

Inhalt

Editorial: Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter <i>Freia Hahn</i>	2
Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention <i>Olaf Reis</i>	7
Die Faszination virtueller Welten <i>Andreas Richterich</i>	25
Langzeitverläufe von substanzabhängigen Jugendlichen und therapeutische Herausforderungen. Ein Erfahrungsbericht aus der Einrichtung JUST <i>Renate Schepker & Jakob Nützel</i>	44
Die Behandlung suchtkranker Minderjähriger in NRW – Rahmenkonzept und Bedarfsplanung <i>Michael van Brederode</i>	54
Die Rehabilitationsbehandlung drogenabhängiger Jugendlicher im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen <i>Marlis Carls-Koch</i>	68
Station K22 „Lichtblick“ – Qualifizierte Entzugsbehandlung im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen <i>Annika Wassong</i>	76
Zeitwandelphänomene und Variabilität in der motorischen Entwicklung von Grundschulkindern <i>Gerd Thienes</i>	84
<i>Rezensionen:</i>	
Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation	112
Internet- und Computersucht	114
Hinweise für Autoren	116

Editorial:

Abhängigkeitserkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Trotz rückläufigem Trend ist die Zahl der Jugendlichen, die einen gefährlichen Substanzkonsum betreiben, weiterhin hoch. 23.349 Personen haben laut Deutscher Suchthilfestatistik (Steppan et al., 2011) im Jahr 2010 alleine aufgrund einer cannabisbezogenen Störung eine ambulante oder stationäre Therapie in Anspruch genommen. Cannabispatienten sind dabei mit einem Durchschnittsalter von 24 bis 26 Jahren die jüngsten unter den Suchtpatienten. In den letzten 10 Jahren bleibt in dieser Altersgruppe (18 bis 25 Jahre) die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums mit 13,5 % (2011) gegenüber 13,8 % (2001) nahezu unverändert (Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung, Mai 2012). Bei den 12- bis 17-jährigen lag sie laut Befragungen bei 4,6 % (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012). Zusätzlich fordern uns neue Suchtstoffe („Research Chemicals“ oder „Legal Highs“), veränderte Konsummuster (zunehmender polyvalenter Konsum) und die wachsende Zahl computer- und medienabhängiger Jugendlicher heraus.

Mit Blick auf den Alkoholkonsum verweist die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2012 darauf, dass in der Gruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen jeder 5. Junge und jedes 10. Mädchen das sog. Rauschtrinken betreibt. Der Anteil derjenigen, die regelmäßig Alkohol konsumieren, ist rückläufig, liegt aber immer noch bei 14,2 % (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2012).

In einer Phase wichtiger neurobiologischer und hormoneller Veränderungen, wie sie die Pubertät darstellt, manifestiert sich ein früher Substanzkonsum deutlich in Entwicklungsdefiziten und in der Ausbildung kritischer Verhaltensweisen, die die Gesundheit und psychosoziale Anpassung erheblich beeinträchtigen können. Ferner birgt ein früher Einstieg das Risiko der Entwicklung problematischer Konsummuster, eine Zunahme drogenassoziierter Probleme und die Entwicklung weiterer psychischer Erkrankungen im frühen Erwach-

senenalter (Pfeiffer-Gerchel et al., 2011; Buchmann et al., 2010; Thomasius et al., 2008; Laucht et al., 2007; Lynskey et al., 2006; Grant et al., 2003).

Neben den Jugendlichen, die eine substanzgebundene Suchterkrankung aufweisen, gibt es inzwischen eine beträchtliche Anzahl von Jugendlichen mit einer Computer- oder Medienabhängigkeit. Laut einer vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Studie der Universitäten Greifswald und Lübeck zur „Prävalenz der Internetabhängigkeit“ (PINTA, 2011) zeigen in Deutschland 250.000 Menschen zwischen 14- und 24 Jahren Anzeichen einer Internetabhängigkeit. 1,4 Mio. dieser Altersgruppe gelten als problematische Internetnutzer. In der Altersgruppe der 14- bis 16-jährigen zählt die Studie 100.000 abhängige und 400.000 problematische Nutzer. Folgen sind häufig ein Vernachlässigen der Entwicklungsaufgaben, ein Rückzug aus allen sozialen Bezügen, auch den familiären, ein verschobener Tag-/Nachtrhythmus, ein Vernachlässigen der Körperhygiene und nicht selten eine vollkommene soziale Isolation (Thomasius et al., 2012).

Abhängigkeitserkrankungen weisen eine hohe Komorbidität auf. Bei Jugendlichen mit Substanzabhängigkeit oder -missbrauch sind die häufigsten Begleiterkrankungen eine Störung des Sozialverhaltens, kombiniert mit einer emotionalen Störung, aber auch depressive Episoden und Persönlichkeitsstörungen (Weichold, 2009; Essau u. Conradt, 2009); Studien nennen Raten von bis zu 60% (Armstrong u. Costello, 2002; Essau u. Conradt, 2009; Hebebrand u. Laucht, 2009). Bei den computer- und medienabhängigen Jugendlichen stehen bei gleich hoher Rate eher introversive Störungen, wie soziale Angst und Unsicherheit, im Vordergrund (te Wildt, 2007). Vielfach bestanden die psychischen Erkrankungen schon deutlich vor der Suchterkrankung. Umgekehrt kann eine Suchterkrankung weitere psychische Erkrankungen auslösen oder sie intensivieren (Essau u. Conradt, 2009).

Suchtkranke Jugendliche kommen oft aus zerrütteten und sehr belasteten psychosozialen Verhältnissen, viele haben traumatische Erfahrungen (Nützel et al., 2010; Kabiru et al., 2010). Die Mehrzahl weist, bezogen auf die alterstypischen Entwicklungsaufgaben, eine ernsthafte psychosoziale Beeinträchtigung auf. Mehr als die Hälfte der betroffenen Jugendlichen hat keinen Schulabschluss (Nützel et al., 2010; Thomasius et al., 2009). Neben dem medizinisch-therapeutischen haben die suchtkranken Jugendlichen einen hohen pädagogischen Betreuungsbedarf, eine gesellschaftliche Herausforderung, die eine systemübergreifende Unterstützung und die finanzielle Beteiligung

mehrerer Versorgungssysteme bei möglichst hoher Betreuungskontinuität fordert (Fegert u. Schepker, 2009).

Ein Schwerpunkt der von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten und im Februar 2012 vom Bundeskabinett verabschiedeten „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ liegt neben Beratung und Therapie auf Maßnahmen der Prävention. Programme, die auf eine Stärkung der Kompetenzen von Kindern und Eltern gleichermaßen sowie eine Steigerung der elterlichen Erziehungsfähigkeit fokussierten und ausreichend lange (mind. 10 Wochen) angewendet wurden, erwiesen sich wirksamer als solche, die ausschließlich auf die Kinder und Jugendlichen (z.B. selbstwertsteigernde Maßnahmen) ausgerichtet waren (Broening et al., 2012). Auch gesetzliche Maßnahmen wie die Erhöhung der Preise für Alkohol und Tabak, das Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden, Werbeverbote oder die Heraufsetzung des Mindestalters für Alkoholkonsum sowie Bemühungen zur Einhaltung des Jugendschutzgesetzes haben sich als wirksam im Sinne einer Konsumreduktion erwiesen (Bühler, 2009).

Ein Großteil der Beiträge dieses Themenheftes geht zurück auf Vorträge der Autoren auf einer Tagung am 25. April 2012 im Fachbereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der LVR-Klinik Viersen zu Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die sowohl die unterschiedlichen Formen von Abhängigkeitserkrankungen als auch Komorbidität, Behandlung, Prävention, die Schnittstellenproblematik mit anderen Versorgungssystemen und ökonomischen Fragen in den Fokus nahm.

Freia Hahn, Viersen

Literatur

Armstrong und Castello (2002) „community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity“; *J consul Clin Psychol*; 70; In Weichold K (2009): Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Herausgeber: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P. Schattauer; 21-33

Broening S, Kumpfer K, Kruse K, Sack PM, Schaunig-Busch I, Ruths S, Moesgen D, Pflug E, Klein M, Thomasius R (2012) Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. BioMed Central. 7:23, doi:10.1186/1747-597X-7-23

- Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D, Zimmermann US, Jennen-Steinmetz C, Schmidt MH, Esser G, Banaschewski T, Mann K, Laucht M* (2010) Drinking against unpleasant emotions: possible outcome of early onset of alcohol use? *Alcohol Clin Exp Res.*; 34(6):1052-7
- Bühler A.* (2009) Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsch Med Wochenschr*; 134: 2388-2391
- Dyckmanns M, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung* (2012) Drogen- und Suchtbericht, www.drogenbeauftragte.de, erreicht 02.11.2012
- Essau CA, Conradt J* (2009) Komorbidität. In *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Herausgeber: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P. Schattauer; 69-74
- Fegert JM, Schepker R* (2009) „Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht“; Aufsatz zur Bedarfslage und Zuständigkeit für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt*: 82, 60-67
- Grant, I., Gonzales, R., Carey, C.L., Natarajan, L., Wolfson, T.* (2003) Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: A meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*; 9, 679–689
- Hebebrand J, Laucht M* (2009) Suchterkrankungen. In *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. Forschungsleistung d dt Gesellschaft f Kinder- und Jugendpsychiatr u –psychother*; 37(4): 354-59
- Kabiru CW, Beguy D, Crichton J, Ezeh AC* (2010) Self-reported drunkenness among adolescents in four sub-Saharan African countries: associations with adverse childhood experiences. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*; 4:17, doi: 10.1186/1753-2000-4-17
- Laucht M, Schmid B* (2007) Früher Einstieg in den Alkohol- und Tabakkonsum – Indikator für eine erhöhte Suchtgefährdung? *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.*; 35(2):137-43.
- Lynskey, M. T., Fink, J. N., Boomsma, D. I.* (2006) Early onset cannabis use and progression to other drug use in a sample of Dutch twins: *Behaviour Genetics*, 36, 195-200.
- Nützel J, Benz R, Michel V, Stuhler S, Schraivogel F, Schmid P, Keller F, Schepker R* (2010) *Zfp Südwürttemberg Weissenau*; „Abschlussbericht über die Erste Projektphase 2007 bis 2009 – Evaluation der Hilfeverläufe im Projekt JUST (JugendSuchtTherapie) –“
- Petersen, K.U., Thomasius, R.* (2007) Auswirkungen von Cannabiskonsum und -missbrauch. Eine Expertise zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen. Ein Systematisches Review der international publizierten Studien von 1996 – 2006. <http://www.dvjj.de/download.php?id=816> erreicht 01.11.2012
- Pfeiffer-Gerschel, T., Kipke, I., Flöter, S., Jakob, L.* (2011) Bericht 2011 des nationalen REI-TOX-Knotenpunktes an die EBDD Deutschland: Drogensituation 2010/2011. München: DBDD., S126-27
- Rumpf HJ, Meyer C, Kreuzer A, John U* (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA), Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit, 31.05.2011; http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf

- Steppan M, Künzel J, Pfeiffer-Gerschel T* (2011) Suchtkrankenhilfe in Deutschland 2010, Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), IFT München; S 42
- Stolle M, Sack P-M, Thomasius R* (2009) Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter, Früherkennung und Intervention. Dtsch Arztebl, 1(2): 38a-i
- Thomasius R, Jung M, Schulte-Markwort M* (2008) Suchtstörungen. In Entwicklungspsychiatrie Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. vollständig überarb. und erw. Auflage. Herausgeber: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Stuttgart Warnke A. DE: Schattauer; 885–918.
- Thomasius, R., Weymann, N., Stolle, M., Petersen, K.U.* (2009) Cannabiskonsum und -missbrauch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auswirkungen, Komorbidität und therapeutische Hilfen. Psychotherapeut: 54 (3), 170-178
- Thomasius R, Aden A, Persen KU* (2012) Jugendpsychiatrische Aspekte der Medien- und Computersucht. In Internet- und Computersucht. Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern. 1. Auflage. Herausgeber: Möller C, Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart; 90-98
- Weichold K* (2009) Epidemiologie des Substanzkonsums im Jugendalter. In Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Herausgeber: Thomasius R, Schulte-Markwort M, Küstner UJ, Riedesser P. Schattauer: 21-33
- te Wildt, BT., Ohlmeier M, Putzig I, Post M, Zedler M, Ohlmeier M* (2007) Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. Psychiatrische Praxis: 34, 318-322

Offene Momente – Zur Effektivität und Individualisierung indizierter Suchtprävention

Olaf Reis

Zusammenfassung

Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen ist oft nur eingeschränkt erfolgreich, sowohl für Alkohol- als auch CannabiskonsumentInnen. Der Beitrag diskutiert hypothetische Gründe für den begrenzten Erfolg der Präventionsbemühungen in dieser Altersgruppe und macht zwei Vorschläge für einen Paradigmenwechsel in der altersgerechten Prävention. Zunächst wird angenommen, dass individuelle Veränderungsbereitschaften schlecht induziert werden können, weshalb es sinnvoller erscheint, „offene Momente“ zu nutzen, in denen Jugendliche empfänglich für Präventionsbotschaften sind. Die Präventionsbotschaften wiederum sollten dann idealerweise in Dyaden transportiert werden, weshalb sich Präventionsbestrebungen stärker als bisher an signifikante Andere (Eltern, Freunde, Partner, Lehrer) richten sollten. Ideen hierzu werden mit dem Begriff der „proximalen Prävention“ an Beispielen aus drei Präventionsprojekten umrissen.

Abstract

Programs preventing drug consumption among children and adolescents are often ineffective. In the paper possible reasons for this ineffectiveness are discussed and proposal are made for a paradigm shift in drug prevention. As emotional inductions of readiness to change bear some problems it appears to be more fruitful to use “open moments” when adolescents are open and ready to change. Ideally, prevention messages are carried over within proximal social relationships. Prevention programs for children and adolescents should be targeted more towards significant others, such as parents, friends, partners, or teachers. This idea of “proximal prevention” is explained in more detail using data from three prevention projects.

Keywords: Prävention, Sucht, Kinder, Jugendliche

Einleitung

Die Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen ist ein möglicherweise überschätztes (Uhl & Kobra, 2012), doch dessen ungeachtet bekämpfungswertes Phänomen. Für die Überschätzung des Phänomens sprechen einige Argumente. Der Anstieg akut behandelter Alkoholintoxikationen betrifft beispielsweise nicht nur jüngere Kohorten, sondern auch ältere. Intoxikationsraten sind nur bedingt geeignet, zunehmenden riskanten Konsum abzubilden (Reis, Pape & Häbler, 2009; Uhl & Kobra, 2012). Bereits die Meldung von akuten Intoxikationszuständen unterliegt so vielen situativen Einflüssen, dass die Zahl der Behandlungen als Schätzer für die tatsächlich stattgehabten Vergiftungen nur begrenzt taugt (Reis et al., 2009). Es gibt guten Grund anzunehmen, dass in Kontexten mit schlechterer medizinischer Versorgung (etwa Stadt-Land-Unterschiede), mit Alkoholrestriktionen (etwa der stationäre Jugendhilfe) oder hohen Erwartungen an Trinkfestigkeit (etwa Burschenschaftstreffen) geringere Neigung besteht, die Bierleichen via Notarzt zu entsorgen. Die Feststellung von Zu- oder Abnahmen ist darüber hinaus vom betrachteten Zeitraum abhängig (Reis, 2011). Beispielsweise erhebt die BZgA erst seit 2004 Daten über sogenanntes Binge-Drinking und stellt für diesen Zeitraum kontinuierliche Abnahmen riskanter Trinkmuster fest (Töppich & Orth, 2012). Andererseits scheint es im Jahr 2004 einen Gipfel im riskanten Konsum von Alkohol gegeben zu haben – sobald längere Zeiträume beobachtet werden (Reis et al., 2009). Die Zahl der behandelten Alkoholintoxikationen bildet höchstwahrscheinlich nur die Spitze eines Eisberges ab (Uhl & Kobra, 2012), dessen wahre Größe sich unmöglich abschätzen lässt. In anderen Worten: Der größte Teil riskant konsumierender Jugendlicher bleibt sehr wahrscheinlich „unter dem Radar“ der indizierten Prävention. Das ist umso besorgniserregender, als dass ungünstige Konsummuster bereits bei 14- und 15jährigen auftreten und dann bis ins junge Erwachsenenalter persistieren (Orth & Töppich, 2012). Offenbar wurden diese Jugendlichen entweder nicht von der universellen Prävention erfasst oder aber blieben für die Präventionsbotschaften unerreichbar. Diese Unerreichbarkeit wird häufig mit der „Verschlossenheit“ gegenüber Präventionsbotschaften nach bereits gemachten positiven Trinkerfahrungen erklärt. Eine aus dieser Hypothese abgeleitete Forderung ist die nach der *Vorverlegung* universeller Präventionsmaßnahmen in ein Alter, in dem Kinder für Präventionsappelle „noch erreichbar“ seien. Mit dieser Forderung ergibt sich eine weitere, die nach der Anpassung der Prävention an Kinder eher jüngeren Alters.

Für selektive Prävention gibt es einige Belege, dass die angezielten Risiko-

gruppen auch erreicht werden (Bühler, 2009). Hier darf eine bestehende Sensibilität der Jugendlichen gegenüber dem Thema vorausgesetzt werden, z.B. wenn die Kinder aus suchtbelasteten Familien stammen. Es darf angenommen werden, dass es diese Sensibilisierung für Präventionsbotschaften ist, die die selektiven Maßnahmen als erfolgreicher erscheinen lässt, verglichen mit der universellen Prävention (siehe Jahresbericht der EMCDDA 2005, <http://ar2005.emcdda.europa.eu/de/page024-de.html>, erreicht am 29.11.2012). Indizierte Präventionsmaßnahmen, die nach bereits gezeigtem riskantem Alkoholkonsum einsetzen, gibt es mit dem Bundesmodellprojekt „HaLT“ seit etwa 10 Jahren. Diese Maßnahmen sind bisher nicht nur für mangelnde Standardisierung, sondern auch für den bisher schuldig gebliebenen Beleg ihrer Wirksamkeit kritisiert worden (Körkel, 2012). Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass in der aufsuchenden Arbeit am Krankenbett nach einer Alkoholvergiftung die Zielpersonen der Präventionsbotschaft im doppelten Sinne „erreicht“ werden, wofür später einige Belege aufgeführt werden.

Auch für Cannabis gilt, dass der Konsum seit 2004 eher sinkt (BZgA, 2012, S. 54), wenn Jahres- und Lebenszeitprävalenzen betrachtet werden. Ein Kern von 1,5 bis 2% aller 12- bis 17jährigen Jugendlichen gab noch 2011 an, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben. Etwa 1% aller Jugendlichen dieser Altersgruppe gaben 2011 noch an, regelmäßig zu kiffen. Dieser Prozentsatz hart konsumierender Jugendlicher hat sich seit Jahrzehnten nicht verändert, bzw. die Veränderungen in den Angaben zum Cannabiskonsum gehen auf ProbierkonsumentInnen zurück (Kraus, 2012). Unabhängig von den Trends gab und gibt es auch für Cannabis eine Gruppe von Jugendlichen, die unerreichbar für Präventionsappelle bleibt. Die wichtigste Reaktion in der bisherigen Drogenprävention hierauf war die sogenannte „Niedrigschwelligkeit“ in der selektiven und indizierten Prävention. Niedrigschwellige Angebote wurden solche genannt, die für jugendliche KonsumentInnen ohne bürokratische Hürden erreichbar und möglichst anonym sein sollten. Derlei Angebote finanzierten sich – zumindest in den Anschubphasen – nicht über die Zahl oder Dauer der präventiven Kontakte, sondern wurden kommunal oder auf anderer Ebene getragen. Bestanden diese Angebote in den 1990er Jahren noch aus Walk-in-Programmen mit festfinanzierten Stellen, so wird in den 2000er Jahren eher auf das frei verfügbare Internet gesetzt (drugcom.de mit „Quit the Shit“). Die Bilanz dieser Art von Niedrigschwelligkeit ist wiederum ernüchternd. Die KonsumentInnen, die beispielsweise das Angebot der Rostocker Designerdrogen-Sprechstunde, einem anonymen walk-in-Programm, aus eigenem Antrieb nutzten, waren selten jugendlich, sondern

eher erwachsen (Reis et al., 2004). Ebenso verhält es sich mit den aktuellen Nutzern des Portals von „Quit the Shit“, die im Durchschnitt bereits 27 Jahre alt sind. Auch die Probenutzer der Internetplattform sind mit durchschnittlich 19 Jahren keine Jugendlichen mehr (Pott, 2012). Jugendliche CannabiskonsumentInnen bleibe eher „unerreichbar“ für anonyme walk-ins, sei es in Praxis- oder Chat-Räumen. Das erscheint plausibel, wenn bedacht wird, dass jugendliche DrogenkonsumentInnen meistens nicht nur keinen Leidensdruck verspüren, sondern angeben, dass ihnen der Konsum vor allem Spaß mache, sie locker und kommunikativ werden lasse; dass sie so leichter Freunde finden oder einfach besser „chillen“ könnten. Die bei den meisten Erwachsenen voraussetzbare Introspektionsfähigkeit darf bei Jugendlichen nicht als gesetzt gelten. Defizitäre Kommunikationsstrategien, Prozesse der Identitätsbildung, der forcierten Autonomie und eine Menge noch ungelöster Entwicklungsaufgaben (Reis, 2011) verringern die Wahrscheinlichkeit einer Veränderungsmotivation erheblich. Für Cannabis wird diese resistente Haltung noch getragen von sozial verbreiteten Mythen, wie der geringen Gefährlichkeit oder des fehlenden Suchtpotenzials von Cannabis. Alkoholkonsum ist Teil des Erwachsenwerdens und unserer adulten Kultur (Reis, 2012).

Sowohl für Alkohol- als auch Cannabisprävention stellt sich die Frage, wie und wann Jugendliche effektiv von Präventionsbotschaften erreicht werden können. Dieser Beitrag umreißt zwei mögliche Antworten auf diese Frage. Ideen zu „offenen Momenten“ und „proximaler Prävention“ werden skizziert und mit Beispielen aus der Suchtforschung an der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock illustriert.

„Offene Momente“ und „proximale Prävention“

Alle Formen der Verhaltensprävention bauen auf die Veränderung interner Handlungspläne, seien es Zielvorstellungen, Motive, oder automatisierte Handlungsrouninen (Sussman & Ames, 2008). Trotz der Bedeutung, die Handlungsmodelle den Emotionen zuweisen (Pereira et al., 2010) finden sich kaum Theorien oder Modelle zur Drogenprävention, die explizit auf Emotionen im Aufbau individueller Veränderungsbereitschaften abstellen. In ihrer Zusammenschau von Theorien überwiegend universeller Prävention listen Dlugosch und Fischer (2009) vor allem kognitiv und sozialpsychologisch orientierte Handlungsmodelle auf. Danach sind es Handlungs-Ergebnis-

Erwartungen, Selbstwirksamkeitserwartungen, und Risikowahrnehmungen, die bei Verhaltensänderungen eine Rolle spielen. Als eine Emotion benennen die Autoren das Kohärenzgefühl, welches im salutogenetischen Modell Aaron Antonowskys eine zentrale Rolle spielt. Auch von anderen Autoren wird die Rolle von Emotionen beim Aufbau von Veränderungsmotivation erwähnt, aber nicht fokussiert (für eine Übersicht siehe Sussman & Ames, 2008, S. 217ff.). Der bekannteste dieser Ansätze, das transtheoretische Modell nach Prochaska und DiClemente (1982), formuliert sechs Stufen der Veränderungsbereitschaft, die von „precontemplation“ bis zur „termination“ des Konsums reichen. Danach verändert ein Individuum seine Handlungsbereitschaft durch die Integration verschiedener *kognitiv-affektiver* Prozesse. Die Bewusstwerdung (*consciousness raising*) der eigenen Situation, d.h. eine hinreichende Erschütterung des bis dato festgefügteten Selbst- und Fremdbildes, ist nach Prochaska und DiClemente eine notwendige Voraussetzung der Entwicklung von Veränderungsmotivation. In anderen Worten ließe sich sagen: Erst, wenn die KonsumentInnen „innerlich bewegt“ werden, sind sie imstande, sich selbst zu bewegen. Mit Antonowsky ließe sich formulieren, dass in diesem Augenblicken die bisherigen Ansichten als inkohärent erkannt werden; in sozialpsychologischer Perspektive entsteht in hier kognitive Dissonanz. Nach Prochaska und DiClemente sind diese Dissonanzen oder Inkohärenzen an Prozesse der Neubewertung des Selbst (*self-reevaluation*) und der Umwelt (*environmental reevaluation*) gebunden und bewirken Änderungen der Verhaltensbereitschaft. Diese Zeiträume sollen hier „offene Momente“ genannt werden. „Offene Momente“ sind jene, in denen KonsumentInnen als besonders zugänglich erscheinen, weil sie emotional „bewegt“ wurden. Die Bezeichnung „Moment“ betont das oft nur kurze Zeitfenster, in dem jugendliche Abwehrmechanismen destabilisiert werden, Fassaden fallen oder coole Sprüche versagen. Je nach auslösendem Umweltreiz beschreiben diese Momente dann Zustände der gesteigerten Empfänglichkeit. Hierzu gehören intensive Emotionen jeglicher Valenz, wie Stolz über das Erreichte, Wut über Versagen, Verliebtsein, Scham und Peinlichkeit, Ärger über Freunde, Angst vor den Folgen des Konsums, Trauerreaktionen nach Verlust, körperliche Erkrankungen etc. Bei jugendlichen KonsumentInnen jedoch weniger als bei Erwachsenen auszugehen, dass den Erschütterungen veränderte kognitive oder volitive Schemata folgen. Wenn beispielsweise die Adoleszenz als konflikträchtige Auseinandersetzung mit als einengend empfundenen Eltern und soziale Normen nicht in ihrer regulativen Funktion erkannt werden, können Konsumreduktionen einen Autonomieverlust, eine ungelöste Entwicklungsaufgabe oder ähnliches bedeuten. „Offene Momente“ können so unbemerkt

und ohne Konsequenzen verstreichen, ohne dass ihnen Selbstreflexionen bei den Zielpersonen folgen.

Aus diesem Grund sollte die Idee der offenen Momente durch die „proximale Prävention“ erweitert werden. Offene Momente bieten – so sie von „signifikanten Anderen“ wahrgenommen werden - Gelegenheiten für Menschen im Nahfeld der KonsumentInnen. Idealerweise verfügen diese proximalen Personen nicht nur über ausreichende soziale Kompetenz in der Wahrnehmung emotionaler Zustände, sondern können auch reflektieren und effektiv kommunizieren. Darüber hinaus müssen sie für das „Rüberbringen“ der Präventionsbotschaft in einer tragfähigen Beziehung zum Konsumenten stehen.

Offenen Momente machen KonsumentInnen gegenüber signifikanten Anderen „kenntlich“ und offenbaren den Grad der individuellen Veränderungsbereitschaft. Diese Tatsache ist Sucht- oder PsychotherapeutInnen bestens bekannt. Über alle psychotherapeutischen Ansätze hinweg gilt die tragfähige Dyade als wichtigstes Agens einer individuellen Veränderung. Die bekannte TherapeutInnenformel, dass alle PatientInnen dort „abzuholen seien, wo sie stehen“ meint die möglichst genaue Kenntnis von der aktuell vorhandenen Veränderungsbereitschaft.

„Proximale Prävention“ meint zunächst den Prozess, in welchem die Präventionsbotschaft in tragfähigen Dyaden während offener Momente platziert wird. Darüber hinaus soll der Begriff die Aufgabe der Prävention beschreiben, sich weniger an die Jugendlichen selbst, sondern eher an signifikante Andere zu richten. Proximale Prävention kann über das Training spezieller Multiplikatoren funktionären, meint in unserem Sinne aber mehr, - die Vorbereitung von allen signifikanter Anderen, die sich ohnehin in der Nähe der Zielpersonen befinden: FreundInnen, Eltern, Geschwister, LehrerInnen, TrainerInnen, SeelsorgerInnen, oder BewährungshelferInnen. Die Vorbereitung dieser Anderen geht davon aus, dass sich offene Momente kaum induzieren lassen, sondern es vielmehr darauf ankommt, bereit zu sein, wenn sich die Zielpersonen selbst öffnen.

Wird die Idee der offenen Momente auf die universelle Prävention übertragen bedeutet dies, dass Maßnahmen entweder die erwünschten, keine, oder auch Bumerang-Effekte haben können - je nach Offenheit und Veränderungsbereitschaft der Zielpersonen. Die mitunter versuchte Induktion von Emotionen, beispielsweise durch angstausslösende Bilder von Raucherlungen, vergewal-

tigten Mädchen oder toten Heroinopfern verfolgen den Zweck, Veränderungsbereitschaft herzustellen. Diese Emotionsinduktion hat jedoch einige Probleme (Dillard & Nabi, 2006). So können schockierende Bilder beispielsweise in der Krebs-Prävention sehr unterschiedliche Emotionen hervorrufen, da von bereits bestehenden Schemata abhängig sind. Personen gehen unterschiedlich mit Stress und Emotionen um, was mitunter Auswirkungen auf alltagsrelevante Leistungen, wie etwa das Erwachsenwerden, hat (Reis, 1997).

Für Maßnahmen der selektiven Prävention kann zwar von einer erhöhten Belastung mit suchtassoziierten Risiken, deshalb aber noch nicht automatisch von einer erhöhten Veränderungsbereitschaft der Zielpersonen ausgegangen werden. Kinder mit Gewalt- und Missbrauchserfahrungen beispielsweise können im Gegenteil dazu neigen, gutgemeinte Interventionen als weitere Disziplinierungsmaßnahmen zu verstehen. Für sie bedeutet unter Umständen die gelernte Unerreichbarkeit eine Immunisierungsstrategie gegen Einengung und sozialen Stress. Drogenkonsum kann ein zentraler Bestandteil dieser Selbstimmunisierung sein, deren Entzug ohne den Aufbau alternativer Strategien eher schadet.

Die Chance auf offene Momente ist in der indizierten Prävention am höchsten. Ehe ein „vollgekotztes Kinderzimmer“ die Kinder nicht mehr „bewegt“, wird eine Geschichte von Konflikt, Missachtung, oder Teilnahmslosigkeit in der Familie vergangen sein. Sollte der ausbleibende Spielerfolg bei World of Warcraft den Jugendlichen nicht mehr ärgern, wird er in der Kifferkarriere bereits fortgeschritten sein. Wenn sich ein Mädchen nicht mehr aufregt, wenn es von seinen Freundinnen „Bitch“ gerufen wird, glaubt es vielleicht nicht mehr an Freundschaft. Solange sich Jugendliche noch vor ihren Lehrausbildern für eine verpatzte Arbeit schämen, lassen sie sich „abholen“.

Entscheidend für den Ausgang der offenen Momente ist, dass sie in eine tragfähige Beziehung eingebettet sind, in der die signifikanten Anderen das richtige Maß an proximaler Prävention finden.

Einige dieser Chancen sollen im Folgenden aufgezählt und illustriert werden. Diese Aufzählung ist nicht erschöpfend und entstand aus in neun Jahren gewonnenen Erfahrungen aus verschiedenen Präventionsprojekten, die von der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock durchgeführt wurden.

Veränderungsbereitschaft und proximale Prävention

In der Klientel des Projekts „Designerdrogensprechstunde“ (DDS), mit dem 1998-2003 auf den zunehmenden Konsum von Partydrogen reagiert werden sollte, wurde zwischen drei verschiedenen Zugangswegen in das niedrigschwellige Angebot unterschieden: Eigeninitiative, geteilter Initiative, und Fremdinitiative (Reis et al., 2004). Diese Wege betrafen PatientInnen, die aus eigenem Antrieb in die Sprechstunde kamen, PatientInnen, die von „signifikanten Anderen“ mit „sanftem Druck“ vorgestellt wurden, und solchen, die auf externalen Druck reagierten. Signifikante Andere waren dabei FreundInnen (ca. 4 % aller Erstkontakte), Familienmitglieder (14 %), ÄrztInnen (6 %), oder LehrerInnen (4%). Im schulischen Kontext konnten offene Momente zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses von Lehrkraft und Schüler führen, aus dem unter Umständen die Eltern ausgeschlossen blieben. LehrerInnen waren oft sensibler für Leistungsabfälle, Rückzugstendenzen, oder Aufgekratzttheit als die vielbeschäftigten Eltern, die ihre Kinder nur am Abend sahen. Mädchen wurden dabei etwa doppelt so häufig wie Jungen durch Freunde in die DDS gebracht, während sich die Geschlechter für die familiäre, ärztliche und schulische Initiative nicht unterschieden. Etwa ein Drittel aller Erstkontakte kamen durch geteilte Initiativen insgesamt zustande. Von den drei Zugangsarten waren die PatientInnen mit geteilter Initiative signifikant ($F = 15.5$, $df = 2$, $p < 0.00$) jünger ($M = 17.3$, $SD = 2.3$) als die durch Fremdinitiative ($M = 18.4$; $SD = 2.2$) oder durch Eigeninitiative ($M = 19.6$; $SD = 2.6$) kontaktierten. In dieser Gruppe war mit 44% der Anteil von Jugendlichen mit einer Suchtdiagnose etwas höher als bei den forcierten (28%) oder selbstinitiierten Kontakten (33%, $\chi^2 = 5.4$, $df = 2$, $p < 0.10$). Die Wahrscheinlichkeit, in der ambulanten Behandlung den Drogenkonsum zu beenden, lag für die PatientInnen mit geteilter Initiative (78%) zwischen den selbstinitiierten (84%) und den forcierten Kontakten (69%, $\chi^2 = 6.6$, $df = 2$, $p < 0.05$). Kriseninterventionen waren in dieser Gruppe seltener (7% aller Erstkontakte) als bei den selbstinitiierten Kontakten (12 %). Der Bedarf an der Behandlung psychiatrischer Komorbiditäten war mit 13% allerdings doppelt so hoch wie in der Eigeninitiative-Gruppe (7%). Proximale Prävention entstand also vor allem bei jüngeren PatientInnen mit ausgeprägter Suchtproblematik, mitunter zugehöriger psychiatrischer Komorbidität, aber geringerem Akutbedarf. Bei der Analyse der zugehörigen Konsummuster stellte sich heraus, dass die geteilte Initiative vor allem schwere KifferInnen betraf, während polyvalente KonsumentInnen häufiger unter äußerem Druck und unter Auflagen (Gericht, Jugendamt, Arbeitsamt, Heim) in die DDS kamen.

Kiffende Kinder und jüngere Jugendliche kommen also selten „von allein“ in die Angebote der Suchthilfe. Vielmehr werden sie von besorgten proximalen Personen „bewegt“. In den meisten Fällen haben die besorgten Anderen durchaus Recht. Vor allem „reine“ CannabiskonsumentInnen sollten Ziel der proximalen Prävention sein, denn diese gehören oft präventionswiderständigen Kulturen an, wie etwa den home-growern, Rasta, oder technikaffinen Jugendkulturen.

