

Inhalt

<i>Editorial</i> : Minus 70 IQ-Punkte im Verlauf – wenn testpsychologische Ergebnisse mehr Fragen aufwerfen als beantworten <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Das Hochbegabten-Zentrum – Evaluation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz <i>Katja Weidtmann, Miriam Bachmann, Michael Schulte-Markwort & Claus Barkmann</i>	14
Umfrage zum Einsatz von Leitlinien <i>Gerd Lehmkuhl, Ulla Breuer, Renate Schepker & Maik Herberhold</i>	33
Die psychodynamische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen <i>Renate Sannwald</i>	47
Kooperation von Schule und Jugendpsychiatrie bei selbst- und fremdaggressiven Jugendlichen <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	73
Die Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtssystem in der Begutachtung delinquenter Jugendlicher <i>Paul L. Plener, Michael G. Kölch, Marc Allroggen</i>	90
<i>Ausschreibungen:</i>	
Wissenschaftlicher Förderpreis der Systemischen Gesellschaft 2013	100
Hermann-Emminghaus-Preis 2013	101
Förderung von Studien in der Versorgungsforschung	103
<i>Tagungsbericht</i> : 3. Aachener Symposion der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter „Aggressive Verhaltensstörungen im Jugendalter kooperative Wege für eine positive Entwicklung“	115
<i>Nachruf</i> : Dr. Emil Branik (1955 – 2012) <i>Sabine Ott & Joachim Walter</i>	117
<i>Rezensionen:</i>	
Das Trauerland Spiel	120
Das Väter-Handbuch	122
<i>Hinweise für Autoren</i>	126

*Editorial:***Minus 70 IQ-Punkte im Verlauf
– wenn testpsychologische Ergebnisse mehr
Fragen aufwerfen als beantworten**

*„That is the essence of science:
ask an impertinent question,
and you are on the way to a pertinent answer“*

Jacob Bronowski (1973, S. 153)

Mir wurde ein § 35 a SGB VIII-Gutachten vorgelegt zu einem jetzt 21jährigen Patienten, den wir in unserer Klinik vor 9 Jahren erstmals stationär behandelten und seitdem einige ambulante und stationäre Behandlungen folgten. Aktuell waren wir zwar vom zuständigen Jugendamt beauftragt, dazu Stellung zu nehmen, wie die Entwicklungsprognose einzuschätzen ist, welche Entwicklungen in den berufs- und lebenspraktischen Bereichen möglich sind, ob dauerhaft Unterstützung im Lebensalltag benötigt wird und inwieweit die vorliegenden Beeinträchtigungen als dauerhaft anzusehen sind. Die aktuelle Behandlung erfolgte jedoch in einer erwachsenenpsychiatrischen Institutsambulanz.

Im Rahmen der Erstellung unseres Gutachtens war der Patient auch von uns mittels *Wechsler Intelligenztest für Erwachsene* (WIE) testpsychologisch untersucht worden. Er erreichte einen Gesamt-IQ von 61 (90%-Vertrauensintervall: 58-68), einen Verbal-IQ von 57 (90%-Vertrauensintervall: 54-63) und einen Handlungs-IQ von 72 (90%-Vertrauensintervall: 68-79).

Das Ergebnis war auf den ersten Blick nicht überraschend, da der junge Mann die letzten Jahre eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung besucht hatte und anschließend eine Werkstatt für geistig Behinderte. Bei der Durchsicht der vorliegenden Unterlagen fiel jedoch auf, dass er 1997 im Alter von 6 Jahren im Rahmen eines VO-SF zur Schuleinweisung in den *Coloured Progressive Matrices* (CPM) 113 und im *Culture Fair Intelligence*

Test (CFT) 131 erreicht hatte, also 52 bzw. 70 IQ-Punkte mehr als im jetzigen WIE-Gesamt-Wert – oder, verglichen mit dem WIE-Handlungsteilergebnis, 41 bzw. 49 IQ-Punkte mehr. Das würde eine Verschlechterung um fast 3 bis 5 Standardabweichungen bedeuten, so dass sich die dringliche Frage stellte, ob in den letzten 14 Jahren eine kognitiver Abbau stattgefunden hat, oder ob der Unterschied anders zu erklären ist.

Die zur Abklärung somatischer Ursachen notwendigen Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen und sollen hier nicht Gegenstand sein. Vielmehr soll es darum gehen, welche testpsychologischen Aspekte bei der Bewertung der Ergebnisdifferenzen zu beachten sind.

2004 hatte der Patient im *Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III* (HAWIK-III) einen Gesamt-IQ von 79 und 2005 im *Snijders-Oomen Non-verbaler Intelligenztest* (SON-R 5½-17) einen IQ von 74. Außerdem war 2011 die *Werdenfelser Testbatterie* (WTB) zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen durchgeführt worden, deren Ergebnisse jedoch nur bedingt mit den übrigen Verfahren verglichen werden können wegen der anderen Zusammensetzung der Normierungsgruppe sowie der anderen Fragestellungen, die dieses Verfahren beantworten soll.

Fehler bei der Testdurchführung und/oder Testauswertung?

Zunächst stellt sich natürlich die Frage, ob die Ergebnisdifferenzen auf Fehler bei der Durchführung oder bei der Auswertung zurückzuführen sind. Da lediglich HAWIK-III und WIE in unserem Hause durchgeführt wurden und mir zu den anderen Untersuchungen mit Ausnahme des WTB keine Details wie Rohwerte, Untertestergebnisse oder gar Kopien der Arbeitsbögen vorlagen, können hierzu nur bedingt Aussagen gemacht werden. Mit aller Vorsicht kann man argumentieren, dass die relativ ähnlichen Ergebnisse von CPM (113) und CFT (131) 1997 sowie die relativ ähnlichen Ergebnisse von HAWIK-III (79) 2004 und SON-R 5½-17 (74) im Jahr 2005 nicht gerade für sehr grobe Fehler in Durchführung und Auswertung sprechen. Die Unterlagen zu den in unserem Hause durchgeführten HAWIK-III 2004 und WIE 2012 wurden nochmals auf ihre Richtigkeit und Schlüssigkeit überprüft mit dem Ergebnis, dass sich keine Hinweise auf Fehler in Durchführung oder Auswertung fanden.

Testleiter-Effekte?

Preusche (2007) fand in ihrer Studie bzgl. Testleitereffekten, dass im „Wortschatztest“ des HAWIK-III die *Auswertungsobjektivität* stark beeinträchtigt ist. Auch konnte sie geschlechtsspezifische Effekte insbesondere hinsichtlich des *Geschlechts des Testleiters* feststellen. In Tabelle 1 sind die Ergebnisunterschiede zwischen unseren Untersuchungen 2004 und 2012 bzgl. gemeinsamer Untertests von HAWIK-III und WIE dargestellt. Es zeigt eine Verschlechterung im Wortschatztest von 3 Wertepunkten, was immerhin einer Standardabweichung entspricht. Im Vergleich zu den anderen Untertests liegt die Differenz von -3 WP bei einer Spannbreite von -8 bis +3 etwa im Mittelfeld. Ein gewisser Testleitereffekt bzgl. Wortschatztest kann demnach nicht ausgeschlossen werden, erklärt die erhebliche Verschlechterung im Gesamtwert jedoch nicht ausreichend.

	HAWIK-III 2004	WIE 2012	Differenz
Verbalteil			
„Wortschatztest“	6	3	-3
„Gemeinsamkeiten finden“	12	4	-8
„Rechnerisches Denken“	4	3	-1
„Zahlen nachsprechen“	8	3	-5
„Allgemeines Wissen“	5	3	-2
„Allgemeines Verständnis“	9	2	-7
Handlungsteil			
„Bilder ergänzen“	4	7	+3
„Zahlen-Symbol-Test“	6	3	-3
„Mosaik-Test“	5	6	+1
„Bilder Ordnen“	5	6	+1

Tab. 1: WP-Ergebnisdifferenzen bzgl. gemeinsamer Untertests von HAWIK-III und WIE

Das Geschlecht der Testleiter bei den Untersuchungen mittels CPM, CFT und SON-R 5½-7 ist den mir vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. HAWIK-III und WIE wurden in unserem Hause von zwei verschiedenen Diplompsychologinnen durchgeführt, so dass zumindest für die Unterschiede zwischen den Ergebnissen in HAWIK-III und WIE nicht Geschlechtsunterschiede beim Testleiter verantwortlich gemacht werden können. Bei beiden Psychologinnen handelte es sich jeweils um im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten erfahrene Mitarbeiterinnen. Routine in testpsychologischer Diagnostik und Erfahrung im Umgang mit jungen Erwachsenen waren allerdings nicht vollständig deckungsgleich, so dass u. U. geringe Effekte hierdurch bedingt sein können.

Normierungsunterschiede?

Aufgrund längerfristiger Verschiebungen von Leistungsparametern in der Bevölkerung werden Intelligenztests im Laufe der Zeit zu leicht („Flynn-Effekt“). CPM und CFT waren 1997 noch nicht neu normiert, sondern die Normen waren damals jeweils rund 20 Jahre alt. Lynn (2009) fand für die CPM einen jährlichen IQ-Gewinn von 0,32 Punkten, Zerahn-Hartung et al. (2002) für den CFT von 0,6 Punkten. Demnach müssten vom o. g. IQ von 113 im CPM $0,32 \times 20 = 6,4$ abgezogen werden, so dass der korrigierte IQ 106,6 beträgt. Vom o. g. CFT-IQ von 131 müssen $0,6 \times 20 = 12$ abgezogen werden, so dass der korrigierte IQ bei 119 liegt.

Der 2005 in einer überarbeiteten Version publizierte SON-R 5½-17 verwendet unverändert die Normierung aus den Jahren 1984-1985. Verwendet man als Korrektur den in der Literatur für nonverbale Intelligenztests referierten Durchschnittswert von 0,33 IQ-Punkten Gewinn pro Jahr, ergibt sich ein Korrekturbedarf von $0,33 \times 20 = 6,6$ und damit ein korrigierter IQ von 67,4.

Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse bzgl. des IQ-Zugewinns für nonverbale Verfahren in der Literatur nicht konsistent sind: Beispielsweise fanden Cotton et al. (2005) in Australien im Zeitraum von 1975 bis 2003 keinen Zuwachs des IQs 6- bis 11jähriger in den CPM.

Die Normierung des HAWIK-III erfolgte 1995 bis 1998, die Normierung des WIE 1999 bis 2005. Das Alter der Normierung bei Durchführung des HAWIK-III 2004 war demnach mindestens 6 Jahre, das Alter der Normierung bei Durchführung des WIE 2012 mindestens 7 Jahre. Eine Korrektur wie bei den vorgenannten Verfahren kann hier nicht vorgenommen werden, da die Datenlage bzgl. verbaler Aufgaben noch weniger klar ist. So fand Lynn

(2009) keine Unterschiede in Wortschatztests. Zumindest für den Vergleich der Ergebnisse von HAWIK-III und WIE kann jedoch festgestellt werden, dass zum jeweiligen Zeitpunkt der Testdurchführung die Normierung in Relation gleich alt waren, so dass hier keine wesentlichen Veränderungen durch den Flynn-Effekt erklärt werden können.

Messfehler?

Das 90%-Vertrauensintervall bei einem Gesamt-IQ von 79 liegt im HAWIK-III bei 74-88, das 90%-Vertrauensintervall bei einem Gesamt-IQ von 61 liegt im WIE bei 58-68. Nimmt man vom HAWIK-III den untersten Wert und vom WIE den obersten, bleibt ein Unterschied von $74 - 68 = 6$ IQ-Punkten. Das 95%-Vertrauensintervall bei einem Gesamt-IQ von 79 liegt im HAWIK-III bei 73-89, das 95%-Vertrauensintervall bei einem Gesamt-IQ von 61 liegt im WIE bei 57-69. Nimmt man vom HAWIK-III den untersten Wert und vom WIE den obersten, bleibt ein Unterschied von $73 - 69 = 4$ IQ-Punkten. Allerdings ist es nicht sehr wahrscheinlich, dass die beiden wahren Werte wirklich an der untersten bzw. obersten Grenze liegen.

Unterschiedliche Testkonstruktionen?

Zweifellos unterscheiden sich die Testkonstruktionen von CPM, CFT und SON-R 5½-17 als nonverbale Verfahren deutlich von HAWIK-III und WIE als mehrdimensionale Intelligenztests, die „einer Familie“ angehören. HAWIK-III und WIE haben zwar eine Reihe von Untertests gemeinsam, aber auch einige Unterschiede.

Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass sich bei unserem Patienten die größte Differenz im in beiden Verfahren enthaltenen Untertest „Gemeinsamkeitenfinden“ zeigt. Betrachtet die *Reihenfolge der Untertests bei der Durchführung*, lässt sich hierdurch die Differenz kaum erklären: Zwar ist die empfohlene Reihenfolge der Durchführung der einzelnen Untertests nicht völlig deckungsgleich zwischen HAWIK-III und WIE, der Untertest „Gemeinsamkeitenfinden“ steht jedoch bei beiden Verfahren an der vierten Stelle. Allerdings finden sich unterschiedliche *Umkehr- und Abbruchkriterien* im Untertest „Gemeinsamkeitenfinden“. Beim HAWIK-III heißt es: „Start: Beispielaufgabe. Abbruch: Nach 4 falsch oder nicht gelösten Aufgaben in Folge. Hilfen erlaubt bei den Aufgaben 1 und 2. Falls bei den Aufgaben 1 oder 2 Hilfestellungen gegeben werden, wird die betreffende Aufgabe mit 1 Punkt gewertet“; beim WIE heißt

es dagegen: „Start: Aufgabe 6. Abbruchkriterium: 4 Nullpunkt-Lösungen in Folge. Umkehrkriterium: keine maximalen Punkte bei Aufgabe 6 oder 7“.

Unterschiede in der Mitarbeit des Patienten?

Während der Patient bei der Testdurchführung 2004 eher gering motiviert war und frühzeitig aufgab, war er bei der Testdurchführung 2012 um ein positives Ergebnis bemüht und verstand die Anweisungen. Daher wäre eher ein besseres als ein schlechteres Ergebnis zu erwarten. Zu den 1997 und 2005 durchgeführten Testuntersuchungen liegen keine Informationen zur Mitarbeit vor.

Bildungsabhängigkeit?

Die Differenz im Gesamt-IQ von 18 zwischen HAWIK-III und WIE kommt vor allem durch eine erhebliche Verschlechterung im Verbal-Teil (von 84 auf 57, also 27 Punkte) zustande, während die Verschlechterung im Handlungsteil (von 77 auf 72, also 5 Punkte) noch innerhalb des Konfidenz-Intervalls liegt. Dem HAWIK-III-Manual ist zu entnehmen, dass der Mittelwert-Unterschied zwischen Schülern, die auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Lernen beschult werden, und Schülern, die eine Regelschule besuchen, im Verbalteil ($75,0 \pm 10,9$ bzw. $103,7 \pm 14,7 \approx 28,7$) größer ist als im Handlungsteil ($77,8 \pm 14,9$ bzw. $101,7 \pm 14,8 \approx 23,9$), was für eine stärkere Abhängigkeit des Verbalteils vom Bildungsangebot spricht. Unser Patient war zunächst auf einer Sprachheilschule unterrichtet worden, danach Wechsel in den GU, zum Zeitpunkt der Testung 2004 besuchte er seit 1 Jahr die Integrierte Schule einer Jugendhilfeeinrichtung. Laut VO-SF-Gutachten wurde er dort nach den Hauptschulrichtlinien unterrichtet und bis einschließlich Sommer 2004 entsprachen seine erbrachten Schulleistungen dem Stand der jeweiligen Klassenstufe. Der Unterrichtsverlauf im Rahmen einer Hospitation in einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung zeigte damals, dass er den übrigen Schülern, die ca. 1½ Jahre älter waren, „kognitiv klar überlegen war“. Dennoch war das Fazit des VO-SF-Gutachtens die Empfehlung zur Beschulung auf einer Schule mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung mit Bildungsgang im Förderschwerpunkt Lernen. Zum Zeitpunkt der jetzigen testpsychologischen Untersuchung erhielt der Patient drei Mal pro Woche für jeweils 1,5 Stunden eine tagesstrukturierende Maßnahme, davor hatte er eine Werkstatt für geistig Behinderte besucht und davor mehrere Jahre eine Schule mit dem Förderschwerpunkt Geistige Ent-

wicklung. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass der Patient 2004 zum Zeitpunkt der Testung mittels HAWIK-III ein wesentlich umfassenderes Förderangebot erhielt als 2012 zum Zeitpunkt der Testung mittels WIE, so dass sich hieraus zumindest eine Teilerklärung für die Differenz in den IQ-Ergebnissen ergibt, wenn man davon ausgeht, dass die Ergebnisse in den förderabhängigen Untertests durch geringere Förderung negativ beeinflusst wurden.

Können die Ergebnisse durch psychische Störungen erklärt werden?

Autismus: Zur Frage der Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus den verschiedenen sprachfreien Intelligenztests mit dem Handlungsteil von HAWIK-III und WIE ist auch die Studie von Dawson et al. (2007) interessant: Probanden mit Autismus erreichten höhere Testergebnisse in den Raven Matrizen als im Wechsler Intelligenztest. Während ihre Werte durchschnittlich um 30% höher lagen, und in manchen Fällen sogar mehr als 70% höher als in den Wechsler scales of intelligence, zeigte sich diese Diskrepanz nicht in der Kontrollgruppe. Beim hier besprochenen Patienten liegen zumindest autistische Züge vor, differentialdiagnostisch ein atypischer Autismus, so dass das Ergebnis im CPM, das mit einem IQ von 113 um 43% höher liegt als im HAWIK-III bzw. um 85% höher als im WIE, möglicherweise zumindest teilweise hierdurch zu erklären ist.

AD(H)S: Schmidtendorf et al. (2012) untersuchten 433 Kinder und Jugendlichen mit AD(H)S mittels HAWIK-IV einschließlich Abhängigkeit der Testergebnisse von komorbiden Störungen und Spezifität gegenüber anderen Psychopathologien und fanden eine signifikante Schwäche in der Arbeitsschwindigkeit sowohl in der Gesamtstichprobe aller AD(H)S-Kinder als auch in den um komorbide Störungen bereinigten Teilstichproben. Bzgl. der Aufmerksamkeitsleistungen unseres Patienten gab es in den vorliegenden Unterlagen extrem schwankende Einschätzungen: In mehreren Dokumenten über die Kindheit wird das typische Bild eines ADHS beschrieben, in Dokumenten über die Jugend und das junge Erwachsenenalter schwankt das Bild hinsichtlich Konzentration und Aufmerksamkeit zwischen unauffällig und sehr auffällig (Letzteres insbesondere im Befund zur Werdenfelser Testbatterie 2011), während Hyperaktivität offenbar keine Rolle mehr spielt. Eine Rückbildung der Hyperaktivität im Jugend- bzw. Erwachsenenalter bei Fortbestehen von Aufmerksamkeitsdefiziten ist für AD(H)S nicht untypisch, auch eine interessengeleitete Ausprägung der Aufmerksamkeitsprobleme würde der Diagno-

se nicht widersprechen. Die Mutter des Patienten berichtete 2012, dass ihr auffalle, dass es ihrem Sohn über die Jahre für viele Dinge immer schwerer falle, sie sich zu merken. Andererseits habe er auch weiterhin ein gutes Langzeitgedächtnis für alles, was mit Handy oder Computer zu tun habe, und auch Wegstrecken mit Auto und Bus könne er sich merken, so dass sie nicht sicher sagen könne, ob die o. g. Verschlechterung im Kurzzeitgedächtnis motivationsbedingt zu interpretieren ist. Der Index-Wert-Skala „Arbeitsgeschwindigkeit“ sind die Subtests „Zahlen-Symbol-Test“ und „Symbolsuche“ zugeordnet. Bei unserem Patienten liegen zwar auch in diesem Bereich Schwächen vor, die Ergebnisse vieler weiterer Subtests sind jedoch in einem ähnlichen Bereich angesiedelt, so dass AD(H)S zwar eine gewisse modulierende Rolle spielen mag, jedoch nicht ausreichend die gesamte Beeinträchtigung erklärt.

Hinweise für depressive oder psychotische Störungen ergaben sich bei unserem Patienten nicht.

Können die Ergebnisse durch somatische Erkrankungen erklärt werden?

Wie bereits oben beschrieben, stehen noch verschiedene Untersuchungen zum Ausschluss psychiatrischer, neurologischer und weiterer somatischer Erkrankungen aus. Aus der Vorgeschichte ergaben sich jedoch bereits Fragen bzgl. arterieller Hypertonie und Prader-Willi-Syndrom.

Arterielle Hypertonie: Unser Patient leidet unter einer familiär gehäuft auftretenden arteriellen Hypertonie, die zum Zeitpunkt der Untersuchung mit dem WIE mittels Bisoprolol behandelt wurde. In der Studie von Chaswal et al. (1999) hatten die Probanden mit arterieller Hypertonie in der Wechsler intelligence scale niedrigere Ergebnisse in den Gedächtnis- und Aufmerksamkeitstests im Vergleich zu den Probanden mit normalem Blutdruck. Bei Therapie mit Beta-Blockern ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede mehr finden. Demnach lässt sich die Differenz in den testpsychologischen Untersuchungen nicht hieraus erklären.

Prader-Willi-Syndrom: Aufgrund muskulärer Hypotonie, Hypogonadismus, hoher Stimme, Artikulationsstörung, Adipositas, Strabismus, Knick-Senkfüße, Entwicklungsverzögerungen und extremer Impulsdurchbrüche im Rahmen von Wutanfällen muss differentialdiagnostisch noch ein Prader-Willi-Syndrom abgeklärt werden. Dykens et al. (1992) fanden in wiederholten Testungen in Zeitabständen von mehreren Jahren beim Prader-Willi-Syndrom

keine testpsychologische Verschlechterung, sondern einen Entwicklungsverlauf der kognitiven Fähigkeiten mit absoluter Zunahme, jedoch gleichbleibendem proportionalem Abstand zu Gleichaltrigen, so dass sich hieraus keine Erklärung für die o. g. Verschlechterungen in den testpsychologischen Ergebnissen ableiten lässt.

Unerwünschte Wirkung von Medikamenten?

Zum Zeitpunkt der WIE-Testung 2012 nahm der Patient lediglich Bisoprolol zur Behandlung der arteriellen Hypertonie ein sowie Jodid zur Behandlung der Schilddrüse. Müdigkeit ist als mögliche unerwünschte Wirkung von Bisoprolol in den Fachinformationen beschrieben, wurde jedoch nicht bei der Testdurchführung beobachtet. Bzgl. Beeinträchtigung der Intelligenz sind uns keine Studien zu Bisoprolol bekannt, die Datenlage zu Beta-Blockern allgemein ist jedoch interessant: Drew et al. (1985) fanden in einer double-blind cross-over-Studie bei Medizinstudenten unter Propranolol eine Verbesserung im Rechnen. Beversdorf et al. (2008) konnten bei Patienten mit Autismusspektrumstörung unter Propranolol Verbesserungen bzgl. einfacher Anagramme nachweisen, während es in der Kontrollgruppe zu Verschlechterungen kam. In der Studie von Beversdorf et al. (2011) verbesserten sich die autistischen Probanden unter Propranolol hinsichtlich "category fluency", jedoch nicht in der 'letter fluency', die Probanden der Kontrollgruppe zeigten keinerlei Effekte. Offenbar zeigen demnach Beta-Blocker bei autistischen Menschen einen positiven Effekt hinsichtlich Flexibilität im Zugriff auf semantische und assoziative Netzwerke, jedoch nicht auf phonologische Netzwerke. Currie et al. (1988) fanden bei gesunden Männern unter Propranolol Verschlechterungen im Kurzzeitgedächtnis und im Konzentrationsvermögen, jedoch nicht unter Atenolol.

Bzgl. Jodid ist eher eine positive Beeinflussung des IQ zu erwarten denn eine negative (Pineda-Lucatero et al. 2008).

Sollen weitere Tests durchgeführt werden zur Erklärung oder Relativierung der Differenz?

Unklar bleibt vorerst, wie nah das WIE-Ergebnis am wahren IQ liegt. Vergangene Testungen können nur durch Berücksichtigung der damals jeweils aktuellen Kontextvariablen beurteilt, jedoch nicht mehr durch zusätzliche Untersuchungen verifiziert werden. Bzgl. des 2012 durchgeführten WIE besteht

jedoch die Möglichkeit, weitere Verfahren durchzuführen in der Hoffnung, dem wahren IQ-Wert möglichst nahe zu kommen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob ein Mehr an testpsychologischen Untersuchungen zwangsläufig zu einer sicheren Annäherung an den wahren IQ-Wert führt (und ob dieses Vorgehen klinisch relevantere Ergebnisse liefert, also wirklich lohnt).

Um sich der Beantwortung dieser Frage zu nähern, müssen auch die relativ zeitnah erfolgten testpsychologischen Untersuchungen, in diesem Fall die 2011 durchgeführte Werdenfeller Testbatterie (WTB) zur Messung kognitiv-intellektueller Fähigkeiten bei Menschen mit Behinderungen, berücksichtigt werden. Die WTB ist ein quantitatives Testverfahren, mit dessen Hilfe differenzierte Aussagen über kognitiv-intellektuelle Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen möglich werden sollen. Die Förderdiagnostik soll Hinweise für eine individuelle Beziehungsgestaltung, das Vermeiden von Unter- bzw. Überforderung und für eine optimale intellektuell-kognitive Förderung liefern. Die WTB umfasst die Untertests: Zeitliche Orientierung, Räumliche Orientierung, Auditive Merkfähigkeit, Visuelle Merkfähigkeit, Episodisches Gedächtnis, Zahlenkenntnis, Reihenbildung, Mengenerfassung, Rechenaufgaben, Sachaufgaben, Artikulation Sprache, Nominative Funktion Sprache, Wortschatz, Begriffsbildung, Situations-/Inhaltserfassung, Aufgabenverständnis, Lesen/Verstehen, Optische Differenzierung, Folgerichtigkeit und Reflexion, Feinmotorische Fertigkeiten. Die Gültigkeit wird durch hohe Korrelationen mit den CPM belegt. Für die zielgruppenspezifische Auswertung liegen Normen von N = 140 Menschen mit Behinderungen aus Werkstätten vor mit einem Altersspektrum von 18 bis 67 Jahren. Somit kann die Normierung nicht gerade als Stärke bezeichnet werden.

Die WTB soll vor allem differenzierte Aussagen über Stärken und Schwächen ermöglichen und wird primär als ein Förderinstrument (z. B. zur Vermeidung von Unter- bzw. Überforderung) verstanden. Auf die Darstellung IQ-äquivalenter Werte als Grundlage möglicher Platzierungsentscheidungen oder der Selektion und Zuweisung von Menschen mit Behinderungen wurde entsprechend bewusst verzichtet. Dementsprechend liegt für unseren Patienten auch kein Gesamt-Ergebnis vor, sondern lediglich Prozentränge für die Subtests in Bezug auf die Normstichprobe von 140 Menschen mit Behinderungen aus Werkstätten mit einem Altersspektrum von 18 bis 67 Jahren. Laut Bühner (2010) ist bei der WTB aufgrund der Normstichprobe von einem Mittelwert von 75 IQ-Punkten bei einer Standardabweichung von 5 IQ-Punkten auszugehen. Unser Patient beantwortete nur bei wenigen Untertests alle Items

richtig und erreichte nur bei wenigen Untertests einen Prozentrang von 100, schnitt jedoch insgesamt bzgl. der Normstichprobe eher durchschnittlich ab, so dass das WTB-Ergebnis zwar für an der Allgemeinbevölkerung orientiert unterdurchschnittlich (Lernbehindertenbereich) ausfällt, das Vorliegen einer geistigen Behinderung jedoch nicht sicher bestätigt.

Schließlich stellt sich die Frage, ob aktuell noch weitere Tests durchgeführt werden sollten wie z. B. der *Kaufman-Test zur Intelligenzmessung für Jugendliche und Erwachsene* (K-TIM), um das aktuelle WIE-Ergebnis testpsychologisch abzusichern. Hierbei müssen jedoch Zumutbarkeit für den Patienten und Testökonomie berücksichtigt werden sowie kontinuierlich zunehmende Testerfahrung bzw. Vertrautheit mit Testsituationen (Testroutine, test sophistication) als unabhängig vom zu messenden Merkmal beeinflussende Faktoren (Moosbrugger & Kelava 2007). Auch sollten Case-Szenarios durchgespielt werden: Was ist der Informationszugewinn unter den o. g. Einflussfaktoren, wenn das Ergebnis eines weiteren aktuellen IQ-Tests (unter vielen bereits zuvor durchgeführten) ebenfalls auf eine geistige Behinderung hinweist, also das WIE-Ergebnis bestätigt? Was ist gewonnen, wenn das Ergebnis deutlich besser oder schlechter ausfällt? Berücksichtigt werden muss auch, dass man sich mit Zunahme der Anzahl durchgeführter (unterschiedlicher) Messverfahren nicht zwangsläufig dem wahren IQ-Wert nähert, sondern auch die Wahrscheinlichkeit von Zufallsfehlern wächst, und dass bei Wiederholung desselben Messverfahrens Übungseffekte zu berücksichtigen sind.

Ask an impertinent question, and you are on the way to a pertinent answer:
Waren die Fragen gemessen am klinischen Alltag impertinent genug?

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Beversdorf DQ, Carpenter AL, Miller RF, Cios JS, Hillier A (2008) Effect of propranolol on verbal problem solving in autism spectrum disorder. *Neurocase* 14(4):378-383
- Beversdorf DQ, Saklayen S, Higgins KF, Bodner KE, Kanne SM, Christ SE (2011) Effect of propranolol on word fluency in autism. *Cogn Behav Neurol* 24(1):11-17
- Bronowski J (1973) *The Ascent of Man*. Boston: Little, Brown & Co.

- Bühner, M.* (2010) Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3. akt. Aufl., Pearson Studium
- Chaswal M, Singh S, Shankar N, Avasthi R* (1999) Behavioural parameters in hypertensives on atenolol therapy. *J Indian Med Assoc.* 1999 Jun;97(6):214-216, 232
- Cotton, S. M., Kiely, P. M., Crewther, D. P., Thomson, B., Laycock, R., & Crewther, S. G.* (2005) A normative and reliability study for the Raven's Colored Progressive Matrices for primary school aged children in Australia. *Personality and Individual Differences* 39, 647–660
- Currie D, Lewis RV, McDevitt DG, Nicholson AN, Wright NA* (1988) Central effects of beta-adrenoceptor antagonists. I--Performance and subjective assessments of mood. *Br J Clin Pharmacol* 26(2):121-128
- Dawson M, Soulières I, Gernsbacher MA, Mottron L* (2007) The level and nature of autistic intelligence. *Psychol Sci* 18(8), 657–62
- Drew PJ, Barnes JN, Evans SJ* (1985) The effect of acute beta-adrenoceptor blockade on examination performance. *Br J Clin Pharmacol* 19(6):783-786
- Dykens, E. M., Hodapp, R. M., Walsh, K. K., Nash, L.* (1992) Profiles, correlates, and trajectories of intelligence in Prader-Willi syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31, 1125-1130
- Lynn, R.; Hampson, S. L.* (1986) The rise of national intelligence: Evidence from Britain, Japan and the USA. *Personality and Individual Differences* 7, 323–332
- Lynn, R* (2009) Fluid intelligence but not vocabulary has increased in Britain, 1979–2008. *Intelligence* 37, 249–255. <http://www.iapsych.com/iqmr/fe/LinkedDocuments/lynn2009.pdf>
- Moosbrugger, H., Kelava, A.* [Hrsg.] (2007) Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Heidelberg: Springer
- Pineda-Lucatero A, Avila-Jiménez L, Ramos-Hernández RI, Magos C, Martínez H* (2008) Iodine deficiency and its association with intelligence quotient in schoolchildren from Colima, Mexico. *Public Health Nutr* 11(7):690-698
- Preusche, I* (2007) Testleiter-Effekt: Fairness von Intelligenztests bei Kindern und Jugendlichen: Welche Faktoren haben einen Einfluss auf Testergebnisse? VDM Verlag
- Schmidtendorf S, Christmann N, Heinrichs N* (2012) Leistungen von Kindern mit einer Störung der Aufmerksamkeit im HAWIK-IV. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40(3), 191-199
- van Batenburg, TA; de Jong MJ* (1985) De intelligentie van de Nederlandse schoolkinderen vroeger en nu. *Pedagogisch Tijdschrift* 10, 129-137
- Zerahn-Hartung C, Strehlow U, Haffner J, Pfüller U, Parzer P, Resch F* (2002) Normverschiebungen bei Rechtschreibleistungen und sprachfreier Intelligenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 51, 281-297

Das Hochbegabten-Zentrum – Evaluation einer kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz

*Katja Weidtmann¹, Miriam Bachmann²,
Michael Schulte-Markwort³ & Claus Barkmann³*

¹Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

²Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in freier Praxis, Hamburg

³Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

The Center for Highly Gifted: Evaluation of a Special Outpatient Service in Child and Adolescent Psychiatry

Summary

Objective: Evaluation of an outpatient service for highly gifted children at the University Hospital's Clinic for Child and Adolescent Psychiatry Hamburg.

Methods: Assessment of 201 consultations with children, parents and counselors using established psychometric methods and questionnaires designed for the study.

Results: Service was mainly provided to primary school-aged boys. The majority of cases included 2 counseling and 1 diagnostic appointment. Almost two third of all families received recommendations for further therapy and about 50% for pedagogical and highly gifted-specific interventions. The service evaluation by the families with regard to structures, processes and outcomes was highly positive. Core characteristics such as overall satisfaction were more positively evaluated by families than counselors.

Conclusions: Clinical and scientific implications for counseling families with highly gifted children and conclusions regarding quality assurance can be derived.

Keywords: giftedness, child- and adolescent psychiatry, counselling, diagnostic, evaluation

Zusammenfassung

Fragestellung: Evaluation einer Ambulanz für potenziell hochbegabte Kinder und Jugendliche und ihre Familien an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Methode: Erfassung von 201 Beratungen anhand etablierter und studienspezifisch konstruierter Fragebögen für Kinder, Eltern und Therapeuten.

