegt und geschützt werden, sondern haben während ihres Aufenthaltes auch ein verbrieftes Anrecht auf Erziehung. Die daher notwendigerweise kleineren Stationsgrößen erfordern ebenfalls relativ mehr anwesendes Personal.

Der hohe Personalaufwand zeigt sich als besonders anfällig gegenüber dem – neuerlich auch im Referentenentwurf angelegten – relativen Abbau infolge nur zu einem fixen Prozentsatz gegenfinanzierter Tarifsteigerungen, so dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in der im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung (2007) besonders niedrige Psych-PV-Erfüllungsquoten aufwies (Anlage 2.1).

Schon für die Sicherstellung der Aufsicht von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und für den Schutz vor Übergriffen unter Jugendlichen muss im Rahmen jeder Reform und vor Eintritt in eine Konvergenzphase eine *Mindestbesetzungsgarantie* hinsichtlich des anwesenden Personals gewährleistet sein. Zusätzlich erfordert das Erziehungsgebot im Rahmen der Strukturqualität die Überprüfung der Personalstärke der Abteilung, etwa durch verpflichtende Übernahme der Psych-PV-Vorgaben in die Qualitätsmarker des G-BA. Eine „Quersubventionierung“ anderer Krankenhausbereiche durch die Personalstärke der Kinder- und Jugendpsychiatrie, etwa durch Fachtherapeuten-Pooling, muss zur Qualitätssicherung durch entsprechende Kontrollmechanismen, wie MdK-Prüfungen, verhindert bzw. wo schon erfolgt, wieder unterbunden werden.

3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: modern organisiert, mit vielen kleinen Abteilungen und einem Primat einer ambulanten, vernetzten Versorgung. Leistungen der Institutsambulanzen sind dabei zentral - aber stark schwankend finanziert.

Obwohl Kinder und Jugendliche von 5 bis 18 Jahren rund 15 % der Bevölkerung betragen, belaufen sich die stationären Krankenhausbetten nur auf 1/10 der erwachsenenpsychiatrischen Betten (5.460 KJPP vs. 54.035 EPP). Die im Versorgungsstrukturgesetz vorgesehene verpflichtende Entlassplanung in Hinsicht auf Jugendhilfeleistungen wird bereits durch Normen wie den § 36 KJHG (Teilnahme des Kinderpsychiaters an der Jugendhilfeplanung bei – auch drohender – seelischer Behinderung) gestützt. Aufgrund der *stark schwankenden Finanzierung der kinderpsychiatrischen Institutsambulanzen* um den Faktor 10 je Quartal (Anlage 3.1) sind die Nachsorgemöglichkeiten durch das Krankenhaus selbst sehr heterogen. Auch hier ist eine bundesweite Reform schon wegen der Länderhoheit der PIA-Finanzierung nicht absehbar, und der 2. Prüfauftrag (Einbezug der Leistungen der Institutsambulanzen) bleibt derzeit unerledigt. Dort, wo Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatrer und -psychotherapeuten vorhanden sind (siehe 1.), ist deren Einbezug in Nachsorgemodelle aufgrund der geringen Verteilungsdichte von Kliniken und Ambulanzen unverzichtbar. Hierfür bietet die bisherige Gesetzeslage keine hinreichende Basis (siehe 4.).

4. Fachspezifische Modelle benötigen fachspezifische Rahmenbedingungen: Eigene Modellvorhaben für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die bisher in der Erwachsenenpsychiatrie existierenden Modellvorhaben im Sinne sektorübergreifender Versorgung und /oder alternativer Finanzierungsmodelle sind aufgrund der in diesem Rahmen zu schaffenden Strukturen, und um überhaupt evaluierbar zu sein, an eine kritische Masse von einzuschließenden Patienten gebunden. Modellvorhaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfordern aber auch, um die flächenmäßig großen Versorgungsgebiete abdecken zu können, einen *Einbezug des Vertragsarztsystems* (ausführlich im Materialanhang unter 4.1 c). Nach bisheriger Erfahrung kommen fachspezifische Modellvorhaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher aufgrund der Komplexität der Schnittstellen und der oft zu geringen Patientenzahlen kaum zustande. Dieses, obwohl gerade aus der Kinder- und Jugendpsychia-

trie positive Forschungsergebnisse zu modernen Behandlungsmodellen, u.a. zum home treatment vorliegen (Anlage 4.1).

Kinder- und jugendgerechte Modelloptionen, fachspezifische Modellförderung und förderliche Rahmenbedingungen sind dringend erforderlich und bieten große gesundheitspolitische Chancen.

5. Epidemiologische Befunde zeigen übereinstimmend einen gestiegenen Bedarf trotz/wegen sinkender Kinderzahlen – entwickelte Strukturen haben diesen Mehrbedarf, trotz gesunkener Bettenzahlen weitgehend aufgefangen

Die im KIGGS-Survey des RKI nachgewiesene *gestiegene kinder- und jugendpsychiatrische Morbidität* lässt sich teilweise auf Unterschichtungsphänomene- und elterliche Bildungspartizipation zurückführen (Anlage 5.1), dies führt, wie bereits die GMK (Anlage 1) feststellte, nicht zu einer Entlastung des stationären Bereiches. Hinzu kommt ein weiterhin zu verzeichnender Anstieg der Suchtgefährdung von Jugendlichen. (Anlage 5.2) Substanzkonsum wiederum fördert die Manifestation psychiatrischer Erkrankungen bei Jugendlichen.

Von den Kliniken wurde der gestiegene Bedarf durch eine in keinem anderen Fachgebiet vergleichbare *Verdichtung der Intensität stationärer Behandlungen* aufgefangen: Seit Einführung der Psych-PV 1991 wurde die Fallzahl trotz deutlich gesunkener Bettenzahlen mehr als verdoppelt, die Verweildauer auf 1/3 gesenkt – dabei sanken die vollstationären Berechnungstage insgesamt noch um 28 % (Anlage 5.3). Dies führt dazu, dass das Fachgebiet mit 91,7 % eine sehr hohe Bettenauslastung aufweist, was für temporäre Aufnahmeengpässe spricht.

Die Kinder-Jugendpsychiatrie hat für die Zukunft unserer Bevölkerung eine hohe versorgungspolitische Relevanz – jedes Kind, das wieder zum gesunden Aufwachsen befähigt wird, spart Ressourcen in anderen Bereichen des Sozialwesens und trägt zum volkswirtschaftlichen Gemeinwohl bei.

Schlussfolgerungen:

Ergebnisse aus der Erwachsenenpsychiatrie lassen sich nicht ohne weiteres auf die KJPP übertragen. Ein fachspezifischer Weg der Angebotsstrukturierung zum Wohle von Kindern und Jugendlichen, zur

Sicherstellung der Versorgungsbedürfnisse von Familien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist wegen der oben kurz in 5 Punkten dargelegten Spezifika des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und wegen des epidemiologisch nachweislich hohen Bedarfs dringend geboten.

Die Reform des Entgeltsystems darf nicht zu einer Verschlechterung der Strukturqualität in der erzieherischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung führen (UN-Kinderrechtskonvention). Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet sein, dass auch innovative Versorgungsmodelle für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen realisierbar sind.