Offene Momente in aufsuchender Hilfe

Die Rostocker Kinder- und Jugendpsychiatrie beteiligte sich 2004-2007 am bundesweiten Projekt „HaLT – Hart am Limit“, das in einem reaktiven und einem proaktiven Baustein sowohl verhaltenspräventive als auch verhältnispräventive Maßnahmen vereinte. Der proaktive Baustein bestand darin, dass eine psychotherapeutisch geschulte Kinderpsychiaterin Jugendliche nach einer akuten Alkoholintoxikation am Krankenbett aufsuchte (n = 188 Jugendliche, Reis et al., 2008, 2009). Dort führte sie eine Kurzintervention durch, die aus dem sogenannten „Brückengespräch“ bestand und Elemente einer Kurzintervention (Monti et al., 1999) und des Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, dt. 1999) enthielt. Zuvor hatten 83 % der 188 13- bis 18jährigen PatientInnen eingewilligt, sich von der Ärztin befragen zu lassen (Reis et al., 2008). Von den 37 Jugendlichen, die zunächst die Teilnahme verweigert hatten, gelang es dennoch, 26 am Krankenbett zu beraten. 35 Jugendliche hatten die Klinik verlassen, bevor die Projektärztin zu ihnen an das Krankenbett kommen konnte. Die meisten dieser Kinder und Jugendlichen konnten jedoch vom Klinikpersonal dazu „bewegt“ werden, einen Standardbogen mit persönlichen Angaben zu füllen. Der zeitnahe Rückruf durch die Projektärztin veranlasste diese Kinder, zu einem Beratungsgespräch in die Sprechstunde zu kommen, etwa ein Drittel in Begleitung der Eltern. Diese gute Quote wurde vom Projektteam nicht zuletzt auf die Kliniksituation selbst zurück geführt. Den im Vergleich zur DDS jüngeren IntoxikationspatientInnen war es meistens peinlich, nach einem mehr oder minder heftigen Blackout in einer Klinik aufzuwachen. Der übermäßig hohe Alkoholkonsum ließ sie „noch nicht“ als drogensüchtig oder alkoholabhängig dastehen. Die sich ihnen zuwendende Person war Teil des sie umgebenden Hilfesystems, hatte Geduld und bewies auch im Umgang mit den oft entnervten Eltern Ruhe und Gelassenheit. Bei der Indikationsstellung für weitere Kontakte ging die Psychiaterin von den im Brückengespräch gewonnenen Informationen aus, insbesondere von erhobe-

nen zusätzlichen Risiken für eine Suchtgefährdung. Diese betrafen beispielsweise persistente riskante Konsummuster, den Verdacht auf psychiatrische Komorbiditäten, oder familiäre Konfliktlagen. Von etwa einem Drittel ($n = 63$) PatientInnen, die komorbide psychiatrische Störungen aufwiesen (siehe Reis et al., 2009), war nur ein kleiner Teil ($n = 3$) in irgendeiner Form behandelt worden. Diese Kinder und Jugendlichen erschienen mit der Intoxikation also zum ersten Mal „auf den Radar“ psychiatrischer Hilfesysteme. Von den 182 kontaktierten Personen ließen sich 100 zu wenigstens einem Folgekontakt bewegen, 32 zu mindestens zwei Kontakten, bei 75 Folgekontakten waren auch die Eltern anwesend. Die Quote der Nichterscheinungen bei den vereinbarten Folgekontakten lag bei 12 %. Damit liegt die Ausschöpfungsquote im HaLT-Projekt wesentlich höher als in der Designerdrogen-Sprechstunde, von dessen Klientel etwa 50% nicht zu den vereinbarten Zweiterminen erschien. Der relativ hohe Anteil von PatientInnen, denen auf diese Weise psychiatrische Hilfe zuteil wurde, verdankt sich dabei der Kombination von standardisierten (Brückengespräch) und nicht-standardisierten Interventionen. Die Nicht-Standardisierung machten es der Psychiaterin möglich, „offene Momente“ aufzuspüren und auf die unterschiedlichen Veränderungsbereitschaften der PatientInnen einzugehen. Von entscheidender Bedeutung war hier, dass es keinen starren Zeitrahmen gab, womit Hinweisen zu psychischen Problemen, beispielsweise einer Essstörung, gefolgt werden konnte. Der Kritik an der Nicht-Standardisierung der Halt-Intervention (Körkel, 2012) steht damit die Forderung nach flexiblen Interventionen gegenüber, von denen anzunehmen ist, dass sie erheblich durch TherapeutInnenvariablen beeinflusst werden. Im Fall des Rostocker HaLT-Projektes handelte es sich um eine Psychiaterin mit mehrjähriger Berufserfahrung und abgeschlossener Ausbildung in den Techniken des Motivational Interviewing, die den PatientInnen als konsiliarisch handelnde Ärztin gegenüber trat. Diese Kontextualisierung der Intervention als „ärztlich“ ergab mehrere Vorteile. Der Offenheit der PatientInnen konnte schnell und ohne Unterschrift mit der ärztlichen Verschlossenheit (Schweigepflicht) begegnet werden. Die intervenierende Person passte sich damit dem Kontext „Klinik“ an, z.B. durch das Tragen eines Arztkittels oder den Umgang mit Pflegepersonal oder Krankenakten. Das zentrale Thema des Redens über Intoxikation war nicht die angestrebte Verhaltensänderung, sondern die ärztliche Sorge um die Gesundheit der PatientInnen. Diese Sorge ließ sich bei Bedarf auf die psychische Gesundheit ausweiten. Obgleich die PatientInnen keine Kopfschmerzen beim Aufwachen aus dem Rausch hatten, war ein guter Teil von ihnen jedoch so „bewegt“, dass er sich zur Wiedervorstellung bewegen ließ – von einer proximalen Person. In Situationen, in denen

schamerfüllte, besorgte oder wütende Eltern zugegen waren – um etwa ihre Kinder aus der Klinik abzuholen – ließ sich die ärztliche Autorität nutzen, um Situationen zu entspannen, eher auf die Sorge und nicht das Fehlverhalten zu fokussieren, und die Akzeptanz für Nachfolgetermine im Sinne einer geteilten Initiative (siehe oben) zu verbessern.

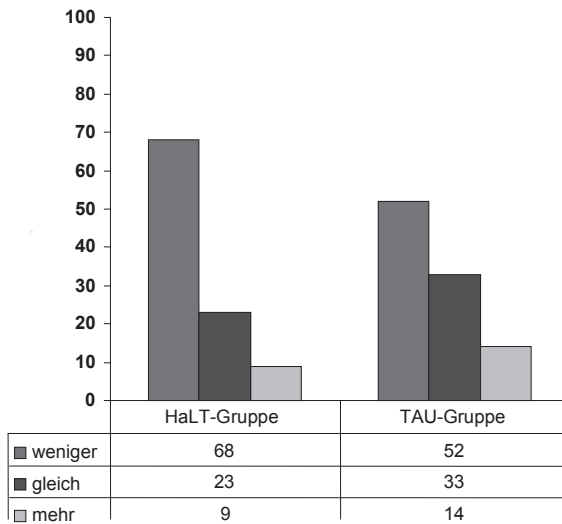


Abb. 1: Veränderungen des Trinkverhaltens ein Jahr nach Alkoholintoxikation in Prozent für HaLT-Intervention und ohne Intervention

In der Schlussphase des HaLT-Projektes wurden sowohl die verhältnispräventiven (Reis et al., 2009) als auch die verhaltenspräventiven Maßnahmen evaluiert. Während im verhältnispräventiven Arm der Studie regionalisierte und bevölkerungskorrigierte Intoxikationsraten als abhängige Variable in ihrer zeitlichen Veränderung modelliert wurden, sollte die Wirksamkeit der aufsuchenden Intervention in einer 1-Jahres-Katamnese mit einem post-hoc matched-pair-Design (Reis, 2011) untersucht werden. PatientInnen aus der HaLT-Interventionsgruppe (n = 22) wurden dabei mit einer gematchten treatment-as-usual-Gruppe (TAU) aus Kinderkliniken ohne HaLT-Intervention (n = 21) verglichen. In den Selbstauskünften der telefonisch befragten ehemaligen PatientInnen ergaben sich dabei folgende Muster. 1) Auf die Frage, ob sie nach der Intoxikation mehr, gleich viel, oder weniger trinken würden, antworten HaLT-PatientInnen etwas häufiger über abnehmenden Konsum für

Alkohol; die Gruppenunterschiede konnten jedoch auch zufällig sein ($\chi^2 = 1.2$, $df = 2$, $p = 0.569$, Abbildung 1). Ein ähnliches Muster ergab sich für den Konsum von Nikotin. 2) Auf die Frage „Wie hat sich die Beziehung zu deinen Eltern seit der Intoxikation verändert?“ gab dagegen kein Patient aus der HaLT-Gruppe an, dass es sich verschlechtert habe, sondern 18% meinten, es habe sich verbessert. Dieses Verhältnis war die der TAU-Gruppe genau andersherum, womit der Unterschied zwischen beiden Gruppen gegen den Zufall gesichert werden konnte ($F = 6.96$, $df = 2$, $p = 0.030$, Abbildung 2).

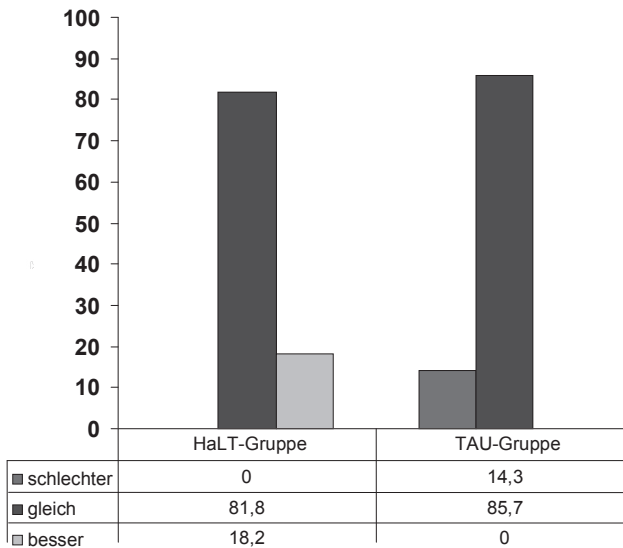


Abb. 2: Veränderungen des Verhältnisses zu den eigenen Eltern 1 Jahr nach nach Alkoholintoxikation in Prozent für HaLT-Intervention und ohne Intervention

Drei Interpretationen dieser Ergebnisse sollen vorgestellt werden. Zum ersten sind auch die in offenen Momenten erzielten Verhaltensänderungen nicht so groß, dass sie bereits in kleinen Stichproben gegen den Zufall bestehen könnten. Auch offene Momente sind keine Wunderwaffe erfolgreicher Prävention. Zum zweiten ist denkbar, dass Prävention nicht nur Zeit braucht, sondern auch proximale signifikante Andere, die die Botschaft anbringen können. Die Anwesenheit der HaLT-Ärztin wurde von den PatientInnen überwiegend begrüßt. So war die Zufriedenheit mit der Behandlung in der HaLT-Gruppe signifikant erhöht im Vergleich zur TAU-Gruppe. Die meisten Jugendlichen fühlten sich damit in der emotional aufgeladenen Situation nach dem Auf-

wachen aus einem Rausch nicht alleingelassen. Drittens wird aus den Ergebnissen deutlich, dass offene Momente unter Umständen nicht nur die Zielpersonen, sondern auch proximale Andere betreffen können. Eltern, die ihre Kinder aus der Klinik holen, sind meistens aufgewühlt, besorgt oder peinlich berührt. In einigen Fällen sind Eltern selbst Teil des Problems, d.h. leiden beispielsweise unter einer Sucht oder haben eine dysfunktionale Beziehung untereinander oder zum Kind. Sollten diese Eltern den Mut haben und in der Klinik erscheinen um ihre Kinder in Empfang zu nehmen, ist dies ein Moment, in dem das ganze System „offen“ ist. Gelingt es, diese Zeitfenster sensibel zu nutzen, kann die Präventionsbotschaft die ganze Familie erreichen. Doch auch Eltern ohne eigenes Problem können in offenen Momenten besser erreicht werden. Die Inspektion der 22 Fälle mit HaLT-Intervention ergab im Nachgang, dass in den meisten Fällen ($n = 17$) die Eltern mit einbezogen worden waren. Werden Verbesserungen im Eltern-Kind-Verhältnis noch nach dem Auffälligwerden des Kindes erzielt, könnte dies langfristig die Chancen auf Verhaltensänderungen bei den KlientInnen verbessern. Familienzentrierte Ansätze der indizierten Prävention, wie etwa das INCANT-Programm, arbeiten auf diese Weise.

Offene Momente im Alltag von Cannabis konsumierenden Jugendlichen

Das Projekt CanSTOP, an dem sich die Rostocker Klinik 2008-2011 beteiligte (Baldus et al., 2011), verfolgte das Ziel, Laien die „dicht“ bei den betroffenen Jugendlichen arbeiten, zu ÜberbringerInnen der Präventionsbotschaft auszubilden. Das manualisierte Training sollte von ihnen durchgeführt werden und Jugendliche zur Reflexion über den Cannabiskonsum anregen. Das Training verfolgt nicht das Ziel, Drogentherapie zu ersetzen, sondern vielmehr, diese vorzubereiten, Informationen bereit zu stellen, um möglichst im Vorfeld einer Suchtentwicklung angewandt zu werden. Es enthält dementsprechend eher alltagsrelevante Module, wie den Umgang mit kiffenden Freunden, die Funktionalität des Konsums, oder Psychoedukation zu Cannabiswirkungen. Die LaientrainerInnen waren Schwestern oder SozialarbeiterInnen in der stationären und ambulanten Suchthilfe, VollzugsbeamtenInnen im Jugendstrafvollzug oder im ambulanten Jugendhilfesetting. Ohne auf die Belege für die Wirksamkeit des Trainings einzugehen, die zurzeit für die Veröffentlichung vorbereitet werden, soll hier nur auf „offene Momente“ eingegangen werden, die im Zuge der Fokusgruppen mit den TrainerInnen geschildert wurden. Sowohl im Rostocker als auch im Hamburger Zentrum des Projektes fanden

jeweils Veranstaltungen mit dem TrainerInnen aus 30 CanSTOP-Standorten statt. Das in den Fokusgruppen präsentierte Material liegt den nachfolgenden Ausführungen zugrunde.

Der Strafvollzug macht danach „offene Momente“ zwischen VollzugsbeamtInnen und Jugendlichen unwahrscheinlich. Veränderungsbereitschaften können zwar auch in dieser Umgebung entstehen, wären aber nur schwer zu kommunizieren und zu nutzen. Es gäbe zwar durchaus Vertrauen zwischen VollzugsbeamtInnen und Insassen, jedoch auch eine Menge von Fallstricken, wie die Orientierung der Jugendlichen in der Gefangenenhierarchie, die Meldepflichten auf Seiten der Beamten usw. Dennoch waren einige VollzugsbeamtInnen der Meinung, dass sich auch in der Justizvollzugsanstalt Präventionsbotschaften überbringen ließen, wofür CanSTOP ihnen als geeignet erschien.

Die Jugendlichen in „offenen Momenten“ abzuholen, fiel dagegen MitarbeiterInnen jugendhilflicher Einrichtungen leichter – vor allem im Kontext der Ausbildung. Während stationäre Einrichtungen der Jugend- oder Suchthilfe oft strikte Drogenregimes haben, die es den Jugendlichen nicht gestatten zu konsumieren und darüber zu kommunizieren, fallen drogenassoziierte „Blackouts“ oder „Hangovers“ im Ausbildungskontext durchaus auf. Wie auch im Schulkontext (siehe DDS) ergeben sich hier Möglichkeiten für geteilte Initiativen, d.h. LehrausbilderInnen können Momente der (Rest)Scham, der Peinlichkeit, des Mitgeföhls oder Erschütterenseins angesichts der Entgleisungen anderer, der Prahlerei, der Wut über sich selbst, über eine verhaute Arbeit, oder über missglücktes Anbaggern usw. nutzen um die KonsumentInnen in Richtung einer Teilnahme am Training zu „bewegen“. Im Bereich der beruflichen Ausbildung liegen nach meinem Dafürhalten noch große unerschlossene Möglichkeiten der indizierten proximalen Drogenprävention, in denen „offene Momente“ relativ gut erkannt werden können. Im Falle des CanSTOP-Projektes konnte die „Bewegung“ gleich eine Einladung in die „eigene“ Gruppe bedeuten. LaientrainerInnen können in die Lage versetzt werden, Antwort auf den Cannabiskonsum ihrer Schützlinge zu geben (Weymann et al., 2011). Auch hier hängt die Übermittlung der Präventionsbotschaft von der „Offenheit“ der Jugendlichen ab, die möglicherweise mit steigendem Drogenkonsum sinkt. Jugendliche mit riskanteren Mustern – wenn sie beispielsweise unterschiedliche Substanzen konsumierten – profitierten seltener vom Gruppentraining (Reis, 2012b). Die „Offenheit“ gegenüber proximalen Personen wird mit riskanteren „härteren“ Konsummustern möglicherweise seltener.

Zusammenfassung

Ein großer Teil der Ineffektivität von Präventionsmaßnahmen lässt sich aus dem Widerspruch von Standardisierung und Individualisierung der Maßnahmen erklären. Eine der wichtigsten Dimensionen, auf denen Prävention – wie jede Intervention – individualisiert werden sollte, ist die Anpassung an die Veränderungsbereitschaft der Zielpersonen. Bei Kindern und Jugendlichen darf die Entwicklung ihrer Veränderungsbereitschaft nicht außerhalb des Kontextes ihrer Entwicklung betrachtet werden. So verspüren Kinder und Jugendliche selten „Leidensdruck“ durch den Konsum psychoaktiver Substanzen, denn häufig werden negative Konsequenzen des Konsums noch von externen Stützsystemen abgefedert, von Eltern, Schulen, Elektrolyten, Freunden, Subkulturen etc. Der Konsum selbst kann stattdessen Manifestation von (pseudo)bewältigten Entwicklungsaufgaben des Erwachsenwerdens innerhalb eines kohärenten und damit salutogenetischen Selbst- und Fremdbildes sein. „Einbrüche“ in diesem Weltbild können zur Entwicklung von internalen Veränderungsbereitschaften führen, die möglicherweise jedoch nicht groß genug sind, um im Sinne Prochaskas und diClementes zu Gesundheitshandeln zu führen. Im Gegenteil, die mit den „offenen Momenten“ entstehenden Dissonanzen können Anlass zu weiterem Konsum sein, mit dem man sich wieder besser fühlen kann. In diesem Sinne ist auch die Forderung von Migneault et al. (2005) zum transtheoretischen Modell zu verstehen, dass zukünftig mehr Wert auf die Untersuchung der Prozesse der „Veränderung der Veränderungsbereitschaft“ und weniger auf die Untersuchung ihrer Stufen zu legen sei. Dieser Beitrag plädiert dafür, in ebendiesen Prozessen die Rolle von Emotionen zu betonen, die von drogenassoziierten Ereignissen getriggert sein können und derartige Prozesse in gang setzen können.

Die „proximale Prävention“ meint, dass Präventionsbemühungen für Kinder und Jugendliche einen Paradigmenwechsel brauchen. Zielpersonen der Drogen- und Suchtprävention sollten mindestens ebenso häufig „signifikante Andere“ sein, die Momente der Offenheit bei den Zielpersonen erkennen und klug nutzen können. In jedem Fall bedeutet dies, die Entscheidung Drogen zu konsumieren, zunächst als Äußerung jugendlichen Willens zu erkennen und anzuerkennen. Empathie, Vertrauen (Verschwiegenheit) und Geduld sind einige der längst bekannten Kardinaltugenden, die es möglich machen, offene Momente zu nutzen. „Offen“ bedeutet dabei auch, dass der Ausgang der Interaktion nicht festgeschrieben ist. Offene Momente entstehen „dicht“ am Jugendlichen in der unmittelbaren Nähe proximaler Dyaden (z.B. in Partner-

schaften, in Familien). Dieser Paradigmenwechsel macht sich in der Prävention und Präventionsforschung langsam bemerkbar, doch fehlen hier evaluierte Programme, die Prävention als systemische Aufgabe verstehen und nicht auf die Zielpersonen fokussieren.

Hier wird auch das Problem der deutschen Präventionslandschaft offenbar, dass es wenig institutionalisiertes Verständnis für Evaluationen gibt. Bis auf einige Einzelunternehmen (z. B. Bühler & Krüger, 2005; Bühler, 2009) an der BZgA gibt es nach Wissen des Autors keine deutsche Behörde, die Präventionen regelmäßig auf Gehalt und Effektivität prüft. Die Meldung von Präventionsprojekten bei der BZgA ist freiwillig. Von den etwa 8.000 gemeldeten Projekten sind nur 28% in unterschiedlicher Qualität evaluiert. Zentrale Behörden oder Institutionen für die Bewertung von Präventionsmaßnahmen, wie es sie in etlichen europäischen Ländern gibt (beispielsweise socialstyrelsen.se), sind dem Autor für Deutschland nicht bekannt. Die Inhalte einer derartigen Prävention über proximale Personen wären dementsprechend anders als wenn sich die Maßnahmen direkt an die Zielpersonen richten.

Häufig sind sich proximale Personen unsicher darüber, wie sie sich den KonsumentInnen gegenüber verhalten sollen, welche Rechts(un)sicherheit sie haben (beispielsweise Mitwisserschaft bei illegalen Drogen, Meldepflichten gegenüber anderen usw.), oder wie riskanter Konsum überhaupt erkannt wird. Insbesondere in den Anfangsstadien des riskanten Konsums darf mit (noch) ausgeprägten sozialen Bindungen, Veränderungsbereitschaften „einem anderen zuliebe“, Erschütterungen und relativem Unwissen auf Seiten der KonsumentInnen gerechnet werden. Diese Möglichkeiten gilt es zu nutzen, ohne sie zu überstrapazieren. Die Induktion von Veränderungsbereitschaft (z.B. durch Angst) ist dabei ein Weg, der nicht nur in einigen Ergebnissen fragwürdig erscheint (Dillard & Nabi, 2006), sondern auch die Dyade belastet. Vielmehr kommt es bei den proximalen Personen darauf an, bereit für offene Momente zu sein. Die wichtigste Fähigkeit der proximalen Personen besteht dann in der Kommunikation der Präventionsbotschaft. Bereits in den Brunnen gefallenen Kindern und Jugendlichen wird mit Sätzen wie „ich hab es dir ja gesagt“, „das musste ja so kommen“, oder „glaubst du mir jetzt?“ nicht geholfen. Die Offenheit bleibt dann kurz und die Präventionsbotschaft verfehlt ihr Ziel. Wird in den Botschaften jedoch angemessen auf die vorhandene Änderungsbereitschaft reagiert, werden erreichbare Nahziele definiert und dabei die Beziehung zwischen Präventionsbotschafter und Zielperson aufrecht erhalten oder gestärkt, verbessern sich die Chancen, den nächsten offenen Moment zu nutzen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Olaf Reis

Universität Medizin

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

Email: olaf.reis@med.uni-rostock.de

Literatur

- Baldus, C., Miranda, A., Weymann, N., Reis, O., More, K., Thomasius, R.* (2011) „CAN STOP“ Implementation and evaluation of a secondary group prevention for adolescent and adult cannabis users in various contexts – study protocol. *BMC Health Services Research*, 11, 80
- Bühler, A., Kröger, C.* (2005) Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Bühler, A.* (2009) Was wirkt in der Suchtprävention? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 134, 2388-2391
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (2012) Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Colby, S. M., Monti, P. M., Tevyaw, T., O'Leary, T., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Riggs, S., Lewander, W.* (2005) Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*, 30, 865-874
- Dillard, J. P., Nabi, R. L.* (2006) The persuasive influence of emotion in cancer prevention and detection messages. *Journal of Communication*, 56, S123-139
- Dlugosch, G. E., Fischer, U. C.* (2009) Theorien und Modelle zur Drogenprävention, In: Hahnwinkel, R., Röhrle, B. (Hg.) *Prävention und Gesundheitsförderung*, Bd. IV, Prävention von Sucht und Substanzmissbrauch, Tübingen: dgvt-Verlag, 11-49
- Körkel, J.* (2012) „Wir tun – was?“ – Eine kritische Analyse des Programms „Hart am Limit. Suchttherapie, 13, 25-32
- Kraus, L.* (2012) Cannabis im Jugendalter – Epidemiologie und Konsequenzen. Vortrag auf der Tagung „Cannabisgebrauch im Jugendalter“ des DZSKJ, Hamburg, 9.11.2012
- Migneault, J. R., Adams, T. B., Read, J. P.* (2005) Application of the transtheoretical model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24, 437-448
- Miller, W. R., Rollnick, S.* (1999) *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg i. B.: Lambertus
- Orth, B., Töppich, J.* (2012) Rauschtrinken und durchschnittlicher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland: Konsummuster, soziodemografische Unterschiede und Trends. *Suchttherapie*, 1, 6-14

- Pereira, M. G., de Oliveira, L. E., Smith, F., Joffily, M., Mocaiber, I., Volchan, E., Pessoa, L.* (2010) Emotion affects action: Midcingulate cortex as a pivotal node of interaction between negative emotion and motor signals. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 10, 94-106
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D., Myers, M., Woolard, R. L. W.* (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989-994
- Pott, E.* (2012) Cannabis im Jugendalter – Prävention. Vortrag auf der Tagung „Cannabisgebrauch im Jugendalter“ des DZSKJ, Hamburg, 9.11.2012
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.* (1982) Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 19, 275-288
- Reis, O.* (1997) Risiken und Ressourcen beim Übergang ins Erwachsenenalter. Weinheim: Beltz.
- Reis, O.* (2011) Zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen des Alkoholmissbrauchs im Kindes- und Jugendalter. In: Höppner, J., Schläfke, D., Thome, J. (Hg.) *Impulse für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in der Lebensspanne*. Berlin: Medizinische Verlagsgesellschaft, 169-178
- Reis O.* (2011) Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. In: *Batra, A., Bilke-Hentsch, O. (Hg.) Praxisbuch Sucht*, Stuttgart: Thieme, 8-15
- Reis, O.* (2012a) Heranführen an Alkoholkonsum als Prävention riskanten Konsums im Jugendalter – Pro. *Suchttherapie*, 13, 37-38
- Reis, O., Raphael, A., Sommer, J.-C., Steffen, H., Häßler, F.* (2004) Abschlussbericht über das Bundesmodellprojekt Designerdrogen-Sprechstunde. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern, Hansestadt Rostock, Bericht 327, ISSN 0174-4992
- Reis, O., Pape, M., Häßler, F.* (2008) HaLT – Ein Bundesmodellprojekt für Kinder und Jugendliche mit akuten Alkoholvergiftungen im Raum Rostock und Güstrow 2004 – 2007 – Projektbericht. Universitätsklinikum Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
- Reis, O., Pape, M., Häßler, F.* (2009) Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens. *Sucht*, 55, 347–356
- Reis, O.* (2012b) Konsummuster bei Cannabis konsumierenden Jugendlichen. Vortrag auf der Tagung „Cannabisgebrauch im Jugendalter“ des DZSKJ, Hamburg, 9.11.2012
- Sussman, S., Ames, S. L.* (2008). *Drug abuse. Concepts, prevention, cessation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Uhl, A., Kobrna, U.* (2012) Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung? *Suchttherapie*, 1, 15-24
- Weymann, N., Baldus, C., Miranda, A., Moré, K., Reis, O., Thomasius, R.* (2011) Trainereffekte in einem Gruppentraining für junge Cannabiskonsumenten. *Sucht*, 57, 3, 193-202

Die Faszination virtueller Welten

Andreas Richterich

Computer- und Onlinespiele sind geprägt durch mitreißende audiovisuelle Eindrücke, bewegte Bilder, emotionale Musik, packende oder auch erschreckende Geräuschkulissen. Gerne würde ich ihnen an dieser Stelle wie bei dem Vortrag am 25.4.2012 in Viersen Sequenzen aus erfolgreichen Spielen zeigen, Ihnen einen Einblick in die optischen und akustischen Erlebniswelten verschaffen, denen sich Computerspieler hingeben. Zu sehen wären Szenen aus Onlinerollenspielen mit Drachen und Magiern in fantastischen Welten, Elfen die sich im Sprung in Panther verwandeln, aber auch Eindrücke in die Welt der Ego-Shooter, mit peitschenden Geräuschen, schwindelerregender Geschwindigkeit der Bewegung in virtuellen Welten und Kampfsituationen. Viele, die professionell im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie tätig sind, erleben diese Vorführungen gebannt und erschreckt. Ein verdunkelter Vortragssaal und eine leistungsfähige Beschallung verstärken den Effekt noch erheblich. Für einige ist es das erste Mal, dass sie sich den intensiven audiovisuellen Eindrücken dieser Spiele aussetzen. Die unmittelbare Erfahrung wird noch stärker, wenn (wie zum Beispiel im Rahmen der Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters auf Langeoog) in einem mehrtägigem Kurs auch die Selbsterfahrung dazu kommt, also das eigene Spielen, allein und in der Gruppe. Mein Anliegen mit Vorträgen und Kursen zu diesem Thema ist es, den theoretischen Diskurs über Computer- und Internetspiele zu ergänzen durch eigene Anschauung. In der psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendliche kann es sinnvoll sein, den Patienten zum Experten zu machen und ihn oder sie beim Spielen zu erleben, Interesse an seiner virtuellen Welt zu zeigen. Kenntnisse über virtuelle Spielwelten, Verständnis für deren Attraktivität und die Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen können eine wichtige Voraussetzung sein, dass sich Patienten, die in diesem Bereich Probleme haben, in der therapeutischen Situation angenommen und verstanden fühlen. Nicht selten erlebe ich, dass es Eltern und Helfern schwer fällt, die Sicht der Betroffenen empathisch aufzugreifen; so äußerten Eltern zum Beispiel bei Beschimpfungen über Facebook einmal

„dass ist doch nur im Internet“ – und verkennen dabei, dass Internet, soziale Netzwerke und virtuelle Welten einen großen Teil des Gesamterlebensraum von Kindern und Jugendlichen einnehmen und damit eine erhebliche Bedeutung haben. Im folgenden Beitrag möchte ich versuchen, Ihnen die Attraktivität bestimmter Internetaktivitäten und Spiele aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen nahezubringen. Fragen zur Nosologie, Klassifikation und Epidemiologie sind anderenorts (Petersen und Thomasius 2009; Möller 2009; Müller und Wölfling 2011) erschöpfend diskutiert worden.

1. Patienten sind „Eingeborene“ in der digitalen Welt

Allein durch den Geburtsjahrgang bestimmt gehört die überwiegende Mehrzahl der heute im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Tätigen zur Gruppe der digitalen Einwanderer oder „digital immigrants“, im Gegensatz zu all unseren Patienten und Klienten, die digitale Eingeborene oder „digital natives“ sind. Diese Begriffe gehen zurück auf die 1996 von John Perry Barlow veröffentlichte „Unabhängigkeitserklärung des Cyberspace“. In seinem Aufsatz heißt es „You are terrified of your own children, since they are natives in a world where you will always be immigrants.“ – „ihr fürchtet euch vor euren eigenen Kindern, denn sie sind Eingeborene in einer Welt, in der ihr immer Einwanderer bleibt (Barlow 1996). Seither ist die Entwicklung rasant weitergegangen: Im Jahr 2007 wurde erstmals die 40 Mio.-Grenze der Internetnutzer in Deutschland durchbrochen. 62,7 % der Deutschen nutzten regelmäßig das Internet – 1997 waren es erst 6,5 %. Heute müssen wir davon ausgehen, dass das Internet praktisch für jeden in Deutschland verfügbar ist. Aufgewachsen sind aber alle, deren Geburtsjahrgang vor 1985 liegt, in einer Welt, in der das Internet und größtenteils auch Computer nicht diese große Bedeutung hatten oder gar nicht verfügbar waren. Dieser Unterschied teilt uns also in die Eingeborenen des digitalen Zeitalters, Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene, für die Internet und seine Möglichkeiten eine Selbstverständlichkeit ist, und die ältere Generation der digitalen Einwanderer.

2. Der Technolekt der Internetanwendungen und Computerspiele

Es beginnt schon mit der spezifischen Fachsprache zu Internetanwendungen und Spielen, dem Technolekt. Auch wenn viele Begriffe wie E-Mail, Blog,

Chat und Download in die Alltagssprache übergegangen sind können für spezifische Begriffe, die im Folgenden immer wieder auftauchen, Übersetzungshilfen nützlich sein. Als erstes ist dies die Abkürzung „**RL**“, die für „Real Life“ steht (im Gegensatz zu „IG“ oder in game); interessant ist hierbei, dass in den Spielen ironisierend-abwertend über das RL gesprochen wird, da dort solch merkwürdige Notwendigkeiten wie gemeinsame Familienmahlzeiten oder Schulpflicht existieren, die IG keine Rolle spielen. Die Unterscheidung zwischen RL und IG ist wesentlich für die Ableitung therapeutischer Konsequenzen; beispielsweise ist die Kompetenzerwartung Betroffener IG hoch, im RL aber sehr niedrig (Six 2007, Müller und Wölfling 2011).

Als zweites ist das die Abkürzung „**MMORPG**“ für Massively Multiplayer Online Role Playing Games. „RPGs“, also Role Playing Games oder Rollenspiele, sind Gemeinschaftsspiele, bei denen Spieler in eine Phantasiewelt eintauchen. In dieser Phantasiewelt übernehmen sie Charaktere, wie beispielsweise Zwerge, Elfen oder Zauberer, die gemeinsam Abenteuer erleben. Berühmt wurde das in den 60er Jahren von Gary Gygax entwickelte „Dungeons und Dragons“, im deutschen Sprachraum ist z.B. „das schwarze Auge“ weit verbreitet. Rollenspiele wurden ursprünglich am Küchentisch, nur mit Bleistift, Papier, Würfel und viel Phantasie gespielt; es gibt Regelwerke und Geschichten als Hilfen, im Grunde geht es darum, dass sich eine Gruppe von Spielern in einer nur vorgestellten Welt gemeinsam aufmacht, um Abenteuer zu erleben. Einer der Mitspieler übernimmt dabei die Rolle des Spielmeisters, der die Umgebung beschreibt, alle Menschen und Fabelwesen spielt, denen die Spieler oder besser deren „Avatare“ begegnen, und die Regeleinhaltung überprüft. Wesentlich ist, dass sich alles nur in der Kommunikation zwischen den Teilnehmern und deren Phantasie abspielt. Online Role Playing Games oder ORPGs sind eine Umsetzung von Rollenspielen am Computer; der Spielmeister ist nicht mehr notwendig, ORPGs haben den Vorteil, dass ich mich nicht mehr um die Geschichte und die Regeln kümmern muss, sogar allein spielen kann. Schnell zeigte sich, dass der kommunikative Aspekt fehlt. Teilen sich mehrere Spieler einen Server, können also miteinander interagieren, nennt man diese Spiele Multiplayer Online Role Playing Games oder MORPGs oder MUD (Multi-User-Domains). Im bekanntesten dieser Spiele, World of Warcraft, zahlen über 12 Mio. aktive Abonnenten einen monatlichen Beitrag, um am Spiel teilnehmen zu können. Da die Anzahl der Spieler, die gleichzeitig auf einen Server miteinander interagieren können, sehr hoch ist, nennt man diese Spiele Massively Multiplayer Online Role Playing Games (MMORPG). Diese Spiele sind hochgradig attraktiv, sehr viele Spieler mit

problematischem oder suchtartigen Verhalten spielen sie (Möller 2009, Müller und Wölfling 2011, Koch 2011, Barth 2009). Weitere Übersetzungen entnehmen Sie bitte der Tabelle 1.

Equipment	Ausrüstung und Ausstattung der Avatare
Gold, Lindendollar etc.	Währung im Spiel (teilweise konvertierbar in echtes Geld)
Headset	Kopfhörer mit einem Mikrofon zur Verständigung mit anderen Spielern, zum Beispiel über TS
TS	Team Speak, Programm, das es Spielern erlaubt, während des Spiels mit anderen Spielern zu reden
Quests	Wörtlich Suche; Auftrag oder Aufgabe für einen oder mehrere Avatare, dessen Erfüllung meist mit Gegenständen, Ansehen oder anderen im Spiel Nützlichem belohnt wird
Instanzen	Bereiche der Spielwelt mit Quests, die nur in Gruppen betreten werden können; z. B. 5, 10 oder 20 Spieler schließen sich zusammen, um in einem MMORPG bestimmte Bereiche als Gruppe zu erkunden
Gilden	Hierarchisch organisierte Zusammenschlüsse von Spielern, die nach bestimmten Regeln spielen und sich gegenseitig Unterstützung gewähren.
Raidgruppen	Spielergruppen, die zu festgelegten Zeiten besonders schwierige Quests oder Instanzen immer wieder spielen

Tab. 1: Ausgewählte Begriffe aus dem Technolekt der Internetanwendungen und Computerspiele

3. Bedeutungsverschiebungen durch technische Möglichkeiten

Die Verwendung des Technolekts folgt primär praktischen Bedürfnissen, funktional aber gliedert sich durch seine Verwendung in eine Gruppe ein und unterscheidet sich von anderen, zum Beispiel von den Eltern. Durch die Verwendung in anderen Kontexten entsteht aber auch eine Begriffsver-

schiebung. Dies sei am Beispiel „Freund“ dargestellt. In sozialen Netzwerken wie Schüler-VZ, MySpace oder Facebook gibt es technisch die Möglichkeit, einen eigenen Internetauftritt in wenigen Minuten zu erstellen und hier Informationen über sich und Aktivitäten zu „posten“, also zu veröffentlichen; ebenso kann ich mich mit anderen ähnlicher Seiten von Bekannten verbinden, indem ich diese als „Freund“ kennzeichne. Patienten berichten nun nicht selten, dass sie 250, 600 oder mehr Freunde haben, und meinen damit die online als Freunde deklarierten Personen. Unterstützt wird der Versuch, möglichst viele Freunde zu haben, nicht nur durch das dadurch entstehende Sozialprestige, sondern auch durch browserbasierte kleine Spiele, die Vorteile bieten, wenn man viele Freunde hat. In der Wahrnehmung digitaler Einwanderer ist eine solche Aussage schwer verdaulich, da der Kontext des Wortes Freund hier eher eine enge Beziehung im realen Leben bezeichnet – und dies ist nicht vereinbar mit den genannten Zahlen. Ähnliche, durch die technische Möglichkeit bedingte Veränderungen, betreffen Verabredungen unter Jugendlichen. War es früher selbstverständlich einen ganzen Abend gemeinsam zu verbringen, kann durch Mobiltelefone, SMS und Internetzugang heute noch während des Abends ein „attraktiveres Angebot“ dazu führen, dass spontan eine andere Verabredung getroffen wird. Klinisch relevant ist es, die subjektive Bedeutung der Internet- und Spielaktivitäten für digitale Eingeborene anzuerkennen. In der idiosynkratischen Vorstellung digitaler Einwanderer ist der virtuelle Raum zwar in der Funktion bekannt und wird auch beruflich und privat häufig genutzt, die Bedeutungserteilung erfolgt aber fast ausschließlich im „Real Life“; für Kinder und Jugendliche hat die Nutzung elektronischer Kommunikation und Unterhaltung einen so hohen Stellenwert, dass Jugendliche, die keinen Zugang zu dieser Welt haben, oft ausgeschlossen werden, zum Beispiel wenn Einladungen zu Geburtstagsfeiern elektronisch übermittelt werden. In den USA hat sich in Anlehnung an den Begriff „handicapped“, also behindert, das Wort „netcapped“ (wörtlich: vom Netz abgeschnitten) etabliert.