Ergebnisse: Vorstellig wurden v. a. Jungen im Grundschulalter mit dem Wunsch nach Begabungsdiagnostik und Problemen in Kindergarten bzw. Schule. Die Mehrheit der Beratungen umfasste zwei Gesprächs- und einen Diagnostiktermin. Bei Beratungsende erhielten fast zwei Drittel der Familien die Empfehlung für therapeutische und jeweils etwa die Hälfte für pädagogische und hochbegabtenspezifische Maßnahmen. Die Bewertungen des Angebots durch Väter, Mütter und Kinder bezogen auf Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität waren sehr positiv. Zentrale Merkmale evaluierten die Klienten besser als die Berater.

Schlussfolgerungen: Es ergeben sich Implikationen von allgemeiner klinischer und wissenschaftlicher Relevanz für die praktische Beratungsarbeit und die Qualitätssicherung an Hochbegabten-Ambulanzen.

Schlüsselbegriffe: Hochbegabung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Beratung, Diagnostik, Evaluation

Das internationale Interesse am Phänomen Hochbegabung¹ bei Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen und auch in Deutschland bieten mittlerweile viele Institutionen Diagnostik, Beratung und Förderung für diese Gruppe an (Heller, 2001). So stellen staatliche Stellen, schulpyschologische Dienste, Elternorganisationen und freie Berater zunehmend Ressourcen für diese Zielgruppe bereit (Grassinger, 2009). Auch an einigen Universitäten wurden entsprechende Beratungsstellen initiiert, z. B. in Göttingen, Hannover, Kiel, Marburg, München, Münster, Rostock, Ulm und Würzburg. Trotz dieses Zuwachses scheint die Nachfrage das Angebot zu übersteigen (Holling et al., 1999b) und es finden sich kaum Publikationen

¹ Die meisten Publikationen zur Hochbegabung meinen die intellektuelle Hochbegabung (Freund-Braier, 2001; Rohrman & Rohrman, 2005). International hat sich eine quantitative Definition etabliert, dabei gilt die Annahme einer Normalverteilung der Intelligenz mit $M=100$ und $SD=15$ Punkten. Man spricht von einer Hochbegabung, wenn der Intelligenzquotient zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert liegt, d. h. bei mindestens 130 Punkten. In der Bevölkerung ist von einem Anteil Hochbegabter von ~2% auszugehen.

über das konkrete Vorgehen, die theoretische Fundierung oder die Evaluation der verschiedenen Anbieter und Programme (Grassinger, 2009).

Die Versorgung betroffener Familien ist von zwei Problemen gekennzeichnet:

- Die Qualität der Angebote ist nicht ausreichend gesichert. So wird zum Teil eine Hochbegabung bescheinigt, ohne dass Fachkräfte testpsychologische Untersuchungen durchführen (Wittmann, 2003). Beratungen erfolgen teilweise ohne Fachkenntnis über Modelle der Hochbegabung, Begabungsbereiche, spezifische Probleme oder Förderstrategien. Eine standardisierte Qualitätssicherung der Hochbegabtenberatung existiert nicht (Heller & Perleth, 2007; Holling et al., 1999a).
- Die Schnittstelle begabungsbezogener und kinder- und jugendpsychiatrischer Problembereiche wird nicht abgedeckt. Wenn an einigen Beratungsstellen zum Thema Hochbegabung auch Erziehungsberatung und Hilfestellung bei Erlebens- und Verhaltensstörungen geleistet wird, legen viele Institutionen den Schwerpunkt auf die Feststellung des intellektuellen Potenzials und Beratung zur Förderung. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen fokussieren auf die Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen. Vereinen sich jedoch diese Themenkomplexe, geraten beide Institutionstypen an die Grenzen ihrer Fachkompetenz² (Bachmann et al., 2004).

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Evaluationsergebnisse der kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialambulanz „Das Hochbegabtenzentrum“ (HBZ). Das HBZ wurde 2003 an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gegründet. Das Angebot

² Bislang ließ sich kein systematischer Zusammenhang zwischen der Höhe der Intelligenz und psychosozialen Auffälligkeiten oder psychischen Störungen nachweisen, wenn man vom Bereich der Minderbegabung absieht (Preckel & Eckelmann, 2008). Hochbegabung scheint demnach kein Risikofaktor für psychische Auffälligkeiten oder Störungen zu sein (Gauck, 2007). Vielmehr sprechen bisherige Ergebnisse dafür, dass sich die Unterschiede zwischen Hochbegabten und Nicht-Hochbegabten auf die kognitive Leistungsfähigkeit beschränken (Rost, 2009). Gleichzeitig wird angenommen, dass die besonderen Eigenschaften Hochbegabter sowie widrige Sozialisationsbedingungen zu speziellen Problemen und zu einem Bedarf an spezifischen Versorgungsangeboten führen können (Bailey, 2011; Heller & Perleth, 2007; Rinn et al., 2010; Wittmann & Holling, 2001).

richtet sich an Familien mit Kindern, bei denen eine Hochbegabung diagnostiziert wurde bzw. bei denen der Verdacht einer Hochbegabung sowie damit in Zusammenhang stehende Fragen und Probleme vorliegen. Die Ziele bestehen in der Diagnostik, Beratung und Förderung an der Schnittstelle Hochbegabung und Erlebens-/ Verhaltensauffälligkeiten.

Fragestellungen der Evaluationsstudie:

1. Wie zufrieden sind die Klienten mit Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität?
2. Wie beurteilen die Berater zentrale Qualitätsmerkmale der Beratung?
3. Gibt es zwischen der Bewertung zentraler Aspekte durch Familien und Berater Unterschiede?
4. Welche Merkmale der Beratung beeinflussen die Klientenzufriedenheit?

Methoden

Design

Die Studie ist gekennzeichnet durch die interne Durchführung, den summarischen Ansatz, die naturalistische Praxis- und Entwicklungsorientierung, die quantitative Ausrichtung und das Ziel der Optimierungsgrundlage (Wottawa & Thierau, 2003). Als Design wurde eine 1-Gruppen-Prä-Post-Messung mit einer Kombination aus indirekter und direkter Veränderungsmessung gewählt. Als Messzeitpunkte dienten Anmeldung, Erst- und Abschlussgespräch und eine Erhebung vier Wochen nach der Beratung. Neben standardisierten psychometrischen Tests wurden studienspezifische Dokumentations- und Fragebogenverfahren eingesetzt. Die Daten lieferten Eltern, Kinder ab Grundschulalter sowie Mitarbeiter.

Variablen und Instrumente

Die Berater dokumentierten in einem selbst entwickelten, semistrukturierten Dokumentationsschema Merkmale der Familien und Beratungen:

- Versorgungsvorgeschichte, z. B. im Vorfeld aufgesuchte Institutionen, Diagnosen und Vorbehandlungen

- Beratungsanlässe, z. B. nicht defizitorientierte Anlässe, Schwierigkeiten in Kindergarten/Schule oder in der Familie
- Erbrachte Leistungen im HBZ, z. B. Anzahl der Gesprächs- und Diagnostiktermine
- Ergebnisse der Diagnostik und Beratung im HBZ, z. B. psychopathologischer Befund, klinisch-psychiatrische Diagnosen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau
- Empfehlungen an die Familie, z. B. Behandlungen oder pädagogische Maßnahmen
- Evaluation der Beratung durch die Berater mit Spiegelitems zu der Evaluation durch die Familien

Folgende *Dimensionen* bildeten die Zielkriterien, die über in Anlehnung an vergleichbare Evaluationen (Lenz, 1998; Lenz & Gmür, 1998; Vossler, 2003) entwickelte Fragebögen erfasst wurden:

Strukturqualität (Eltern- und Beraterurteil)

- Zufriedenheit mit strukturellen Aspekten, z. B. Telefonsprechstunde, Räumlichkeiten und Terminierung

Prozessqualität (Eltern-, Kind- und Beraterurteil)

- Zufriedenheit mit übergreifenden prozessualen Aspekten, z. B. Information über den Beratungsablauf, Gesprächsatmosphäre
- Zufriedenheit mit Merkmalen der Berater, z. B. Verständnis, fachliche Kompetenz, Sympathie
- Zufriedenheit mit Beratungsbestandteilen, z. B. Klärung des Anliegens im Erstgespräch, Information über testpsychologische Untersuchungen, Vermittlung von Empfehlungen im Abschlussgespräch

Ergebnisqualität (Eltern-, Kind- und Beraterurteil)

- Übergreifende abschließende Bewertungen, z. B. Weiterempfehlung des HBZ, Erfüllung der Erwartungen, Gesamtzufriedenheit

- Ergebnisbezogene Kennzeichen des Abschlussgesprächs, z. B. Erhalt konkreter Anregungen und erfolgte bzw. geplante Umsetzung der Empfehlungen
- Durch die Beratung im HBZ erlebte Veränderungen, z. B. bezogen auf das Verständnis für die Situation des Kindes, die Sicherheit im Umgang mit dem Kind

Klientenstichprobe

Studienpopulation waren Familien, die zwischen August 2003 und Dezember 2004 im HBZ vorstellig wurden. Die Datenerhebung umfasst N=201 konsekutive Beratungen. Für alle Beratungen liegen Dokumentationsdaten vor, die Rücklaufquote bei der Evaluation betrug für Väter 72.7%, für Mütter 79.5% und für Kinder 67.4%. Das Alter lag rechtsschief verteilt um $M = 8.2$ Jahre ($SD = 3.06$, Range = 3 - 20), 74.1% waren Jungen. Mädchen waren im Durchschnitt etwa ein Jahr jünger als Jungen ($d = .28$). Die Hälfte der Kinder (49.3%) besuchte die Grundschule, 25.9% einen Kindergarten bzw. die Vorschule und 23.9% eine weiterführende Schule.

Programmstichprobe

Die Mehrheit der Beratungen umfasste zwei bis drei Gespräche und einen Diagnostiktermin (74.1%). Bei den Beratungsanlässen³ dominierten nicht-defizitorientierte Anlässe (89.9%), gefolgt von Schwierigkeiten in Kindergarten/Schule (72.1%). Als nicht-defizitorientierte Anlässe wurden am häufigsten der Wunsch nach Begabungsdiagnostik und die Suche nach Fördermöglichkeiten genannt. Bei 77.6% der Kinder erfolgte eine testpsychologische Untersuchung der Intelligenz, bei 14.4% weitere Tests. Mit 64.7% erhielt die Mehrheit der Kinder eine klinisch-psychiatrische Diagnose (zu je einem Viertel Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) sowie Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)). Bei etwa jedem fünften Kind (19.9%) wurde eine Umschriebene Entwicklungsstörung diagnostiziert (meist der motorischen Funktionen). Bezüglich des Intelligenzniveaus ergab sich ein Anteil Hochbegabter ($IQ > 129$) von 21.9%, die Gruppen der überdurchschnittlich ($115 < IQ < 129$) bzw. durchschnittlich Intelligenten ($86 < IQ < 114$) lagen bei 38.8% bzw. bei 38.3%. Empfehlungen wurden am Ende der Beratung für 92.5% der Familien

³ Bei den Beratungsanlässen waren Mehrfachantworten möglich.

ausgesprochen, darunter für 61.3% Weiterbehandlungen (meist Ergotherapie), für 55.9% pädagogische Maßnahmen und für 43.0% hochbegabenspezifische Maßnahmen (meist Kompetenzerwerb der Eltern zum Thema Hochbegabung).

Vorgehen bei der Datenerhebung

Die Eltern erhielten zwei bis vier Wochen vor dem Erstgespräch ein Fragebogenset und schickten es vor dem ersten persönlichen Gespräch ausgefüllt an das HBZ zurück. Die Berater dokumentierten nach dem Erst- und Abschlussgespräch die oben beschriebenen Merkmale der Familien und Beratungen. Vier Wochen nach dem Abschlussgespräch bekamen die Familien Evaluationsbögen in Versionen für Eltern und Kinder zugeschickt.

Analysen

Neben univariater deskriptiver Statistik erfolgte die Prüfung bivariater Zusammenhänge anhand von Korrelationsrechnungen nach Pearson, Häufigkeitsvergleiche anhand von Chi²-Tests bzw. einer einfaktorischen ANOVA, die Prüfung von Gruppenunterschieden anhand von t-Tests für unabhängige und abhängige Stichproben sowie die Analyse der Übereinstimmung verschiedener Urteiler mit der Intraklassenkorrelation (ICC). Zur signifikanzstatistischen Absicherung wurde bei zweiseitiger Testung eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gewählt. Nichtnumerisches Textmaterial wurde inhaltsanalytisch ausgewertet. Bei der Evaluation durch die Familien wurden mehrheitlich Bewertungen in der positiven Hälfte der Beurteilungsskala erwartet. Die Prädiktion der Zufriedenheit erfolgte über explorative multiple lineare Regressionsanalysen. Die Daten wurden mittels SPSS 13.0 und Excel 2000 für Windows analysiert.

Ergebnisse

Strukturqualität

Die Mehrheit der elterlichen Urteile zur Strukturqualität liegt über dem Skalenmittel von 3.5 Punkten (1 = negativ, 6 = positiv). Die Zufriedenheitswerte waren am höchsten für die zeitliche Abfolge der Termine ($M_{\text{Vater}} = 5.1$, $SD_{\text{Vater}} = 0.86$; $M_{\text{Mutter}} = 5.1$, $SD_{\text{Mutter}} = 1.08$). Am kritischsten beurteilt wurden telefonische Erreichbarkeit ($M_{\text{Vater}} = 3.6$, $SD_{\text{Vater}} = 1.29$; $M_{\text{Mutter}} = 3.5$, $SD_{\text{Mutter}} = 1.68$) und Räumlichkeiten ($M_{\text{Vater}} = 3.5$, $SD_{\text{Vater}} = 1.46$; $M_{\text{Mutter}} = 3.2$, $SD_{\text{Mutter}} = 1.56$). Väter urteilten bei den meisten Merkmalen positiver als Mütter, Mittelwertvergleiche erbrachten bei kleinen Effekten nur für Organisation ($n =$

55, $t = 2.161$, $p < .05$, $d = .25$) und Gesprächsdauer ($n = 55$, $t = 2.720$, $p < .05$, $d = .36$) signifikante Unterschiede. Zur Datenaggregation wurde aus den sieben Items zur Struktur die Skala Strukturqualität gebildet (Min = 1, Max = 6 Punkte, $\alpha = .81$ für Väter, $\alpha = .76$ für Mütter). Durch Ausschluss des Items Räumlichkeiten erhöhte sich die Skalenreliabilität bei den Vätern auf $\alpha = .82$, bei den Müttern auf $\alpha = .78$. Für die Väter ergab sich ein mittlerer Zufriedenheitswert von $M = 4.5$ ($SD = 0.84$), für die Mütter von $M = 4.3$ ($SD = 0.90$). Ein Mittelwertsvergleich für gepaarte Stichproben zeigte keinen signifikanten Unterschied ($n = 55$, $t = -1.195$, $df = 54$, $p > .05$, $d = .16$). Die Intraklassenkorrelation indizierte mit $ICC = .68$ einen mittleren Urteilerzusammenhang. Nach Aufteilung des Scores anhand des Skalenmittels in unzufriedene und zufriedene Urteiler ergaben sich 85.7% ($n = 54$) zufriedene Väter und 77.1% ($n = 108$) zufriedene Mütter.

Prozessqualität

Wegen des Umfangs der Daten zur Prozessqualität (25 Merkmale bei den Eltern und 23 Merkmale bei den Kindern) können hier nur Auszüge berichtet werden (vgl. Weidmann, 2007). Die deutliche Mehrheit der Bewertungen lag bei Vätern, Müttern und Kindern oberhalb des Skalenwerts von fünf Punkten. Die besten Bewertungen gaben alle drei Gruppen beim negativ kodierten Merkmal Ärger über Berater ($M_{\text{Vater}} = 5.7$, $SD_{\text{Vater}} = 0.91$ bzw. $M_{\text{Mutter}} = 5.6$, $SD_{\text{Mutter}} = 1.11$, $M_{\text{Kind}} = 5.8$, $SD_{\text{Kind}} = 0.68$), die Mütter außerdem bei Gelegenheit zur Äußerung im Erstgespräch ($M = 5.6$, $SD = 0.73$). Am schlechtesten beurteilten Väter die Information über die eingesetzten Testverfahren ($M = 4.4$, $SD = 1.32$) und den Aufwand für das Ausfüllen von Fragebögen ($M = 4.4$, $SD = 1.63$), Mütter und Kinder ebenfalls das Merkmal Information über die Testverfahren ($M_{\text{Mutter}} = 4.2$, $SD_{\text{Mutter}} = 1.37$, $M_{\text{Kind}} = 4.3$, $SD_{\text{Kind}} = 1.45$). Bezüglich der Diagnostik zeigte sich also Verbesserungsbedarf bei der Information über Sinn und den Ablauf der Testungen sowie über die eingesetzten Instrumente. Beim Abschlussgespräch betrafen die kritischsten Bewertungen den Sinn und die Umsetzbarkeit der Empfehlungen. Urteilervergleiche zwischen Vätern und Müttern ergaben keine Signifikanzen bei durchweg kleinen Effekten. Der Vergleich zwischen Vätern und Kindern erbrachte signifikant positivere Bewertungen der Väter bei den Merkmalen Offenheit des Gesprächs, Eingehen auf die Bedürfnisse durch den Berater im Erstgespräch, Information über Sinn und Ergebnisse der Diagnostik (mittlere Effekte). Der größte Unterschied ergab sich bei der Gelegenheit für Äußerungen des Kindes im Abschlussgespräch ($M_{\text{Vater}} = 5.6$, $SD_{\text{Vater}} = 0.60$; $M_{\text{Kind}} = 4.9$, $SD_{\text{Kind}} = 1.38$; $t = 3.08$; $df = 39$, $p < .05$; $d = .62$). Bei dem

Vergleich der Bewertungen durch Mütter und Kinder ergaben sich signifikant höhere Werte bei den Müttern für die Variablen Klärung von Anliegen und Situation, Gelegenheit für Äußerungen des Kindes und Eingehen auf die

Merkmal	Vater		Mutter		Kind		F-Test			
	M	SD	M	SD	M	SD	F	df	p	η^2
<i>Allgemeines</i>										
Weiterempfehlung des HBZ	5.2	1.12	5.4	1.03	-	-	1.43	1.0	.235	.020
Wiederaufsuchen des HBZ	5.2	1.20	5.4	1.21	-	-	1.33	1.0	.252	.019
Erfüllung der Erwartungen an die Beratung	4.7	1.29	4.9	1.24	5.1	0.98	1.74	1.92	.184	.044
Hilfe für die Familie durch die Beratung	4.9	1.10	4.9	1.42	5.0	1.23	0.14	1.81	.853	.003
Gesamtzufriedenheit mit der Beratung	5.1	1.17	5.0	1.23	5.2	0.83	0.67	1.97	.512	.016
<i>Abschlussgespräch</i>										
Erhalt konkreter Anregungen	5.0	1.08	4.9	1.31	-	-	0.22	1.0	.645	.003
Umsetzbarkeit der Empfehlungen	4.9	1.13	5.1	1.18	-	-	1.11	1.0	.296	.017
Umsetzung der Empfehlungen erfolgt	4.3	1.51	4.5	1.73	-	-	1.57	1.0	.215	.024
<i>Veränderungen</i>										
verbessertes Verständnis für die Situation des Kindes	4.1	1.21	4.4	1.37	-	-	3.38	1.0	.070	.047
Umgang mit dem Kind sicherer	3.6	1.53	4.1	1.53	-	-	5.07	1.0	.028	.069
Situation des Kindes in der Familie verbessert	3.3	1.36	3.5	1.49	3.4	1.64	0.12	2.0	.887	.003
Situation des Kindes mit Gleichaltrigen verbessert	2.9	1.38	2.6	1.60	3.0	1.82	1.10	2.0	.339	.027
Situation des Kindes in Schule/KiGa verbessert	3.3	1.64	3.2	1.69	3.4	1.94	0.27	2.0	.767	.007

Tab. 1: Evaluation der Ergebnisqualität durch Väter, Mütter und Kinder. *Anmerkungen:* $n=70$ Väter und Mütter; $n=45$ Väter, Mütter und Kinder; 6-stufige Skala von 1 (negativ) - 6 (positiv); Varianzanalyse mit Messwiederholung; Huynh-Feldt-Korrektur für Nichtsphärizität.

Bedürfnisse im Erstgespräch sowie Information über Sinn und Ergebnisse der Diagnostik (mittlere Effekte). Der größte Effekt zeigte sich bei der Offenheit des Gesprächs ($M_{\text{Mutter}} = 5.6$, $SD_{\text{Mutter}} = 0.72$; $M_{\text{Kind}} = 5.0$, $SD_{\text{Kind}} = 1.24$; $t = 4.54$; $df = 78$, $p < .05$; $d = .57$). Aus der Itemliste wurden urteilerspezifische Prozessqualitätskalen gebildet ($\alpha_{\text{Vater}} = .94$, $\alpha_{\text{Mutter}} = .93$ und $\alpha_{\text{Kind}} = .84$). Die Übereinstimmung zwischen den Eltern auf dieser Skala betrug $ICC = .84$, zwischen Müttern und Kindern $ICC = .69$ und zwischen Vätern und Kindern $ICC = .60$. Wurden die Scores entlang des Skalenmittels in Unzufriedene und Zufriedene gruppiert, ergaben sich 98.4% ($n = 62$) zufriedene Väter, 97.1% ($n = 136$) zufriedene Mütter und 98.9% ($n = 87$) zufriedene Kinder.

Ergebnisqualität

Die Zufriedenheit mit der Ergebnisqualität gliedert sich für Väter, Mütter und Kinder in die Bereiche Allgemeines, Abschlussgespräch und Veränderungen durch die Beratung. Der Großteil der Bewertungen aller drei Gruppen lag oberhalb des Skalenwerts von vier Punkten (vgl. Tabelle 1). Bei den allgemeinen Aspekten ergaben sich bei den Eltern die positivsten Ergebnisse bei der Weiterempfehlung des HBZ und bei der Einschätzung, sich bei einer weitergehenden Fragestellung wieder an das HBZ zu wenden.

Bei den Items zum Abschlussgespräch gaben die Eltern zwar an, eine Umsetzung der ausgesprochenen Empfehlungen zu planen, bei der Frage nach bereits umgesetzten Empfehlungen gab es jedoch am wenigsten zustimmende Antworten. Bezüglich der durch die Beratung im HBZ erlebten direkten Veränderungen wurde deutlich, dass diese keine Gruppe in einem relevanten Ausmaß wahrgenommen hatte. Dies betrifft sowohl Auswirkungen auf den elterlichen Umgang mit dem Kind sowie die Situation des Kindes in Familie, Kindergarten/Schule und im Kontakt mit Gleichaltrigen. Bezüglich der Sicherheit im Umgang mit dem Kind urteilten die Mütter signifikant positiver als die Väter. Für die Vater- und Mutterurteile ergab sich unter Einbezug aller Items die Skala Ergebnisqualität mit einer internen Konsistenz von $\alpha_{\text{Vater}} = .90$ und $\alpha_{\text{Mutter}} = .91$. Bei den Kindern lag die Konsistenz bei $\alpha_{\text{Kind}} = .75$ und erhöhte sich durch den Ausschluss von Items zur eigenen Situation mit Gleichaltrigen, in der Familie bzw. in Kindergarten/Schule auf $\alpha_{\text{Kind}} = .81$. Die Übereinstimmung der Eltern lag bei $ICC = .83$, von Müttern und Kindern bei $ICC = .71$ und von Vätern und Kindern bei $ICC = .51$. Die Aufteilung der Scores in Unzufriedene und Zufriedene ergab 92.1% ($n = 58$) zufriedene Väter, 86.4% ($n = 121$) zufriedene Mütter und 64.8% ($n = 57$) zufriedene Kinder.

Vergleich der Eltern- und Beraterurteile

Für einen Vergleich der Perspektiven von Beratern und Familien auf zentrale Aspekte des Angebots wurde durch die Mittelung der Urteile von Vätern, Müttern und Kindern ein Familienurteil gebildet. Der Vergleich der Evaluationen anhand des Familienurteils und der Bewertungen der Berater über einen t-Test für gepaarte Stichproben ergibt durchweg positivere Beurteilungen durch die Familien bei überwiegend mittleren Effekten, große Effekte ergeben sich bei den Merkmalen Verständnis der Beraterin für die Probleme sowie Offenheit des Gesprächs (vgl. Tabelle 2). Auf Ebene der Urteilerübereinstimmung wurde für die Evaluationen der Familien und Berater der ICC bestimmt. Die Zusammenhänge fallen überwiegend schwach bis mittel aus und reichen von minimal ICC = .13 (Erhalt konkreter Anregungen) bis zu maximal ICC = .57 (Erfüllung der Erwartungen der Klienten). Ein negativer Zusammenhang zeigt sich bei dem Merkmal Information über den Ablauf (ICC = -.21). Die Bewertungen beider Urteilergruppen stimmten damit kaum überein.

	Familie		Berater		t-Test		
	M	SD	M	SD	t	p	d
Information über Ablauf	5.2	0.96	4.9	0.67	-2.519	.013	.36
Verständnis der Probleme	5.4	0.75	4.8	0.66	-6.569	.000	.85
Offenheit des Gesprächs	5.4	0.78	4.8	0.70	-6.671	.000	.83
Gesprächsatmosphäre	5.0	0.95	4.5	0.96	-5.082	.000	.52
Erfüllung der Erwartungen	4.6	1.14	4.4	0.89	-2.113	.036	.20
Konkrete Anregungen	4.9	1.19	4.6	0.81	-2.290	.024	.29
Hilfe durch die Beratung	4.7	1.09	4.5	0.78	-1.192	.235	.21
Gesamtzufriedenheit	4.9	1.07	4.3	0.89	-6.304	.000	.61

Tab. 2: Vergleich der Evaluation zentraler Qualitätsmerkmale durch Familien und Berater. *Anmerkungen:* $n=131$; 6-stufige Skala von 1 (negativ) - 6 (positiv); 2-seitiger t-Test für gepaarte Stichproben.

Prädiktoren der Klientenzufriedenheit

Väter			
R = .85, R ² = .72, F = 77.977, df = 2/60, p < .000			
Variablen	β	t	p
Die Anzahl der Beratungsgespräche war ausreichend.	.48	3.899	.000
Die Dauer der Beratungsgespräche war ausreichend.	.40	3.235	.002
Mütter			
R = .93, R ² = .86, F = 201.352, df = 4/135, p < .000			
Variablen	β	t	p
Ich bin mit der Organisation (z. B. Wartezeit) insgesamt zufrieden.	.47	11.448	.000
Die Anzahl der Beratungsgespräche war ausreichend.	.29	5.199	.000
Die Dauer der Beratungsgespräche war ausreichend.	.26	4.925	.000
Ich bin mit der zeitlichen Abfolge insgesamt zufrieden.	.17	3.694	.000
<i>Anmerkungen:</i> N _{Väter} = 63, N _{Mütter} = 140; 6-stufige Skala von 1 (negativ) - 6 (positiv); lineare Regression, Modell stepwise; Einschlusskriterium: p(F) < .05			

Tabelle 3: Prädiktoren der Zufriedenheit der Väter und Mütter mit der Strukturqualität

Väter			
R = .90, R ² = .80, F = 122.150, df = 2/60, p < .000			
Variablen	β	t	p
Die Gesprächsatmosphäre war angenehm.	.48	5.461	.000
Die Fachkompetenz der Behandlerin entsprach meinen Erwartungen.	.47	5.353	.000
Mütter			
R = .90, R ² = .81, F = 143.794, df = 4/135, p < .000			
Variablen	β	t	p
Ich fühlte mich von der Behandlerin kompetent betreut.	.34	4.831	.000
Die Behandlerin verstand das Wesentliche von den Problemen, die uns hierher gebracht haben.	.24	3.771	.000
Die Gesprächsatmosphäre war angenehm.	.23	3.655	.000
Die Behandlerin war mir sympathisch.	.22	3.449	.001
Kinder			
R = .81, R ² = .66, F = 54.715, df = 3/84, p < .000			
Variablen	β	t	p
Im Erstgespräch ging die Behandlerin auf unsere Bedürfnisse ein.	.43	4.962	.000
Ich habe die Empfehlungen der Behandlerin verstanden.	.41	6.040	.000
Im Erstgespräch hatte ich Gelegenheit, mich zu äußern.	.19	2.130	.036
<i>Anmerkungen:</i> N _{Väter} = 63, N _{Mütter} = 140, N _{Kinder} = 88; 6-stufige Skala von 1 (negativ) - 6 (positiv); lineare Regression, Modell stepwise; Einschlusskriterium: p(F) < .05			

Tabelle 4: Prädiktoren der Zufriedenheit der Väter, Mütter und Kinder mit der Prozessqualität

Zur Bestimmung der Prädiktoren der Zufriedenheit der Familien mit dem Angebot im HBZ wurden für die drei Qualitätsdimensionen separate schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt. Die Auswahl der Prädiktoren erfolgte anhand substanzieller Korrelationen der einzelnen Merkmale mit der entsprechenden Qualitätsdimension ($r \geq .10$). Auf Basis der Fallzahlen konnten für die Väter jeweils 2, für die Mütter 5 und für die Kinder 3 Prädiktoren eingeschlossen werden.

Die Tabellen 3 - 5 geben einen Überblick der bei Vätern, Müttern und Kindern einbezogenen Variablen und der aufgeklärten Varianzanteile für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Bei der Strukturqualität scheint Vätern insbesondere die Anzahl und Dauer der Beratungsgespräche von Bedeutung zu sein, bei Müttern waren auch die allgemeine Organisation und der zeitliche Ablauf relevant. Die Bewertung der Prozessqualität wurde bei Vätern durch

Väter			
R = .86, R ² = .74, F = 84.093, df = 2/60, p < .000			
Variablen	β	t	p
Ich bin mit der Beratung insgesamt zufrieden.	.55	3.745	.000
Ich würde mich aus heutiger Sicht mit meinem Anliegen wieder an das Hochbegabten-Zentrum wenden.	.33	2.287	.026
Mütter			
R = .91, R ² = .83, F = 167.378, df = 4/135, p < .000			
Variablen	β	t	p
Die Beratung war für mich und mein Kind hilfreich.	.42	5.842	.000
Ich habe aus der Beratung konkrete Anregungen mitgenommen.	.24	4.610	.000
Ich würde mich aus heutiger Sicht mit meinem Anliegen wieder an das Hochbegabten-Zentrum wenden.	.18	3.015	.003
Meine Erwartungen an die Beratung haben sich erfüllt.	.18	2.331	.021
Kinder			
R = .91, R ² = .82, F = 128.480, df = 3/84, p < .000			
Variablen	β	t	p
Durch die Beratung hat sich meine Situation in der Schule verbessert.	.41	6.970	.000
Durch die Beratung hat sich meine Situation in der Familie verbessert.	.37	6.125	.000
Durch die Beratung hat sich meine Situation mit Gleichaltrigen verbessert.	.29	4.458	.000

Tabelle 5: Prädiktoren der Zufriedenheit der Väter, Mütter und Kinder mit der Ergebnisqualität. *Anmerkungen:* N_{Väter} = 63, N_{Mütter} = 140, N_{Kinder} = 88; 6-stufige Skala von 1 (negativ) - 6 (positiv); lineare Regression, Modell stepwise; Einschlusskriterium: p(F) < .05

die Fachkompetenz der Berater und der Gesprächsatmosphäre beeinflusst, bei Müttern spielten neben der Betreuung, dem Verständnis und der Sympathie zum Berater auch die Gesprächsatmosphäre eine Rolle. In das Urteil der Kinder flossen am stärksten Merkmale des Erstgesprächs und das Verständnis der Empfehlungen ein. Unterschiede in der Bewertung der Dimension der Ergebnisqualität durch die Väter wurden am besten durch das Wiederaufsuchen des HBZ und die Gesamtzufriedenheit erklärt.

Bei den Müttern war dies neben dem Wiederaufsuchen des HBZ die Erfüllung der Erwartungen, der Erhalt konkreter Anregungen und die durch die Beratung empfangene Hilfe. In die Urteile der Kinder flossen mit dem größten Gewicht empfundene Verbesserungen der eigenen Situation in Familie, Kindergarten/Schule und mit Gleichaltrigen ein.