Daher bedarf es *fachspezifischer Rahmenbedingungen für Modellvorhaben*. Modellvorhaben sind in dem sehr heterogen aufgestellten Fach der einzig gangbare Weg, die Übertragbarkeit von Konzepten aus den anderen Fachgebieten vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungsrealitäten zu überprüfen und um strukturelle Verbesserungspotenziale unabhängig von der Entstehungsregion zu bewerten.

Auch wenn es auf Bundesebene derzeit noch keine Normenkontrolle in Bezug auf die Auswirkung von Gesetzgebung auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien gibt, ist es dringend erforderlich, dass alle Expertengruppen, welche sich mit Kindern und Jugendlichen befassen, auf deren spezifische Bedürfnisse hinweisen. In manchen Bundesländern, so z. B. in Baden-Württemberg, wird im Leitfaden für die Regelungsfolgenabschätzung und Nachhaltigkeitsprüfung eine regelmäßige Regelungsfolgenabschätzung, hinsichtlich der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen, gefordert. Eine solche Prüfung bezogen auf die besonders schützenswerten Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sollte auf der Bundesebene mit großer Selbstverständlichkeit erfolgen.

Der fachspezifische Reformbedarf muss bei den kommenden Anhörungen und Entscheidungen berücksichtigt werden. Beim weiteren Gang der Umsetzung der Entgeltsystementwicklung müssen die für das Kindes- und Jugendalter relevanten, repräsentativen Daten vorliegen, idealiter vor Eintritt in eine Konvergenzphase. Qualitätsmarker müssen fachspezifisch entwickelt werden und **fachspezifische Modelle** müssen auf ihre Praxistauglichkeit für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und ihre Familien und die tatsächlichen Fortschritte überprüfbar und vergleichbar gemacht werden.

Zu realisieren ist das alles nur durch eine hinreichende Repräsentation von Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei den kommenden Anhörungen und im weiteren Gang der Umsetzung der Gesetzesvorhaben, einschließlich der Etablierung der gewünschten Qualitätsmarker. Hierauf sollten insbesondere die Parlamentarier im Gesundheitsausschuss, aber auch die Mitglieder der Kinderkommission des Deutschen Bundestages und alle Verbände die sich dem Kindeswohl verpflichtet fühlen, in weiteren parlamentarischen Verfahren und die Zuständigen in den Bundesländern und in der Selbstverwaltung in der Umsetzung achten.

Anlagen

Materialanhang und vertiefende Informationen sowie Quellenachweise

Anlage 1.1: Bettenmessziffern vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie laut Angaben des Statistischen Bundesamtes für 2010, eigene Berechnungen

Land	Betten	Einwohner unter 18	BMZ (Betten/10000 EW)	BMZ (GMK-Bericht 2007)
BaWü	567	1.906.025	2,97	2,62
Bayern	519	2140634	2,42	1,74
Berlin**	165	501863	3,29	2,85
Brandenburg	211	338322	6,24	5,61
Bremen	43	100374	4,28	4,51
Hamburg	127	273825	4,64	3,57
Hessen	460	1016213	4,53	3,63
Mecklenburg-Vorpommern	174	216476	8,04	6,89
Niedersachsen	622	1.382.392	4,50	3,92
NRW	1118	3.261.633	3,43	3,06
Rheinland-Pfalz	200	670452	2,98	2,27
Saarland	46	152928	3,01	2,50
Sachsen	361	546402	6,61	5,88
Sachsen-Anhalt	333	293803	11,33	8,74
Schleswig-Holstein	249	486268	5,12	4,31
Thüringen	269	288608	9,32	7,07
Bund			5,17	4,32
Standardabweichung Länder			2,54	2,00

** Berlin hat zusätzlich ein tagesklinisches Angebot i. V. 1:1

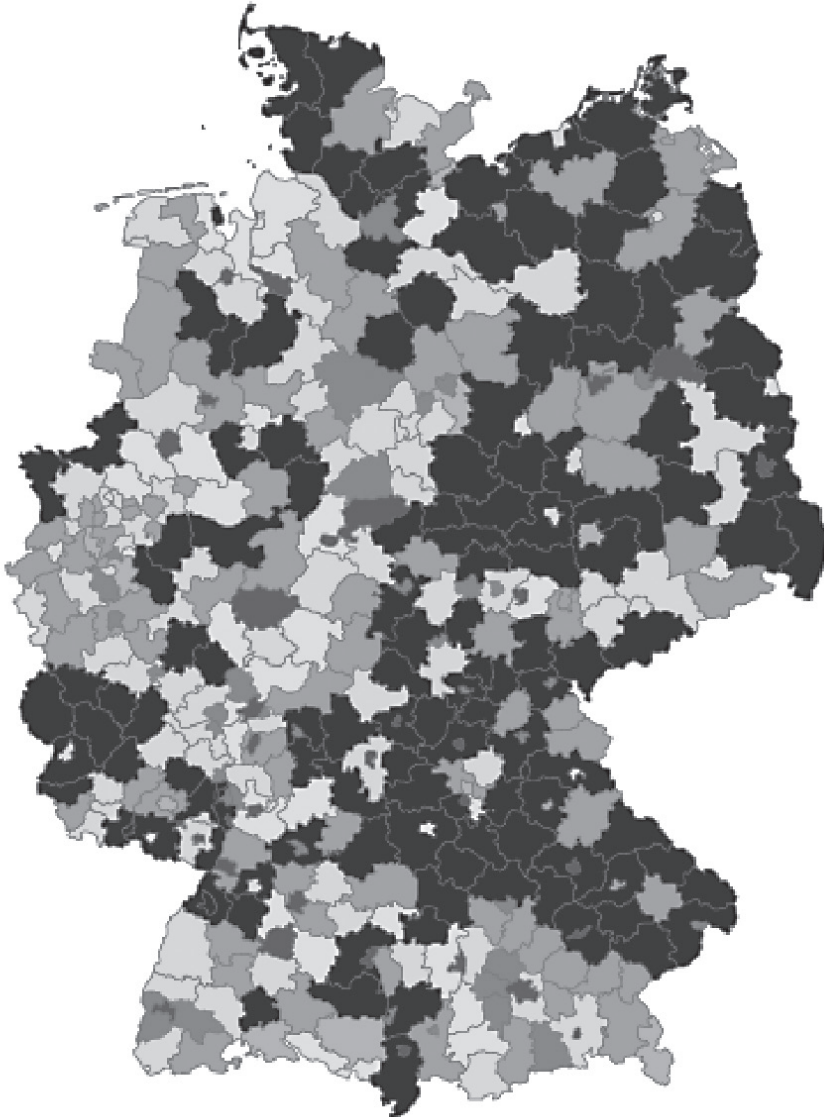
Bemerkenswert ist, dass die Bettendichte 2005 (Datenbasis der GMK-Erhebung von 2007) noch um Faktor 5, jetzt aber um Faktor 8 zwischen den einzelnen Bundesländern unterschieden ist.