4. Vorschläge für eine klinische Typisierung

Die Aktualprävalenz des pathologischen Internetgebrauchs in Deutschland wird auf 3,4 % geschätzt (Petersen 2010). Derzeit gibt es in der ICD-10 keine einheitliche und verbindliche Handhabung bezüglich der nosologischen Einordnung; vieles spricht für die Klassifizierung als Impulskontrollstörung (ICD-10 F63.8 „Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störung der Impuls-

kontrolle“) mit einer genauen Beschreibung im Fließtext, häufig wird auch die Kategorie F68.8 („sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“) gewählt (Shapira 2000, Petersen und Thomasius 2010). In der gleichen Darstellung kommen Petersen und Thomasius (2010) auch zu dem Schluss, dass derzeit verfügbare diagnostische Instrumente in Form von Fragebögen nur als Ergänzung des Anamnesegesprächs und der klinischen Untersuchung dienen können. Das Anamnesegespräch bleibt unersetzlich; folgende vier Themenbereiche zur klinischen Typisierung können dabei hilfreich sein.

Ausprägung

Die alleinige Erhebung der Zeit, die mit Computer und/oder Internet verbracht wird, reicht nicht aus. Erfasst werden sollte die Interferenz mit Alltagsaktivitäten, das Verhältnis von Ressourcen und Belastungen, und die Starrheit des Verhaltens. Gemeint ist hiermit, ob Verhaltensalternativen überhaupt noch wahrgenommen werden können oder allein aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Alternativen auf das Spielen oder das Internet zurückgegriffen wird (quasi „e vacuo“). In einer Klassifikation nach Six (2007) wird unterschieden zwischen 1) exzessiver Mediennutzung (ohne funktionale Einschränkungen), 2) exzessiv-dysfunktionaler Mediennutzung mit geringer Kontrolle und einer gestörten Kostennutzenbilanz, 3) der pathologischen Mediennutzung, bei der der Nutzer die Nutzung als belastend empfindet, also mit einem „schlechten Gewissen“, und 4) der süchtigen Mediennutzung mit der vollen Ausprägung der adaptierten Suchtkriterien (Siehe Anhang 1).

Computer und/oder Internet?

Es gibt ein Überlappungsbereich zwischen der Internet- und der Computersucht. Trotzdem stellen diese beiden Extremen Einzelformen klinisch zwei Pole eines Kontinuums dar. Es empfiehlt sich, beide Pole getrennt zu erfassen. Auf der einen Seite steht der Computer, einschließlich aller Konsolenspiele (Playstation, X-Box, Wii etc.) und der portablen Spielkonsolen (Nintendo DS etc.), im mittleren Bereich die Nutzung dieser Geräte, um im Spiel auf das Internet zuzugreifen (Internetbasierte Spiele, dabei auch an Mobiltelefone, I-Pods etc. denken), auf der anderen Seite die Nutzung des Internets ohne zu spielen. Hier sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Aktivitäten regelmäßig betrieben werden (z. B. die Nutzung sozialer Netzwerke, Filme und Fotos, Musik etc.). In einer in Bochum durchgeführten klinischen Un-

tersuchung füllten 116 nicht ausgewählte, konsekutive stationär behandelte Patienten im Alter zwischen 11 und 17 Jahren (14 +/- 1,91 Jahre) die Internetsuchtskala (ISS, Hahn und Jerusalem 2010), die Compulsive Internet Usage Scale (CIUS, Meerkerk 2009), und den Fragebogen zum Computerspielverhalten bei Kindern und Jugendlichen (CSVK-R, Wölfling 2008) aus. Die Patienten spielten im Mittel seit 4,29 Jahren (SD 3,26 Jahre) Computerspiele und nutzen seit 4,2 Jahren (SD 2,71) das Internet. Demnach lag das durchschnittliche Einstiegsalter sowohl für Computerspiele als auch für die Internetnutzung bei ca. 10 Jahren. Die tägliche Computerspielzeit lag im Mittel bei 2,17 Stunden (SD = 2,52), die tägliche Internetnutzung bei 2,49 (SD = 3,23). 32,76% der Kinder- und Jugendlichen zeigten in mindestens einem der drei Testverfahren eine Auffälligkeit im Sinne eines grenzwertigen oder pathologischen Ergebnisses. Klinisch relevant war die Beobachtung, dass 13,37% nur Auffälligkeiten in Bezug auf Internetgebrauch und 5,12% nur in Bezug auf Computerspiele zeigten; bei 13,79% der Befragten wurden sowohl Hinweise für eine Computerspiel-, als auch für eine Internetsucht gesehen. Es ist also absolut notwendig, beides getrennt abzufragen und im Bereich „Computer“ auch nach Konsolen zu fragen!

Krisenhafte Phase oder konstante Entwicklung?

Die Prognose hängt nicht unwesentlich davon ab, ob ein exzessives oder pathologisches Spielen als vorübergehende Reaktion zu sehen sein kann, oder über Jahre hinweg eine konstante Entwicklung mit zunehmenden Problemen vorlag. In der oben erwähnten Befragung lag das „Einstiegsalter“ in die Internetnutzung bei den 38 auffälligen Kindern und Jugendlichen bei 8,7 Jahren signifikant unter dem der 78 unauffälligen Kinder mit 10,2 Jahren. Empfehlenswert erscheint es, gemeinsam mit Patienten die Erfahrungsgeschichte im Kontakt mit Computer und Internet gegenüberzustellen den Erfahrungen im „RL“. Oft zeigt sich hier, dass nach einem Auslöser (z. B. Schulwechsel oder Trennung der Eltern) eine erhebliche Veränderung eintrat; besonders in schwer zu behandelnden Fällen zeigt sich aber oft eine Entwicklung, die sehr früh beginnt und durch eine kontinuierliche Bedeutungszunahme gekennzeichnet ist. Die Erfassung präorbiter Psychopathologie, insbesondere im Bereich sozialer Ängste und sozialer Integration sowie der Impulskontrolle kann weitere Hinweise geben, ob es sich um ein eher akutes oder eher chronisches Problem handelt.

Emotionsregulation

Therapeutisch interessant ist die genaue entwicklungspsychopathologische Beschreibung der Entwicklung im Bereich der Emotionsregulation. Dient das Spiele/der Internetgebrauch zur Regulation eigener Gefühle? Welche Alternativen bestehen? Unter der Annahme, dass intrapersonale Emotionsregulation sich durch Erfahrungen interpersonaler Emotionsregulation entwickelt, wir also nur im realen Kontakt mit anderen Menschen Kompetenzen erwerben im Umgang mit unseren Gefühlen, kommt der hierfür nicht zur Verfügung stehenden Zeit eine sehr hohe Bedeutung zu. Anders ausgedrückt: wenn ich sehr früh beginne, Emotionsregulation durch Nutzung von Spielen oder Internet zu betreiben, fehlt mir Zeit für die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben im realen Kontakt zu anderen Menschen. Dies setzt eine Negativspirale in Gang, da ich immer mehr die Erfahrung mache, in Realsituation nicht kompetent zu sein, und das Internet oder Spielen als „Abschalten“ immer attraktiver wird. In diesem Kontext sollte aber auch geprüft werden, ob diese Alternative der Regulierung eigener Emotionen gewählt wird, weil eine emotionale oder kognitive Fehlanforderung vorliegt, also beispielsweise eine extrem belastende Familiensituation mit Verantwortungsdruck in Richtung der Jugendlichen oder eine bezüglich der Begabung falsche Beschulung.

5. Prinzipien erfolgreicher Spiele und Internetanwendungen

Begeben wir uns nun auf die Suche nach einer Erklärung, warum bestimmte Formen des Spielens oder der Betätigung im Internet so attraktiv sein können, dass Kinder und Jugendliche freiwillig einen großen Teil ihrer Freizeit damit verbringen (unabhängig davon, ob dieser Konsum als exzessiv, exzessiv-dysfunktional oder pathologisch zu bezeichnen ist).

Der Reiz **sozialer Netzwerke** liegt zum großen Teil darin, dass jede persönliche Nachricht, jede von anderen mit mir geteilte Information als kleine Belohnung empfunden wird. In der Übersetzung für digitale Einwanderer: stellen Sie sich vor, Sie würden jeden Tag Dutzende Briefe von Freunden und Bekannten erhalten, mit Geschichten, Bildern und Grüßen – ungefähr so beschreiben Patienten mit exzessivem Nutzungsverhalten ihre Gefühle. Am liebsten sind sie durchgängig erreichbar, um „nichts zu verpassen“, also jeden Informationseingang unmittelbar zu erleben. Auch wenn die Form und der Grad der Informationsausbreitung sich von der in anderen Medien unter-

scheiden, so greifen alle auf die dem Menschen gegebene Neugier zurück. Der Mensch kann geradezu als „Neugierwesen“ (Eibl-Eibesfeldt 1984) bezeichnet werden, er zeigt diese Verhalten schon als Säugling und sehr stark ausgeprägt in der Jugend (die zudem im Vergleich zu anderen Arten deutlich verlängert ist). Der Reizhunger wird anscheinend ständig gestillt – und dadurch die Fähigkeit nicht trainiert, diese Neigung zu kontrollieren. Weitere Aspekte, die auch für bestimmte Spiele zutreffen, kommen im Rahmen von Chatrooms und sozialen Netzwerken hinzu: Komplexitätsreduktion (durch feste Regeln, was möglich ist und was nicht), soziale Struktur (durch messbare und sichtbare Zeichen sozialer Anerkennung, beispielsweise die Anzahl der Freunde oder die Reaktion mit „gefällt mir“ auf eine eigene geteilte Nachricht), die Anonymität und damit das „Sich-Ausprobieren“ unter Schutz, denn genauso wie in Onlinespielen kann ich in Foren einen Avatar erschaffen, der mich zwar repräsentiert, aber nicht mit mir als Person in Verbindung gebracht werden kann; in Bedrängnis kann ich den Avatar löschen.

Erfolgreiche **internetbasierte Spiele** wenden ein Set klar umrissener Prinzipien an, um das Spielen möglichst attraktiv zu machen.

a) Ein Beispiel für diese sind die **Pokemonprinzipien**. Als der Gameboy deutliche Verkaufsschwierigkeiten aufwies, weil beispielsweise das berühmteste Spiel Tetris Spieler an eine neurophysiologische Grenze bringt, die mit noch so viel Training nicht überschritten werden kann, hatte ein japanischer Spieleingenieur, Satoshi Tajiri, die rettende Idee. Er entwickelte für die Spielesoftwarefirma Gamefreak Inc. das Spiel Pokemon (von Pocket Monster). Dies sind die Phantasiewesen in der gleichnamigen entwickelten Serie von Videospiele; Spieler sammeln diese in einer Welt Stück für Stück auf, trainieren Sie und lassen sie für sich kämpfen. Berühmt geworden ist Pokemon über die Franchiseunternehmungen des Publishers Nintendo. 1996 wurde Pokemon erstmals als Spiel veröffentlicht. Inzwischen gibt es auch eine Anime-Fernsehserie und ein Sammelkartenspiel sowie eine riesengroße Zahl weiterer Merchandise-Produkte. Seit 1998 sind weiterhin 14 Kinofilme entstanden. Der Erfinder des Spiels, Satoshi Tajiri, geb. 1965, soll übrigens unter dem Asperger-Syndrom leiden. Das Pokemon-Prinzip I ist das Kernprinzip des Spielens von Pokemon. Anders als bei Tetris muss ich weder schnell noch intelligent sein, sondern allein aktive Spielzeit führt dazu, dass besser werde. Dies ist eine Abkehr von anderen Wettbewerbsspielen. Der Spieler wird dafür belohnt, Zeit mit dem Spiel zu verbringen. Im ursprünglichen Pokemonspiel wird dies symbolisiert durch den Erwerb neuer Pokemon, die nur

gefunden werden können, wenn ich eine gewisse Zeit in der Spielwelt verbringe. Der Ablauf des Spieles wird nicht mehr durch die Geschicklichkeit und Geschwindigkeit der Reaktion des Spielers gesteuert, sondern durch die Länge der Spielzeit. Das Pokemon-Prinzip II beschreibt die künstliche Verknappung. Dadurch, dass ein Gegenstand in der Phantasiewelt schwer zu erlangen ist, und der Spieler eine Zeit aufwendet, erlangt der Gegenstand einen emotionalen Wert. Ein Pokemon also, welches ich umsonst und sofort erhalte, hat einen deutlich niedrigeren Wert als eines, für das ich viele Stunden des Suchens oder Trainierens aufwenden muss. Für den Betreiber eines Servers ist es gleich teuer, einen Gegenstand in der virtuellen Welt allen Spielern zur Verfügung zu stellen oder nur wenigen. Dadurch, dass er aber nur wenigen Spielern zur Verfügung steht und schwer zu erlangen ist, erhält er einen besonderen Wert. Die Pokemon-Prinzipien I und II werden mit sehr großem Erfolg bei MMORPG eingesetzt. So sind bestimmte Ausrüstungsgegenstände nur mit sehr hohem Aufwand zu erreichen; als sichtbare Insignien dieser Anstrengung sind dann zum Beispiel große Schulterklappen oder besonders verzierte Rüstungsgegenstände direkt im Spiel anwendbar.

b) Der **adaptierte Schwierigkeitsgrad** der Aufgaben ist ein weiteres in MMORPG verwendetes Spielprinzip. Es wird ein hoher Aufwand betrieben, neue Aufgaben (Quests) einerseits interessant genug zu gestalten, dass sie als Herausforderung empfunden werden – andererseits aber nicht so schwer, dass Spieler sich frustriert abwenden. Beispielsweise werden hier die Avatare von Spielern durch trainierte Betreuer beobachtet und genau protokolliert, ob eine Aufgabe vielleicht zu schwer ist. Egal, ob ich Anfänger bin, ab und zu einmal spiele oder schon einen hochstufigen Avatar (also mit viel Spielzeit) habe – die mir zur Verfügung stehenden Aufgaben sind lösbar.

c) Der **Art der Rückkopplung** über Erfolge und Misserfolge kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Rückmeldung erfolgt unmittelbar, eindeutig und nicht kodiert. Wann aber ist es Ihnen passiert, dass Sie etwa im Anschluss an ein gemeinsames Abendessen mit Freunden eine sofortige Auswertung erhalten haben etwa in der Art „Zufriedenheit mit Essen 83 %, Zufriedenheit mit der Umgebung 79 % - Anmerkungen, Hund hat etwas zu oft gebellt, Wiederholungswahrscheinlichkeit nur 53 % durch die weite Entfernung und die Bevorzugung vegetarischer Speisen“. Im „Real Life“ erhalten wir Rückmeldungen zu sozialen Situationen nur in Andeutungen oder hochgradig verschlüsselt, sowie zeitverzögert. Insbesondere für Jungen scheint es einen hohen Reiz zu haben, dass soziale Interaktionen in MMORPGs klare und so-

fortige Rückmeldungen über den Punktestand oder sichtbare äußere Zeichen zu erhalten.

d) Die **Gestaltung der Aufgaben** zwingt Spieler dazu, gemeinsam vorzugehen; manche besonderen Spielbereiche können nur in Gruppen betreten werden. Mehrere Spieler, z.B. fünf, zehn, oder zwanzig Spieler, müssen sich gemeinsam an einem Ort befinden, um eine sogenannte „Instanz“ zu betreten. Nur hier gibt es dann besondere Aufgaben mit besonderen Belohnungen zu erledigen. Innerhalb des Spiels gibt es auch als soziale Verstärkung die Möglichkeit, sich eine Nische zu suchen. So kann ich beispielsweise bei World of Warcraft ein Schmied werden. Spieler bringen mir Metalle, die ich in Waffen umsetzen kann. Diese kann ich dann in einem eigenen Onlinemarktplatz an andere Spieler gegen die Währung im Spiel, Gold, verkaufen. So muss ich selber nicht unbedingt aktiv z.B. an Kämpfen teilnehmen, sondern kann über Spezialinteressen meine gesellschaftliche Position sichern. Ebenso ist bei den Spielen in den sogenannten Instanzen wesentlich, dass die Gruppe eine ausgewogene Balance herstellt. Hier sind bestimmte Funktionen beschreibbar, beispielsweise Personen, die in der ersten Reihe stehen und den Gegner abwehren, Avatare, die in der zweiten Reihe stehen und gegen den Avatar kämpfen, geschützt durch die erste Linie, und Heiler, die dafür sorgen, dass verwundete Spieler wieder Lebenspunkte erhalten. Eine Steigerung der Gilden sind die sogenannten Raidgruppen. Spezielle Instanzen erfordern es, dass ein sehr gut abgestimmtes Team von beispielsweise 20 Spielern mehrfach trainiert, um eine Spezialinstanz zu schaffen. Am Ende dieser Instanz gibt es dann drei Belohnungen für alle 20 Spieler. Es ist vorstellbar, dass es eine gewisse Zeit dauert, bis eine solche Instanz alle Spieler mit den entsprechenden Belohnungen versorgt hat. Hier muss noch ergänzt werden, dass Onlinespieler, die sich in sogenannten Gilden zusammenschließen, sich auch im Real Life treffen. Um sich zu erkennen, tragen sie dann häufig T-Shirts oder Abbildungen ihrer Avatare mit sich, weil sie sich ja normalerweise nur online sehen oder an der Stimme erkennen können.

e) In einer Studie zu den Motivationsfaktoren aus dem Jahre 2006 legte Ethan Levy, ein Spieledesigner aus den USA, eine Befragung von 200 Studenten der USCLA vor. Er fand sieben Gruppen von Motiven regelmäßiger Spieler. Hierzu gehörten „Immersion“, also das Eintauchen, versinken im Spiel; „Fantasy Fulfillment“, das Erfüllen von Phantasien; „Human Interaction“, also die Interaktion und Gemeinschaft mit den anderen Spielern; „Excitement“, also Spannung und Action; „Reward“, also Belohnung durch Spielsequenzen

oder Gegenstände; „Challenge“, also die Herausforderung durch Rätsel oder Schwierigkeiten im Spiel; und zuletzt „Addiction/ Completion“ – der Impuls, weiterzumachen (“I’ll just finish one more level.”).

f) In einer Studie aus dem Jahr 2007 beschrieben Cole und Griffiths MMORPGs als „sozial hochgradig interaktive Umgebungen mit der Gelegenheit zu starken emotionalen Verbindungen. Soziale Interaktionen in Onlinespielen stellen ein sehr wesentliches Element in der Freude des Spiels dar.“ Nicht selten werden lebenslange Freundschaften und Partnerschaften über das Internet geschlossen. MMORPGs stellen einen Platz dar, wo gemeinsames Arbeiten, Engagement und Spaß jederzeit in einer Gruppe empfunden werden können und von zu Hause aus zur Verfügung steht.

g) Smyth beschrieb 2007 eine randomisierte Longitudinalstudie. Untersucht wurden 100 18- bis 20jährige. Diese wurden randomisiert einer Gruppe (Arcade, Konsole, Computer, MMORPG) zugewiesen. In der angewiesenen Kategorie sollte ein Monat gespielt werden. Nach einem Monat fanden sich in der Gruppe der MMORPG-Spieler signifikant mehr gespielte Stunden, eine schlechtere Gesundheit, eine schlechtere Schlafqualität, und eine größere Störung der Real Life-Kontakte und der akademischen Leistungen. Gleichzeitig wurde in dieser Gruppe darüber berichtet, dass es mehr Spaß gemacht hat, zu spielen, dass ein sehr viel höheres Interesse darin bestand, weiter zu spielen, und dass mehr neue Freundschaften berichtet wurden.

6. Funktionale Analyse des Spielens

„Spiel ist eine **freiwillige** Handlung oder Beschäftigung, die innerhalb gewisser festgesetzter **Grenzen** von Zeit und Raum nach **freiwillig angenommenen**, aber unbedingt **bindenden Regeln** verrichtet wird, ihr **Ziel in sich** selber hat und begleitet wird von einem **Gefühl der Spannung und Freude** und einem **Bewusstsein des ‚Andersseins‘** als das ‚gewöhnliche Leben‘“ schreibt Johan Huizinga im Homo ludens schon 1944. Diese Beschreibung trifft voll auch auf MMORPGs zu. Spiele zeichnen sich aus durch einen festen Rahmen - innerhalb des Spiels ist nichts ernster als die Spielregeln. Onlinespiele bieten den erheblichen Vorteil gegenüber RL-Spielen, dass ich diese Regeln vor Beginn des Spiels nicht kennen muss, ich kann sie während des Spielens Stück für Stück erlernen. Spiele sind zudem eine erhebliche Komplexitätsreduktion. Der Satz an Regeln, die es zu beachten gilt, ist überschaubar. Es gibt eine klare Rückkoppelung über Erfolg und Misserfolg. In den Onlinespielen

geschieht dies über eine Punktwertung, einen Levelaufstieg oder sichtbare Ränge. Spiele sind immer auch ein Ausprobieren unter Schutz. Dies trifft im besonderen Maße für Internetspiele zu, da ich dort nicht persönlich anwesend sein muss. Mein Avatar vertritt mich. Begehe ich einen Fehler oder komme in eine beschämende Situation, so habe ich jederzeit die Möglichkeit, mich geschützt aus dieser Situation zu entfernen. In Spielen sind Probleme zu bewältigen. In World of Warcraft beispielsweise wird ein erheblicher Aufwand betrieben, die dem Spieler gestellten Aufgaben adäquat zu gestalten. Dies bedeutet, dass sie einerseits eine ausreichend spannende Herausforderung darstellen, andererseits aber nicht zu schwierig sein dürfen. Dass immer wieder Probleme zu bewältigen sind, ein Stufenanstieg geschafft wird, oder ein Gegenstand erworben werden kann, ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, die Motivation des Spielers zu erhalten. Im Spiel bin ich gleichzeitig auch immer anders als im normalen Leben. Ich beherrsche magische Zaubersprüche, kann meinen Körper verwandeln, bin groß, stark und mächtig. Gleichzeitig bewege ich mich in einer Welt, die von beispielsweise Eltern nicht klar gesehen werden kann, ich grenze mich von Eltern ab, was heute deutlich einfacher ist, als sich z.B. durch Musikgeschmack von Eltern abzugrenzen.

- Fester Rahmen: Nichts ist ernster als Spielregeln
- Rückkopplung: Punkte und Ränge
- Ausprobieren unter Schutz
- Anerkennung: Probleme sind zu bewältigen
- Abgrenzung: Anders sein als das Normale
- Ersatz (?) sozialer Bezüge
- Flow: Gefühl der Spannung und Freude/Immersion
- Träumen
- Sehr erfolgreiche Vermeidung anderer Aufgaben

Tab. 2: Zusammenfassung der Funktionen des Spiels

Spiele, insbesondere Online-Spiele, können auch als Ersatz sozialer Bezüge gesehen werden. Hierbei muss festgehalten werden, dass soziale Bezüge durchaus bestehen und von den Spielern auch wahrgenommen werden. Im Spiel, und insbesondere im Onlinerollenspiel, entsteht ein Flowgefühl. Dieses zeichnet sich aus durch eine innere, wache Spannung, die freudig-erregt besetzt ist. Ähnliche neurophysiologische Muster finden sich normalerweise nicht auf Knopfdruck. Spielen erlaubt auch immer Träumen, das Erfüllen von Wünschen und Phantasien. Nicht zuletzt ist Spielen auch eine sehr erfolgreiche Vermeidung anderer Aufgaben.

7. Entwicklungspsychopathologische Überlegungen für die Therapie

Vorbestehende Psychopathologie, wie insbesondere Schüchternheit, Sozialängste, geringes Selbstwertgefühl und weitere Probleme, wie beispielsweise familiäre Belastung, sind Faktoren, die eine Suchtgefährdung und einen pathologischen Computer- und Internetgebrauch wahrscheinlicher machen. Nach diesen muss explizit gesucht werden, sollten sie vorhanden sein, gilt es sie in der Therapieplanung angemessen zu berücksichtigen. Te Wildt (2007) fand bei Internetabhängigen Schwierigkeiten in der Autonomieentwicklung, in der sozialen Reifung, zusätzlich soziale Defizite, einen sozialen Rückzug und Selbstwertprobleme. Dies macht den Rückzug in eine Parallelwelt, die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und die dortige Anerkennung umso attraktiver.

Wichtig erscheint, mit Patienten und Eltern zu besprechen, dass Kinder und Jugendliche Zeit für Entwicklungsaufgaben im wahren Leben brauchen (Richterich und Schulte-Markwort 2007, Resch 1996). Das Finden von Freunden, das Erlernen von Stresstoleranz, das Aufbauen eines Spannungsbogens (also der Belohnungsaufschub) ist etwas, was reale Zeit braucht. Je kürzer der Spannungsbogen ist, desto weniger Zeit und Mühe kann ich investieren, um eine Aufgabe zu erledigen. Im Spiel erhalte ich eine Rückkoppelung quasi unmittelbar, zudem ist diese Rückkoppelung nicht verschlüsselt. Ein weiterer wichtiger Punkt in der Therapie ist der Unterschied zwischen der sozialen Verantwortung im realen Leben gegenüber der Anonymität im Internet. Im realen Leben entsteht die soziale Gemeinschaft auch darüber, dass ich über Jahre hinweg mit den gleichen Menschen zusammentreffe. Hierbei lerne ich durchaus, gewisse Eigenschaften der anderen zu tolerieren und auszuhalten, genauso wie meine eigenen Eigenschaften ausgehalten und toleriert werden. Über die Jahre entsteht so eine Verbundenheit. Diese soziale Integration ist bei Kommunikation über das Internet zum einen durch das Verändern und Abschalten der Avatare, zum anderen aber auch durch die mangelnde Verpflichtung nicht erlernbar. Ein alleiniges Verbot steigert die Attraktivität. Dies bedeutet nicht, dass nicht im Zweifelsfall auch auf Verbote zurückgegriffen werden kann. Idealerweise aber gibt es eine Übereinkunft zwischen Erziehenden und Erzogenen darüber, welche Grenzen eingehalten werden. Wesentlich hierbei ist, die Notwendigkeit, sich für den Blickpunkt der Kinder zu interessieren.

In der Therapieplanung sollten entsprechend des Schweregrades und der Komorbiditäten die zur Verfügung stehenden Interventionen mit Patient und Familie abgestimmt werden. Die stationäre Behandlung ist nicht Mittel der ersten Wahl bei leichten Formen und hohem Funktionsniveau sowie funktionierender Familie. Die ambulante Behandlung stößt aber an eine Grenze bei schweren Verlaufsformen und erheblich gestörtem Funktionsniveau, beispielsweise bei längerem Schulabsentismus, schweren Depressionen, Essstörung oder vergleichbaren Problemen. In diesem Fall muss bei fehlender Kooperation mit dem Pat. auch die Möglichkeit eines § 1631 b als Option mit den Eltern durchdacht werden. Manchmal gibt diese Klärung schon Anlass genug für den Jugendlichen, seine Motivationslage zu überdenken. Im stationären Rahmen werden überwiegend Jugendliche mit ausgeprägter Pathologie behandelt. Entsprechend den Empfehlungen des Fachverbandes Medienabhängigkeit zur Therapie umfasst das Therapieprogramm in der Klinik in Bochum-Linden neben den Standards Einzel- und Gruppentherapie und der Einbeziehung der Familie in die Therapie von Anfang an weitere Elemente. Wert wird gelegt auf den Aufbau einer festen Tagesstruktur, auch erlebnispädagogische Elemente (Klettern, Stand-Up-Paddeln, Reiten, Werkraum etc.) spielen eine wichtige Rolle.

8. Versuch einer konstruktiven Haltung

Zum Schluss lässt sich festhalten, dass Bücher, Züge und MMORPGs Realität sind. Die Reaktionen der Gesellschaft auf Einführung dieser neuen technischen Möglichkeiten gleichen sich. Bei noch so viel Verständnis für die Scheu vor virtuellen Welten und einer intuitiven Ablehnung erscheinen Unkenntnis und Verbote im Umgang mit MMORPGs alleine wenig nützlich. Für Psychotherapeuten und weitere mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Helfer kann als Leitlinie festgehalten werden, dass es sich lohnt, sich für die Sicht des Kindes zu interessieren, das Kind und den Jugendlichen zum Experten für seine Welt zu machen. Zuhören, ernst nehmen, und auch Kenntnisse erwerben, kann ein wesentlicher Schritt sein, um Vertrauen zu fassen. Kultur beinhaltet Spiel, aber auch Anleitung. Ein gewisser Freiraum für Kinder und Jugendliche, Erfahrungen zu sammeln, widerspricht nicht dem Prinzip einer guten Erziehung. Hierbei gilt aber, dass möglichst spät begonnen werden sollte, beispielsweise ist die Heranführung von Vorschulkindern an Computerspiele definitiv nicht indiziert. Gleichzeitig ist es wesentlich, das Kind hierbei nicht alleine zu lassen, sondern anzuleiten, Vorbild zu geben, sich für

die innere Situation des Kindes zu interessieren. Das Potential eines Spieles, attraktiv für Spieler zu sein durch die beschriebenen Mechanismen ist allein keine ausreichende Bedingung für Missbrauch oder Abhängigkeit. Spezifische Situationen des Individuums müssen hinzukommen. Nützlich erscheint, dass hier unterschieden wird zwischen krisenhaften Phasen und einer kontinuierlichen Entwicklung. Eine Gefährdung sollte frühzeitig erkannt werden, schädlicher Gebrauch ausreichend behandelt werden.

Die Attraktivität der Spiele gibt uns aber auch Gelegenheit zu lernen, was „wir“ den Kindern eventuell nicht in ausreichendem Maße bieten. Wenn wir wollen, dass sich Kinder freiwillig anstrengen, begrenzen lassen, und fest in soziale Kontakte einbinden, kann es nützlich sein zu sehen, warum Kinder und Jugendliche genau dies im Rahmen von MMORPGs tun. MMORPGs bieten in diesem Zusammenhang einerseits einen Freiraum; hierzu gehört das Träumen, das Anderssein, und das Gefühl der Spannung und Freude. Gleichzeitig bieten MMORPGs auch einen Raum mit Sicherheit. Überschaubare Regeln und erreichbare Ziele führen zu einer Reduktion von Komplexität, die Welt wird verstehbarer und überschaubarer. Variable und quantifizierbare Ergebnisse erlauben es Kindern, schnell zu sehen, wo sie stehen und welche Konsequenzen ihr Handeln haben. Hierbei ist besonders wichtig, dass im Spiel ein erworbener Gegenstand sofort eingesetzt werden kann und Nutzen hat. Im realen Leben ist beispielsweise ein Zwischenzeugnis eventuell dazu geeignet, von der Großmutter eine kleine Belohnung zu erhalten, ansonsten aber hat es keinen praktischen Nutzen. Eine verstehbare und rechtzeitige Rückkoppelung, d.h. zeitnah und verstehbar geschieht in den MMORPGs automatisch. Im realen Leben sind unsere Rückkoppelungen extrem zeitverzögert, teilweise geschehen sie gar nicht, und wenn sie geschehen, muss ein erheblicher Aufwand betrieben werden, dieses zu dekodieren. Es reicht nicht aus, darauf zu setzen, dass Kinder diese Spielregeln des sozialen Zusammenlebens von alleine erlernen. In sehr vielen Fällen ist es notwendig, dieses Lernen explizit zu machen und Kinder bei diesen Lernschritten zu begleiten. Letzten Endes ist wichtig, dass in den MMORPGs eine klare Bewertung immer einhergeht mit einer Wertschätzung. Beispielsweise kann ich eine erfolgreich gelöste Aufgabe dadurch belohnt bekommen, dass ich einen Gegenstand erhalte, der dann sichtbar für die anderen Spieler meinen sozialen Status bestimmt.

Aus meiner Sicht ergibt sich aus dem Gesagten, dass sich uns Professionellen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie neben einer guten Diagnostik und Therapie im Bereich Computer und Internet auch die Aufgabe stellt, gemeinsam mit den anderen Organisationen und Institutio-

nen an wirkungsvollen Präventionsmaßnahmen mitzuwirken und unser spezifisches Wissen einzubringen in die Gestaltung von Programmen zur Förderung der Medienkompetenz; oder, wie Peter Riedesser oft am Ende eines Vortrags sagte: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind zu erziehen“.

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Andreas Richterich

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum-Linden

Axstr. 35

44879 Bochum

Tel.: 0234-418 360, Fax-Nr.: 0234-418 855

E-Mail-Adresse: andreas.richterich@helios-kliniken.de

Literatur

- Petersen, K.U., Weymann, N., Schelb, Y., Thiel, R., Thomasius, R.* (2009). Pathologischer Internetgebrauch – eine Übersicht zum Forschungsstand. Zwischenbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Projekt «Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland». <http://www.bmg.bund.de>, 17. April 2009.
- Möller, Christoph.* Internetsucht / Computersucht bei Kindern und Jugendlichen. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3/2009: 14-42.
- Müller, K. W., und Wölfling, K.:* Computerspiel- und Internetsucht: Diagnostik, Phänomenologie, Pathogenese und Therapie. Suchttherapie 2011; 12: 57 – 63.
- Barlow, John Perry* 1996: „A Cyberspace Independence Declaration“, http://w2.eff.org/Censorship/Internet_censorship_bills/barlow_0296.declaration
- Six, Ulrike, Gleich, Uli, und Gimmler, Roland:* Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie. Beltz PVU, Weinheim, Basel 2007.
- Koch A, J. Wlachojiannis, U. Albrecht:* Computerspielabhängigkeit: eine Kasuistik. Suchttherapie 2011; 12: 87 – 91.
- Barth, Gottfried Maria; Sonja Sieslack, Peter Peukert, Jamil El Kasmi, Sarah Schlipf, Gabrielle Travers-Podmaniczky, Dirk Wildgruber und Anil Batra:* Internet- und Computerspielsucht bei Jugendlichen, Ein vielgestaltiges Problem. Die Psychiatrie 2:2009, S. 35-43.

- Petersen, Kay Uwe, und Thomasius, Rainer*: Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland. Pabst, Lengerich 2010.
- Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE jr., Khosla UM, McElroy SL*. Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *J Affect Disord* 2000;57:267-72
- Hahn, A., & Jerusalem, M.* (2001). Internetsucht: Validierung eines Instruments und explorative Hinweise auf personale Bedingungen. In A. Theobald, M. Dreyer & T. Starsetzki (Eds.), *Handbuch zur Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis* (pp. 161 - 186). Wiesbaden: Gabler.
- Meerkerk, G.-J., Van den Eijnden, R.J.J.M., Vermulst, A. A., & Garretsen, H.F.L.* (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some Psychometric Properties. *Cyberpsychology & Behavior*, 12(1), 1-6.
- Rehbein, F., Kleimann, M., & Mößle, T.* (2009). Exzessives Computerspielen und Computerspielabhängigkeit im Jugendalter – Ergebnisse einer deutschlandweiten Repräsentativbefragung. *Die Psychiatrie*, 6(3), 140-146.
- Wöfling, K., Thalemann, R., & Grüsser, S.M.* (2008). Computerspielsucht: Ein psychopathologischer Symptomkomplex im Jugendalter. *Psychiatrische Praxis*, 35, 226-232.
- Huizinga, Johan*: *Homo Ludens*. The Beacon Press, Boston, 1950 (1944)
- Eibl-Eibesfeldt I.* Die Biologie des menschlichen Verhaltens. München: Piper; 1984.
- Levy, Ethan* (2006): Mind of the Player: The Motivations for Video Game Use
[published online 07.31.06] http://www.gamecareerguide.com/features/130/mind_of_the_player_the_php
- Cole H, Griffiths MD*. Social interactions in massively multiplayer online role-playing gamers. *Cyberpsychol Behav.* 2007 10(4):575-83)
- Smyth JM*. Beyond self-selection in video game play: an experimental examination of the consequences of massively multiplayer online role-playing game play. *Cyberpsychol Behav.* 2007 10(5):717-21:
- te Wildt BT, Putzig I, Zedler M*. Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. *Psychiatrische Praxis* 2007 ; 34 (Suppl 3) : S318 – S322
- Resch, F.* Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters – Ein Lehrbuch. München, Weinheim: Psychologische Verlags Union 1996.
- Richterich, Andreas und Schulte-Markwort, Michael*. Entwicklungspsychiatrische Aspekte aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Die Psychiatrie* 4/2007 S. 245-251.