Diskussion

Die Strukturqualität im HBZ wurde durch beide Elternteile evaluiert. Die deutliche Mehrheit der Bewertungen liegt bei beiden Gruppen in der positiven Skalenhälfte und spiegelt eine generelle Zufriedenheit mit den meisten erhobenen Merkmalen wider. Die väterlichen Beurteilungen fielen tendenziell etwas positiver aus als die der Mütter, wohl weil die Väter in den organisatorischen Ablauf, z. B. Anmeldung, Anrufe im HBZ, weniger eingebunden waren und so eventuell weniger Anlass zu Unzufriedenheit hatten. Evaluationsergebnisse zu strukturellen Merkmalen vergleichbarer Einrichtungen werden nur für München und Rostock beschrieben (Elbing, 2000, Sühlfleisch-Thurau et al., 2004), allerdings mit deutlichen Unterschieden in den strukturellen Voraussetzungen und Erhebungsinstrumenten. Für die Beratungsstelle in München bewerteten Väter, Mütter und Kinder die äußeren Umstände sehr positiv und die Dauer der Beratung wurde mehrheitlich als genau richtig eingeschätzt (Elbing, 2000). Dieses Ergebnis stimmt mit der hohen Zufriedenheit der im HBZ beratenen Eltern mit Dauer und Anzahl der Termine überein. Der tendenzielle Wunsch der Mütter nach mehr und längeren Terminen im Vergleich zu den Vätern lässt sich aus den Münchner Ergebnissen nicht herleiten. Die Prozessqualität wurde im HBZ durch Väter, Mütter und Kinder bewertet. Die deutliche Mehrheit der Bewertungen lag bei allen drei Gruppen oberhalb des Skalenwerts von fünf Punkten, dieses Resultat spricht für eine hohe Qualität prozessualer Merkmale. Vergleichbar positiv fallen die Evaluationen der Marburger Beratungsstelle BRAIN aus. So finden sich hohe Werte für Verständlichkeit, Freundlichkeit,

Einfühlungsvermögen, Kompetenz, Kenntnisse zum Thema Hochbegabung und Eingehen auf die Familie und Fragen (Graf et al., 2002). Die im HBZ beratenden Eltern zeigten sich bei ihren Bewertungen zufrieden und sehr einig. Die Bewertungen der Kinder waren durchweg weniger positiv, sie scheinen also andere Maßstäbe anzulegen und ihre Bedürfnisse weniger befriedigt zu sehen. Aus München und Marburg werden auf prozessualer Ebene vergleichbare Zufriedenheitswerte berichtet und auch hier ist der Effekt zu beobachten, dass die Eltern sich in ihren Evaluationen sehr einig waren und positiver urteilten als ihre Kinder (Elbing, 2000, Perleth et al., 2004). Die Ergebnisqualität im HBZ wurde insgesamt etwas weniger positiv evaluiert als die Prozessqualität, doch diese Werte liegen bei allen Gruppen überwiegend zwischen vier und fünf Punkten. Merkmale der Ergebnisqualität wurden auch an anderen Beratungsstellen am kritischsten beurteilt. So erlebten die Befragten die Beratungen in Marburg zwar als hilfreich und zielführend, im Vergleich zu den Beurteilungen prozessualer Merkmale fielen die Werte jedoch niedriger aus (Schilling et al., 2002). Am kritischsten zeigten sich bei der Ergebnisqualität im HBZ wiederum die Kinder, am zufriedensten die Väter. Die Zusammenhänge zwischen den Urteilen der Eltern bzw. zwischen Müttern und Kindern fiel hoch aus, zwischen den Urteilen der Väter und Kinder ergab sich eine mittlere Korrelation. Letztgenanntes Ergebnis spricht dafür, dass sich die Bewertungskriterien der Kinder wiederum zumindest von denen der Väter unterschieden und ihre Bedürfnisse aus eigener Sicht am wenigsten befriedigt worden waren. Dieses Phänomen wird auch aus München und Rostock berichtet (Elbing, 2000, Perleth et al., 2004; Perleth & Stave, 2010).

Die Evaluation zentraler Qualitätsmerkmale des Angebots im HBZ durch die Berater selbst zeichnet ein positives Bild, die Bewertungen aller Aspekte liegen mit geringen Streuungen oberhalb des Skalenwerts von vier Punkten. Der Vergleich der Beraterurteile mit den Bewertungen der Familien erbringt durchweg positivere Werte der letztgenannten Gruppe, überwiegend signifikant und mit zum Teil mittleren bzw. großen Effekten. Die Übereinstimmung zwischen Klienten und Beratern fällt mit einem maximal mittleren Zusammenhang gering aus. Insbesondere aus Evaluationsstudien stationärer Behandlungen werden höhere Übereinstimmungen berichtet (Bredel et al., 2004). Eine mögliche Erklärung liefert der Effekt sozialer Erwünschtheit, der sich bei Klienten in verzerrt positiven und bei Beratern in bescheideneren, selbstkritischen Evaluationen niederschlagen könnte. Die Forschung zur psychosozialen Beratung spricht durchaus für unterschiedliche Sichtweisen

durch Klienten und Berater (Gmür & Straus, 1998), v. a. bei kurzen Interventionen mit wenigen Kontakten urteilen Berater kritischer als Klienten (Märrens, 1998). Für die Qualitätssicherung im stationären Bereich wird berichtet, dass sich Urteile von Patienten und Behandlern im Laufe der Therapie immer weiter annähern (Bredel et al., 2004), dieser Effekt ist bei kurzen Kontakten wie im HBZ nicht zu erwarten.

Während für die Zufriedenheit der Eltern mit der Prozessqualität insbesondere Merkmale von Bedeutung sind, die im engeren Sinne mit der Person der Berater zu tun hatten, spielen bei den Kindern konkrete Merkmale von Beratungselementen eine wichtige Rolle. Ihnen scheint ein adäquater Einbezug durch die Gelegenheit zur Äußerung und eine verständliche Darstellung der Ergebnisse wichtig zu sein. Unterschiede in der Bewertung der Ergebnisqualität durch die Väter wurden am besten durch die eher abstrakteren Konstrukte einer hohen Gesamtzufriedenheit und dem Wiederaufsuchen des HBZ erklärt. Bei den Müttern waren dies neben der durch die Beratung empfundenen Hilfe der Erhalt konkreter Anregungen, das Wiederaufsuchen des HBZ sowie die Erfüllung der Erwartungen. In die Urteile der Kinder flossen mit dem größten Gewicht empfundene Verbesserungen der eigenen Situation in Schule, Familie und mit Gleichaltrigen ein. Damit spielen bei dieser Gruppe Effekte eine Rolle, die in Bezug auf die eigene Befindlichkeit in verschiedenen Lebensbereichen verspürt werden. Da bezüglich dieser Aspekte kaum Änderungen beschrieben wurden, überrascht es nicht, dass der Anteil der zufriedenen Kinder geringer ist als der an zufriedenen Eltern. Die Erwartungen der Kinder an die Beratung im Sinne von positiven Veränderungen ihrer Lebenssituation scheinen sich nicht mit den empfundenen Effekten der Beratung zu decken.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich für die Evaluation des Angebots im HBZ festhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten mit den erfassten Qualitätsdimensionen zufrieden war. Gleichzeitig wird Verbesserungsbedarf deutlich. Über die lokale Bedeutung für das HBZ hinaus lassen sich Folgerungen allgemeiner klinischer und wissenschaftlicher Relevanz ableiten. So wären Studien mit vergleichbarem Design an anderen Hochbegabten-Beratungsstellen wünschenswert, um die Ergebnisse in ihrer Übertragbarkeit zu prüfen (Holling et al., 1999a). Die eingesetzten Verfahren wurden zwar auf

die Bedingungen im HBZ zugeschnitten, doch ihre Verwendung in ggf. leicht modifizierter Form an anderen Institutionen mit ähnlichen Abläufen ist gut vorstellbar. Neben vergleichenden Studien an verschiedenen Einrichtungen mangelt es an Untersuchungen zur langfristigen Entwicklung von zu Hochbegabung beratenen Kindern und ihren Familien (Colangelo, 1997; Heller & Perleth, 2007). Derartige Fragestellungen erfordern aufwändige Längsschnittstudien zu verschiedenen Parametern, doch nur so ließe sich z. B. herausfinden, ob und welche längerfristigen Effekte hochbegabten-spezifische Beratungen haben (Pruisken & Fridrici, 2005). Zudem erlauben nur derartige Designs Aussagen darüber, inwieweit bestehende Beratungskonzepte zu modifizieren sind, um den Bedürfnissen der Betroffenen auf unterschiedlichen Ebenen bestmöglich gerecht werden zu können (Holling et al., 1999b).

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dipl.-Psych. M.M.E. Katja Weidtmann
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)
Alexanderstraße 1, 20099 Hamburg
Telefon: 040 42875 7155
E-mail: katja.weidtmann@haw-hamburg.de

Literatur

- Bachmann, M., Weidtmann, K., Schulte-Markwort, M.* (2004). Das Hochbegabten-Zentrum am UKE: Konzept und erste Ergebnisse. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 4, 15-32.
- Bailey, C.* (2011). An Examination of the Relationships between Ego Development, Dabrowski's Theory of Positive Disintegration, and the Behavioral Characteristics of Gifted Adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 55, 208-222.
- Bredel, S., Brunner, R., Haffner, J., Resch, F.* (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 53, 256-276.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung* (2001). *Zu Entwicklungsschwierigkeiten hoch begabter Kinder und Jugendlicher in Wechselwirkung mit ihrer Umwelt: Erfahrungen und mögliche Lösungswege*. Bonn: BMBF.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung* (2003). *Begabte Kinder finden und fördern: Ein Ratgeber für Elternhaus und Schule*. Bonn: BMBF.

- Colangelo, N.* (1997). Counseling gifted students: issues and practices. In N. Colangelo, G. A. Davis (Eds.), *Handbook of gifted education* (pp. 353-365). Boston: Allyn and Bacon.
- Elbing, E.* (2000). *Hochbegabte Kinder: Strategien für die Elternberatung*. München: Reinhardt.
- Freund-Braier, I.* (2001). *Hochbegabung, Hochleistung, Persönlichkeit*. Münster: Waxmann.
- Gauck, L.* (2007). *Hochbegabte verhaltensauffällige Kinder - Eine empirische Untersuchung*. Münster: Lit Verlag.
- Gmür, W., Straus, F.* (1998). Qualitätsmanagement in psychosozialen Beratungsstellen. In A. R. Laireiter, H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung* (S. 75-99). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Graf, S., Hanses, P., Pruiskens, C., Rost, D. H., Schilling, S. R.* (2002). Die Begabungsdagnostische Beratungsstelle BRAIN: Konzeption und Evaluation. *Schule und Beratung*, 10, 87-99.
- Grassinger, R.* (2009). *Beratung hochbegabter Kinder und Jugendlicher*. Münster: Lit Verlag.
- Heller, K. A.* (2001). *Hochbegabung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Heller, K. A., Perleth, C.* (2007). Talentförderung und Hochbegabtenberatung in Deutschland. In: K. A. Heller, A. Ziegler (Hrsg.), *Begabt sein in Deutschland* (S. 139-170). Münster: Lit.
- Holling, H., Kanning, U. P., Wittmann, A. J., Preckel, F.* (1999a). *Hochbegabung: Forschungsergebnisse und Fördermöglichkeiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Holling, H., Preckel, F., Vock, M., Wittmann, A. J.* (1999b). *Beratung für Hochbegabte: Eine Literaturübersicht*. Bonn: BMBF.
- Lenz, A.* (1998). Qualität in der psychosozialen Beratung: Dimensionen der Qualität und Methoden der Evaluation. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30, 155-178.
- Lenz, A., Gmür, W.* (1998). Erfolgreiche Beratung durch Qualitätsmanagement? In T. Gierlaczky, R. Freitag (Hrsg.), *Qualitätsmanagement von Krisenintervention und Suizidprävention* (S. 61-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Märtens, M.* (1998). Erfahrungen und Probleme mit Methoden der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie und Beratung. *Wege zum Menschen*, 50, 362-377.
- Perleth, C., Sühlfleisch-Thurau, U., Joswig, H.* (2004). Zwei Jahre Begabungspsychologische Beratungsstelle „Odysseus-Projekt“ an der Universität Rostock: Konzeption, Ergebnisse und Erfahrungen. In H. Joswig, H. Drewelow (Hrsg.), *Begabungsförderung: Von der Einzelfallberatung zur Lernkultur* (S. 173-200). Rostock: Universität Rostock.
- Perleth, C., Stave, U.* (2010). „Odysseus“: Beratung hochbegabter Kinder. In: C. Spiel, B. Schober, P. Wagner, R. Reimann (Hrsg.), *Bildungspsychologie* (S. 382-387). Göttingen: Hogrefe.
- Preckel, F., Eckelmann, C.* (2008). Beratung bei (vermuteter) Hochbegabung: Was sind die Anlässe und wie hängen sie mit Geschlecht, Ausbildungsstufe und Hochbegabung zusammen? *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 55, 16-26.

- Pruisken, C., Fridrici, M.* (2005). Besondere Beratung bei besonderer Begabung? Beratungsanlässe in der Begabungsdagnostischen Beratungsstelle BRAIN. In S. R. Schilling, J. R. Sparfeldt, C. Pruisken (Hrsg.), *Aktuelle Aspekte pädagogisch-psychologischer Forschung* (S. 111-128). Münster: Waxmann.
- Rinn, A. N., Mendaglio, S., Rudasill, K. M., & McQueen, K. S.* (2010). Examining the relationship between the overexcitabilities and self-concepts of gifted adolescents via multivariate cluster analysis. *Gifted Child Quarterly*, 5, 3-17.
- Rohrmann, S., Rohrmann, T.* (2005). *Hochbegabte Kinder und Jugendliche. Diagnostik, Förderung, Beratung*. München: Reinhardt.
- Rost, D. H.* (2009). *Hochbegabte und hochleistende Jugendliche: Befunde aus dem Marburger Hochbegabtenprojekt*. Münster: Waxmann.
- Schilling, S. R., Graf, S., Hanses, P., Pruisken, C., Rost, D. H., Sparfeldt, J. R.* (2002). Klare Information für Betroffene: Erfahrungen aus der begabungsdagnostischen Beratungsstelle BRAIN. *Report Psychologie*, 27, 642-647.
- Sühlfleisch-Thurau, U., Perleth, C., Joswig, H.* (2004). *Dritter Zwischenbericht zum „Odysseus-Projekt“*. Rostock: Universität Rostock.
- Vossler, A.* (2003). *Perspektiven der Erziehungsberatung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Weidtmann, K.* (2007). *Das Hochbegabten-Zentrum - Dokumentation und Evaluation eines Beratungsangebots am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*. Hamburg: Kovac.
- Wittmann, A. J., Holling, H.* (2001). *Hochbegabtenberatung in der Praxis: Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater*. Göttingen: Hogrefe.
- Wittmann, A. J.* (2003). *Hochbegabtenberatung: Theoretische Grundlagen und empirische Analysen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wottawa, H., Thierau, H.* (2003). *Lehrbuch Evaluation*. Berlin: Huber

Wie werden Leitlinien von Kinder- und Jugendpsychiatern akzeptiert und umgesetzt?

Ergebnisse einer Klinik- und Praxisbefragung

*Gerd Lehmkuhl, Ulla Breuer,
Renate Schepker & Maik Herberhold*

Die erstmalig 2000 publizierten und 2007 überarbeiteten und erweiterten Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter stellen empirisch begründete Empfehlungen mit dem Ziel einer Optimierung von Diagnostik und Therapie dar. Allerdings ersetzen Leitlinien nicht den Dialog über diagnostische und therapeutische Notwendigkeiten und deren Zweckmäßigkeit und können auch deshalb nicht als verbindlich gelten, weil im Einzelfall abweichende Verhaltensweisen oder Heilversuche berechtigt sein können.

Die Schwächen der Leitlinien finden sich nach Poustka (2007) vor allem dort, wo auch die tatsächlichen Schwächen des Faches insgesamt liegen: „So erscheint es immer noch schwierig, Klassifikationen, Diagnose und Psychopathologie mit dem Alltag psychotherapeutischen Handelns und dem Erstellen von zielorientierten Therapieprogrammen zu integrieren. Die Diagnostik bildet aber die Grundlage dafür, eine wirksame evidenzbasierte Therapie betreiben zu können“ (S. 167). Für die Weiterentwicklung der Leitlinien wird es wesentlich sein, wie diese Empfehlungen in der Praxis angenommen werden und ob sie ihre Funktion als systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte bei der Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen ausreichend gerecht werden (Herpertz-Dahlmann et al., 2010). Bei den aktuell vorliegenden kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien in der 3. Auflage wurden zwar so weit möglich die empirisch gesicherten Evidenzgrade für Interventionen angegeben, jedoch stehen sie immer noch auf der so genannten S 1-Stufe (Basis: Expertengruppe), erreichen also nicht das von der AWMF als wissenschaftlich

fundiert zugrunde gelegte Niveau von S 2, besser von S 3. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich dies für einige relevante Krankheitsbilder in naher Zukunft aufgrund der zunehmend besseren Studienlage ändern wird.

Was sollen Leitlinien für die Praxis leisten? In ihrer Leitlinie für Leitlinien definiert die AWMF die notwendigen Inhalte und Funktionen (<http://leitlinien.net>). Döpfner und Esser fassen zusammen, dass Leitlinien demnach einfach, aber auch umfassend sein sollen und dabei die Diagnostik, Indikation, Gegenindikation, Therapie einschließlich adjuvanter Maßnahmen und Nachbehandlung abbilden (2004, S. 60). Insbesondere sind hierbei folgende Fragen zu klären:

- Was ist notwendig?
- Was ist in Einzelfällen nützlich?
- Was ist überflüssig?
- Was ist obsolet?
- Was muss stationär behandelt werden?
- Was kann ambulant behandelt werden?

Doch wie lassen sich die evidenzbasierten Empfehlungen in die Versorgungsrealität implementieren? Möchte man Psychotherapie auf EbM-Basis betreiben, birgt dies nach Spitzcok von Brisinski prinzipiell die Gefahr einer Beschränkung auf Methoden, „für die zwar mindestens ausreichend viele und gute kontrollierte Studien unter Forschungsbedingungen vorliegen, deren Ergebnisse aber möglicherweise im konkreten Arbeitskontext nicht ohne weiteres übertragbar sind, d.h. die ökologische Validität ist nicht zwangsläufig gegeben“ (2011, S. 3). Und auch für Mattejat und Remschmidt (1998) können allgemeine oder auch störungsspezifische Therapieleitlinien immer nur eine grobe Orientierung geben und die sorgfältige Indikationsstellung und Therapieplanung im Einzelfall nicht ersetzen: „Indikationsstellung kann und darf nicht auf eine Applikation von Leitlinien reduziert werden, denn wesentliche Aspekte der Therapieplanung und Therapiedurchführung ergeben sich aus den Nuancen des Einzelfalles, die nicht in Leitlinien fassbar sind“ (S. 72). Trotz dieser kritischen, die Bedeutung der Leitlinien für die Praxis relativierenden Einschätzung kommt ihnen zunehmend auch im Rahmen des notwendigen Qualitätsmanagements eine wichtige Rolle zu (Bilke & Kühnel,

2001) und je konkreter sie den aktuellen Standard eines Fachs beschreiben, desto verbindlicher sind sie auch in rechtlicher Hinsicht (Rothärmel & Fegert, 2000).

In der Präambel zu den Leitlinien wird explizit betont, dass sie den Dialog über diagnostische und therapeutische Notwendigkeiten und über deren Zweckmäßigkeit nicht ersetzen können: „Im Einzelfall können abweichende Vorgehensweisen oder Heilversuche gerechtfertigt sein. Die Leitlinien sind aber in dem Sinne „bindend“, dass sich der Arzt, der häufig von ihnen abweicht, über dieses Vorgehen im Klaren sein und sich seine Gründe dafür bewusst machen sollte. Leitlinien sind auch eine Hilfe für die Vermittlung empirischen Wissens und die kollegiale Kooperation in Qualitätszirkeln. Wo immer möglich, basieren die hier übermittelten Handlungsanleitungen deswegen auf überprüften Erfahrungen“ (S. VI).

Die nachfolgende Untersuchung wurde durchgeführt, um Informationen über die praktische Umsetzung und Akzeptanz von Leitlinien sowohl in den Versorgungskliniken als auch im niedergelassenen Feld zu erhalten.

Fragestellung, Stichprobe und Methodik

Nachdem die revidierten Leitlinien 2007 in 3. Auflage veröffentlicht wurden, sollte überprüft werden, wie sie Eingang in den klinischen Alltag gefunden haben und von welchen Faktoren Akzeptanz und Umsetzung abhängen.

In einem ersten Schritt wurde ein Fragebogen konzipiert, mit dem die generelle Beurteilung und Einstellung zu den Leitlinien erhoben wird. Neben Fragen zur Diagnostik, Umsetzung des störungsspezifischen Vorgehens, Erfassung der störungsrelevanten Rahmenbedingungen und zur Auswahl des Interventionssettings wird insbesondere auf die praktische Anwendbarkeit abgehoben. Dieses Screening-Instrument umfasst insgesamt 16 Items und lehnt sich wesentlich an das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung – DELBI (ZÄQ & AWMF, 2005) an.

Neben dieser generellen Haltung gegenüber den Leitlinien interessierte uns außerdem, inwieweit die Empfehlungen bei einer häufigen Diagnose, der hyperkinetischen Störung, umgesetzt werden. Die diagnostischen und therapeu-

	Berufserfahrung			
	gering 1-5 Jahre (n=15) gültige %	mittel 6-10 Jahre (n=27) gültige %	groß 11-20 Jahre (n=32) gültige %	sehr groß > 20 Jahre (n=29) gültige %
1 Die Leitlinien stellen für meine tägliche Arbeit eine wichtige Orientierung dar	100	89	91	72
2 Sie helfen mir bei Fragen der Klassifikation	67	52	78	52
3 Bei meinem diagnostischen Vorgehen orientiere ich mich häufig an den Leitlinien	47	74	75	59
4 Bei meinem therapeutischen Vorgehen orientiere ich mich häufig an den Leitlinien	67	78	59	69
5 Ich setze insbesondere Hinweise der störungsspezifischen Diagnostik um	60	81	78	74
6 Bei den entbehrlichen Diagnostikschritten greife ich auf die Leitlinien zurück	47	50	61	48
7 Bei den entbehrlichen therapeutischen Maßnahmen beziehe ich mich auf die Leitlinien	33	65	71	52
8 Die Hierarchie des therapeutischen Vorgehens ist für meine Arbeit eine wichtige Orientierung	80	74	61	55
9 Die Leitlinien haben eine zu geringe Praxisrelevanz	27	26	41	33
10 Die Leitlinien sind in ihren diagnostischen Vorschlägen zu allgemein	29	19	13	21
11 Die Leitlinien sind in ihren therapeutischen Vorschlägen zu allgemein	53	48	39	32
12 Aus den Leitlinien kann ich für meine praktische Arbeit zu wenig ableiten	20	19	32	36
13 Die Leitlinien berücksichtigen Fragen der ambulanten Versorgung zu wenig	47	35	35	29
14 Die Leitlinien legen das diagnostische Vorgehen zu stark fest	8	7	16	29
15 Die Leitlinien legen das therapeutische Vorgehen zu stark fest	7	4	41	48
16 Die Umsetzung der Leitlinien ist in der Praxis zu aufwändig und deshalb nicht umsetzbar	0	11	26	25

Tab. 1: Berufserfahrung und Akzeptanz der Leitlinien

tischen Vorgaben wurden mit insgesamt 42 Items abgebildet und gefragt, ob sie nie, selten oder meistens erfolgen.

Zur Stichprobengewinnung wurde mit Hilfe der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände (BAG KJPP, BKJPP und DGKJP) unter deren Mitgliedern eine bundesweite Online-Fragebogenerhebung durchgeführt. Dabei wurden auch das Berufsfeld (Klinik oder Praxis) sowie die Berufserfahrung in Jahren erfasst. Kritisch muss angemerkt werden, dass der Rücklauf unbefriedigend war, da von ca. 1.100 befragten Mitgliedern nur 105, d. h. ca. 10 %, teilnahmen.

Von den 105 antwortenden Kinder- und Jugendpsychiatern im Alter von 29 bis 74 Jahren ($M = 45,4$; $s = 10,2$) mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 16,1 Jahren ($s = 10,3$) sind 76 % in der Praxis und 22 % in einer Klinik tätig. Diese Zusammensetzung ist nicht repräsentativ, da sich die Fachärzte etwa 1:1 auf Kliniken und Praxen verteilen.

Ergebnisse

Die Rückmeldungen zur allgemeinen Anwendung und Akzeptanz der Leitlinien belegen, dass sie insbesondere für Ärzte mit geringerer Berufserfahrung eine wichtige Orientierungsquelle für die tägliche Arbeit darstellen.

Ihre Bedeutung nimmt bei größer werdender Berufserfahrung ab, wobei insbesondere Berufserfahrene sowohl die diagnostischen als auch therapeutischen Vorschläge als zu unspezifisch empfinden (Tab. 1). Außerdem erscheint ihnen die praktische Umsetzung zu aufwendig und zu festgelegt. Allerdings ist ihr Zuspruch sowohl in der Klinik als auch Praxis mit einer im Schnitt 80 %igen Zustimmung als gut zu bezeichnen (Abb. 1).

Für die klinische Relevanz der Leitlinien ist bedeutsam, dass 20 % die diagnostischen und gut 40 % die therapeutischen Empfehlungen für zu allgemein halten. Dabei herrscht eine große Übereinstimmung darin, dass die Leitlinien Fragen der ambulanten Versorgung zu wenig berücksichtigen und das therapeutische Vorgehen zu stark festlegen. Während 14 % der klinischen Kollegen eine Umsetzung für zu aufwendig und deshalb nicht praktikabel halten, meinen dies 33 % der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater (Tab. 2).

Berufsfeld: zustimmende Antworten in %

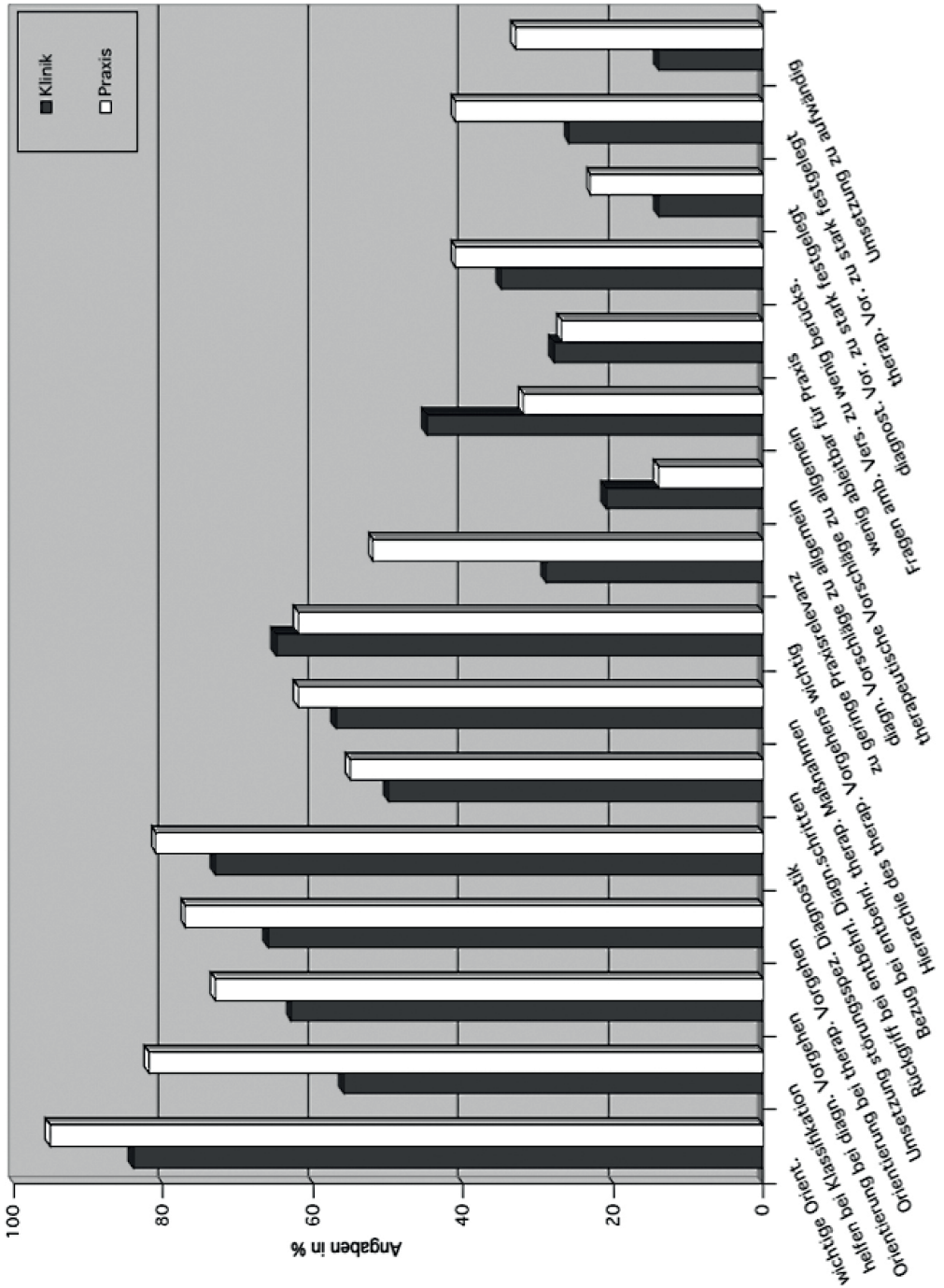


Abb. 1: Berufsfeld und Akzeptanz der Leitlinien

	Berufsfeld	Gesamt (n=105) gültige %	Klinik (n=80) gültige %	Praxis (n=23) gültige %
1.	Die Leitlinien stellen für meine tägliche Arbeit eine wichtige Orientierung dar	87	84	95
2.	Sie helfen mir bei Fragen der Klassifikation	63	56	82
3.	Bei meinem diagnostischen Vorgehen orientiere ich mich häufig an den Leitlinien	65	63	73
4.	Bei meinem therapeutischen Vorgehen orientiere ich mich häufig an den Leitlinien	68	66	77
5.	Ich setze insbesondere Hinweise der störungsspezifischen Diagnostik um	76	73	81
6.	Bei den entbehrlichen Diagnostikschritten greife ich auf die Leitlinien zurück	52	50	55
7.	Bei den entbehrlichen therapeutischen Maßnahmen beziehe ich mich auf die Leitlinien	59	57	62
8.	Die Hierarchie des therapeutischen Vorgehens ist für meine Arbeit eine wichtige Orientierung	65	65	62
9.	Die Leitlinien haben eine zu geringe Praxisrelevanz	33	29	52
10.	Die Leitlinien sind in ihren diagnostischen Vorschlägen zu allgemein	19	21	14
11.	Die Leitlinien sind in ihren therapeutischen Vorschlägen zu allgemein	42	45	32
12.	Aus den Leitlinien kann ich für meine praktische Arbeit zu wenig ableiten	28	28	27
13.	Die Leitlinien berücksichtigen Fragen der ambulanten Versorgung zu wenig	36	35	41
14.	Die Leitlinien legen das diagnostische Vorgehen zu stark fest	16	14	23
15.	Die Leitlinien legen das therapeutische Vorgehen zu stark fest	29	26	41
16.	Die Umsetzung der Leitlinien ist in der Praxis zu aufwändig und deshalb nicht umsetzbar	18	14	33

Tab. 2: Berufsfeld und Akzeptanz der Leitlinien (Gesamt, Klinik, Praxis)

		nie	selten	meistens	ohne Angabe
		%	%	%	%
1. Bei der störungsspezifischen Diagnostik setze ich die Vorgaben bei der Exploration der Eltern um:					
	• Auftreten der Leitsymptome	1,9	1,9	96,2	0
	• Häufigkeit, Intensität und Variabilität	1,0	5,7	92,4	1,0
	• Elternfragebögen	3,8	14,3	81,9	0
2. Bei der störungsspezifischen Diagnostik setze ich die Vorgaben bei der Exploration der Kinder/Jugendlichen um:					
	• Auftreten der Leitsymptome	0	7,6	91,4	1,0
	• Häufigkeit, Intensität und situative Variabilität	0	9,5	89,5	1,0
	• Selbstbeurteilungsfragebögen	6,7	31,4	59,0	2,9
3.	Ich hole Informationen von Kindergarten/ von der Schule ein	0	8,6	87,6	3,8
4.	Ich erhebe eine störungsspezifische Entwicklungsgeschichte	0	1,9	97,1	1,0
5. Folgende diagnostische Schritte werden von mir initiiert					
	• Intelligenzdiagnostik	0	4,8	94,3	1,0
	• Entwicklungsdiagnostik	0	18,1	81,0	1,0
	• Leistungsdiagnostik	0	6,7	90,5	2,9
6.	Eine körperliche Untersuchung erfolgt regelmäßig	1,0	14,3	82,9	1,9
7. Folgende apparative diagnostische Maßnahmen werden durchgeführt:					
	• Labor, insbesondere Schilddrüsenstoffwechselediagnostik	1,0	13,3	82,9	2,9
	• EEG-Ableitung	1,0	33,3	63,8	1,9
	• EKG-Ableitung	3,8	26,7	67,6	1,9
8.	Bei der diagnostischen Zuordnung orientiere ich mich am Entscheidungsbaum der Leitlinie	6,7	37,1	54,3	1,9
9.	Insbesondere die Abklärung von komorbiden Erkrankungen führe ich entsprechend den Leitlinien durch	3,8	31,4	62,9	1,9

Tab. 3: Akzeptanz des leitlinienorientierten Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen

	nie	selten	meistens	ohne Angabe
	%	%	%	%
10. Bei der Behandlung richte ich mich nach dem Ablauf der multimodalen Vorgehensweise entsprechend den Leitlinien. Hierzu gehören:				
• Aufklärung und Beratung der Eltern	0	1,0	98,1	1,0
• Aufklärung und Beratung des Kindes/Jugendlichen	0	1,9	96,2	1,9
• Elternt raining und Intervention in der Familie	1,0	21,0	74,3	3,8
• Intervention im Kindergarten/in der Schule	2,9	47,6	47,6	1,9
• Kognitive Therapie des Kindes/Jugendlichen	2,9	37,1	57,1	2,9
• Pharmakotherapie	0	18,1	74,3	7,6
• Soziales Kompetenztraining	1,9	31,4	63,8	2,9
• Übungsbehandlungen	2,9	43,8	49,5	3,8
11. Bei der Pharmakotherapie stellen die Leitlinien eine gute Orientierung dar:				
• Beginn mit niedrigen Dosierungen	0	1,9	93,3	4,8
• Auf titrierung bis zur optimalen Einstellung	0	2,9	92,4	4,8
• Die Tagesdosen liegen im Allgemeinen unter 1 mg/kg Körpergewicht	0	8,6	86,7	4,8
• Die Tagesdosis von 60 mg wird nicht überschritten	1,0	7,6	86,7	4,8
• Pulsfrequenz und Blutdruck werden regelmäßig kontrolliert	0	16,2	78,1	5,7
• Bei Nichtansprechen auf Psychostimulanzien kommt Atomoxetin zum Einsatz	1,9	32,4	58,1	7,6
• Die Risiken von Neuroleptika sind im Allgemeinen größer als ihr Nutzen	2,9	44,8	41,0	11,4
12. Das spezielle Vorgehen im Vorschulalter mit einem speziellen Entscheidungsbaum wird umgesetzt				
• Stimulanzien sind in diesem Alter eher eine Ausnahme	1,9	4,8	89,5	3,8
• Interventionen beziehen sich vor allem auf die Mutter-Kind-Interaktion	0	5,7	92,4	1,9
• Interventionen im Kindergarten werden eingeleitet	2,9	27,6	65,7	3,8

	nie	selten	meistens	ohne Angabe
	%	%	%	%
13. Die Angaben über die Verlaufskontrolle werden umgesetzt				
• Kontrolle der Kernsymptomatik	0	0	98,1	1,9
• Kontrolle von Blutdruck, Pulsfrequenz, Körpergewicht	0	5,7	88,6	5,7
• Kontrolle von Appetit	0	1,0	97,1	1,9
• Kontrolle von affektiven Veränderungen	0	1,0	97,1	1,9
• Kontrolle von möglichen Tic-Störungen	0	1,9	96,2	1,9
• Beurteilungen der Schule/Lehrer mit standardisierten Fragebögen	2,9	21,0	71,4	4,8
14. Pro Jahr werden regelmäßige Auslassversuche zur Überprüfung der Notwendigkeit der Weiterführung der Behandlung durchgeführt	0	23,8	70,5	5,7

Tab. 4: Akzeptanz des leitlinienorientierten therapeutischen Vorgehens bei hyperkinetischen Störungen

Bei der Beurteilung der Leitlinien für die hyperkinetischen Störungen (F90) zeigt sich, dass diese von den Befragten als wichtige Grundlage für die praktische Arbeit sowohl in der Klinik als auch Praxis gesehen werden. Die störungsspezifische Diagnostik mit Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen, der Einsatz entsprechender Fragebögen, Intelligenz-, Entwicklungs- und Leistungsdiagnostik, die körperliche Untersuchung und die Labor- diagnostik werden fast vollständig umgesetzt (Tab. 3). Beim therapeutischen Vorgehen ergibt sich ein differenzierteres Bild: Aufklärung und Beratung der Eltern bzw. des Kindes/Jugendlichen geschieht generell, die weiteren therapeutischen Interventionen wie Elternt raining und Intervention in der Familie, Intervention im Kindergarten, kognitive Therapie, soziale Kompetenztrainings und Übungsbehandlungen schwanken zwischen 50 und 75 %, d. h., diese Maßnahmen werden im Einzelfall nach jeweiliger Indikation hinzugefügt. Eine Pharmakotherapie findet bei knapp 75 % meistens und bei 18 % der Antwortenden selten statt. Wird sie durchgeführt, erfolgt sie in über 90 % zunächst mit niedrigen Dosierungen und einer Auf titrierung sowie einer Verlaufskontrolle der wichtigen somatischen und Verhaltensparameter. Eine Stimulanzien-Therapie im Vorschulalter stellt bei knapp 90 % eher eine Ausnahme dar und in 70 % werden regelmäßige Auslassversuche durchgeführt (Tab. 4).