Bettenzuwächse, die seit der Erhebung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK: Psychiatrie in Deutschland, 2007) basierend auf den Daten von 2005 weiterhin in geringem Umfang erfolgt sind, beziehen sich teilweise auf einen Ausbau der Versorgung für suchtkranke Jugendliche (vgl. Zielsetzungs- und Orientierungsdaten der BAG, 2009). An einigen Orten (z.B. Berlin) hat eine Bettenreduktion zugunsten teilstationärer Plätze stattgefunden

Anlage 1.2. Quelle: www.faktencheck-gesundheit.de (zuletzt besucht 31.12.2011). (Anmerkung: die interaktive Karte ermöglicht das Aufrufen einzelner Kreisgebiete.)

Ausgewähltes Thema:

Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

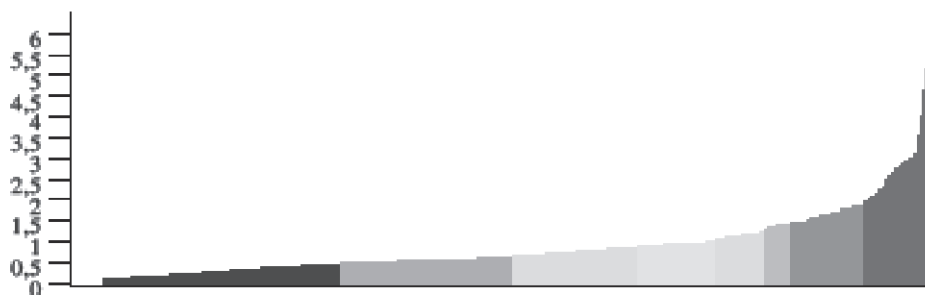


Quelle: IGES; Destatis; Bundesamt für Kartographie und Geodäsie

PSYCHISCHE VERSORGUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN

Dargestellt ist der Indexwert für Fachärzte und Therapeuten für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, bezogen auf 100.000 Kinder und Jugendliche im Alter bis unter 18 Jahren. Der Wert 1 entspricht dem Bundesdurchschnitt. Ein geringerer Wert als 1 bedeutet, dass in diesem Landkreis weniger Ärzte und Therapeuten praktizieren als im Durchschnitt (0,5 = halb so viele). Hat ein Kreis einen höheren Wert als 1, gibt es mehr Ärzte/Therapeuten als im Durchschnitt (2 = doppelt so viele). Die Zahlen geben Ärzte und Therapeuten zum Stand Anfang August 2011 wieder, sowie die Anzahl der Kinder- und Jugendlichen zum 31.12.2009.

LANDKREISE SORTIERT NACH INDEXWERT



LEGENDE



Zur Erklärung wird ausgeführt:

Die Karte zeigt ein ungewöhnliches Bild: In der großen Mehrzahl der Kreise liegt das Versorgungsangebot unter bzw. deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Überdurchschnittliche Werte finden sich fast nur in den Groß- bzw. Universitätsstädten. Lässt man die jeweils 20 Kreise mit den Extremwerten außer Betracht, dann ist das Versorgungsangebot im besten Kreis noch immer um den Faktor 16,6 höher als im Kreis mit der geringsten Angebotsdichte. Eine Betrachtung der konkreten Zahlen verdeutlicht die extrem ungleiche Verteilung: Im Bundesdurchschnitt kommen auf 100.000 Personen im Alter bis 18 Jahre etwa 29 Spezialisten für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mehr als 70% aller deutschen Kreise und kreisfreien Städte liegen jedoch unter diesem Durchschnittswert. In 15 Kreisen hat sogar kein einziger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder -psychiater seinen Praxissitz. Der bundesweite Durchschnittswert wird stark durch eine kleine Zahl von Städten mit deutlich höherem Versorgungsangebot – in der Spitze bis zu etwa 150 Spezialisten pro 100.000 Kinder und Jugendliche – bestimmt.

Anlage 1.3. Quelle: 13. Kinder- Jugendbericht

BT-Drucksache 16/12860, Seite 217

17.2.3 Gesundheitssituation der Nutzer und Nutzerinnen

Es gibt zwar keine Statistiken zum Gesundheitsstatus des Klientels der Erziehungshilfen zu Beginn und Ende der Hilfen, doch lassen schon die in Teil B präsentierten Daten erwarten, was verschiedene Studien bestätigen: Die Kinder und Jugendlichen in Erziehungshilfen sind in aller Regel gesundheitlich überdurchschnittlich stark belastet, wobei psychosoziale Auffälligkeiten wie Aggressivität und Delinquenz, zudem Teilleistungsstörungen sowie psychosomatische Beeinträchtigungen wie u. a. Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten oder Suchtmittelmissbrauch im Vordergrund stehen, aber teilweise auch (drohende) seelische Behinderungen im Sinne von § 35a SGB VIII festgestellt wurden (Fegert/Besier 2008). Diese geschlechtstypisch unterschiedlich ausgeprägten Auffälligkeiten werden in engem Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren gesehen, die oft den Anlass für die gewährten Hilfen bilden, wie die Erfahrung von Vernachlässigung und (sexueller) Gewalt, psychischen und Suchterkrankungen der Eltern, dysfunktionalen Familienbeziehungen sowie von weiteren Belastungen in Familie, Schule und sozialem Umfeld (vgl. Teil B sowie Fegert/

Besier 2008). Dabei steigen nach *Burns* (2004, zitiert nach Fegert/Besier 2008) mit der Intensität der Maßnahmen auch die Auffälligkeiten der Kinder, bzw. erfordert ein höheres Maß an Auffälligkeiten eine intensivere Hilfe, bis hin zur Fremdplatzierung. Allerdings stellt die Unterbringung außerhalb der Herkunftsfamilie in aller Regel (zunächst) eine zusätzliche Belastung für die Kinder und Jugendlichen dar. Eine aktuelle psychiatrische Untersuchung in 20 stationären Einrichtungen ergab, dass bei knapp 60 Prozent der knapp 700 einbezogenen Kinder und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren (davon 70 Prozent Jungen) mindestens eine klinisch relevante psychische Störung diagnostiziert wurde und bei vielen der Heranwachsenden sogar komplexe, schwer behandelbare Störungsbilder vorlagen (Schmid 2007). Dass sich nur 42 Prozent der Heranwachsenden in „irgendeiner Art von psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung“ befanden, wird von *Fegert/Besier* als „eklatante kinder- und jugendpsychiatrische Unterversorgung“ (ebd., S. 21) bewertet. Die Analyse der Akten von 125 Mädchen und Jungen (von 12 bis 17 Jahren) in teilgeschlossenen Gruppen ergab, dass 75 Prozent von ihnen vorher schon in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung waren. Ihre oft mit wiederholten Abbrüchen von Maßnahmen und Schul-, Orts- sowie Bezugspersonenwechseln verbundene „Hilfekarriere“ dürfte ihre Probleme noch verschärft haben (Hoops/Permien 2006; Kötting 2007). Bei „besonders schwierigen“ Kindern und Jugendlichen kann es sich also um „Grenzgängerinnen“ und „Grenzgänger“ handeln, die dringend einer gut ineinander greifenden Hilfe vonseiten der Kinder- und Jugendhilfe wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bedürften, ohne diese immer zu bekommen (Fegert/Schrappner 2004; Hoops/Permien 2006) (vgl. Kap. 17.5). Aber auch vielleicht bisher unerkannte und unbehandelte Erkrankungen und Beeinträchtigungen (wie z. B. Seh- oder Hörschäden, Minderbegabung) dürfen von den Fachkräften in den Erziehungshilfen nicht übersehen werden.