ANHANG 1

Positionspapier Diagnostik - Fachverband Medienabhängigkeit e.V.

Diagnostische Kriterien für Computerspielabhängigkeit

A) Zeitkriterium: Persistenz der Symptomatik

Die Symptomatik der Computerspielabhängigkeit muss über einen Zeitraum von Mindestens 3 Monaten kontinuierlich bestanden haben.

B) Psychopathologische Kriterien der Symptomatik

B 1) Primäre Kriterien: Abhängigkeitsverhalten

1. Einengung des Denkens und Verhaltens
2. Kontrollverlust
3. Toleranzentwicklung
4. Entzugserscheinungen
5. Dysfunktionale Regulation von Affekt und Antrieb
6. Vermeidung realer Kontakte zugunsten virtueller Beziehungen
7. Fortsetzung des Spielens trotz bestehender oder drohender negativer Konsequenzen

B 2) Sekundäre Kriterien: Negative Auswirkungen

1. Körperliche Konsequenzen im Bereich Körperpflege, Ernährung und Gesundheit
2. Soziale Konsequenzen im Bereich Familie, Partnerschaft und Freizeit
3. Leistungsbezogene Konsequenzen im Bereich Schule, Ausbildung, Arbeit und Haushalt

C) Ausschlusskriterium

Das pathologische Computerspielverhalten lässt sich nicht durch eine Manie oder Zwangserkrankung erklären.

Langzeitverläufe von substanzabhängigen Jugendlichen und therapeutische Herausforderungen¹. Ein Erfahrungsbericht aus der Einrichtung JUST

Renate Schepker & Jakob Nützel

Vorab: Die hier präsentierten Ergebnisse wären nicht entstanden ohne die Förderung der Projektevaluation des Projektes JUST (Jugend-Sucht-Therapie) durch den Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg (1. Projektphase) und die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg (2. Projektphase). Beiden unterstützenden Verbänden sei an dieser Stelle ausdrücklich gedankt.

Einleitung

„Dope – no hope“ zitierte ein Editorial des Journals of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry im Jahr 2008 eine Wandinschrift. Das war keine Streetside-Aufklärungskampagne, sondern Ausdruck zunehmenden Wissens unter Jugendlichen (und Experten) um die Gefahren des Konsums. Es reflektierte auch das zunehmende Wissen um die mäßigen Behandlungsprognosen selbst bei Jugendlichen, bezogen auf kurz- und mittelfristige Therapie.

Der Bedarf nach langfristigen Behandlungsprogrammen für manifest abhängige Jugendliche ist groß. Auch wenn der Unterschied zwischen Missbrauch und Abhängigkeit berechtigterweise mangels Evidenz zur Trennschärfe der beiden Konstrukte, vor allem für nicht alkoholbezogenen Substanzgebrauch,

¹ Langfassung eines Vortrags in der LVR-Klinik Viersen, 25.4.2012

im DSM-V aufgegeben wird), besagen verfügbare Forschungsdaten, dass 6% der 14-24 J (in Städten) alkoholabhängig sein sollen, und 5 % der 18-20 Jährigen THC-abhängig (Weichold 2008). Eine Abhängigkeit allgemeiner Definition setzt eine „süchtige Entwicklung“ mit Einengung des Lebens auf Konsum, Vernachlässigung anderer Interessen, Leistungsabfall und Inkaufnahme konsumassoziiertes sozialer Nachteile voraus. Diese Jugendlichen gehören zur Zielgruppe von Langzeitbehandlung oder Sucht-Rehabilitation.

Konzept und Rahmen der Einrichtung JUST

JUST, Jugend-Sucht-Therapie, wurde als Gemeinschaftsunternehmen der Zieglerschen (Träger von Sucht- und Jugendhilfeeinrichtungen) und des ZfP Südwürttemberg (Träger der regionalen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Suchtstationen) gegründet. Die Einrichtung umfasste 16 Plätze, es wurden 9 Monate Regelbehandlungszeit vereinbart und im weiteren Verlauf eine Therapeutische Jugendwohngruppe als Anschlussmaßnahme gegründet.

Die Zielgruppe der Einrichtung JUST wurde wie folgt definiert:

- 14-18jährig bei Aufnahme
- Manifeste Suchterkrankung (stoffgebunden, alle)
- (soziale) Entwicklungsrückstände / Teilhabebeeinträchtigung
- Psychiatrische Grundstörung oder comorbid
- starke Beeinträchtigung der psychosozialen Situation, mangelnde Ressourcen der Herkunftsfamilie
- Erhöhter pädagogischer Bedarf in diversen Bereichen

Diese Kriterien werden von 10-20 % der Patienten in unseren niederschweligen Qualifizierten Entzugsbehandlung erfüllt. Für die hier vorgestellte Einrichtung JUST wurden Patienten entweder auf den Stationen clean.kick / clean.kids (Suchtstationen des ZfP Südwürttemberg in Ravensburg) oder der Station JADE (Suchtstation des Klinikum Weissenhof in Weinsberg) vorbehandelt. Es sei erwähnt, dass die Baden-Württembergische Besonderheit, für eine Behandlung auf diesen Stationen nicht „abhängig“ sein zu müssen, d.h. nur eine Aufnahmeindikation im Sinne des DSM-V vorweisen zu müssen, auch während der Zeit von JUST nicht aufgegeben wurde.

Rehabilitation benötigt nicht nur eine Indikation, sondern auch die Voraussetzung der Rehabilitationsfähigkeit. So mussten die Jugendlichen während

der in aller Regel 9wöchigen Vorbehandlung eine basale Gruppenfähigkeit entwickelt haben und eine basale Motivation zur Langzeitbehandlung, einschließlich einer gegebenenfalls (z.B. bei substanzinduzierten psychotischen Störungen) erforderlichen Medikamentencompliance.

Dabei werden je nach untersuchter Jugendlichengruppe die „Komorbiditäten“ mit Raten von bis zu 60 % angegeben (vgl. Schepker et al. 2011). Störungsspezifisch werden Raten für Depression mit 16-61 %, für Störungen des Sozialverhaltens mit 28-62 % angegeben.

Ziele der Rehabilitationsbehandlung sind Abstinenzfähigkeit, das Erreichen von Schulabschluss und Sozialer Eingliederung, d.h. im erweiterten Sinn Teilhabefähigung, Verselbständigung und – v.a. für das Jugendamt der Gemeinde, in der eine solche Einrichtung angesiedelt ist – die Rückführung in Herkunftsgemeinde. Ein weiteres Ziel ist das Ermöglichen einer Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt.

Für Baden-Württemberg wurde unter diesen Vorzeichen die Einrichtung JUST (Jugend-Suchttherapie) erfunden. Pate gestanden hatten inhaltlich bereits existierende, jugendspezifische Reha-Einrichtungen in anderen Bundesländern. Das von allen anderen Langzeit-Einrichtungen divergierende Finanzierungskonzept lehnte sich an die Einrichtung REVERSY in Bayern an, die Reha Schädel-Hirn-Verletzte rehabilitiert. Es bestand aus einer durchgängigen Mischfinanzierung durch die Jugendhilfe (60 %), die Gesetzliche Krankenversicherung und die Rentenversicherung der Eltern. Nicht voll umgesetzt wurde allerdings die REVERSY-Vorgabe, dass die Kommunen bzw. überkommunalen Träger der Jugendhilfe die Prozess- und Finanzhoheit völlig übernehmen und die anderen Kostenträger sich den Entscheidungen des Mehrheitsfinanziers anschließen. Dennoch war das beschlossene Finanzierungskonzept der Einrichtung JUST hinsichtlich der Überschreitung der Grenzen der Sozialgesetzbücher innovativ, und die gemeinsame Rahmenvereinbarung mit drei verschiedenen Kostenträgern bahnbrechend, denn eine klare sozialrechtliche Zuständigkeit für die Rehabilitation jugendlicher Suchtkranker ist im Sozialrecht nicht gegeben (Fegert und Schepker 2009). Für die jeweiligen Jugendämter stand das Jugendamt Ravensburg beratend zur Verfügung.

Das Angebot in JUST bestand im pädagogischen Bereich aus der Förderung von Alltagsfähigkeiten, Erlebnispädagogik, sowie Anleitung zur eigenständigen Freizeitgestaltung und zur Gruppenfähigkeit. Die zu Beginn der Rehabilitation unterrichtende Schule für Kranke sorgte für die Überleitung in Partner- /und Regelschulen. Es fand suchtspezifische Psychotherapie und

Behandlung der jugendpsychiatrischen Komorbidität in der Gruppe, bei Bedarf auch einzeln statt. Ein wesentlicher Baustein war die Arbeitstherapie und Arbeitsanbahnung mit Kooperationspartnern durch die Ergotherapeutin des Teams. Familienarbeit wurde mit Elterngesprächen in der Einrichtung und zuhause, ergänzt durch Elternwochenenden mit Übernachtungsmöglichkeit in der Einrichtung durchgeführt.

Die Örtlichkeit des Rahlenhofes, einer ehemaligen Einrichtung für suchtkranke Männer, in einer großen Villa mit Gartenanlagen und Stall, Sportplatz und Sauna sowie einem benachbarten Bauernhof war ideal gelegen: stadtnah und doch grün, szenefern aber doch für Familien gut erreichbar.

Drei Herausforderungen

Als die große *erste Herausforderung* der Einrichtung stellte sich bald dar, dass aufgrund der Beschränkungen im Rahmenvertrag, dem die DRV Bund für die dort Versicherten ebenso wenig beitrug wie private Renten- und Krankenversicherungen und die Knappschaft-Rentenversicherung, die für eine Aufnahme in Frage kommenden Jugendlichen der vorgelagerten Suchtstationen recht wenige wurden. Das führte dazu, dass keine weitere Selektion der Jugendlichen möglich war, sofern sie zur Zielgruppe zählten. Auch das Ausmaß der Komorbidität (z.B. Grad der Dissozialität) stellte kein Ausschlusskriterium dar.

Als *zweite Herausforderung* resultierte eine hohe Belastung mit zugrundeliegenden oder sekundär entstandenen jugendpsychiatrischen Störungen – ein Faktor, durch den sich Jugend-Sucht-Rehabilitation von Suchtrehabilitation bei Erwachsenen fundamental unterscheidet. So fanden sich unter den JUST-Bewohnern etliche Psychosekranke, Borderline-Kranke und Jugendliche mit schwerer Dissozialität oder Aggressivität, die wegen der geringen Größe der Einrichtung (selten über 14 Bewohner in der Kern-Rehabilitation) in einer Gruppe ohne Differenzierungsmöglichkeiten geführt wurden (siehe Abb.1).

Verteilung der Komorbiden Störungen in % (N=70)

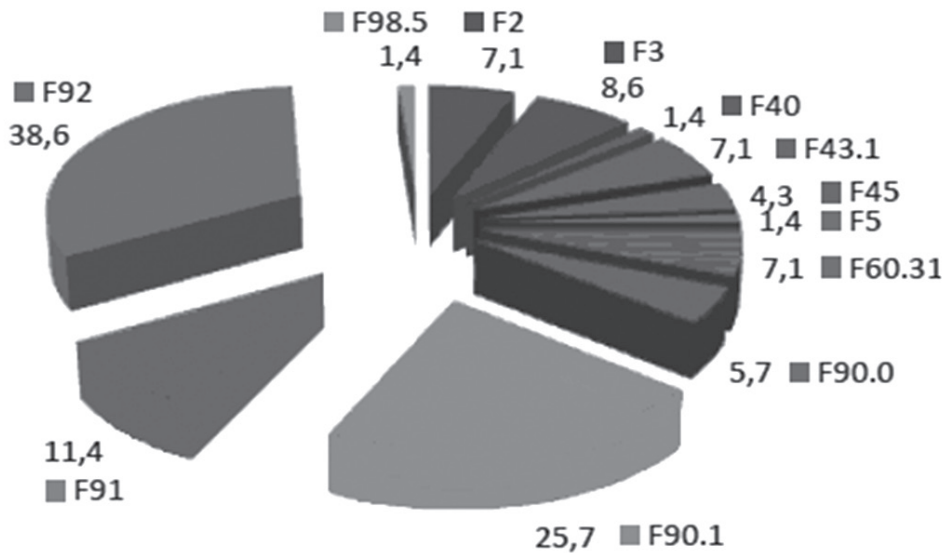


Abb1: Jugendpsychiatrische Komorbidität bei 70 Aufnahmen in die Einrichtung JUST

Das machte eine hohe Sensibilität des überwiegend pädagogischen Personals erforderlich. Die Mitarbeiter, die aus der Jugendhilfe kamen, äußerten berechtigterweise: „Heimkinder sind einfacher“. Aus der Begleitforschung lässt sich die hohe Belastung der JUST-Bewohner mit Verhaltensauffälligkeiten selbst gegenüber Heimkindern belegen, wenn man die Eltern- bzw. Betreuerbeurteilung vor Aufnahme zugrundelegt (s. Abb. 2).

Identisch bildete sich dieses Ergebnis auch in der Selbsteinschätzung der Jugendlichen mittels des YSR (Youth Self Report) ab.

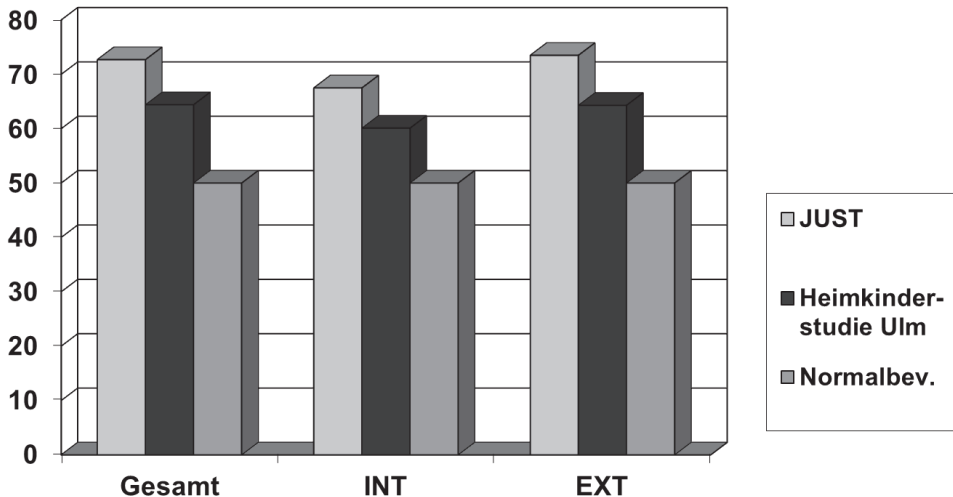


Abb. 2: CBCL-Ergebnisse im Eltern- oder Erzieherurteil vor der Aufnahme in die Qualifizierte Entzugsbehandlung bei JUST-Bewohnern

Zum Auftrag von JUST gehörte daher die kontinuierliche Behandlung der psychiatrischen Erkrankung (Psychosen, PTBS, Angststörung, Störung d. Sozialverhaltens) die je nach Verlauf späterhin teilweise in den Vordergrund des Behandlungsfokus traten. Gleichzeitig war selbstverständlich immer die Suchtproblematik zu thematisieren. Das bedeutete einen hohen Bedarf an ärztlicher Anleitung und Supervision trotz bescheidener ärztlicher Ausstattung, die Erarbeitung medizinischer Standards, die Einführung von Sprechstunden und Visiten und Schemata für erforderliche Kontrollen. Nicht zuletzt war auch der Verbrauch an Psychopharmaka nicht unerheblich – von der Psychosebehandlung bis zur medikamentösen Neueinstellung eines bisher unerkannten und nur unter den Bedingungen der Suchtmittelabstinenz zu bestätigenden ADHS.

Die **dritte Herausforderung** bestand in der bekanntlich stark schwankende Motivation Jugendlicher. V.a. zu Beginn des Projektes erfolgten häufige Rückfälle und schwere Regelverstöße, die (Daten aus dem 1. Jahr) mit Rückverlegungen in die Jugendpsychiatrie (bei 26 % für durchschnittlich 6 Tage) oder mit einem „Therapeutischen Moratorium“, d.h. Heimgehen zum Nachdenken für jeweils 2-36 Tage (ebenfalls bei 26 % der Bewohner) beantwortet wurden. Auf der anderen Seite erfolgte jedoch kaum ein Weglaufen der Jugendlichen.

Der Umfang allein dieser Maßnahmen macht ein jährliches „Belegungsminus“ von einem blockierten Platz für 4 Monate aus. Konzeptuell wurde zu den Jugendlichen im Moratorium – auch außerhalb des Budgets - Kontakt gehalten, um Motivation wieder aufzubauen und die Rückkehr vorzubereiten. Hausbesuche wären bei all diesen Bewohnern sinnvoll gewesen, waren aber wegen der Größe des Einzugsgebiets aus ganz Baden-Württemberg oft nicht möglich. Teilweise war zur Stützung der Motivation Familienarbeit essentiell. Die Anforderung, therapeutische Moratorien aussprechen zu können, bedeutet unabdingbar, dass bei jeder Aufnahme für den Fall einer solchen Auszeit eine feste Entlassadresse anzugeben war, ggfs. mit der Herkunftsfamilie und dem zuständigen Jugendamt vorher ausgehandelt werden musste. Nach zum Teil längeren Entlassungen zurück in psychiatrische Behandlung, aber auch Entlassungen aus disziplinarischen Gründen wurden 10 % der JUST-Bewohner nach erneuter, kürzerer Entzugsbehandlung ein zweites Mal aufgenommen.

Für das Team bedeutete die auf 9 Monate angelegte Arbeit mit dem JUST-Klientel, das das aus ehemaligen Jugendpsychiatrie- und aus ehemaligen Jugendhilfe-Mitarbeitern zusammengesetzte Team hohe Flexibilitätsanforderungen bewältigen muss. Es muss mit Progression und Regression, mit Fort- und mit Rückschritten rechnen und damit umgehen können, ohne dieses als persönliches Versagen zu erleben. Für den professionellen Umgang mit der hoch selektierten Klientel ist eine sehr gute pädagogische Kompetenz erforderlich. Daraus resultierte ein hoher und kontinuierlicher Supervisionsbedarf. Regelmäßige Runden mit Leitung und Geschäftsführung waren erforderlich, die jeweils eine Mischung aus einer „Klagemauerfunktion“ und dem Ersinnen möglicher Supportfunktionen darstellten. Als enorm bedeutsam hat sich die große räumliche Nähe zur kinder- und jugendpsychiatrischen und erwachsenenpsychiatrischen Klinik im ZiF Südwestfalen erwiesen, so dass z.B. notfallmäßige Rückverlegungen ohne weitere Debatten jederzeit unkompliziert möglich waren.

Evaluation

Hier seien nur zentrale Ergebnisse der breit angelegten Begleitforschung referiert. Vorweggenommen: Jugend-Suchtrehabilitation ist, auch unter den oben skizzierten Bedingungen mit einer hinsichtlich erhöhter Risiken hochselektierten Klientel, erfolgreich. Der primäre Erfolgsparameter in der Lang-

zeitbehandlung Suchtkranker, die sogenannte „Haltequote“ ist seit Eröffnung der Einrichtung ebenso kontinuierlich gestiegen wie die durchschnittliche Verweildauer der Jugendlichen (vgl. Abb. 3).

Gesamtverweildauer aller Jugendlichen in Tagen (n=70)

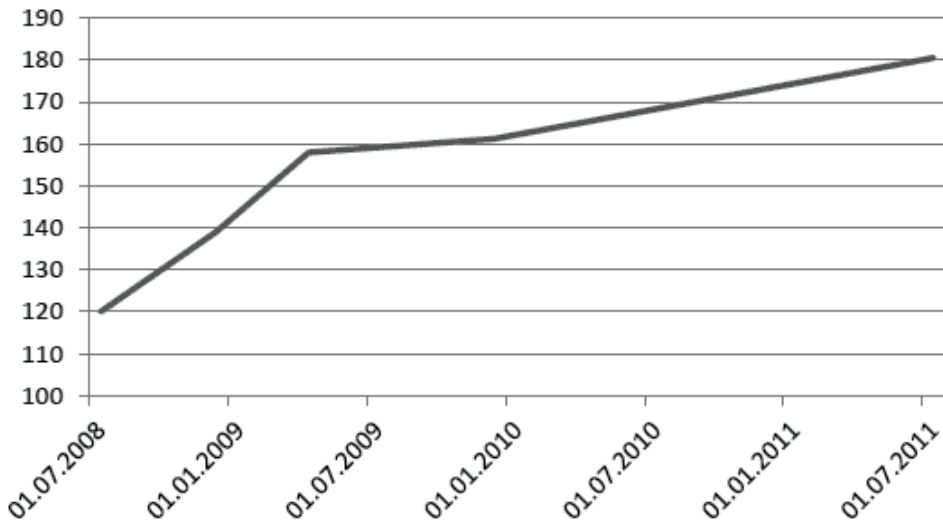


Abb. 3: durchschnittliche Gesamtverweildauer aller Jugendlichen zu verschiedenen Projektzeitpunkten. In die Berechnung der Gesamtverweildauer waren zu allen bisherigen Erhebungszeitpunkten und zur aktuellen Erhebung auch alle Episoden der Jugendlichen, die zwei- oder dreimal zu JUST kamen, einbezogen. Die Stabilität, in der mittlerweile eine hohe Verweildauer in JUST etabliert werden konnte, lässt sich auch daran ablesen, dass zum Projektabschluss sogar die durchschnittliche Verweildauer nur der jeweils ersten Episode aller Jugendlichen mit 169,0 Tagen höher lag als die Gesamtverweildauer aller Jugendlichen zum Ende der ersten Projektphase Ende 2009.

Die Haltequote stieg im Projektverlauf stetig: von zunächst 53%, die die übliche Zeit von 90 Tagen erreichten, die in US-amerikanischen Outcome-Studien als Mindestmaß an Verweildauer für später erfolgreiche katamnestiche Verläufe gilt, auf 70 %; von 47 %, die die übliche Zeit für Alkoholentwöhnungsbehandlungen in Deutschland erreichten (112 Tage) auf 69 % und von 33 %, üblicher Bewilligungszeitraum für Drogen-Rehabilitation für Erwachsene in

Deutschland erreichten (182 Tage) auf 56 %. Damit wurde eine durchaus mit internationalen Ergebnissen vergleichbare Quote im Gesamtverlauf erreicht.

Parallel dazu sanken die disziplinarischen Entlassungen, teils auch in Form einer Beendigung der Maßnahme durch die Jugendhilfe, auf zuletzt 23 % und die Abbrüche durch Jugendliche auf 38 %, während die regulären Entlassungen zum Ende des Projektes über 40 % aller Behandlungsepisoden erreichten. Analytierte man die Faktoren, die zu einer regulären Beendigung der Maßnahme führten, zeigte sich die Schule als wesentliches Element. Diejenigen, die in der Schule für Kranke auf JUST ihren regulären Hauptschulabschluss erwarben, schlossen die Behandlung zu 68,7 % regulär ab und zeigten eine Durchschnittsverweildauer von 251 Tagen. Als einen weiteren starken „Motivator“ erwiesen sich Therapieauflagen oder Bewährungsauflagen. So blieben Jugendliche mit Bewährungsauflagen, nach §35 BtMG oder Weisungen deutlich länger in JUST (197 Tage) als der Durchschnitt von 174 Tagen. Da dieses 60 % der hier behandelten männlichen Jugendlichen und 12 % der weiblichen Jugendlichen betraf, kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass auch Langzeittherapien „unter Zwang“, aber im offenen Rahmen, durchaus erfolgreich verlaufen (vgl. Ostendorf 2003).

Ein frühzeitiges Entlassmanagement für jeden Bewohner war unabdingbar, wofür sich die regelmäßig weitergeführte Jugendhilfeplanung als ebenso hilfreich erwies wie die Elternarbeit, die Unterstützung durch diverse Anbieter Betreuer Wohnformen und die landesweit etablierten Suchtihilfenetzwerke.

Schlussbemerkung

Die hier skizzierte Arbeit mit suchtkranken Jugendlichen geschah im Rahmen einer sozialrechtlichen Versorgungslücke als Modellvorhaben in Mischfinanzierung. Rehabilitation für suchtkranke Jugendliche ist in jedem Bundesland, sofern existent, unterschiedlich sozialrechtlich geregelt und bedarf dringend einer eindeutigen Zuständigkeit. Leider hat die Einrichtung JUST aus diversen Gründen die Modellphase nicht überlebt. An der Notwendigkeit eines solchen Angebotes besteht jedoch auch in den Augen der Kostenträger weiterhin keinerlei Zweifel.

Korrespondenzadresse der Autoren

Prof. Dr. med. Renate Schepker

ZfP Weissenau

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Weingartshofer Str. 2

88214 Ravensburg-Weissenau

Tel.: 07 51 – 76 01-2302

Fax: 07 51 – 76 01-2121

E-Mail: renate.schepker@zfp-weissenau.de

Internet: www.zfp-web.de

Literatur

Fegert JM, Schepker R (2009): Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. Das Jugendamt. 82(2):60-67

Ostendorf H (2003): Wie freiwillig muss die Behandlung Süchtiger sein? Arch Kriminologie. 212:1–9

Schepker R, Barnow S, Fegert JM (2011): Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger H (Hrsg.): Kompendium Adoleszenzpsychiatrie. Schattauer, Stuttgart, S. 270-282.

Die Behandlung suchtkranker Minderjähriger in NRW – Rahmenkonzept und Bedarfsplanung

Michael van Brederode

Suchterkrankungen gehören in den westlichen Gesellschaften zu den gravierenden gesellschafts- und gesundheitspolitischen Problemen. Sie

- beinhalten erhebliche chronisch-langfristige Verlaufsrisiken,
- sind mit hohen Mortalitätsrisiken verbunden,
- verursachen eine Vielzahl von Folgeerkrankungen
- sowie erhebliche volkswirtschaftliche Kosten
- und sind mit zahlreichen negativen gesellschaftliche Folgen assoziiert.

Zwar sind Abhängigkeitserkrankungen – zumindest im Bereich der illegalen Drogen – seit langem ein Problem, das vor allem jüngere Menschen betrifft. Es muss jedoch besorgen, dass sich psychische Störungen in Folge des Konsums psychotroper Substanzen seit Mitte der 1990er Jahre auch zu einem Problem von sehr jungen Menschen – Jugendlichen und zum Teil auch Kindern – entwickelt haben. Missbrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln ist mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die kognitive, seelische und soziale Entwicklung von Minderjährigen und damit auf den gesamten Sozialisationsprozess junger Menschen assoziiert.

Bereits das 1999 erschienene erste „Landesprogramm gegen Sucht“ hat den Suchtrisiken Minderjähriger einen hohen Stellenwert eingeräumt. Vor dem Hintergrund eines im Zeitraum der Erstellung des Landesprogramms erkennbar werdenden Anstiegs des Suchtmittelkonsums bei sehr jungen Menschen und der – wenn auch nicht durch systematische Studien, so doch durch vielfältige Befunde aus der Praxis genährten – Befürchtung, dass suchtkranke

Kinder und Jugendliche in den vorhandenen Hilfesystemen zu spät oder gar nicht erreicht würden, erarbeiteten die an der Erstellung des Landesprogramms Beteiligten einen differenzierten Empfehlungs- und Maßnahmenkatalog. Er umfasste u. a.

- den Ausbau an qualifizierten, spezialisierten Einrichtungen und Diensten für suchtkranke Minderjährige im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Suchtkrankenhilfe und der Jugendhilfe
- die Überwindung einer konstatierten strukturellen Ausgrenzung von suchtkranken Minderjährigen in den relevanten Versorgungsfeldern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe)
- die Erarbeitung von einrichtungsübergreifenden Handlungskonzepten mit dem Ziel einer verbesserten Vernetzung der Angebote von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe, Suchtkrankenhilfe und allgemeiner Gesundheitsversorgung.²

Heute, mehr als 10 Jahre nach Verabschiedung des ersten Landesprogramms gegen Sucht, erscheint es geboten, Bilanz über die seither umgesetzten Maßnahmen zu ziehen, eine aktualisierte Positionsbestimmung und Situationsbeschreibung vorzunehmen und weitere Maßnahmen, ggf. auch mit korrigierter Kursbestimmung abzuleiten und umzusetzen.

Leider verfüge ich über keine Daten, die eine umfassende Evaluation des Maßnahmenkomplexes „Suchtkranke Minderjährige“ des Landesprogramms gegen Sucht stützen könnten. Ich muss mich dieser Aufgabe insofern pragmatisch unter Rückgriff auf die vorhandenen Informationen und Daten nähern.

Entwicklung der Versorgungsstrukturen

Ich möchte starten mit einem Blick auf die Versorgungsstrukturen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier konstatierte das Landesprogramm gegen Sucht 1999 einen erheblichen Mangel an spezialisierten Einrichtungen³. Während 1999 das einzige spezialisierte Angebot im Rheinland in der LVR-Klinik Viersen mit der Station Szenenwechsel vorgehalten wurde, zeigt

² vgl. Landesprogramm gegen Sucht – Eine Gemeinschaftsinitiative, Düsseldorf 1999, S. 25ff

³ vgl. Landesprogramm gegen Sucht – Eine Gemeinschaftsinitiative, Düsseldorf 1999, S. 29

sich im Jahr 2012 ein quantitativ und regional deutlich ausgeweitetes zwei-säuliges Versorgungsangebot, das Angebote der Krankenhausbehandlung mit Angeboten der medizinischen Rehabilitation verbindet:

Betten für den Qualifizierten Entzug

LVR-Klinik Viersen	10
LVR-Klinikum Essen	9
Städt.Kliniken Köln	10
Kreiskrankenhaus Gummersbach	8

Stationäre Plätze für medizinische Rehabilitation

LVR-Klinik Viersen	30
Kreiskrankenhaus Gummersbach	12*

*geplant

Mit dem bis etwa 2005 umgesetzten Ausbau der Hilfestrukturen wurden die im Rahmen des Landesprogramms gegen Sucht erarbeiteten Empfehlungen für den Ausbau des Hilfesystems vollumfänglich umgesetzt. Gleichzeitig wurde eine gewisse räumliche Verteilung der Angebote im Rheinland erreicht. Abbildung 1 gibt Auskunft über die vorhandenen Angebotsstrukturen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den neu entstandenen Spezialangeboten.

Während die Strukturentwicklung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie relativ gut dokumentiert ist, fehlen mir für eine Bewertung der parallelen Entwicklungen im Bereich die Jugendhilfe sowie der Suchthilfe leider valide Daten und Informationen. Ich kann hierzu insofern leider keine Aussagen treffen.

Ebenso unbeleuchtet bleiben muss die im Landesprogramm gegen Sucht geforderte bessere Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme.

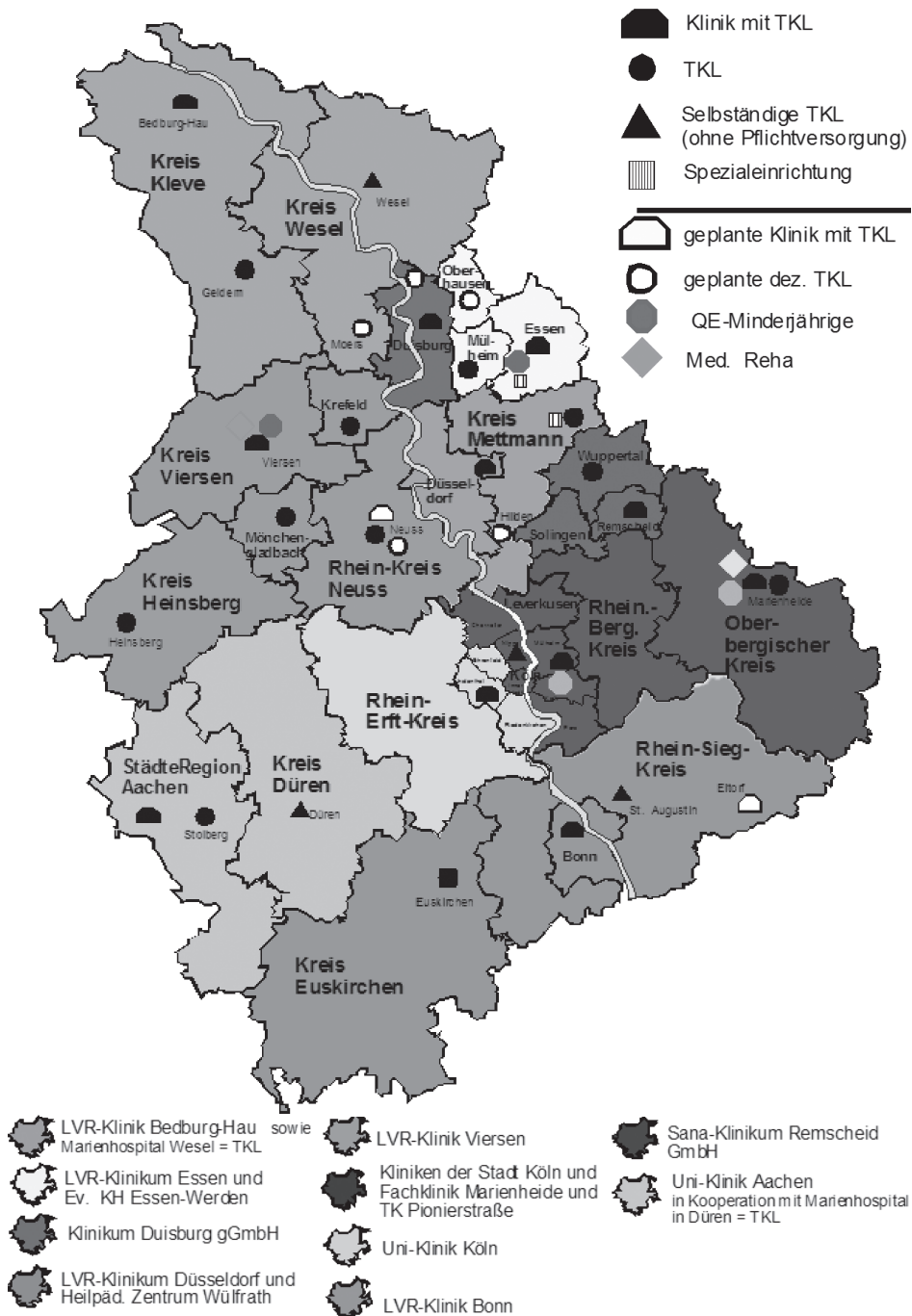


Abb. 1: Pflichtversorgungsgebiete und spezifische stationäre Behandlungsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rheinland: Ist-Situation 11/2012

Entwicklung des Bedarfs

Wie hat sich nun seit dem die Inanspruchnahme von Hilfen im Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie durch Suchtkranke Minderjährige entwickelt? Und inwieweit sind die geschaffenen Hilfen bedarfsgerecht?

Zentrale Determinanten des Behandlungsbedarfs sind zunächst die demografische Entwicklung und die Erkrankungsraten.

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist seit Mitte der 1970er Jahre durch einen konstanten Rückgang der Zahl junger Menschen charakterisiert, der sich in den nächsten Jahrzehnten weiter fortsetzen wird.

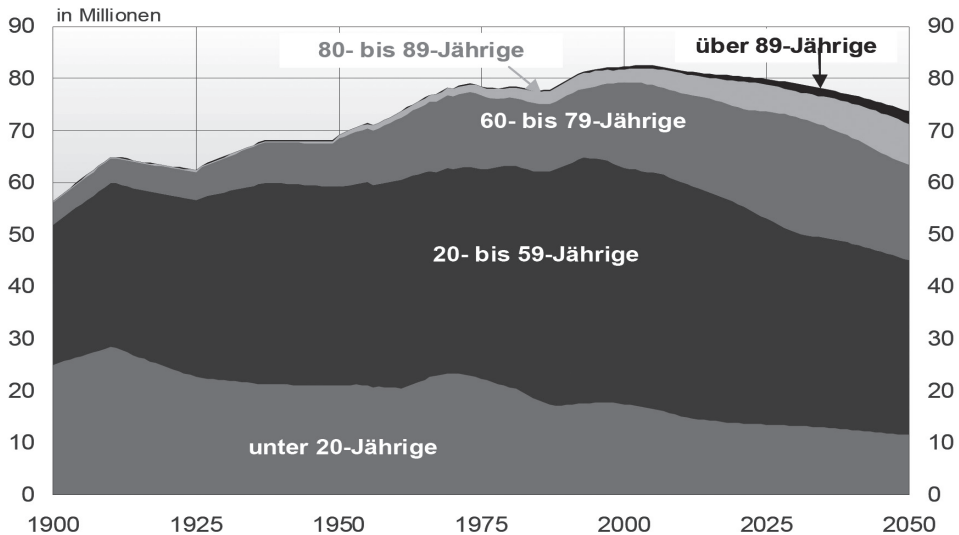


Abb.2: Demografische Entwicklung in Deutschland (Quelle: Wahl, 2010)

Wer hieraus die Erwartung ableitet, die Zahl der Minderjährigen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen nähme mehr oder weniger proportional zu ihrer Gesamtzahl ab, wird durch die Statistik schnell eines Besseren belehrt.