Diskussion

Die Ergebnisse belegen, dass die Leitlinien in Klinik und Praxis für das diagnostische und therapeutische Vorgehen eine wichtige Orientierung darstellen. Allerdings werden sie auch häufig als zu aufwendig und festlegend eingeschätzt, insbesondere von Kinder- und Jugendpsychiatern mit einer sehr langen Berufserfahrung. Vor allem jüngere Kollegen sehen in ihnen jedoch eine wichtige Unterstützung und beklagen am stärksten eine zu geringe Praxisrelevanz. Eine hier ergänzende Hilfe und Information stellt z. B. das Durchführungsprotokoll zur Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen dar, das die entsprechenden Abläufe operationalisiert, spezifische Verfahren aufführt und gewichtet (zentrales adhs-netz, 2012). Hier werden auch diejenigen Aspekte berücksichtigt, die nach Freyberger und Stieglitz (2006) für eine leitlinienorientierte Diagnostik zu berücksichtigen sind:

- „Instrumente: Welche Instrumente bei welchen Assessmentzielen? Welche Minimalforderungen bezüglich ihrer Güte sind zugrunde zu legen?
- Zeitperspektive: Welche Instrumente sollten zu welchen Zeitpunkten der Therapie (Beginn, Verlauf) mit welchem Assessmentziel eingesetzt werden?
- Auswertung: Wie sollen Veränderungen bewertet werden (z. B. klinische Signifikanz)? Wie sollte Remission, Response etc. definiert werden in Abhängigkeit von der Störungsgruppe?
- Anwendung der Instrumente: Welche Anforderungen sind an den Diagnostiker zu stellen, um eine unreflektierte, unkritische, inadäquate Anwendung zu verhindern?“

Das Vorliegen solcher expliziten Empfehlungen sowohl für die Diagnostik als auch für die Therapie bei allen Leitlinien würde Forschung wie Praxis gleichermaßen nützen.

In der Präambel der Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass ihre Anwendung den fachkundigen Umgang mit Kindern und Jugendlichen voraussetzt. Diagnostische und therapeutische Basisregeln sollten ebenso bekannt sein wie der alterstypische Verlauf psychischer Störungen. In versorgungsepidemiologischen Studien wird allerdings deutlich, dass diese notwendigen Standards bei der Vielzahl von unterschiedlichen, an der Behandlung beteiligten Facharztgruppen nicht durchgehend eingehalten werden. In diesem Zusammenhang ist besonders darauf hinzuweisen, dass die in den Leitlinien als notwendig erachtete multimodale Behandlung, d.h. die Integration sowohl

psychotherapeutischer als auch psychopharmakologischer Interventionen, in der Praxis noch nicht ausreichend umgesetzt wird (Lehmkuhl et al., 2009; Schubert et al., 2010).

Angold und Mitarbeiter (2000) konnten an einer repräsentativen Stichprobe zeigen, dass ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Dienste/Praxen hocheffektiv arbeiten, insbesondere wenn die Behandlungen länger andauern (mehr als acht Termine), während sich wenige Dimensionen als nicht hilfreich erwiesen. Es wird zukünftig verstärkt darauf ankommen, ausgehend von Efficacy-Studien deren Effectiveness, d. h. ihre Übertragbarkeit in die Regelversorgung, voranzutreiben. Aus diesen Gründen sollte eine enge Kooperation zwischen klinischer Forschung und Praxisfeld angestrebt werden: „Für die Weiterentwicklung der Empfehlungen wird es wesentlich sein, zu beobachten, wie sie in der Praxis angenommen werden. Dazu sind Studien unabhängiger Partner oder Institutionen notwendig. Sofern Empfehlungen nicht angenommen werden, muss überprüft werden, warum das nicht geschieht, vor allem, ob dafür Patienteninteressen oder Kostenbelange ausschlaggebend sind“ (Leitlinien 2007, S. VII). Hierzu wurde im Fragebogen nicht spezifisch gefragt, so dass keine Aussage dazu möglich ist, ob Zeit- oder Kostenfragen oder Patienteninteressen gemeint waren, wenn z. B. eine „zu aufwändige Umsetzung“ bejaht wurde.

Die hier vorgelegten Daten erfahren leider ihre Limitation durch den geringen Rücklauf von gut 10 % der Befragten. Dennoch stellen sie eine erste Orientierung über die Akzeptanz und Umsetzung von Leitlinien dar, wobei das Ergebnis durchaus ermutigend ist und zeigt, dass Leitlinien einerseits zunehmend im Praxisalltag angekommen und angenommen sind, sie andererseits hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit und Operationalisierung verbessert werden sollten.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Lehmkuhl
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10, 50931 Köln
Telefon: 0221-4784370
Email: gerd.lehmkuhl@uk-koeln.de

Literatur

- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2005): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 99(8), 468-519 www.delbi.de
- Angold, A., Costello, E.Jane, Burns, B., Erkanli, A., Farmer, E. (2000) Effectiveness of Nonresidential Specialty Mental Health Services for Children and Adolescents in the „Real World“. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39(2), 154-160
- Bilke, O., Kühnel, S. (2001) Entwicklung und Praxisrelevanz von Leitlinien in der stationären Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Schweizerische Ärztezeitung* 82(38), 2026-2028
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hg.) (2000, 2007) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. (3. überarb. u. erw. Aufl.), Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Internet: www.uni-duesseldorf.de/www/awmf
- Döpfner, M. Esser, G. (2004) Leitlinien zur Diagnostik und Psychotherapie. *Kindheit und Entwicklung* 13(2), 59-63
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G., Schepker, R., Frölich, J. (2007) Hyperkinetische Störungen (F90). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hg.) Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. (3. überarb. u. erw. Aufl.), Köln: Deutscher Ärzte Verlag. Internet: www.uni-duesseldorf.de/www/awmf
- Freyberger, H.J., Stieglitz, R.-D. (2006) Leitlinien zur Diagnostik in der Psychiatrie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 54(1), 23-32
- Herpertz-Dahlmann, B., Poustka, F., Hebebrand, J. (2010) Neue Konzepte für die Leitlinienentwicklung in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 38(1), 5-6
- Lehmkuhl, G., Köster, I., Schubert, I. (2009) Ambulante Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen – Daten einer versichertenbezogenen epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58, 170-185
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (1998) Therapieleitlinien und tatsächlich durchgeführte Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Schmeck, K., Poustka, F., Katschnig, H. (Hg.) *Qualitätssicherung und Lebensqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Wien New York: Springer Verlag
- Poustka, F. (2007) Editorial: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie, 3. Auflage. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 35(3), 167-168

- Rothärmel, S., Fegert, J.M.* (2000) Zur rechtlichen Verbindlichkeit von Leitlinien. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 28(4), 275-284
- Schubert, I., Köster, I., Lehmkuhl, G.* (2010) Prävalenzentwicklung von hyperkinetischen Störungen und Methylphenidatverordnungen. Deutsches Ärzteblatt 36, 615-621
- Spitzok von Brisinski, I.* (2011): Evidenz in der Psychotherapie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 21(1), 2-4
- Zentrales adhs-netz* (Hg.) (2012) Diagnostik und Therapie von ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Leitlinienbasiertes Protokoll. Göttingen: Hogrefe

Die psychodynamische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen

Renate Sannwald

1. Einführung

Die Frage, ob es möglich ist, Persönlichkeitsstörungen bereits im Kindes- und Jugendalter zu diagnostizieren, wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Etwa 10 – 11% der Gesamtbevölkerung und 50% der Menschen, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, leiden unter Beeinträchtigungen, die verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zugeschrieben werden können (Weissman, 1993). Es handelt sich um eine fortdauernde Beeinträchtigung der Persönlichkeit, die jeden Funktionsbereich des Lebens betrifft.

Persönlichkeitsstörungen sind hoch korreliert mit gesetzeswidrigem Verhalten und Gerichtsverfahren, Substanzmissbrauch, Arbeitsunfähigkeit, erhöhtem Bedarf an medizinischer Versorgung, Selbstmordversuchen und selbstschädigendem Verhalten, Institutionalisierung, Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit, Trennungen, Kindesmissbrauch und -vernachlässigung, Obdachlosigkeit, Armut, sexuell übertragbaren Krankheiten, Sozialhilfeabhängigkeit sowie Abbruch medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung und den daraus folgenden Konsequenzen.

DSM IV-Definition der Persönlichkeitsstörung (1998):

A. Ein andauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Dieses Muster manifestiert sich in mindestens zwei der folgenden Bereiche: 1. Kognitionen; 2. Affektivität; 3. Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen; 4. Impulskontrolle.

- B. Das überdauernde Muster ist unflexibel und tiefgreifend in einem weiten Bereich persönlicher und sozialer Situationen.
- C. Es führt zu Leiden oder zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Das Muster ist stabil und lang dauernd, und sein Beginn kann zumindest bis zur Adoleszenz oder bis zum frühen Erwachsenenalter zurückverfolgt werden.
- E. Es lässt sich nicht als Manifestation einer anderen psychischen Störung erklären und F. geht nicht auf direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder einer körperlichen Erkrankung zurück.

Ein Grund für die **Ambivalenz** klinisch tätiger Kollegen, Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu geben, besteht darin, dass sie ungern eine Diagnose stellen, die auf schwere und vielleicht unbeeinflussbare Probleme hinweist. Sie befürchten, dass sich eine derartige Diagnose negativ auf das Selbstkonzept des Kindes oder seiner Familie auswirkt, und dass eine solche Diagnose aktenkundig werden und dem Kind als Makel anhaften könnte. Vor allem die Arbeitsgruppe um Shapiro (1990) hat eine solche Diagnosestellung immer wieder in Frage gestellt mit dem Hinweis darauf, dass sich die Identität erst in der Adoleszenz konsolidiere und dementsprechend eine Identitätsdiffusion erst nach der Adoleszenz diagnostiziert werden könne. Dieser Gedanke ist nach Ansicht von Paulina Kernberg (2001) nicht entwicklungsorientiert, weil in jeder Phase der Entwicklung eine altersgemäße Identität vorhanden ist.

Der erste Hinweis auf **problematische Persönlichkeitszüge** in der Kindheit ist eine hohe **Impulsivität**, vor allem wenn sie überdauernd besteht und keine Hinweise auf eine Anpassung an die soziale Umwelt erkennen lässt. Auch fehlende **Empathie** ist ein Prodromalsymptom für Persönlichkeitsstörungen, denn die ersten deutlichen Zeichen von Empathie sind bereits bei gesunden Zweijährigen zu erkennen. **Unempfindlichkeit gegenüber Strafe und Belohnung** weist auf ein Fehlen von Schuldgefühlen und Empathie hin. Auch ein unkonkreter und nivellierender Denkstil und die **mangelnde Fähigkeit zu konkreten Denkopoperationen** sind schon in der mittleren Kindheit festzustellen.

Kindliche Charakterzüge wie eine hohe Impulsivität können zur Ausbildung von **sadomasochistischen oder narzisstischen Erziehungsstrategien** führen, die diese kindlichen Persönlichkeitszüge wiederum verfestigen. Dieser Circulus vitiosus führt dazu, dass bei entwicklungsbedingten Anforderungen

die Charakteristika einer Persönlichkeitsstörung mit jeder Entwicklungsstufe deutlicher hervortreten und das Anpassungsdefizit sich immer weiter verstärkt.

In Längsschnittuntersuchungen von Erwachsenen mit Persönlichkeitsstörungen stellte Perry (1993) fest, dass nach zehn Jahren 52% der Patienten weiterhin eine Borderline-Diagnose hatten; pro Jahr waren 3,7% Remissionen zu verzeichnen. Vergleichbare Untersuchungen bei Kindern gibt es nicht. Auch der Analochluss zu Remissionsraten im Kindesalter ist nicht sinnvoll und zulässig, weil die Kinder einer permanenten Interaktion mit ihren Eltern ausgesetzt sind, die häufig zusätzlich pathologisierend wirkt. Wichtig ist, das Kind einerseits als Objekt der Erziehung, andererseits aber auch als beeinflussendes Subjekt im Hinblick auf seine Umwelt zu sehen.

2. Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Die DSM IV-Kriterien für Persönlichkeitsstörungen können auch im Kindes- und Jugendalter angewandt werden, wobei der **Beginn der Störung bis zu den ersten Schuljahren zurückzuverfolgen** sein sollte. Daneben ist es wichtig, persistierende Muster unangepassten Verhaltens von entwicklungsentsprechendem Verhalten zu differenzieren. Am ehesten ist eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren, wenn die **Achse I-Symptomatik in Remission** ist.

2.1. Anamneseerhebung und Fragebogentests

Wir fragen in der Anamnese gezielt nach **traumatischen Ereignissen** wie sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung und verbalem Missbrauch. Vernachlässigung in Verbindung mit inkonsistenter elterlicher Fürsorge findet sich häufig bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Darüber hinaus explorieren wir gezielt **spezifische Merkmale der Persönlichkeit**. Besitz ergreifende Verhaltensweisen und omnipotente Kontrolle weisen früh auf Züge einer BPO hin, ausbeuterisches Verhalten in Beziehungen auf antisoziale Persönlichkeitszüge. Stressempfindlichkeit, Langeweile und Abwertung sprechen für narzisstische Persönlichkeitszüge. Bei einem Verhaltensmuster von Wutausbrüchen, schlechten Schulleistungen, instabilen

Ich-Funktionen und Impulsivität sollte in jedem Falle eine Persönlichkeitsdiagnostik durchgeführt werden.

CBCL und der **YSR** geben Aufschlüsse nicht nur über psychische Störungen der Achse I, sondern auch über Persönlichkeitsmerkmale.

2.2. Das Erstinterview mit dem Patienten

Das Erstinterview mit dem Patienten fokussiert die Frage nach einem **konsolidierten Identitätsgefühl**. Akhtar und Samuel (1996) benennen folgende Charakteristika für ein konsolidiertes Identitätsgefühl: realistisches und integriertes Körperbild, zeitstabile Einstellungen und Verhaltensweisen (Zukunftsbild von sich selbst!), Eigenständigkeit und Authentizität, klare Geschlechtsidentität (Übereinstimmung von Geschlechtsidentität, Geschlechterrolle und sexueller Orientierung), innere Verbundenheit mit den Idealen einer ethnischen Gruppe und integriertes Gewissen.

Eine **Identitätsdiffusion** besteht dann, wenn der Patient eine chaotische Selbstbeschreibung abgibt, und auch die Beschreibung anderer Menschen voller widersprüchlicher Behauptungen und rigider Klischees ist. Das Überich ist nicht integriert; stattdessen tendiert der Patient dazu, sich mit einem charismatischen Anführer zu identifizieren.

Zur **Erfassung der Identität** stellt der Interviewer folgende Fragen: Kannst du mir etwas über dich erzählen?

- Wie siehst du deine äußere Erscheinung?
- Was siehst du, wenn du in den Spiegel schaust?
- Aus welcher ethnischen Gruppe stammst du?
- Welcher Religion gehörst du an?
- Wie gehst du mit anderen Menschen oder mit neuen Situationen um?
- Kannst du vorhersagen, wie deine Einstellung und dein Verhalten sein werden?
- Wie erlebst du Veränderungen bei dir selbst?

Die **Beschreibung von Freundschaften** ist ein weiterer wichtiger Punkt, der Aufschluss darüber gibt, ob ein älteres Kind oder ein Jugendlicher seine Familie und seine Freunde als eigenständige Menschen erleben kann oder aber sie als seinen Besitz oder eine Erweiterung seiner selbst erlebt.

2.3. Die Spielbeobachtung

Die Spielbeobachtung ermöglicht wie das Erstinterview die Untersuchung der verwendeten **Abwehrmechanismen** und **Verarbeitungsstrategien** für konflikthafte Erleben des Patienten. Die **Fähigkeit zur Realitätsprüfung** ist bei der BPO erhalten oder nur kurzfristig verloren gegangen. Es liegen keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen vor, und der Proband kann zwischen Selbst und Nicht-Selbst sowie zwischen Belebtem und Unbelebtem unterscheiden.

Beispiel: Ein Kind kann sich auf ein Phantasiespiel einlassen und gleich darauf zur Normalität des Alltags übergehen.

2.4. Psychologische Tests

Auch **kognitive** und **projektive Tests** geben Hinweise auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale des Probanden, und zwar sowohl in Bezug auf das Verhalten des Kindes in der Testsituation als auch in Bezug auf die Inhalte der Tests. Manipulatives Verhalten des Kindes dem Untersucher gegenüber, Diskussionen über richtige oder falsche Antworten, Vermeidungstaktiken und eine Verleugnung des eigenen Versagens lassen an eine zugrunde liegende narzisstische Problematik denken.

Die kognitiven Funktionen des Patienten können durch emotionale Faktoren so beeinträchtigt werden, dass auch **kognitive Tests** wie der **HAWIK III/IV** „im Nebenschluss“ Hinweise auf das Strukturniveau des Patienten geben. Allerdings stellen solche Informationen allein keine Grundlage für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dar.

In **projektiven Tests** wie dem **Rorschach-Test**, dem **TAT**, dem **SET** und dem **MZT** untersuchen wir die Realitätsprüfung des Probanden, eine eventuell vorhandene Denkstörungen, seine Affektivität, seine Selbst- und Objektrepräsentanzen, die Beziehungsfähigkeit, die Abwehrmechanismen, die Sublimierungsfähigkeit, die Triebstruktur, das Entwicklungsniveau und die Reaktion auf situative Anforderungen. Kindern mit einer Persönlichkeitsstörung fällt

es schwer, Einzelheiten genau wahrzunehmen, sowohl was ihre äußere Umwelt als auch was ihre innere Befindlichkeit angeht. Häufig finden sich Anzeichen einer gestörten Realitätsprüfung, rigide Einstellungen und vereinfachte Schwarz-Weiß-Interpretationen. Verbales Material aus dem **Rorschach**, dem **TAT** oder dem **SET** ist oft knapp gehalten und oberflächlich; das Kind will nur solche Informationen geben, die sicher und konkret sind und nichts über Gedanken und Gefühle verraten. Kinder mit Persönlichkeitsstörungen behalten emotionale Erfahrungen lieber für sich, weil sie den destabilisierenden Effekt auf ihre rigiden und deshalb fragilen Abwehrmechanismen und Ressourcen fürchten. Im Inhalt der Antworten kommen Aggression, Wut und Entfremdungsgefühle zum Ausdruck. Es gibt keine Hinweise auf eine emotionale Beteiligung in Beziehungen. Die Unfähigkeit, den eigenen Gefühlszustand und den anderer Menschen präzise wahrzunehmen, beeinträchtigt die Fähigkeit zur Empathie und das Verständnis für andere Menschen, die in gute und schlechte kategorisiert werden. Eigene inakzeptable Defizite, Aggression und Bedürftigkeit werden auf andere projiziert.

3. Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

DSM IV-Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung (1998):

- A. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden;
- B. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist;
- C. Eine Identitätsstörung: ausgeprägte oder andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung;
- D. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbst schädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle);
- E. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmorddrohungen oder selbst verletzendes Verhalten;

- F. Affektive Instabilität (episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, die gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern);
- G. Chronische Leeregefühle;
- H. Unangemessene heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (häufige Wutanfälle, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen);
- I. Vorübergehende, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

3.1. Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die **Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern** ist gekennzeichnet durch das Fortbestehen vieler Verhaltensweisen und neurotischer Symptome, die früheren Entwicklungsphasen angehören, wie z.B. Wutanfälle, Trennungsängste, Enuresis und Enkopresis. In der **Adoleszenz** kommt es zu symptomatischen Depressionen, Ängsten, Identitätskrisen mit raschem Wechsel der Identifikation mit adoleszenten Subkulturgruppen und Autoritätskonflikten. Auch antisoziales Verhalten und narzisstische Objektbeziehungsmuster sind häufig.

Es ist äußerst wichtig, zwischen der **deskriptiven** und der **strukturellen Dimension** der Problematik zu unterscheiden. Allerdings ist die Diagnosestellung für den Kinderpsychiater bei 42% der Patienten nicht schon während der Untersuchung möglich, sondern erfordert mehr Zeit.

Insbesondere Kinder mit ADHS, Sozialverhaltensstörungen unterschiedlicher Art, aber auch Trennungsangststörungen wie Schulphobien, schizoiden Störungen, elektivem Mutismus, dissoziativen Störungen und Essstörungen sollten regelmäßig im Hinblick auf die Persönlichkeitsdimension untersucht werden. Typisch ist das Wiederauftreten von Symptomen aus abgeschlossenen Entwicklungsphasen. Das Niveau der Ichfunktionen ist insgesamt unausgeglichen.

Psychodynamisch finden wir bei Kindern mit Borderline-Störungen ein gestörtes Ich-Selbsterleben voller Misstrauen und Furcht vor Desintegration. Sie erleben sich als symbiotisch mit einem anderen Menschen verwachsen; deswegen muss die Mutter ständig verfügbar sein. Spaltungsprozesse können durch neurologische Defizite wie ADHS begünstigt werden, ebenso durch eine konstitutionell niedrige Angsttoleranz oder einen starken Aggressionstrieb. Das **Spiel** von Borderline-Kindern ist nicht altersentsprechend, sondern monoton und repetitiv. Das Kind beginnt ein Phantasiespiel, in das rasch aggressive und sexuelle Impulse einbrechen, die heftige Angst auslösen, so dass das Spiel abgebrochen wird. In **regressiven Phasen** treten visuelle und akustische Halluzinationen auf, die wieder verschwinden, wenn die Angst nachlässt. Wahnvorstellungen treten grundsätzlich nicht auf und sind ein differentialdiagnostisches Kriterium für eine psychotische Erkrankung.

Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Angsttoleranz und Toleranz für Depression sind ebenso wie die Sublimationsfähigkeit nur schwach entwickelt. Entsprechend bleibt der Patient spätestens während des Studiums **unter seinen intellektuellen Möglichkeiten**, nachdem die Schulzeit noch einen strukturierenden Rahmen bot und die Patienten damit nicht unbedingt auffällig werden mussten.

3.2. Familiendynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die Familien von Borderline-Patienten zeigen häufig tief greifende pathologische Interaktionen, die ihrerseits dazu beitragen, die Problematik des Patienten zu aufrechtzuerhalten. Shapiro und Mitarbeiter (1975) wiesen auf den häufigen Gebrauch von **projektiven Identifizierungen** in der Familie hin. Unabhängigkeit und Ablösung von der Familie werden als mangelnde Loyalität erlebt. Daneben ist aber die Abhängigkeit des kleinen Kindes eine überwältigende und gefährliche Belastung für die Familie. Oft nimmt das Kind die Rolle eines Elternteils und ein Elternteil die des Kindes ein. Dies beeinträchtigt die Ich-Selbstentwicklung des Kindes, das unfähig ist, gleichzeitig die Angst der Eltern und auch seine eigene zu „containen“.

Rinsley (1981) beschreibt eine **narzisstische Funktionalisierung** des Kindes und auch dominantes und zudringliches Verhalten der Eltern, die das Kind als Selbstobjekt benutzen. Das Kind unterwirft sich masochistisch in der Hoffnung, letztendlich doch noch die Liebe der Mutter zu erringen. Der offene Ausdruck von Aggression wird unterdrückt. Die Väter sind oft feind-

selig-ablehnend ihren Kindern gegenüber oder aber passiv und uninteressiert; manchmal nehmen die Väter eher den Platz eines weiteren Kindes der Mutter gegenüber ein.

3.3. Objektbeziehungen bei Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Kind mit BPO ist nicht in der Lage, eine gleichzeitige Beziehung zu beiden Eltern aufzubauen; ein Elternteil wird idealisiert und der andere abgewertet. Das Kind ist auch nicht fähig, mit Neid und Geschwisterrivalität umzugehen und daher häufig heftig feindselig gegenüber seinen Geschwistern. Borderline-Kinder haben meist **keine Übergangsobjekte**, sondern klammern sich auf der Suche nach symbiotischen Erfahrungen direkt an die Mutter.

Gleichaltrige werden als Teilobjekte oder Selbstobjekte benutzt, kontrolliert, idealisiert oder entwertet. Das Beziehungsverhalten der Kinder schwankt zwischen scheinbarer Geselligkeit und Rückzug. Borderline-Kinder sind in ihren Kontakten wenig wählerisch, aber dann sehr Besitz ergreifend. 90% der Kinder haben schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen! Sie sind unfähig, Freundschaften aufrechtzuerhalten, und fühlen sich daher chronisch isoliert. Heterosexuelle Beziehungen Jugendlicher sind gekennzeichnet durch extreme sadistische Kontrolle über den Partner oder aber durch altruistische Selbstaufgabe und Unterwerfung.

3.4. Affektivität von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Viele Kinder mit BPO leiden unter intensiver **frei flottierender Angst**, die als Vernichtungsangst verstanden werden kann. Die Tendenz zu **Wutausbrüchen** kann ein gefährliches Ausmaß annehmen. Die Patienten sind oft unfähig, Spaß und Vergnügen zu erleben. Auffällig ist auch die hohe Inzidenz von **Depressionen**, die teils genetisch bedingt ist und teils auf frustrierenden Beziehungserfahrungen beruht, weil das Borderline-Kind wegen seiner unreifen Beziehungsangebote abgelehnt und zurückgewiesen wird.

Bei Borderline-Jugendlichen korrelieren die Tendenz zu starken Verlustreaktionen, ihre nur schwer kontrollierbare Wut und die autoaggressive Impulsivität mit Suizidversuchen.

3.5. Phantasien von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Borderline-Kind hat sexuell und aggressiv gefärbte **Omnipotenzphantasien**, die immer von einem Gefühl äußerer Gefahr begleitet sind und deswegen auch keine Quelle von Befriedigung sein können. Trennungsängste und auch Fragmentationsängste sind häufig. Die **Masturbationsphantasien** Jugendlicher mit BPO sind geprägt durch Aggression oder perverse Züge. Die Unfähigkeit der Patienten, sich von ihrer Mutter zu lösen, führt zu inestuösen Bindungen und schafft eine Prädisposition für Sexualstörungen.

3.6. Psychodynamische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Die Arbeitsgruppe um Paulina Kernberg (2001) konzeptualisierte die Borderline-Pathologie als Resultat einer abweichenden Persönlichkeitsentwicklung. Das Ziel der psychotherapeutischen Behandlung ist die Auflösung unreifer Abwehrmechanismen und die Verbesserung der Affektregulation.

Die **Behandlungsstrategie** ist **multimodal** und impliziert eine eventuell erforderliche Psychopharmakotherapie, eine Psychotherapie und eine Familieninterventionen. Ggf. sollten am Beginn eine Behandlung in einer Tagesklinik oder eine vollstationäre Behandlung stehen, vor allem bei Suizidalität, Weglaufen oder ständiger Schulverweigerung.

Die **psychodynamische Psychotherapie** findet ein- bis zweimal wöchentlich über mindestens zwei bis drei Jahre statt. Üblicherweise teile ich meinen Patienten **drei Eingangsvoraussetzungen** (Sannwald 2006) für eine ambulante Psychotherapie in der ersten Behandlungsstunde mit: regelmäßigen Besuch der Schule oder einer Berufsausbildung, regelmäßige Inanspruchnahme der Psychotherapie und die Teilnahme an altersspezifischen Freizeitaktivitäten. Sinnvollerweise sollte der Patient gleich am Anfang der psychotherapeutischen Arbeit begreifen, dass er selbst auch seinen Beitrag zur gemeinsamen Arbeit leisten muss.

Von Paulina Kernberg (1997) habe ich die Empfehlung übernommen, zu Beginn der Psychotherapie einen **Behandlungsvertrag in schriftlicher Form** abzuschließen, ähnlich wie die Arbeitsgruppe um Otto Kernberg es in der „Transference-Focused Psychotherapy“ praktiziert (Clarkin et al. 2001). Dar-

in wird ein bestimmtes **Setting** festgelegt: in der Regel eine Therapiefrequenz von einer bis zwei Wochenstunden im Sitzen. Es werden feste Regeln im Hinblick auf Stundenausfälle (Sannwald 2006) besprochen: akute Krankheit ist entschuldigt, kurzfristige Absagen aus wichtigen Gründen müssen spätestens zwei Tage im Voraus erfolgen. Stundenausfälle ohne Entschuldigung werden durch ein Ausfallhonorar abgegolten, das vom Patienten selbst bezahlt werden soll und sich nach der Höhe seines Taschengeldes bemisst.

Gleich zu Beginn der Behandlung müssen **Vereinbarungen** getroffen werden in Bezug auf das **Verhalten des Patienten bei Selbstverletzungen oder Suizidalität**. Es ist für die schwer kranken Patienten nicht entwicklungsfördernd, wenn ich ihnen jederzeit zur Verfügung stehe. Viele Patienten laufen dann Gefahr, autoaggressives Verhalten manipulativ einzusetzen (Sachsse 1998), um sich der therapeutischen Zuwendung und Aufmerksamkeit zu versichern. So würde sich der Fokus der Behandlung von der eigentlichen intrapsychischen Konfliktdynamik entfernen. Etwa 30% meiner Patienten haben selbst verletzendes Verhalten. Ich vereinbare mit ihnen, dass sie selbst zugefügte Wunden hygienisch versorgen. Bei akuter Suizidalität sollen sie sich an die zuständige Regelversorgungsklinik wenden, wenn ich im Rahmen meiner (täglichen) Sprechzeiten nicht erreichbar bin. Die Adresse der jeweiligen Klinik teile ich den Patienten zu Beginn der Behandlung mit. Auch das Vorgehen bei einer anorektischen oder bulimischen Symptomatik muss zu Anfang der Arbeit festgelegt werden; wenn der Patient eine untere Gewichtsgrenze unterschreitet, ist eine stationäre Behandlung verpflichtend erforderlich.

Grundsätzlich weise ich meine Patienten darauf hin, dass ich von ihnen nur das erfahre, was sie mir **persönlich mitteilen**; viele Patienten erwähnen Scham besetzte Symptome zu Beginn der Therapie nicht (Sannwald 2006). Die **Spielmaterialien** in der psychodynamischen Psychotherapie von Kindern sollten einfach und für grobmotorische Aktivitäten und Phantasiespiele geeignet sein (Kernberg, P. et al. 2001). Der Akzent der psychotherapeutischen Interaktion liegt auf dem Hier und Jetzt. Verzerrungen in der Wahrnehmung des Patienten werden mitgeteilt, um seine Fähigkeit zum sekundärprozesshaften Denken zu fördern. Die Identifikation mit dem Therapeuten mindert die Angst des Patienten und versetzt ihn gleichzeitig in die Lage, seine Phantasien in Form von Spielen, Träumen oder Tagträumen auszudrücken. Wichtig ist die Arbeit am **Überich**, die beispielsweise mit Hilfe von Regelspielen stattfinden kann. Die Probleme in den **Beziehungen zu Gleichaltrigen** kann der

Therapeut aufgreifen, indem er sich selbst in die Rolle eines Spielkameraden bringt und ausdrückt, wie er das Verhalten des Patienten erlebt.