BT-Drucksache 16/12860, Seite 231

- Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII, ggf. in Verbindung mit § 35a SGB VIII und Gestaltung der Übergänge zwischen den Systemen (Späth 2004): Können Kinder und Jugendliche nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik nicht mehr in ihre Familie oder ihre vorherige Pflegefamilie oder stationären Einrichtung zurückkehren oder müssen zusätzliche Hilfen seitens der Kinder- und Jugendhilfe und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie installiert werden, so ist eine rechtzeitige und enge Kooperation zwischen beiden Systemen notwendig, damit die Kinder- und Jugendhilfe ggf. rechtzeitig mit der Hilfeplanung beginnen und – unter Hinzuziehung aller Beteiligten – eine passende Hilfe anbieten kann und der Übergang der Heranwachsenden von einem System ins andere so bruchlos wie möglich gestaltet wird. Dies gilt genauso, wenn für Heranwachsende in Jugendhilfemaßnahmen ein längerfristiger Klinikaufenthalt angezeigt erscheint.

Vertiefende Informationen in:

Fegert, J. M./Besier, T. (2008): Heimkinder und andere psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen – Eine Expertise zur Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. Expertise für den 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung. Unveröff. Manuskript

Anlage 2.1.

Erfüllungsquote der Psychiatrie-Personalverordnung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quelle: Aktion Psychisch Kranke, Umfrage im Auftrag des BMG (Literatur: Aktion Psychisch Kranke e.v. (Hrsg. 2007): Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht der Psych-PV-Umfrage 2005 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Der repräsentative Rücklauf (bis auf Abteilungen/Kliniken in privater Trägerschaft) der BMG/APK-Umfrage ergab für 2004 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie einen durchschnittlichen 88 % Psych-PV-Erfüllungsgrad für alle Berufsgruppen (die Erwachsenenpsychiatrie lag bei 90 %).

- 25 % der Kliniken lagen unter 81% insgesamt für alle Berufsgruppen
- 25 % lagen unter 77 % für den Pflege- und Erziehungsdienst auf den Stationen
- 60 % lagen unter 90% Psych-PV (lt. KHRG nicht zu unterschreiten)

Damit zeigte sich ein erheblicher Nachbesserungsbedarf v. a. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie.

Anlage 3.1

Einkünfte der Institutsambulanzen lt. Umfragen BAG KJPP und BAG VL Psychiatr. Kliniken, Stand 2004-2008; je Quartal

Minimum: teils durch vereinbarte Pauschalen für Einmalkontakte (BaWü, S-H)

Anmerkung: Ohne Bayern, dort „Bayrisches Modell“ (Einzelleistungsfinanzierung je Stunde und Berufsgruppe) – die Übertragung des Modells in andere Bundesländer hat meist Abstriche mit sich gebracht, tw. hier als Durchschnittswert aufgeführt

Bundesland (Antworten auf diese Frage/ Antworten gesamt)	Maximum (€)	Minimum (€)
Baden-Württemberg	405,00	74,00
Berlin	345,00	236,00
Brandenburg		223,00
Bremen	391,00	383,00
Hamburg	420,00	230,00
Hessen	320,00	315,00
Mecklenburg Vorpommern		132,00
Niedersachsen	338,00	330,00
Nordrhein-Westfalen	305,00	254,00
Rheinland-Pfalz	260,00	254,00
Saarland		250,00
Sachsen-Anhalt	129,00	110,00
Schleswig-Holstein	271,00	40,00
Thüringen	199,00	165,00

Anlage 4.1

Voraussetzungen für Modellvorhaben als alternative Versorgungs- und Finanzierungsmöglichkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Kürzere stationäre Aufenthalte und eine Vermeidung stationärer Aufnahmen sind das erklärte Ziel der (kinder-)psychiatrischen Institutsambulanzen. Der Gesetzgeber hat die Überprüfung des Einbezugs der sogenannten „PIAs“ (siehe 3.) in die Finanzierung und Leistungserbringung im Rahmen der Entgeltentwicklung beauftragt (§ 17 d KJHG, 2. Prüfauftrag).

Für Kinder und Jugendliche sind dabei folgende Rahmenbedingungen zu beachten:

- a) Modelle regionaler Versorgung für Kinder und Jugendliche müssen notwendiger Weise durchgängig sein, so dass jeder Bewohner in der regionalen Zuständigkeit die gleichen Zugangschancen hat. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hält 137 Abteilungen oder eigenständige Kliniken im Vergleich zu 412 erwachsenenpsychiatrischen stationären Institutionen vor. Das bedeutet, dass die Pflichtversorgungsgebiete durchschnittlich 3mal so groß ausfallen wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Um die Fläche der großen Versorgungsgebiete ausfüllen zu können und unzumutbar lange Wegezeiten zu vermeiden, ist auch im Fall vorhandener Außenstellen der Institutsambulanz jeweils das Vertragsarztsystem einbeziehen. Hierzu sind bereits, insbesondere in Baden-Württemberg, oder z.B. in Form von MVZs in NRW und Berlin, Modelle der Kooperation erprobt. Strukturelle Kooperationen angesichts des relativen Mangels an Fachärzten überdies ein Versorgungsgebot (siehe 2.)
- b) Eine Realisierung des Ziels der Institutsambulanzen im Sinne einer Entlastung des stationären Bereiches erfordert **aufsuchende, familienorientierte Strukturen vor Ort**. *Home-Treatment* für psychisch kranke Kinder und Jugendliche mit multiprofessionellen Teams ist evaluiert und in den USA, in Großbritannien, in der Schweiz, in Norwegen etabliert (Henggeler et al 1999, 2003, Ogden et al. 2009, Rehberg et al. 2011). Deutsche Vorläufer (Heil et al. 1978) haben ebenso große Effizienz bewiesen wie teil- und vollstationäre Behandlung. Die bisherigen Ergebnisse zur möglichen Kostenreduktion weisen in die Richtung auf Einsparpotenziale (Rehberg et al. 2011, Sheidow et al. 2004), und Familien mit hoher Ab-

bruchgefährdung führen die Interventionen im Gegensatz zu anderen Angeboten fort.

- c) Begleitend erforderlich ist eine Erweiterung der Schulen für Kranke für externe noch nicht regelschulfähige Schüler (dieses ist mit kultusministerieller Aufsicht hinsichtlich der Aufgabenstellung der Schulen für Kranke und ihrer Finanzierung dem Landesrecht unterworfen und nicht überall unproblematisch umsetzbar). Die Sicherung von Fahrtmöglichkeiten für die Patienten z.B. zur Beteiligung an Gruppenangeboten wirft bei Kindern neue versicherungsrechtliche Fragen auf und verursacht zusätzliche Kosten.
- d) Aufsuchende kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungen in Einrichtungen der Jugendhilfe bewirken eine Abnahme stationärer Krisenaufnahmen, wie in einer von BMBF und GKV finanzierten, randomisierten Studie festgestellt wurde (Goldbeck & Fegert 2008, Besier et al. 2010)
- e) Die erforderliche Evaluation von Modellvorhaben erfordert, um statistisch aussagefähige Daten bei der großen Masse an Variablen zu generieren, ein größeres Volumen an eingeschlossenen Patienten. Auch die Mobilität für die aufsuchenden Teams bindet Ressourcen und erfordert ebenfalls eine kritische Masse an eingeschlossenen Patienten.