Die Abbildung 3 gibt Auskunft über die Aufnahmen Minderjähriger im Alter unter 15 Jahren sowie der 15 – 19-jährigen mit ICD-10-F-Diagnosen allge-

mein (Psychische und Verhaltensstörungen) in Krankenhausbehandlung⁴ in NRW. In Bezug auf beide Teilgruppen ist langjährig ein kontinuierlicher Fallzahlanstieg dokumentiert.⁵ Die Behandlungsprävalenz psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter bewegt sich insofern gegenläufig zur demografischen Entwicklung.

Der Bedarf an stationären psychiatrischen Behandlungsleistungen für Kinder- und Jugendliche wird durch vielfältige Faktoren beeinflusst. Wesentliche Bedarfsdeterminanten sind neben den demografischen und epidemiologischen Trends

- vor allem die komplexen – und Wandlungen unterzogenen – Einstellungsmuster in der Bevölkerung bezüglich des Wesens und der Behandlung psychischer Störungen
- das Zuweisungsverhalten anderer Beteiligter (wie etwa den niedergelassenen Ärzten oder Beratungsstellen) in spezialisierte Hilfen
- die Verfügbarkeit sowie die räumliche, zeitliche und institutionelle Erreichbarkeit von Hilfen.

Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass Prozesse einer zunehmend entstigmatisierten gesellschaftlichen Wahrnehmung psychischer Störungen, wie sie sich zumindest in Bezug auf einzelne Diagnosen abzeichnen, oder die Umdefinition von Verhaltensphänomenen zu behandlungsfähigen Störungen (wie etwa ADHS) ebenso wie die niedrigschwellige Verfügbarkeit von Hilfen im unmittelbaren Sozialraum zu einer Ausweitung der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen führen können. Der im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu konstatierende Anstieg der Inanspruchnahme von Leistungen ist insofern nicht notwendigerweise vollumfänglich als Ausdruck steigender Erkrankungsraten („Kinder werden im kränker“) zu werten.

Welche Bedeutung kommt nun den abhängigkeitsassoziierten Erkrankungen an der Entwicklung der psychiatrischen Behandlungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen zu? Abbildung 3 kann entnommen werden, dass die Suchtdiagnosen (F1) bei jungen Menschen einen erheblichen Anteil am Aufnahmegeschehen haben. Im Jahr 2010 betrug der Anteil der Suchtdiagnosen bei

⁴ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, GBE-Stat, Hospidat, eigene Auswertungen (Quelle Krankenhausstatistik NRW: alle Krankenhäuser (einschl. somatischer Abteilungen))

⁵ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, GBE-Stat, Hospidat, eigene Auswertungen

den Behandlungsfällen in NRW-Krankenhäusern im Alter von weniger als 19 Jahren immerhin 26,14%.

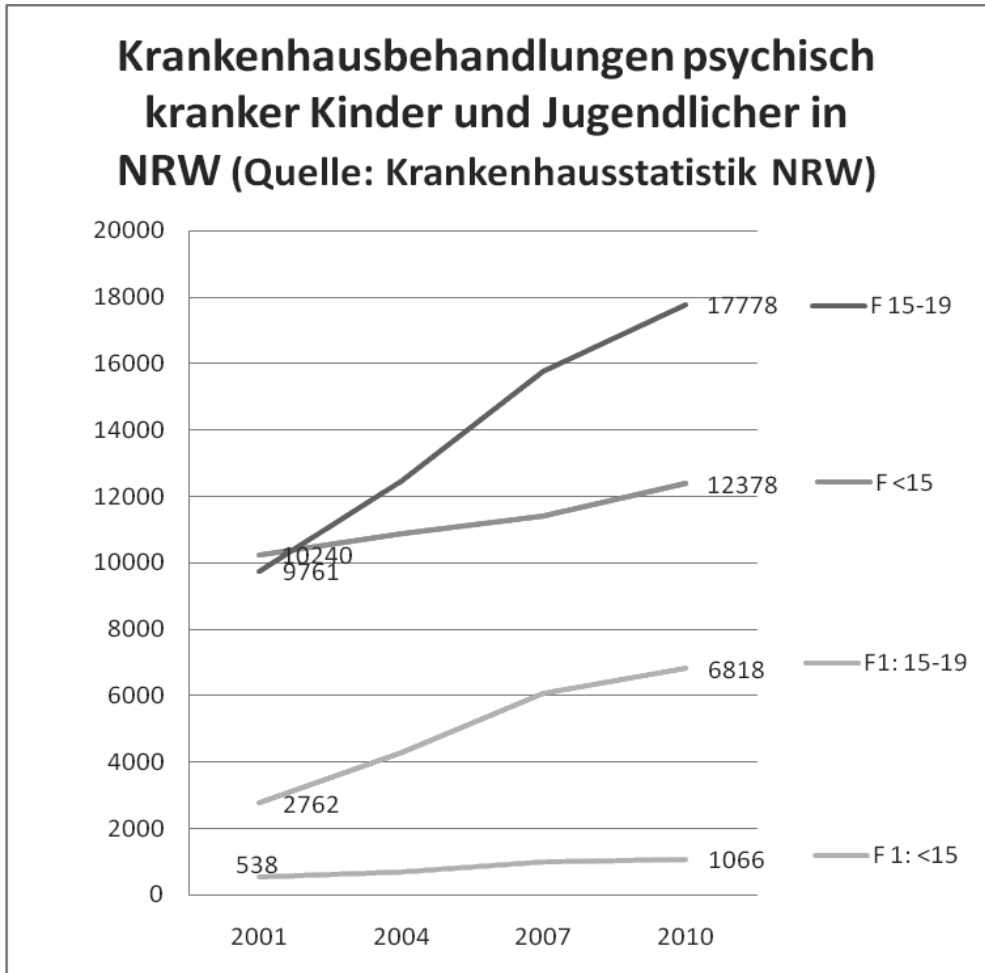


Abb. 3: Krankenhausbehandlungen Psychischer und Verhaltensstörungen (F) sowie Psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) bei Kindern und Jugendlichen in NRW (<15 = jünger als 15 Jahre, 15-19 = 15 bis 19 Jahre alt)

Die genauere Analyse (Abbildung 4) verweist auf einen hohen Anteil an Diagnosen des Alkoholtyps (F10) an der Gesamtzahl der F1-Diagnosen bei jungen Menschen unter 19 Jahren in Krankenhäusern. Er betrug 2010 in der Gruppe der 15 bis 19-jährigen 77,9%, bei den unter 15-jährigen sogar 90,7%.⁶

⁶ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, GBE-Stat, Hospidat, eigene Auswertungen

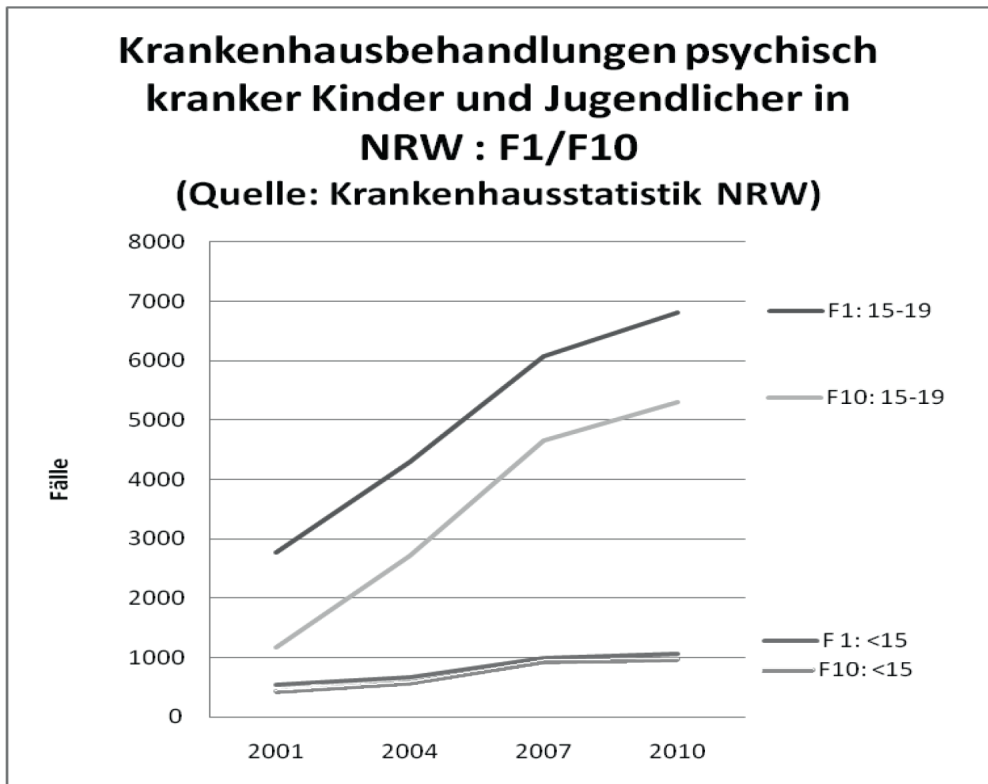


Abb. 4: Krankenhausbehandlungen Psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) sowie Psychischer und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) bei Kindern und Jugendlichen in NRW (<15 = jünger als 15 Jahre, 15-19 = 15 bis 19 Jahre alt)

Die Krankenhausstatistik des Landes gibt leider keine Auskunft über die dritte Stelle der ICD-Diagnosen und erlaubt insofern keine weitergehenden Schlüsse auf die Behandlungsanlässe. Es scheint jedoch – insbesondere unter Würdigung des Umstandes, dass die Krankenhausstatistik alle Krankenhäuser in NRW (also auch die Aufnahmen in somatische Häuser) erfasst sowie unter Berücksichtigung vorliegender Informationen zum Konsumverhalten Minderjähriger – gerechtfertigt davon auszugehen, dass es bei einem sehr großen Teil der dokumentierten Fälle um Behandlungen aufgrund von akuten Alkoholintoxikationen (F10.0) und somit um einen Ausdruck des als „Binch-Drinking“ bezeichneten Konsummusters handelt. Gerechtfertigt scheint weiterhin die Annahme, dass diese Ereignisse in der Mehrzahl (noch) nicht mit

psychiatrisch behandlungsbedürftigen Formen der Abhängigkeit assoziiert sein dürften. Die an späterer Stelle dargestellte Entwicklung der Aufnahmen Minderjähriger mit Suchtdiagnosen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen der LVR-Kliniken kann als Beleg für diese These gewertet werden.

Bereinigt um die aus den genannten Gründen schwer interpretierbaren Diagnosen des Alkoholtypus zeichnet sich bezogen auf die übrigen Abhängigkeitsdiagnosen eine uneinheitliche Entwicklung ab.⁷

Krankenhausbehandlungen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in NRW - ohne F 10- Diagnosen (Quelle: Krankenhausstatistik NRW)

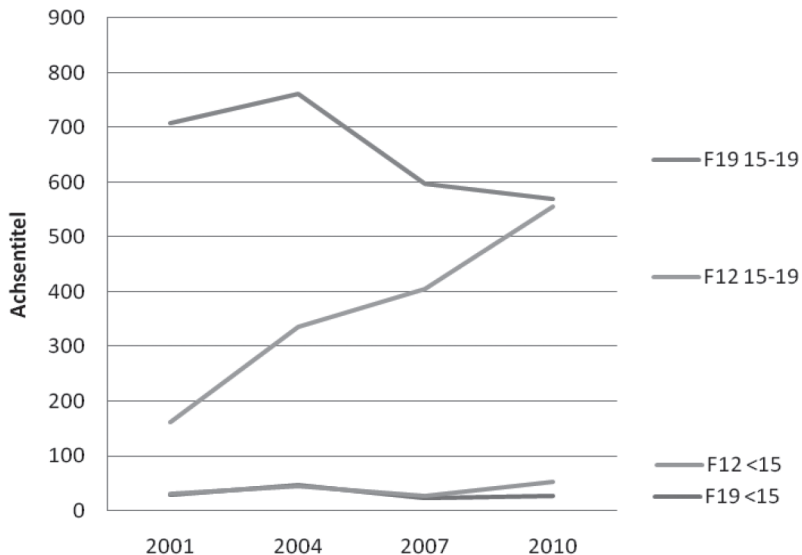


Abb. 5: Krankenhausbehandlungen Psychischer und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F12) sowie Psychischer und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) bei Kindern und Jugendlichen in NRW (<15 = jünger als 15 Jahre, 15-19 = 15 bis 19 Jahre alt)

So wird für die F19-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen)

⁷ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, GBE-Stat, Hospidat, eigene Auswertungen

eine deutlich rückläufige Fallzahlentwicklung erkennbar, während Verhaltens- und psychische Störungen bei Cannabiskonsum in den vergangenen 10 Jahren wiederum einen steilen Anstieg verzeichnen. Die übrigen Diagnosen aus dem F1-Bereich, insbesondere auch die Abhängigkeit von Opioiden, spielt im Behandlungsgeschehen nur eine untergeordnete Bedeutung.⁸

Bevor ich im Folgenden einige Daten aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken vorstelle, möchte ich die referierten statistischen Trends zunächst mit einigen Literaturfundstellen zur Entwicklung der Suchtbelastung bei Minderjährigen verknüpfen:

„Zusammenfassend zeichnen sich seit 2001 bzw. 2004 bei den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen substanzübergreifend, d. h. für Alkohol, Tabak und Cannabis, Konsumrückgänge ab“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2011). In scheinbarem Widerspruch hierzu steht der folgende Befund des statistischen Bundesamtes: „Alle elf Minuten kommt in Deutschland ein Jugendlicher zwischen 15 und 25 wegen Cannabis- oder Alkoholkonsums ins Krankenhaus. Mit mehr als 45.000 Klinikaufenthalten im vergangenen Jahr habe sich die Zahl der Fälle in dieser Altersgruppe innerhalb von zehn Jahren mehr als verdoppelt“ (Statistisches Bundesamt, 2010). Es zeichnen sich also innerhalb eines auf die Gesamtzahl aller Minderjährigen zu konstatierenden Trends des zurückhaltenderen Umgangs mit Suchtstoffen bezogen auf Teilgruppen gegenläufige, risikohafte Konsummuster ab. Ich möchte im Folgenden nun der Frage nach gehen, wie diese Entwicklung bei der Inanspruchnahme kinder- und jugendpsychiatrischer Hilfen Niederschlag gefunden hat.

Abbildung 6 zeigt in etwa die Ausgangslage zum Zeitpunkt der Umsetzung der durch das Landesprogramm gegen Sucht im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleiteten Maßnahmen (van Brederode, 2003). Erkennbar wird insbesondere bei den Minderjährigen ein gravierender Fallzahlenanstieg. In den Jahren 1997 bis 2004 hat sich die Zahl der Aufnahmen von Minderjährigen mit einer F1-Diagnose nahezu um den Faktor 5 gesteigert. Die Entwicklung in der zweiten Hälfte der ersten Dekade überrascht insofern, als sie den bis dahin verzeichneten Trend (entgegen allen Prognosen zu diesem Zeitpunkt) umkehrt.

⁸ Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit, GBE-Stat, Hospidat, eigene Auswertungen

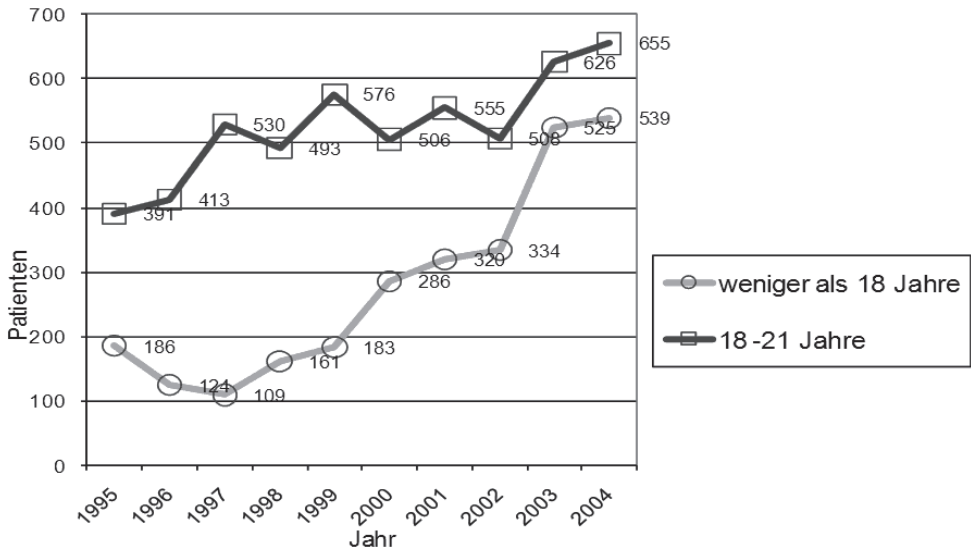


Abb. 6: Zugänge Minderjähriger und junger Erwachsener mit Suchtproblemen in die LVR-Kliniken (Erst- und Zweitdiagnosen)

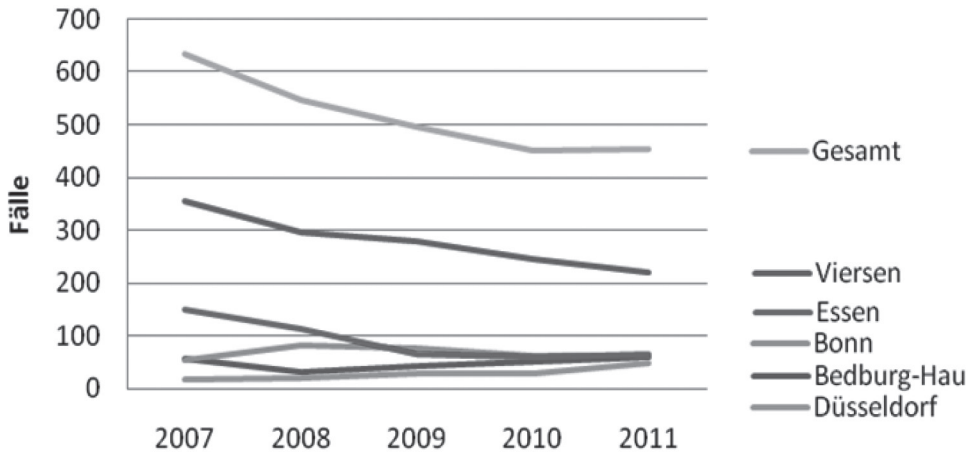


Abb. 7: Entwicklung der Entlassungen von Patientinnen und Patienten mit F1-Diagnosen aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der LVR-Kliniken⁹ Auch wenn die Datenbasis mit den vorangegangenen dargestellten Aufnahmedaten nicht völlig kompatibel ist, verweist sie deutlich auf eine Trendumkehr: So sank die Zahl der Entlassungen von Patientinnen und Patienten mit Suchtdiagnosen aus den Kinder- und Jugendpsychiatrien im Zeitraum zwischen 2007 und 2011 um insgesamt 28,1%.

⁹ Psychiatrische Basisdokumentation der LVR-Kliniken, eigene Auswertung

Diskussion

Gegenläufig zur durch eine Studie der BZgA identifizierten rückläufigen Suchtmittelaffinität bei Minderjährigen (BZgA, 2011) verweist die Krankenhausstatistik des Landes NRW auf einen starken Anstieg der Krankenhausaufnahmen Minderjähriger mit F1-Diagnosen. Als Hauptaufnahmegrund können akute Alkoholintoxikationen (F 10.0) identifiziert werden, die ca. 80% des Aufnahmegeschehens begründen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrien kann seit Mitte des ersten Jahrzehnts ein gegenläufiger Trend der Abnahme von Behandlungen Minderjähriger mit Abhängigkeitserkrankungen verzeichnet werden. Die Zahl der Behandlungen verminderte sich in den LVR-Kliniken im Zeitraum zwischen 2007 und 2011 um ca. 28%.

Diese Entwicklung bewegte sich gegenläufig

- zum Ausbau von Behandlungsangeboten für suchtkranke Minderjährige in NRW im Speziellen
- und zur allgemeinen Vergrößerung der stationären Behandlungskapazitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- aber auch zur Entwicklung der Gesamtaufnahmen in den Kinder- und Jugendpsychiatrien.

Sie widerlegt insofern eindrücklich die These, dass ein Ausbau von Behandlungsangeboten regelhaft eine steigende Nachfrage nach entsprechenden Behandlungsleistungen induziert. Im hier betrachteten Feld der Behandlung abhängigkeitskranker Minderjähriger ist dies augenscheinlich nicht wirksam geworden.

Ungeachtet dieser zunächst erfreulichen Entwicklung ist weiterhin ein Bedarf an qualifizierten Behandlungsangeboten für Minderjährige mit psychischen Störungen in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum zu konstatieren. Als diagnostischer Schwerpunkt haben sich in den vergangenen Jahren vor allem psychische Störungen in Verbindung mit Cannabiskonsum herauskristallisiert. Die hohen und steigenden Aufnahmen junger Menschen mit akuten Alkoholintoxikationen in überwiegend somatischen Krankenhäusern haben sich indessen (noch?) nicht in entsprechenden Behandlungserfordernissen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie manifestiert.

In Anbetracht der schnell wechselnden Konsumtrends bei Minderjährigen und der rasant ansteigenden Krankenhausbehandlungen wegen akuter Alkoholintoxikationen kann die Befürchtung formuliert werden, dass alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen zukünftig möglicherweise eine steigende Bedeutung zukommt.

Unter Würdigung der Entwicklung in den vergangenen mehr als 10 Jahren muss festgestellt werden, dass die Behandlung abhängigkeitskranker oder gefährdeter Minderjähriger den Behandlern eine flexible Orientierung an sich rasch verändernde Konsumtrends und Störungsmuster abverlangt. Für die Krankenhausträger ist dies u. a. auch mit schwer kalkulierbaren ökonomischen Rahmenbedingungen verbunden.

Für den LVR kann dies indessen nicht Anlass sein, seine Angebote für suchtkranke Minderjährige zurückzufahren oder gar aufzugeben. Wir haben inzwischen viel lernen müssen über rasch wechselnde Trends und Anforderungen, wir haben temporär auch eine verschlechterte ökonomische Situation infolge einer Unterauslastung der vorhandenen Hilfeangebote in Kauf nehmen müssen. Dessen ungeachtet bleibt jedoch die Bereitstellung niedrigschwelliger und qualifizierter Hilfeangebote für suchtkranke und -gefährdete Minderjährige ein unverzichtbarer Bestandteil einer bedarfsgerechten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Hier nachzulassen, hieße, die latente Brisanz des Problems zu unterschätzen.

Korrespondenzadresse des Autors

Michael van Brederode

Leitung des Fachbereichs Planung, Qualitäts- und Innovationsmanagement
Landschaftsverband Rheinland

Kennedy-Ufer 2, 50679 Köln

Telefon: 0221 809-6640 oder 6642

E-Mail: kliniken-hph@lvr.de

Internet: www.lvr.de

Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2011): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Köln

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (1999): Landesprogramm gegen Sucht – Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf

Statistisches Bundesamt (2010): Bericht über die Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern

van Brederode, M. (2003): Die Versorgung suchtkranker Minderjähriger im Rheinland, in Suchtmittelabhängige Jugendliche und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Köln

Wahl, S. (2010) Der demographische Wandel und seine Folgen. http://web.apb-tutzing.de/apb/cms/uploads/media/WAHL_Der_demographische_Wandel_und_seine_Folgen_01.pdf

Die Rehabilitationsbehandlung drogenabhängiger Jugendlicher im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen

Marlis Carls-Koch

Geschichtlicher Rückblick

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen bietet seit November 1998 Jugendlichen, die zusätzlich zu ihren psychischen Problemen auch noch einen schädlichen Gebrauch von Drogen haben oder unter einem Abhängigkeitssyndrom leiden, eine spezielle Behandlungsmöglichkeit an. Im Laufe der 90iger Jahre hatte die Anzahl der jugendlichen Patienten, die zur Behandlung ihrer psychotischen Symptomatik zu uns in die Klinik kamen und seit geraumer Zeit mehr oder weniger regelmäßig Drogen konsumierten, erheblich zugenommen. Dieser klinische Eindruck deckte sich mit den Angaben in entsprechenden epidemiologischen Studien (Regier et al, 1990; Lambert et al, 1997) Unser damaliges therapeutisches Vorgehen, eine Kombination aus medikamentöser Behandlung, systemisch orientierter Psychotherapie und Psychoedukation zeigte weniger anhaltende Erfolge als zuvor, so dass wir die Notwendigkeit sahen, uns dieser Problematik der Jugendlichen mit besonderer Beachtung zu widmen und unser Behandlungsangebot anzupassen. Ein erstes Konzept, angelehnt an ein entsprechendes der Kliniken für KJPP in Hamm und Eppenhain (Taunus), wurde von dem damaligen Leiter der Klinik, Herrn Dr. W. Rothaus und seiner Oberärztin Frau Dr. U. Gerstein entwickelt. In unserer Aufnahmeklinik wurde zur Behandlung dieser Jugendlichen eine Etage umgebaut und mit zusätzlichen Räumen versehen, ein Schulraum, eine Beschäftigungstherapie- und ein Sportraum. Der Unterricht konnte auf der Station erteilt, und die Lehrerin in das Stationsteam mit eingebunden werden. Wir hatten die Hypothese, dass eine derart enge

Zusammenarbeit aller Beteiligten wichtig sei, und wir hatten den Wunsch, möglichst viel unter Kontrolle und Beobachtung zu haben.

Die Behandlung fand im Rahmen der Krankenhausbehandlung statt. Es wurden nicht nur Jugendliche mit einem Abhängigkeitssyndrom behandelt, sondern auch solche, deren Konsum noch im Rahmen des schädlichen Gebrauchs lag. Der Rahmen der Krankenhausbehandlung gab uns die Möglichkeit, die Behandlung jedes einzelnen Patienten sehr individuell nach seinem Bedarf auszurichten, also z. B. bei nachlassender Motivation in Absprache mit den Eltern die Jugendlichen zur Überprüfung ihrer Stabilität für einige Wochen nach Hause zu entlassen, eine schnelle unbürokratische Wiederaufnahme bei Rückfälligkeit usw..

Leider waren die Krankenkassen nicht sehr lange bereit, dieses Angebot mit zu tragen. Je besser unsere Haltequote wurde, desto mehr Schwierigkeiten machten sie bei der Bewilligung der Verlängerungsanträge. Im Laufe des Jahres 2002 verlangten sie schließlich, dass wir unser Behandlungsangebot dem Angebot für Erwachsene Drogenabhängige anpassten. Wir mussten eine spezielle Station für die qualifizierte Entzugs- und eine für die medizinische Rehabilitationsbehandlung bereit halten. Es bedurfte harter Verhandlungen, um durchzusetzen, dass die substanzabhängigen Jugendlichen, die eine medizinische Rehabilitationsbehandlung absolvierten, auch in der Bewältigung ihres Alltags betreut werden konnten und sich nicht mehr oder weniger selber überlassen werden mussten. In der Regel sieht eine medizinische Rehabilitationsbehandlung keine engmaschige Betreuung der Rehabilitanten in der Bewältigung ihres Alltags vor.

Konzept der medizinischen Rehabilitation jugendlicher Abhängiger auf der Station „Szenenwechsel“

Voraussetzungen

Auf unserer Station Szenenwechsel wird 13 Jugendlichen, Mädchen und Jungen im Alter von 14 bis 19 Jahren, die unter einem Abhängigkeitssyndrom von psychotropen Substanzen und zusätzlichen psychischen Störungen leiden, das Angebot einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung gemacht. Zusätzlich können wir 2 Jugendlichen, deren Komorbidität einen solchen Schweregrad hat, dass eine medizinische Rehabilitation nicht ausreicht, eine

Behandlung im Rahmen der Krankenhausbehandlung anbieten. Diese Patienten werden, soweit es ihre Störungen möglich machen, in die Gruppe der Rehabilitationspatienten eingegliedert, bekommen aber, nach Bedarf, Ausnahmen zugebilligt, müssen z.B. nicht an allen Gruppenangeboten teilnehmen oder dürfen diese frühzeitig verlassen. Häufig erhalten sie zusätzliche therapeutische Angebote. Ziel ist es, ihre Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen und sie in die medizinische Rehabilitationsbehandlung zu übernehmen.

Die Jugendlichen müssen vor der Aufnahme auf unserer Station eine qualifizierte Entzugsbehandlung absolviert haben, entweder in unserer Klinik oder in einer auswärtigen Klinik. Wenn sie direkt von zu Hause aufgenommen werden, müssen sie am Tag der Aufnahme ein negatives Drogenscreening aufweisen, ansonsten wird zunächst erneut eine qualifizierte Entzugsbehandlung vorgeschaltet.

Zusätzlich muß eine Kostenzusage der Krankenkasse vorliegen. Da der überwiegende Teil unserer Jugendlichen noch nie gearbeitet hat, sind sie nicht rentenversichert. Insofern ist in den meisten Fällen die Krankenkasse der Kostenträger. Die Beantragung dieser Kosten kann im Rahmen der Entzugsbehandlung als sogenannter Nahtlosantrag erfolgen. In diesem Fall ist ein solcher nahtloser Übergang von der Entzugsbehandlung in die medizinische Rehabilitationsbehandlung zwingend, ansonsten ist die Kostenzusage ungültig. Wird die Kostenübernahme ambulant bei den Drogenberatungsstellen beantragt, ist sie ein halbes Jahr lang gültig.

Voraussetzung für die Aufnahme in die medizinische Rehabilitation ist der eigene Wille der Jugendlichen, ein drogenfreies Leben anzustreben, und die Bereitschaft und Möglichkeit, die Verantwortung für die Behandlung mit zu übernehmen. Insofern können Jugendliche mit geistiger Behinderung, schwerer Lernbehinderung, Jugendliche, die akut an einer Psychose erkrankt sind, suizidgefährdet sind oder an einem schweren organischen Psychosyndrom leiden, nicht unmittelbar in die Rehabilitationsbehandlung aufgenommen werden.

Die Jugendlichen der Station „Szenenwechsel“

Die Jugendlichen, die bei uns aufgenommen und behandelt werden, haben ihren Drogenkonsum in der Regel im Alter zwischen 11 und 14 Jahren begonnen. Bei fast allen stand das Rauchen von Zigaretten am Anfang, gefolgt

von Cannabis- und/oder Alkoholkonsum. Nach 1 – 1 ½ Jahren trat häufig der Konsum von Amphetaminen und Ecstasy hinzu. Jugendliche, die ausschließlich Alkohol konsumiert haben, sind ausgesprochen selten, die Anzahl der Heroinkonsumenten hat sich in den letzten Jahren stark verringert. Somit entspricht das Konsummuster unserer Patienten dem allgemeinem, in dem jährlichen Drogen- und Suchtbericht der BRD dargestellten Trend (Dyckmanns M., Mai 2011).

Der Einstieg in den Drogenkonsum erfolgte also in einem Alter, in dem typischerweise die Jugendlichen beginnen, sich von der Erwachsenenwelt abzulösen, in einer Zeit, in der der Platz und die Rolle, die sie in der Gruppe ihrer Altersgenossen finden, immer wichtiger werden. Hinzu kommen die alterstypische Neugierde und die Freude am Nervenkitzel, am Verbotenen.

Die überwiegende Mehrzahl unserer Jugendlichen zeigten darüber hinaus schon im Kindesalter Anpassungsschwierigkeiten („Schreikinder“, Schwierigkeiten beim Einleben im Kindergarten, viele Auseinandersetzungen mit anderen Kindern, Sprachstörungen, ADHS, Leistungs- und Anpassungsprobleme in der Schule u.a.m.).

Ein weiterer großer Teil unserer Jugendlichen musste mit schwierigen familiären Bedingungen zu Recht kommen. Die wenigsten unserer Jugendlichen sind bei ihren leiblichen Eltern zusammen mit ihren leiblichen Geschwistern aufgewachsen. Viele haben z.T. mehrfach Verluste von wichtigen Bezugspersonen verkraften müssen. Viele kennen regelmäßigen Alkoholenuss und den Konsum illegaler Drogen und deren Begleiterscheinungen von Familienangehörigen, zudem haben viele Erfahrungen mit erheblicher familiärer Gewalt.

Die alterstypische Suche nach einem eigenen Weg, der vom Weg der meisten Erwachsenen abweicht, gepaart mit den nicht durch sie alleine lösbaren persönlichen und/oder familiären Schwierigkeiten scheint dazu geführt zu haben, dass die Jugendlichen ihr Heil im Drogenkonsum suchten und zeitweise auch gefunden haben. Dieser Konsum konnte ihnen selbstverständlich keine dauerhafte Lösung bieten, sondern hat ihnen im Gegenteil zusätzliche Probleme geschaffen: Leistungsabfall, Veränderungen in der Persönlichkeit, Streit in und mit der Familie, Straffälligkeit, Kriminalisierung. Die Jugendlichen sind auf diesem Weg in eine Sackgasse geraten, ihre psychosoziale Entwicklung ist zum Stillstand gekommen. Sie sind in einen Teufelskreis geraten mit einer deutlichen Erstarrung ihrer Möglichkeiten.

Therapie und Behandlungsrahmen auf der Station „Szenenwechsel“

Aus dieser dargestellten, schwierigen Ausgangssituation der Jugendlichen ergeben sich für uns die Fragen: wie können wir diese Erstarrung lösen, wie können wir ihnen helfen, ihre Stärken wieder zu erkennen, zu fühlen und zu nutzen, wie können wir ihnen Mut machen, wieder aus der Sackgasse heraus zu treten, einen eigenen neuen Weg zu suchen, eine Weiterentwicklung möglich machen?

Nach unseren Erfahrungen können die Jugendlichen den Mut zu solch einer Veränderung nur in einem relativ angstfreien, sicheren Klima finden. Deshalb bildet die Gestaltung des Alltagslebens bei der Behandlung von abhängigkeitskranken Jugendlichen eine ganz zentrale Rolle. Es ist wichtig, sich immer wieder um eine wertschätzende Atmosphäre mit gegenseitigem Respekt zu bemühen. Wir versuchen dies durch ein Bezugsbetreuersystem und durch tägliche Gesprächsrunden mit allen Patienten und Mitarbeitern immer wieder herzustellen.

Das Zusammenleben von 15 Jugendlichen erfordert viele Regeln und konsequentes Handeln, wenn die Regeln überschritten werden. Die Regeln müssen unmissverständlich sein und von allen gleichermaßen eingehalten und akzeptiert werden. Die Jugendlichen lernen, sich auf eine konstruktive Art mit Erwachsenen auseinanderzusetzen und Grenzen zu akzeptieren. Ebenso wichtig ist es, dass der Erwachsene seine wertschätzende Haltung nicht aufgibt, wenn der Jugendliche sich für ein Fehlverhalten entscheidet und/oder aktuell mit der Einhaltung der Regel überfordert ist. Ein wichtiger Teil der Selbstfindung in der Pubertät ist die Annahme von eigenen Schwächen und Fehlern und die Übernahme der Verantwortung hierfür. Den dafür notwendigen Mut findet jeder nur, wenn Fehler nicht unangemessen sanktioniert werden und ihre Aufarbeitung angstfrei erfolgen kann. Den schmalen Grad zwischen Stärkung und Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Grenzsetzung bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten und einem, das gültige Regeln verletzt, gilt es immer wieder von Neuem und bei jedem Patienten zu suchen – ein schwieriges Unterfangen.

Wir versuchen, die Jugendlichen im Alltag zu größtmöglicher Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit zu führen, indem sie gerade so viel Anleitung und Kontrolle bekommen, wie sie entsprechend ihrer Möglichkeiten benötigen.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt unserer therapeutischen Arbeit ist es, den Namen unserer Station (Szenenwechsel) zum Programm zu machen. D.h. wir leiten die Jugendlichen an, typische Verhaltensweisen, wie sie sie in ihrem Kreis von Mitkonsumenten gezeigt haben, auszutauschen gegen alternative Verhaltensweisen. (z.B.: das Ablegen der gängigen Jugendsprache, des sog. Chillens, ohne Beschäftigung irgendwo herumsitzen, stark auf die Befriedigung eigener Bedürfnisse ausgerichtetes Verhalten, Verheimlichung von eigenen Fehlern und Fehlverhalten anderer usw.). Im Gegenzug versuchen wir über das gemeinsame Ziel der Jugendlichen, eine Drogenfreiheit anzustreben, das Gefühl einer therapeutischen Gemeinschaft herzustellen und zu verstärken.