Auch die häufige **ablehnende Haltung einem Elternteil gegenüber** bedarf einer taktvollen therapeutischen Bearbeitung. Der Therapeut erläutert dem Kind die verschiedenen Aspekte seiner Wahrnehmung des jeweiligen Elternteils, z.B. dass das Kind damit rechnet, von der Mutter abgelehnt zu werden, weil das Verhalten der Mutter unberechenbar ist. Häufig müssen die Patienten lernen, die Begrenzungen ihrer Eltern wahrzunehmen und sie als von ihrer eigenen Person unabhängig begreifen zu lernen. Dadurch verbessert das Kind seine Fähigkeit, über seine eigenen Lebensbedingungen nachzudenken.

Präödiipale Konflikte betreffen Themen wie Vertrauen und Misstrauen, derselbe bleiben oder sich ändern, Druck ausüben oder Druck ertragen, ein Junge, ein Mädchen oder ein undifferenziertes Neutrum sein. All diese Themen müssen klarifiziert werden. Auch die **Verlassenheitsängste** müssen in Worte gefasst und Situationsveränderungen so bald wie möglich angesprochen werden. Unkontrollierte Impulsivität wird oft eingesetzt, um Angst abzuwehren.

Wichtig ist es auch, **kognitive Beeinträchtigungen** genau zu diagnostizieren und den Patienten darüber zu informieren. Wer die eigenen Begrenzungen kennt, wird weniger leicht zum Opfer von Ängsten und Depressionen. Wenn der Therapeut ganz realistisch über das Defizit des Kindes spricht, gibt er ihm die Möglichkeit, dieses Wissen mit einer Person seines Vertrauens zu teilen, zu akzeptieren und darüber zu trauern. Die Phantasien des Kindes kreisen darum, dass es sich schuldig oder unzulänglich fühlt, und tragen zu seinem geringen Selbstwertgefühl bei.

Bei **Somatisierungen** muss dem Kind erklärt werden, was es durch den Gebrauch seiner Körpersprache ausdrückt.

Die **Elterngespräche** zielen darauf ab, die **Generationsgrenzen** wieder zu etablieren. In der Regel schließen Mutter oder Vater den jeweils anderen Elternteil aus der Beziehung aus. In der Arbeit mit jungen Kindern ist es wichtig, die **Trennungsangst** mit Mutter **und** Kind zu thematisieren, denn oft ist das Kind mehr bereit, die Mutter zu verlassen, als die Mutter bereit ist, das Kind loszulassen.

Pamela Foelsch aus dem Presbyterian Hospital Whiteplains N.Y. (2011), die die ehemalige Arbeitsgruppe von Paulina Kernberg nach ihrem Tod leitet, führt das **Erstgespräch** immer mit der **ganzen Familie** und exploriert dabei, bei wem die primäre Psychopathologie zu finden ist – sind es die Eltern oder ist es das Kind? Hilfreich dabei sei ihr ein Vergleich der Selbst- und Fremdbeschreibung des Patienten. Neben dem oben beschriebenen **Behandlungsvertrag** zum Management der Behandlungsgrenzen setzt sie einen **Home Plan** für den Jugendlichen ein, der dem Patienten dazu dient, sich zeitlich und auch insichtlich seiner Verpflichtungen zu orientieren.

Die **Elterngespräche** sollten am Anfang regelmäßig stattfinden und dienen dazu, das verloren gegangene gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt wieder aufzubauen. Strafen sollen sofort erfolgen, kurz und adäquat sein, und man soll dem Jugendlichen eine Gelegenheit zur Wiedergutmachung geben: „Allow for a way to repair!“ Die Eltern des Patienten sollen lernen, dem Patienten wieder zuzuhören und die eigene Position ruhig klar zu machen. Das Motto für die Eltern sei: „Step back, but don't disappear!“ In der Arbeit mit der Familie eines Borderline-Patienten befinde sich der Psychotherapeut in einer Art „**Gegenübertragungsnetz**“, in dem die Übertragungsreaktionen von Patient, Eltern und sozialem System gleichzeitig Beachtung finden müssen. **Affekt** und **nonverbale Interaktion** dienen als Hauptzugangswege zur unbewussten Konfliktodynamik. Gerne setzt Foelsch anstelle der von Otto Kernberg verwendeten Klarifikationen die elegantere **Columbo Technique** ein: „Ich hätte da mal eine Frage ...?“ Sie empfiehlt einen spielerischen Umgang mit der Übertragung: „**Play with the transference!**“, mahnt aber auch: „**Always maintain one eye on the external reality!**“- „Behalten Sie die äußere Realität immer im Blick!“

Foelsch trifft abschnittsweise Therapievereinbarungen mit dem Patienten und seiner Familie über jeweils sechs Monate.

In der **stationären Psychotherapie** arbeitet der Psychotherapeut im interdisziplinären Team, das die Manifestationen der durch den Patienten in Gang gesetzten Spaltungsdynamik erlebt. Die Aufgabe des Therapeuten ist, die Wahrnehmungen des Pflegepersonals im Hinblick auf den Patienten zu integrieren, und das Team auf die Projektionen des Patienten aufmerksam zu machen. Teamsitzungen in Anwesenheit des Patienten können nützlich sein.

3.7. Prognose von Kindern und Jugendlichen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Suizidversuche von Patienten mit BPO finden mit einer Häufigkeit von unter 10% statt und sind damit im Vergleich zu gesunden Jugendlichen gehäuft. Auch die Häufigkeit von **Substanzmissbrauch** ist erhöht und verringert die Heilungschancen. Nur 26% der Patienten haben ein gutes Outcome, während 48% ein schlechtes Outcome aufweisen (Pope 1983). Die BPO bleibt ins Erwachsenenalter hinein bestehen, wenn es nicht zu einer intensiven und ausreichend langen therapeutischen Intervention kommt, die das Ziel hat, die innere Welt des Patienten zu verändern und seine inneren Objekte in Übereinstimmung mit der äußeren Realität zu bringen.

4. Narzisstische Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

DSM IV-Definition der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (1998):

„Ein tief greifendes Muster von Großartigkeit (in Phantasie und Verhalten), Bedürfnis nach Bewunderung und Mangel an Empathie. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und zeigt sich in verschiedenen Situationen.“ Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

A. Der Patient hat ein grandioses Gefühl der eigenen Wichtigkeit (übertreibt z.B. die eigenen Leistungen und erwartet, ohne entsprechende Leistungen als überlegen anerkannt zu werden);

B. ist stark eingenommen von Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe;

C. glaubt von sich, „besonders“ oder einzigartig zu sein und nur von anderen besonderen und angesehenen Personen (oder Institutionen) verstanden zu werden oder nur mit diesen verkehren zu können;

D. verlangt nach übermäßiger Bewunderung;

E. legt ein Anspruchsdenken an den Tag, d.h. übertriebene Erwartungen an eine besonders bevorzugte Behandlung oder automatisches Eingehen auf die eigenen Erwartungen;

F. ist in zwischenmenschlichen Beziehungen ausbeuterisch, d.h. zieht Nutzen aus anderen, um die eigenen Ziele zu erreichen;

G. zeigt einen Mangel an Empathie; ist nicht willens, die Gefühle oder Bedürfnisse anderer zu erkennen oder sich mit ihnen zu identifizieren;

H. ist häufig neidisch auf andere oder glaubt, andere seien neidisch auf sie/ihn;

I. zeigt arrogante, überhebliche Verhaltensweisen oder Haltungen.

4.1. Symptomatik der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Neben dem grandiosen Gefühl der eigenen Wichtigkeit besteht beim Patienten regelmäßig eine starke **Vulnerabilität des Selbstwertgefühls**, die ihn sehr sensibel Kritik und Kränkungen gegenüber macht. Auf Kritik reagiert der Patient mit Verachtung, Wut oder Trotz. Die **Beeinträchtigung der Überich-Funktionen** zeigt sich in fehlenden Schuldgefühlen und mangelndem Bedauern darüber, andere schlecht behandelt zu haben. Nicht integrierte destruktive Introjekte treten als **paranoide Ängste** vor unbekanntem Gefahren im äußeren Raum zutage oder drücken sich intrapsychisch als **hypochondrische Symptome** aus. Der ständige **Neid** des narzisstischen Menschen macht ihn unfähig, sich auf andere zu verlassen, Befriedigung über eigene Leistungen oder Dankbarkeit gegenüber Anderen zu empfinden. Abwertung, unreife Idealisierung der eigenen Person, der Drang nach omnipotenter Kontrolle und der narzisstische Rückzug sind Abwehrstrategien zum Schutz des grandiosen Selbst.

Auf der **Symptomebene** finden wir häufig depressive Störungen, Angststörungen, Sozialverhaltensstörungen und Phobien; im stationären Setting kommen oft Anorexia nervosa und Impulskontrollstörungen vor.

4.2. Entwicklungspsychopathologie der narzisstischen Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Das Kind mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung ist unfähig, andere Menschen als wertvoll zu schätzen oder ihnen freundliche Gefühle entgegenzubringen (Kernberg, P. et al. 2001). Es manipuliert andere und hat eine

Neigung, zu lügen und zu stehlen. Es hat keine Freude an der Erfahrung des Lernens. Häufig finden wir eine **funktionelle Lernstörung mit schwankenden Leistungen**. Es fällt ihm nicht leicht, ein neues Fach zu lernen, weil es sich keine Mühe gibt. Es ist eine Kränkung für das Kind, sich um etwas bemühen zu müssen, und das neue Fach nicht gleich perfekt zu beherrschen. Wenn es ein guter Schüler ist, geht es ihm meist um die Bewunderung der anderen und nicht um das Wissen an sich; das Interesse am Fach verschwindet mit der Bewunderung der anderen. Häufig haben solche Kinder eine **Aversion gegen Blickkontakt**, die ebenfalls der Aufrechterhaltung der Illusion von der Besonderheit der eigenen Person dienen mag. Aber das Kind vermeidet damit auch den **Schmerz, nicht gesehen** zu werden. Daneben entwickelt das narzisstische Kind manchmal eine Art „**selektiver Taubheit**“, wenn eine Äußerung des Erwachsenen nicht zum richtigen Zeitpunkt und in sprachlicher Angemessenheit erfolgt. Auf eine solche Nichtreaktion reagieren Eltern und Therapeuten oft mit (gekränktem) Rückzug, was wiederum die Verlassensgefühle des Kindes verstärkt. Viele narzisstische Kinder sind fasziniert von ihrem **Spiegelbild**, worin sich die mangelnde Spiegelfunktion in den frühen Objektbeziehungen des Patienten zeigt.

Das **Spielverhalten** der narzisstischen Patienten ist auffällig: alles vorhandene Spielzeug wird als langweilig erklärt. Damit schützt sich das Kind davor, keine eigenen Ideen zu haben, beim Spiel verlieren zu müssen und dann vielleicht einen Wutausbruch zu bekommen.

Trotz seiner grandiosen Phantasien ist das narzisstische Kind oft extrem **trennungsängstlich**, kann nicht bei Klassenkameraden übernachten oder auf eine Klassenfahrt fahren.- Die Sexualität der Jugendlichen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ist hochgradig exhibitionistisch; es ist von größter Bedeutung, den beliebtesten und attraktivsten Partner zu haben.

Auch **psychologische Tests** zeigen entsprechende Auffälligkeiten mit Entwertung und Idealisierung der Elternfiguren. Gleichaltrige werden wenig differenziert wahrgenommen und jüngere Kinder völlig ausgeblendet, was zu der häufig vorhandenen heftigen Geschwisterrivalität passt. Sich selbst beschreiben die Probanden in der Rolle des Nonkonformisten, was Distanz zur Umgebung schafft.

Im stationären Setting fanden P. Kernberg und ihre Mitarbeiter (2001) hohe Narzißmusscores bei etwa 50% der behandelten Jugendlichen, wobei die Jungen tendenziell extroversiv-oppositionell auftraten und die Mädchen eine

höhere Tendenz zu distanziert-abweisendem Verhalten und Rückzug auf sich selbst zeigten.

4.3. Familiendynamik von Kindern und Jugendlichen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Die Eltern des narzisstischen Kindes fördern zwar seine Individuation, nicht aber seine Ablösung. Disponiert sind vor allem Adoptivkinder, verwöhnte Kinder aus wohlhabenden Familien und Scheidungskinder, denn in diesen Situationen wird das Kind leicht entsprechend den elterlichen Wünschen instrumentalisiert.

Eine unselbständige und unsichere Mutter sowie ein Vater, der keine Grenzen setzen kann und keine Autorität ausübt, begünstigen eine pathologisch narzisstische Entwicklung. Auch sehr intrusive Eltern, die die Generationsgrenzen nicht beachten, sind problematisch, weil sie das Bedürfnis des Kindes übergangen, aus der Phase der normalen kindlichen Omnipotenz zu erwachsen. Wenn Eltern emotional nicht erreichbar sind, zwingen sie den Patienten u.U. dazu, sich narzisstisch auf sich selbst zurückzuziehen. Eltern, die das Kind stets und ständig mit Samthandschuhen anfassen und es – vielleicht aus Angst vor der kindlichen Aggression – nicht mit situationsinadäquatem Verhalten konfrontieren, sorgen ebenfalls dafür, dass das Kind in der Phantasie der kindlichen Omnipotenz verharret.

Bei Kindern mit Körperbehinderung ist möglicherweise die Phase des normalen kindlichen Narzissmus verlängert.

4.4. Psychodynamische Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung

Ziel der Behandlung ist es, den pathologischen Narzissmus des Patienten in ein normales, altersentsprechendes Selbstwertgefühl zu überführen (Kernberg, P. et al. 2001). Wichtig ist dazu, die falsche Selbstwertregulation durcharbeiten; das Kind muss erkennen, dass normale Befriedigungen und Selbstbelohnungen die Entwicklung fördern und nicht behindern.

Die **psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie** sollte mit einem Minimum von zwei Sitzungen in der Woche stattfinden und richtet sich auf die Auflösung der egozentrischen Grandiosität aus, welche sich im Laufe der Behandlung entfaltet. Wenn Anspruchsdenken, Arroganz und Überheblichkeit

wahrgenommen und benannt werden, kann der Patient beginnen, sie als unzulängliche Lösungsversuche seiner narzisstischen Problematik zu betrachten. Der Patient lernt, sein **wahres Selbst** von dem **idealisierten** zu unterscheiden und zu akzeptieren. Grandiose Ideen müssen durch realistische und erreichbare Ziele ersetzt werden. Er lernt auch, andere Menschen mit ihren Qualitäten wertzuschätzen, ohne unter destruktiven und entfremdenden Neidgefühlen zu leiden.

Dann werden in der Behandlung die **unreifen Abwehrmechanismen** durchgearbeitet, die die Ichfunktionen schwächen und dem Interaktionspartner die Rolle des entwerteten Opfers zuweisen, was zu Konflikten und letztendlichem Beziehungsabbruch führt. Dies muss taktvoll geschehen, um das vulnerable Selbstwertgefühl des Patienten nicht zu verletzen. Wird der Patient zu früh und ohne entsprechende beziehungsstabilisierende Vorarbeit mit der destruktiven Dimension seines Verhaltens konfrontiert, so bricht er die Behandlung ab oder entwickelt eine tiefe Depression mit schwerem autoaggressivem Verhalten.

Ein weiteres Behandlungsziel besteht darin, die im Laufe der Behandlung regelmäßig offenbar werdende **chronische Depressivität** des Patienten zu verstehen und anzusprechen. Diese entsteht aus der wachsenden Erkenntnis des Patienten, dass seine Illusionen von der eigenen Leistung und Besonderheit Ausdruck seiner Größenphantasien sind.

Das nächste Behandlungsziel ist die Arbeit an altersentsprechenden **Beziehungen zu Gleichaltrigen**. Der Patient muss Toleranz und Empathie entwickeln, damit er es aushalten kann, nicht immer im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen, andere zu akzeptieren und sich mit ihnen „auf gleicher Höhe zu befinden“. Außerdem ist die Überwindung der **Trennungsangst** erforderlich, wobei der Einsatz einer gezielten Medikation sinnvoll sein kann.

Die **narzisstische Übertragung** des Kindes auf den Therapeuten sollte in der therapeutischen Beziehung durchgearbeitet werden, indem der Therapeut das Kind auf sein Bedürfnis hinweist, den Therapeuten zu idealisieren oder zu entwerten und dadurch den eigenen Selbstwert zu erhöhen. Möglicherweise wird der Patient versuchen, beim Therapeuten durch Entwertung, Aggression oder Neid Ablehnung und Rückzug auszulösen. Wenn der Therapeut versucht, den Patienten zu beruhigen und nicht auf die destruktive Dimension seines Verhaltens eingeht, unterwirft er sich der omnipotenten Kontrolle des

Patienten. Wichtig ist es, die problematische Interaktion in der Behandlung direkt zum Thema zu machen.

Eine **Gruppentherapie** kann für Jugendliche mit unzureichenden sozialen Kompetenzen sehr effektiv sein und verbessert vor allem die Qualität der Beziehungen zu Gleichaltrigen.

In der **Familientherapie** werden die die Pathologie des Patienten aufrecht-erhaltenden Faktoren, also beispielsweise eine narzisstische Überbesetzung des Patienten durch seine Eltern oder eine inkonsistente Erziehungshaltung, durchgearbeitet. So kann eine Familientherapie die Einzeltherapie wirkungsvoll unterstützen.

5. Antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Die antisoziale Persönlichkeitsstörung bei Erwachsenen entwickelt sich geradlinig aus der Sozialverhaltensstörung im Kindesalter, wie auch Parallelen in der Symptomatologie beider Kategorien zeigen.

DSM IV-Definition der antisozialen Persönlichkeitsstörung im Erwachsenenalter (1998):

A. Es besteht ein tief greifendes Muster von Missachtung und Verletzung der Rechte anderer, das seit dem 15. Lebensjahr auftritt. Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Versagen, sich in Bezug auf gesetzmäßiges Verhalten gesellschaftlichen Normen anzupassen, was sich in wiederholtem Begehen von Handlungen äußert, die einen Grund für eine Festnahme darstellen;
2. Falschheit, die sich in wiederholtem Lügen, dem Gebrauch von Decknamen oder dem Betrügen anderer zum persönlichen Vorteil und Vergnügen äußert;
3. Impulsivität oder Versagen, vorausschauend zu planen;
4. Reizbarkeit oder Aggressivität, die sich in wiederholten Schlägereien oder Überfällen äußert;

5. Rücksichtslose Missachtung der eigenen Sicherheit oder der Sicherheit anderer;

6. Durchgängige Verantwortungslosigkeit, die sich im wiederholten Versagen zeigt, eine dauerhafte Tätigkeit auszuüben oder finanziellen Verpflichtungen nachzukommen;

7. Fehlende Reue, die sich in Gleichgültigkeit oder Rationalisierung äußert, wenn die Person andere Menschen gekränkt, misshandelt oder bestohlen hat.

B. Die Person ist mindestens 18 Jahre alt.

C. Eine Störung des Sozialverhaltens war bereits vor Vollendung des 15. Lebensjahres erkennbar.

D. Das antisoziale Verhalten tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Schizophrenie oder einer manischen Episode auf.

5.1. Differentialdiagnose der antisozialen Persönlichkeit bei Kindern und Jugendlichen

Antisoziale Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen sind von einer antisozialen Persönlichkeitsstörung zu unterscheiden. Kinder mit letzterer sind unfähig zu sozialen Beziehungen, aggressiver, haben weniger Angst und reagieren weniger gut auf eine Behandlung. Bei der Diagnose der antisozialen Persönlichkeit muss **vor dem Alter von 15 Jahren** eine **Sozialverhaltensstörung** bestanden haben. Sie umfasst also nicht Teenager, die lediglich in der Adoleszenz antisoziales Verhalten zeigen.

Ein weiteres Kriterium für die differentialdiagnostische Unterscheidung ist, ob das aggressive Verhalten vom Patienten in der Gruppe ausgeübt wurde („**Störung des Sozialverhaltens mit Sozialisation**“) oder nicht. Solche Kinder sind in gewissem Umfang zu Beziehungen mit Gleichaltrigen fähig, also zu Bindungsverhalten, Schuldgefühlen, Scham und Reue. Sie verhalten sich antisozial, um Zugang zu einer Gruppe zu finden, während Jugendliche mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sich nur vorübergehend und unter zweckhaften Gesichtspunkten Gruppen anschließen, jedoch letztendlich allein agieren. Die Prognose dieser Jugendlichen ist viel schlechter; das anti-

soziale Verhalten wird mit großer Wahrscheinlichkeit lebenslang persistieren. Somit ist **antisoziales Verhalten bei 7 – 11jährigen** ein besserer **Prädiktor** für Psychopathologie im Erwachsenenleben als antisoziales Verhalten bei Jugendlichen.

Das auf die Adoleszenz beschränkte antisoziale Verhalten impliziert meistens eine Rebellion gegen die Eltern, verbunden mit dem Wunsch, an elterlichen Privilegien teilzuhaben. 75% dieser Gruppe findet zu einer normalen Lebensweise zurück.

5.2. Entwicklungspsychopathologie von Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung

Kinder mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung sind als Kleinkinder impulsiv und getrieben und weder durch Strafe noch durch Belohnung dazu zu bringen, dass sie Grenzen respektieren. Die Eltern dieser Kinder leiden schon früh am Burnout-Syndrom und beginnen, den Kindern zu misstrauen und jederzeit auf Angriffe gefasst zu sein. Für die Patienten charakteristisch ist die **fehlende innere Kontrolle** in Verbindung mit **Gewissenlosigkeit** (Kernberg, P. et al. 2001).

Häufig ist bei den ersten Kontakten des Patienten zu Professionellen eine gewisse Gutgläubigkeit und Naivität seitens der Professionellen festzustellen, die oft trotz der Schwere der Symptomatik „mildernde Umstände“ finden. Dies entspricht einer Verleugnung der Problematik, die vermutlich dazu dient, ein junges Kind nicht mit einer so schweren Diagnose belegen zu müssen. Doch die schlechte Prognose der Kinder ist wissenschaftlich vielfach belegt, und man tut ihnen keinen Gefallen damit, ihre Problematik nicht ernst zu nehmen.

Charakteristisch ist auch die **intendierte Aggression**; das antisoziale Kind plant seine Handlungen so, dass das Opfer ahnungslos ist. Ein weiteres häufiges Symptom ist **Tierquälerei**, die oft mit sadistischer Erregung einhergeht. Die aggressiven Handlungen von antisozialen Kindern werden nicht durch Wut oder Zorn ausgelöst, sondern sind geprägt von so genannter „**kalter Aggression**“. In der Sprache der Kinder fällt auf, dass der Affekt vom Inhalt abgekoppelt ist; die Kommunikation wird dazu verwendet, vom eigentlichen Focus der Untersuchung abzulenken. Eigenes Fehlverhalten wird bagatellisiert oder vertuscht.

5.3. Beziehungsverhalten von Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung

Die Freundschaften antisozialer Kinder sind gekennzeichnet durch Machtausübung, Kontrolle und mangelnde Empathie. Sie täuschen und benutzen ihre Freunde und kündigen ihnen die Freundschaft auf, wenn sie sich nicht den Erwartungen entsprechend verhalten. Dank ihres oberflächlich-charmanten Wesens finden sie schnell Kontakt, büßen die Kontakte aber ebenso schnell wieder ein. Sie sind unfähig, ihre Freunde zu beschreiben, weil diese für sie austauschbar sind. Sie tendieren dazu, sich mit anderen auffälligen Kindern zusammenzuschließen und werden manchmal aufgrund ihrer Grandiosität zu deren Anführer gewählt. Manche von ihnen befreunden sich nur mit älteren Kindern oder auch mit Erwachsenen, die sich von ihnen ausbeuten lassen.

In der Qualität ihres **Bindungsverhaltens** spiegeln sich die inneren Funktionsmodelle der Patienten und ihre Objektrepräsentanzen. Manchmal werden Menschen wie unbelebte Objekte erlebt und behandelt. „Das Leben eines x-beliebigen Menschen ist nichts anderes als ein Luftballon, den man zerplatzen lassen kann.“ Die Identifikationen bleiben an der Oberfläche und bilden keine stabile Überich-Struktur. Daher wissen diese Kinder nicht, was Schuld und Reue ist, und können nicht begreifen, dass es auf der Welt Menschen gibt, die nicht lügen. Belohnung und Strafe verfehlen ihr Ziel. Sie neigen auch dazu, sich selbst als das Opfer der anderen zu sehen. Ihre **Realitätsprüfung** ist unzulänglich ausgebildet. Die Wahrnehmung ihrer Umgebung ist verzerrt, andere Menschen werden als unkooperativ und wenig fürsorglich wahrgenommen.

5.4. Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung

Die Methoden zur Behandlung der antisozialen Persönlichkeitsstörung sind noch nicht effektiv. Doch es können Maßnahmen getroffen werden, um die Folgeschäden für den Betroffenen, seine Familie und die Gesellschaft zu begrenzen.

Symptome, die auf eine **medikamentöse Behandlung** ansprechen wie ADHS, Impulsivität und psychotische Episoden sollten entsprechend behandelt werden.

Die Familie muss über die **Natur** und die schlechte Prognose **der Persönlichkeitsstörung informiert** werden, um andere Familienmitglieder vor körperlicher Bedrohung und Ausbeutung zu schützen.

Manchmal ist ein **sonderpädagogische institutionelle Erziehung** erforderlich und sinnvoll.

Familienarbeit bei Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeitsstörung

Eltern jüngerer Kinder brauchen viel Unterstützung, damit sie nicht von Wut und Hoffnungslosigkeit überwältigt werden (Kernberg, P. et al. 2001). Es ist wichtig, dass die Eltern sich konsistent miteinander verhalten und mit Konsequenz und in autoritärer Haltung innerhalb der Familie Grenzen setzen. Sanktionen werden in dem Moment ausgesprochen, in dem das Kind Fehlverhalten zeigt, und von dem davon betroffenen Erwachsenen. Die sofortige Reaktion auf **Diebstähle** muss darin bestehen, dass das Gestohlene dem Besitzer zurückgegeben wird, und zwar in Anwesenheit des Besitzers und anderer Kinder. Was beschädigt wurde, muss ersetzt werden. Wenn gestohlenes Geld bereits ausgegeben ist, muss ein Rückzahlungsplan erstellt werden.

Bei **Misshandlung der Geschwister** darf es keinen Kontakt zwischen diesen geben, bevor das antisoziale Kind nicht in der Lage ist, seine sadistischen Impulse den Geschwisterkindern gegenüber zu beherrschen. Die Eltern sollen dazu ermutigt werden, ihrer Intuition zu vertrauen, und den Patienten nicht mit einem jüngeren Geschwisterkind allein zu lassen. Sie sollen sich in Konfliktsituationen automatisch auf die Seite des gesunden Kindes stellen, damit der antisoziale Patient bemerkt, wie er selber zum negativen Verhalten anderer beiträgt. Es muss immer damit gerechnet werden, dass ein antisoziales Kind **lügt**. Deshalb muss durch direkten Nachweis belegen, dass es die Hausaufgaben gemacht hat bzw. seine Aufgaben erledigt hat. **Reue** muss mit einer Verhaltensveränderung deutlich gemacht werden.

Es empfiehlt sich, mit Jugendlichen **Verträge abzuschließen** über ihre Pflichten und die Bedingungen, unter denen der Lebensunterhalt von den Eltern übernommen wird. Dabei wird festgelegt, für welche Ausgaben die Eltern aufkommen und für welche nicht.

Spieltherapie

Angestrebt wird eine Bindung an den Therapeuten; innerhalb der Familie gab es oft keine Bindungen. Aggressive und sadistische Impulse sollten in den Bereich der Phantasietätigkeit verlegt werden. Ein Behandlungsziel besteht darin, das **Überich neu zu bilden**. Der Psychotherapeut erklärt dem Kind (Kernberg, P. et al. 2001), dass es kein Gewissen hat, und dass er sich darum bemüht, ihm dabei zu helfen, diesen wichtigen Teil zu bekommen, der ebenso bedeutsam ist wie ein Arm oder ein Bein. Der Therapeut sollte sich nur auf das beziehen, was das Kind gerade tut, und keine Zeit und Energie damit verschwenden, darüber zu diskutieren, ob die Wahrheit gesagt wurde oder nicht. Wichtig ist eine Haltung, in der sich realistische Hoffnungen und Erwartungen ausdrücken. Sich abzeichnende Verbesserungen müssen zuerst eine Weile beobachtet werden, bevor sie den Eltern und dem Patienten gegenüber als solche zur Kenntnis gebracht werden. Erst wenn diese Interventionen gut etabliert sind, kann mit der inhaltlichen Arbeit an den narzisstischen Aspekten, der Depressivität, den paranoiden Ängsten und den sadistischen Komponenten begonnen werden. Es ist möglich, ein gesundes Geschwisterkind in die Spieltherapie mit einzubeziehen, das dem Patienten erklärt, was soziale Signale sind.

Institutionelle Behandlungen

Langzeitbehandlungen im institutionellen Rahmen sind in aller Regel nicht effizient, weil der antisoziale Patient ein Meister darin ist, die herrschenden Regeln in seinem Sinne zu nutzen und zu manipulieren. Mitpatienten werden u.U. in die Manipulationen antisozialer Patienten einbezogen und damit auch deren Behandlung sabotiert.

5.6. Prognose von Kindern und Jugendlichen mit antisozialer Persönlichkeit

Die Prognose für solche Patienten ist **schlecht** und kann nur mit größter Zurückhaltung gestellt werden. Es muss im Lebensverlauf mit Substanzmissbrauch, Kündigungen, Verschuldung, Obdachlosigkeit, Trunkenheit am Steuer, Gewaltverbrechen, kurzlebigen Beziehungen, häuslicher Gewalt, Vernachlässigung und böswilligem Verlassen der Familie gerechnet werden. Es bestehen eine hohe Komorbidität für psychiatrische Erkrankungen und eine hohe Suizidrate. Die Prognose ist für Mädchen und Jungen gleichermaßen schlecht, wobei die Art der Delikte unterschiedlich ist: bei Jungen Einbruch und Raub, bei Mädchen Ladendiebstahl, Drogenkonsum und Prostitution.

Die Mädchen sind disponiert für häusliche Gewalt, suizidales Verhalten und außereheliche Schwangerschaften und nehmen in hohem Maße soziale Dienste in Anspruch.

6. Zusammenfassung

Die frühzeitige Diagnose von Persönlichkeitsstörungen führt zum effektiven Einsatz von **psychosozialen** und **medikamentösen Behandlungsstrategien**. Dies stellt eine **sekundäre Prävention** dar, die den Kindern und ihren Familien jahrelange Wege durch die psychosozialen Institutionen, Leid und verpasste Gelegenheiten erspart.

Vortrag auf dem 3. Aachener Symposium am 16.06.2012: Aggressive Verhaltensstörungen im Jugendalter - Kooperative Wege für eine positive Entwicklung

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald

Fachärztin für Kinderheilkunde

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärztin für psychotherapeutische Medizin

Psychoanalyse (DGPT), Lehranalytikerin der DGPT

Literaturverzeichnis

Akhtar, S. und Samuel, S. (1996): The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3, 254 – 267.

American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM IV. Hogrefe Göttingen 1998.

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer Stuttgart.

- Horn, G.; Sannwald, R.; Wienand, F. (2006): *Katathym Imaginative Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt München.
- Foelsch, P. (2011). Vortrag auf dem 8. Kongress der ISAPP, Berlin 2011.
- Kernberg, O. (1976): *The diagnosis of borderline conditions in adolescence*. In: Feinstein, S. und Giovacchini, P. (Hrsg.): *Adolescent Psychiatry*, 6, 298 – 319, University of Chicago Press.
- Kernberg, P.F. (1997): Seminar im Institut für Psychoanalyse im Rheinland IPR e.v., Köln 1997.
- Kernberg, P.F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2001): *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Klett-Cotta Stuttgart.
- Perry, J.C. (1993): Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, Supplement, 68 – 85.
- Pope, H.G., et al. (1983): The validity of DSM III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 40, 23 – 29.
- Rinsley, D.B. (1981): Borderline psychopathology: The concepts of Masterson and Rinsley and beyond. *Adolescent Psychiatry* I, 9, 259 – 274.
- Sachsse, U. (1998): „Blut tut gut“. *Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschädigung der Haut*. In: Hirsch, M. (Hrsg.) (1998): *Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens*. Psychosozial Verlag Gießen.
- Sannwald, R. (2006): *Einführung in die Adoleszentenpsychotherapie*. In: Horn, G. et al. (2006): *Katathym Imaginative Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt München, S. ...
- Shapiro, E.R.; Zinner, J.; Shapiro, R.L.; Berkowitz, D.A. (1975): The influence of family experience on borderline personality development. *Int. Rev. Psychoanal.* 2, 399 – 412.
- Shapiro, T. (1990): Debate-forum resolved: Borderline personality disorder exists in children under twelve. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 478 – 483.
- Weissman, M. (1993): The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of personality disorders*, Supplement, S. 44 – 62.

Kooperation von Schule und Jugendpsychiatrie bei selbst- und fremdaggressiven Jugendlichen

Ingo Spitzcok von Brisinski

Definitionen

Der Begriff *Kooperation* stammt vom lateinischen ‚cooperatio‘ und bedeutet ‚Zusammenwirkung‘ bzw. ‚Mitwirkung‘. In unserem Zusammenhang geht es um das (möglichst positive) Zusammenwirken von Handlungen zweier oder mehrerer Lebewesen, Personen bzw. Systeme. Sind zur Kooperation bei allen Beteiligten Arbeitsanstrengungen vonnöten, so spricht man von *Kollaboration*. Kooperieren Dienste, Projekte, Behörden oder Personengruppen, die einander kennen, so spricht man von *Vernetzung*.

Funktionalität und Nutzen verschiedener Kooperationsformen

Grundsätzlich kann Kooperation von Schule und Jugendpsychiatrie

- Anlass bezogen,
- punktuell geplant oder
- regelmäßig

stattfinden.