Literatur:

- Besier, T., Fegert, J.M., Goldbeck, L. (2009) Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes. *European Psychiatry*, 24:483-489
- Goldbeck, L., Fegert, J.M. (2008) Abschlussbericht: Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Download als PDF unter: http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Dokumente/Abschlussbericht_Heimkinder.pdf
- Göpel Ch., Schmidt, M. H., Blanz, B., Rettig, B. Behandlung hyperkinetischer Kinder im häuslichen Milieu. Home treatment of children with hyperkinetic disorders. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 24, 145 – 163, 1996
- Heil, M., Kunze-Turmann, M., Fegert, J., Meitinger, H. (1978) Behandlung im natürlichen Milieu - Home treatment. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, Vol 6(2), 163-176
- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., et al (2003) One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 543-551

- Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Randall, J., et al* (1999) Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339
- Ogden T, Amlund Hagen K.* (2009) What works for whom? Gender differences in intake characteristics and treatment outcomes following Multisystemic Therapy. *J Adolesc.* 32(6):1425-1435
- Rehberg W, Fürstenau U, Rhiner B.* (2011): *Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – ökonomische Analyse der Implementierung in einer deutschsprachigen Umgebung.* *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 39(1):41-45
- Sheidow, A. J., Bradford, W. D., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C., Schoenwald, S. K. & Ward, D. M.* (2004) Treatment costs for youths receiving Multisystemic Therapy or hospitalisation after a psychiatric crisis. *Psychiatric Services*, 55, 548-554

Anlage 5.1

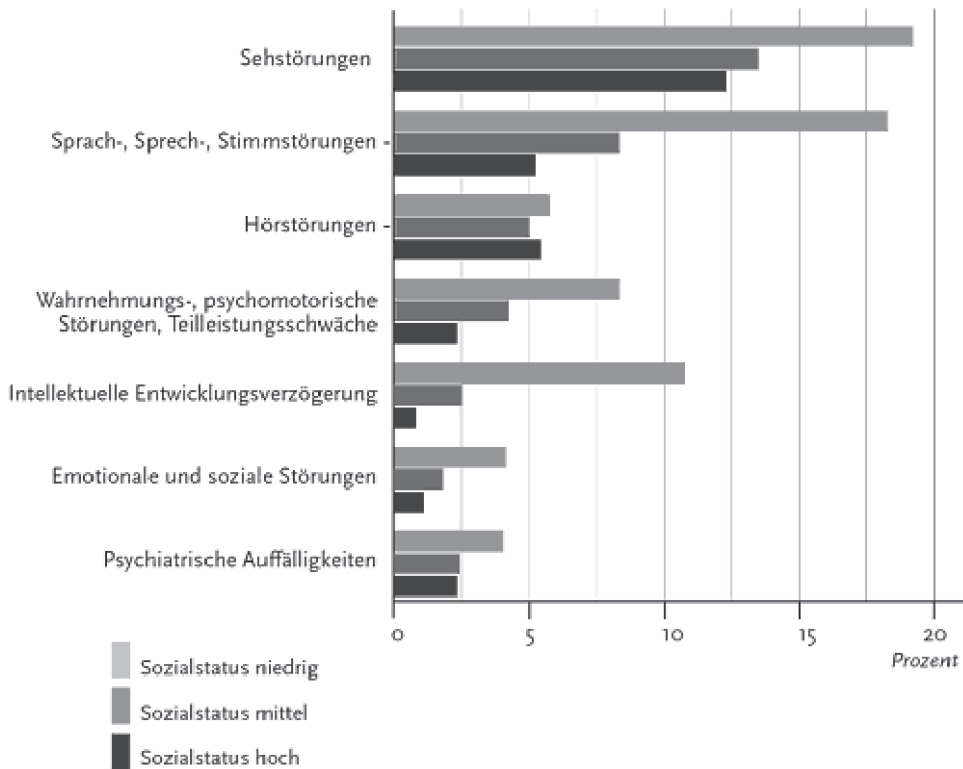
Wesentliche Ergebnisse zur Unterschichtung und zur psychischen Gesundheit:

Quelle: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Autoren Lampert T., Hagen C., Heizmann B (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin, Eigendruck

Abbildung 3 1

Entwicklungsstörungen bei Einschülern und Einschülerinnen nach sozialem Status

Datenquelle: Landesgesundheitsamt Brandenburg 2005



Mit Verweis auf die HBSC-Studie 2002 fassen die Autoren des RKI zusammen: Bei Jungen und Mädchen der niedrigsten im Vergleich zu denjenigen der höchsten Wohlstandsgruppe sei „1,8mal häufiger eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt“ worden, „wobei neben dem mentalen und sozialen Befinden auch das Selbstwertgefühl (...) berücksichtigt wurde.“

Tabelle 5.3
Psychische und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen nach sozialem Status

	3- bis 10-jährige		11- bis 17-jährige		Gesamt	
	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)	% (95 %-KI)	OR (95 %-KI)
Jungen						
Niedriger Sozialstatus	16,4 (14,2–18,8)	4,66 (3,29–6,59)	13,0 (10,5–15,9)	2,72 (1,78–4,17)	14,7 (13,0–16,6)	3,58 (2,74–4,67)
Mittlerer Sozialstatus	8,1 (6,6–9,9)	2,09 (1,41–3,11)	7,9 (6,5–9,6)	1,54 (1,00–2,39)	8,0 (7,0–9,3)	1,80 (1,35–2,39)
Höherer Sozialstatus	4,0 (3,0–5,4)	Ref.	5,5 (3,9–7,7)	Ref.	4,7 (3,8–5,9)	Ref.
Mädchen						
Niedriger Sozialstatus	10,5 (8,7–12,6)	6,45 (3,62–11,50)	8,7 (6,8–10,9)	3,18 (1,88–5,38)	9,6 (8,2–11,1)	4,43 (2,95–6,66)
Mittlerer Sozialstatus	4,1 (3,1–5,3)	2,44 (1,42–4,18)	5,2 (4,2–6,4)	1,94 (1,18–3,19)	4,7 (4,0–5,4)	2,15 (1,45–3,18)
Höherer Sozialstatus	1,7 (1,0–2,7)	Ref.	2,7 (1,8–4,2)	Ref.	2,2 (1,5–3,1)	Ref.