Das konkrete therapeutische Angebot im engeren Sinne besteht aus Einzeltherapie, Familiengesprächen und verschiedenen Gruppentherapien mit unterschiedlichem Schwerpunkt. In der s.g. Therapiegruppe versuchen wir, die Jugendlichen dabei zu unterstützen, auch über emotionale Themen mit den anderen Jugendlichen in Kontakt zu treten, darüber ihre eigenen Erfahrungen zu überprüfen und aus den Erfahrungen der anderen zu lernen. Eine weitere Gruppentherapie dient dem Erwerb und dem Training sozialer Kompetenzen, eine Mädchengruppe und eine Jungengruppe widmet sich geschlechtsspezifischen Themen und Aktivitäten, in der Gruppe Forum ziehen die Jugendlichen Bilanz, blicken auf ihre jeweilige Entwicklung in der Woche zuvor zurück und entwickeln einen Plan für die kommende, eine medizinische Informationsgruppe befasst sich mit den möglichen und tatsächlichen körperlichen Folgen von Substanzkonsum und schließlich bietet die sporttherapeutische Gruppe andere Möglichkeiten der Körper-, Selbst- und Gemeinschaftserfahrung. Dieses therapeutische Angebot wird ergänzt durch alltagsstrukturierende und altersentsprechende Aktivitäten, begleitet durch Fachtherapeuten und die Kolleginnen und Kollegen des Pflege- und Erziehungsdienstes. Dazu gehören morgendliches Joggen (zweimal pro Woche) und eine gemeinsame Freizeitaktivität am Sonntag. Die Jugendlichen müssen sich auf eine Freizeitaktivität einigen und haben hierfür 25 € pro Monat zur Verfügung. So trainieren sie, mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln auszukommen.

Auch wenn selbstverständlich die ganz persönliche Situation der Jugendlichen in den Einzeltherapiegesprächen, den Familiengesprächen und den Gesprächen zwischen Patient und Bezugsbetreuer bearbeitet wird, findet ein intensiver Austausch und eine enge Zusammenarbeit zwischen allen Berufsgruppen statt. Das verhindert, dass eine Kluft zwischen Therapie und Alltag entsteht

und macht es möglich, die Jugendlichen anzuleiten, den Zusammenhang zwischen ihren persönlichen Problemen, ihrem Verhalten im Alltag, ihrer Art der Beziehungsgestaltung und ihrem Lösungsversuch durch Drogenkonsum zu erkennen und wahrzunehmen.

Zusätzlich zu diesen therapeutischen Angeboten besuchen alle Jugendliche unsere Klinikschule und werden dort individuell gefördert und – wenn möglich – zumindest zum Abschluss nach Klasse 9 geführt oder auf höhere Schulabschlüsse vorbereitet. An einem Tag in der Woche und während der Schulferien besuchen sie die Beschäftigungstherapie. In den letzten 4 Wochen ihrer Behandlung absolvieren sie regelhaft ein Praktikum ihrer Wahl in einer Firma außerhalb der Klinik.

Die Behandlungsdauer ist auf ein halbes Jahr konzipiert und wird von den meisten Krankenkassen bewilligt. Eine Verlängerung um weitere 3 Monate ist möglich, bedarf aber der erneuten Genehmigung durch die Kostenträger. Wir unterteilen die Zeit der Behandlung in 4 Therapiestufen. Für jede Therapiestufe schließen wir einen Vertrag mit den Jugendlichen ab, in dem sie ihre jeweiligen Therapieziele für diese Zeit festschreiben. Wenn sie diese Ziele erreicht haben, können sie in einem festgelegten Zeremoniell den Wechsel in die nächste Stufe beantragen. Der Wechsel wird belohnt durch Übertragung von mehr Eigenverantwortung, längerem Ausgang, mehr Kontakt zur Familie, Tages- und schließlich Wochenendbeurlaubungen.

Nach Beendigung der Rehabilitationsbehandlung wechseln einige Jugendliche (etwa 30%) in eine sich anschließende entsprechende Jugendhilfeeinrichtung. Andere kehren in den elterlichen Haushalt zurück oder beziehen eine eigene Wohnung. Die typischen Rückfallrisiken (Kontakt zu und sozialer Druck durch frühere Freunde aus der Drogenszene, leichte Verfügbarkeit von Drogen und Konsum von Mitgliedern der Familie oder aus dem Freundeskreis) werden mit den Jugendlichen über den gesamten Behandlungszeitraum thematisiert und individuell beleuchtet. Über einen engen Austausch mit den Jugendämtern, den Drogenberatungsstellen und/oder niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen versuchen wir, für die Jugendlichen ein stabiles, ambulantes Nachsorgeangebot zu erstellen.

Korrespondenzadresse der Autorin

Dipl.-Psych. Marlis Carls-Koch

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

41749 Viersen

Literatur

Dyckmans M, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2011) Drogen und Suchtbericht. B / Suchtstoffe und Suchtformen, 21-90

Lambert M, Haasen C, Mass R, Krausz M (1997) Konsummuster und Konsummotivation des Suchtmittelgebrauchs bei schizophrenen Patienten. *Psychiatr Prax*, 24: 185-189

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keitz SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264: 2511-2518

Marc Fischer, M; Lammel, U. A. (2009) Jugend und Sucht. Analysen und Auswege. Leverkusen: Barbara Budrich

Station K22 „Lichtblick“ Qualifizierte Entzugsbehandlung im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Viersen

Annika Wassong

„Suchtkranke Jugendliche fordern uns in besonderem Maße heraus. Sie machen es uns oft nicht leicht, ihnen zu helfen, und spiegeln dabei die eigenen Schwierigkeiten mit sich selbst und ihrer Lebenssituation. [...] Sie sind in erster Linie Jugendliche mit ihren jugendtypischen Störungen und Erkrankungen und mit ihrer entwicklungsbedingten Ambivalenz zwischen einer zuweilen noch geradezu kleinkindhaften Unterstützungssuche und andererseits rigorosem Autonomiestreben“ (in: Carls-Koch et al., 2003, S. 6). So Dr. Wilhelm Rotthaus anlässlich eines ersten Kolloquiums zur Suchtbehandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen, nachdem er diese dort etabliert hatte. Auch fast eine Dekade später sehen wir in dieser Schilderung unsere Erfahrungen mit den Jugendlichen in der Qualifizierten Entzugsbehandlung sehr treffend gespiegelt.

Der folgende Artikel stellt die Rahmenbedingungen der Qualifizierten Entzugsbehandlung von Jugendlichen auf unserer Station K22 „Lichtblick“, mögliche Zugangswege, die Ziele und daraus abgeleiteten Inhalte der Behandlung sowie die Struktur unseres Behandlungsteams dar.

Rahmenbedingungen der Qualifizierten Entzugsbehandlung für Jugendliche in der LVR-Klinik Viersen

Auf unserer Station K22 „Lichtblick“ bieten wir 10 Behandlungsplätze zur Qualifizierten Entzugsbehandlung für Jungen und Mädchen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren an, bei denen sensu ICD-10 eine psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen in Form eines Abhängigkeitssyndroms vorliegt (F1x.2).

Bei diesen Jugendlichen sind neben dem charakteristischen starken Verlangen nach einem Konsum psychotroper Substanzen mit einhergehendem Kontrollverlust über den Substanzgebrauch (Beginn, Beendigung und/oder Menge des Konsums) bereits deutliche negative Auswirkungen des Suchtmittelkonsums feststellbar.

Diese betreffen in der Regel die gesundheitliche, schulische (selten schon berufliche) und soziale Entwicklung und schlagen sich u.a. nieder in bisher nicht hinreichend bearbeiteten Entwicklungsaufgaben. Häufig werden fehlende Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie resultierende Insuffizienzgefühle über delinquentes Verhalten kompensiert, das gleichzeitig v.a. auch der Drogenfinanzierung dient.

In den allermeisten Fällen ist das Vorliegen zusätzlicher psychischer oder Verhaltensstörungen zu diagnostizieren, häufig aus dem Bereich der Störungen des Sozialverhaltens (F91.x bzw. F90.1: hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92.x), aber auch aus allen anderen Bereichen psychischer oder Verhaltensstörungen, z.B. in Form einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) oder einer leichten Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung (F70.1).

Wir vergeben einen Behandlungsplatz nach entsprechender Diagnosestellung i.d.R. nur bei hinreichender Eigenmotivation der Jugendlichen. Diese ist in vielen Fällen vor allem über klare und verlässliche äußere Strukturen herstellbar bzw. sicher zu stellen, an denen sich die Jugendlichen orientieren können.

Solche Strukturen zu formulieren und zu etablieren obliegt dabei den für die Jugendlichen zuständigen Erwachsenen, d.h. meist den Eltern, sonstigen Bezugspersonen, z.B. im Rahmen einer stationärer Jugendhilfeunterbringung,

oder ggf. auch juristischen Personen, etwa in Form der Kontrolle bestehender Bewährungsaufgaben.

In seltenen Ausnahmefällen sind wir nach dezidiertem Vorklären zu einer Aufnahme unter dem Rechtsrahmen des §1631 b BGB bereit, etwa im Falle besonders junger Jugendlicher und/oder besonderer Gefährdungslagen bei fehlender pädagogischer Erreichbarkeit. Voraussetzung ist dann eine gesicherte Anschlussperspektive, meist im Rahmen stationärer Jugendhilfe bei verbindlichem Aufnahmetermin. Auch im Falle dieses besonderen Behandlungsrahmens beträgt die maximale Behandlungsdauer sechs Wochen.

Die Mindestbehandlungsdauer für die Bescheinigung einer abgeschlossenen Qualifizierten Entzugsbehandlung liegt bei drei Wochen; oft ist nach diesem Zeitraum aber noch kein vollständiger Abbau der zuvor konsumierten psychotropen Substanzen, hier v. a. THC, erreicht, sodass wir einen entsprechend längeren Verbleib in der Behandlung empfehlen.

Zur Klärung der Behandlungsindikation und -motivation führen wir vorab ein ambulantes Vorgespräch. Erhalten die Jugendlichen ein Behandlungsangebot und haben ihre Motivation durch eine eigenständige telefonische Rückmeldung dokumentiert, erfolgt die Aufnahme schnellstmöglich, jedoch nie unmittelbar und i. d. R. immer geplant; wir nehmen auf unserer Station nicht zur akuten Krisenbehandlung auf.

Unser Behandlungsangebot ist überregional.

Zugangswege in die Qualifizierte Entzugsbehandlung für Jugendliche in der LVR-Klinik Viersen

Werktäglich können über unser Serviceangebot „Drogentelefon“ im persönlichen Telefonat mit unserer Sozialarbeiterin Termine für ein ambulantes Vorgespräch zur Qualifizierten Entzugsbehandlung vereinbart werden; darüber hinaus besteht die Möglichkeit, einen Rückrufwunsch auf unserem Anrufbeantworter zu hinterlassen.

Das Vorgespräch, an dem die Jugendlichen sowie die für sie zuständigen Erwachsenen – v. a. Eltern, andere gesetzliche Vertreter, aber auch andere Bezugspersonen etwa bei Unterbringung in einer Jugendhilfeeinrichtung sowie ggfs. weitere Entscheidungsträger - teilnehmen, wird von einer unserer

Stationstherapeutinnen sowie einem/r Mitarbeiter/-in des Pflege- und Erziehungsdienstes durchgeführt.

Es hat zunächst zum Ziel, die Behandlungsindikation und -motivation zu klären. Dazu werden die aktuelle Lebenssituation der Jugendlichen erfragt, Daten zur allgemeinen, Drogen- und Delinquenzanamnese sowie zu vorausgegangenen – ambulanten wie stationären – Hilfen erhoben und vor allem die Ziele aller Beteiligten festgehalten, auch gerade in ihrer u. U. deutlichen Abweichung voneinander.

Die Erwachsenen werden bei Bedarf und auch, wenn Jugendliche eine Teilnahme am Vorgespräch verweigern, gesondert beraten hinsichtlich der Möglichkeiten, klare und verbindliche äußere Strukturen herzustellen.

Daneben beinhaltet das Vorgespräch die umfangreiche Information über die Rahmenbedingungen und Inhalte unserer Behandlung, die v.a. aufgrund des geschlossenen Settings für die Jugendlichen mit einer Vielzahl von Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheit einhergeht: so darf die Station für die Dauer der Behandlung nur in Begleitung der behandelnden und betreuenden Erwachsenen verlassen werden, um unmittelbare Rückfallrisiken zu minimieren und die Jugendlichen vor unüberlegten Spontanentscheidungen zu schützen. Darüber hinaus dient die Einschränkung des Medienkonsums sowie der Kontaktmöglichkeiten dazu, einerseits mögliche Trigger für Suchtdruck gering zu halten sowie andererseits die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit sich selbst zu fördern.

Im Vorgespräch wird der strukturierte Wochenplan der Qualifizierten Entzugsbehandlung vorgestellt und als ebenso verbindlich wie das Stationsreglement verdeutlicht. Abschließend erfolgt eine kurze Besichtigung der Station und die Jugendlichen werden um die Abgabe einer Urinprobe für ein Drogenscreening gebeten, auch um das übliche Prozedere während der Behandlung bereits vorab kennen zu lernen.

Die Jugendlichen erhalten abschließend eine schriftliche Zusammenfassung der Informationen sowie sämtliche Kontaktdaten. Wird von unserer Seite aus eine Behandlung angeboten, so muss zunächst eine eigenständige telefonische Rückmeldung der Behandlungsmotivation von Seiten der Jugendlichen erfolgen, ehe sie auf die Warteliste aufgenommen werden. Dieses Vorgehen dient dazu, die Jugendlichen in ihrer Übernahme von Eigenverantwortung zu

fördern, was auch weiterreichende positive Effekte auf die Compliance während der Behandlungsphase haben kann.

Wird, etwa aufgrund einer nicht sicher zu stellenden Abhängigkeitsdiagnose oder bei nicht hinreichender Eigenmotivation der Jugendlichen zur Behandlung, zunächst kein Behandlungsangebot gemacht, so können u. U. weitere ambulante Termine zur einer späteren Überprüfung des Befunds bzw. zur Begleitung von Entscheidungsfindungsprozessen vereinbart werden.

Ziele und Inhalte der Qualifizierten Entzugsbehandlung für Jugendliche in der LVR-Klinik Viersen

Als Ziele der Qualifizierten Entzugsbehandlung sind zunächst auf somatischer Ebene die Entgiftung sowie eine Erholung und Stabilisierung zu nennen. Der Entzug wird kontinuierlich medizinisch begleitet und kann bei Bedarf (z.B. Substitutionsbehandlung bei Opiat-Abhängigkeit) medikamentös unterstützt werden.

Daneben steht im Fokus, die Jugendlichen in ihrer Motivation für ein drogenfreies Leben zu stärken. Die gemeinsame Reflexion ihrer Rückfallrisiken zielt auf die Unterstützung erster Schritte zur Rückfallprophylaxe sowie auf die Förderung der Auseinandersetzung mit, Motivation für und Planung von weiterführenden Maßnahmen. Dies kann z.B. bedeuten, sich im Anschluss in eine Langzeitentwöhnungstherapie im Rahmen einer Medizinischen Rehabilitationsbehandlung zu begeben, eine ambulante Psychotherapie aufzusuchen oder auch ambulante oder stationäre Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen.

Zum Erwerb neuer Erfahrungen und alternativer Formen des Lebens und Erlebens als Grundlage für die Zukunftsgestaltung als weiterem zentralen Ziel der Qualifizierten Entzugsbehandlung realisieren wir ein soziales Miteinander der Jugendlichen und legen besonderen Wert auf eine verbindliche Tagesstruktur sowie den Realitätsbezug im Stationsalltag. Für alle Jugendliche gilt i. d. R. ein strukturierter Wochenplan mit festgelegten Aktivitäten und Angeboten.

Die Behandlung folgt inhaltlich einem multimodalen, vornehmlich systemisch orientierten Behandlungsansatz. Neben Einzelpsychotherapie, begleitet

durch regelmäßige Eltern- und Familiengespräche erfahren die Jugendlichen eine Behandlung durch Bewegungs- und Ergotherapeuten (Joggen, Schwimmen, sonstige Sportangebote; Beschäftigungstherapie) sowie Mitarbeiter des Heilpädagogischen Dienstes im Rahmen einer Entspannungs- sowie einer kunsttherapeutischen Gruppe. Weitere themenzentrierte Gruppentherapien werden unter Leitung einer Sozialarbeiterin („Ausblick“-Gruppe), der leitenden Stationspsychologin („Einblick“-Gruppe) sowie der Stationsärztin („Durchblick“-Gruppe) durchgeführt, situationsabhängig ergänzt durch sogenannte Sondergruppen unter Beteiligung des Pflege- und Erziehungsdienstes bei besonderen Vorfällen und/oder zur Aufarbeitung der Gruppendynamik innerhalb der Jugendlichengruppe.

Zur Alltagserprobung finden regelmäßige, alterstypische Aktivitäten auf der Station statt, professionell begleitet durch die Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes im Rahmen der Bezugspflege. Die Jugendlichen besuchen zudem i. d. R. die der Klinik angegliederte Hanns-Dieter-Hüsch-Schule, eine spezielle Schule für Kranke.

Mit unserem Behandlungsprogramm fördern wir allgemein die körperliche Aktivierung und den Spannungsabbau der Jugendlichen und zielen auf eine Stärkung ihrer Selbstaufmerksamkeit sowie ihres Selbstwirksamkeitserlebens außerhalb delinquenter Verhaltensweisen.

Unser Angebot kann erste Schritte in eine andere Entwicklungsrichtung anstoßen. Grundlage der pflegerischen und therapeutischen Arbeit ist dabei ein lösungsorientierter, systemischer Ansatz. Entsprechend zielen unsere Interventionen u.a. darauf, die Ressourcen des Jugendlichen und seiner Familie in den Fokus zu nehmen und neue Blickwinkel auf die Situation aufzuzeigen. Das System soll hierdurch in Bewegung geraten und sich mittels seiner selbststabilisierenden Eigenschaften neu ausrichten, was die Möglichkeiten zur Veränderung erweitert.

Inwieweit diese genutzt werden können, hängt von vielerlei Faktoren ab und zeigt sich nicht selten darin, dass Jugendliche zur zweiten oder dritten Behandlung zu uns kommen mit dann deutlich veränderter Problemeinsicht.

Das Behandlungsteam der Station K22 „Lichtblick“

Noch einmal: Die suchtkranken Jugendlichen fordern uns in besonderer Weise heraus und dem begegnen wir innerhalb unseres multiprofessionellen Teams mit vielfältigen Kompetenzen und Ressourcen auf Basis einer klaren, wertschätzenden Haltung den Jugendlichen und ihren Familien gegenüber.

Unser Team setzt sich zusammen aus unserer Chefärztin, dem leitenden Oberarzt, den Stationstherapeutinnen (zwei Psychologinnen, eine Ärztin), dem Pflege- und Erziehungsdienst (Erzieher/-innen, Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Sozialarbeiter), den Fachtherapeuten/-innen (Sozialarbeiterin, Ergotherapeuten/-innen, Motopäde, Physiotherapeutinnen) sowie Lehrkräften der Hanns-Dieter-Hüsch-Schule.

Die Jugendlichen werden jeweils einer Stationstherapeutin sowie einem/r Bezugsbetreuer/-in aus den Reihen des Pflege- und Erziehungsdienstes zugeordnet, die im Kleinteam die Pflege- und Therapieplanung vornehmen.

Der tägliche Austausch sowie eine wöchentliche Besprechung aller Teammitglieder gewährleisten den Informationsfluss zur Überprüfung der Behandlungsverläufe. Das eigene Handeln sowie Fragen zur effektiven Zusammenarbeit innerhalb des Teams werden regelmäßig mit einer externen Supervisorin reflektiert.

In die Arbeit mit den Jugendlichen fließen vielfältige Qualifizierung unserer Teammitglieder mit ein, so in Form von Akupressur, Akupunktur, Neurolinguistischem Programmieren, Euthymen Behandlungsmethoden, Fachkrankenpflege „Sucht“, systemischer Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierte Körperpsychotherapie nach Downing, Video-Mikroanalyse nach Downing, Tanztherapie, Community Reinforcement Approach und „Fit For Life“, einem sozialen Kompetenztraining.

Korrespondenzadresse der Autorin

Dipl.-Psych. Annika Wassong

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

41749 Viersen

Literatur

Carls-Koch, M., Reinhardt, M., Kirsch, U., Kajosch, H., Prystav, I. (2003): Suchtmittelabhängige Jugendliche und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Tagungsdokumentation durch das Amt für Planung und Förderung des LVR, Koordinationsstelle Sucht, zum Kolloquium am 11.06.2003.

George Downing (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis. Kösel, München.

Downing, G. (2003): Video-Mikroanalyse-Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In: H. Scheuerer-Englisch, J. G. Suess und W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.): Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 51–68.

ICD-10-GM (2012). Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith (2011): CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich (übersetzt und überarbeitet von Wolfgang Lange, Martin Reker und Katharina Spitzberg), 4. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zeitwandelphänomene und Variabilität in der motorischen Entwicklung von Grundschulkindern

Gerd Thienes

Zusammenfassung

Unterschiedlichkeit oder Variabilität ist ein kennzeichnendes Phänomen der motorischen Entwicklung. Der hohe Organisationsgrad von Kindern in Sportvereinen bei gleichzeitiger Häufung von beobachteten Koordinationsschwächen begründet die Annahme eines Schereneffektes als Ausdruck zunehmender interindividueller motorischer Differenzen. Für das Schulkindalter erfolgt neben der Prüfung dieser These eine vergleichende Beschreibung der Variabilität weiterer motorischer Entwicklungsdimensionen. Eine Zunahme interindividueller Differenzen der Bewegungskoordination über einen Zeitraum von über 30 Jahren bestätigt sich nicht. Ebenso zeigt sich kein Rückgang der Bewegungskoordination im historischen Vergleich. Erste Analysen der Variabilität über unterschiedliche Bereiche der motorischen Entwicklung lassen keine extremen Verteilungsunterschiede erkennen. Perspektiven für weitere Forschung und Bewegungsangebote für Kinder werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Motorik, Entwicklung, Schulkindalter, Diversity, Dispersion

1 Einleitung

Beobachtungen und Alltagserfahrungen von Lehrkräften für Sport, Spiel und Bewegung, Ärzten für Kinderheilkunde sowie Trainern in Sportvereinen bekunden eine Zunahme des Anteils von Kindern mit Auffälligkeiten und / oder Schwächen im Bereich motorischer Grundfunktionen und körperlicher

Entwicklung. Zugleich steigen jedoch nicht nur die lokalen und regionalen sportlichen Wettkampf- und Rekordleistungen von Heranwachsenden stetig, sondern auch der Organisationsgrad in Sportvereinen insbesondere von Kindern (über 70%), aber auch der von Jugendlichen (über 50%) ist seit vielen Jahren auf hohem Niveau stabil (DOSB, 2011, Schmidt, 2008). Zur Prävalenz von motorischen Schwächen und Schäden schwanken die Angaben jedoch beträchtlich, insbesondere in Abhängigkeit von den Datenquellen und damit methodischen Standards, an Hand derer die motorische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen beurteilt wird (vgl. Tabelle 1).

	Sportwissenschaftliche Befunde	Schulärztliche Gesundheitskontrollen
Haltungsschwächen und -schäden	50 bis 65 %	8,4% (♂) bzw. 8,8% (♀)
Koordinationsschwächen und -schäden	30 bis 40 %	8,7% (♂) bzw. 3,4% (♀)
Ausdauerschwächen / Kreislaufregulationsstörungen	20 bis 25 %	0,1% (Jungen und Mädchen)

Tab. 1: Häufigkeiten einer Beurteilung von Auffälligkeiten und körperlichen Leistungsschwächen im Schulalter (mod. nach Dordel, 2000, S. 102-103)

Sportwissenschaftliche Befunde zur Veränderung motorischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen im Zeitwandel zeigen ebenfalls kein einheitliches Bild. Je nach betrachtetem Motorikbereich, einbezogener Altersgruppe und verwendeten Testverfahren finden sich Steigerungen, Stagnationen als auch Regressionen motorischer Leistungen heutiger Kinder und Jugendlicher (z. B. Bös, 2003, Hirtz et al., 2007). Hiermit deuten sich die beiden Problembereiche an, die im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrages stehen. Wenn sowohl der Anteil motorisch besonders leistungsstarker Kinder und Jugendlicher als auch die Zahl motorisch auffälliger und nur eingeschränkt leistungsfähiger Heranwachsender zunimmt, sollte diese Entwicklung in einem Auseinander-Scheren des Leistungsspektrums zum Ausdruck kommen. In einem ersten Zugang wird daher für einen Altersausschnitt (Schulkindalter) und einen Motorikbereich (Bewegungskoordination) ein solcher „zeitwandelbezogener Schereneffekt“ überprüft. Neben solchen Zeitwandelwirkungen in der motorischen Entwicklung wird das Augenmerk danach auf die Frage gerichtet, wie sich die Variabilität sportlicher Leistungen, motorischer Fähigkeiten und körperlicher Voraussetzungen darstellt. Lassen die Vertei-

lungen einheitliche Tendenzen oder charakteristische Differenzen bezüglich der Werteverteilung und Variabilität für verschiedene Motorikmerkmale erkennen? Zur Bearbeitung dieser Fragen werden zunächst Gegenstand und Inhaltsebenen der motorischen Entwicklung beschrieben (2), bevor Formen und Maße der Variabilität dargestellt werden (3). Nach Ausführungen zu den verwendeten Methoden und der Datenbasis (4) erfolgt die Eingrenzung auf Zeitwandelphänomene interindividueller Variabilität (5) und intraindividuelle Differenzen über Entwicklungsdimensionen hinweg (6). Eine Diskussion der Ergebnisse und Perspektiven der Forschung zur motorischen Entwicklung (7) schließen den Beitrag.

2 Motorische Entwicklung im Kindesalter

Motorische Entwicklung wird als „eine Reihe von miteinander zusammenhängender, auf den (sport-)motorischen Persönlichkeitsbereich bezogener Veränderungen, die bestimmten Orten des zeitlichen Kontinuums eines individuellen Lebenslaufs, vorzugsweise operationalisiert über das kalendarische Alter, zuzuordnen sind“ aufgefasst (Willimczik, 2009, S. 298). Sie beschreibt die intraindividuellen Veränderungen in Relation zur individuellen Lebenszeit sowie die interindividuellen Differenzen in diesen Veränderungsprozessen als Unterschiede im Entwicklungsverlauf zwischen Individuen. Intraindividuelle Veränderungen lassen sich als Plastizität und interindividuelle Unterschiede als Variabilität in der Entwicklung beschreiben (ebd., S. 343). Mit dem ersten Aspekt wird versucht „prototypische Entwicklungsfunktionen“ im Sinne allgemeiner „gesetzmäßige(r) ontogenetische(r) Veränderungen“ (Trautner, 1992, S. 232-234) sowie Möglichkeiten zur Beeinflussung (etwa durch sportliches Training) aufzudecken, während interindividuelle Differenzen auf die Relevanz von Variation im Entwicklungsgeschehen und die Breite des Entwicklungsspektrums verweisen.

Entwicklung im motorischen Persönlichkeitsbereich bezieht motorische Fähigkeiten, somatische Merkmale, allgemeine motorische und spezielle sporttechnische Fertigkeiten sowie komplexe sportliche Leistungen in die Betrachtung ein. Grundlegende motorische Fähigkeiten werden weiter in den konditionellen und den koordinativen Merkmalsbereich unterteilt (vgl. Thienes, 2008). Unter den konditionellen Fähigkeiten werden die motorische Ausdauer, Beweglichkeit, Kraft und Schnelligkeit zusammengefasst. Ihre Ausprägung ist im Unterschied zu den koordinativen Leistungsvoraussetzungen

stärker durch Prozesse der Energiebereitstellung und -übertragung sowie körperliche Eigenschaften determiniert. Demgegenüber werden interindividuelle Unterschiede in den koordinativen Fähigkeiten überwiegend auf Differenzen in Funktionen der Bewegungskontrolle und Informationsverarbeitung zurückgeführt. Ein Strukturmodell – von mehreren konkurrierenden – differenziert die koordinativen Leistungsvoraussetzungen nach (1) der Koordination unter Zeitdruck, (2) der Fähigkeit zur präzisen Steuerung von Bewegungen und (3) der Koordination unter Variabilitätsdruck (vgl. dazu Thienes, 2008, S. 190 ff).

Der somatische (griech., den Körper betreffende) Entwicklungsbereich, dem eine besondere Bedeutung für die Ausprägung konditioneller Fähigkeiten zukommt, umfasst neben körperlichen Merkmalen (Körperhöhe, Körpermasse, Körperproportionen), die altersbezogenen Veränderungen in Bau und Funktion biologischer Systeme und Prozesse.

Bei der Entwicklung von Fertigkeiten werden grundlegende motorische Fertigkeiten (Laufen, Springen, Greifen etc.) und durch Lernen erworbene sportartspezifische Techniken (z. B. beim Hürdenlaufen) in ihren altersbezogenen Besonderheiten und Veränderungen betrachtet. Sowohl grundlegende aber insbesondere auch sporttechnische Fertigkeiten bilden dann in Verbindung mit dem Niveau und der Qualität konditioneller und koordinativer Fähigkeiten eine Grundlage für die Realisierung komplexer sportlicher Leistungen.

Neben interindividuell vergleichbaren Formen, Merkmalen und Ursachen entwicklungsbezogener Veränderungen zieht die Motorikforschung viele ihrer Fragen aus der Analyse von Variabilität. Warum reagieren Personen mit vergleichbaren Voraussetzungen unterschiedlich auf gleiche Trainingsbelastungen? Weshalb treten einige Entwicklungsphänomene zwar überindividuell vorhersagbar (Pubertät, Erwerb grundlegender Fertigkeiten), jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten des individuellen Lebenslaufs auf?

Das hier zu betrachtende Schulkindalter ist durch die institutionelle Rahmung des Schuleintritts und den Übergang in das weiterführende Schulsystem besonders gut über Einschnitte in den Entwicklungsbedingungen einzugrenzen. Die Bewegungskoordination zeigt in diesem Altersbereich eine besondere Entwicklungsdynamik und hat eine herausgehobene Funktion für die motorische Entwicklung insgesamt (Joch & Ückert, 1999, S. 237-238, Dordel, 2003, S. 435, Roth, 2003, S. 85). Eine gut ausgeprägte Bewegungskoordi-

nation gilt als Basis einer hohen motorischen Lernfähigkeit („Koordination als motorische Intelligenz“) und als ein zentraler Indikator für motorische Begabung und sportliches Talent. Entwicklungspsychologisch werden die besonders hohen Steigerungsraten koordinativer Leistungsanteile während des Schulkindalters mit den raschen Reifungs- und Wachstumsprozessen des zentralen und peripheren Nervensystems als organischer Basis der motorischen Kontrolle in Verbindung gebracht (Roth, 2003, S. 85). Daneben gilt ein Training der Bewegungskoordination im Kindesalter als unverzichtbare Basis eines sportartübergreifenden Einstiegs in den langfristigen Trainingsaufbau. Die Entwicklung der Bewegungskoordination scheint in besonderer Weise an ausreichende Bewegungsmöglichkeiten und -anreize im Kindesalter gebunden zu sein. Da Unsicherheiten in der Bewegungskoordination – als Kennzeichen motorischer Auffälligkeiten – für Kinder am stärksten als psychische und emotionale Belastungen wirken und die (Bewegungs-) Sozialisation in erheblichem Maße stören können, ist auch die Förderung in diesem Bereich von elementarer Bedeutung (Dordel, 2003). Die Analysen zur Variabilität im Zeitwandel erfolgen nicht zuletzt auf Grund dieser herausgehobenen Funktion der Bewegungskoordination im Kindesalter, am exemplarischen Beispiel dieses Bereiches kindlicher Motorik.

Darstellungen zur Koordination im Altersverlauf geben ein empirisch recht gut hinterlegtes Bild der altersbezogenen Entwicklung (Roth & Roth, 2009). Die Bewegungskoordination zeigt die stärksten Veränderungen im frühen und späten Schulkindalter. Im Jugendalter sind unterschiedliche Entwicklungstendenzen zu beobachten, von weiteren Steigerungen koordinativer Leistungen, über Stagnationen bis hin zu regressiven Phasen (Roth & Winter, 2002). Kohortenvergleiche über unterschiedlich weite Zeitspannen weisen für das Grundschulalter überwiegend keine Verschlechterungen oder sogar tendenzielle Verbesserungen im Zeitwandel nach (Rethorst, 2003, Raczek, 2002, Bös & Mechling, 2002, Schott, 2001). Diese Befunde gehen einher mit einem zunehmenden Anteil koordinativer Schwächen in Untersuchungen zum Stand der Koordinationsleistungen von Kindern (Brandt, Eggert, Jendritzki & Küppers, 1997, Dordel, 2000, Gaschler, 2001).

Da jüngere Befunde von einer Verringerung geschlechtsspezifischer Differenzen koordinativer Fähigkeiten bei Kindern im Zeitwandel berichten (Kretschmer, 2006, Hirtz et al., 2007), wäre ein „Schereneffekt“ zudem nicht auf geschlechtsspezifische Entwicklungstendenzen rückführbar. Nur sporadisch finden sich weitergehende Hinweise zur Variabilität der Koordinations-

leistungen (Hirtz, 1998, Kretschmer, 2006, Hirtz et al., 2007). Danach kann eine vermutete Zunahme der Leistungsbreite derzeit nicht mit belastbaren Befunden gestützt werden. Die Prüfung einer solchen Annahme für den Entwicklungsbereich der Koordination im Kindesalter ist Gegenstand des vorliegenden Beitrags.

Daneben soll für diesen Altersabschnitt dargestellt werden, welchen Tendenzen die Dispersion der Verteilungen verschiedener Entwicklungsdimensionen innerhalb einer Gruppe folgen. Hierzu wird die Variabilität der Leistungen und Leistungsvoraussetzungen in unterschiedlichen Bereichen der motorischen Entwicklung betrachtet.

3 Formen und Maße der Variabilität in der Motorik

Variabilität in seiner Wortbedeutung von Unterschiedlichkeit ist kein außergewöhnliches oder negatives Phänomen im Entwicklungsprozess, sondern Variation gilt als „Normalfall“ (Michaelis, Erlewein & Michaelis, 1996, Touwen, 1993). Interindividuelle Variabilität ist gleichsam Indikator des Entwicklungsgeschehens und öffnet den Blick für Vielfalt, Möglichkeiten und Freiheitsgrade innerhalb typischer Veränderungsreihen. Wenn Variabilität jedoch einen Informations- und Erklärungswert beinhaltet (Nesselroade & Salt-house, 2004, S. 49f) ergeben sich die Fragen, welche *Formen* der Variabilität zu unterscheiden sind, worin mögliche *Funktionen* von Variabilität liegen und über welche *Entwicklungsphänomene* mit Hilfe der Betrachtung von Variabilität Aufschluss erlangt werden kann.

Nach Hultsch, MacDonald und Dixon (2002) lassen sich verschiedene *Formen von Variabilität* im motorischen Bereich in Abhängigkeit von Personenmerkmalen (diversity), Aufgabencharakteristika (dispersion) oder der Zeit (inconsistency) unterscheiden:

- *interindividuelle Variabilität* („diversity“) als Unterschiede zwischen Individuen bei einer Aufgabe zu einem Zeitpunkt. Hierüber lassen sich Annahmen über die Breite des Leistungsspektrums insbesondere im Vergleich verschiedener Alters- und Niveaugruppen oder für spezifische Zielgruppen prüfen.
- *intraindividuelle Differenzen* („dispersion“) als Unterschiede einer Person oder in einer Gruppe bei der Lösung verschiedener Aufgaben.

Unter dem Aspekt der „Multidirektionalität“ (vgl. Willimczik, 2009, S. 328 f) in der Entwicklung können altersbezogene Veränderungen der Variabilität bei verschiedenen koordinativen Funktionen bzw. über motorische Entwicklungsmerkmale betrachtet werden.

- *Inkonsistenzen* („inconsistency“) im Sinne intraindividuelle Variabilität bei der wiederholten Erhebung eines Merkmals in relativ kurzen Zeitabständen. Diese können Indikatoren für Stagnationen, Regressionen oder Übergänge in der motorischen Entwicklung sein.

Eine Überbetonung der Stabilität gegenüber der Variabilität im Entwicklungsgeschehen wird unter verschiedenen Perspektiven kritisiert (Nesselroade & Salthouse, 2004, Hultsch, MacDonald & Dixon, 2002). Die Grundannahme stabiler altersbezogener Veränderungen sowie interindividueller Differenzen in den Konstrukten zur motorischen Leistungsfähigkeit, etwa im Sinne der Interpretation von Variabilität als „Rauschen“ oder Fehleranteil im Konzept der Test-Retest-Reliabilität, steht in Widerspruch zu Ansätzen der Veränderungsmessung (z. B. Petermann, 1978, Bös, 2001, S. 548). Unterschiede bei der wiederholten Aufgabenlösung können durch intraindividuelle (biologische, motorische, sensorische) und technische (eingesetzte Geräte betreffende) Variation bedingt sein. Intraindividuelle Variabilität von Testergebnissen wird häufig (vorschnell) als Schwäche eines Verfahrens im Sinne geringer Retest-Reliabilität interpretiert oder aber auf Funktionsfluktuation des Verfahrens zurückgeführt.