Welche Kooperationsformen realisiert werden, hängt u. a. von

- Intensität und Häufigkeit der Problematik an der Schule ab,
- der Größe des Einzugsgebietes der jugendpsychiatrischen Praxis bzw. Klinik (bzw. der Anzahl jugendpsychiatrisch Tätiger im Einzugsgebiet der Schule),
- Finanzierbarkeit und nicht zuletzt
- den persönlichen Interessen und Ressourcen der handelnden Personen

Nicht mit jeder Kooperationsform lassen sich alle Ziele in gleichem Maße erreichen:

- *Anlass bezogene Kooperation* ermöglicht bei akuter Problematik eines Schülers bzw. Patienten die Erarbeitung abgestimmter Handlungsschritte für diese Person und sein unmittelbares Umfeld.
- *Punktuell geplante Kooperation* hat oftmals den Charakter von Fortbildung und Planung zukünftiger Handlungs- und Versorgungsstrukturen. Sie ermöglicht u. a. Verbesserungen bei Früherkennung und Prävention psychischer Störungen, aber auch verstärkte Berücksichtigung jugendpsychiatrischer und schulischer Aspekte z. B. bei Mobbing/Bullying.
- *Regelmäßig stattfindende Kooperationskontakte* können nachhaltig dazu beitragen, Schwellenängste und gegenseitige Vorurteile abzubauen sowie Vertrauen und Vertrautheit von Lehrkräften und Jugendpsychiatern zu stärken, was wiederum den Schülern/Patienten zugute kommt aufgrund der Optimierung der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Systeme.

Beispiele

Medikamente: Lehrkräfte sollten möglichst gut über Wirkungen, unerwünschte Wirkungen sowie deren zeitliche Dynamik informiert sein/werden. Ein enger Austausch zwischen Lehrkraft und Kinderpsychiater über den konkreten Schüler ist erforderlich, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen

Selbstverletzendes Verhalten: Ein enger Austausch zwischen Lehrkräften und Psychiater/Psychotherapeut ist erforderlich, um abzustimmen, wie auf Verletzungen bzw. Androhung solcher sinnvoll reagiert werden kann.

Bullying/Mobbing: Außer schulischen Maßnahmen gegen Mobbing/Bullying sollte stets auch die kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung von Täter(n) und Opfer(n) erfolgen, da häufig psychische Störungen vorliegen, deren Behandlung die Prognose verbessert.

Kooperation und Schweigepflicht

Reden ist Silber, Schweigen ist Gold?

Insbesondere bzgl. Austausch sensibler personenbezogener Daten stellt sich stets die Frage, was an wen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen zur Schweigepflicht kommuniziert werden darf bzw. muss.

In StGB § 203 „Verletzung von Privatgeheimnissen“ heißt es:

„(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
- 4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder

anwältlichen Verrechnungsstelle anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder
6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

- (2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.
- (3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.
- (4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.
- (5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Die *ärztliche Schweigepflicht* „umfasst alle Tatsachen, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient ein verständliches, also sachlich begründetes und damit schutzwürdiges Interesse hat. Sie ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten sowie eigenen Familienangehörigen zu beachten“ (BÄK 2008, 2.2). „Nach § 203 Abs. 1 StGB macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Nach § 9 MBO haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen“ (BÄK 2008, 2.1).

Kooperation und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht

In SGB V § 72 Abs. 1 heißt es dazu „Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit

sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“

„Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist (BÄK 2011, § 9 Abs. 4).

„Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist“ (BÄK 2011, § 9 Abs. 2).

Für alle Berufsgruppen gilt gemäß § 34 StGB: „Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das einträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden“. Grundsätzlich begründet die Kenntnis geplanter Straftaten jedoch nicht den Bruch der Schweigepflicht: Aus § 34 StGB ergibt sich eine Offenbarungsbefugnis, sofern eine konkrete Gefahr besteht, eine gründliche Abwägung erfolgte und keine andere Möglichkeit existiert, die Gefahr abzuwenden. Wissen um bereits abgeschlossene Straftaten berechtigt oder verpflichtet im Allgemeinen nicht zur Offenbarung, sofern keine konkrete Wiederholungsgefahr besteht (Frederichs 2003).

Eine Offenbarungspflicht ergibt sich daraus nur, wenn das Leben oder die Gesundheit eines Menschen unmittelbar bedroht ist und der Schaden nicht anders abgewendet werden kann. So wird die Nichtanzeige geplanter Straftaten nach § 138 mit Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren sanktioniert. Die Anzeigepflicht betrifft gemäß StGB § 138 Hoch- und Landesverrat, Geld- oder Scheckkartenfälschung und die Planung folgender Straftaten: Raub, räuberische Erpressung, Straftaten gegen die persönliche Freiheit, Brandstiftung, Mord und Totschlag.

Schulische Schweigepflicht und ihre Grenzen

Teilweise konkurrieren Bestimmungen innerhalb des Erlasses eines Kultusministeriums mit anderen Vorschriften: So heißt es beispielsweise im Erlass des Niedersächsischen Kultusministeriums „Zusammenarbeit zwischen Schule, Polizei und Staatsanwaltschaft“ vom 30.09.2003 (www.mk.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=1820&article_id=5650&_psmand=8): „Neben der allgemeinen gesetzlichen Pflicht zur Anzeige von bestimmten besonders schweren Straftaten hat die Schule die im Folgenden bezeichneten Anzeigepflichten. Die Schulleitung hat unverzüglich die Polizei zu informieren, sobald sie Kenntnis davon erhält, dass eine der folgenden oder vergleichbare Straftaten an ihrer Schule oder im unmittelbaren Zusammenhang mit der Schule gegen oder durch ihre Schülerinnen und Schüler begangen worden ist oder eine solche Straftat bevorsteht:

Straftaten gegen das Leben, Sexualdelikte wie z.B. Vergewaltigung oder sexueller Missbrauch, Raubdelikte wie das sog. „Abziehen“ von Sachen, gefährliche Körperverletzungen (wie z.B. mit Waffen, gefährlichen Werkzeugen oder gemeinschaftlich begangene), oder andere erhebliche Körperverletzungen, andere Gewaltdelikte, insbesondere solche, die gemeinschaftlich oder wiederholt begangen werden, wie auch besonders schwere Fälle von Bedrohung, Beleidigung (z.B. Sexualbeleidigung), Sachbeschädigung (z.B. Graffiti) oder Nötigung;

weiterhin politisch motivierte Straftaten, Verstöße gegen das Waffengesetz, Einbruchsdiebstähle, aber auch einfache Diebstähle, wenn sie wiederholt vorkommen, gefährliche Eingriffe in den Straßenverkehr (z.B. Steinwürfe) und der Besitz, der Handel oder die sonstige Weitergabe von Betäubungsmitteln“.

Im Erlass desselben Kultusministeriums vom 17.11.2006 heißt es dagegen einschränkend: „Unstrittig zählen Beratungslehrkräfte zu den Amtsträgern i.S. von § 203 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 StGB, die bestraft werden, wenn sie unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis, offenbaren, das ihnen als Lehrkräfte anvertraut oder sonst bekannt geworden ist.

Der Auffassung, die Befugnis zur Weitergabe ergebe sich aus § 11 Abs. 1 i. V. m. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und 2 Nds. Datenschutzgesetz und der Ziffer 3.1 Abs. 5 des Erlasses ‚Zusammenarbeit zwischen Schule, Polizei und Staatsanwaltschaft‘, kann nicht gefolgt werden. Die Annahme, die Regelung in dem Erlass stelle die erforderliche Rechtsvorschrift i.S. des § 10 Abs. 2 Satz 2 a Nds. Datenschutzgesetz dar, ist unzutreffend. § 10 Nds. Datenschutzgesetz erfordert eindeutig das Vorliegen einer Rechtsvorschrift, während dessen es

sich bei dem fraglichen Erlass lediglich um eine Verwaltungsvorschrift handelt. Auch die behauptete generelle Regelung im Nds. Datenschutzgesetz für die Weitergabe ist nicht ersichtlich.

Somit unterliegen die Beratungslehrkräfte gem. Ziffer 3.1 Absatz 5 des Erlasses ‚Zusammenarbeit zwischen Schule, Polizei und Staatsanwaltschaft‘ nicht uneingeschränkt der Verpflichtung, sofort die Schulleitung zu unterrichten, wenn sie im Rahmen eines Beratungsgespräches mit Schülerinnen und Schülern Kenntnis von in dem Erlass genannten oder vergleichbaren Straftaten erlangen. Der Erlass richtet sich im Übrigen allgemein an Lehrkräfte, nicht im Besonderen an Beratungslehrkräfte.

Die Weitergabe von Mitteilungen kann nur dann als befugt i.S.v. § 203 StGB angesehen werden, wenn hierfür allgemeine Rechtfertigungsgründe vorliegen (vgl. Schönke/Schröder § 203, Rn. 54). Wilhelm Habermalz hat in seinem Aufsatz ‚Der Strafrechtsschutz des Beratungsgeheimnisses‘ in PädF 3 (1992) hierzu folgende rechtliche Bewertung abgegeben, der sich das MK anschließt:

»In Ausnahmefällen kann die Beratungslehrkraft ein Geheimnis offenbaren, wenn ein strafrechtlicher Notstand vorliegt (§ 34 StGB), also eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum, die nach sorgfältiger Abwägung der Interessen nur durch die Offenbarung abgewendet werden kann. Eine Offenbarungspflicht besteht bei drohender Gefahr einer schweren Straftat. Erfährt die Beratungslehrkraft im Rahmen der Beratung von einem geplanten Mord, Raub oder einer anderen in § 138 StGB genannten Straftat, dann muss dies angezeigt werden, wenn die Beratungslehrkraft nicht selbst Gefahr laufen will, bestraft zu werden«.

Nach alledem ist in jedem Einzelfall genau abzuwägen, ob die Schweigepflicht zugunsten einer Offenbarungspflicht verletzt werden darf oder sogar muss.

Hier eröffnet sich ein Bereich, in dem die Beratungslehrkraft einen vom Gesetzgeber gewollten Ermessensspielraum hat, den sie eigenverantwortlich ausfüllen muss. Dadurch soll erreicht werden, dass die Probleme mit größerer Wahrscheinlichkeit situationsgerecht, vernünftig und auf die individuelle Lage abstellend behandelt werden können.

Ein Hinweis der Beratungslehrkraft vor Beginn eines Beratungsgespräches auf die Offenbarungspflicht i. S. d. § 203 StGB ist nicht erforderlich.“

Kindeswohlgefährdung

Die Schule ist gemäß § 42 Abs. 6 des Schulgesetzes NRW verpflichtet, jedem Anschein von Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern ihrer Schule nachzugehen und rechtzeitig über die Einbeziehung des Jugendamtes oder anderer Stellen zu entscheiden.

Das Jugendamt ist gemäß § 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) verpflichtet, den Schutz für Kinder und Jugendliche sicherzustellen. Bei Gefährdungen des Kindeswohls ist es zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen verpflichtet. Grundlage für eine Zusammenarbeit zum Kinderschutz ist eine vertrauensvolle Kooperation zwischen Schule und Jugendhilfe auf der Basis der bestehenden Datenschutzbestimmungen (§ 65 SGB VIII) und den Bestimmungen des Sozialgeheimnisses (§ 203 StGB).

Kooperation und freiheitsentziehende Maßnahmen

Bei selbst- und fremdaggressiven Jugendlichen kann es sein, dass die Betroffenen nicht einverstanden sind mit Maßnahmen zur Gefahrenabwehr wie z. B. stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. Sind in diesem Zusammenhang freiheitsentziehende Maßnahmen erforderlich, ist die Genehmigung der Erziehungsberechtigten nicht ausreichend. Vielmehr muss eine gerichtliche Genehmigung eingeholt werden. Bei „Gefahr im Verzug“ kann auch der Jugendliche den erforderlichen Maßnahmen sofort zugeführt und die gerichtliche Genehmigung unmittelbar beantragt werden.

In der Regel erfolgt die Antragstellung durch die Erziehungsberechtigten beim Familiengericht auf der gesetzlichen Grundlage des § 1631 b BGB ‚Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung‘:

„Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen“.

Sind die Erziehungsberechtigten nicht erreichbar oder nicht mit der Unterbringung einverstanden, kann die Maßnahme vom Jugendamt auf der Basis von § 42 SGB VIII ‚Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen‘ eingeleitet werden:

„(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert und
 - a) die Personensorgeberechtigten nicht widersprechen oder
 - b) eine familiengerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nr. 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen“. Die für Erwachsene meist angewandte gesetzliche Grundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) sollte dagegen bei Minderjährigen nur dann angewandt werden, wenn die Durchführung gemäß der vorgenannten gesetzlichen Regelungen nicht möglich ist.

Immer wieder wird fälschlicherweise angenommen, dass die zuständige Kinder- und Jugendpsychiatrie durch einen gerichtlichen Beschluss verpflichtet sei, den Jugendlichen aufzunehmen, so dass dem Jugendlichen teils ohne vorherige Absprache der Klinik vermittelt wird, dass er in jedem Falle stationär aufgenommen wird, ggf. auch gegen seinen Willen. Es ist jedoch so, dass stets vom aufnehmenden Krankenhaus geprüft werden muss, ob die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Aufnahme gemäß § 39 SGB V vorliegt, die nur indiziert ist, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante, teilstationäre oder vor- und nachstationäre Behandlung erreicht werden kann. Kommt der Krankenhausarzt zu der Einschätzung, dass keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, muss der Jugendliche ggf. der Jugendhilfe oder der Justiz zugeführt werden:

„Durch die Neuformulierung des § 1631b BGB wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass bei der Erwägung einer Unterbringung, die mit Freiheitsent-

ziehung verbunden ist, beurteilt werden muss, ob andere (öffentliche) Hilfen besser geeignet sind, der Gefährdung des Kindeswohls zu begegnen. Bei vorliegender oder vermuteter Selbstgefährdung eines Kindes oder eines Jugendlichen wird in jedem Fall sorgfältig von fachärztlicher Seite zu prüfen sein, welcher Stellenwert einer diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung zukommt und ob diese oder begleitende psychosoziale Umstände primär handlungsleitend sein sollten. Das trifft insbesondere auf die Diagnose der Störungen des Sozialverhaltens zu. Weiterhin ist zu prüfen, ob ambulante Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung gegeben sind. So begründet das Vorliegen psychischer Krankheit und gestörter sozialer Interaktion nicht regelhaft eine Aufnahme in der Klinik/Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, geschweige denn eine mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung. Ambulante Maßnahmen, die psychisch gefährdeten oder kranken Kindern und Jugendlichen helfen können, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sind vor stationären Maßnahmen auszuschöpfen. Maßnahmen der Jugendhilfe oder Behindertenhilfe sind in dieser Gesetzeslogik somit vor einer psychiatrischen Intervention, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, zu überprüfen.

Eine freiheitsentziehende Unterbringung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik kommt immer dann in Betracht, wenn die Gefährdung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung oder Störung steht. Akute Eigengefährdung ist anzunehmen z. B. bei Suizidgefahr, bei akuter psychotischer Störung und bei mangelnder Krankheitseinsicht bei anderen lebensbedrohlichen psychischen Erkrankungen. Gelegentlich ist auch eine – psychisch bedingte – mangelnde Selbstfürsorge im Rahmen somatischer oder psychosomatischer Grunderkrankungen (z. B. Diabetes, Anorexia nervosa) dann Anlass zu einer Unterbringung, wenn dadurch ein lebensbedrohlicher Zustand eintritt und andere Maßnahmen nicht besser geeignet sind, diesen abzuwenden.

Von einer akuten Fremdgefährdung im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung ist bei Erregungs- und Verwirrheitszuständen auszugehen, wenn sich (aggressive) Handlungen gegen andere richten oder diese ernsthaft gefährden. Dagegen rechtfertigt das Ziel allgemeiner Gefahrenabwehr wie wiederkehrende kriminelle Aktivität oder auch chronischer Drogenmissbrauch freiheitsentziehende Maßnahmen meist nicht, es sei denn, es handelt sich um massive Eigen- oder Fremdgefährdung“ (Brünger et al. 2012).

Kooperation bei autoaggressivem Verhalten

Formen autoaggressiven Verhaltens

- Autoaggressives Verhalten ohne Krankheitswert
- Suizidales Verhalten ohne Krankheitswert
- Autoaggressives Verhalten mit Suizidalität
- Autoaggressives Verhalten ohne Suizidalität
- Autoaggressives Verhalten und psychische Störung

Autoaggressives Verhalten bei psychischen Störungen:

Klassifikation gemäß ICD-10 der WHO

- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrene/wahnhafte Psychosen
- F3 Depression/Manische Episoden/Bipolare Störungen
- F42 Zwangsstörungen
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörungen
- F50 Essstörungen
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
- F63.8 Trichotillomanie
- F7 Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung
- F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus)
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F92.0 Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
- L98.1 Dermatitis factitia
- E79.1 Lesch-Nyhan-Syndrom

Ansprechpartner im Schulsystem

- Klassenlehrer
- Vertrauenslehrer
- Sozialarbeiter
- Sonderpädagogen
- Schulpsychologischer Dienst
- Rektor
- Schulrat
- Elternpflegschaft
- Beratungslehrer Autismus/ADHS

Netzwerk bei autoaggressivem Verhalten

- Allgemeinkrankenhaus
- Familie
- Freunde
- Drogenberatungsstellen
- Gerichte
- Jugendhilfe
- Kinderarzt
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Lebenshilfe
- Nachbarschaft
- Ordnungsamt
- Schule

Kooperation bei fremdaggressivem Verhalten

Formen fremdaggressiven Verhaltens

- Aggressives Verhalten ohne Krankheitswert
- Delinquentes/kriminelles Verhalten
- Aggressives Verhalten und psychische Störung
- Maßregelvollzug/Forensik

Fremdaggressives Verhalten bei psychischen Störungen:

Klassifikation gemäß ICD-10 der WHO

- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- F2 Schizophrene/wahnhafte Psychosen
- F3 Manische Episoden/Bipolare Störungen
- F60.2 Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
- F63.8 Störung mit intermittierend auftretender Reizbarkeit
- F63.8 Pathologischer Internetgebrauch
- F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismus)
- F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- F91 Störungen des Sozialverhaltens
- F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen

Verlauf und Prognose länger anhaltenden fremdaggressiven Verhaltens
Störungen des Sozialverhaltens weisen eine hohe Stabilität auf, 44-90% haben nach 3-4 Jahren noch Symptome (Baving 2006). Langfristige, kontinuierlich enge Begleitung von Schüler und Familie ist daher erforderlich.

Risikofaktoren für die Stabilität einer Störung des Sozialverhaltens

- Früher Beginn (5. Lebensjahr, präpubertär)
- Zusätzlich ADHS
- Starke oppositionelle Symptomatik
- Früh beginnende und persistierende körperliche Aggressivität
- Emotionale Unbeteiligung, Empathiemangel
- Niedrige Intelligenz
- Schulisches Leistungsversagen
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung bei den biologischen Eltern
- Ungünstiges elterliches Erziehungsverhalten
- Anhaltende innerfamiliäre Streitigkeiten
- Geringer innerfamiliärer Zusammenhalt

(Baving 2006)

Netzwerk bei fremdaggressivem Verhalten

- Allgemeinkrankenhaus
- Bewährungshelfer
- Familie
- Freunde
- Drogenberatungsstellen
- Gerichte
- Jugendhilfe
- Jugendstrafvollzug
- Kinderarzt
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Lebenshilfe
- Maßregelvollzug
- Nachbarschaft
- Ordnungsamt
- Polizei
- Schule

Wie kann die Kooperation verbessert werden?

Es kann nützlich sein, sich zunächst Gedanken darüber zu machen, was alles die Kooperation negativ beeinflussen kann, um daraus abzuleiten, was abgestellt werden oder vermieden werden muss:

Möglichkeiten, so zu denken und zu handeln, dass alle Beteiligten mit der Kooperation möglichst unzufrieden sind

- Keine Bemühungen um Kommunikation und Transparenz
- Fachkompetenz ignorieren
- Überhöhte Anforderungen/Erwartungen noch steigern
- Erhaltene Infos nicht weitergeben und nicht ernst nehmen
- Informationen zur Vorgeschichte nicht mitteilen
- Angebote nicht transparent machen
- Direkte Kommunikation vermeiden
- Eigene Kompetenz überhöhen oder gar nicht mitteilen
- Vorurteile pflegen
- Eltern aufhetzen
- Keine übergeordneten Treffen zwischen Leitungen zum Austausch über Zusammenarbeit
- Kooperationspartner als Kostensparer einsetzen
- Klinik- bzw. Schulaufenthalt als Sanktion für unerwünschtes Verhalten ankündigen
- Klinik bzw. Schule in die Diagnostik hineinreden
- Therapiemethoden & Medikamente bzw. Unterrichtsmethoden in Frage stellen
- Medikamente nicht geben

Ergänzend ist es sinnvoll, alles zusammen zu tragen, was sich bereits bewährt hat:

So verläuft Kooperation zufriedenstellend

- Offenheit und gegenseitige Wertschätzung
- Gegenseitige Besuche
- Frühzeitige Klärung, was Klinik bzw. Schule leisten können und was nicht
- Kurze Wege: Nachfragen, z. B. „Was soll ich machen“
- Erstellung eines Krisenplans mit Schüler, Eltern, Schule und Klinik, ggf. auch anderen Beteiligten

- Übergabegespräche
- Bei Klinikaufenthalt Kontakt aufrecht erhalten
- „kleine Brötchen backen“
- Gute Therapiemotivation führt meist zu guter Zusammenarbeit, so dass es auch in dieser Hinsicht lohnt, möglichst viel zu tun, um die Therapiemotivation des Klienten bzw. Schülers zu verbessern
- Wenn die Eltern motiviert sind, führt dies meist zu guter Zusammenarbeit => Eltern motivieren, Fragen zu stellen, offen und engagiert Klinik & Schule & deren Kooperation zu unterstützen
- Coaching der Eltern für Gespräche mit der Klinik bzw. Schule
- Systematische Erörterung der Situation mit der Klinik bei Aufnahme und Infos/Absprache, wie es schulisch weitergeht

Anforderungen an Kooperation fördernde Berichte

- Schulberichte mit klaren Leistungs- und Verhaltensschilderungen (möglichst mit Angaben, in welchen Kontexten mehr und in welchen weniger Probleme auftreten)
- Aussagekräftige Arzt- bzw. Klinikberichte mit Beobachtungen und (umsetzbaren) Empfehlungen

(Wienand 2012, Spitzcok von Brisinski 2006)

Probleme kommen meist nicht über Nacht

Deswegen sollte

- frühzeitig zu Eltern *und* Kinderpsychiatrie Kontakt aufgenommen werden.
- Psychiatrie nicht als negative Konsequenz angedroht, sondern als Chance begriffen werden.
- auch bei drohenden Maßnahmen gegen den Willen des Schülers mit der Klinik im Vorfeld kommuniziert werden.

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt, Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik-Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

Literaturverzeichnis

- Baving, L.* (2006) Störungen des Sozialverhaltens. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Springer
- Brünger, M., Naumann, A., Schepker, R., Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.* (2012) Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. www.kinderpsychiater.org/files/bag/freiheitsentziehende_Massnahmen.pdf
- Bundesärztekammer* (2011): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011) www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2008): Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt 105(19), A-1026 – A-1030
www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf
- Frederichs, Jan* (2003): Gibt es Ausnahmen von der Schweigepflicht? Report Psychologie Heft 7/8. www.bdp-bw.de/backstage2/baw/documentpool/report_texte/2003_report_frederichs_schweigepflicht.pdf
- Spitzcok von Brisinski, Ingo* (2006): Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie & Krankenkassen: Eine Reflexionsliste zur systemischen Berichterstattung. Kontext 3, 275 - 296
- Wienand, F.* (2012) Der Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 22(2), 8-40

Die Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtssystem in der Begutachtung delinquenter Jugendlicher

Paul L. Plener¹, Michael G. Kölch^{1,2}, Marc Allroggen¹

¹Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universität Ulm

²Klinik f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vivantes Klinikum Berlin

Zusammenfassung:

In der Arbeit mit delinquenten Jugendlichen ergeben sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem im Bereich der Unterbringung gegen den Willen der Betroffene und im Bereich der Begutachtung Schnittstellen mit dem Rechtssystem. Der hier vorliegende Beitrag soll einen Überblick über diese beiden Bereiche basierend auf aktueller Literatur geben. Im Bezug auf geschlossene Unterbringungen sollen hier vor allem die zivilrechtlichen Wege der Unterbringung betrachtet werden, im Bereich der Begutachtung v.a. ein Fokus auf Strafrechtsgutachten und die Rolle des Kindes im Prozess gelegt werden.

Einführung

Die Arbeit des Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (bzw. auch die des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist prinzipiell geprägt von der Arbeit an Schnittstellen und Übergängen von Helfersystemen, wobei hier vielfach dem Therapeuten die Aufgabe zukommt darauf zu achten, dass der Patient nicht in den Lücken zwischen diesen Systemen „verlorengeht“. So ist die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, Jugendhilfeeinrichtungen, der Schule oder dem Kindergarten sowie anderen ärztlichen KollegInnen im klinischen Alltag selbstverständlich, während die Zusammenarbeit mit dem juristischen System für viele nicht zum „Alltagsgeschäft“ gehört und Fragen aufwirft. Befasst man sich mit der Thematik delinquenter

Jugendlicher, so ist die Schnittstelle mit dem Rechtssystem vor allem in zwei Bereichen gegeben: einerseits im Rahmen der (strafrechtlichen) GutachterInnen-tätigkeit, andererseits im Rahmen von Unterbringungen. Diesen beiden Bereichen will sich die vorliegende Arbeit im Folgenden primär widmen. Dabei muss zunächst einmal festgehalten werden, dass Delinquenz im Jugendalter kein seltenes Phänomen darstellt (Rabold & Baier, 2007). Jugendliche und junge Erwachsene stellen einen großen Teil der tatverdächtigen Personen im Rahmen delinquenter Handlungen (f. einen Überblick s. Schepker, 2011a). Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren stellen laut Statistik des Bundesministeriums für Inneres (2009) ca. 12% der registrierten Strafverdächtigen. Das ist allerdings nur die Spitze des Eisberges. Bei 9-12-jährigen berichten knapp 90% v. strafrechtlich relevanten Verstößen (Remschmidt & Walther, 2009). Nedopil (2011) berichtet aus der polizeilichen Kriminalstatistik 2008, dass schwere Vergehen wie Tötungsdelikte und Vergewaltigung bzw. sex. Nötigung ihren Gipfel in der Altersgruppe der 18-20-jährigen erreichen, während Körperverletzung ebenso wie Raub am häufigsten in der Altersgruppe der 14-17-jährigen zu verzeichnen ist. Dies deckt sich auch mit anderen Arbeiten, in denen sich in der Altersverteilung bei Delikten ein steiler Anstieg in der Pubertät mit einem steilen Abfall im Erwachsenenalter zeigt (Overbeek et al., 2001). Insgesamt wird vom Bundeskriminalamt (www.bka.de) berichtet, dass weit über ein Drittel der Tatverdächtigen das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Einige der Täter werden wiederholt straffällig. So wurde basierend auf Daten des Landeskriminalamts NRW, mittels derer die 14-jährigen erstregistrierten Tatverdächtigen analysiert wurden, dargelegt, dass Raub und schwere Diebstahlsdelikte die höchste Rückfallraten binnen eines Jahres aufweisen (Naplava, 2011). Dies mag zwar damit zusammenhängen, dass bei diesen Daten ev. retrospektiv in Verbindung stehende Taten aufgeklärt und so den Tätern zugeordnet werden konnten, allerdings kann hier auch ein Potential für präventive Überlegungen gesehen werden. Wenn man in Betracht zieht, dass mehr als ein Drittel der 14-jährigen, die einen schweren Diebstahl oder einen Raub verübt haben, binnen 12 Monaten erneut straffällig werden (aber z.B. „nur“ ein Fünftel derer, die sich eines Betruges schuldig machten), so könnte dies Hinweis darauf geben, welche Gruppen delinquenter Jugendlicher ev. Adressat präventiver Maßnahmen sein könnten. Neben diesen Überlegungen einer potentiellen Zielgruppe sind selbstverständlich auch andere Einflussfaktoren als Prädiktoren für Gewaltdelinquenz bei Jugendlichen zu beachten, etwa (nach Baier et al. 2009; Rabold & Baier, 2007): vermehrter Alkohol- und Drogenkonsum, der Konsum gewalthaltiger Medien, Schulschwänzen sowie die Akzeptanz gewaltorientierter Männlichkeitsphantasien

Unterbringung

Fallbeispiel 1:

Der 11-jährige K. wird im Dienst von den Sorgeberechtigten vorgestellt. K. sei im letzten Jahr in acht Jugendhilfeeinrichtungen und drei intensivpädagogischen Maßnahmen (eine davon im Ausland) gewesen. Aus der Vorgeschichte werden drei stationäre Aufenthalte in verschiedenen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken berichtet, seit drei Wochen sei er nun erneut in einer Inobhutnahmestelle, wobei er sich dort nicht an die Regeln halte, häufig abends nicht nach Hause komme, in Schlägereien und vermutlich auch Drogenkonsum involviert sei. Aktuell habe er in der Inobhutnahmestelle einen Erzieher geschlagen, worauf die Inobhutnahmestelle die weitere Betreuung abgelehnt habe und den Jungen an die Erziehungsberechtigten übergeben habe. Die Sorgeberechtigten verlangen nun eine sofortige geschlossene Unterbringung („den muss man doch mal wegsperren, da kann man doch nicht zuschauen bis was passiert“).

Solche oder ähnliche Szenarien sind sicherlich allen klinisch tätigen KollegInnen hinreichend bekannt, ebenso wie das Spannungsfeld zwischen Pädagogik, Therapie und juristischen Belangen, in dem sich diese Fälle abspielen. Hier steht der- oftmals verständliche – Wunsch der Sorgeberechtigten nach einer Klärung der Situation (der vielfach auch als Sanktion verstanden wird) im Konflikt mit den Rechten des Kindes bzw. des Jugendlichen, der – wie in diesem Fall – auf gar keinen Fall eine stationäre Behandlung wünscht. So haben Minderjährige eigene, vom Elternwillen unabhängige, und im Zweifelsfall auch gegenüber diesem gleichberechtigte, teils vorrangige Rechte. Manche davon sind abhängig von der kognitiven und allgemeinen Entwicklung, manche davon jedoch auch unabhängig als elementare und generelle Rechte. Die UN-Kinderrechtskonvention(1989)⁴ setzt das Recht von Kindern auf rechtliches Gehör und Information in allen sie betreffenden Angelegenheiten in den Artikeln 12 und 13 fest. Daraus schließt sich unmittelbar, dass auch alle Verfahrensschritte, die sich im Verlauf von Unterbringungsverfahren ergeben, den Kinder und Jugendlichen gegenüber transparent gemacht werden müssen. Da ein stationärer Aufenthalt gegen den Willen des Kindes und des Jugendlichen zwangsläufig einen Eingriff in die Autonomie des Minderjährigen darstellt, sind diese Maßnahmen auf Notwendigkeit und Verhältnismä-

⁴ Einsehbar unter: www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf

ßigkeit richterlich zu prüfen. Da die zivilrechtliche Unterbringung gegen den Willen eine Einschränkung der Autonomie des Kindes und des Jugendlichen mit sich bringt, kann ein solcher Eingriff nur dann statthaft sein, wenn eine Gefahr für andere oder/ und für das eigene Leben des Kindes bzw. des Jugendlichen ausgeht und sie dem Wohle des Betroffenen dient. Dabei kann die Gefährdung akut, wie etwa im Falle von Suizidalität, oder auch chronisch, wie etwa bei vital gefährdender Anorexia nervosa sein. Hier ist zu beachten, dass jedoch nicht jedes psychisches Störungsbild eine Unterbringung gegen den Willen rechtfertigt, ebenso wie auch bei jedem Einzelfall eine separate Entscheidung in Abhängigkeit vom Schweregrad zu treffen ist.

Betrachtet man die gesetzliche Grundlage der Unterbringungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, so stellt sich im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie ein etwas differentes Bild dar. Während in beiden Bereichen die jeweiligen Unterbringungsgesetze der Länder greifen, so bietet sich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Möglichkeit der Unterbringung auch unter den gesetzlichen Rahmenbedingungen des §1631b BGB und des § 42 des SGB VIII. Die zivilrechtlichen Unterbringungsmöglichkeiten haben mit den öffentlich-rechtlichen gemein, dass auch ihre Indikation und Verhältnismäßigkeit richterlich geprüft werden müssen und als Eingriff in die Autonomie des Minderjährigen nicht ohne Kontrolle bleiben können. Derzeit findet sich hier – im Gegensatz zu den gegenwärtig diskutierten Implikationen der Bundesgesetzgebung die Unterbringungen im Erwachsenenbereich betreffend (s. Müller et al., 2012) – bislang keine Diskussion oder Rechtsprechung, wonach die bislang etablierte Praxis verlassen werden müsste. Streng genommen bedeutete eine Genehmigung zur Unterbringung jedoch auch nicht, dass auch eine Zwangsbehandlung stattfinden kann, dies muss in der Regel explizit beantragt und genehmigt werden.

Das heißt, dass die Sorgeberechtigten als Antragssteller beim Familiengericht fungieren. Grund hierfür ist eine erhebliche Gefährdung des Kindes.

§ 1631b

Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung

Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Kasten 1: § 1631b BGB

§ 42

Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen

(1) Das Jugendamt ist berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen

[...]

Die Inobhutnahme umfasst die Befugnis, ein Kind oder einen Jugendlichen bei einer geeigneten Person, in einer geeigneten Einrichtung oder in einer sonstigen Wohnform vorläufig unterzubringen; im Fall von Satz 1 Nr. 2 auch ein Kind oder einen Jugendlichen von einer anderen Person wegzunehmen.

[...]

(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden.

[...]

Kasten 2: § 42 SGB VIII (gekürzt)

Der Kinder- und Jugendpsychiater wird hier oftmals (jedoch ist dies nicht zwingend erforderlich) zu einer Stellungnahme aufgefordert. Der Richter hat dann nach Anhörung eine Entscheidung zu treffen und eine Zeitdauer für den Beschluss festzusetzen. Der Beschluss erlaubt es Eltern, den Erziehungsauftrag (Fürsorgepflicht) wahrzunehmen, auch gegen den Willen des

Kindes/ Jugendlichen und für ihn/sie eine Behandlung auch gegen den Willen zu veranlassen. Dies kann unter Einschränkung der Freiheiten des Kindes und Jugendlichen erfolgen. D.h., dass das Gericht den Eltern genehmigt, das Kind gegen den Willen behandeln lassen zu dürfen, ein Recht, das aber dann erlischt, wenn die Eltern dies nicht mehr wollen (s. Kasten 1).