% = Prävalenzen in Prozent; OR = Odds Ratios nach Adjustierung für Alter, Migrationshintergrund und Wohnregion (Ost/West); 95 %-KI = Konfidenzintervalle zu den Prävalenzen bzw. Odds Ratios; Ref. = Referenzkategorie

(Daten aus dem KIGGS-Survey des RKI)

Anlage 5.2

Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Pressemitteilung vom 13.12.2011

„Im Jahr 2010 wurden insgesamt 25.995 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert; 2009 waren es 26.428 Personen. Damit ist die absolute Zahl der Krankenhauseinweisungen bei Kindern und Jugendlichen zwar leicht zurückgegangen. Bezogen auf 100.000 Personen dieser Altersgruppe ist dies jedoch eine Steigerung um 0,3% im Vergleich zu 2009. Die Zahl der 10- bis 15-jährigen **Kinder und Jugendlichen** ist mit 5,5% rückläufig (von 108,7 auf 102,8 pro 100.000 Personen), die Zahl der 15- bis 20-jährigen **Jugendlichen und jungen Erwachsenen** mit 2,9% weiter angestiegen (von 499 auf 513,3). Am deutlichsten ging die Zahl der betrunkenen Jungen zwischen 10 und 15 Jahren um 7,3% zurück (von 102,6 auf 95,1).“

Die absolute Zahl der stationären Einweisungen bei den 15-20jährigen wegen Alkoholintoxikation ist seit 2000 um die 200 % angestiegen.

Anlage 5.3

Leistungsverdichtung in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie

	1991	1995	2004	2005	2010	1991-2010 Veränd.	davon 2005-2010 Veränd.
Fallzahl	20.108	23.302	36.770	37.699	46.834	+133%	+24%
Verweildauer Tage	126,3	63,4	43,6	43,2	39,0	-69%	-10%
Berechnungstage	2.539.894	1.478.076	1.604.178	1.626.719	1.826.587	-28%	+12%*
Betten, aufgest.	8.316	4.858	4.835	4.921	5.460	-34%	+ 11%*

Quelle: Stat. Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, und eigene Berechnungen

*bedingt durch moderaten Ausbau a) ortsnahe Einrichtungen sowie Nachbesserungen im Bereich unterversorgter Gebiete und b) spezieller Angebote wie z.B. für die Suchtbehandlung Jugendlicher

Vergleich mit der Somatik, hier: Pädiatrie:

	1991 KJPP	1991 Pädiatrie (ohne KJPP)	2010 Pädiatrie	1991-2010 Veränd. KJPP	1991-2010 Veränd. Pädiatrie
Fallzahl	20.108	861.838	953.122	+133%	+10,6 %
Verweildauer	126,3	9,1	4,9	-69%	-46%
BT	2.539.894	7.812.189	4.670.683	-28%	-40%
Betten, aufgest.	8.316	31.708	19.297	-34%	-39%

Quelle: Stat. Bundesamt, Jahresberichte Fachserie 12. Reihe 6, und eigene Berechnungen

Kommentar: Die Pädiatrie hat eine deutliche Ambulantisierung erfahren, die noch stationär behandlungsbedürftigen Patienten haben daher hinsichtlich der Fallzahl kaum zugenommen. Der Bettenabbau fällt in beiden Fachgebieten vergleichbar hoch aus.

Achim Beutling †

1950 – 2012

Mit Trauer nehmen wir Abschied von Achim Beutling. Nicht nur, weil er so ein angenehmer Zeitgenosse war, feinsinnig, naturverbunden, ein ausdauernder Tänzer auf BAG-Festen. Nicht nur, weil er Vorträge auf akademischem und theoretisch anspruchsvollem Niveau halten konnte und nicht nur wegen seines Engagements und seiner Beharrlichkeit.

Achim Beutling hat ganz wesentlich dazu beigetragen, den Pflege- und Erziehungsdienst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu professionalisieren. Das hat er gleich in 2 Dimensionen getan: zum einen mit der Etablierung der Fachweiterbildung QuQuK für den Norden der Republik – dieser folgte logisch später der Pflege- und Erziehungspreis - und zum anderen auf der politischen Ebene, indem er die BundesArbeitsGemeinschaft Leitender MitarbeiterInnen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen im kollegialen Dialog mit unserer BAG der Leitenden Klinikärzte bundesweit würdig vertrat. Dabei hat er auch innerhalb seines Verbandes die Kultur des Dialoges mit uns Chefärzten stets propagiert, ohne Konflikte zu vermeiden. Mir ist sehr bewusst, dass dieses vor allem zu Beginn nicht immer einfach war. Achim Beutling gebührt der Verdienst, zwischen den Verbänden die fachliche Augenhöhe im Sinne des Dualen Leitungsprinzips hergestellt zu haben. Er hat dieses Prinzip auch in der eigenen Klinik gelebt, und er hat die Augenhöhe ausgefüllt.

So ist es sehr angemessen zu sagen: er hat Spuren in unserer Welt hinterlassen. Und er wird uns fehlen – wir hatten noch viel miteinander vor.

Für die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Renate Schepker

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe †

1940 – 2011

Am 7. November 2011 ist unser ehemaliger Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. Erst im Juni 2011 hatte er sein Amt als Präsident der Bundesärztekammer und Präsident des Deutschen Ärztetages abgegeben.

Er wollte weiter als Präsident der Ärztekammer Nordrhein und im Vorstand der Bundesärztekammer tätig sein. Dort sollte er in Zukunft Ansprechpartner für uns psychotherapeutisch tätige Ärzte sein. Wir sind zutiefst betroffen, dass ihm dafür keine Zeit mehr geblieben ist.

Prof. Hoppe war eine herausragende Persönlichkeit der deutschen Ärzteschaft. Er hat in seiner schlichten Art mit leisen Tönen und klaren Worten das Arztsein als Beruf und Berufung vertreten und war ein hervorragender Denker, der die Situation der deutschen Ärzteschaft präzise analysiert, pointiert beschrieben und immer wieder hinterfragt hat. Dabei war er ein leidenschaftlicher Kämpfer für den freien Arztberuf und gegen jede Gängelei durch die Politik und ein streitbarer Verfechter der ethischen Grundsätze des Arztberufs, die er bei vielen Themen wie der Sterbehilfe, dem Gendiagnostikgesetz u. a. immer wieder angemahnt hat. Er hat bis zuletzt mit deutlichen Worten auf Fehlentwicklungen im Arztberuf hingewiesen und einer mechanistischen Vorstellung und schematischen Standardisierungen von Medizin eine Absage erteilt. Ärztliches Handeln könne nur am individuellen Patienten ausgerichtet sein und Therapiefreiheit des Arztes sei für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient unverzichtbar.

Mit dieser Haltung wurde er zu einer Leitfigur der deutschen Ärzteschaft. Unvergesslich sind die Eröffnungsveranstaltungen der Deutschen Ärztetage, in denen er durch seine klugen und differenzierten Reden Momente der Besinnung auf das Arztsein schaffen konnte, die im Zuhörer ein einmaliges Erleben von gemeinsamer ärztlicher Identität und Verbundenheit ausgelöst haben. Er wird uns fehlen!

Im persönlichen Kontakt war Professor Hoppe ein sehr zugewandter und herzlicher Mensch. Er hat die Entwicklung unseres Fachgebietes mit viel Interesse begleitet und war uns stets ein verlässlicher und scharfsinniger Gesprächspartner.

Wir werden seiner in großer Achtung und Verbundenheit gedenken!