Nesselroade und Salthouse (2004) konnten bei Erwachsenen (20 bis 91 Jahre) für die präzise motorische Steuerung (Tracking) zeigen, dass das Ausmaß der Inkonsistenz (intraindividuelle Variabilität) bei drei Messungen innerhalb von 2 Wochen, 37-53 % der beobachteten interindividuellen Variabilität erreicht. Geringe intraindividuelle Variabilität kann auf ein bereits durch Übung stabilisiertes Koordinationsmuster hindeuten und damit den Start zur Setzung neuer Unterrichts- oder Trainingsziele bzw. Anforderungsschwerpunkte markieren (Loosch, 2002, S. 249-250). Abnahmen der Variabilität und Zunahmen der Stabilität sind ein möglicher Hinweis für die schwindende Trainierbarkeit oder das Erreichen eines anderen (neuen) Qualitätsniveaus der Bewegungskoordination mit einem Wechsel motorischer Strategien (z. B. Kirshenbaum, Riach & Starkes, 2001). Auf niedrigem Ausgangsniveau sind höhere intraindividuelle Inkonsistenzen mögliche Indikatoren für Defizite auch über den motorischen Leistungsbereich hinaus (Hultsch et al., 2002). Nicht auszu-

schließen ist hierbei, dass solche „Instabilitäten“ zugleich eine notwendige Grundlage für Plastizität darstellen (Höfler-Weber, 2003). Hier verläuft dann die Schnittstelle zwischen dem längerfristigen motorischen Entwicklungs geschehen (ontogenetische Veränderungen) und kürzerfristigen Umstellungen und Lernvorgängen (Aktualgenese).

Nachfolgend wird der Fokus auf die interindividuelle Variabilität im Kindesalter und die Differenzen über verschiedene Motorikbereiche gelegt und in ihrem Altersbezug betrachtet. Dabei wird eine beschreibende, phänomenorientierte Perspektive eingenommen (auch Hirtz et al., 2007). Es wird dargestellt, welches (quantitative) Ausmaß die Variabilität von Motorikleistungen bei Kindern im Grundschulalter bei verschiedenen Aufgaben annimmt und wie sich die Variabilität im Altersbezug verändern (z. B. gleichsinnig oder gegenläufig). „Ursachen“ interindividueller Variabilität können hieran anknüpfend dann über „Effekte differentieller Personen- oder Umweltfaktoren“, etwa über Extremgruppenvergleiche ermittelt werden (Roth & Winter, 2002, S. 100).

Zeitwandelbezogene Veränderungen kindlicher Motorikleistungen und Befunde zur Zunahme koordinativer Auffälligkeiten sollen die These einer wachsenden interindividuellen Variabilität in der Entwicklung der Bewegungskoordination von Kindern hinterlegen (Bös, 1999, S. 35-36, Winter & Hartmann, 2007, S. 305, Zahner & Dössegger, 2004, Opper, Worth, Wagner & Bös, 2007, Cumming & Riddoch, 2008). Empirisch gestützt würde ein solcher „Schereneffekt“ wenn es mit zunehmendem Alter und bei gleichen Alterskohorten zu unterschiedlichen historischen Zeitpunkten zu einer Spreizung im Leistungsspektrum kommt. Für die längs- und querschnittliche Betrachtung altersbezogener interindividueller Variabilität der Bewegungskoordination haben erste Befunde einen solchen Schereneffekt für das Kindesalter nicht belegen können (Thienes, 2010 und 2011). Ob sich eine deutliche Zunahme der Variabilität kindlicher Motorikleistungen in der langfristigen Perspektive im Sinne eines Zeitwandelphänomens offenbart, wurde bislang nicht überprüft.

4 Methoden und Datenbasis

Leistungsvariabilität als Differenz in den Resultaten bei der Bewältigung motorischer Anforderungen kann sowohl intraindividuell Aufschluss über den Grad der Stabilität sportlicher Leistungen liefern („Inkonsistenz“) als auch interindividuell die Breite des Leistungsspektrums innerhalb einer Zielgruppe oder zwischen Adressatengruppen abbilden. Als Maße für die Variabilität motorischer Leistungen dienen die *Variationsbreite* (auch Spannweite) als absolute Differenz von minimaler und maximaler Merkmalsausprägung sowie die *Streuung* (Varianz und Standardabweichung) als Merkmalsverteilung innerhalb einer Stichprobe (vgl. Lange & Bender, 2007). Daneben wird der *Variationskoeffizient* ($VK = SA / MW \times 100$) verwendet, um den prozentualen Anteil der Standardabweichung (SA) am Mittelwert (MW) einer Verteilung als Ausdruck der Variabilität zu quantifizieren.

Gegenstand der Analyse sind zum einen das Ausmaß sowie die alters- und zeitwandelbezogenen Veränderungen der Leistungsvariabilität für die Bewegungskoordination von Grundschulkindern. Zur Beschreibung der interindividuellen Variabilität von Koordinationsleistungen im Zeitwandel wird auf die Normwerte des „Körperkoordinationstests für Kinder KTK“ (Kiphard & Schilling, 1974) Bezug genommen. Die Normwerte umfassen den Altersbereich von 5 bis 14 Jahren und wurden 1973 erhoben. Hiervon werden 604 Kinder des Altersspektrums von 7 bis 10 Jahren betrachtet. Von den vier Aufgaben des KTK werden das Balancieren Rückwärts (BR) und das Seitliche Hin- und Herspringen (SH) in die Analyse einbezogen, da diese Aufgaben auch in neueren Tests, wie dem „Deutschen Motorik Test – DMT“ (Bös et al. 2009) Verwendung finden. Beim Balancieren rückwärts werden in jeweils 3 Versuchen über drei unterschiedlich breite Balken maximal 72 Punkte vergeben, $3 \times 3 \times 8$ (Kiphard & Schilling, 1974, S. 31). Die Summe aus zwei gültigen Versuchen im Hin- und Herspringen über je 15 Sekunden bilden den zweiten Testwert (ebd., S. 34). Aus den Mittelwerten sowie Streuungen und getrennt nach Mädchen und Jungen wird der Variationskoeffizient für jede Altersklasse ermittelt. Für die Prüfung der Zeitwandeleffekte und der merkmalsbezogenen Variabilität wurden 389 Jungen und Mädchen im Alter von 7 bis 10 Jahren an zwei Grundschulen in Bochum und Recklinghausen (NRW) im Jahre 2006 hinsichtlich ihrer koordinativen Leistungsvoraussetzungen untersucht. Von 106 der 208 Mädchen und 94 der 181 Jungen wurden die Körperhöhe und das Körpergewicht gemessen und zudem liegen die Ergebnisse für den 50-Meter-Sprint, den Weitsprung und den Schlagball-Weitwurf

aus der Teilnahme an den Bundesjugendspielen als Indikatoren komplexer sportmotorischer Leistungen vor. Die Bewegungskoordination wird durch den Motorischen Quotienten (MQ) an Hand der vier Aufgaben des KTK sowie zusätzlich durch die Testaufgabe „Ringführen durch einen Slalomparcours“ für die Koordination unter Zeitdruck erfasst. Beim „Ringführen“ wird die Zeit gestoppt, die benötigt wird um einen Tauchring aus Kunststoff mit Hilfe eines Gymnastikstabes im Slalom durch einen Parcours zu schieben (Thienes, 2009). Für diese Teilstichprobe von 200 Kindern mit vollständigen Datensätzen über alle Merkmale wird die Variabilität über die verschiedenen Motorikbereiche dargestellt.

		7 J.	8 J.	9 J.	10 J.	Gesamt
Stichprobe KTK 1973	Mädchen	39	75	69	119	302
	Jungen	39	75	69	119	302
Stichprobe NRW 2006	Mädchen	56	60	62	30	208
	Jungen	49	55	43	34	181

Tab. 2: Einbezogene Fallzahlen¹⁰ nach Alter und Geschlecht

Mit Hilfe der „Zeitwandelmethode“ (Trautner, 1992, S. 258 ff) werden die querschnittlich zu zwei Testzeitpunkten (Kohorten 1973 und 2006) erhobenen Merkmale über mehrere Altersstufen (7 bis 10 Jahre) miteinander verglichen. Neben der Möglichkeit zur Darstellung des (querschnittlichen) Altersverlaufs sollen hierdurch insbesondere Entwicklungsbedingungen in ihrem historischen Wandel betrachtet werden.

Die Analyse zeitwandelbezogener Differenzen erfolgte mit dem Programm Stata (10) mittels T-Test für unabhängige Stichproben getrennt für Jungen und Mädchen und jede Altersklasse sowie Prüfung der Varianzunterschiede (Levene-Test). Intraindividuelle Differenzen über verschiedene Merkmale innerhalb einer Altersgruppe werden über graphische Verfahren der explorativen Datenanalyse beschrieben. Ziel der Analyse ist die Suche nach neuen und/ oder unerwarteten Phänomenen motorischer Entwicklungsprozesse mit der Möglichkeit einer Ableitung weiterführender theoretischer Perspek-

¹⁰ Die Fallzahlen der Normstichprobe des KTK sind nicht aufgeschlüsselt nach Geschlecht angegeben. Daher wurden die Fallzahlen für jede Altersklasse halbiert bzw. bei ungerader Fallzahl um 1 reduziert und durch 2 geteilt.

tiven und zunächst nicht die interferenzstatistische Prüfung von Hypothesen. Hierzu wurden alle Werte vor den Berechnungen Z-transformiert, um eine Vergleichbarkeit der Streuung von Variablen unterschiedlicher Dimensionen (Meter, Kilogramm, Sekunde, Punkte) zu ermöglichen (vgl. Sedelmeier & Renkewitz, 2008, S. 201 f).

5 Diversity: Interindividuelle Variabilität im Zeitwandel

Die querschnittliche altersbezogene Ausprägung und zeitwandelbezogene Veränderung der Variabilität für die Testaufgaben „Seitliches Hin- und Herspringen“ und das „Balancieren rückwärts“ sind in den Abbildungen 1 bis 5 sowie in den Tabellen 3 und 4 dargestellt. Im Alter von 7 bis 10 Jahren zeigt sich die typische nahezu lineare Zunahme der Koordinationsleistungen. Die Variabilität (VK) zeigt keinen einheitlichen Verlauf über den betrachteten Altersbereich.

Aufgabe			7 Jahre	8 Jahre	9 Jahre	10 Jahre
Normstichprobe KTK 1973	Seitliches Hin- und Herspringen (SH)	Punkte	43,2 (10,2)	48,0 (11,7)	60,8 (19,5)	67,2 (10,7)
		VK (%)	23,6	24,4	32,1	15,9
Stichprobe NRW 2006		Punkte	51,8 (10,5)	54,4 (10,5)	60,9 (11,6)	67,5 (7,9)
		VK (%)	20,3	19,3	19,0	11,7
Normstichprobe KTK 1973	Balancieren Rückwärts (BR)	Punkte	42,7 (13,1)	48,2 (13,9)	52,1 (13,2)	58,5 (20,1)
		VK (%)	30,7	28,8	25,3	34,4
Stichprobe NRW 2006		Punkte	44,3 (12,5)	48,1 (14,4)	53,2 (13,9)	56,3 (11,2)
		VK (%)	28,2	29,9	26,1	19,9

Tab. 3: Koordinationsleistungen (Punkte: MW und SA) und Variabilität (VK in Prozent) im Altersverlauf (7 bis 10 Jahre) und im Zeitwandel (1973 zu 2006) für Mädchen

Im Kohortenvergleich (1973 zu 2006) sind die Koordinationsunterschiede für Mädchen nur für das „Seitliche Hin- und Herspringen“ der Altersgruppen 7

($t = -3,97$, $p < .01$) und 8 Jahre ($t = -3,30$, $p < .01$) sehr signifikant. Dabei zeigen die im Jahre 2006 getesteten Mädchen gegenüber der Stichprobe Gleichaltriger des Jahres 1973 bessere Koordinationsleistungen. Bei den Jungen sind die Leistungsvorteile der 7-, 8- und 9-jährigen der Stichprobe von 2006 ebenfalls für das „Seitliche Hin- und Herspringen“ statistisch überzufällig (7j.: $t = -4,40$, $p < .01$; 8j.: $t = -2,79$, $p < .01$; 9j.: $t = -2,69$, $p < .01$). Lediglich im „Balancieren rückwärts“ der 10-jährigen Jungen liegen die Werte aus 1973 statistisch bedeutsam über den Werten von 2006 ($t = 2,33$, $p < .05$). Warum nur die vergleichsweise kleine Teilgruppe 10-jähriger Jungen der Kohorte 2006 lediglich für das Balancieren rückwärts ebenso keinen Leistungsvorteil gegenüber der um 1 Jahr jüngeren Vergleichsgruppe erreicht, kann nicht beantwortet werden.

Aufgabe			7 Jahre	8 Jahre	9 Jahre	10 Jahre
Normstichprobe KTK 1973	Seitliches Hin- und Herspringen (SH)	Punkte	36,5 (10,0)	45,8 (11,7)	50,4 (13,2)	59,4 (11,6)
		VK (%)	27,4	25,6	26,2	19,5
Stichprobe NRW 2006		Punkte	45,9 (9,9)	51,1 (9,1)	56,2 (9,6)	58,7 (10,8)
		VK (%)	21,6	17,8	17,1	18,4
Normstichprobe KTK 1973	Balancieren Rückwärts (BR)	Punkte	39,9 (13,9)	46,9 (13,6)	51,1 (15,3)	54,3 (13,0)
		VK (%)	34,8	29,0	29,9	23,9
Stichprobe NRW 2006		Punkte	37,0 (14,7)	43,4 (13,9)	48,2 (14,8)	48,2 (14,9)
		VK (%)	39,7	32,0	30,7	30,9

Tab. 4: Koordinationsleistungen (Punkte: MW und SA) und Variabilität (VK in Prozent) im Altersverlauf (7 bis 10 Jahre) und im Zeitwandel (1973 zu 2006) für Jungen

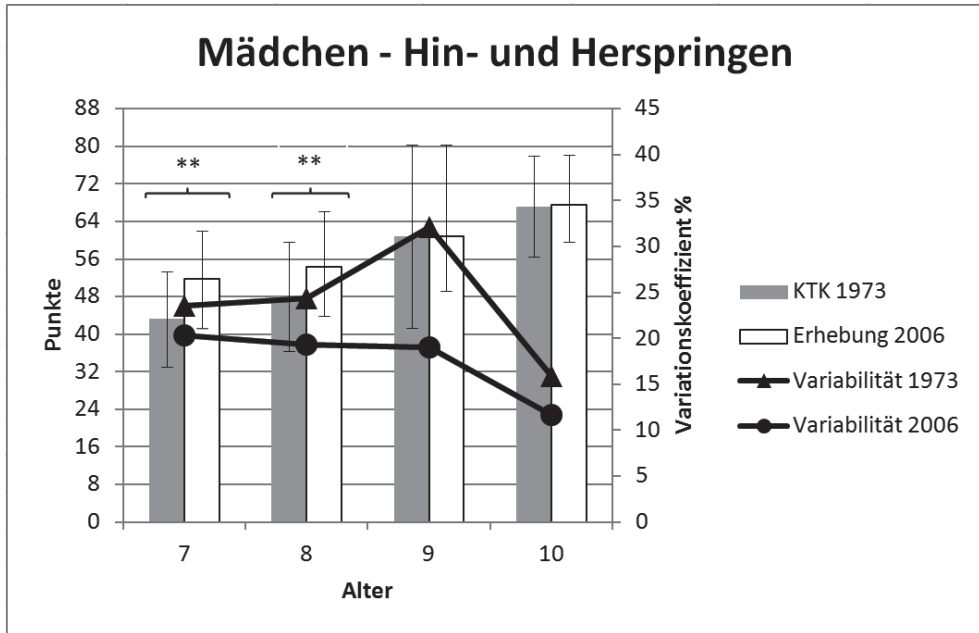


Abb. 1: Variabilität und Leistungen im „Seitlichen Hin- und Herspringen“ bei Mädchen im Altersverlauf und im Zeitwandel (** = $p < .01$)

Überzufällige Unterschiede in den Varianzen zeigen sich über alle Altersstufen und Tests lediglich im „Balancieren rückwärts“ bei Mädchen im Alter von 10 Jahren ($F = 3,22$, $p < .001$), sowie im „Seitlichen Hin- und Herspringen“ der Jungen ($F = 1,89$, $p < .05$) und Mädchen ($F = 2,82$, $p < .001$) der Altersstufe 9 Jahre. In allen drei Fällen sind die Variationskoeffizienten der Koordinationsleistungen sowie die Standardabweichungen der Vergleichsgruppe von 2006 deutlich geringer (vgl. Abbildungen 1, 2 und 3). Insgesamt sind sowohl in der geschlechtsspezifischen Betrachtung als auch für die Gesamtgruppe (Abbildung 5) die Differenzen der Variabilitätskoeffizienten beider Alterskohorten für die Aufgabe „Balancieren rückwärts“ sehr gering, dagegen für das „Seitliche Hin- und Herspringen“ deutlicher ausgeprägt, wobei die interindividuelle Variabilität im Jahr 1973 für letztere Aufgabe auf allen Altersstufen, bei Mädchen und Jungen die Werte der Untersuchung von 2006 übersteigt. Für das „Balancieren rückwärts“ nehmen die interindividuellen Differenzen tendenziell zwischen 1973 und 2006 zu, jedoch in erster Linie bei den Jungen. Mit Ausnahme des Wertes für die 9jährigen Mädchen im Jahr 1973 ist in beiden Kohorten und auf allen Altersstufen die Variabilität der Leistungen für die Koordination bei Präzisionsaufgaben (Balancieren) höher als für die Koordination unter Zeitdruck (Seitliches Hin- und Herspringen).

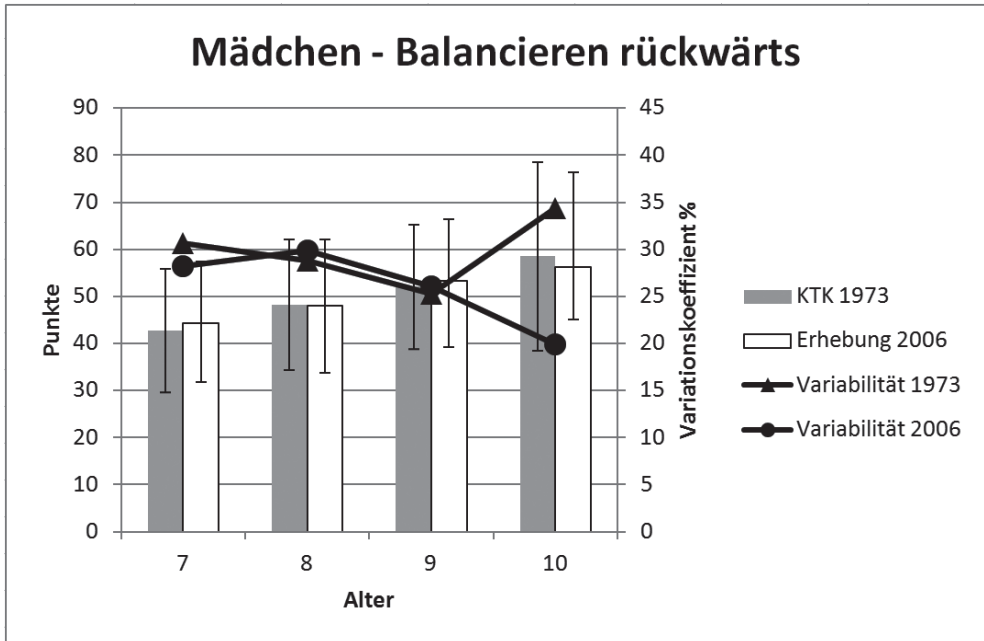


Abb. 2: Variabilität und Leistungen im „Balancieren rückwärts“ bei Mädchen im Altersverlauf und im Zeitwandel

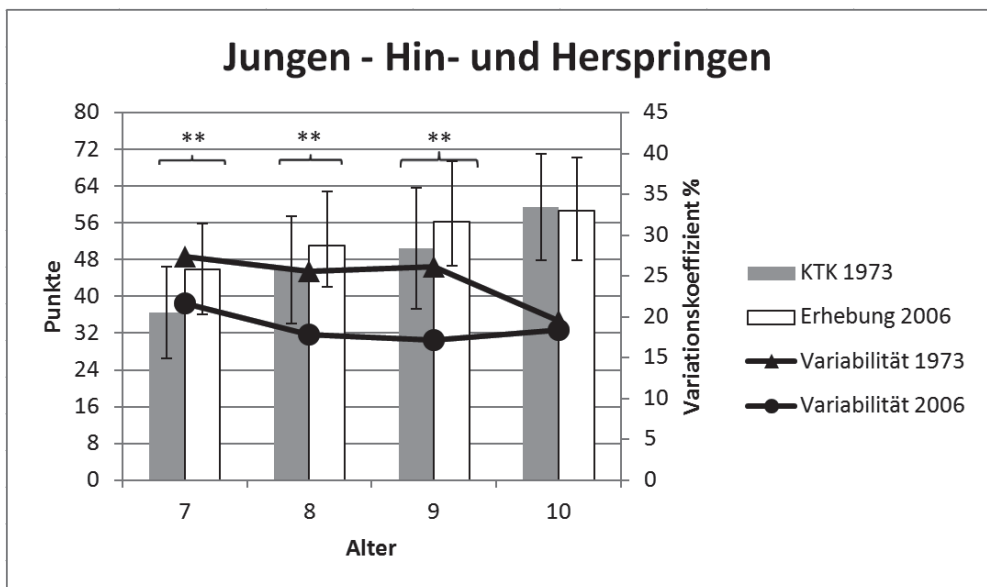


Abb. 3: Variabilität und Leistungen im „Seitlichen Hin- und Herspringen“ bei Jungen im Altersverlauf und im Zeitwandel (** = p < .01)

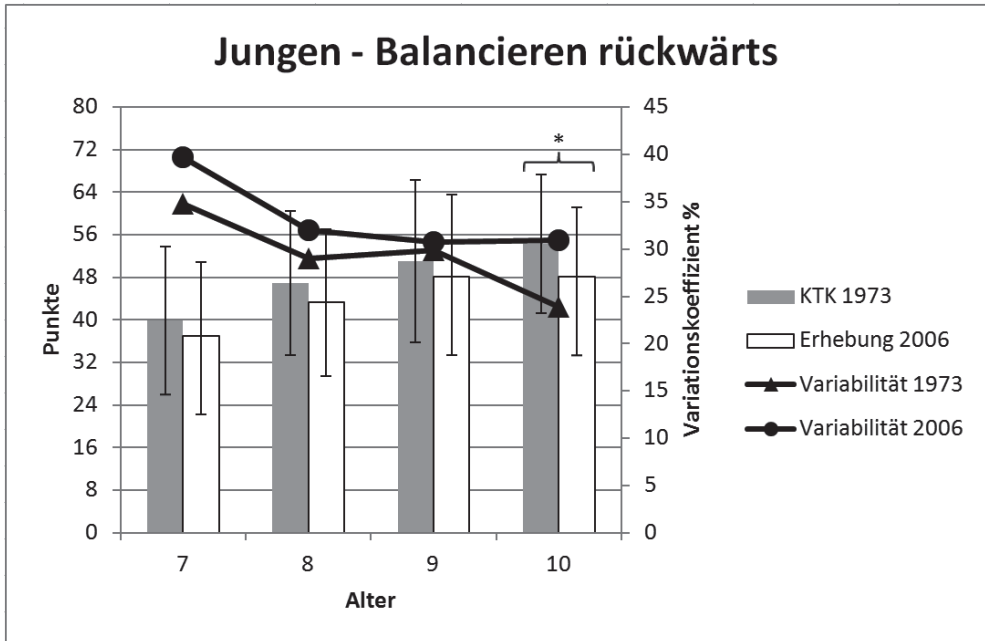


Abb. 4: Variabilität und Leistungen im „Balancieren rückwärts“ bei Jungen im Altersverlauf und im Zeitwandel (* = $p < .05$)

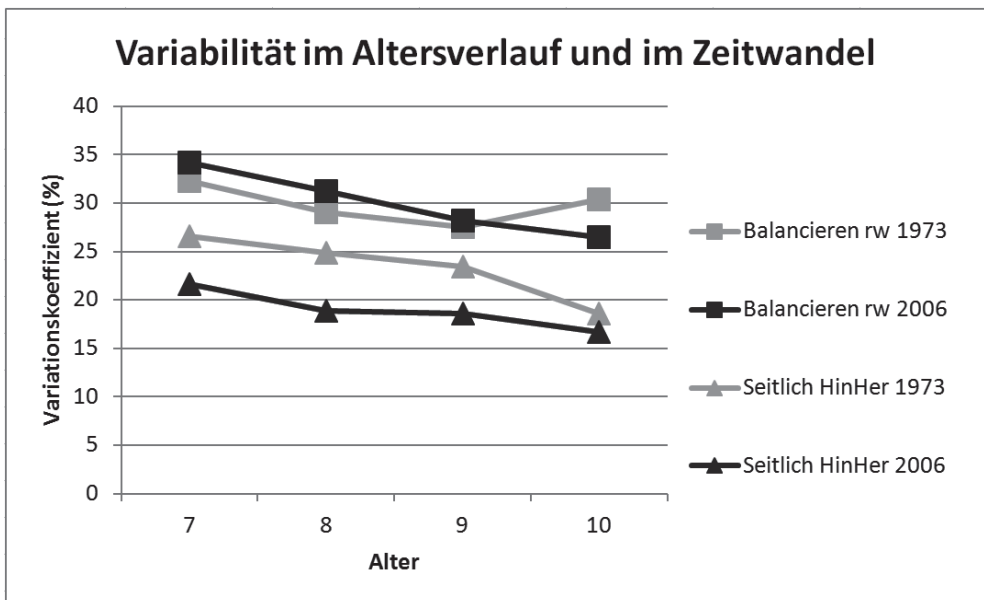


Abb. 5: Variabilität der Bewegungskoordination im Altersverlauf und im Zeitwandel (KTK = 1973 / NRW = 2006)

6 Dispersion: Differenzen über Aufgaben

In den Abbildungen 6 und 7 sind die Verteilungen der Standardwerte für die sieben ausgewählten Motorikbereiche getrennt nach den Altersstufen 7 bis 10 Jahre dargestellt. Während die Standardabweichung und damit auch die abgeleiteten Werte der Variationskoeffizienten stärker durch außergewöhnliche

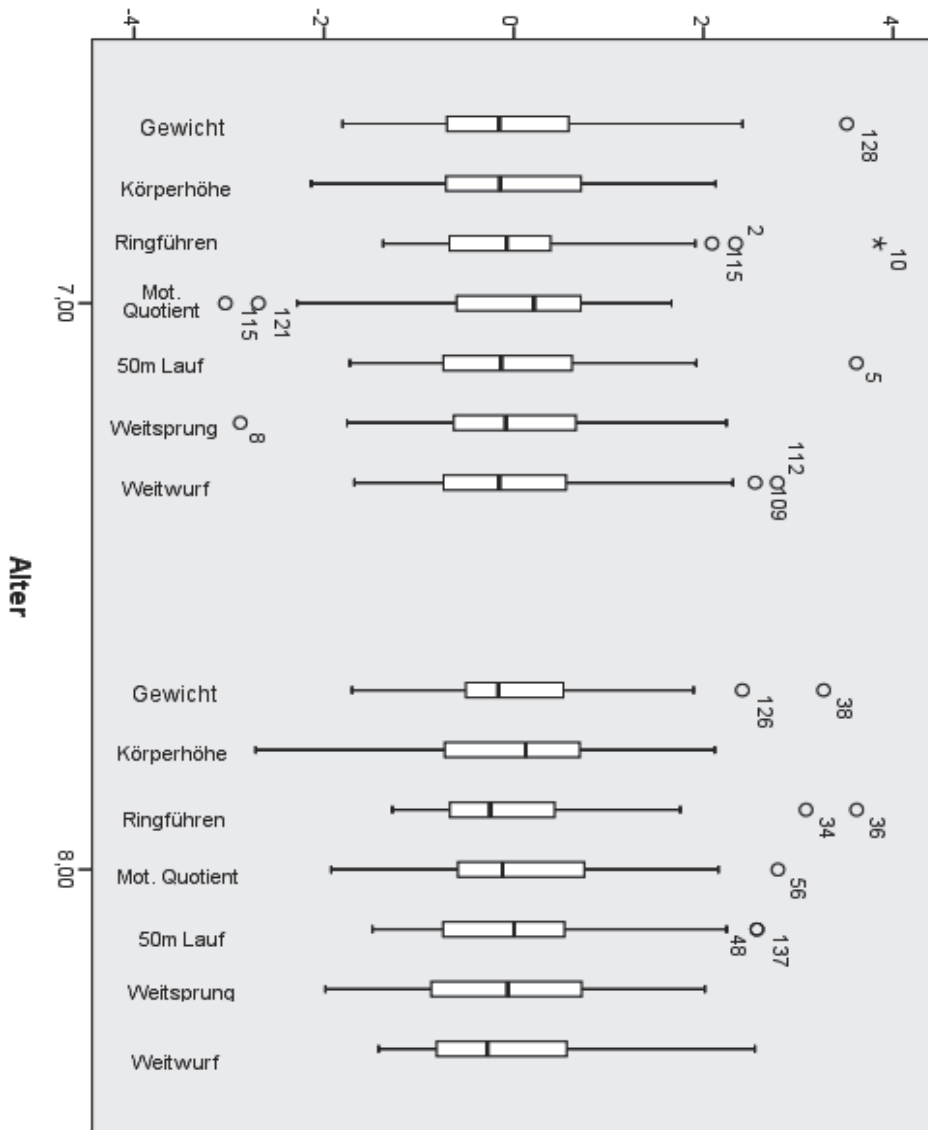


Abb. 6: Verteilung der z-Werte motorischer und somatischer Merkmale bei 7- und 8-jährigen (Bjs = bester Versuch bei den Bundesjugendspielen)

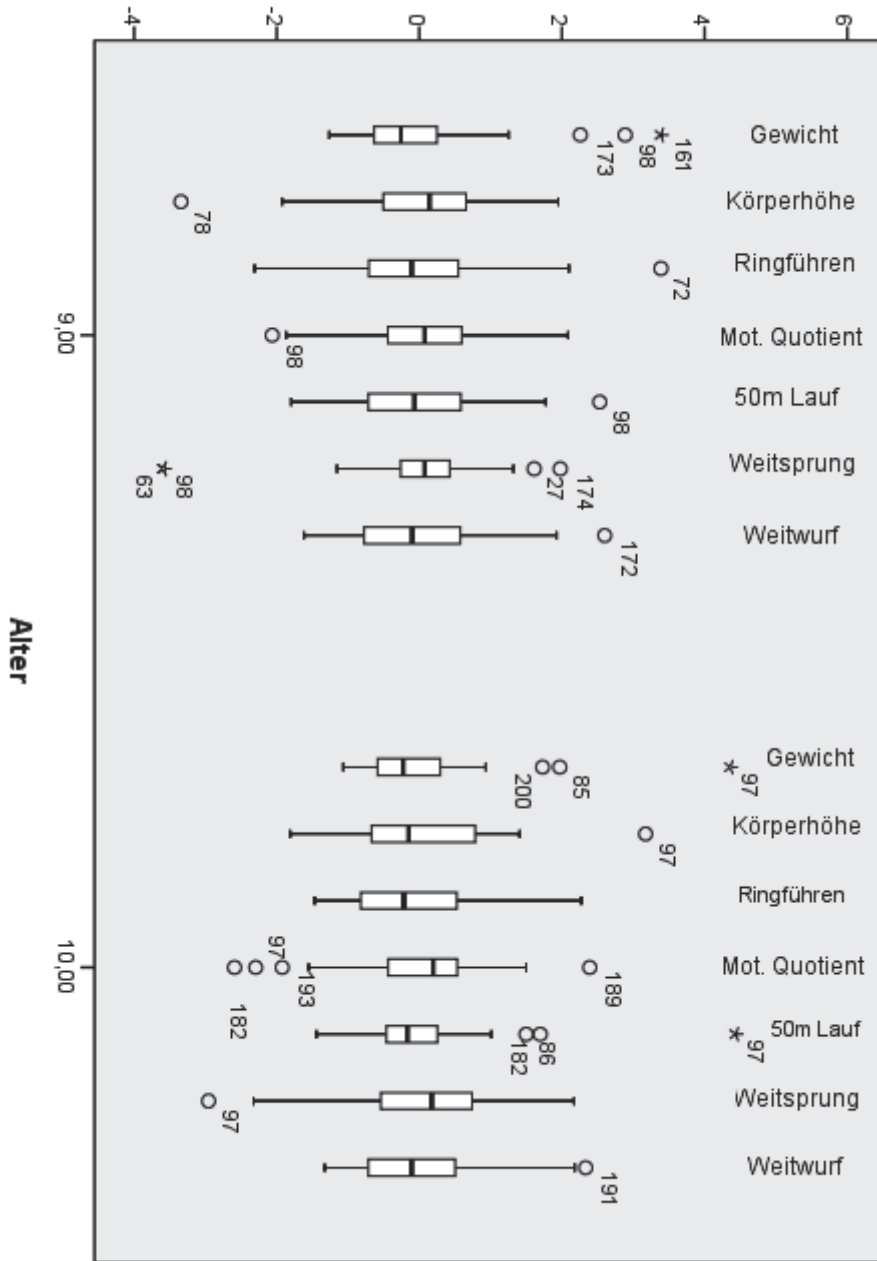


Abb. 7: Verteilung der z-Werte motorischer und somatischer Merkmale bei 9- und 10-jährigen

Werte bzw. „Ausreißer“ beeinflusst werden, sind Verteilungsdarstellungen durch Box-Plots sehr robust gegen das Auftreten extremer Werte. Da sich nur die Varianzen zwischen Mädchen und Jungen für den Weitwurf der 7-jährigen ($F = 6,68, p < .05$) und der 8-jährigen ($F = 9,79, p < .01$) sowie die Koordination unter Zeitdruck (Testaufgabe „Ringführen“) im Alter von 8 Jahren ($F = 8,31, p < .01$) statistisch bedeutsam unterscheiden, werden die Box-Plots zur besseren Übersicht für die Gesamtgruppe einer Altersstufe (Mädchen und Jungen gemeinsam) dargestellt.

Auf den jüngeren Altersstufen (7 und 8 Jahre) zeigen die Verteilungen nur geringe Unterschiede. Insbesondere innerhalb der Merkmalsbereiche (Somatik: Körperhöhe und Körpermasse; Koordination: Ringführen und Motorischer Quotient; Sportliche Leistung: Weitsprung, 50-m-Sprint, Weitwurf) sind die Übereinstimmungen hoch, d. h. die Interquartilbereiche (Ausdehnung der „Boxen“) und die Breite der Verteilung weichen zwischen den Einzelmerkmalen nicht erheblich voneinander ab.

Auffällig sind lediglich die großen unteren Interquartilabstände für den Motorischen Quotienten der 7-jährigen und die Körperhöhe der 8-jährigen und das umgekehrte Bild auf der jeweils anderen Altersstufe (große obere Interquartilabstände bei der Körperhöhe 7 J. und MQ 8 J.). Auf den höheren Altersstufen nimmt die Streuung der Werte (Größe der Boxen) ab. Hingegen steigt die Zahl außergewöhnlicher Werte, insbesondere für die Körpermasse und den Motorischen Quotienten (9 und 10 Jahre) sowie den Weitsprung (9-jährige) und den 50-Meter Sprint (10-jährige).

Die Variabilität somatischer Kennwerte, motorischer Fähigkeiten und sportlicher Leistungen sind in den Tabellen 5 und 6 sowie den Abbildungen 8 bis 11 wiedergegeben. Auffällig sind auch hier zunächst die Ähnlichkeiten auf den verschiedenen Altersstufen. Besonders hohe bzw. niedrige Variationskoeffizienten treten nicht über einen gesamten Merkmalsbereich (z. B. Koordination, komplexe Leistungen oder Somatik), sondern für einzelne Merkmale hervor. In allen Altersbereichen ist die Variabilität in den komplexen (technischen) Leichtathletikdisziplinen (Weitsprung und Weitwurf) sowie für die Körpermasse auffällig hoch, für die Körperhöhe und den Sprint im Vergleich dazu gering.

Mädchen		7 Jahre (n = 33)	8 Jahre (n = 31)	9 Jahre (n = 26)	10 Jahre (n = 16)
Motorischer Quotient (MQ)	MW (SA) VK (%)	97 (15,7) 16,2	94,2 (13,5) 14,3	90,5 (15,9) 17,6	91,4 (11,9) 13,0
Koordination unter Zeitdruck (Ringführen)	MW (SA) VK (%)	12,1 (1,9) 15,7	11,4 (1,9) 16,7	10,1 (1,1) 10,9	9,4 (0,8) 8,5
Sprint 50 Meter	MW (SA) VK (%)	11,1 (1,1) 10,0	10,7 (0,9) 8,4	10,3 (0,9) 8,7	10,0 (1,4) 14,0
Weitsprung	MW (SA) VK (%)	1,9 (0,4) 21,1	2,1 (0,3) 14,3	2,3 (0,8) 34,8	2,4 (0,5) 20,8
Weitwurf	MW (SA) VK (%)	9,3 (2,8) 30,4	10,8 (3,2) 29,6	13,2 (3,9) 29,5	16,0 (3,8) 23,8
Körperhöhe	MW (SA) VK (%)	128,5(7,3) 5,7	132,8(7,2) 5,4	139,9(8,6) 6,1	149,3(10,3) 6,9
Körpergewicht	MW (SA) VK (%)	26,1 (5,2) 19,9	26,3 (6,2) 23,6	34,4 (7,3) 21,2	43,1 (16,8) 39,0

Tab. 5: Motorikmerkmale und ihre Variabilität im Altersverlauf (Rohwerte und VK in Prozent)

Jungen		7 Jahre (n = 26)	8 Jahre (n = 27)	9 Jahre (n = 19)	10 Jahre (n = 22)
Motorischer Quotient (MQ)	MW (SA) VK (%)	93,2(19,1) 20,5	97,0(11,9) 12,3	93,6(14,9) 15,9	90,1(14,7) 16,3
Koordination unter Zeitdruck (Ringführen)	MW (SA) VK (%)	11,5 (1,7) 14,8	10,0 (0,9) 9,0	8,9 (0,8) 9,0	8,8 (0,6) 6,8
Sprint 50 Meter	MW (SA) VK (%)	11,0 (1) 9,1	10,0 (0,9) 9,0	10,0 (1,0) 9,0	9,8 (0,7) 7,1
Weitsprung	MW (SA) VK (%)	2,0 (0,3) 15,0	2,5 (0,3) 12,0	2,6 (0,5) 19,2	2,7 (0,4) 14,8
Weitwurf	MW (SA) VK (%)	13,5 (4,6) 34,1	20,5 (5,6) 27,3	21,2 (5,1) 24,1	24,1 (6) 24,9
Körperhöhe	MW (SA) VK (%)	129,7 (6,7) 5,2	135,6(6,7) 4,9	142,3 (6,4) 4,5	146,1 (9,1) 6,2
Körpergewicht	MW (SA) VK (%)	27,8 (5,8) 20,9	30,7 (5,5) 17,9	35,9 (8,9) 24,8	38,3 (8,1) 21,1

Tab. 6: Motorikmerkmale und ihre Variabilität im Altersverlauf (Rohwerte und VK in Prozent)

In der graphischen Auswertung sind mit einer Ausnahme, dem Motorischen Quotienten der 8-Jährigen, die höchsten Variationskoeffizienten in den komplexen motorischen Anforderungen (Weitsprung, Weitwurf und MQ) sowie dem Körpergewicht zu erkennen. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen betreffen dabei weniger die Relationen zwischen den verschiedenen Motorikmerkmalen als vielmehr die Höhe der Variabilität innerhalb eines Merkmals (z. B. das Ringführen 8-Jähriger oder den Weitsprung 9-Jähriger und die Körpermasse 10-Jähriger). In diesen hervorgehobenen Merkmalen ist die Variabilität der Werte jeweils für die Mädchen im Vergleich mit den Jungen höher. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bleiben jedoch auf einzelne Merkmale jeder Altersstufe begrenzt und treten nicht durchgängig auf. Die Ausprägung der Variationskoeffizienten zeigt damit eher ein einheitliches Profil über Altersklassen hinweg und weniger Gemeinsamkeiten über Merkmale eines Motorikbereiches.

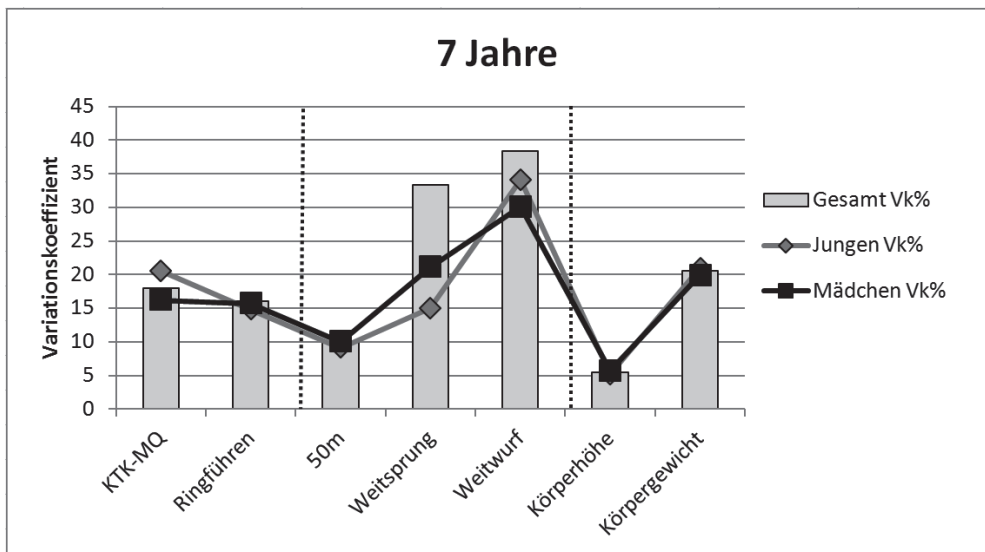


Abb. 8: Variabilität motorischer und somatischer Merkmale 7-Jähriger (Gesamt: n = 59)

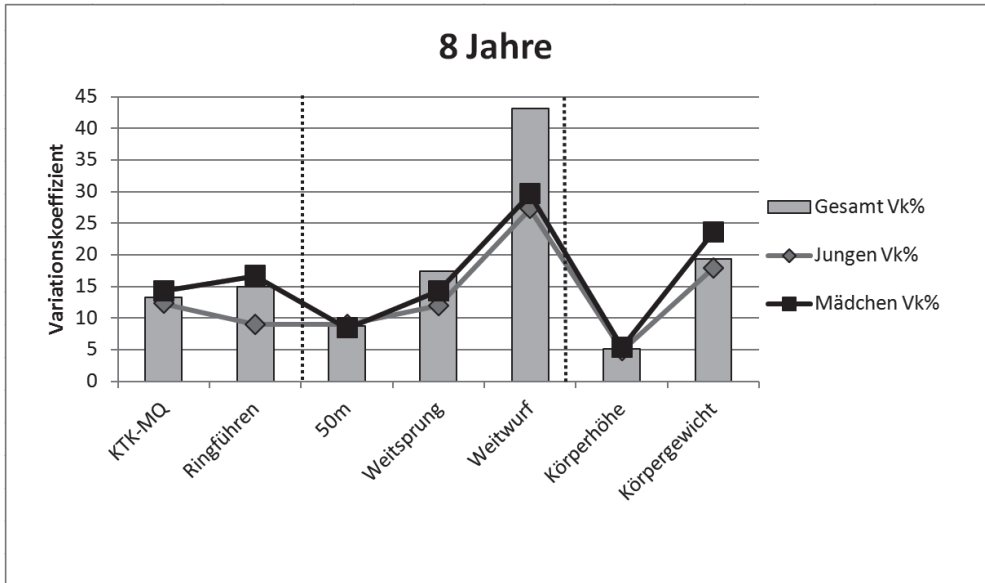


Abb. 9: Variabilität motorischer und somatischer Merkmale 8-Jähriger
(Gesamt: n = 58)

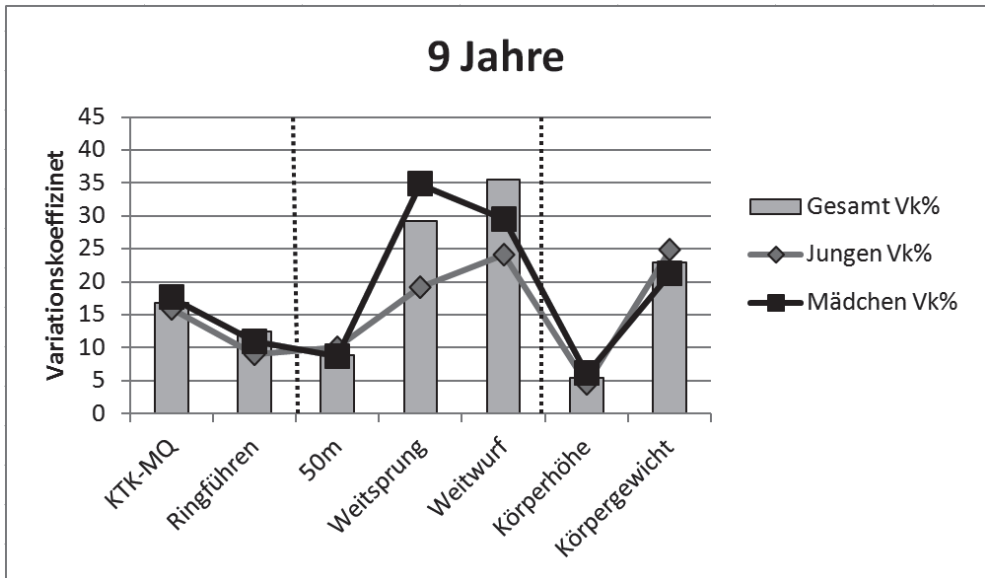


Abb. 10: Variabilität motorischer und somatischer Merkmale 9-Jähriger
(Gesamt: n = 45)

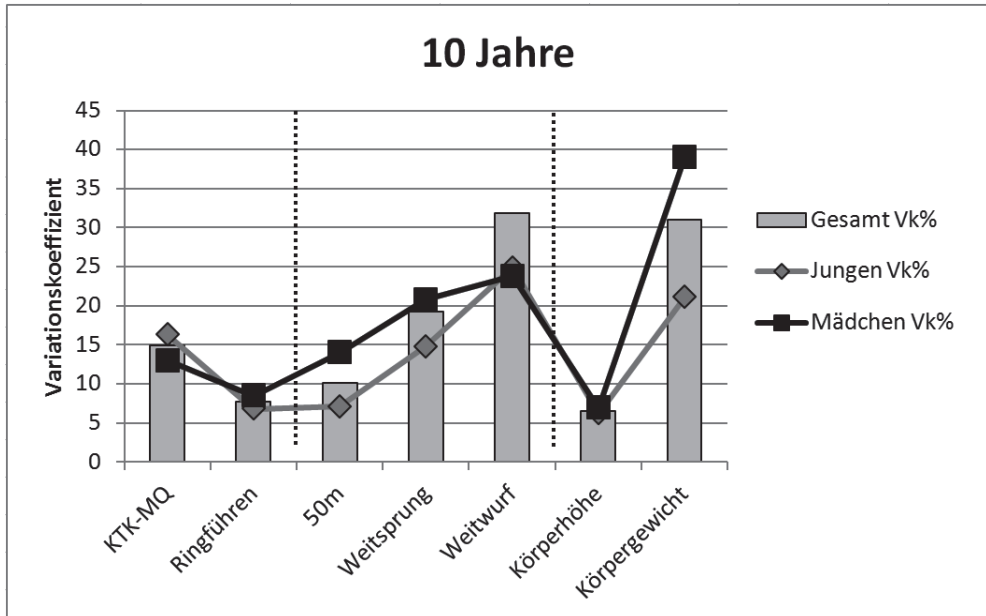


Abb. 11: Variabilität motorischer und somatischer Merkmale 10-Jähriger (Gesamt: n = 38)

7 Diskussion und Perspektiven

Die Befunde sollten zum Einen Hinweise darüber liefern, ob sich für die Altersstufen von Grundschulkindern und insbesondere im Vergleich über verschiedene Generationen Zunahmen interindividueller Variabilität der Bewegungskoordination nachweisen lassen. Hierzu wurden Koordinationsleistungen aus dem Jahr 1973 mit Erhebungen des Jahres 2006 für Grundschulkin- der im Alter von 7-10 Jahren für zwei Koordinationsdimensionen verglichen. Das zentrale Ergebnis ist, dass lediglich drei von insgesamt 16 Unterschieden in den Varianzen (4 Altersstufen, 2 Tests, jeweils Jungen und Mädchen) statistisch bedeutsam sind und dabei entgegen den Erwartungen unter dem Stichwort eines „Schereneffektes“, keine Zunahmen interindividueller Unter- schiede in der Motorik von Kindern, sondern Verringerungen auftreten. Die Variabilität in den Koordinationsleistungen für diese drei Unterschiede ist in der Kohorte von 1973 größer als in der jüngeren Generation von Grundschul- kindern. Wenn man die geringen Unterschiede der Varianzen und Variations- koeffizienten im Kontext säkularer Phänomene der motorischen Entwicklung interpretiert, dann widersprechen sie den Annahmen zunehmender Variati-

on motorischer Koordinationsleistungen von Grundschulkindern im historischen Zeitwandel für den hier betrachteten Zeitraum von 1973 bis 2006. Die wenigen vorliegenden Analysen über längere Zeiträume dokumentieren zwar eine große Leistungsspanne, nicht jedoch die Zunahme dieser Spanne im Kindesalter. Die Ergebnisse von Hirtz et al. (2007) und Raczek (2002) deuten verstärkt im Jugendalter auf einen Trend zur Leistungsdifferenzierung hin. Zwischen 1990 und 2000 zeigen sich Verbesserungen der Leistungsstärksten bei gleichzeitiger Verschlechterung der Schwächsten im Jugendalter (Raczek, 2002, S. 116). Als Argument für die These eines Auseinander-Scherens der Koordinationsleistungen wird auf die Zunahme insbesondere koordinationschwacher Kinder im historischen Wandel hingewiesen. Die Vergleiche der Koordinationsleistungen in der vorliegenden Untersuchung konnten höhere Testwerte der Kohorte von 1973 jedoch nur für Jungen im Alter von 10 Jahren für das Balancieren belegen. In allen weiteren überzufälligen Gruppenunterschieden erwiesen sich die Koordinationsleistungen der jüngeren Generation als besser.

Die seit Ende des 19. Jhd. dokumentierte säkulare Akzeleration für das körperliche Wachstum (z. B. Hirtz et al., 2007, S. 58ff) liefert eine mögliche Begründung für die hier festgestellten Zunahmen der Leistungen im „Seitlichen Hin- und Herspringen“ zwischen 1973 und 2006, da die Leistungen in dieser Testaufgabe stärker durch körperliche (v. a. muskuläre) Voraussetzungen bedingt sind als etwa die Koordination bei Präzisionsaufgaben. Wenn man die methodischen Grenzen der Sekundäranalyse und die teilweise geringen Fallzahlen auf den einzelnen Altersstufen in Rechnung stellt, sollte auch dieser Teilbefund zurückhaltend interpretiert werden. Ob sich für ein Auseinander-Scheren der motorischen Leistungen im Generationenvergleich bei der Betrachtung anderer Fähigkeitsbereiche oder Altersstufen stützende Hinweise finden, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Als zweiter Aspekt der Variabilität in der motorischen Entwicklung wurden die Variationskoeffizienten und die Merkmalsverteilungen im Vergleich mehrerer Dimensionen der Motorik betrachtet. Es konnten keine charakteristischen Muster der Verteilung oder Variabilität im Vergleich von koordinativen Leistungsvoraussetzungen, komplexen sportlichen Leistungen und körperlicher Merkmale mittels graphischer Auswertung beschrieben werden. Auch in der Gegenüberstellung mehrerer Altersstufen treten auffallend hohe ebenso wie besonders niedrige Streuungen übereinstimmend bei den gleichen Motorik- und Somatikmerkmalen auf. In der altersbezogenen Betrachtung (7 bis

10 Jahre) sind sowohl über die betrachteten Merkmale als auch zwischen Mädchen und Jungen keine einheitlichen Tendenzen im Sinne einer Zu-, Abnahme oder Stagnation der Variabilität zu finden. Ein generelles Anwachsen altersbezogener interindividueller Unterschiede in der motorischen Entwicklung von Kindern belegen die Daten nicht. Die durchgängig höhere Variation der komplexeren Merkmale (technische Disziplinen der Leichtathletik, Motorischer Quotient) und der Körpermasse können ein Hinweis auf das Vorliegen größerer Plastizität bzw. Veränderbarkeit durch Trainingsmaßnahmen sein. Sie sind in diesem Sinne wenig überraschend. Die Bewertung der Variabilität im Bereich der Motorik als „Normalfall“ (Michaelis, Erlewein & Michaelis, 1996, Touwen, 1993) bestätigt sich. Lediglich für die Körperhöhe ist die Variabilität mit durchschnittlich etwa 5,5 % gering. Die große Streuung der Werte bei den 7-8jährigen kann als möglicher Ausdruck der teilweise erheblichen Differenzen von kalendarischem und biologischem Alter in diesem Entwicklungsabschnitt gedeutet werden. Die fehlenden Hinweise auf eine Verringerung der koordinativen Leistungsfähigkeit von Grundschulkindern im Generationenvergleich stützt die erwähnten Befunde von Rethorst (2003), Raczek (2002), Schott (2001) sowie Bös und Mechling (2002).

Die unter Verweis auf Befunde zur Beidhandkoordination (Höfler-Weber, 2003) angedeutete Möglichkeit der konditionalen Beziehung von Variabilität und Trainierbarkeit im Sinne von Leistungsvariabilität als notwendiger Basis trainingsbedingter Veränderung oder eines relationalen Zusammenhangs (größere Trainierbarkeit von Merkmalen höherer Variabilität), bedarf der empirischen Prüfung sowohl für verschiedene Alters- und Niveaustufen als auch in den unterschiedlichen Dimensionen motorischer Entwicklungsprozesse (Kondition, Koordination, Fertigkeiten, komplexe Leistungen). In diesem Kontext könnten Extremgruppenvergleiche (z. B. zwischen sportlich hoch Aktiven und Inaktiven) Hinweise auf moderierende Faktoren eines Zusammenspiels von Variabilitätsphänomenen der motorischen Entwicklung und der Einflussnahme auf Entwicklungsverläufe (im Sinne individueller Förderung) durch strukturierte Bewegungs-, Sport- und Spielangebote liefern.

Als Konsequenz sollte nach Unterstützungsmöglichkeiten umgrenzter Zielgruppen gesucht und sich von der Hoffnung auf präventiv wirkende „Breitband-Initiativen“ („Mehr Bewegung für Alle!“) verabschiedet werden. Kinder und Jugendliche sind nach derzeitigem Erkenntnisstand nicht generell und über sämtliche motorischen Entwicklungsbereiche von Defiziten und Einbußen bedroht, sondern bedürfen unter gewissen Kombinationen ungün-

stiger motorischer Entwicklungsbedingungen neuer und gezielter Angebote zur Ausweitung oder Verstärkung ihrer Bewegungsaktivitäten. Eine Aufgabe zukünftiger wissenschaftlicher Arbeit in diesem Bereich ist die empirisch gestützte Aufdeckung und Differenzierung solcher Entwicklungsbedingungen im Bereich der Motorik.

Anschrift des Autors

Univ.- Prof. Dr. Gerd Thienes
Georg-August-Universität Göttingen
Institut für Sportwissenschaften
Sprangerweg 2
37075 Göttingen
Tel.: (0551) 395185
Email: gerd.thienes@sport.uni-goettingen.de

Literatur

- Bös, K. (1999). Kinder und Jugendliche brauchen Sport! In K. Bös & N. Schott (Hrsg.), *Kinder brauchen Bewegung - leben mit Turnen, Sport, Spiel* (S. 29-47). Hamburg: Czwilina.
- Bös, K. (Hrsg.). (2001). *Handbuch Motorische Tests* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In W. Schmidt, I. Hartmann-Tews & W.-D. Brettschneider (Hrsg.), *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* (S. 85-107). Schorndorf: Hofmann.
- Bös, K. & Mechling, H. (2002). Dimensionen sportmotorischer Leistungen im Längsschnitt. In G. Ludwig & B. Ludwig (Hrsg.), *Koordinative Fähigkeiten - koordinative Kompetenz* (S. 50-58). Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Bös, K., Schlenker, L., Büsch, D., Lämmle, L., Müller, H., Oberger, J., Seidel, I. & Tittlbach, S. (2009). *Deutscher Motorik-Test 6-18*. Hamburg: Czwilina.
- Brandt, K., Eggert, D., Jendritzki, H. & Küppers, B. (1997). Untersuchungen zur motorischen Entwicklung von Kindern im Grundschulalter in den Jahren 1985 und 1995. *Praxis der Psychomotorik*, 22 (2), 101-107.
- Cumming, S. & Riddoch, C. (2008). Physical activity, physical fitness, and health: current concepts. In N. Armstrong & W. van Mechelen (Eds.), *Paediatric Exercise Science and Medicine* (2nd Ed.) (S. 327-338). Oxford: University Press.
- Deutscher Olympischer Sport Bund (DOSB). (2011). DOSB: Mitgliederentwicklung im Sportverein. Bestandserhebung und demografischer Wandel zwischen den Jahren 2000 und 2010. Frankfurt.

- Dordel, S. (2000). Ätiologie und Symptomatik motorischer Defizite und Auffälligkeiten. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 3*, (3. Aufl.) (S. 98-113). Köln: BZgA.
- Dordel, S. (2003). *Bewegungsförderung in der Schule* (4. Aufl.). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Gaschler, P. (2001). Motorik von Kindern und Jugendlichen heute - eine Generation von "Weicheiern, Schlaffis und Desinteressierten?" (Teil 3). *Haltung und Bewegung*, 21 (1), 5-17.
- Hirtz, P. (1998). Zur interindividuellen Variabilität der motorischen Entwicklung. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge*, 39 (1/2), 95-106.
- Hirtz, P. & Forschungszirkel N. A. Bernstein (2007). *Phänomene der motorischen Entwicklung des Menschen*. Schorndorf: Hofmann.
- Höfler-Weber, E. (2003). *Training der Beidhandkoordination bei Kindern. Sensomotorische Entwicklung und Aufmerksamkeit als Einflussfaktoren*. Diss. Universität Tübingen.
- Hultsch, D.F., MacDonald, S.W. & Dixon, R.A. (2002). Variability in reaction time performance of younger and older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B (2), P101-P115.
- Joch, W. & Ückert, S. (1999). *Grundlagen des Trainierens* (2. Aufl.). Münster: Lit.
- Kiphard, E.J. & Schilling, F. (1974). *Körperkoordinationstest für Kinder: KTK*. Weinheim: Beltz.
- Kirshenbaum, N., Riach, C.L. & Starkes, J.L. (2001). Non-linear development of postural control and strategy use in young children: a longitudinal study. *Experimental Brain Research*, 140, 420-431.
- Kretschmer, J. (2006). Und sie bewegen sich doch. In A. Fritz, R. Klupsch-Sahlmann & G. Ricken (Hrsg.), *Handbuch Kindheit und Schule* (S. 84-96). Weinheim: Beltz.
- Lange, S. & Bender, R. (2007). Variabilitätsmaße. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132 (S01), e5-e6.
- Loosch, E. (2002). Bewegung und Variabilität. In K. Moegling (Hrsg.), *Integrative Bewegungslehre Teil 3. Lernen und Lehren von Bewegungen* (S. 228-253). Immenhausen: Prolog.
- Michaelis, R., Erlewein, R. & Michaelis, U.S. (1996). Variabilität und Individualität in der motorischen Entwicklung. *Motorik*, 19 (1), 4-11.
- Nesselroade, J.R. & Salthouse, T.A. (2004). Methodological and theoretical implications of intraindividual variability in perceptual-motor performance. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B (2), P49-P55.
- Opper, E., Worth, A., Wagner, M. & Bös, K. (2007). Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), 879-888.

- Petermann, F. (1978). *Veränderungsmessung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Raczek, J. (2002). Besonderheiten und Tendenzen der koordinativ-motorischen Leistungsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. In G. Ludwig & B. Ludwig (Hrsg.), *Koordinative Fähigkeiten - koordinative Kompetenz* (S. 113-118). Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Rethorst, S. (2003). Der motorische Leistungsstand von 3- bis 7-Jährigen - gestern und heute. *Motorik*, 26 (3), 117-126.
- Roth, K. (2003). Wie verbessert man koordinative Fähigkeiten? In Bielefelder Sportpädagogen, *Methoden im Sportunterricht* (4. Aufl.) (S. 85-102). Schorndorf: Hofmann.
- Roth, K. & Roth, C. (2009). Entwicklung koordinativer Fähigkeiten. In J. Baur, K. Bös, A. Conzelmann & R. Singer (Hrsg.), *Handbuch Motorische Entwicklung* (2. Aufl.) (S. 197-225). Schorndorf: Hofmann.
- Roth, K. & Winter, R. (2002). Entwicklung koordinativer Fähigkeiten. In G. Ludwig & B. Ludwig (Hrsg.), *Koordinative Fähigkeiten - koordinative Kompetenz* (S. 97-103). Kassel: Universitäts-Bibliothek.
- Schmidt, W. (2008). Zur Bedeutung des Sportvereins im Kindesalter. In W. Schmidt, R. Zimmer & K. Völker (Hrsg.), *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht* (S. 373-390). Schorndorf: Hofmann.
- Schott, N. (2001). Körperkonstitution, sportliche Aktivität und Fitness: ein Vergleich über mehr als 20 Jahre. In R. Seiler, D. Birrer, J. Schmid & S. Valkanover (Hrsg.), *Sportpsychologie: Anforderungen, Anwendungen, Auswirkungen* (S. 194-196). Köln: bps-Verlag.
- Sedlmeier, P. & Renkewitz, F. (2008). *Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie*. München: Pearson.
- Thienes, G. (2008). *Trainingswissenschaft und Sportunterricht*. Berlin: Pro Business.
- Thienes, G. (2009). Entwicklung koordinativer Fähigkeiten von Grundschulkindern im Projekt „Tägliche Sportstunde“. In H. P. Brandl-Bredenbeck & M. Stefani (Hrsg.), *Schulen in Bewegung – Schulsport in Bewegung* (S. 117-122). Hamburg: Czwalina.
- Thienes, G. (2010). Interindividuelle Variabilität koordinativer Fähigkeiten in der motorischen Entwicklung von Grundschulkindern. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bildungschancen durch Bewegung - von früher Kindheit an!* (S. 204-207). Schorndorf: Hofmann.
- Thienes, G. (2011). Zur Variabilität der Bewegungskoordination im Kindesalter. *Motorik*, 34 (3), 117-122.
- Touwen, B.C.L. (1984). Normale neurologische Entwicklung: Die nichtbestehenden Inter- und Intra-Item-Beziehungen. In R. Michaelis, R. Nolte, M. Buchwald-Saal & G.H. Haas (Hrsg.), *Entwicklungsneurologie* (S. 17-24). Stuttgart: Kohlhammer.
- Touwen, B.C.L. (1993). How normal is variable, or how variable is normal? *Early Human Development*, 34 (1), 1-12.

- Trautner, H.M.* (1992). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie. Band 1: Grundlagen und Methoden* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Willimczik, K.* (2009). Sportmotorische Entwicklung. In W. Schlicht & B. Strauß (Hrsg.), *Grundlagen der Sportpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie. Serie V, Band 1* (S. 297-373). Göttingen: Hogrefe.
- Winter, R. & Hartmann, C.* (2007). Die motorische Entwicklung des Menschen von der Geburt bis ins hohe Alter (Überblick). In K. Meinel & G. Schnabel, *Bewegungslehre - Sportmotorik* (11. Aufl.) (S. 243-373). Aachen: Meyer & Meyer.
- Zahner, L. & Dössegger, A.* (2004). Motorik - der Schlüssel zur Entwicklung im Kindesalter. In L. Zahner, U. Pühse, C. Stüssi, J. Schmid & A. Dössegger (Hrsg.), *Aktive Kindheit - gesund durchs Leben* (S. 41-86). Münsingen: Fischer AG.

Rezensionen

Oliver Rick, Rainer Stachow (Hrsg.): **Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation**. Urban & Fischer Verlag/Elsevier 1. Auflage 2011, 768 S., Euro 44,95. ISBN 978-3-437-22406-5

Ehe ich das Angebot erhielt, eine Kinderrehabilitationsklinik zu leiten, war mir nicht bekannt, dass es solche Kliniken unter Kinder- und Jugendpsychiatrischer Leitung gibt, die sich um Kinder mit psychischen und psychiatrischen Auffälligkeiten und Problemen kümmern. Rehabilitation, das war eine Leistung, die die anderen medizinischen Bereiche betrifft, so dachte ich.

Diese Wissenslücke mit allen wichtigen Inhalten schließt nun der Klinikleitfaden medizinische Rehabilitation. Der große Abschnitt Pädiatrie betrifft nicht nur die Pädiater, sondern ist sicherlich hilfreich für Kinder- und Jugendpsychiater, die ihre Patienten bei der Antragsstellung unterstützen und die Eltern auf die Maßnahme gut vorbereiten möchten.

Für ca. 35.000 Kinder und Jugendliche mit chronischen Krankheiten wird jährlich keine Kur aber eine sog. Rehabilitation durchgeführt. Über die Durchführung solcher Rehabilitationsmaßnahmen gibt es von Seiten der Rentenversicherung eine ganze Reihe von Qualitätsanforderungen, die den meisten stationär oder ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiatern jedoch nicht zugänglich sind.

Für Kinder mit psychiatrischen Erkrankungen wie ADHS oder psychosomatischen Störungen bietet die Rehabilitation eine zusätzliche Behandlungsmöglichkeit. Im „Klinikleitfaden Medizinische Rehabilitation“ wird, im pädiatrischen Teil, unter der Herausgeberschaft von Rainer Stachow, diese Wissenslücke geschlossen. Zahlreiche Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation erläutern in übersichtlicher und transparenter Weise ganz nach Art der bewährten Reihe „Klinikleitfaden“ die Indikationen, Zielsetzungen und Methoden in der Kinder- und Jugendrehabilitation. Der für

Kinder- und Jugendpsychiater wichtiger Bereich der psychosomatischen Behandlung wird von dem Kinder- und Jugendpsychiater Dirk Dammann und dem Kinderarzt Johannes Oepen dargestellt.

Für Ärzte, die einen Rehabilitationsantrag unterstützen wollen, ist dieser Leitfaden eine wichtige Hilfe, die Indikation richtig zu stellen. Der Klinikleitfaden bietet einen guten Überblick über die Maßnahmen und Methoden, so, wie sie in den Spezialkliniken umgesetzt werden sollen. Für die Kollegen, die in Reha-Kliniken selbst tätig sind, ist dieses Büchlein eine gute Richtschnur für ihr eigenes Handeln im Rehabilitationsprozess und gehört in die Kitteltasche.

Für jede Indikation von Asthma über psychosomatische, neurologische und andere Erkrankungen sind die Kapitel gegliedert in Informationen zum Krankheitsbild, deren reharelevanten Risikofaktoren und Prognosen, der Rehaplanung, der relevanten Diagnostik, körperliche und psychologische Untersuchungsmethoden sowie den Rehakzepten selbst. Darüber hinaus beschreiben übergeordnete Kapitel die Aufgaben der verschiedenen, in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen, der Sozialpädagogen, Pflegekräfte und der Sport- und Physiotherapeuten. Besonders exponiert die Beschreibung der verhaltenstherapeutischen Elemente wie der Patientenschulung. Hier lernen die Patienten, den Umgang mit ihrer Erkrankung zu verbessern. Extrakapitel beschreiben die besondere Situation der Rehabilitation von Vorschulkindern, die in Begleitung eines Elternteils oder einer anderen Bezugsperson kommen. Hiervon abzugrenzen, ist die nur in Ausnahmefällen notwendige familienorientierte Rehabilitation (FOR). Abschließend und ausblickend die Darstellungen zur Qualitätssicherung und zu den Möglichkeiten der Rehabilitationsnachsorge.

Alles in Allem ein gelungener Leitfaden, der helfen wird, Kinder- und Jugendliche gezielt der Rehabilitation zuzuweisen, qualifizierte Anträge zu stellen, die Begutachtung von Anträgen zu erleichtern und die Qualität und Nachhaltigkeit der beschriebenen Maßnahmen zu verbessern.

Maike Pellarin, Beelitz-Heilstätten

Christoph Möller (Hrsg.): **Internet- und Computersucht**; *Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Pädagogen und Eltern*. Kohlhammer, 1. Auflage 2011, 282 S., Euro 32,00. ISBN 978-3170218741

Es ist erstaunlich, wie thematisch breit das Thema auf knapp 300 Seiten abgehandelt wird: Im Kapitel „Grundlagen“ stellen Nadine Jukschat, Eva-Maria-Zenses, Florian Rehbein und Thomas Möble epidemiologische Daten zur Medien- und Computernutzung bei Kindern und Jugendlichen vor. Gerald Hüther legt seine Spekulationen zum Einfluss der Medien- und Computernutzung auf die Entwicklung des kindlichen und jugendlichen Gehirns dar. Einer Überprüfung der empirischen Belastbarkeit seiner Hypothesen entzieht sich Hüther jedoch von vornherein, indem er auf jegliche Nennung von Literaturquellen verzichtet.

Im Teil II zu soziologischen, psychologischen und pädagogischen Aspekten von Mediennutzung und -konsum schreiben Thomas Möble, Christina Roth, Florian Rehbein und Christian Pfeiffer zu „Gewalt und Medien“, Christine Morgenroth zur Bedeutung der Neuen Medien als Gestalter eigensinniger Widerspruchszeit sowie Thomas Möble, Paula Bleckmann, Florian Rehbein und Christian Pfeiffer über den Einfluss der Medien auf die Schulleistung.

Teil III widmet sich klinischen Aspekten der Medien- und Computersucht: Manfred Spitzer arbeitet entwicklungspsychopathologische Aspekte der Medien- und Computersucht heraus, Rainer Thomasius, Anneke Aden und Kay Uwe Petersen jugendpsychiatrische Aspekte. Andrija Vukicevic und Bert T. te Wildt erläutern Diagnostik und Komorbidität der Internet- und Computerspielabhängigkeit.

In Teil IV kommen einzelne Ausformungen der Internet- und Computersucht zur Darstellung: Regine Pfeiffer schildert das Abhängigkeitspotenzial von Online-Rollenspielen und Browserspielen als „Hochprozentiges für Kinder, Jugendliche und Erwachsene“, Tabea Freitag erläutert Risiken und Nebenwirkungen des Internet-Pornografiekonsums bei Jugendlichen. Es folgen 3 Fallbeispiele von Oliver Dierssen, Frank Fischer und Meike Süllow.

Beratung, Behandlung und Versorgung medien- und computersüchtiger Kinder und Jugendlicher und ihrer Eltern sind Gegenstand von Teil V. Eberhard Freitag berichtet über die ambulante Beratung und Behandlung von computer- und internetabhängigen Kindern, Jugendlichen und deren Eltern in der

Beratungsstelle „return“ in Hannover, Franz Eidenbenz über ambulante Versorgung und Behandlung von medien- und computersüchtigen Kindern und Jugendlichen mittels systemischem Ansatz. Ambulante und stationäre Behandlung medien-süchtiger Jugendlicher am Beispiel von „Teen Spirit Island“ in Hannover werden von Christoph Möller beschrieben, das Erlernen eines selbstbestimmten Umgangs mit Medien in der Jugendhilfe von Emilia Hornemann und Dieter Gerdes sowie Selbsthilfe bzw. Elternsicht von Christine Hirte und Christoph Hirte.

Teil VI umfasst Prävention und Ausblick. Dorothee Mücken schreibt zur Prävention der Medien- und Computersucht, Uwe Buermann zur Erziehung zur Medienkompetenz. Eckhard Schiffer empfiehlt Lesen als Prävention der Medien- und Computersucht, Christoph Möller und Emilia Hornemann entwicklungs-fördernde Elemente im Rahmen psychologisch-ärztlicher und pädagogischer Überlegungen einschließlich konkreter Anregungen bei Mediensucht.

Im Anhang finden sich Tipps zu interessanten Internetseiten sowie eine kurze Liste einiger spezifischer Beratungs- und Behandlungsstellen.

Insgesamt wird hier eine in weiten Teilen sehr empfehlenswerte Lektüre vorgelegt, eine Fundgrube mit zahlreichen praxisrelevanten Perspektiven und Informationen.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, 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.

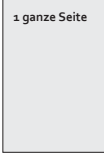
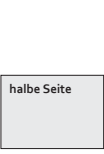

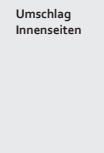
Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

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.