Als weitere Möglichkeit zur Unterbringung sieht der § 42 SGB VIII eine Inobhutnahme durch das Jugendamt bei unmittelbarer Gefährdung des Kindeswohls vor (s. Kasten 2). Diese Maßnahme ist ebenfalls richterlich zu genehmigen. In diesem Fall ist eine Unterbringung auch gegen den Willen der Sorgeberechtigten möglich.

Gutachten

Der Kinder- und Jugendpsychiater kann im Rahmen von Strafrechtsprozessen mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt werden. Einen Bereich häufiger gutachterlicher Fragestellungen berührt die Frage nach dem seelischen und geistigen Reifezustand einerseits von Heranwachsenden, bei denen sich die Fragen nach der Anwendung des Jugendstrafrechts stellt (§ 105 JGG: Anwendung des Jugendstrafrechts auf Heranwachsende), andererseits aber auch bei Jugendlichen, was ihre strafrechtliche Verantwortlichkeit (§ 3 JGG) angeht. Nach Schepker (2011b) muss bezüglich der im § 3 JGG definierten „Verantwortungsreife“, die sittliche und geistige Reife geprüft werden. Da ein Gutachten retrospektiv diese Reifekriterien in Bezug auf die Tat bewerten muss, muss auch bzgl. der vorhandenen Reife im Gutachten mitunter auf Kontextmerkmale zurückgegriffen werden. Nach Schepker et al. (2009), können dafür u.a. etwa Sanktionen vor dem Zeitpunkt der Tat für ähnliches Verhalten durch andere, erlebte Strafverfolgungen anderer, Leugnen oder auch Verdeckungshandlungen herangezogen werden. Weiters handelt es sich bei den Fragestellungen, die vom Auftraggeber (also dem Gericht oder der Staatsanwaltschaft) vergeben werden häufig auch um Fragen aus Bereichen des Strafrechts, etwa nach der Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB). Hier ist vom Gutachter nicht nur das Vorliegen der definierten Merkmale (wie etwa der „krankhaften seelischen Störung“) zu überprüfen, vielmehr ist die daraus resultierende Beeinträchtigung der psychischen Funktionsfähigkeit zum Tatzeitpunkt mit einer daraus resultierenden krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit relevant.

Der Gutachter ist bei der Erstellung der Gutachten verpflichtet sein methodisches Vorgehen auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu gründen und sich an den Klassifikationssystemen ICD-10 od. DSM-IV-TR zu orientieren, wobei er frei darin ist, wie Informationen erhoben werden und wie er die erhobenen Informationen bewertet. Wesentlich ist hier die Nachvollziehbarkeit und Transparenz, da der kinder- und jugendpsychiatrische Gutachter dem Auftraggeber (etwa dem Richter oder dem Staatsanwalt) vermitteln muss, wie er zu den gemachten Schlüssen gekommen ist (also unter Anwendung welcher Methode und welcher Denkmodelle). Hier ist auf die Einhaltung formeller und inhaltlicher Mindeststandards zu achten (s. Boetticher et al., 2007). Als Grundlage für die richterliche Urteilsfindung ist letztlich nur das mündlich erstattete Gutachten in der Hauptverhandlung relevant. Der Gutachter wird hier zum „Beweismittel“ (Deutsch, 2011). Als Sachverständiger ist der Gutachter nicht „Anwalt des Kindes“ (Kinze, 2011a), sondern eine Person, deren Erfahrung sich das Gericht nutzbar macht um Sachverhalte besser beurteilen zu können. Hieraus ergibt sich auch, dass im Rahmen des Gutachtens keine Schweigepflicht eingeräumt werden kann, da eine Offenbarungspflicht gegenüber dem Gericht besteht (Kinze, 2011a).

Auch das Kind hat im Laufe von Gerichtsprozessen Rechte, auf die es hingewiesen werden muss, was durch die ermittelnden Behörden bzw. den Richter zu geschehen hat. Auch die Sorgeberechtigten müssen in die Gutachtenerstellung einwilligen. Als Beschuldigter hat ein Kind, ebenso wie eine Erwachsene das Recht auf Aussageverweigerung, als Zeuge bzw. Opfer hat es ein Zeugnisverweigerungsrecht, wenn es in gerader Linie od. in Seitenlinie bis zum 3. Grad verwandt od. bis zum 2. Grad verschwägert ist (§ 52 StPO). Sollten Minderjährige aufgrund mangelnder Reife oder einer psychischen Behinderung die Bedeutung des Zeugnisverweigerungsrechts nicht verstehen, so können diese nur vernommen werden, wenn sie zu einer Aussage bereit sind und der gesetzliche Vertreter einverstanden ist (Kinze, 2011b).

Die Funktion des Gutachters ist also vielfach die eines „Dolmetschers“ oder Moderators, der die Fragestellung des Auftraggebers klientengerecht formulieren muss, die Antworten auf seine Fragen in psychopathologische Begrifflichkeiten einzuordnen hat um diese dann im Gutachten dem Auftraggeber wieder verständlich darzulegen. Gerade in der Anwendung dieser Sprachen können sich aber Problemfelder auftun. So enthalten Gesetzestexte keine psychiatrischen Begrifflichkeiten sondern müssen oft „künstlich“ auf Klassifikationssysteme heruntergebrochen werden. Gerade aber auch juristisch

korrekte Formulierungen werden von Kinder und Jugendliche diskriminierend erlebt, wie etwa der Gebrauch des Terminus „Schwachsinn“. Eine Möglichkeit hier Irritationen zu vermeiden besteht darin, das Gutachten vor der Verhandlung mit dem Begutachteten durchzusprechen, um die Verwendung dieser Begrifflichkeiten erklären zu können. Auch dem Auftraggeber gegenüber gilt es die Besonderheiten des Faches zu vermitteln. Kinze (2011a) weist darauf hin, dass sich die psychiatrisch-psychologischen Begutachtungen, die auf Erfahrungswissenschaft gründen und Aussagen auf Basis von Wahrscheinlichkeiten treffen, von den Naturwissenschaften mit Aussagen, die an einem Kausalitätsprinzip orientiert sind, und der Rechtswissenschaft, die Zuordnung zu vorgegebenen Festlegungen vornimmt, unterscheiden. So ist es auch Aufgabe des Gutachters die verbleibenden Unsicherheiten deutlich zu benennen und sich nicht zu Aussagen verleiten zu lassen, die nicht durch die erhobenen Informationen zu stützen sind.

Diskussion

Die Schnittstelle zwischen Rechtssystem und Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich im Umgang mit delinquenten Kindern und Jugendlichen vornehmlich im Bereich der Unterbringung gegen den Willen der/des PatientIn bzw. im Strafrechtsprozess im Rahmen eines Begutachtungsverfahrens. In Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der Unterbringung ist festzuhalten, dass der zivilrechtliche Weg einer Unterbringung gem. § 1631b BGB im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich vorzuziehen ist, da hier ein Engagement der Eltern gefordert wird, die in die Entscheidungsfindung einbezogen werden und sich auch gegenüber dem Kind (und nicht zuletzt auch gegenüber dem Gericht) klar positionieren müssen. Die momentan in Bezug auf die öffentlich-rechtliche Unterbringung Erwachsener diskutierte Rechtsprechung, die zu einer von der Fachgesellschaft der Psychiater kritisierten therapeutischen Verdammung zur Handlungsunfähigkeit geführt hat (s. Stellungnahme der DGPPN: Müller et al., 2012), ist in diesem Bereich bislang (noch) nicht thematisiert worden. Umso wichtiger erscheint vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion die Einhaltung einer größtmöglichen Transparenz im Rahmen der Unterbringungsprozesse, die dem Kind gemäß den UN Kinderrechtskonventionen das Recht auf Information in sie betreffenden Angelegenheiten wahren soll.

Im Rahmen von Strafrechtsgutachten ist diese Prämisse ebenso schlagend. Hier muss die Aufklärung darüber hinaus auch darauf Rücksicht nehmen, dass gegenüber dem Auftraggeber keine Schweigepflicht besteht. Strafrechtliche Gutachten müssen einem wissenschaftlichen Standard gerecht werden, die gemachten Aussagen nachvollziehbar sein und laiengerecht dargestellt werden. Der Gutachter wechselt hier im Vergleich zur klinisch-therapeutischen Arbeit seine Rolle. Er versucht nicht im Rahmen einer Therapie mit dem Klienten zu arbeiten, sondern ist im Auftrag des Gerichts an der Klärung eines Sachverhaltes interessiert. Als solcher wird der Gutachter zum Beweismittel und verlässt seine – ansonsten gewohnte- therapeutische Rolle. Die sich aus der Art der Erhebung (häufig retrospektiv), der Art des Gegenstandes der Untersuchung (intrapsychische Prozesse) und der getroffenen Beobachtungen ergebenden Unsicherheiten sind dem Gericht gegenüber zu benennen, sodass dieses in seiner Entscheidungsfindung sich ergebende Unsicherheiten auch entsprechend gewichten kann.

Korrespondierender Autor:

Dr. Paul L. Plener

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Universität Ulm

Steinhövelstr. 5, 89077 Ulm

Tel.: ++49/(0)731 500 61765, Fax: Tel.: ++49/(0)731 500 61602,

e-mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de

Literatur

Baier, D., Pfeiffer, C., Simonson, J., Rabold, S. (2009) Jugendliche in Deutschland als Täter und Opfer von Gewalt. Hannover: KFN

Boetticher, A., Nedopil, N., Bosinski, H.-A.-G., Saß, H. (2007) Mindestanforderungen für Schuldfähigkeitsgutachten. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 1, 3-9

Bundesministerium für Inneres (2009) zitiert nach *Schepker, R.* (2011) Zahlen und Fakten zur Kinder- und Jugendlichendelinquenz. In: Häßler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) *Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 81-83

Deutsch, C.C. (2011) Das Jugendstrafverfahren und die Erwartungen eines Jugendrichters. In: Häßler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) *Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 55-63

- Kinze, W.* (2011a) Stellung des Gutachters zum Begutachteten. In: Häbeler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 41-45
- Kinze, W.* (2011b) Rechtliche Grundlagen der Begutachtung bei Kindern und Jugendlichen. In: Häbeler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 35-39
- Müller, J., Saimeh, N., Nedopil, N., Schneider, F., Falkai, P.* (2012) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-01-16-zwangsbehandlung.pdf
- Naplava, T.* (2011) Kriterien zur Auswahl jugendlicher Intensivtäter auf der Basis von Rückfallanalysen. *Kriminalistik*, 8-9, 533-536
- Nedopil, N.* (2011) Was erwartet der Erwachsenenforensiker von der Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: Häbeler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 63-75
- Overbeek, G.J., Vollebergh, W., Meeus, W., Engels, R.C.M.E., Luijpers, E.* (2001) Course, co-occurrence and longitudinal pathways between emotional disturbance and delinquency from adolescence to young adulthood: a 6-year three-wave study. *J Youth Adolesc*, 30, 401-426
- Rabold, S., Baier, D.* (2007) Delinquentes Verhalten von Jugendlichen: zur differentiellen Bedeutsamkeit verschiedener Bedingungsfaktoren. *Kriminalsoziologie und Rechtssoziologie*, 2, 9-42
- Remschmidt, H., Walter, R.* (2009) Kinderdelinquenz: Gesetzesverstöße Strafmündiger und ihre Folgen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Schepker, R.* (2011a) Zahlen und Fakten zur Kinder- und Jugendlichendelinquenz. In: Häbeler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 81-83
- Schepker, R.* (2011b) Strafrechtliche Reife/ strafrechtliche Verantwortlichkeit/ Unrechtskenntnis/ Steuerungsfähigkeit. In: Häbeler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hg.) Praxishandbuch Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Grundlagen, Begutachtung und Behandlung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 85-89
- Schepker, R., Fegert J. M., Habermeyer, E.* (2009) Strafrechtliche Täter- und Opferbegutachtung. In: Fegert, J. M., Streeck-Fischer A., Freyberger H.J., (Hg.) Adoleszenzpsychiatrie. Stuttgart, NY: Schattauer, 778-804

Ausschreibung für den wissenschaftlichen Förderpreis der Systemischen Gesellschaft 2013

Die Systemische Gesellschaft (SG) schreibt im Wechsel mit der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) einen wissenschaftlichen Förderpreis aus.

Der Preis ist bewusst als Förderpreis konzipiert. Vor allem jüngere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sind angesprochen. Die Ausschreibung verfolgt das Ziel, die Relevanz Systemischen Denkens für die therapeutische und beraterische Praxis zu verdeutlichen und die Forschung in diesem Bereich anzuregen.

Ausgezeichnet wird eine Diplomarbeit, Dissertation, Habilitation oder ein anderes (auch außeruniversitäres) Projekt,

- das empirische Forschungsdesigns entwickelt,
- das eine mit Systemischen Modellen kompatible und innovative Methodik aufweist und
- das sich auf praxisrelevante Bereiche aus der Therapie, Gesundheitsversorgung, Supervision, Beratung und auf institutionelle Innovationsprozesse bezieht.

Der wissenschaftliche Förderpreis ist mit 3.000,- Euro dotiert. Ein unabhängiges fünfköpfiges Gutachtergremium entscheidet über die Vergabe des Preises. Die Preisvergabe erfolgt im Rahmen der SG-Mitgliederversammlung im April 2013 in Berlin. Bitte reichen Sie Ihre Arbeit bis zum 14. Dezember 2012 in dreifacher Ausführung ein an:

Systemische Gesellschaft e.V.

„Wissenschaftlicher Förderpreis“

Brandenburgische Straße 22, D-10707 Berlin

Telefon: +49-30-53 69 85 04, Telefax: +49-30-53 69 85 05

E-Mail: info@systemische-gesellschaft.de

Internet: www.systemische-gesellschaft.de

Ausschreibung Hermann-Emminghaus-Preis 2013

Bereits seit über einem Vierteljahrhundert wird zum Gedenken an Hermann Emminghaus, den Pionier der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung, der Hermann-Emminghaus-Preis verliehen. Wissenschaftler können sich mit ihren Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ab sofort unter www.emminghaus-preis.de für die durch die Lilly Deutschland GmbH (Bad Homburg) geförderte Auszeichnung 2013 bewerben. Der Preisträger wird mit der Hermann-Emminghaus-Medaille und einem Preisgeld in Höhe von 5.500 Euro gewürdigt. Bewerbungsschluss ist der 6. Dezember 2012.

Der Hermann-Emminghaus-Preis ist der älteste kinder- und jugendpsychiatrische Forschungspreis im deutschsprachigen Raum. Er richtet sich an Wissenschaftler, die empirische Forschung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, insbesondere der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, betreiben und in der Regel nicht länger als zehn Jahre im Fach wissenschaftlich tätig sind.

Es können ausschließlich Arbeiten eingereicht werden, die noch nicht anderweitig ausgezeichnet worden sind.

Psychodynamisch, genetisch oder zerebralorganisch orientierte Forschung kommt ebenso für eine Bewerbung in Betracht wie epidemiologische, katanestische oder therapeutische Studien. Die Arbeit ist in deutscher oder englischer Sprache einzureichen.

Die Verleihung des Hermann-Emminghaus-Preises 2013 wird Anfang März 2013 im Rahmen des XXXIII. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) in Rostock stattfinden.

Weitere Informationen zum Hermann-Emminghaus-Preis und zu den Teilnahmebedingungen sind unter www.emminghaus-preis.de zu finden.

Über Hermann Emminghaus

Hermann Emminghaus wurde am 20. Mai 1845 in Weimar geboren. Er studierte Medizin in Göttingen und anschließend in Jena. An der Großweimarer Landesirren-, Heil- und Pflegeanstalt promovierte Emminghaus 1869 mit der Arbeit „Ueber hysterisches Irresein“. Von 1880 bis 1886 hatte Emminghaus den ersten Lehrstuhl für Psychiatrie in Dorpat, heute Tartu/Estland, inne. Emminghaus verfasste die erste deutschsprachige Abhandlung zu „Psychischen Störungen des Kindesalters“, welche 1887 im „Handbuch für Kinderkrankheiten“ veröffentlicht wurde. 1886 erhielt Emminghaus den Ruf an die Freiburger Universität für den neu eingerichteten Lehrstuhl für Psychiatrie. Hermann Emminghaus starb am 17. Februar 1904 in Freiburg.

Das Kuratorium:

Prof. Dr. Dr. M. H. Schmidt, Mannheim (Vorsitzender), Prof. Dr. F. Häßler, Rostock, Prof. Dr. G. Lehmkuhl, Köln, Prof. Dr. G. Schulte-Körne (amtierender Präsident der DGKJP), Prof. Dr. G. E. Trott, Würzburg, Prof. Dr. Dr. R. W. Dittmann, Mannheim, Dr. S. Kraemer, Bad Homburg

Adresse:

Veronika Wetzel
Kuratorium Hermann-Emminghaus-Preis
c/o Fuhrmann & Schütz
Healthcare Public Relations GmbH & Co. KG
Humboldtstraße 11
65189 Wiesbaden
Telefon: 0611 / 1 60 86 -41
Fax: 06 11 / 1 60 86 -15
E-Mail: wetzel@fuhrmannschuetz.de
Internet: www.fuhrmannschuetz.de

Förderung von Studien in der Versorgungsforschung

Bundesministerium für Bildung und Forschung

1. Zuwendungszweck, Rechtsgrundlage

1.1 Zuwendungszweck

Das Gesundheitssystem sieht sich vor die Herausforderung gestellt, medizinische und organisatorische Verbesserungen in die Versorgung zu integrieren und gleichzeitig deren Kosten bezahlbar zu halten. Der Anteil chronisch kranker und multimorbider Menschen wächst, gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbsfähigen. Zudem entsteht Kostendruck durch mehr und bessere Behandlungsmöglichkeiten in vielen Bereichen der Versorgung. Eine Bewertung neuer, aber auch bereits etablierter Verfahren ist unerlässlich, damit das Gesundheitssystem nur sinnvolle und wirksame Maßnahmen erstattet. Dabei muss sich der Nutzen von Behandlungen nicht nur in klinischen Studien, sondern insbesondere im Versorgungsalltag unter Berücksichtigung aller Bevölkerungsgruppen belegen lassen.

Internationale Forschungsergebnisse lassen sich aufgrund der Komplexität des Versorgungsgeschehens und der starken Abhängigkeit des Gesundheitssystems von nationalen Gegebenheiten nur begrenzt übertragen. Deshalb ist auch in Deutschland eine leistungsfähige Versorgungsforschung erforderlich, um die wissenschaftlichen Grundlagen für Lösungen zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu verbessern. Versorgungsforschung wird hier verstanden als die Wissenschaft, die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und erklärt, unter Alltagsbedingungen evaluiert und darauf aufbauend Versorgungskonzepte entwickelt. Dies schließt unterschiedliche Disziplinen ein, wie z. B. Rehabilitationswissenschaften, Pflegeforschung, Forschung zur allgemeinmedizinischen Versorgung und Palliativmedizin sowie Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung.

Die Stärkung der Versorgungsforschung in Deutschland ist für die Bundesregierung prioritäres Ziel der Gesundheitsforschung. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) beabsichtigt daher, die Versorgungsforschung nachhaltig zu unterstützen und auszubauen.

Nach der ersten Bekanntmachung des BMBF zur Förderung von Studien in der Versorgungsforschung vom 9. Februar 2010 wird mit den vorliegenden Förderrichtlinien eine weitere Förderrunde zu diesem Themenschwerpunkt initiiert. Diese trägt zur Ausgestaltung des Aktionsfeldes 4 „Versorgungsforschung“ im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung bei.

Auf Grund der Erkenntnisse aus der vorherigen Förderrunde erfolgt eine Schwerpunktsetzung auf die Themengebiete Patientensicherheit und Lebensqualität.

Patientensicherheit ist essentiell für eine qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung und hat die Vermeidung unerwünschter Ereignisse infolge komplexer und arbeitsteiliger Abläufe zum Ziel. Im Bereich der Patientensicherheit sind besonders relevante Themen die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Sicherheit von operativen sowie intensiv- und notfallmedizinischen Verfahren. Die Forschungsansätze sollten dabei zentrale Ansätze verfolgen, die Risikomanagement und Qualitätsmanagement untersuchen.

Der Begriff der Lebensqualität innerhalb der Gesundheitswissenschaften umfasst das subjektive Befinden und Handlungsvermögen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich und ist ein wichtiger Zielparameter in der Versorgungsforschung. Ein besonderer Forschungsbedarf zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Patientinnen besteht im Bereich der Palliativmedizin und Schmerztherapie.

1.2 Rechtsgrundlage

Vorhaben können nach Maßgabe dieser Richtlinien, der BMBF-Standardrichtlinien für Zuwendungen auf Ausgaben- bzw. Kostenbasis und der Verwaltungsvorschriften zu den §§ 23, 44 Bundeshaushaltsordnung (BHO) durch Zuwendungen gefördert werden. Ein Rechtsanspruch auf Gewährung einer Zuwendung besteht nicht. Der Zuwendungsgeber entscheidet nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel.

Die Förderung nach dieser Richtlinie erfüllt die Voraussetzungen der Verordnung (EG) Nr. 800/2008 der EU-Kommission vom 6. August 2008 zur Erklä-

zung der Vereinbarkeit bestimmter Gruppen von Beihilfen mit dem Gemeinsamen Markt in Anwendung der Artikel 87 und 88 EG-Vertrag (Allgemeine Gruppenfreistellungsverordnung - AGFVO), ABl. (EU) L 214 vom 9.8.2008, S. 3, und ist demnach im Sinne von Artikel 107 Absatz 3 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union mit dem Gemeinsamen Markt vereinbar und von der Anmeldepflicht nach Artikel 108 Absatz 3 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union freigestellt. Die nach dieser Richtlinie förderfähigen Vorhaben fallen unter Forschungs-, Entwicklungs- und Innovationsbeihilfen gemäß Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe g AGFVO, soweit die Zuwendungsempfänger Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft sind.

Gemäß Artikel 1 Absatz 6a AGFVO werden einem Unternehmen, das einer Rückforderungsanordnung aufgrund einer früheren Kommissionsentscheidung zur Feststellung der Rechtswidrigkeit und Unvereinbarkeit einer Beihilfe mit dem gemeinsamen Markt nicht Folge geleistet hat, keine Einzelbeihilfen gewährt.

2. Gegenstand der Förderung

Gefördert werden methodisch hochwertige Studien in der Versorgungsforschung zu den oben genannten Themenbereichen. Diese können sich mit praxisrelevanten Aspekten des Versorgungsgeschehens und / oder mit Versorgungsstrukturen in der stationären und/oder ambulanten Gesundheitsversorgung (z. B. in der hausärztlichen, fachärztlichen, psychotherapeutischen, ergo- / physiotherapeutischen, rehabilitativen, pflegerischen und pharmazeutischen Versorgung) befassen. Sektorübergreifende und multiprofessionelle bzw. interdisziplinäre Forschungsansätze unterschiedlicher Fachdisziplinen oder Standorte (z. B. multizentrische Studien) sind ausdrücklich erwünscht. Dies schließt forschende Vertreter der Gesundheitsfachberufe ausdrücklich ein. Eine angemessene Berücksichtigung von geschlechts- und altersgruppenspezifischen Aspekten wird ebenso erwartet wie die angemessene Einbindung von Fragestellungen zur Versorgung von sozial benachteiligten Gruppen. Gesundheitsökonomische Begleituntersuchungen sollen eingeschlossen werden, sofern es sich um eine sinnvolle Ergänzung der Studie handelt.

Anhand einer methodischen Differenzierung werden drei verschiedene Module gebildet. Ein Antrag kann jeweils nur für eines der Module eingereicht werden. Antragsteller müssen entscheiden, in welchem Modul sie Mittel für die Förderung ihres Vorhabens beantragen möchten. Die Zuordnung zum ent-

sprechenden Modul muss im Antrag benannt und begründet werden. Voraussetzung für die Förderung eines Vorhabens ist, dass es neben den allgemeinen Anforderungen (siehe Nummer 1 und 4) auch den spezifischen Anforderungen des jeweiligen Moduls genügt.

Modul 1: Qualitative Analysen

Die Beschreibung des Versorgungsgeschehens und die Analyse der Versorgungsstrukturen mit Hilfe qualitativer Methoden bilden einen wichtigen Bestandteil der Versorgungsforschung und sind oft Ausgangspunkt für die Identifizierung relevanter Fragestellungen für weitergehende quantitative Untersuchungen. Innerhalb des Moduls 1 können qualitativ-empirische Analysen gefördert werden. Bestandteil der Projekte können auch die Weiterentwicklung wissenschaftlicher Instrumente und Methoden und deren Validierung in der Praxis sein. Nicht gefördert wird die alleinige Übersetzung, Evaluierung und Erprobung einzelner Fragebögen.

Modul 2: Nicht-interventionelle quantitative Studien

Um Stärken und Schwächen eines Versorgungssystems wissenschaftlich fundiert benennen zu können, ist die Erhebung und Auswertung von relevanten und validen Daten mit Hilfe anerkannter Methoden und Verfahren, sowie die Weiterentwicklung und Validierung wissenschaftlicher Instrumente und Methoden notwendig. Innerhalb des Moduls 2 können Fördermittel für quantitative Studien beantragt werden, mit denen das System vorzugsweise prospektiv analysiert wird, ohne dabei in das Versorgungsgeschehen einzugreifen. Zu solchen Studien gehören beispielsweise Sekundärdatenanalysen und Kohortenstudien. Dabei sind adäquate Vergleichsgruppen unerlässlich. Im Hinblick auf Sekundärdatenanalysen sind detaillierte Angaben zum Datensatz und zur Datenqualität erforderlich. Es muss begründet werden, weshalb eine nicht-interventionelle Studie für die untersuchte Fragestellung adäquat ist. Sofern die Voraussetzungen für eine interventionelle Studie bereits gegeben sind, ist ein Antrag in Modul 3 zu stellen.

Modul 3: Interventionelle Studien zum Versorgungsgeschehen

Innerhalb des Moduls 3 werden vergleichende interventionelle Studien zur Evaluation der Wirkung von Behandlungen unter Alltagsbedingungen (effectiveness) gefördert. Das Studiendesign muss mehrarmig sein. Eine Struk-

turgleichheit der Gruppen ist durch geeignete Maßnahmen, z. B. durch eine Randomisierung, sicherzustellen. In Abgrenzung zu klinischen Studien, die die Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme, z. B. eines Arzneimittels (efficacy) testen, wird bei den im Rahmen dieses Moduls geförderten interventionellen Studien der Nachweis der Wirksamkeit vorausgesetzt und die Wirkung von Maßnahmen im Versorgungsalltag (effectiveness), z. B. bei heterogenen Patientengruppen, untersucht. Dies bedingt die Anwendung von patientenrelevanten Endpunkten, z. B. Mortalität, Morbidität (Beschwerden und Komplikationen) oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, als primäre Zielgrößen der Studien. Weitere methodische Voraussetzungen für eine interventionelle Studie zum Versorgungsgeschehen sind u. a. breite Ein- und Ausschlusskriterien, möglichst keine über den Behandlungsalltag hinausgehenden Anforderungen an die Patienten und die Durchführung der Studie in den Versorgungseinrichtungen, in denen die untersuchte Intervention im Rahmen der Regelversorgung zum Einsatz kommt.

Von der Förderung im Rahmen dieser Ausschreibung ausgenommen sind Forschungsansätze, die bereits in anderen Förderschwerpunkten des BMBF unterstützt wurden oder werden, sowie Studien, an deren Ergebnissen Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft ein unmittelbares wirtschaftliches Interesse haben. Insbesondere können im Rahmen dieser Fördermaßnahme nicht gefördert werden:

- Klinische Studien zum Wirksamkeitsnachweis (efficacy) von Arzneimitteln, Behandlungen, operativen Verfahren, medizintechnischen Verfahren. Hierzu zählen auch Studien zum Vergleich der Wirksamkeit (efficacy) z. B. zweier Operationstechniken oder Therapien. Ebenfalls nicht gefördert werden können klinische Phase IV Studien zur Pharmakovigilanz.
- Studien zur ausschließlichen Prüfung der Sicherheit von Medizinprodukten.
- Studien zur frühen Nutzenbewertung gemäß dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG).
- Health-Technology-Assessment- Berichte (HTA), Metaanalysen und systematische Reviews.
- Forschungsvorhaben, die Fragestellungen der Prävention oder der Gesundheitsförderung zum Thema haben, da es hierzu ein eigenes Aktionsfeld mit entsprechenden Fördermaßnahmen gibt.
- Anlage neuer Register oder Aufbau neuer Langzeit-Kohorten und / oder Förderung bestehender Register oder Langzeit-Kohorten.

3. Zuwendungsempfänger

Antragsberechtigt sind in Deutschland ansässige staatliche und nicht-staatliche Hochschulen, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie Einrichtungen und Träger der Gesundheitsversorgung (z. B. Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen), ggf. auch mit dem Status eines Unternehmens der gewerblichen Wirtschaft.

Forschungseinrichtungen, die gemeinsam von Bund und Ländern grundfinanziert werden, kann nur unter bestimmten Voraussetzungen ergänzend zu ihrer Grundausstattung eine Projektförderung für ihren zusätzlichen Aufwand bewilligt werden.

4. Zuwendungsvoraussetzungen

Methodische Qualität

Voraussetzung für die Förderung einer Studie in der Versorgungsforschung ist die hohe methodische Qualität des beantragten Forschungsprojekts. Darüber hinaus ihre Validität im Bezug auf die gewählte Forschungsfrage gewährleistet sein. Es wird erwartet, dass bei der Planung der Projekte die national und international bestehenden Vorarbeiten adäquat berücksichtigt und im Antrag der internationale Stand der Forschung zusammenfassend dargestellt wird. Eine hohe methodische Qualität bedingt das Vorhandensein aller notwendigen Kompetenzen, Ressourcen und Erfahrungen bei den Antragstellern und ihren wissenschaftlichen Kooperationspartnern hinsichtlich der inhaltlichen und methodischen Bearbeitung der Forschungsfrage. Für die Planung, Durchführung und Auswertung der Studien ist die kontinuierliche Einbindung von entsprechender methodischer Expertise in das Vorhaben sicherzustellen. Sofern gesundheitsökonomische Analysen geplant sind, ist die entsprechende Expertise einzubinden und nachzuweisen. Um eine hohe methodische Qualität gerade auch bei multizentrischen Studien sicherzustellen, ist das Vorhandensein und/oder die Etablierung funktionierender organisatorischer Strukturen notwendig, wie beispielsweise einer internen und/oder externen Qualitätssicherung sowie eines koordinierten Projektmanagements.

Verwertungs- und Nutzungsmöglichkeiten

Die zu erwartenden Ergebnisse müssen einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsforschung liefern. Ein konkreter Erkenntnisgewinn zu Möglichkeiten für die künftige Verbesserung der Versorgung ist notwendig. Im

Antrag sind die geplante Verwertung und der Transfer der Ergebnisse auf struktureller und prozeduraler Ebene zu beschreiben.

Zusammenarbeit

Um die angesprochenen Themenfelder zielführend zu bearbeiten, müssen ggf. der Zugang zu entsprechenden Versorgungseinrichtungen bzw. der Zugriff und die Nutzungsmöglichkeiten notwendiger Sekundärdaten weitestgehend geklärt sein. Vorgelegt werden müssen konkrete Zusagen der Kooperationspartner über die beabsichtigte Zusammenarbeit. Die Einbindung aller notwendigen Fachdisziplinen und Kompetenzen ist zu gewährleisten.

Gender-Aspekte

Geschlechtsspezifische Aspekte sind bei der Planung, Durchführung und Auswertung der beantragten Studien in angemessener Weise zu berücksichtigen. Die Relevanz dieser Aspekte und ihre Berücksichtigung sind im Antrag darzulegen. Falls Gender-Aspekte nicht berücksichtigt werden, ist dies im Antrag zu begründen.

EU-Förderung

Antragsteller sollen sich auch im eigenen Interesse im Umfeld des national beabsichtigten Vorhabens mit dem EU-Forschungsrahmenprogramm vertraut machen. Sie sollen prüfen, ob das beabsichtigte Vorhaben spezifische europäische Komponenten aufweist und damit eine ausschließliche EU-Förderung möglich ist. Weiterhin ist zu prüfen, inwieweit im Umfeld des national beabsichtigten Vorhabens ergänzend ein Förderantrag bei der EU gestellt werden kann. Das Ergebnis der Prüfungen soll im nationalen Förderantrag kurz dargestellt werden. Informationen zur EU-Förderung können auch unter www.nks-lebenswissenschaften.de abgerufen werden.

Vorhaben von Großunternehmen können unter dieser Förderrichtlinie nur dann gefördert werden, wenn die Vorhaben ohne die öffentliche Förderung nicht oder nicht in diesem Umfang durchgeführt würden oder wenn die öffentliche Förderung zu einer signifikanten Beschleunigung der Entwicklung führt, wenn also ein Anreizeffekt im Sinne von Artikel 8 AGVFO vorliegt.

5. Art, Umfang und Höhe der Zuwendung

Die Zuwendungen können im Wege der Projektförderung für einen Zeitraum von in der Regel bis zu 3 Jahren als nicht rückzahlbare Zuschüsse gewährt werden.