Dr. med. Christa Schaff

Dr. Dr. h. c. Klaus Theo Schröder †

1948 – 2012

Am 12.2.2012 ist der ehemalige Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder verstorben.

Er war von 2001 bis 2009 im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) tätig. Dort war er für uns unmittelbarer Gesprächspartner für unsere Anliegen an das Ministerium zur ambulanten Versorgung. In wiederholten Gesprächen über die Jahre haben wir ihm die Entwicklung des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der ambulanten Versorgung nahe bringen können. Durch diese Vorarbeit war er bei der Kündigung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung durch die Ersatzkassen 2008 über die versorgungspolitische Bedeutung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung schon gut informiert. Seiner Unterstützung und seiner positiven Haltung zu einer bundesweiten Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für alle Kassen haben wir die Zustimmung des BMG zu einer Gesetzesänderung im SGB V zu verdanken!

Insofern sind wir ihm als Fachgebiet, aber auch stellvertretend für alle psychisch kranken Kinder, die von unserer bundesweiten wohnortnahen sozialpsychiatrischen Versorgung profitieren, zutiefst verbunden. Wir werden seine Hilfe und seine Begleitung nicht vergessen!

Dr. med. Christa Schaff

Rezensionen

Helmut Remschmidt, Kurt Quaschner, Frank M. Theisen:

Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Eine praktische Einführung.*

6., überarbeitete Auflage, 2011, 552 Seiten mit 96 Abbildungen und 175 Tabellen, 59,99 €, Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York, ISBN 978-3-13-576606-5

Dieses Kompendium, das unter der Mitwirkung von 24 renommierten Wissenschaftlern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und benachbarter Gebiete, insbesondere der Erwachsenenpsychiatrie und der Klinischen Psychologie, entstanden ist, stellt eine komplette Überarbeitung der 5. Auflage von 2008 dar. Darin äußert sich auch die rasante Entwicklung unseres Fachgebietes. In klassischer Lehrbuchmanier wird in 7 Abschnitten unser Fachgebiet didaktisch gut aufbereitet dargestellt:

- I. Entwicklung und Entwicklungspsychopathologie
- II. Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik
- III. Psychische Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
- IV. Therapie und Rehabilitation
- V. Gerichtliche Aufgaben und Organisations-/Strukturfragen der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- VI. Literatur zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihren Randgebieten

Am Schluss ein 25-seitiges Sachverzeichnis.

Es kann nicht überraschen, dass inhaltlich die Darstellungen denen anderer Lehrbücher unseres Fachgebietes gleichen, werden doch dieselben Gegenstände abgehandelt. Dennoch ist die Klarheit und Prägnanz der Darstellung hervorzuheben.

Interessant auch, dass im Abschnitt IV, Therapie und Rehabilitation, insgesamt 14 Kapitel den Bogen von den etablierten Richtlinienpsychotherapien über Familientherapie und Elterntermin zur Ergotherapie und Rehabilitation spannen. Und von den insgesamt 115 Seiten dieses Abschnittes behandeln nur ganze 13 die medikamentöse Behandlung. Dieses Mengenverhältnis bil-

det in meiner Erfahrung sehr gut die therapeutische Wirklichkeit in Praxis und Klinik ab, auch wenn Außenstehende oft anderes vermuten. Die „alten Hasen“ werden dieses Lehrbuch kaum vollständig durcharbeiten. Aber auch diese können es mit Gewinn zur Hand nehmen, um sich bei Einzelfragen zu vergewissern, ob ihr Wissen noch up to date ist. Hervorragend geeignet ist es für die angehenden Kinder- und Jugendpsychiater und die verschiedenen Professionen, die in vielfältiger Weise mit uns kooperieren. Für diese dürften vor allem die Kapitel I, III und IV interessant sein. Von daher sollte dieses handliche Lehrbuch in keiner Präsenzbibliothek, auf keiner Station und in keiner Praxis, insbesondere keiner SPV-Praxis, fehlen.

Christian K. D. Moik, Aachen

Franz Petermann/Ulrike Petermann (Hrsg.)

WISC-IV – Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fourth Edition.

Deutschsprachige Adaptation nach D. Wechsler

PEARSON – PsychCorp. Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/Main, kompletter Satz (ohne EDV-Auswertung)

1.150,00 Euro zzgl. 7 % UST exkl. Versandkosten. ISBN: 978-3-943274-00-4

WISC-IV-Auswertungsprogramm 1.0

220,00 Euro zzgl. 19 % UST exkl. Versandkosten

Zum 1. August 2011 hat Pearson den WISC-IV, der bis dahin im Verlag Hans Huber/Hogrefe AG Bern als HAWIK-IV erschienen ist, erneut übernommen und verlegt diesen Test jetzt unter der originalen englischen Bezeichnung. Unverändert handelt es sich beim WISC-IV um einen psychometrischen Test zur Erfassung der kognitiven Entwicklung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 6;0 bis 16;11 Jahren.

Da zwischen dem WISC-IV und dem HAWIK-IV nur geringe Unterschiede bestehen, verweist der Rezensent auf die Besprechung des HAWIK-IV im Forum 2-2008, S. 88 bis 91. Diese kann bei Bedarf bei der Geschäftsstelle des BKJPP oder beim Rezensenten angefordert werden.

Welche Unterschiede bestehen zwischen dem WISC-IV und dem HAWIK-IV?

1. Zunächst kommt der WISC-IV in einer chic-schwarzen Tragetasche daher, während der HAWIK-IV in einem grauen Hartplastikkoffer untergebracht ist. Das sieht schöner aus, ist aber in der Handhabung nicht unbedingt praktischer.

2. Anders als beim HAWIK-IV besteht das Manual jetzt aus zwei Bänden im DIN A 4-Format, die ebenfalls eine Spiralbindung haben, aber einen Hardcover-Schutzumschlag. Im Praxisalltag konnten die Testerinnen darin keinen deutlichen Vorteil erkennen, zumal man auf dem Arbeitstisch etwas mehr Platz benötigt.

Im Manual 1 sind die Grundlagen, die Testauswertung und die Interpretation enthalten, im Manual 2 die Durchführung.

3. Kleine inhaltliche Änderungen finden sich im Aufgabenheft 1, wobei die Untertests Zahlen-Symboltest und Symbolsuche für die Altersgruppen A (6;0 bis 7;11 J.) und B (8;0 bis 16;11 J.) in einem Aufgabenheft zusammengefasst sind.

Auf der Titelseite des Aufgabenheftes 1 sind als Inhaltsverzeichnis aufgeführt, welche Tests auf welcher Seite zu finden sind.

In der Verlagsbeschreibung wird hervorgehoben, dass durch die Zusammenfassung der früher zwei Hefte in eines die Vorratshaltung erleichtert wird.

Allerdings kosten jetzt 25 Aufgabenhefte 140,00 Euro plus 7% UST, während die beiden getrennten Hefte jeweils 78 Euro à 25 Stück gekostet hatten.

Etwas teurer sind auch die Protokollbögen geworden, von denen 25 Stück jetzt 105,00 Euro + 7 % UST kosten im Vergleich zu früher 98,00 Euro.

Vom Verlag wird auch hervorgehoben, dass durch eine Verbesserung der Papierqualität die Griffbarkeit für jüngere Kinder erhöht wurde. Bisher hatten wir diesbezüglich mit den HAWIK-Bögen keine Probleme.