Zuwendungsfähig ist der vorhabenbedingte Mehraufwand wie Personal- und Sachmittel (u. a. Verbrauchs- und Reisemittel) sowie (ausnahmsweise) projektbezogene Investitionen, die nicht der Grundausrüstung des Antragstellers zuzurechnen sind. Vorhabenbezogene Erhebungen an Patienten in beteiligten Einrichtungen sollten in der Regel durch Fallpauschalen vergütet werden, diese sind an Qualitätskriterien hinsichtlich der Datenerhebung zu binden. Ausgaben für die Erstellung eines Ethikvotums durch die hochschuleigene Ethikkommission werden der Grundausrüstung zugerechnet und können nicht gefördert werden. Ausgaben für die Durchführung gesundheitlicher Versorgungsleistungen im Rahmen der Vorhaben sind nicht förderfähig. Hochschulen kann die sogenannte „Projektpauschale“ gewährt werden. Weitere Hinweise dazu unter https://foerderportal.bund.de/easy/easy_index.php?auswahl=easy_formulare&formularschrank=bmbf&menue=block (Menüpunkt „Zuwendungen auf Ausgabenbasis“). Bemessungsgrundlage für Hochschulen, Forschungs- und Wissenschaftseinrichtungen und vergleichbare Institutionen sind die zuwendungsfähigen projektbezogenen Ausgaben (bei Helmholtz-Zentren und der Fraunhofer-Gesellschaft [FhG] die zuwendungsfähigen projektbezogenen Kosten), die individuell bis zu 100 % gefördert werden. Bemessungsgrundlage für Zuwendungen an Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft sind die zuwendungsfähigen projektbezogenen Kosten, die in der Regel je nach Anwendungsnähe des Vorhabens bis 50 % anteilfinanziert werden können. Nach BMBF-Grundsätzen wird eine angemessene Eigenbeteiligung grundsätzlich mindestens 50 % der entstehenden zuwendungsfähigen Kosten vorausgesetzt. Die Bemessung der jeweiligen Förderquote muss den Gemeinschaftsrahmen der EU-Kommission für staatliche Forschungs- und Entwicklungs(FuE)-Beihilfen berücksichtigen. Dieser Gemeinschaftsrahmen lässt für Kleine und Mittlere Unternehmen (KMU) eine differenzierte Bonusregelung zu, die ggf. zu einer höheren Förderquote führen kann. Die einschlägigen Schwellenwerte und Förderquoten der AGVFO werden bei den jeweiligen Zuwendungen nicht überschritten.

6. Sonstige Zuwendungsbestimmungen

Bestandteil eines Zuwendungsbescheides auf Kostenbasis werden grundsätzlich die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen auf Kostenbasis des BMBF an Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft für FuE-Vorhaben (NKBF98). Bestandteil eines Zuwendungsbescheides auf Ausgaben-

basis werden die Allgemeinen Nebenbestimmungen für Zuwendungen zur Projektförderung (ANBest-P) und die Besonderen Nebenbestimmungen für Zuwendungen des BMBF zur Projektförderung auf Ausgabenbasis (BNBest-BMBF98).

7. Verfahren

7.1 Einschaltung eines Projektträgers und Anforderung von Unterlagen

Mit der Abwicklung der Fördermaßnahme hat das BMBF seinen

Projektträger im DLR für das BMBF
- Gesundheitsforschung -
Heinrich-Konen-Straße 1, 53227 Bonn
Telefon: 0228 3821-1210, Telefax: 0228 3821-1257
E-Mail: gesundheitsforschung@dlr.de
Internet: www.gesundheitsforschung-bmbf.de

beauftragt. Es wird empfohlen, zur Antragsberatung mit dem Projektträger Kontakt aufzunehmen. Weitere Informationen und Erläuterungen sind dort erhältlich.

7.2 Förderverfahren

Das Förderverfahren ist zweistufig angelegt, es findet aber nur ein fachlicher Begutachtungsschritt unter Beteiligung externer Experten statt.

7.2.1 Vorlage und Auswahl von Vorhabenbeschreibungen

In der ersten Stufe sind beim Projektträger im DLR zunächst strukturierte Vorhabenbeschreibungen zusammen mit Vorhabenübersichten

bis spätestens zum 22. November 2012

in elektronischer und nachträglich innerhalb von einer Woche in schriftlicher Form (3-fache Ausfertigung, sowie eine ungebundene Kopiervorlage) auf dem Postweg einzureichen (Verfahren der elektronischen Antragstellung siehe unten). Mit Blick auf das internationale Begutachtungsverfahren wird die Einreichung der Vorhabenbeschreibungen in englischer Sprache empfoh-

len. Diese sollen alle notwendigen Informationen enthalten, um dem Gutachterkreis eine abschließende fachliche Stellungnahme zu erlauben. Sollte der Antrag von mehreren wissenschaftlichen Partnern gemeinsam gestellt werden, ist ein verantwortlicher Projektleiter oder eine verantwortliche Projektleiterin als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin zu benennen, der bzw. die die Antragstellung koordiniert (Kordinator bzw. Koordinatorin). Die Vorlagefrist gilt nicht als Ausschlussfrist. Verspätet eingehende Vorhabenbeschreibungen können aber möglicherweise nicht mehr berücksichtigt werden. Bei verspäteter Einreichung wird dringend die vorherige Kontaktaufnahme mit dem Projektträger empfohlen. Eine Vorlage per E-Mail oder Telefax ist nicht möglich. Der Umfang der Vorhabenbeschreibung (DIN-A4-Format, Arial 11 Punkt, 1,5-zeilig, 1-seitig, Ränder jeweils 2,0 cm) darf 20 Seiten nicht überschreiten. Die Anforderungen an die Vorhabenbeschreibung sind im Leitfaden für Antragsteller (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Leitfaden-Versorgungstudien-II.pdf) niedergelegt. Vorhabenbeschreibungen, die den dort niedergelegten Vorgaben nicht entsprechen, können ggf. nicht berücksichtigt werden. Die Antragstellung erfolgt elektronisch über das Internet-Portal pt-outline (<https://www.pt-it.de/ptoutline/application/versstud10>). Im Portal ist die Vorhabenbeschreibung im PDF-Format hochzuladen. Darüber hinaus wird hier aus den Eingaben in ein Internetformular eine Vorhabenübersicht generiert. Vorhabenübersicht und die hochgeladene Vorhabenbeschreibung werden gemeinsam begutachtet. Damit die elektronische Version der Vorhabenübersicht und der Vorhabenbeschreibung Bestandskraft erlangen, müssen beide Dokumente nach erfolgter elektronischer Antragstellung in Papierform mit der Unterschrift des Projektleiters bzw. Koordinators oder der Projektleiterin bzw. der Koordinatorin beim Projektträger eingereicht werden. Aus der Vorlage einer Vorhabenbeschreibung kann kein Rechtsanspruch auf Förderung abgeleitet werden. Die eingegangenen Vorhabenbeschreibungen, die die Anforderungen des oben erwähnten Leitfadens für Antragsteller erfüllen, werden unter Beteiligung externer Gutachter und Gutachterinnen bewertet. Dabei werden neben dem Beitrag des beantragten Vorhabens zu den in diesen Richtlinien genannten Förderzielen und Fördervoraussetzungen u. a. die folgenden Kriterien zugrunde gelegt:

I. Wissenschaftliche Qualität des Forschungskonzepts

- Wissenschaftlich fundierte Fragestellung / empirische Verankerung der Fragestellung und Zielsetzung
- Innovationspotenzial
- Angemessenheit und Qualität des methodischen Vorgehens
- Berücksichtigung nationaler und internationaler Vorarbeiten
- Adäquate Berücksichtigung von Genderaspekten
- Wissenschaftliche Vorleistungen und Expertise der Antragsteller (Forschungsprofil) sowie vorhandene Ressourcen und interdisziplinäre Kompetenzen

II. Umsetzung des Vorhabens / Machbarkeit

- Zugang zu untersuchten Personengruppen, Forschungsobjekten oder notwendigen Daten (z. B. Möglichkeiten der Patientenrekrutierung, Nutzung von Sekundärdaten)
- Professionelle Organisationsstrukturen
- Einbezug aller notwendigen Fachdisziplinen und Kompetenzen sowie Qualität der Interaktion zwischen den kooperierenden Partnern
- Berücksichtigung von rechtlichen und ethischen Aspekten
- Realistischer Arbeits- und Zeitplan

III. Relevanz und Verwertungsmöglichkeit der Forschungsergebnisse

- Relevanz der Fragestellung für die deutsche Gesundheitsversorgung und/oder das deutsche Gesundheitssystem
- Verwertbarkeit der Ergebnisse im deutschen Gesundheitswesen
- Konkrete Planung zu Transfer und Verwertung der Ergebnisse
- Relevanz des Forschungsprojekts für die inhaltliche und methodische Weiterentwicklung der Versorgungsforschung

Auf der Grundlage der Bewertung werden dann die für eine Förderung geeigneten Vorhaben ausgewählt. Das Auswahlresultat wird den Interessenten schriftlich mitgeteilt. Der Antragsteller hat keinen Rechtsanspruch auf Rückgabe einer eingereichten Vorhabenbeschreibung.

7.2.2 Vorlage förmlicher Förderanträge und Entscheidungsverfahren

In der zweiten Verfahrensstufe werden die Interessenten bei positiv bewerteten Vorhabenbeschreibungen unter Angabe eines Termins aufgefordert, einen förmlichen Förderantrag vorzulegen, über den nach abschließender Prüfung entschieden wird.

Vordrucke für die einzureichenden Formanträge sowie Richtlinien, Merkblätter, Hinweise und Nebenbestimmungen können unter www.foerderportal.bund.de

abgerufen oder unmittelbar beim Projektträger angefordert werden. Zur Erstellung von förmlichen Förderanträgen wird die Nutzung des elektronischen Antragsystems „easy“ (<https://foerderportal.bund.de/easy>) dringend empfohlen. Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendung sowie für den Nachweis und die Prüfung der Verwendung und die ggf. erforderliche Aufhebung des Zuwendungsbescheides und die Rückforderung der gewährten Zuwendung gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 BHO sowie die §§ 48 bis 49a des Verwaltungsverfahrensgesetzes (VwVfG), soweit nicht in diesen Förderrichtlinien Abweichungen zugelassen sind.

8. Inkrafttreten

Diese Förderrichtlinien treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Berlin, den 15. August 2012

Bundesministerium für Bildung und Forschung

Im Auftrag

Dr. Angela Lindner

Stand 04.09.2012

<http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4441.php>

Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung

Bericht über das 3. Aachener Symposion der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

*„Aggressive Verhaltensstörungen im Jugendalter
kooperative Wege für eine positive Entwicklung“*

Nach 2004 und 2011 veranstaltete die gemeinnützige „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ am 16. Juni 2012 in Aachen ein Symposion, bei dem zusammen mit dem eigentlichen Thema erneut die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, die sich um verhaltensauffällige, psychisch kranke und behinderte Kinder, Jugendliche und ihre Familien bemühen, Schwerpunkt war.

180 Teilnehmer waren in diesem Jahr der Einladung gefolgt. Soweit es den Anmeldungen und den Diskussionsbeiträgen zu entnehmen war, waren besonders viele SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, PädagogInnen, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendärztInnen, aber auch FamilienrichterInnen vertreten. Das halbe Lehrerkollegium eines Berufskollegs hatte sich angemeldet und von einem anderen, sozialpädagogischen Berufskolleg eine Gruppe von 15 SchülerInnen. Die Kinder- und JugendpsychiaterInnen waren leicht unterrepräsentiert.

Nach einem sehr ausführlichen und fachkundigem Grußwort des Schirmherrn des Symposion, Herrn Rudolf Henke, MdB, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzender des Marburger Bundes, und einer freundlichen Begrüßung durch den Oberbürgermeister der Stadt Aachen, Herrn Marcel Philipp, folgten 4 ausgezeichnete jugendpsychiatrische Referate, gehalten von Mitgliedern des Vorstandes und Kuratoriums der Stiftung, die viel Stoff zur interdisziplinären Diskussion im Plenum und in der Pause boten.

Da war es schwer, in der Pause im „Kleinen Jazz-Café“ die Zeit aufzuteilen zwischen kollegialen Gesprächen, Häppchen-Bufferet und exzellenten Jazz-Rhythmen des Lennart-Schnitzler-Trios.

Das 1. Referat von Prof. Dr. med. Alexander Trost galt dem Thema: „Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen – neurobiologische und bindungs-theoretische Aspekte“. Der nachfolgende Vortrag von Dr. med. Renate Sannwald stellte die „Psychodynamische Psychotherapie von Jugendlichen mit Persönlichkeitsstörungen“ vor. Der Vortrag von Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski erörterte Möglichkeiten und Chancen von „Kooperation von Schule und Jugendpsychiatrie bei selbst- und fremdaggressiven Jugendlichen“ und traf damit das übergreifende Thema der interdisziplinären Zusammenarbeit. Und da es mir ein besonderes Anliegen war, auch die Organe der Rechtspflege, insbesondere die Jugend- und FamilienrichterInnen, für das Symposium zu interessieren, hatte ich Herrn Dr. med. Paul Plener gebeten, die „Die Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtssystem in der medizinischen Begutachtung delinquenter Jugendlicher“ darzustellen.

Die Rückmeldungen beim Symposium selbst und im Nachklang haben gezeigt, dass es den ReferentInnen gelungen war, mit ihren profunden Darstellungen aus jugendpsychiatrischer Sicht auch das Interesse der mit uns kooperierenden Disziplinen zu finden. Die einzige Kritik oder eher der Wunsch war, für jedes der Themen mehr Zeit zu haben. Aber da hätte das Symposium einen ganzen und nicht nur einen halben Tag dauern müssen. Und ob dann ähnlich viele Teilnehmer gekommen wären, zumal der Wettergott es gut mit uns meinte, das ist fraglich. Aber vielleicht probieren wir das demnächst mit dem 4. Aachener Symposium aus.

Positiv war auch die Öffentlichkeitswirkung des Symposiums. Die wichtigsten Regionalzeitungen berichteten im Vorfeld über das Symposium selbst, unsere Arbeit als Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und die Stiftung. Beim Symposium selbst war ein Kamerteam von WDR 3 dabei und berichtete später in der „Lokalzeit“.

Die Kurzbeschreibungen der Referate finden Sie auf der Homepage der Stiftung unter www.stiftung-kjpp.de unter „Symposium 2012“.

Christian K. D. Moik, Aachen

Dr. med. Emil Branik †

1955 – 2012



Dr. med. Emil Branik, seit 2004 Chefarzt der neu aufgebauten kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Abteilung an der Asklepios Klinik Hamburg Harburg, ist am 28.5.2012 plötzlich und völlig unerwartet verstorben.

Herr Branik wurde am 10.07.1955 in Bratislava in der Slowakei geboren, seine Eltern waren früh geschieden. Er wuchs dort mit seiner Mutter und Großmutter auf und zog als Jugendlicher zu seinem mittlerweile in Deutschland lebenden Vater. Beide Eltern waren jüdischer Herkunft.

Schon im Studium interessierte er sich für Psychoanalyse und Psychiatrie, verfasste seine Dissertation im Bereich der Psychiatrie der Migration über

tschechoslowakische Familien mit ihren Kindern im deutschen Exil. Er beschrieb dort die Konflikte aus hohem Anpassungswunsch, Trauer um die verlorene Heimat und die sich daraus ergebenden – oder sehr verleugneten Probleme, Konflikte und Symptome, die er unter anderem in der „auffälligen Unauffälligkeit“ als Form einer Verleugnung sah. Hier lernte er als Doktorvater seinen späteren Freund Prof. Dr. Riedesser kennen, den vor 4 Jahren verstorbenen Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters am Universitätsklinikum Eppendorf.

Im Rahmen seiner Facharztausbildung war er in verschiedenen Kliniken in Baden-Württemberg tätig (Innere Medizin, Psychosomatik, Psychiatrie) und bildete sich fort zum Erwachsenenpsychoanalytiker. Er wandte sich 1989 der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu. Hier war er an der Universitätsklinik in Freiburg tätig, wurde dort Oberarzt, wechselte dann 1993 in die kinderpsychosomatische Abteilung des Universitätsklinikums Eppendorf. Nach kurzer Niederlassung in Freiburg wandte er sich wieder der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie zu, zuerst als leitender Kinderpsychiater in der Hochschwarzwaldklinik St. Blasien, in der er auch einen Schwerpunkt für osteuropäische Patienten aufbaute, dann als Leitender Arzt in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik.

Herr Branik war ein fachlich herausragender, sensibler und hoch engagierter Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut mit sehr großem Wissen, eindrücklicher Klarheit und Prägnanz. Er stellte sehr hohe Ansprüche an sich selbst und die Fachlichkeit seiner Mitarbeiter. Entsprechend war er ein fördernder und fordernder, klarer und sein eigenes Engagement weitergebender Lehrer in der Ausbildung junger Kinderpsychiater in vielen Curricula, u.a. im psychotherapeutischen Verbund-Weiterbildungsinstitut „Peter-Riedesser-Institut“ der drei Hamburger Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und im psychiatrischen Weiterbildungsverbund. Bei profundem psychiatrischem Wissen kritisierte er dabei die drohende Oberflächlichkeit primär biologisch psychiatrischer Ansätze, die Kommerzialisierung der Psychiatrie mit auf in ihrer klinischen Bedeutung fragwürdigen epidemiologischen Daten gestützter Forderung nach immer mehr stationären Behandlungsplätzen. Dem entgegen stellte er intensive kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Arbeit und wohnortnahe Konzepte an sozialen Brennpunkten. Dabei war er stets bestens psychopharmakologisch informiert und vielfältig belesen und wissend.

Er selbst publizierte vielfältig u.a.

- Zum Umgang mit Zwang in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Behandlung von Präpsychosen
- Einflussfaktoren auf die Dauer stationärer Behandlung
- Störungen des sozialen Verhaltens und deren Behandlung
- «Heimat» in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik
- Psychosoziale Aspekte bei „ADHS“.

Ganz wesentlich prägte er die verbesserte Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Nachbargebieten (u.a. Konzeptarbeit und -realisierung der Kooperation mit der Jugendhilfe, Aufbau innovativer Kooperationsprojekte mit Schulen in sozialen Brennpunkten).

In seiner klaren, sehr strukturierten und von tiefer Identifikation mit seiner Arbeit und den Patienten wie ihren Familien geprägten Art war er immer verlässlicher Partner, im fachlichen Dialog ein greifbarer, im Interesse der Patienten, der Versorgung und seinen humanitären Haltungen auch konfliktfähiger Kollege mit einem besonderen Humor.

Hamburgs Kinder- und Jugendpsychiater und Kinderärzte, die Kooperationspartner aus Jugendhilfe und Schulbereich und die vielen von ihm kinder- und jugendpsychiatrisch und -psychotherapeutisch ausgebildeten Kollegen und seine Abteilung in Hamburg Harburg betrauern den großen Verlust.

Dr. Sabine Ott & Dr. Joachim Walter, Hamburg

Rezensionen

Beate Alefeld-Gerges, Ines Schäferjohann und das Team von Trauerland - Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. Bremen: **Das Trauerland Spiel. Trauern - Erinnern - Leben; das Spiel für kreative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.** Manfred Vogt Spieleverlag GbR in Kooperation mit Ravensburger. 84,- €.

Das Trauerland-Spiel soll laut Verlag helfen, einen altersgemäßen Zugang zum Thema Tod und Trauer zu finden. Mit Fragen zu den Themen, Erinnern, Trauern und Leben ist das Spiel im Einzel- und Gruppensetting für laut Verlag Kinder und Jugendliche von 6 – 18 Jahren geeignet.

Ziele des Spiels:

- eigene Gefühle und die der anderen wahrnehmen und anerkennen
- Gedanken und Gefühle benennen und auszudrücken
- Bewältigungskompetenzen im Umgang mit Verlust, Abschied und Trauer aufzubauen
- sich für den Umgang mit dem Umgang für trauernde Menschen zu sensibilisieren
- verinnerlichen, dass Trauer ein natürliches Gefühl ist, das zum Leben gehört
- dass Leben und Tod zusammengehören
- welche Trauerrituale möglich sind
- welche Bedeutung Erinnerungen und Andenken haben
- dass das Leben weiter gestaltet werden kann

Das Spiel ist für 2-6 Personen im Alter von 6 Jahren bis 99 Jahren und beinhaltet ein Spielbrett, sechs Spielfiguren, zwei Würfel sowie 162 Fragekarten zu den Themen "Erinnern", "Trauern" und "Leben".

Der Vorteil dieses Spiels ist unter anderem der verständliche Spielbau sowie die spielerische Herangehensweise an das Thema "Trauer". Die Spieler können sich durch beantworten von Fragen in den Kategorien „Erinnern“, „Trauern“ und „Leben“ Chips erspielen. Dabei entscheiden die Spieler auf freiwilliger Basis, ob sie eine Frage beantworten wollen oder nicht. Diese Selbstbestimmung erhöht sogar oftmals die Antwortbereitschaft. Darüber

hinaus kommen die Kinder oder Jugendlichen bei der Beantwortung der einzelnen Fragen oftmals in einen konstruktiven Dialog, der mit anschließenden Fragen individuell erweitert werden kann, wobei die Fragen auch von anderen Mitspielern gestellt werden können. Nicht selten kommt es vor, dass Kinder oder Jugendlichen für ihre Mitspieler antworten wollen sobald diese zögerlich reagieren. Wichtig ist m.E. dabei die Rolle des Spielleiters/der Spielleiterin, der/die den zögerlichen, zurückhaltenden Kindern oder Jugendlichen den nötigen zeitlichen Raum gewährt, um antworten zu können.

Die Fragen sind einfach und verständlich formuliert, so dass wenige Nachfragen kommen und auch intellektuell schwächere Kinder sich nicht überfordert fühlen. Die vielen Fragen zu den Gefühlen können manchmal bei Kindern, die wenig Zugang zu ihren Gefühlen haben, die Spielfreude mindern. Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Beantwortung der Fragen ist die Vorgabe, dass alle Antworten okay sind, es gibt kein "richtig" oder "falsch", was dadurch zu einer entspannten Spielatmosphäre beiträgt.

Dieses Spiel ist m.E. vielseitig einsetzbar: so kann es neben der Spieltherapie, der Kinder- und Jugendlichentrauergruppen auch in der therapeutischen Eltern - Kind- Interaktionsgruppen eingesetzt werden. Ebenso haben sprachlose Eltern so die Möglichkeit mit ihren Kindern spielerisch über den erlebten Verlust ins Gespräch zu kommen.

Fazit: Das Trauerland Spiel ist einfach aufgebaut und mit seinen verständlichen Fragen eignet es sich sehr gut, um einen Einstieg in Themen rund ums Trauern zu bekommen. Im Anschluss an das Spiel können die verschiedenen Themen wie z.B. Trauerrituale aufgenommen und weiter besprochen werden.

Betina Smetsers, Flensburg

Walter, Heinz; Eickhorst, Andreas [Hrsg.] **Das Väter-Handbuch**. *Theorie, Forschung, Praxis*. Psychosozial-Verlag, Gießen 2012, 732 Seiten, € 69,90, ISBN-10: 3837920887

Von den insgesamt 54 Autoren sind 34 Männer. Davon outen sich 16 als Väter, 3 als Angehörige einer Patchworkfamilie mit Kindern und 3 als Großvater, während von den 20 Frauen nur 6 entsprechende Angaben machen.

Den Buchanfang gestalten zwei als *Inputs* deklarierte Beiträge, zu denen Erstherausgeber Heinz Walter anmerkt, dass sie „auf ihre Weise den Blick auf Vaterschaft und Vatersein schärfen“ wollen. Treffender erscheint dem Rezensenten die Attribuierung Horst Petris, wenn er „einen essayistischen, bewusst überspitzt formulierten Charakter“ beschreibt.

Der erste Input fokussiert auf einen Jungen, der ohne Vater aufwächst, und die Folgen beim Erwachsenwerden, untertitelt mit „Jungen auf der Suche nach Männlichkeit“. Dazu wird die Geschichte Parzivals mit knappen Worten nacherzählt und mit heute typischen Konzepten und Termini sozialer Rollenentwicklung bei Jungen und Männern durch alleinerziehende Mütter, Väter und Ersatzväter in Beziehung gesetzt – im ersten Teil plakativ und amüsant. Im zweiten Teil dieses Beitrags stellt Markus Hofer, Leiter des Männerbüros der Katholischen Kirche Vorarlberg, jedoch kaum noch Bezüge zu Parzival her, sondern beschränkt sich auf die Äußerung einiger Thesen wie z. B. „In einem Erziehungsfeld, das fast nur noch weiblich ist, fehlt den Jungen Wesentliches. Sie werden zunehmend unruhig, weil sie anders sind als die Mädchen und die Lehrerin, andere Bedürfnisse haben und ihnen vor allem das männliche Gegenüber fehlt. Noch dazu verhalten sich manche genauso, wie es im weiblichen Erziehungsfeld nicht immer gefragt ist. Sind Lausbuben deshalb schon ein Fall für den Psychologen? Es scheint, als würden sie zunehmend pathologisiert“ – „Was früher einfach ein ‚gesunder Bub‘ war, ein Lausbub eben, gilt dann bald als abnormal, wenn nicht gar als krank. Doch im Grunde haben sie nur andere Bedürfnisse, agieren Vieles körperlich aus, brauchen Bewegung und fühlen sich nicht wohl, wenn sie nur da sitzen und reden dürfen. Die Buben brauchen nicht nur verständnisvolle Lehrerinnen, sondern auch Männer, die wissen mit ihnen umzugehen, weil sie selbst Lausbuben waren“ – „Für Frauen mag die Frage des Pinkelns lächerlich sein, für die heranwachsenden Jungen ist sie das nicht. Für sie ist das Pinkeln im Stehen vorerst gerade in Abhebung von der Mutter eine Frage der Männlichkeit, der Orientierung an Papa oder anderen Männern“ – „Gesellschaftspolitisch geht es um die Fragen, wie die Väter wieder gestärkt ins Spiel gebracht

werden könnten, wie auch bei Trennung und Scheidung den Kindern ein unbelasteter Zugang zum Vater gewährleistet werden kann, wie auch Väter in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützt werden können, wie es wieder zu mehr Männern im Erziehungswesen kommen kann (von Zivis in Kindergärten bis zu möglichen Geschlechterquoten in der Grundschule) und wie wir betroffenen Jungen weiterhin organisierte Möglichkeiten bieten können, regelmäßig in den Einfluss väterlicher Männer zu kommen (Pfadfinder, Sportvereine, Musikverein usw.“.

Der zweite Input vom Psychoanalytiker Horst Petri unterstellt den ‚neuen‘ Vätern, die sich rührend um ihre Kinder kümmern, sie überall hinbringen, bekochen, sie baden, ihre Kleidung waschen, mit ihnen spielen, schmusen und viel unternehmen, dass sie darin mit den Müttern konkurrieren, Macht genießen, Verwandten und Bekannten ihre Vaterqualitäten beweisen wollen, nach Trennung ihre perfekte Vaterschaft unbewusst als Waffe einsetzen um „beim Jugendamt und beim Gericht Land zu gewinnen“.

Input 1 zeichnet ein bedauernswertes Bild heutiger männlicher Jugend, Input 2 ein hässliches Bild der ‚neuen‘ Väter. Für die nächste Auflage des Handbuchs wünscht sich der Rezensent als Ergänzung einen ressourcenorientierten Input 3.

Nach den beiden Inputs folgt ein Abschnitt „Evolution, Geschichte, Kultur“, deren Beginn Athanasios Chasiotis, Associate Professor in Cross-Cultural Psychology in den Niederlanden, gestaltet wird. In seinem evolutionspsychologischen Beitrag referiert er den Forschungsstand der Bedeutung von natürlicher Selektion, sexueller/geschlechtlicher Selektion und Handycap-Pinzip in Bezug auf Väter. Dabei erfährt der Leser sowohl Arten übergreifende biologische Facts wie etwa dass bei den Seepferdchen die Männer schwanger werden und bei den Kaiserpinguinen die Männer die Eier ausbrüten, als auch kulturübergreifend bzgl. menschlicher Väter: „Da der mit Abstand bedeutendste Risikofaktor für sexuelle und körperliche Misshandlungen vorpubertärer Kinder kulturunabhängig die fehlende genetische Verwandtschaft des Kinds zu seinem erwachsenen männlichen Erziehungsberechtigten darstellt“, könne Stiefvaterschaft aus Sicht der natürlichen Selektion ein Risiko für die leiblichen Kinder der Mutter darstellen und damit möglicherweise mitberücksichtigt wird bei der Partnerwerbung.

All die weiteren der insgesamt 38 Beiträge könne hier natürlich nicht in ähnlicher Ausführlichkeit skizziert werden, darum hier nur die Aufzählung als Appetitmacher:

Weitere Beiträge zu „Evolution, Geschichte, Kultur“: Väterbilder im historischen Wandel (Dieter Thomä), Väter in verschiedenen Kulturen (Bettina Lamm & Heidi Keller), Generationensprünge - Die alten und neuen Väter in meiner Familie (Eva Jaeggi), Der vielstimmige Vater - Antworten auf Franz Kafkas Brief an den Vater (Helmwart Hierdeis).

Kapitel „Politik, Gesetzgebung, Bildung“: Väterpolitik in Deutschland - Bestandsaufnahme und Perspektiven für die Zukunft (Johannes Huber & Eberhard Schäfer), Väterpolitik in Österreich - Status quo und Wege für die Zukunft (Mariam I. Tazi-Preve), Schweiz: Elemente einer Väterpolitik von männer.ch (Andreas Borter), Gegen den Mythos Mutter und gegen das Zerrbild Vater - Dem Kind seinen Vater erhalten. Zum Wohl des Kindes und seiner beiden Eltern (Roland Proksch), Männliches Vorbild, Bezugsperson, Autorität und Erzieher - Zur Bedeutung männlicher Lehrkräfte für die Entwicklung und Bildung von Jungen (Michael Matzner), Der Vater in mir - Zur Anregung autobiografischer Vater-Erzählungen durch belletristische Literatur an der Universität (Helmwart Hierdeis).

Kapitel „Vaterschaft und Vatersein über die Lebensspanne“: Vaterschaft im Kontext postnataler familiärer Krisen - Selbsterleben und Entwicklungsprozesse (Fernanda Pedrina), Der Vater in der familiären Triade mit dem Säugling - Das Lausanner Trilogspiel in Forschung und Beratung (Lisa Schwinn & Britta Frey), Sicherheit und Orientierung geben - Über die Bedeutung der Vater-Sohn-Beziehungen in den ersten Lebensjahren (Eva Rass), Subjektive Vaterschaftskonzepte - Eine empirische Studie zu Vätern und ihren Partnerinnen (Franziska Fuhrmans, Holger von der Lippe & Urs Fuhrer), Die ersten 15 Lebensjahre: Stabilität und Wechsel väterlicher Einstellungen (Harald Werneck, Brigitte Rollett, Monika Pucher, Gudrun Schmitt & Guido Nold), Der Unternehmer als Vater, der Vater als Unternehmer (Christina Erdmann & Arist von Schlippe), Junge Männer in Alltag und Therapie - Bedeutung der Väter für Probleme und Lösungen (Ulrike Borst & Bruno Hildenbrand), Großvaterschaft - Entwicklungen, Engagements und Beziehungsmuster (François Höpflinger).

Kapitel „Herausforderung Väterforschung - Männlicher Kinderwunsch, Übergang zur Vaterschaft“: Warum werden manche Männer Väter, andere nicht? Männlichkeit und Kinderwunsch (Diana Baumgarten, Karsten Kasner, Andrea Maihofer & Nina Wehner), Der Mann in der Dyade - Ein qualitativer Forschungsansatz »seines« Kinderwunsches und Fertilitätsverhaltens

(Christiane Rille-Pfeiffer), Der Wunsch junger Männer nach einem eigenen Kind und seine Konsequenzen - Psychologische Erklärungen des Übergangs zur Vaterschaft unter Anwendung eines methodenintegrativen Ansatzes (Holger von der Lippe, Franziska Fuhrmans & Urs Fuhrer), Vater werden - Ein zentraler Statusübergang im systematischen Vergleich von Lebensläufen (René Levy, Valérie-Anne Ryser & Jean-Marie Le Goff), Warum ist der Mann kinderlos geblieben? Eine objektiv-hermeneutische Fallrekonstruktion (Stefanie Kiefer).

Kapitel „Einladungen an Väter“: Gemeinsam statt einsam - Warum es sich lohnt, vom ersten Tag an aktiv Vater zu sein (Christian Aegerter), Tu weniger und mache mehr daraus - 24 Gründe, ein neuer Macho zu sein (Ivo Knill), Fazit aus zehn Jahren Väterarbeit: Väter, mischt euch ein! (Christoph Popp in einem von Heinz Walter im Mai 2009 geführten Interview), Väterliches im Vater wecken und bestätigen - Erziehungspartnerschaft im Vorschulbereich (Achim Weise), »Schön, dass Sie da sind!« - Vater-Kind-Wochenenden und weitere »Tür-Öffner« in der Arbeit mit Vätern (Ansgar Röhrbein), »Von hinten durch die Brust ins Auge ...« - Kabarett als Beispiel für die Annäherung an die Zielgruppe Väter (Tobias Bücklein).

Kapitel „Räume für Väter“: Wie Väter sich vernetzen und was Vätervernetzung bringt - Ein Bericht aus der Praxiswerkstatt Väterzentrum Berlin (Eberhard Schäfer & Marc Schulte), Eine Initiative verändert die Rhein-Main-Region - Das Aktionsforum »Männer & Leben – Vereinbarkeit von Familie und Beruf« (Harald Seehausen), Neue Impulse für die Väterarbeit im Deutschen Roten Kreuz (Volker Mosemann & Robert Richter), Aktive Vaterschaft und Beruf vereinbaren - Elternzeit für Väter im europäischen Vergleich (Bernhard von Bresinski), Väter – ein Gewinn für Unternehmen?! (Hans-Georg Nelles)

„Rückblick und Ausblick“: Väter – bis hierher. Und wie weiter? (Heinz Walter).

Wie man unschwer erahnen kann: ein prall gefülltes, äußerst umfassendes und interessantes Werk, das in weiten Bereichen sehr lesenswert ist.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

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

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

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

1. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
2. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
3. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
4. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Mediadaten 2012

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

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

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

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

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

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

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

Termine 2012:

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

* Änderungen vorbehalten

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

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

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln

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

Bankverbindung

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

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

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

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