Entsprechend der Änderungen im Aufgabenheft 1 wurde auch die Schablone für den Untertest „Symbol-Suche“ angepasst.

4. Das Stimulus-Buch unterscheidet sich außer im Layout durch stabile Buchdeckel und eine andere Art der Spiralbindung, die im Langzeittest noch zeigen muss, ob sie dem Manual eine längere Haltbarkeit verleiht als die alte.
5. Die Normen des WISC-IV sind im Vergleich zum HAWIK-IV im Wesentlichen unverändert.

Nach den Angaben im Manual 1 wurden von Mai 2005 bis Juni 2006 über 2600 Kinder und Jugendliche an über 50 Standorten getestet. Ab Sommer 2006 gab es eine Reihe von Validierungsstudien. Für die jetzige Ausgabe des WISC-IV fand keine erneute Validierung statt, sodass die Ergebnisse zwischen WISC-IV und HAWIK IV vergleichbar sind.

6. Allerdings finden sich in den Tabellen geringfügige Differenzen, z. B. bei den Wertpunktäquivalenzen. Diese sind jedoch so geringfügig, dass sie für die Gesamtbeurteilung nicht relevant sein dürften. Ob dies dazu führt, dass man bei der EDV-gestützten Auswertung für den WISC-IV auch das Auswerteprogramm des WISC-IV benötigt oder ob man das Auswerteprogramm des HAWIK-IV weiter nutzen kann, konnte der Rezensent nicht überprüfen, da ihm das EDV-gestützte Auswerteprogramm des WISC-IV noch nicht zur Verfügung stand.
7. Eine kleine formale Änderung findet sich im Manual 1 des WISC-IV gegenüber dem HAWIK-IV, indem dem Anhang B ein eigenes Tabellenverzeichnis zugeordnet ist, das sich im Manual des HAWIK-IV im Gesamtinhaltsverzeichnis befindet. Dies erleichtert unter Umständen die Orientierung.

Angenehm erlebt der Rezensent die bessere Lesbarkeit der Tabellen, indem diese überwiegend schwarz auf weiß gedruckt sind und nur die Koordinaten schwarz auf blau, wohin gegen der Schwarz-auf-hellblau-Druck beim HAWIK-IV zumindest für ältere Augen nicht so prägnant ist.
8. Beim HAWIK-IV hat sich in der Praxis des Rezensenten die EDV-gestützte Auswertung voll bewährt, zumal damit gleichzeitig eine entsprechende Datendokumentation in der Praxis-EDV verbunden ist.

Die Kosten in Höhe von 220,00 Euro zzgl. 19 % UST (HAWIK-IV bisher 249,00 Euro) sind über die Zeitersparnis schnell eingespielt.

Leider wird auch das jetzige Auswerteprogramm vom WISC-IV nur als Einplatzversion angeboten und ist nicht serverfähig, d. h., dass am jeweiligen Arbeitsplatz ein vollwertiger Rechner zur Verfügung stehen muss.

Da ich in meiner Praxis in den Untersuchungs- und Behandlungsräumen zur Vermeidung der PC-Lüfter-Geräusche nur „Thin Clients“ verwende, die keine Lüfter benötigen, dafür aber auch nur eine relativ geringe Leistung haben, können wir den HAWIK-IV bzw. demnächst den WISC-IV nur an einem speziellen Arbeitsplatz auswerten.
9. Der Verlag hat mich darüber informiert, dass in ca. zwei Jahren ein serverfähiges Auswertungsprogramm zur Verfügung stehen soll.
10. Laufende Materialkosten: 25 Aufgabenhefte 140,00 € + 7% UST = 149,8 €, 25 Protokollbögen 105,00 € + 7 % UST = 112,35 €, d. h. pro Anwendung

mind. Verbrauchsmaterial von 10,49 €. WISC-IV-Aufgabenheft 2 – Durchstreich – 25 Stück 85,00 € + 7% UST = 90,95 € bzw. 3,64 € pro Test. Beim HAWIK IV lagen die Materialkosten ohne Zusatztest bei 7 €, mit Zusatztest bei 10 € pro Testdurchführung.

Resümee: Alles in allem ist der Wechsel vom HAWIK-IV zum WISC-IV keine revolutionäre Erneuerung, sondern vor allem ein Geschäftsvorgang zwischen den Verlagen mit kleinen, dem Marketing geschuldeten Änderungen. Die Normierung stützt sich weiter auf die Untersuchungen von 2005/2006. Es gibt keine Notwendigkeit, vom bisherigen HAWIK-IV auf den WISC-IV umzusteigen. Allerdings sind HAWIK-IV und WISC-IV weiterhin der Goldstandard in der psychometrischen Diagnostik kognitiver Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen, sodass der WISC-IV mit Sicherheit in alle neuen Institutionen mit testdiagnostischen Aufgaben Einzug halten wird und auch die erste Wahl bei Ersatzbeschaffungen darstellt.

Christian K. D. Moik, Aachen

Alfred Wiater, Gerd Lehmkuhl (Hrsg.):

Handbuch des Kinderschlafs. *Grundlagen, Diagnostik und Therapie organischer und nichtorganischer Schlafstörungen.* 1. Aufl. 2011, 344 Seiten, 44,95 €, Schattauer Verlag, Stuttgart, ISBN 978-3794527649

In diesem interdisziplinär, praxisnah und leitlinienbasiert verfassten Handbuch sind alle relevanten Aspekte des normalen und gestörten Schlafes mit ihren Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter beschrieben. Das Werk ist in die Abschnitte „Physiologie und altersbezogene Merkmale des kindlichen Schlafes“, „Klassifikation und Epidemiologie“, „Psychodiagnostik von Schlafstörungen“, „Apparative Diagnostik“, „Die nächtliche Traumwelt im Kindesalter“, „Nicht organische Schlafstörungen im Kindesalter“, „Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen“, „Schlafstörungen bei organischen Erkrankungen“, „Psychoedukation und Schlafhygiene“, „Psychopharmakologische Behandlungsansätze“, „Psychotherapeutische Behandlungsansätze“ sowie „Leitlinien zu Diagnostik und Therapie“ aufgeteilt, ergänzt um ein Verzeichnis „Kinderbücher zum Thema Schlaf“. Die Gliederung innerhalb der nach Ätiologie bzw. Störungsbildern differenzierten Abschnitte ist unterschiedlich: Während bei den organischen bzw. somatisch bedingten Schlaf-

störungen die therapeutischen Optionen jeweils Bestandteil des Abschnitts sind, ist dies in den Abschnitten zu den nichtorganischen bzw. psychisch oder durch psychische Störungen bedingten Schlafstörungen nicht der Fall. Vielmehr sind Psychoedukation (29 Seiten), Psychotherapie (23 Seiten) und Psychopharmakotherapie (13 Seiten) jeweils eigene Abschnitte gewidmet, was bei der Störungsbild übergreifenden Relevanz dieser Interventionen sehr sinnvoll ist. Insgesamt liegt hier ein lesenswertes und für die klinische Praxis sehr informatives und hilfreiches Werk vor.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen