

Inhalt

Editorial:

Ehrenamtliches Engagement als Kinder- und Jugendpsychiater/in <i>Maik Herberhold</i>	2
---	---

Ethische Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Chancen und Grenzen in Klinik und Praxis <i>Jochen Gehrman</i>	5
---	---

Gruppentherapeutisches Design für unsichere/ausgegrenzte Kinder <i>Peter Frank & Uwe Scheunemann</i>	19
---	----

„Über den Tellerrand“ – Wie aus einer Idee für das Wartezimmer der KJPP-Praxis ein intensives ehrenamtliches humanitäres Engagement wurde <i>Jörg Mangold</i>	27
---	----

Erfahrungen als Kinder- und Jugendpsychiater in Eritrea <i>Thomas Dirksen</i>	33
--	----

Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht <i>Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten 2015</i>	50
---	----

Kolumne:

Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – vom kinder- und jugendpsychiatrischen Praktiker für den Praktiker	73
---	----

Geschichtliches:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	81
--	----

Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017 <i>DGKJP</i>	85
--	----

Hinweise für Autoren	94
----------------------------	----

Anzeigen	96
----------------	----

Mediadaten	111
------------------	-----

Impressum	112
-----------------	-----

Editorial

Ehrenamtliches Engagement als Kinder- und Jugendpsychiater/in

„Netzwerk der Guten“ hat Bundespräsident Gauck einmal die vielfältigen ehrenamtlichen Taten und Tätigkeiten in unserer Gesellschaft genannt. In einer Zeit, in der der Begriff „Gutmensch“ in Göbbels‘cher Manier zur Schmähung und Entwertung benutzt wird, ist eine über den eigenen Vorteil hinausgehende Lebenshaltung nicht mehr unbestritten akzeptiert. Es werden vielmehr oft Egoisten, die sich rational gebärden, gegeneinander ins Feld geführt.

Ehrenamtliches oder zivilgesellschaftliches Engagement kann natürlich viele Formen haben. Von der Mithilfe in der Kita, der Organisation des Schulsommerfestes über die Übernahme von echten „Ämtern“ im Sportverein oder in der Elternpflegschaft bis hin zu parteipolitischer oder kirchlicher Aktivität reicht der Bogen. Auch berufspolitisches Engagement ist ehrenamtlicher Natur und bemüht sich in unserem Fach – neben der Sicherung eines ausreichenden Einkommens – um die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen.

Als Kinder- und Jugendpsychiater/in hatten sicher viele Kolleginnen und Kollegen bereits bei der Berufswahl neben dem rein fachlichen Interesse auch altruistische Motive, denn pekuniär wäre eine Tätigkeit als Kardiologin oder in der Pharmaforschung lohnender. Ist da noch Kraft und Raum und ist es psychohygienisch vertretbar, neben dem (oft fast unsichtbar, weil psychisch) belastenden Job und den berechtigten Anforderungen der eigenen Familie noch mehr von sich abzusehen und sich noch in anderen Feldern zu engagieren? Wir alle haben in unserer Ausbildung doch hoffentlich gelernt, nicht einem „Helfersyndrom“ zu erliegen, gut auf uns zu achten, uns abzugrenzen und auch unserer eigenen Seele Gutes zu tun.

Dennoch kann es sein, dass ein Erlebnis, eine Begegnung zu zusätzlichem Engagement motiviert. Davon handeln zwei Beiträge in diesem Heft, die be-

wusst aus einer persönlichen Perspektive berichten, wie es geschehen kann, dass man sich auch noch in seiner Freizeit altruistisch betätigt. Vielleicht wird aus den Beiträgen aber auch deutlich, wie viel Bestätigung, Freude und Genugtuung ein ‚Ausleben‘ unserer erworbenen Kompetenzen schenken kann, das nicht den Mechanismen und Zwängen unseres Gesundheitssystems unterliegt. Mir kam es beim Lesen so vor, als scheine der ursprüngliche Spaß am kinder- und jugendpsychiatrischen Helfen wieder auf, jenseits von Honorarverteilungsmaßstäben, Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen oder des alltäglichen Einforderns von Bescheinigungen oder Befundberichten.

Beide Berichte handeln vom Tätigwerden in fremden Weltgegenden – vielleicht ist das hilfreich oder sogar nötig, um diesen urtümlichen Spaß an unserer Fachlichkeit mit ausreichender Distanz zu unserem Alltag und unserem System empfinden und leben zu können. Allerdings könnte es doch auch dazu ermuntern, sich in unserer Gesellschaft zu Wort zu melden, unsere Demokratie gegen die Dämmerung der Unmenschlichkeit zu verteidigen, gerade als Kinder- und Jugendpsychiater/in auch als Anwalt/Anwältin einer der schwächsten Gruppen unserer Gesellschaft aufzutreten. Die bevorstehende Bundestagswahl wird richtungsweisend für den ‚common sense‘ in unserer Gesellschaft werden und deshalb sind in diesem Kontext auch die Wahlprüfsteine der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) hilfreich, die wir in diesem Heft mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe-Verlags abdrucken.

Ab dieser Ausgabe wird Dr. Klaus Oehler in einer eigenen Kolumne ‚für den Praktiker‘ zu Themen der Psychopharmakologie Stellung nehmen – auch dies bewusst persönlich, mit Spaß an der eigenen Position und der Diskussion mit den Kolleginnen und Kollegen. Es soll ein Ort werden, an dem Ihre Fragen als Fachkolleg(inn)en zu den verschiedensten Aspekten der pharmakologischen Behandlung Raum bekommen. Auch hier und auch für Sie gilt also: viel Spaß an der Beteiligung! Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Herr Kollege Dr. Oehler wieder die ‚Tegernseer Fachgespräche‘ organisiert, in diesem Jahr mit dem zu unserem Heftschwerpunkt passenden Thema „Probleme und Chancen der Migration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Zu den Referenten gehören mit Frau Alexandra Meindl-Müller, der UNICEF-Beauftragten für Deutschland und Frau Dipl.-Psych. Dr. Henrike Zellmann von „Ärzte ohne Grenzen“ zwei ausgewiesene Expertinnen für professionelles Engagement in Hilfsorganisationen; außerdem Dr. Karl Reitzle, Dipl.-Psych. Dominique Schmitt, Dr. med. Katharina Gadeholt, Dipl. -Psych. Maur-Lam-

bert, Prof. Dr. Götz-Erik Trott sowie Prof. Dr. Stich, der Leiter des tropenmedizinischen Instituts Würzburg. Die illustre Runde wird komplettiert durch den Geographen und Raumplaner in Palästina, Herrn Dipl.-Geogr. Philipp Zeikat sowie durch Herrn Wolfgang Jilke, Generalmajor a. D. und ehemaliger Force-Commander der UN-Truppen am Golan – eine wie ich finde hoch spannende Veranstaltung (7.-8. Juli, Terrassenhof in Bad Wiessee/Tegernsee, rasche Reservierung von Übernachtungsplätzen empfohlen, weitere Infos unter: <https://www.tegernseer-fachgespraeche.de>).

In eigener Sache: ab der nächsten Ausgabe wird unser Redaktionsteam, derzeit bestehend aus dem Gründungsherausgeber Christian K.D. Moik, dem langjährigen Chefredakteur Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski und seit Anfang des Jahres mir, durch Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand verstärkt. Wie Sie bereits in diesem Heft sehen: wir möchten im *Forum* in Zukunft noch stärker als bislang nicht nur Informationen über Fachthemen bieten, sondern auch einen Marktplatz der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: einen Ort des gegenseitigen Austauschs zwischen Kolleginnen und Kollegen. Vielleicht macht Ihnen das vorliegende Heft Lust darauf, sich persönlich zu äußern und aktiv zu beteiligen!

Ihr
Maik Herberhold

Ethische Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Chancen und Grenzen in Klinik und Praxis

Jochen Gehrman

Fallbeispiel 1: Ein neunjähriges Pflegekind wird von den Pflegeeltern mit Zustimmung der alleine sorgeberechtigten Kindesmutter in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wegen impulsiven Verhaltens, Stören im Unterricht, Aufmerksamkeitsproblemen vorgestellt und untersucht. Die Diagnostik ergibt ein ADHS, welches wegen eines inzwischen drohenden Schulausschlusses dringend nicht nur verhaltenstherapeutisch sondern auch medikamentös aus fachärztlicher Sicht behandelt werden sollte. Die Kindesmutter, gelernte Rechtsanwaltshefnerin, widerspricht der medikamentösen Behandlung mit der Begründung: Sie sehe ihren Sohn hauptsächlich in den Schulferien und erlebe ihn dann zwar lebhaft, aber vor allem belastet durch die Trennung von ihr. Sie sorge sich auch um Spätschäden einer Stimulanzientherapie.

Für den Facharzt stellen sich u.a. die Fragen: Ist das Kind bereits einwilligungsfähig? Komme ich mit der Kindesmutter in ein sachliches Gespräch? Drohe ich in einem evtl. Konflikt zwischen Pflegeeltern und leiblicher Mutter *quasi* in eine schwierige Sandwichposition zu geraten? Wie gehe ich mit meinem eigenen ärztlichen Wertesystem um?

Solche und andere Fragen stellen sich immer wieder im Praxis- bzw. Klinikalltag in unserem Fachgebiet (Ziegenhain & Fegert, 2007). Sie werden angesichts der aktuellen Familienentwicklungstrends in Deutschland, bspw. einem zunehmenden Anteil nicht-ehelich geborener Kinder mit gemeinsam sorgeberechtigten Eltern, rechtlichen Änderungen im Sorge- und im Umgangsrecht, vermutlich eher zunehmen, jedoch kaum abnehmen.

Wie gehen wir damit um? Als Einzelkämpfer? Von Fall zu Fall? Im Rahmen kollegialer Interventionen im Praxis- bzw. Stationsteam bzw. in mehr oder weniger regelmäßig stattfindenden Arbeitskreisen mit Berufskollegen?

Die bioethischen Grundprinzipien als Handlungskordinaten

Der Arzt befindet sich immanent in einem Spannungsfeld zwischen dem Autonomie-(d.h. Selbstbestimmungs-)Recht des minderjährigen Patienten (bzw. der Sorgeberechtigten) und dem Prinzip – überhöht ausgedrückt – Gerechtigkeit, d.h. dem fachlichen Anspruch, jeden Patienten nach bestem Wissen und Gewissen und dem aktuell gültigen wissenschaftlichen Standard behandeln zu wollen (Jonsen et al., 2006). Bekanntlich haben die meisten Konflikte jedoch einen emotionalen Kern und entstehen dann, wenn konträre Wertesysteme aufeinandertreffen. Wertesysteme berühren stets auch Krankheitskonzepte bzw. Vorstellungen über Gesundheit. Diese sind sozialisations- und kulturbedingt sehr unterschiedlich. Ich habe früh in meiner Weiterbildung von meinem damaligen Chef den Grundsatz gelernt (und bis heute fällt es mir schwer, diesen in der Praxis auch umzusetzen), eben nicht einseitig mein bildungs- und mittelschichtorientiertes Wertesystem automatisch Familien mit einem völlig anderen Sozialisationshintergrund und Wertesystem „überzustülpen“. Nicht selten erlebe ich bei meinen jüngeren Ärzten in Weiterbildung eine hohe Frustration mit einem hohen Leidensdruck, wenn Eltern eine medizinisch dringend erforderliche Behandlung ablehnen bzw. nicht so „mitarbeiten, wie wir uns das wünschen; „was wird denn nur aus dem Kind?“ heißt dann häufig die seufzend gestellte Frage. Unser ärztlicher Anspruch, unser *raison d'être*, ist es, „Gutes tun“ zu wollen. Nur was genau ist das Richtige für den Patienten im Einzelfall? Ist weniger tun, abwarten, manchmal zwar nicht das Beste, aber mittelfristig – ggf. über Umwege – zielführender? Abwarten manchmal realistischer als sofort handeln? Wir bewegen uns im Extremfall zwischen den Polen Nicht-Schaden („*Primum non nocere*“) und (dennoch) Gutes zugleich tun zu wollen (Beauchamp & Childress, 2008) (Abb. 1).

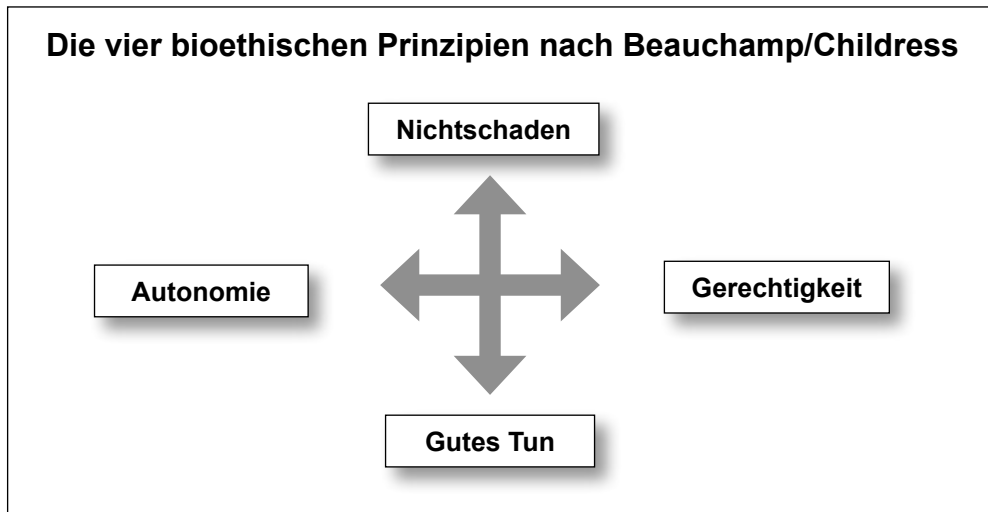


Abb.1: Die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp & Childress

In einer globalisierten Welt mit verstärkter Migration von Menschen aus ganz anderen Kultur- und Lebensräumen in unser Land benötigen wir vermehrt auch ethisch einen interkulturellen Dialog. In einer globalisierten Welt prallen mitunter kulturell und religiös sehr unterschiedliche Krankheitskonzepte und Wertesysteme aufeinander (Coors et al., 2014): In afrikanischen Kulturen heilen nicht selten Geisterbeschwörer Psychosen und die Betroffenen verbleiben in ihrer Großfamilie; in Mitteleuropa wird der einzelne Patient getrennt von seiner Familie vorrangig zunächst medikamentös behandelt. Männliche Patienten aus einer patriarchalisch geprägten Kultur tun sich möglicherweise schwer, sich von Ärztinnen untersuchen und behandeln zu lassen; umgekehrt treffen sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrscheinlich eher auf eine Ärztin bzw. eine Psychologin. So wurde eine Oberärztin, welche keinen weißen Kittel trug, nach einem etwa anderthalbstündigen Aufnahmegespräch von einem Vater gefragt: „Wann kommt endlich der Arzt?“

Ethische Fragen in der Medizin konfrontieren die Handelnden mit eigenen Unsicherheiten, welches Verhalten ‚moralisch‘ richtig ist. Damit beschäftigen wir uns dann – intrapersonell – mit unserem eigenen Wertesystem (Pavelka, 2017). Bezogen auf den Patienten und – insbesondere wenn wir im Team arbeiten – auf unsere Kollegen wird daraus immanent ein interpersoneller Konflikt. Immer dann, wenn unterschiedliche Wertesysteme aufeinander treffen, entstehen jedoch rasch Konflikte.

Ärzte orientieren sich an Leitlinien, Gesetzen, Standesrecht, Vorschriften usw.. Wenn entweder der Patient ein anderes Wertesystem bzw. ein divergentes Krankheitskonzept („*health belief*“) vertritt oder die Behandlungssache an sich nicht alleine aus einem Normensystem uneingeschränkt beurteilbar ist, dann können Konflikte zwischen der ärztlichen Behandlungsweise und dem Patientenwillen auftreten. In unserem Fachgebiet kann darüber hinaus der Wille des minderjährigen Patienten von dem der Eltern bzw. deren Ansichten stark voneinander abweichen.

Dimensionen ethischer Fallberatung

Moderierte Ethikfallbesprechungen in einer interdisziplinären Gruppe – wie sie bspw. in Österreich seit längerem zur Abschätzung akuter Kindeswohlgefährdungen (Gehrmann, 2007) an Kinderkliniken institutionalisiert sind – bieten möglicherweise einen Ausweg (Gather & Vollmann, 2015).

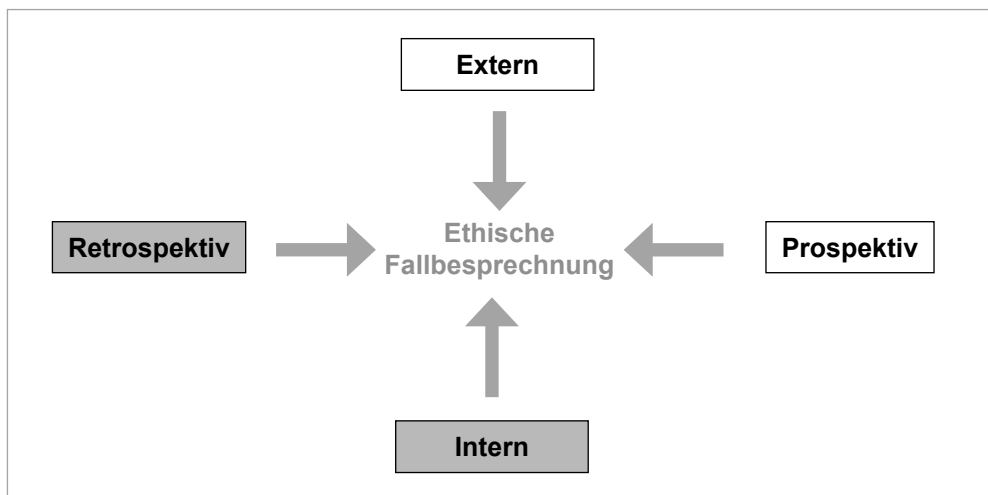


Abb. 2: Dimensionen ethischer Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen lassen sich in den Dimensionen *intern vs. extern* sowie *retrospektiv vs. prospektiv* beschreiben (Abb.2). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die interne und retrospektive Fallbesprechung im multiprofessionellen Team am häufigsten, bspw. nach schweren Suizidversuchen bzw. extrem aggressivem Verhalten von Patienten als multiprofessionelle Nachbesprechung auf Station. Bei medizinischen Behandlungsfragen, bspw. einer Zwangsmedikation eines psychotischen Jugendlichen über einen län-

geren Zeitraum bzw. der Zwangsernährung einer lebensbedrohlich untergewichtigen magersüchtigen Patientin ist hingegen eine externe und prospektive Fallbesprechung sinnvoll. Bei Bedarf macht es Sinn, wenn auch ein Jurist bzw. ein Verfahrenspfleger daran teilnimmt. Denn hier geht es um Weichenstellungen für die weitere Behandlung.

Bei sichernden Maßnahmen, bspw. einmaliger Fixierung, sind interne Handlungsempfehlungen zur Durchführung und Dokumentation wesentlich. Eher kurze Nachbesprechungen reichen dann meist aus.

Abwägung zwischen den Rechten von Kindern und Eltern

Grundlage für medizinische Entscheidungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte idealerweise die Selbstbestimmung des Patienten sein. *Informed consent* zwischen Arzt und Patient wird dann hergestellt, wenn der Patient nach einer angemessenen ärztlichen Aufklärung der Behandlung freiwillig zustimmt.

Jedoch sind Kinder und Jugendliche keine „kleinen Erwachsenen“ (Fegert, 2007). Die 1990 in Kraft getretene UN-Kinderschutzkonvention formuliert u.a. als Grundrecht für jedes Kind (a) „das Recht auf Gesundheit“ und (b) das Recht, sich zu informieren, sich mitzuteilen und gehört zu werden (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016). Gesunde Kinder sind – nach aktuellem wissenschaftlichen Stand – spätestens ab dem 8. Lebensjahr grundsätzlich in der Lage, einen eigenen Willen klar zu bekunden (Dippold et al., 2006; Klother, 2016). Andererseits unterliegen sie der Fürsorge- und Schutzpflicht der sorgeberechtigten Eltern, denen nach §1631(1) BGB die Pflicht und das Recht zusteht, „das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen“, d.h. im Alltag dürfen (und müssen?) die Eltern bis zur Volljährigkeit grundsätzlich (noch) alle gesundheitlich relevanten Entscheidungen für ihr Kind treffen (Gehrmann, 2008). Elterliche Pflichten und Rechte mit dem Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen miteinander zu vereinbaren, kann den Arzt bzw. Psychologen (letztendlich alle Berufsgruppen) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ein nicht unerhebliches Spannungsbzw. Konfliktfeld bringen (Abb.3). Diese Konflikte werden sich mit der anstehenden Umsetzung der Reform des § 1631b BGB möglicherweise eher noch verschärfen (DGKJP, BKJPP & BAG KJPP, 2016).

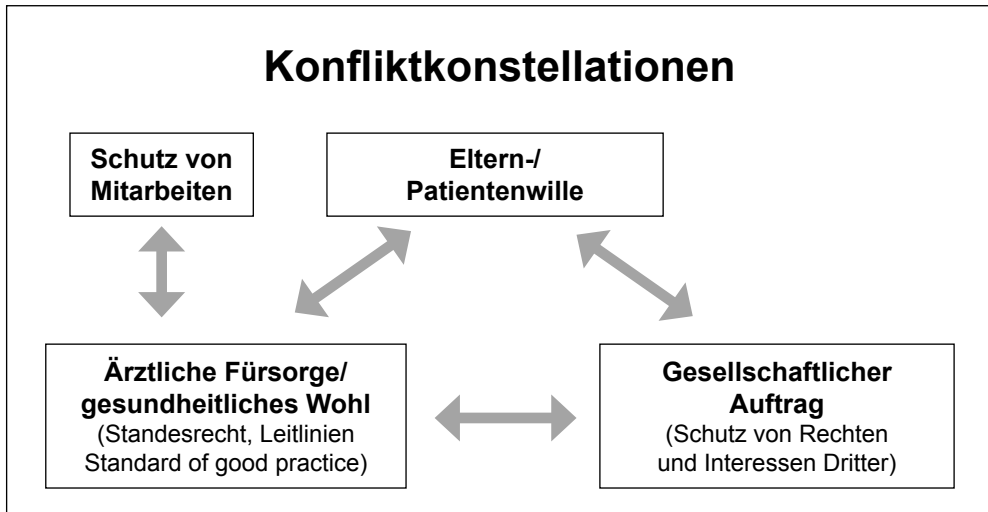


Abb.3: Elterliche Pflichten und Rechte im Spannungs- bzw. Konfliktfeld mit dem Selbstbestimmungsrecht von Kindern und Jugendlichen

Gesundheitliche Probleme des minderjährigen Patienten bspw. akute Psychosen, Drogenmissbrauch, aber auch Autismus, können dessen Fähigkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen wesentlich beeinträchtigen. Schwere psychische Erkrankungen von Eltern, bspw. Psychosen, Sucht, können wiederum deren Erziehungs- und Entscheidungskompetenz gravierend beeinträchtigen (Gehrmann & Sumargo, 2009). Damit orientiert sich die Therapieentscheidung stets am Gesamtwohl des Kindes, das gemäß seiner geistig-sittlichen Reife zu beteiligen ist.

Hochstrittige Eltern stellen ihre Kinder vor massive Loyalitätskonflikte; ein gemeinsam sorgeberechtigtes Elternteil kann sinnvolle Entscheidungen unter Umständen sehr verzögern bzw. sogar länger blockieren. Denn auch zu einer Behandlung bspw. eines ADHS mit zugelassenen Medikamenten bedarf es der Zustimmung beider sorgeberechtigter Elternteile.

Kinder entwickeln häufig seelische Störungen in pathologischen Familiensystemen; eine verzernte intrafamiliäre Kommunikation und gestörte Eltern-Kind-Interaktion schaffen in der Behandlung zusätzliche Herausforderungen.

Externe ethische Fallbesprechungen (Abb. 4) sind in Konfliktsituationen, in denen die Autonomiebedürfnisse der minderjährigen Patienten bzw. ihrer Sorgeberechtigten primär der ärztlichen Fürsorgepflicht gegenüberstehen, hilfreich, um eine neutrale Perspektive einzubeziehen, eine emotionalisierte

Diskussion zu versachlichen und sorgfältig Nutzen bzw. Risiko ärztlichen Handelns bzw. Nicht-Handelns abzuwägen. Sie entheben aber den Arzt bzw. Psychologen nicht davon, sich geduldig um einen tragfähigen Beziehungsaufbau mit dem Patienten und seinen Eltern zu bemühen, sich in die subjektive Sichtweise der Familie hineinzusetzen, und ggf. Kompromisse auszuhandeln.

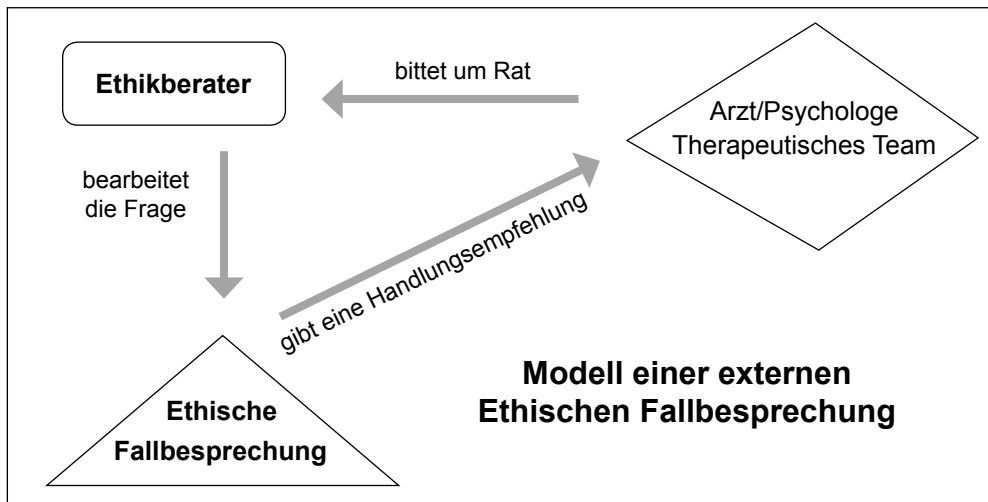


Abb. 4: Modell einer externen ethischen Fallbesprechung

Schließlich entlasten ethische Fallbesprechungen den Arzt nicht davon, nach bestem Wissen und Gewissen schwere gesundheitliche Gefahren von seinem minderjährigen Patienten abzuwenden. Bei den im Alltag wiederkehrenden Konfliktfeldern geht es meist um Therapieziele und -optionen (insbesondere auch Medikamente), Zwangskontexte bzw. eine Behandlungsplanung einschließlich der Planung weiterer Perspektiven z.B. gemeinsam mit der Jugendhilfe.

Behandlung in einem Zwangskontext

In Fällen akuter Eigen- bzw. Fremdgefährdung darf und muss der relativ unklar definierte Rahmen der Personensorge nach §1631 BGB ggf. kurzzeitig verlassen werden (bspw. falls Sorgeberechtigte akut nicht verfügbar sind), um nach den PsychKG-Landesgesetzen eine richterliche Genehmigung zur Abwehr einer akuten gesundheitlichen Gefahr zu erwirken. In unserem klinischen Alltag sind tatsächliche Unterbringungen nach PsychKG aber eher

die Ausnahme. Unterbringungen nach §1631b sind begrenzt auf etwa 2% der im Jahr hier stationär etwa 240 behandelten Patienten, d.h. wir sprechen über eine relevante kleine, jedoch dann umso mehr herausfordernde Patientengruppe. Dabei spielt der Verfahrenspfleger als Anwalt der Interessen des Kindes eine wichtige Rolle. Diesem Umstand, d.h. der verpflichtenden Beteiligung eines Verfahrenspflegers als Anwalt der Interessen des Kindes wird auch bei der Reform des § 1631b BGB Rechnung getragen (DGKJP, BKJPP & BAG KJPP, 2016).

Weitere familiengerichtliche Interventionen, bspw. Übertragungen von Teilen der elterlichen Sorge, bspw. der Gesundheitsorge, um eine medizinisch notwendige medikamentöse Behandlung durchzuführen, auf ein Elternteil bzw. einen Amtsvormund, sind bei uns noch seltener.

Geduld, der gegenseitige Respekt vor ärztlicher Heilkunst und der Autonomie des Patienten und seiner Eltern bzw. kulturell anderen Wertesystemen, Einfühlsamkeit und schließlich – sich Zeit lassen und geben – sind im Alltag die hilfreichsten ‚Heilmittel‘, um einen Interessenausgleich auf einen guten Weg zu bringen. „Sich gegenseitig zuzuhören“ – ggf. auch mit einem Sprach- und transkulturellen Dolmetscher – schafft Vertrauen als Basis für ein Behandlungsbündnis.

Ablauf einer ethischen Fallberatung

Wie kann eine ethische Fallberatung in besonders strittigen Fällen ablaufen? In unserer Praxis kommt ein Mischmodell zwischen interner und externer Fallberatung zur Anwendung (Abb. 5), d.h. nachdem eine interne Teambesprechung meist noch keinen Lösungsweg einvernehmlich aufgezeigt hat, wendet sich der zuständige Oberarzt bzw. auch der Chefarzt an einen externen Ethikberater (das kann je nach Fall ein systemischer Berater sein bzw. ein ärztlicher Kollege mit Supervisionserfahrung bzw. ein Jurist und auch schon ein Theologe mit Supervisionsexpertise) (Heinemann, 2005). Zentral wichtig ist, dass der Moderator nicht mit der Klinik liiert ist bzw. anderweitig in einem Interessenkonflikt steht und außer dem theoretischen Wissen auch praktischen Einblick in die Behandlungsrealität einer Klinik haben. Nicht-Mediziner können diese neben Weiterbildungen auch durch Hospitationen im Klinikbereich erwerben.

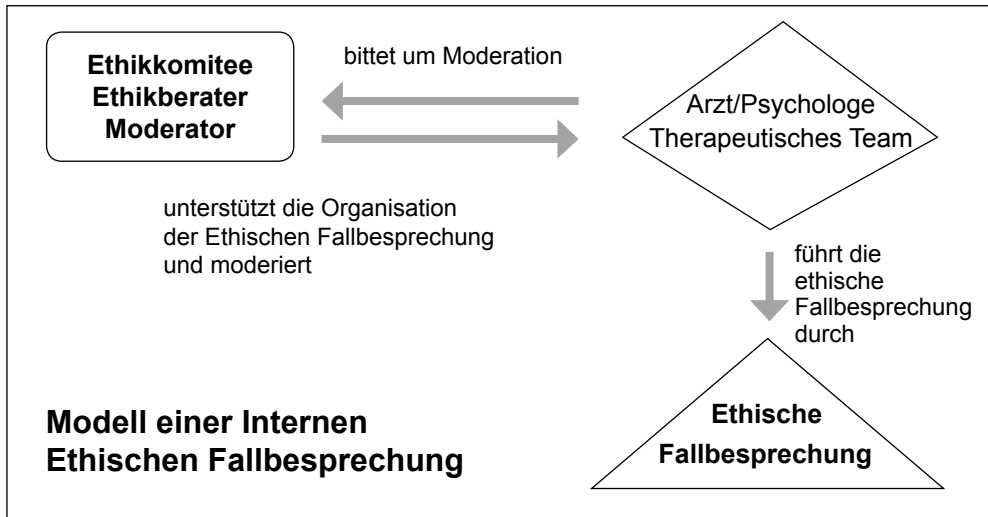


Abb. 5: Modell einer internen bzw. gemischten ethischen Fallbesprechung

Der Ablauf folgt dann etwa diesem Schema (Abb. 6):

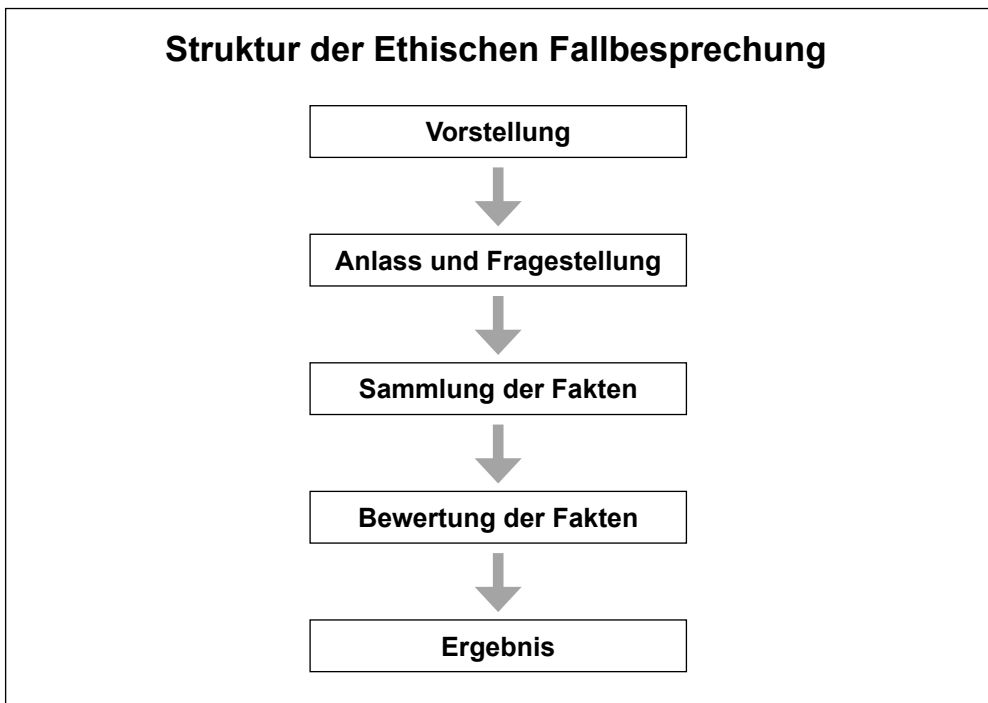


Abb. 6: Struktur der ethischen Fallbesprechung

Das Ergebnis ist naturgemäß nicht rechtlich verpflichtend, gibt aber durch neue Sichtweisen in der Regel lösungsorientierte Anregungen für die Behandlung bzw. zuvor, um erneut mit den Beteiligten Patient, Eltern, Jugendhilfe, Lehrern nach einer einvernehmlichen Zwischenlösung zu suchen – stets im Spannungsfeld zwischen „Nicht schaden“ und „Gutes tun“ wollen.

Ferner ist das Ergebnis meist prozessorientiert, d.h. nicht abschließend das „Ei des Kolumbus“, aber eine Zwischenlösung, um Aufträge zu klären und Stillstand zu überwinden, d.h. dynamisch orientiert.

Gelungen haben wir eine primär juristisch moderierte Fallberatung erlebt, bei der infolge auch die Eltern und die Familienhelferin einbezogen wurden:

Fallbeispiel 2: Ein damals 14jähriger Patient, der vor zwei Jahren mit seinen Eltern und Geschwistern nach Deutschland eingewandert war, wurde zum xten Mal wegen einer schwersten Psychose, diesmal vom Vater und einem Bruder zur Aufnahme gebracht. Patient und Eltern vermochten weder die Diagnose noch unser Behandlungsangebot zu akzeptieren, reagierten auf die existentielle Entwicklungsbedrohung des Patienten durch diese Erkrankung hochgradig ambivalent zwischen der Suche nach Schutz und Hilfe und der Ablehnung bspw. einer medikamentösen Behandlung. Diese Ambivalenzen im Familiensystem spiegelten sich auf Station in einem sehr widersprüchlichen, zeitweise hochgradig regressiv-bedürftigen und dann abrupt vehement aggressiven Verhalten des Patienten wider.

In einer ersten Fallbesprechung in Anwesenheit der Familienhelferin, welche aus dem Herkunftsland der Familie stammte, gelang es, die Ambivalenzen zwischen den Autonomiewünschen des Patienten und den kulturellen Prägungen der Herkunftskultur der Eltern sowie gemeinsamer Ängste plastisch herauszuarbeiten.

In einer zweiten Fallbesprechung dann mit Anwesenheit eines auch transkulturell übersetzenden Dolmetschers gelang es aus dem Offenlegen der Ängste der Eltern (ein Elternteil geprägt durch traumatisch erinnerte eigene Psychiatrieaufenthalte im Herkunftsland) und der Ängste der Teammitglieder „Nicht helfen zu können“, ein erstes tragfähiges Arbeitsbündnis zu schließen. Unter sorgsamer Berücksichtigung der Autonomiewünsche des Patienten und seiner Eltern, aber auch dem ärztlichen Behandlungskodex gelang es dann in kleinen Schritten, mühsam einen gemeinsamen Weg zu beschreiten, der schließlich zu einem gut begleiteten Übergang des Patienten in eine durchaus räumlich entferntere, aber sehr auf die Bedürfnisse des Jugendlichen abgestimmte therapeutische Einrichtung führte.

Grenzen ethischer Fallberatungen

Gerade an der Schnittstelle zur Volljährigkeit bzw. auch bei hochzerstrittenen bzw. unbehandelten, jedoch massiv psychisch kranken Eltern, erleben wir nicht selten auch die Grenzen ethischer Fallberatungen:

Fallbeispiel 3: Eine 17jährige Patientin mit einer Anorexia nervosa befand sich beinahe ein Jahr in stationärer Behandlung. Immer wieder waren Zwangsernährungen per Sonde medizinisch notwendig, wurde auch mit Zustimmung der sorgeberechtigten Eltern und vorhergehender gerichtlicher Genehmigung nach §1631 BGB mit persönlicher richterlicher Anhörung sowie Beteiligung einer Verfahrenspflegerin dann durchgeführt, als die Patientin jede orale Nahrungsaufnahme verweigerte und dadurch (wieder) in einen lebensbedrohenden Gesundheitszustand zu geraten drohte. Im Vorfeld ihrer Volljährigkeit hatten wir angeboten, die Patientin weiter zu behandeln. Mit Erreichen ihrer Volljährigkeit gestaltete sich die Behandlung rasch erneut durch eine Nahrungsverweigerung der sehr intelligenten Patientin sehr schwierig und war aus medizinischer Sicht nur noch erneut mittels einer Sondenernährung zu verantworten. Dies lehnte die inzwischen volljährige Patientin jedoch vehement ab. Eine ethische Fallberatung fokussierte insbesondere auf das Autonomierecht der Patientin im Spannungsfeld zum ärztlichen und ethischen Anspruch, sie „nicht verhungern“ zu lassen. Anfragen beim Ethikkomitee bzw. dem zuständigen Vormundschaftsgericht liefen letztendlich daraus hinaus, dass aus juristischer Sicht der gerade erst volljährigen Patientin „ein Recht auf Erkrankung“ zugebilligt wurde, so dass keine rechtliche Handhabe bestand, die Patientin erneut gegen ihren Willen per Zwang zu ernähren, sondern einzig sie gegen ärztlichen Rat auf ihren eigenen Wunsch hin zu entlassen. Anzumerken ist, dass uns dies – auch angesichts der Verzweiflung der Eltern – sehr schwer fiel. Eine anschließende Fallsupervision vermochte das Behandlungsteam aufzufangen, auch wenn wir schmerzlich die Grenzen unseres Anspruchs „Gutes tun“ zu wollen erfahren mussten.

Wer sind Ansprechpartner für die Moderation ethischer Fallbesprechungen?

Auf Klinikebene sind dies Krankenhausethikkomitees, in Rheinland-Pfalz im niedergelassenen Bereich bei der KV angesiedelte Ethikkomitees. Außerdem macht es Sinn, die Institute für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an den Universitäten anzusprechen. Auf Bundesebene erarbeitet die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer Richtlinien der Ethikberatung in der klinischen Medizin und unterstützt deren Weiterentwicklung (Richter-Kuhlmann, 2017).

In unserer Klinik haben wir ferner seit 2016 vier Ansprechpartner für Mitarbeiter benannt, an die sie sich bei Belastungen aufgrund besonders herausfordernder Situationen (bspw. vehement aggressives Verhalten von Patienten) vertraulich wenden können, was als sehr entlastend erlebt wird.

Im Krankenhaus sind mittlerweile mehrere Ärzte – berufsbegleitend – zu Ethikberatern ausgebildet worden.

Ethische Fallberatungen setzen Freiwilligkeit, Unabhängigkeit und Kompetenz des Moderators, einen interdisziplinären Austausch und eine – oftmals mit Tücken im Alltag behaftete – strikte Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht voraus.

Wichtig ist es zu Beginn und am Ende jeder Fallberatung zu betonen, dass deren Empfehlungen weder in die Entscheidungsbefugnis des behandelnden Arztes eingreifen dürfen noch dessen Verantwortung aufheben.

Fazit

Ethische Fallberatungen können helfen, klinisch-ethische Fragestellungen bzw. Konflikte konkret herauszuarbeiten und Handlungsoptionen interdisziplinär zu erörtern bzw. dem Behandler bzw. dem Behandlungsteam ein Votum für evtl. alternative Behandlungsstrategien bzw. weitere Maßnahmen zu geben.

Dabei geht es nicht um organisatorische bzw. interpersonelle Konfliktfelder im Behandlungsteam. Denn diese gehören in eine Fall- bzw. Teamsupervision bzw. -moderation. Vielmehr geht es primär um einen klinisch-ethischen Handlungskonflikt. Im Alltag muss aber eingeräumt werden, dass es zwischen diesen beiden Fragestellungen durchaus Überlappungen gibt.

Der Moderator sollte idealerweise klinisch und ethisch kompetent sei. Zentral ist seine Unabhängigkeit. Die Akademie für Ethikberatung in der Medizin bietet bspw. zum Kompetenzerwerb gerade Ärzten eine freiwillige, dreistufige Zertifizierungsweiterbildung berufsbegleitend an.

Der zeitliche und organisatorische Aufwand für eine ethische Fallbesprechung ist hoch und kostenintensiv. Eine Refinanzierung seitens der Kostenträger ist dem Autor bisher nicht bekannt. Daher gilt es sorgsam Nutzen und Aufwand einer ethischen Fallberatung gegenüber einer klassischen Fallsupervision abzuwägen. Nach der Erfahrung des Autors bleibt diese daher gegenwärtig auf besonders schwerwiegende und komplizierte Einzelfälle beschränkt.

Eine ethische Fallberatung könnte dennoch mittelfristig *standard-of-good-practice* auch in einer multiprofessionellen und teamorientierten Kinder- und Jugendpsychiatrie werden (Gehrmann, 2017). Externe Ethikberater können dabei hilfreich sein, jedoch nur insofern sie selber den Praxisalltag etwas kennen, lösungsorientiert arbeiten und tunlichst nicht *ex cathedra* zu belehren versuchen.

Eine ethische Fallberatung kann den ärztlichen Handelnden nicht die Verantwortung für ihre letztendliche Entscheidung abnehmen, kann sie aber dadurch entlasten, dass – im interpersonellen Diskurs – primär intrapersonelle Intuition („*ein Bauchgefühl*“) in ein gut begründetes und gemeinsames Handeln mündet.

Die regelmäßige Kommunikation über ethisch relevanten Fragen kann das Wir-Gefühl und die Arbeitsatmosphäre in einem Klinik- bzw. Praxisteam mittelfristig stärken bzw. verbessern.

Literatur:

Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (2008) Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl., Oxford University Press.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016) Die Rechte der Kinder.

Coors M.; Grützmann, T.; Peters, T. (Hrsg.) (2014) Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege, Edition Ethik Band 13, Edition Ruprecht, Göttingen.

DGKJP, BKJPP & BAG KJPP (2016) Positionspapier der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft DGKJP und der Fachverbände BAG KJPP, BKJPP zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 44: 495-496.

- Dippold, I.; Fegert, J.M.; Rothärmel, S.; Wiethoff, K.; Wolfsgast, G. (2006)* Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen.
- Fegert, J.M. (2007)* Patientenautonomie – Minderjährige als Patienten. *Familie-Partnerschaft-Recht* 13: 76-78.
- Gather, J. & Vollmann, J. (2015)* Klinische Ethikberatung. *Psyche im Fokus*, 1: 38-40
- Gehrmann, J. (2007)* Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. *Jugendhilfe* 45 (4), 197-207.
- Gehrmann, J. (2008)* Begutachtungen im Sorge- und Umgangsrecht: Aktuelle Herausforderungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Recht & Psychiatrie* 26, 89-101.
- Gehrmann, J.; Sumargo, S. (2009)* Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 157 (4): 383-94.
- Gehrmann, J. (2017)* Der aktuelle Stellenwert ethischer Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Ludwigshafener Ethische Rundschau* 6 (1): 13 – 18.
- Heinemann, W. (2005)* Ethische Fallbesprechung: eine interdisziplinäre Form ethischer Fallberatung. Hrsg. Ethik und Seelsorge in der MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH in Köln.
- Jonsen, A.R.; Siegler, M.; Winslade, W. J. (2006):* Klinische Ethik. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007,
- Klother, K. (2016):* Kindeswohl im Rahmen von Therapie-Entscheidungen bei minderjährigen Patienten. *Ludwigshafener Ethische Rundschau* 5 (2): 7-10.
- Pavelka, J. (2017)* Was ist ein moralischer Konflikt? *Ludwigshafener Ethische Rundschau* (6) 1: 8 – 12.
- Richter-Kuhlmann, E. (2017)* Ethikberatung: gemeinsam zur Entscheidung. *Deutsches Ärzteblatt* 114 (17): B 702 – B 703.
- Ziegenhain, U.; Fegert, J.M. (Hg.) (2007)* Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Ernst Reinhardt Verlag.

Autor

Dr. med. Jochen Gehrmann

St. Marien- und St. Anastifts Krankenhaus Ludwigshafen am Rhein

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Karolina-Burger-Straße 51

67065 Ludwigshafen

Tel. 0621 5702 4222

Fax 0621 5702 4242

Email: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de

Homepage: <http://www.st-marienkrankenhaus.de>

*Vorstellung und Anregung
zu einer Arbeit über Professionen hinaus auf Augenhöhe*

Gruppentherapeutisches Design für unsichere/ausgegrenzte Kinder

Peter Frank & Uwe Scheunemann

Vorbemerkungen zum gruppentherapeutischen Design aus pädagogischer Sicht¹

Im Rahmen meiner Arbeit kam ich immer wieder mit unsicheren und ausgegrenzten Kindern in Kontakt. Dabei konnte ich erleben, dass viele Schwierigkeiten von Kindern und ihrer Familien im Zusammenhang mit Ausgrenzung der Kinder in ihren Peergroups (Schulklasse, Vereine) stehen. Mir wurde schnell klar, dass ein neues Konzept notwendig ist.

Als systemischer Therapeut und Trainer für soziale Fertigkeiten entwickelte ich ein Konzept für eine soziale Gruppenarbeit für sozial ausgegrenzte Kinder, ein systemisches Elterncoaching sowie ein Trainingsprogramm für Schulklassen. Alle drei Konzepte greifen ineinander und sind körper- und erlebnisorientiert angelegt. Im Rahmen meiner Tätigkeit in der Jugendhilfe habe ich dies alles in der Praxis anwenden und weiterentwickeln können.

In den Jahren 2003/2004 konnte ich Uwe Scheunemann bei der Gründung seiner Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie unterstützen. Hierbei entstand die Idee, die Konzepte zu einem neuen gruppentherapeutischen Design für die Arbeit mit sozial unsicheren und ausgegrenzten Kindern in der sozialpsychiatrischen Praxis anzupassen.

Im Frühjahr 2009 fand der erste Methoden-Workshop für die Therapeutinnen der Praxis statt. In vier Tagen erprobten die Therapeutinnen alle Übungen und das Konzept wurde weiter an die Bedürfnisse einer modernen Sozialpsychiatrie angepasst.

¹ von Peter Frank

Vorbemerkungen zum gruppentherapeutischen Design aus kinder- und Jugendpsychiatrischer Sicht²

Mein Kontakt zu sozial unsicheren und ausgegrenzten Kindern ergibt sich aus meiner langjährigen Tätigkeit als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in eigener Praxis.

Durch meine tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ausbildung sowie die Ausbildung an einer systemischen Klinik bin ich mit verschiedenen Therapieschulen vertraut. Für Kinder, die erhebliche Probleme in der Selbststrukturierung und im sozialen Bereich haben, fand ich in den verschiedenen bekannten Manualen teilweise Ansätze, die in meiner Praxis angewandt wurden. Mir fehlte jedoch das Verbindende in den Programmen: Soziale Probleme, Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben und belastete Interaktion mit den Eltern wurden teilweise isoliert gesehen und auf verschiedenen Ebenen mit verschiedenen Methoden behandelt.

In der Praxis zeigten sich immer wieder die Grenzen der mir bekannten Manuale. Die Rückmeldungen der Eltern zeigten in diese Richtung. Zitate: „Wir streiten zu Hause weniger – aber die Hausaufgaben sind immer noch sehr belastend“, „Er schafft zwar die Hausaufgaben jetzt etwas besser – aber dann hängt er rum und hat niemanden mit dem er sich treffen kann“ und „in der Schule läuft es jetzt, aber er hat keine Freunde – das drückt auf die Stimmung von uns allen zu Hause“.

Durch meine langjährige Freundschaft mit Peter Frank ergab sich die für mich einmalige und faszinierende Möglichkeit, ein Therapieprogramm speziell für sozial unsichere und ausgegrenzte Kinder zu entwickeln. Dabei trafen die enorme Methodenvielfalt und die Erfahrung aus ‚100 Jahren‘ Jugendarbeit von Herrn Frank auf meine langjährige klinische Erfahrung. Ohne unsere sehr ‚spezielle Art‘ über ‚Grenzen hinweg‘ Neues auszuprobieren und zu denken wäre dieses Programm so sicherlich nicht entstanden. Wir nutzten meine Praxis als Labor um unser Programm stetig zu verbessern und an die Gegebenheiten der Praxis anzupassen.

² von Uwe Scheunemann

Soziales Kompetenztraining aus pädagogisch/medizinischer Sicht

Durch langjährige Ausgrenzung haben es viele Kinder nicht gelernt, Teil einer Gemeinschaft/Gruppe zu sein. Wenn Freundschaften aufgebaut werden, sind sie entweder nicht tragfähig oder tragen ein aggressives Muster in sich. Häufig stehen diese Kinder in den Pausen ‚alleine herum‘ oder sind in Auseinandersetzungen eingebunden. Nicht betroffene Kinder kennen den ‚Schalter‘ der betroffenen Kinder. Dieses führt häufig zur weiteren Rollenverstärkung des ‚schwarzen Schafs‘.

Bei der Anamnese ist die Frage nach den sozialen Kontakten der Punkt, in deren Verlauf es immer sehr still wird. Häufig fangen die Mütter an zu weinen, die Kinder sind verschämt und traurig, teilweise sogar verzweifelt. Die Kinder werden ab einem bestimmten Alter nicht mehr zu Geburtstagen eingeladen, teilweise wird von den Eltern anderer Kindern verboten, mit den sozial unsicheren oder ausgegrenzten Kindern zu spielen. Es findet eine aktive Ausgrenzung statt.

Zu den allgemeinen schulischen Problemen treten soziale Probleme hinzu. Es fällt mir immer wieder auf, wie wenig die Eltern über die Qualität und Quantität der sozialen Kontakte ihrer Kinder wissen. Sie bagatellisieren oder nehmen die Wünsche und Sorgen ihrer Kinder häufig nicht wahr. Teilweise wird versucht, die Kinder in einen Sportverein zu ‚stecken‘ – hier treffen sie mit ihren alten Mustern auf bekannte Strukturen.

Häufig sind das Selbstbildnis und das Selbsterleben nachhaltig gestört. Durch unser gruppentherapeutisches Konzept gelingt es den Kindern, aus alten Mustern hervorzutreten, Alternativen erlebbar zu machen und neue Verhaltensmuster auszuprobieren.

Das Erlebte und Unmittelbare halten wir dabei für sehr wichtig – sich spüren, aber auch das Gegenüber erleben. Die eigenen Grenzen erfahren, aber auch die Grenzen des Gegenübers.

Die Interaktion mit den Eltern ist durch langjährige Kämpfe häufig stark irritiert – auch hier ist ein gemeinsames Erleben ein wichtiger Baustein.

Soziale Kontakte sind die Triebfeder für ‚Handeln‘, denn wenn ich eine Vereinbarung habe, dann habe ich die Energie, mich meinen Aufgaben voll zu widmen.

Zielgruppe

Das Kursdesign zielt auf sozial unsichere/ausgegrenzte Kinder im Alter von 7 bis 12 Jahren, die in ihrer Peergruppe, z. B. der Schulklasse, soziale Ausgrenzung erfahren und zum Teil auf Ausgrenzung verhaltensoriginell reagieren.

In den Therapieprozess werden die Eltern und Geschwister mit eingebunden. Dabei wird gerade in den Bereichen ‚schwierige Aufgaben gemeinsam meistern und Grenzen erkennen und setzen‘ eine intensive Begleitung der Familien geboten. Es wird live und spielerisch an einer exemplarischen Lösung gearbeitet. In einer konstruierten spieleähnlichen Situation können die neuen Lösungen erprobt werden. Der Transfer des Erlebten wird in Familien- und Elterngesprächen mit einem Therapeuten begleitet.

Ziele

In diesem erlebnisintensivem Ansatz wird großer Wert auf die Verbindung zwischen Körper und Psyche gesetzt. Dabei werden intensiv Intelligenz des Körpers und Auswirkungen der körperlichen Erfahrung auf Denk- und Verhaltensmuster genutzt. Die Kinder und ihre Familien machen durch gezielte Übungen neue Erfahrungen miteinander. Dadurch gelingt es häufig, eingefahrene und nicht praktikable Verhaltensmuster zu erkennen und neue Wege zu gehen.

Die Kinder und ihre Familien sollen nicht nur wissen, wie es funktionieren würde, sondern spüren, wie die Beziehungen wieder tragfähiger werden, wie eine sozialverträgliche Interaktion funktionieren kann.

Wir vermitteln, wie es sich ‚verkörpert‘, dass aus einer abstrakten Idee Handlungen entstehen, die in verschiedenen Situationen spielerisch und lustvoll eingeübt werden können.

Mit den Trainingsmethoden, die am Erleben und somit auf einer tieferen Bewusstseinssebene ansetzen, ermöglichen wir den Kindern, sehr schnell und einprägend neue Erfahrungen im Erleben von sich als Individuum und als Gruppenmitglied zu machen.

Jeder Sportler – egal ob Freizeit- oder Leistungssportler – weiß, dass er nur durch Training die Leistung verbessern kann. Allein das Lesen oder Erlernen von neuen Methoden bringt erst Fortschritte, wenn es eingeübt und das direkte Feedback des Körpers und der Umwelt miteinbezogen wird.

Außerdem gehen wir bei unseren Überlegungen davon aus, dass Kinder, die in der Klasse schlecht integriert sind und keine sozialen Kontakte in der Klassengemeinschaft finden, es auch mit dem Lernen schwer haben werden.

Sobald die Kinder in den Klassenverband integriert sind und sich die familiäre Situation entspannt, ist es den Kindern auch leichter möglich, an einem gut strukturierten Schreibtisch ihre Aufgaben in einer angemessenen Zeit zu erledigen, insbesondere, wenn es dann noch den Anreiz gibt, sich nach den Hausaufgaben mit den neu gewonnenen Freunden zu treffen.

Der erlebnisintensive Ansatz setzt also bei der Stärkung der Persönlichkeit, bei der Motivation und der Rolle in der Gruppe und der Familie an und lässt die Kinder hier neue Erfahrungen machen.

1. Aufbau des Trainings

In den Gruppen wird zunächst auf die Förderung der Gruppendynamik vor dem Hintergrund der individuell entwickelten Ziele der Kinder und ihrer Familien fokussiert. Das heißt, bevor die Kinder das erste Mal in die Gruppe gehen, gibt es zwei einzelne Termine: einen mit den Eltern (Familiengespräch) und einen ohne die Eltern, in dem die individuellen Ziele (SMART) erarbeitet werden. Darüber hinaus bekommen die Kinder und die Eltern schon die Hausaufgabe, anderen von ihrem Vorhaben, etwas Neues zu erlernen, zu berichten, um sich im sozialen Umfeld Helfer zu suchen. Das Ziel soll verbindlicher werden.

Die Kinder, die bisher in Gruppen sehr oft soziale Ausgrenzung erlebt haben, sollen wieder positive Erfahrungen in einer Gruppe machen.

Zwei systemische Prozesse werden so parallel begleitet: in der Familie und in dem Erleben von Peergroups.

In den ersten Gruppenterminen bemühen sich alle, sich von ihrer besten Seite zu zeigen, und beginnen sich aneinander anzunähern (vgl. W. Tuckmann: Vier-Phasen-Modell der Teamentwicklung). Die Therapeuten schaffen gerade für die ersten Termine eine heimelige Atmosphäre (Tee, Kakao, Kekse, Kissen auf dem Boden, angenehmes Licht).

Die Gruppe bekommt eine feste Struktur und Rituale vorgegeben, nach diesem Muster werden die Gruppen dann immer ablaufen. Dies schafft Sicherheit, die gerade bei diesen sozial verunsicherten Kindern wichtig ist und ermöglicht den Kindern sich auf ‚sicherem Boden‘ einander anzunähern (Führung der Therapeuten und Struktur geben ist in dieser Phase sehr wichtig).

Struktur der Gruppentermine

Der Gruppenarbeit vorgeschaltet sind zwei Termine (je 45-60min):

1. Familiengespräch
2. Einzelgespräch mit dem Gruppenteilnehmer

Beide Termine dienen der Fokussierung des Ziels.

Die Gruppenarbeit erstreckt sich über insgesamt 12 Termine à 90 min., zwei davon sind Multifamilientermine, d.h. alle Kinder sind mit ihren kompletten Familien anwesend.

Jede Gruppenstunde hat die gleiche Struktur. Dies ist wichtig, da Regelmäßigkeit und Rituale gerade sozial unsicheren und ausgegrenzten Kindern Sicherheit geben.

Die Warm-ups sind thematisch passend zu den Termininhalten ausgewählt. In den ersten Gruppenstunden geht es vorrangig um Kooperation und Teambildung.

1	Ankommen (Tee und Kekse in heimeliger Atmosphäre, persönliche Begrüßung, Smalltalk)	10 min
2	Warm-up (WUP)	5-10 min
3	Talkingstick-Runde und Blitzlicht	15 min
4	Gruppentherapeutische Übung	45 min
5	Auswertung und Abschlussrunde	10 min

Angewandte Methoden

Beispiele der Übungen und Methoden aus den 12 Einzelterminen:

- Turmbau (Kooperationsaufgabe für die Gruppe)
- Krafttiere (Ressourcenaktivierung) – Phantasiereise – malen/kneten
- Kontaktbild
- Familien-Formel I (Multisystemisches Konzept)
- Gruppenwappen
- Konstruktive Gruppe
- Warme Dusche oder Feedback – Skulptur – Timeline (Abschluss)
- Krafttiere der Familie
- Krafttier-Zoo
- Abschiedsfest

Die Therapeuten probieren alle Übungen an sich selber aus und lernen so auch selber aus dem eigenen Erleben. Der Therapeut hat auf einen Blick alle notwendigen Informationen zu den Übungen inkl. Zeit- und Materialbedarf.

Evaluation

Im Rahmen der Jugendhilfe erfolgte die Evaluation über die individuellen Hilfeplangespräche und die Hilfeverlaufsauswertung. Hier gab es überdurchschnittlich viele Zielerreichungen bei den Zielen, die sich mit dem sozialen Lernen und der Reintegration der Kinder in die Klassenverbände befassten, und bei den gesamten Familiensystemen.

Für die Evaluation in der Praxis Scheunemann wurde ein Werkzeug entwickelt, dass sowohl der Evaluation als auch dem Bewusstwerden des Prozesses für die Familien dient.

Was wir noch zu sagen hätten...

Gemeinsame Treffen, stundenlange Telefonate, praxisinterne Fortbildungen, Anfragen aus meiner als auch aus anderen KJP Praxen und der Jugendhilfe haben uns den nötigen „Stubs“ gegeben, konkreter zu werden und über die Grenzen unserer täglichen Arbeit hinweg uns Gedanken zu machen. Unsere Sozialisation, beruflichen Erfahrungen und unser Sendungsbewusstsein gaben und geben uns für die Umsetzung unserer Ideen die nötige Energie.

Wir wollen mit dem, was wir geschaffen haben, in unserer Arbeit zufriedener werden, aber auch Kollegen und Kolleginnen ein Handwerkzeug an die Hand geben, um mit Kindern erfolgreich zu arbeiten.

Wir denken, dass das, was wir kreiert haben, eine Momentaufnahme der gesellschaftlichen Entwicklung ist. Das heißt aber auch, dass das Programm sich über die Jahre stetig entwickelt. Dies ist uns bewusst – und auch so von uns gewünscht. So, wie wir in einem permanenten Call-Response-Prozess verschiedene Elemente entwickelt und verändert haben – so wünschen wir uns über eine aktive Auseinandersetzung mit anderen Therapeuten und Therapieschulen im Kontakt zu bleiben. Die Plastizität unseres Gehirns stellt dazu ein gutes Modell dar.

Wenn es uns gelingt, in diesem Prozess eine konstant hohe Qualität zu halten, dann fühlen wir uns in unserer Arbeit bestätigt.

Aus unserer bisherigen Arbeit sind Ideen und konkrete neue Konzepte zu anderen Themen entstanden, die wir in einem Ausbildungsinstitut für Methodik weiterentwickeln werden. Es sind Projekte angedacht, die wir gemeinsam entwickeln, aber auch Projekte mit individuellen Schwerpunkten des Einzelnen, bei denen wir uns gegenseitig coachen.

In den letzten Jahren durften wir dieses Programm auf diversen psychiatrischen und systemischen Kongressen vorstellen. In vielen Praxen und Kliniken in ganz Deutschland schulten wir Ärzte und Therapeuten, sodass dieses Programm in verschiedenen Kontexten der therapeutischen Arbeit durchgeführt wird.

Am Schluss sei den vielen Kindern und Familien und KollegInnen gedankt, die die Erstellung und Weiterentwicklung des Konzepts erst möglich gemacht haben.

Autoren:

Peter Frank

Systemischer Therapeut (Familie/Kinder/Jugend)

1-2-Go klinische Jugendhilfe

Klinik Walstedde

info@feel-orange.de

Uwe Scheunemann

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Denkmalstraße 3, 32425 Minden

Telefon: 0571 972 24 44

Telefax: 0571 972 24 43

info@praxis-scheunemann.de

<http://www.praxis-scheunemann.de>

„Über den Tellerrand“ – Wie aus einer Idee für das Wartezimmer der KJPP-Praxis ein intensives ehrenamtliches humanitäres Engagement wurde

Jörg Mangold

Einige Jahre nach meiner Praxisgründung im Jahr 2001 kam die Idee für das Wartezimmer Projekt ‚Über den Tellerrand‘.

Wir schafften eine Sammlung von Büchern und Bildbänden an, die zeigten wie unterschiedlich auf der ganzen Welt gelebt wird und wie unterschiedlich die Lebensbedingungen für Kinder sind. Bücher, die zeigten, was Familien in den Regionen der Welt essen, wie Kinder spielen und wie unterschiedlich ihre Schulen aussehen.

Irgendwo war in meinem Hinterkopf dabei der Wunsch, auf eine unaufdringliche Weise zu vermitteln, dass es auch noch andere Probleme in dieser Welt gibt als die Frage des Übertritts ins Gymnasium in Bayern.

Dabei wollte ich vor allem die Kinder persönlich ansprechen und interessieren.

Neben den ausgestellten Büchern war ich über einige Zeit auf der Suche nach einem Patenprojekt. Es war klar, dass es etwas mit Schule zu tun haben muss, weil das unsere Patienten am meisten interessiert und anzieht.

2007 auf einer Trekking-Reise in Nepal ins entlegene Mustang, nahe an der tibetischen Grenze, stolperte ich über ein Kräutermuseum in eine Schule, die neben Bildung erweitert auch Ausbildungen in Tibetischer Medizin vermittelte.

Bildung auf dem Dach der Welt und in einer gewissen Weise am Ende der Welt in einem der ärmsten Länder und dann noch Gesundheitsfürsorge, da hatte ich mein Projekt gefunden und nahm direkt eine Patenschaft für eine Schülerin auf.

Mich hatte ein gewisses Interesse an der buddhistischen Kultur und die Lust am Wandern in diese Hochwüstenregion im Transhimalaya hinter den Achttausendern geführt.

Am meisten hat mich aber dann letztlich mein erster direkter Kontakt mit den existentiellen Lebensbedingungen in diesem Land in einer der abgelegensten Regionen der Welt nachhaltig beeindruckt.

Eine Blinddarmentzündung bedeutete drei Tage auf einem Maulesel ins Tal gebracht zu werden bis zu einem Hospital und höchstwahrscheinlich den sicheren Tod, Komplikationen bei der Geburt ebenso mit einem hohen Risiko für Mutter und Kind. Schräg verwachsene Knochenbrüche nach einem Sturz sah ich mehrfach bei alten Menschen, die sich damit nicht mehr bewegen konnten und keine Hilfe mehr waren in der Subsistenz-Landwirtschaft.

Als Arzt wurde ich zum alten Vater unseres Karawanentierführers gerufen wegen heftigem, lang anhaltendem Husten. In der Frage einer Tuberkulose war das einzige kurierende Mittel, das wir anbieten konnten „Ricola“-Kräuterbonbons, der 80-jährige Mann hätte keinen Weg zu einem Röntgengerät und eine Diagnostik über mehrere Tage zu Fuß oder auf einem Karawanentier geschafft.

2007 gab es eine Aufbruchsstimmung in Nepal nach langen Jahren Bürgerkrieg und der Aussicht auf eine Wahl in einer zukünftigen Demokratie, aber auch viel Skepsis in einem Land mit über 50 % Analphabeten. Bildung wurde mir wiederholt gesagt sei der einzige Weg zur Weiterentwicklung und der einzige Weg, dass die Bevölkerung wirklich partizipieren und mitentscheiden kann statt auf Druck eines Jeeps mit einem Maschinengewehr den blau gefärbten Daumen auf irgend eine Wahltafel zu setzen ohne zu wissen wofür.

Als ich nach Rückkehr meine Bilder aus dieser Region zeigte und dieses Schulprojekt in unserem Praxisteam vorstellte, gab es eine große Resonanz und die Bereitschaft für Spenden. Wichtig war, dass Fördergelder direkt dort ankommen.

So beschlossen wir in unserem Praxisteam einen gemeinnützigen Verein auf die Beine zu stellen. Wir hatten viel Spaß, aber auch einiges zum Nachdenken mit rauchenden Köpfen bei vier oder fünf Abendessen mit asiatischer Küche, um abzustecken, was wir denn eigentlich wollen, was unser Ziel ist es, was eine sinnvolle Art zu helfen ist, was die Formalitäten eines gemeinnützigen Vereins in Deutschland sind und eine Satzung auf die Beine zu stellen. Die elf Gründungsmitglieder von Aragua e.V. waren dann letztlich mein Reisepartner und ich als 1. Vorsitzender sowie Mitglieder aus unserem Team und ihre Partner. Unser Supervisor Professor Fritz Mattejat hatte die Begeisterung über dieses Projekt erlebt und stieg auch ein in die Gründung von „Aragua e.V. – Allgemeines Recht auf Gesundheit und Ausbildung“ am 12.4.2008.

Der Name sollte das Programm sein. Etwas teilen von unserem Wohlstand schien vor allem Sinn zu machen in Form von Bildungsmöglichkeiten für Menschen vor Ort in Regionen, in denen die Lebensbedingungen das nicht so einfach ermöglichen.

Bildung, die die eigene Entscheidungsfähigkeit erweitern kann, weil uns immer wichtig ist, dass auch in einer Förderung die Menschen vor allem selbst zuständig sind für ihre eigene Entwicklung. Allerdings muss in diesen Ländern auch dafür gesorgt werden, dass die Menschen überhaupt lang genug leben, um Bildung zu erleben und weitergeben zu können, insoweit eben auch Gesundheit als existentielle Zielrichtung.

Somit waren wir eine kleine Schar, die loszog, andere Menschen dafür zu begeistern, auf diese Art und Weise Bildung und Gesundheit in einem der ärmsten Länder der Welt zu unterstützen.

Wahrscheinlich ist mir damals in den Anfangsjahren keiner länger als 5 Minuten unter die Augen gekommen, ohne dass er irgendetwas über Nepal und die Förderprojekte auf die Nase gebunden bekam...

Wir legten Postkarten auf und brachten einen Jahreskalender mit Fotos aus den Ländern der Projekte heraus.

In Nepal fördern wir in der Zwischenzeit mit ca. 65 Patenschaften Schüler, die oft aufgrund der Lage ihrer Wohnsitze gar nicht in die Schule gehen könnten, weil sie Tagesmärsche haben zur nächsten Schule. Sie gehen in die Loknath Medical School mit einer ‚Internats-‘ Betreuung in engen Räumen alter Lehmhäuser. Manche auch in die Sapta Gandaki Schule in Kathmandu.

Wir sind über die Jahre deutlich gewachsen und mit unserer Hilfe konnten auch die Projekte insbesondere in Nepal wachsen.

Seit 2012 nahm Aragua e.V. über ein ehemaliges Praxisteammitglied auch ein Projekt in Liberia, einem weiteren der ärmsten zehn Länder dieser Welt und schwer gebeutelt durch einen 14jährigen Bürgerkrieg, in die Förderung auf. Im Tohdé Resource Center erhalten sehr junge Mütter eine Anlaufstelle, Unterstützung zur Betreuung ihrer Kinder, um wieder in die Schule gehen zu können oder sich Geld zu verdienen. Darüber hinaus werden ‚self-suppor-

ting groups‘ und Gesundheitsaufklärung in Monrovia angeboten zu Geburt, Kinderbetreuung und Schwangerschaftsverhütung. Nach dem schrecklichen 14-jährigen Bürgerkrieg gab es viele Menschen, die ihre Wurzeln in der Dorfkultur verloren hatten und nun eine neue Form sozialer Anbindung brauchten.

Ausgerechnet in diesen zwei Ländern unserer Förderprojekte gab es 2014 den Ebola-Ausbruch in Liberia und 2015 das Erdbeben in Nepal. Wir waren wirklich hoch beschäftigt, um akute Hilfe zu unterstützen und besondere Projekte wie eine Ausgabe an Desinfektionsmittel für ein ganzes Viertel mit 1000 Haushalten in Liberia zu organisieren. Dank wirklich kompetenter Partner vor Ort konnte hier Erstaunliches geleistet werden. Das Verfahren wurde auch von anderen Organisationen kopiert.

Wir konnten den großen Erfolg verbuchen, dass in den 1000 Haushalten des Ortsteils von Monrovia keine einzige Ebola-Infektion auftrat.

Das Erdbeben in Nepal und die nachfolgende Einleitung von Hilfsaktionen zeigte leider, dass internationale Spenden selbst von großen Organisationen in Nepal in einem Fond landeten, der anderthalb Jahre nicht verteilt wurde. Es ist ein wirklicher Mehrwert von kleinen, vor Ort vernetzten Organisation wie uns, dass unsere 25.000 € für akute Erdbeben-Hilfe auch wirklich zeitnah ankamen und den Menschen in 25 Familien ihre Not etwas gelindert sowie die Reparaturen am Schulprojekt ermöglicht hat.

Wir werden nächstes Jahr unser zehnjähriges Vereinsjubiläum feiern. In den letzten 5 Jahren konnten wir im Durchschnitt um die 50.000 € pro Jahr in Bildungsprojekte, einzelne Stipendien und Ausbildungsförderung von Schülern in Nepal und Liberia, West Afrika bringen, 2015 aufgrund der besonderen Hilfsaktionen zu Ebola und Erdbeben sogar 90.000 €.

Mit viel Engagement konnten wir eine wachsende Zahl an Menschen gewinnen, die sich für unsere Projekte interessieren und zum Beispiel Patenschaften für Schüler in Nepal übernahmen. Mitglieder unseres Praxisteam legten zusammen für ein Stipendium oder übernahmen eigene Patenschaften, so dass das wirklich auch ein Praxis-Projekt geworden ist. Die Mannschaft unseres Teams versendet in der Zwischenzeit Postkarten, verpackt Kalender, sortiert Patenbriefe und versendet diese an unsere Paten. Wir präsentieren im Wartebereich Fotos aus den Projekten und Berichte einzelner Schüler.

Unsere Maxime war immer, dass wir Vermittler sein wollen zwischen originären Projekten vor Ort, die der Vision der Menschen dort entspringen, und Menschen hier, die etwas Sinnvolles unterstützen und sicher sein wollen, dass ihre Spenden auch vollständig dort ankommen.

Wir stehen in intensivem regelmäßigen Kontakt durch Vor-Ort-Besuche in den Förder-Projekten und schaffen das auf eigene Kosten in einem jährlichen Turnus in Nepal und etwa zweijährig in Liberia.

Dank viel ehrenamtlicher Arbeit und auch ehrenamtlichem Einbringen von Profis wie einer Werbeagentur für die Website, die Flyer und Ähnliches erstellt, haben wir praktisch keine verwaltungstechnischen Kosten. Wir liegen inzwischen bei unter 1 % Verwaltungskosten für Bankgebühren und Flyer-Druck.

Allerdings muss man ehrlicherweise sagen, dass wir mit dem Zeitaufwand hier auch die Oberkante der ehrenamtlichen Gestaltung erreicht haben, es sei denn, es gesellen sich weitere Profis dazu, die ihre Arbeit ohne Entgelt einbringen. Vor drei Jahren habe ich eine Zeitmessung für ein ganzes Jahr mitlaufen lassen und kam auf eine 20%-Stelle mit 9 Wochenstunden Tätigkeit ohne den Projektbesuch mit seiner privaten Finanzierung und Praxisausfall.

Als Gründer und 1. Vorsitzender ist dieses Engagement einfach Teil meines Lebens und Wirkens geworden. Als Familie hatten wir einen beeindruckenden Jahreswechsel 2010 in Nepal. Meine Töchter sind Aragua-infiziert und waren seitdem wiederholt vor Ort.

Dieser Einsatz gibt jedem einzelnen viel mehr zurück als das, was er uns kostet, und das, was wir verteilen können. Die Verbindungen, die Freundschaften, die wir geknüpft haben, die unvergleichlichen Erlebnisse und auch die Möglichkeit, Dinge zu bewegen, junge Menschen, die keine Chance für ein Bildungsweg hätten, in Schule und Ausbildung zu bringen ist einfach unvergleichlich viel wert. Wir begleiten gerade unsere erste College-Studentin mit Stipendien in Nepal.

Wir leben hier in Deutschland in völlig anderen Rahmenbedingungen und sind sicher als Kinder- und Jugendpsychiater im ständigen Kontakt mit Leiden und den Schwierigkeiten.

Es ist allerdings auch hilfreich, über den Tellerrand zu schauen und mit den existentiell anderen Rahmenbedingungen des Lebens auf dieser Erde in Kontakt zu kommen.

Auch wenn wir die ‚Wohlhabenden‘ sind und dieses finanzielle Budget einbringen können zur Unterstützung, ist es doch ein gegenseitiges Geben und Nehmen und ein wesentliches Dazulernen auch für uns, ein Kontakt auf Augenhöhe.

Wenn wir unsere Situation zu psychischen Erkrankungen in Deutschland anschauen, den Glücksindex, den Index für Burnout-Erkrankungen und unsere Zufriedenheitswerte, dann muss ich sagen, dass ich in Nepal eine Menge an zufriedenen und in sich ruhenden Menschen getroffen habe, die unter ungleich anderen Lebensbedingungen an der Existenzgrenze zu Rande kommt. 50 Kinder auf engem Raum zwischen 1. und 10. Klasse wäre einen Besuch zum Dazulernen wert für unsere Anti-Mobbing-Teams an den Schulen. Allerdings habe ich auch eine Menge Menschen in unvorstellbaren Lebensbedingungen gesehen, in Slums am Straßenrand, in existenzieller Bedrohung der Gesundheit und des Seelenheiles, in unsäglich knapper oder nicht vorhandener medizinischer Grundversorgung, die uns einfach nicht vorstellbar sind angesichts unserer Lebensart. Mit all den berechtigten Klagen über unser Gesundheitssystem erlebe ich uns doch in einem Elfenbeinturm, die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater ist in Nepal und Liberia einfach zu erheben: 0. Die Basisversorgung für psychisch Erkrankte ist verheerend.

Das ist ein Aufruf für ‚share the planet‘: Lasst du uns diese Erde wirklich teilen und die Haltung einer großen gemeinschaftlichen Menschenfamilie annehmen, die in Achtsamkeit und Mitgefühl lebt.

Autor:

Jörg Mangold

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Psychotherapeut und Achtsamkeitslehrer

Vogteiplatz 12, 91567 Herrieden

Tel.: 09825 - 3619933

jm@joergmangold.de

www.joergmangold.de

<http://aragua.de>

*Ein Neuropädiater für Hunderttausende von Kindern –
und kein EEG*

Erfahrungen als Kinder- und Jugendpsychiater in Eritrea

Thomas Dirksen

Großes Medienecho fand der Anfang 2015 vom UNO-Menschenrechtsrat veröffentlichte Bericht zur Menschenrechtslage in Eritrea. Dieser wirft Eritrea schwerwiegende Menschenrechtsverletzungen vor, skizziert das von den Medien aufgrund solcher Berichte gerne als das ‚Nordkorea Afrikas‘ titulierte Land als einen Hort der Menschenverachtung, in dem die Menschen brutal unterdrückt würden, zu lebenslanger ‚Sklavenarbeit‘ gezwungen seien, in dem Frauen Freiwild für Vergewaltiger seien und Christen aufgrund ihres Glaubens verfolgt würden. Also als ein Land, in dem Menschenrechte nichts zählen. Der Bericht stützt sich auf Aussagen von rund 550 Flüchtlingen aus Eritrea, die in Lagern in Äthiopien, Dschibuti und Europa interviewt wurden. Alle Aussagen wurden anonymisiert und sind damit kaum nachprüfbar. Der Bericht blendet der UN zugegangene nicht anonyme Stellungnahmen von über 40.000 Eritreern, die ihr Land in einem anderen Licht sehen, einfach aus.

Auch in der Hauptstadt Asmara ansässige Diplomaten und internationale Organisationen wie UNDP, UNICEF, IKRK und andere wurden von der UN-Menschenrechtskommission nicht befragt und haben ein differenzierteres Bild vom Land. „Eritrea ist nicht so, wie es in den Medien oft dargestellt wird“ sagt beispielsweise der Botschafter der Bundesrepublik Deutschland in Eritrea, Dr. Andreas Zimmer, der Eritrea auch als ‚Kuba Afrikas‘ bezeichnet.

Vielen Medien ist es keine Erwähnung wert, was Eritrea seit der Unabhängigkeit erreicht hat, es ist besser als sein Ruf: Seit 1991 ist die Kindersterblichkeit um zwei Drittel gesunken. Die Sterblichkeitsrate von Frauen bei der Geburt sank um 78 %. Malariafälle sind seit 1992 um über 85 % zurückgegangen. Seit der Unabhängigkeit stieg die Lebenserwartung von 48 auf 64 Jahre, ca. 10 Jahre über dem Durchschnitt aller Subsahara-Länder Afrikas.

Eritrea hat als eines von wenigen afrikanischen Ländern die im Jahr 2000 beschlossenen Millenniums-Entwicklungsziele der UNO (Millennium Developmental Goals: MDGs) 4, 5 und 6 erreicht. 1991 hatten nur knapp 10 % der Menschen Zugang zu sauberem Wasser, heute sind es 80 %. Bildung in Eritrea ist kostenlos, von der Grundschule bis zur Fachhochschule. Die Alphabetisierungsrate liegt laut UNICEF bei Mädchen bei 87 %, bei den Jungen bei 92 %. Eritrea ist in Afrika führend im Schutz der Biodiversität: Die reichen Fischbestände und die Korallen an der Rotmeerküste werden vor aggressiven Fischereiflotten geschützt. Eritreas Solarenergie-Kapazität steht an dritter Stelle in Afrika und soll mit EU-Mitteln noch erweitert werden.



Das Land

Tatsache ist dennoch, dass viele junge Menschen aus Eritrea flüchten. Ein Grund ist der jahre- bis lebenslange ‚National Service‘, den sie zum Aufbau des Landes und als Militärdienst zur Verteidigung vor allem gegen Äthiopien, mit dem sich Eritrea seit Jahren in einem ‚not peace, not war‘-Zustand befindet, ableisten müssen. Dies und geringe wirtschaftliche Entfaltungsmöglichkeiten auch aufgrund der z.T. von dem autoritären Regime des Präsidenten Afewerki selbst herbeigeführten internationalen Isolation führt zu Tausenden von Flüchtenden, die zumeist über die lebensgefährliche Route Sudan-Liby-

en-Mittelmeer nach Europa, dort bevorzugt nach Deutschland, Skandinavien, Schweiz wollen, wo schon viele Familienangehörige oder Freunde leben.

Ins Bewusstsein der deutschen Öffentlichkeit gelangten die aus Eritrea Flüchtenden vor allem, seit im Sommer 2013 hunderte Eritreer auf ihrem Weg nach Europa vor Lampedusa ertranken.

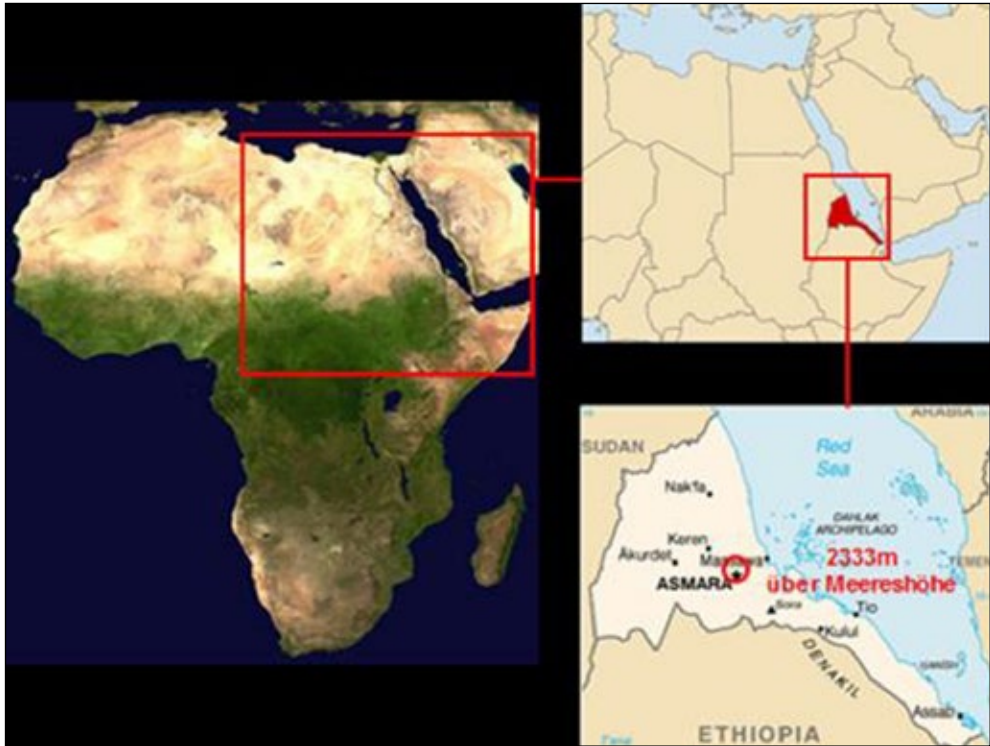
Eritrea ist in Deutschland als nicht sicheres Herkunftsland anerkannt; das sorgt in der aktuellen politischen Situation für Diskussionen: etliche der als Eritreer Asylanträge Stellenden stammen aus Äthiopien und anderen Ländern, um schneller oder überhaupt Asylstatus zu erlangen.

Detaillierte Informationen und einen ausführlichen und kritischen Überblick über die aktuelle Situation um und in Eritrea bietet das frisch erschienene Buch „Eritrea – Der zweite Blick“ von Hans-Ulrich Stauffer, Rotpunktverlag 2017.

Am Horn von Afrika liegt Eritrea, eines der ärmsten Länder der Welt - und ein Land, das so widersprüchlich wahrgenommen wird wie wohl kaum ein anderes.

Am südlichen Teil des Roten Meeres gelegen grenzt es an Sudan, Äthiopien und Dschibuti. Gegenüber liegen Saudi-Arabien und Jemen. Mit 124.000 km² Fläche ist Eritrea etwa so groß wie Österreich und die Schweiz zusammen. In Eritrea leben ca. 4 Millionen Menschen, davon etwa 50 % unter 18 Jahre alt. Sie gehören neun Volksgruppen an: Tigrinya, Tigre, Saho, Bilen, Hedereb, Nara, Kunama, Afar und Rashaida. Jede Gruppe spricht eine eigene Sprache. 85 % der Menschen leben auf dem Lande und betreiben Ackerbau und Viehzucht. Ein Viertel der Landbevölkerung lebt als Nomaden und Halbnomaden. Muslime und orthodoxe Christen sind etwa gleich stark vertreten. Katholiken, Protestanten und Naturreligionen sind seltener anzutreffen.

Die historischen Wurzeln Eritreas gehen ins zweite Jahrhundert v. Chr. zurück, als semitische Einwanderer auf dem heutigen Staatsgebiet Eritreas die ersten Stadtstaaten gründeten. Die Geschichte des Landes ist gezeichnet durch wechselnde Eroberungen, erst durch die Osmanen, später durch die Ägypter. Der italienische Kolonialismus seit 1890 formte Eritrea in seinen heutigen Grenzen.



Länderinfo

Als italienische Kolonie wurde Eritrea in den Zweiten Weltkrieg hineingezogen: 1941 besiegte die britische Armee in einer Schlacht bei Keren die italienischen Streitkräfte. Bis 1952 stand das Land unter britischer Militärverwaltung, dann entschieden die Vereinten Nationen – ohne Befragung der eritreischen Bevölkerung –, dass Eritrea de jure unter äthiopisches Protektorat gestellt wird. 1962 annektierte Kaiser Haile Selassie von Äthiopien das Küstenland mit militärischer Intervention als 14. äthiopische Provinz. Damit begann ein 30 Jahre dauernder Kampf um die Unabhängigkeit des Landes, geführt zunächst von der ELF (Eritrean Liberation Front), dann von der EPLF (Eritrean Peoples‘ Liberation Front), die 1991 die äthiopische Armee besiegte. Dem militärischen Sieg folgte 1993 die politische Unabhängigkeit. In einem international überwachten Referendum stimmten 99,8 % der Bevölkerung für die Unabhängigkeit des Landes von Äthiopien.



Muslime und orthodoxe und katholische Christen leben friedlich zusammen

Als Kinder- und Jugendpsychiater bin ich eher zufällig an Eritrea, dieses so widersprüchlich wahrgenommene Land, geraten. Auf einer Party sprach mich der ArcheMed-Vorsitzende an. Der gemeinnützige Verein „ArcheMed - Ärzte für Kinder in Not e.V.“ (www.archemed.org) wurde 2010 von dem Vorsitzenden Dr. Peter Schwidtal, Soest, gegründet, der bereits langjährige Erfahrung in humanitärer Hilfe in Eritrea aus seiner Arbeit beim „Hammer Forum“ besaß. Ziel des Vereins ist die medizinisch-humanitäre Hilfe für kranke eritreische Kinder und ihre Familien. Viele der Mitarbeiter*innen haben langjährige Einsatzerfahrung in Eritrea. Ärzt*innen, Schwestern/Pfleger, Techniker*innen, Handwerker*innen u.a. arbeiten uneigennützig, helfen am Krankenbett der dortigen Kliniken, operieren im internationalen Op-Zentrum in der Hauptstadt Asmara, betreiben Spezialambulanzen und bilden einheimisches Fachpersonal aus. Im Land besteht für die Bevölkerung kostenloser Zugang zur medizinischen Versorgung, aber es mangelt massiv an medizinischen Fachkräften und Versorgungsstrukturen. Für die Arbeit von ArcheMed steht die nachhaltige medizinische und psychosoziale Versorgung vor allem von Kindern und Jugendlichen, soweit möglich nach dem Prinzip ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ im Fokus der Einsätze.



Typisches Rundhüttdorf im Hochland

2016 besuchten die Ostafrika-Delegation des Deutschen Bundestages sowie Entwicklungsminister Müller Eritrea und nahmen sich Zeit, verschiedene Projekte von ArcheMed ausführlich vor Ort kennenzulernen. Daraus ergab sich auch eine Unterstützung des BMZ für etliche weiterführende Projekte des Vereins.

ArcheMed ist eine der zahlenmäßig überschaubaren NGOs, die die eritreische Regierung im Land gewähren lässt. Seit dem wiederaufgeflamten und immer wieder zu militärischen Scharmützeln führenden Konflikt mit Äthiopien wurde Eritrea international zunehmend isoliert - und das nicht nur fremdverschuldet. Die Liste befreundeter Staaten und Unterstützer-Organisationen ist kurz.

Da Eritrea seit seiner Unabhängigkeit Anfang der 90er Jahre autokratisch von demselben Machthaber regiert wird, Presse- und Meinungsfreiheit nur sehr eingeschränkt bestehen und die wirtschaftliche Situation viele Eritreer zum Verlassen ihres Landes drängt, wird sowohl humanitäre Hilfe für dieses Land als auch das Bemühen um verbesserte Zusammenarbeit auf politischer Ebene oft kritisch gesehen.



Peter Schwidtal war von der National Association for Intellectual and Developmental Disabilities in Eritrea (NAIDDE) gefragt worden, ob ArcheMed, das für seine erfolgreiche Arbeit z.B. im Bereich Kinder-Herzchirurgie, Neonatologie, Projekt gegen weibliche Genitalverstümmelung (s. „Projekte“ auf der ArcheMed-Homepage) in Eritrea mittlerweile recht gut bekannt ist, nicht auch Fachleute habe, die ihre Organisation unterstützen könnte. Da Peter davon wusste, dass ich als Kinder- und Jugendpsychiater arbeite, fragte er, ob ich mal mitfahren und evtl. eine Unterstützung für die NAIDDE in Gang setzen könnte. Die Neugier obsiegte, und ohne konkreten Arbeitsauftrag (und nach H.-U.Stauffers Motto: „Einmal sehen ist besser als hundertmal hören“) fuhr ich vor 5 Jahren erstmals für eine Woche mit ArcheMed nach Eritrea. Ich lernte die NAIDDE als Organisation kennen und mittlerweile sehr schätzen, die sich zivilgesellschaftlich äußerst engagiert und fast ausschließlich ehrenamtlich für die Belange der Verletzlichsten einsetzt: Kinder und Jugendliche mit intellektuellen und allen möglichen anderen Entwicklungs- und körperlichen Einschränkungen.



Schule in Dorok, Dorf im Umland von Asmara

Seitdem finden mindestens 2mal jährlich Einsätze von 1-2 Wochen Dauer zur Unterstützung der NAIDDE, die unter erheblich erschwerten Bedingungen Aufgaben ähnlich der hiesigen ‚Lebenshilfe‘ zu erfüllen versucht, statt. Anfangs ging es um Workshops für NAIDDE-Mitarbeiter*innen und Familien mit Kindern mit Down-Syndrom; intellektueller, motorischer und allgemeiner Entwicklungsretardierung, Autismus, Cerebralparese u.a., um Symptome, Ätiologie und im Land leistbare Hilfen zu erörtern. Dabei habe ich viel über traditionelle bis animistische ätiologische Überzeugungen kennengelernt, und auch, wie wenig hilfreich ein lehrbuchmäßiges ‚westliches‘ Erklärungsmodell bzgl. Ursache und Therapie für das gegenseitige Verständnis sein kann.

Mittels einschlägiger Hilfen (z.B. das sehr gut an den Voraussetzungen in Entwicklungsländern orientierte Buch „Disabled Village Children“), geduldigen Zuhörens auf beiden Seiten und korrigierender, sich annähernder Übersetzung der jeweiligen Vorstellungen vom Deutschen übers Englische ins Tigrinya und vice versa gelang es, gemeinsam ein Verständnis für die Bedürfnisse der betroffenen Kinder und ihrer Familien hin zu notwendigen UND leistbaren Hilfen zu entwickeln.

Bei den Workshops turnten im Übrigen stets die Kinder mit im Raum herum, mit entsprechender Geräuschkulisse; in Ermangelung fast jedweder fachspezifischer ambulanter Hilfen wie Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Motopädie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie oder gar stationärer Einrichtungen (gibt es nicht) sind es die Familien gewohnt, mit ihren Kids mit Handicaps alleine klarzukommen. Ausmaß und Selbstverständlichkeit dieser – notgedrungen – familialen Inklusion haben mich nachhaltig beeindruckt.



Physiotherapie-Workshop für Eltern der von der NAIDDE betreuten Kinder

In weiteren Einsätzen wurden mittels hinzugezogener Physiotherapeut*innen einfaches Handling oder basale Bewegungsförderung für Kinder mit unterschiedlichen hypo- oder hypertonen Problemen, z.B. bei Cerebralparese zur Verhinderung von Kontrakturen, an Eltern und Helfer*innen vermittelt und videographiert. Außerdem wurden Volunteers der NAIDDE darin geschult, die Fördermaßnahmen selbstständig weiterführen und -geben zu können. Neben halbjährlichen Supervisionen, Wiederholungen und Erweiterungen der Übungen wird es in Kürze möglich sein, über Satellit Video-Supervision und -anleitung in Echtzeit von Deutschland aus durchzuführen, was die Sicherheit und Nachhaltigkeit der Maßnahme erhöhen wird.

Ein besonderes Anliegen der NAIDDE ist die Unterstützung der nicht geringen Zahl an autistischen Kindern, für die es ebenfalls kein spezifisches Angebot im Land gibt: Der Vereinsvorstand äußerte explizit den Wunsch nach autismusspezifischer Diagnostik (ADOS) und Verhaltenstherapie (ABA = Applied Behavior Analysis). Nach einem ADOS-Intensivtraining in London (TD) wurde das Abenteuer gewagt, in mehreren Trainings mit vielen Schulungsvideos und Übungen ‚am Patienten‘ einer ausgewählten Gruppe von Professionals der NAIDDE (Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen u.ä. Berufsgruppen) ADOS nahezubringen. Sind IQ-Tests nicht ‚culture fair‘, so

ist es ADOS erst recht nicht. Legt man westliche Standards zugrunde, wäre es kaum *lege artis*, in Eritrea auf diese Weise dauerhaft Autismus-Diagnostik zu betreiben. Aber diagnostische Fähigkeiten sind im Land dringend geboten:

Etwa 9 von 10 der als ‚autistisch‘ vorgestellten Kinder und Jugendlichen waren nicht autistisch, sondern leicht bis schwer intellektuell – oder auch gar nicht – eingeschränkt. Die NAIDDE ist die einzige Organisation im Land, die sich explizit mit dem Thema Autismus befasst, medizinische/therapeutische Fachleute oder -institutionen gibt es nicht. Daher kommen fast alle Anfragen aus dem Land bzgl. Autismus bei der NAIDDE an, und daher ist der Wunsch nach qualifizierter Diagnostik verständlich und sinnvoll.

Autistische Jugendliche sind zudem qua Diagnose vom „National Service“ befreit. So ist das Thema ggf. von zusätzlicher Relevanz für die Jugendlichen und ihre betroffenen Familien.

Vorläufig verfahren wir derzeit so, dass die ADOS-Diagnostik von mir im Beisein vom ‚Autismusteam‘ der NAIDDE durchgeführt wird, nachdem wir geeignete Kinder und Jugendliche vorher gemeinsam klinisch gescreent haben. Die Suche nach für Eritrea geeigneten zusätzlichen Screening-Instrumenten betreffs Autismus läuft, und falls ein*e Leser*in aus eigenen Erfahrungen in Entwicklungsländern Hinweise diesbezüglich hat, bitte gerne melden!

Aufgrund des glücklichen Umstands, dass in Münster, wo ich als niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater arbeite, an der Fachhochschule ein Masterstudiengang für autismspezifische Verhaltenstherapie (MIA: Münsteraner Intensivtherapie für Autismus) unter Leitung von Prof. Röttgers angeboten wird, habe ich mich dorthin begeben, und nach Teilnahme an einem einwöchigen Intensivseminar kundgetan, dass ich zwei Autismustherapeut*innen für einen 2monatigen Einsatz in Eritrea bräuchte.

Sowohl Herrn Prof. Röttgers als auch den rekrutierten Therapeuten Tim und Tino sei an dieser Stelle erneut entschiedener Dank dafür ausgesprochen, dass im Sommer 2016 ein 2monatiges Training in autismspezifischer Verhaltenstherapie in Asmara durchgeführt werden konnte. Ohne hier ins Detail zu gehen, waren diese 2 Monate, die wenig mit einem entsprechenden Training unter deutschen Bedingungen gemein hatten, ein großer Gewinn. Sowohl für Tim & Tino (die nach den 8 Wochen nicht mehr dieselben waren wie vorher) als auch für die Familien mit autistischen Kindern und ihre Helfer*innen, die zum großen Teil erstmals wirksame Möglichkeiten der Hilfe für die Kinder erfuhren und in Ansätzen selber erlernten.

Das eigene Engagement stieß immer wieder auch an Grenzen:

- Vereinbarte Arbeitszeiten wurden eritreisch ausgelegt.
- Als Tim und Tino Asmara, wo die Arbeit stattfand, ohne die allgegenwärtigen ‚permits‘ (Passierscheine) einmal verließen, führte dies fast zum Abbruch des Trainings.
- Das doch recht stringente VT-Vorgehen bei diesem autismustherapeutischen Ansatz widersprach zunächst aus Sicht der Trainees dem Gebot freundlich zugewandter, wohlwollender Haltung den Kindern gegenüber, und es bedurfte vieler geduldiger Übungen und Wiederholungen, um zur gemeinsamen Überzeugung zu gelangen, dass beides zum erkennbaren Wohl und Fortschritt der Kinder gut vereinbar ist.

Auch diese Arbeit wird, wie kleinschrittig auch immer, in weiteren Einsätzen fortgeführt werden (demnächst im Oktober 2017).

Aktuell besteht ein weiterer Schwerpunkt der Kooperation mit der NAIDDE darin, ein landesweites Netzwerk von Counseling Services (Beratungsstellen) zu etablieren. Neben der Implementierung von einfachen englischsprachigen Screeningverfahren zur Identifikation von intellektuellen und Entwicklungsbeeinträchtigungen und deren Übersetzung in die jeweiligen Sprachen der 9 Ethnien werden wir versuchen, interdisziplinäre Angebote (Familienberatung, psychosoziale Unterstützung, Aufklärung, Schulung bzgl. einfachen Handlings, Stimulation etc.) stetig auszubauen. Das ist insofern realisierbar, als dass sich die NAIDDE dieses Ziel selbst gesetzt hat, dafür auch EU-Mittel beantragt und bewilligt bekommen hat und die Unterstützung von ArcheMed nur ‚ergänzend‘ bzw. begleitend erfolgt.

Daneben wird derzeit ein ‚Promotion Video‘ erstellt, in dem in der Haupt-Landessprache Tigrinya die Organisation, Ziele und Hilfen der NAIDDE dargestellt werden. Dieser Film wird in einer ‚Awareness-(Bewusstseinsbildungs-) Tour‘ von Mitgliedern der NAIDDE und uns via Motorrad landesweit in den größeren Orten unter Einbeziehung der lokalen Behörden und Medien gezeigt und soll u.a. den Kontakt zur NAIDDE für Familien mit betroffenen Kindern erleichtern.

Zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie der laut Dr. Zemichael, des landesweit einzigen ausgebildeten (s. Überschrift) Neuropädiaters, „epidemische Ausmaße erreichenden“ Anfallsleiden werden wir in Kürze ein gesponsertes, tropentaugliches EEG-Gerät (es gibt bisher keines im Land!) beschaffen und lokale Teams mit Hilfe eines erfahrenen Neuropädiaters schulen und regelmäßig begleiten. Dies schließt nachhaltige Beschaffung benötigter Antikonvulsiva und Schulung in differentieller Pharmakotherapie mit ein. Viele der Kinder, u.a. mit Cerebralparese, leiden unter zumeist unbehandelten Anfällen. Die Gründe sind vielfältig, u.a. Geburtskomplikationen infolge der Folgen weiblicher Genitalverstümmelung.



Diskussion mit den Psychiatric Nurses am College for Health Sciences, Asmara

Mit dem Leiter der Ausbildung der sog. „Psychiatric Nurses“ an der School of Health Sciences in Asmara planen wir die Implementierung eines zwar bescheidenen, aber curricular gestalteten Ausbildungsteils „Child and Adolescent Psychiatry“. Es gibt im Land nur eine große Klinik für Erwachsenenpsychiatrie und kleinere Ambulanzen, keine kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote. U.a. infolge des 30jährigen Unabhängigkeitskrieges gibt es eine erhebliche Anzahl traumatisierter Erwachsener, zumeist Eltern. Neben der Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für diese bemühen sich die Ausbildungsverantwortlichen auch um spezifische

kinder- und jugendpsychiatrische und -therapeutische Angebote für die vielfach belasteten Kinder traumatisierter Eltern, aber auch für die Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensproblemen, Drogenabusus u.a.

Bei der gemeinsamen Entwicklung eines geeigneten Lehrplans ist u.a. ethnopsychiatrische Kompetenz gefragt. Erste Lectures zeigten, dass sich diese am besten in Form von offenem und unvoreingenommenem Dialog mit den Ausbildungsleiter*innen, den Student*innen und den von ihnen betreuten Patient*innen entwickeln lässt.

Die NAIDDE hat zukünftig noch Vieles vor: sie möchten Schulungen von Ergo- und Beschäftigungs-, Sprachheil-, Musiktherapeut*innen via Arche-Med vermittelt bekommen, um den Familien einfache und effiziente Hilfen für ihre Kinder an die Hand zu geben. Sie möchten über die Implementierung des landesweiten Beratungsstellen-Netztes eine basale Statistik bzgl. Anzahl und Art der Entwicklungsbeeinträchtigungen aufbauen, um darüber auch über die Politik zusätzliche Mittel und Ressourcen im Land für ihre Arbeit zur Verfügung gestellt zu bekommen. Da ich zu Hause sozialpsychiatrisch arbeite, ist mir das auch in Eritrea geforderte interdisziplinäre Denken und Handeln vertraut. Ein derartiges eigenes zivilgesellschaftliches Engagement ist darüber hinaus allein aufgrund der persönlich äußerst bereichernden Begegnung mit dem Land, den Menschen und ihren Lebensbedingungen, Wünschen, Hoffnungen, kulturellen Besonderheiten und ihrer Würde und Herzlichkeit jeder/m entschieden zu empfehlen. Es erdet. Und relativiert manche heimische Ziffernhuberei und Alltagsbefindlichkeitsstörung.



Was sich aus dem eigentlichen Projekt noch so entwickelt hat bzw. was noch an dieser Stelle erwähnt sein möge:

Im Mai 2016 feierte Eritrea den 25. Jahrestag seiner Unabhängigkeit. Aus diesem Anlass spielten u.a. zwei Münsteraner Bands, „Reheated“ (www.reheated.de) und „Starlight Excess“ in bester musikalischer Begleitung der US-Fusion & Soulband „Atlanta Horns“ sowohl im altherwürdigen Cinema Roma in Asmara als auch auf der Hauptstraße unweit des Präsidentenpalasts vor mehreren tausend Zuhörern. Die Begeisterung des meist jungen Publikums, dass ‚westliche‘ Bands für sie spielen, und die vielen inspirierenden, fröhlichen, den eigenen Horizont erweiternden und eigene festgefahrene Sichtweisen relativierenden Begegnungen und Gespräche am Rande haben uns als Bandmitglieder veranlasst, ein mehrteiliges Musik-Kooperations-Projekt zu konzeptualisieren. Es liegt derzeit beim BMZ zur Entscheidung bzgl. finanzieller Unterstützung. – Die Binsenweisheit, dass Musik die Menschen verbindet: sie stimmt.

(Anmerkung TD: Aus dem musikalischen Engagement ergab sich außerdem, dass ein begabter junger eritreischer Pianist für ein Jahr an der Musikhochschule Münster Gaststudent sein wird, und die o.g. „Atlanta Horns“ spielen im Spätsommer in Münster, z.B. am 7.9. unter dem Bandnamen „Afek Tunnes“ im Hot Jazz Club).

Die Kirchen, über die viel diskutiert werden mag, leisten in Eritrea nicht missionierende Arbeit am Nächsten: Die Ordensschwestern (links hinter der Kathedrale) haben eine eigene kleine bestens organisierte Gesundheitsstation, unterstützen mit Nahrung, Kleidung und Betreuung die Ärmsten der Armen, Kinderheime, Waisenhäuser. Die Kapuziner (rechts hinter der Kathedrale) haben ihren Schwerpunkt u.a. in Erziehung und Bildung. Eine Begegnung mit ihnen ist wie ein aus der Zeit gefallener Moment. Einfachstes Leben, allerdings mit einem traditionellen Gespür für kulinarische Qualität, gepaart mit herzlichem und hintergründigen Humor, erinnert an William von Baskerville (U. Eco: Der Name der Rose). Aus dieser Begegnung entwickelt sich die Unterstützung einer Münsteraner Gemeinde (St. Ludgerus) für das Projekt bzgl. weiblicher Genitalverstümmelung.

Eritreas Hauptstadt Asmara, „die heimliche Hauptstadt des Modernismus“, hat sich bei der UNESCO beworben, als Weltkulturerbe-Stätte anerkannt zu werden. Die Stadt erinnert mit ihren zahlreichen Art-Deco-, Novecento-, Neofuturismus- und Rationalismus-Bauten, wenngleich teilweise mit erheblicher Patina, noch stark an ihre italienische Vergangenheit. Durch diese Bewerbung besteht die aus meiner Sicht wünschenswerte Möglichkeit, dass Eritrea aus der internationalen Schmutzdecke heraustreten kann und bei allen vorhandenen, teils skizzierten Problemen auch breitere Anerkennung und Unterstützung für die bisherigen Entwicklungs-Erfolge erhält.



Cinema Roma, altherwürdiges Kino in Asmara

Shift in der Entwicklungszusammenarbeit: NGOs als Träger zivilgesellschaftlichen Engagements am Beispiel ArcheMed

Die letzten Dekaden der bisherigen Entwicklungszusammenarbeit haben bezüglich Afrika eine verheerende Bilanz aufzuweisen: Milliarden geflossener US-\$ und € landeten und landen zu oft in den Taschen politischer Eliten und ihrer Clans, die sich einen Speckgürtel von Para-/Militärs und Korruption leisten, um Aufstände der weiterhin armen eigenen Bevölkerung zu verhindern und sich zu bereichern.

Wer das für ideologisch gelenkte Behauptungen hält, möge das Buch „Afrika wird arm regiert“ von Volker Seitz lesen, der von 1965 bis 2008 für das Auswärtige Amt tätig war, u.a. als Botschafter in Kamerun, der Zentralafrikanischen Republik und Äquatorialguinea.

Vermeehrt hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass NGOs (Nichtregierungsorganisationen) oft konkreter, effizienter und nachhaltiger die Zivilgesellschaft in den sich entwickelnden Ländern unterstützen können als staatliche (zumeist Finanz-)Hilfen. So unterstützt auch die NGO ArcheMed mit seinen humanitären und medizinischen Projekten eine andere Entwicklungspolitik, etwa im Sinne des „Kölner Memorandums“, um die Menschen zu befähigen, eigene Sozial- und Gesundheitsstrukturen aufzubauen und zu unterhalten, um irgendwann nicht mehr am Dauertropf der Helfer*innen zu hängen. Die Arbeit kommt unmittelbar den Menschen zugute, nicht einem Regime. Geldmittel werden nicht wie bei anderen Großorganisationen in Marketing, Spendenakquise und Finanzierung von 1.Klasse-Reisen für die Besucher- und Kontrolltrosse fehlalloziert, sondern gehen zu 100% in die Projekte.

Der Verein ist in der glücklichen Lage, das Vertrauen der zuständigen Regierungsbehörden zu besitzen, um trotz mancher Hindernisse erfolgreich arbeiten zu können. Beispielsweise werden die benötigten Hilfsmittel, die in Containern am Hafen in Massawa ankommen, schnell und unentgeltlich per Lastwagen zur Klinik in Asmara transportiert, wo die technischen Gerätschaften und Medikamente benötigt werden. Auch bestehen gute persönliche Kontakte zu den für Gesundheits- und Sozialwesen zuständigen Minister*innen und Ministerien.

Die notwendigen Visa für die jeweiligen Einsätze werden, wenngleich nicht immer zügig, vollständig und kostenlos erteilt (Im Südsudan wurde jüngst die Gebühr für ein Visum, was ausländische Helfer*innen benötigen, von 100 auf 10.000 US-Dollar erhöht...). In manchen Ländern streiten sich Hilfsorganisationen untereinander eifersüchtig um den Rang des Platzhirsches, der seine heilsbringenden Dienste für die Armen Afrikas importieren darf. (Anmerkung TD: Ist das Zeitalter des Kolonialismus vorbei oder hat es das Gewand gewechselt?)

In Eritrea ist es (noch) nicht so weit; es gibt etliche andere NGOs, die dort tätig sind und in der Regel kooperativ und nicht konkurrierend für die Bedürfnisse der Menschen arbeiten.

Literatur

Erster Bericht der UN-Menschenrechtskommission: www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRC/HRCouncil/ColEritrea/A_HRC_29_CRP-1.pdf

Zweiter Bericht der UN-Menschenrechtskommission:

www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ColEritrea/Pages/ReportColEritrea.aspx.

Fortschritte beim Erreichen der Millenniumsziele:

www.er.undp.org/content/eritrea/en/home/post-2015/mdgoverview.html

www.er.undp.org/content/eritrea/en/home/library/mdg/eritrea-abridged-mdg-report2.html

www.er.undp.org/content/eritrea/en/home/library/mdg/eritrea-health-mdgs-report-2014.html

Hans-Ulrich Stauffer (2017): Eritrea – der zweite Blick. Rotpunktverlag

Disabled Village Children: A Guide for Community Health Workers, Rehabilitation Workers, and Families. 2009 Hesperian Foundation

Umberto Eco: Der Name der Rose. 1982 dtv

Edward Denison, Guang Yu Ren, Naigzy Gebremedhin: Asmara. Africa's secret modernist City, London/New York 2003

Ergänzend sei auf das lesenswerte Buch bzgl. Entwicklungspolitik in Afrika von Volker Seitz hingewiesen: Afrika wird armregiert oder Wie man Afrika wirklich helfen kann. 2014 dtv

Wesentliche Informationen zum Land und zu den Entwicklungsfortschritten Eritreas verdanke ich dem Publizisten und langjährigen Eritrea-Kenner Martin Zimmermann, mit dessen Hilfsorganisation (www.eritrea-hilfswerk.de) wir sehr gut vor Ort kooperieren.

Autor:

Thomas Dirksen

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Gasselstiege 21, 48159 Münster

Tel.: 0251 - 91 79 98 0

ms@dirksenfranke.de

<http://www.dirksenfranke.de>

Fotograf:

Kai Gebel

www.Two-Little-Designers.com

Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht

Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten 2015

A. Zweck der Empfehlungen

Die Empfehlungen wurden von Vertretern¹ juristischer, psychologischer und medizinischer Fachverbände, der Bundesrechtsanwalts- und der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet und fachlich begleitet durch das Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (Referat RA 5).

Unter der Koordination von Dr. Anja Kannegießer und Horst-Heiner Rotax haben seitens der Verbände und Kammern mitgewirkt (in alphabetischer Reihenfolge):

- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) vertreten durch RA`in Dipl. Psych. Dr. jur. Anja Kannegießer, Dipl. Psych. C. Orth
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) vertreten durch Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Gundolf Berg
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vertreten durch M.A., M.Sc. (USA) Andrea Mrazek
- Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK) vertreten durch RA`in Karin Susanne Delerue
- Deutscher Anwaltverein (DAV) vertreten durch RA`in Eva Becker

¹ Es sind stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen gemeint; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet.

- Der Deutsche Familiengerichtstag (DFGT) vertreten durch RiAG i.R. Horst-Heiner Rotax, Dr. Dr. Joseph Salzgeber
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) vertreten durch Dr. Christian Vogel
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs) vertreten durch Prof. Dr. Rainer Banse, Dr. Dr. Joseph Salzgeber, Dr. Alexander F. Schmidt, Prof. Dr. Renate Volbert
- Deutscher Juristinnenbund (djb) vertreten durch Dir'inAG Meyer-Wehage
- Deutscher Richterbund (DRB) vertreten durch VRiOLG Joachim Lüblichhoff
- Fachverband Systemisch-Lösungsorientierter Sachverständiger im Familienrecht (FSLs) vertreten durch Prof. Dr. Uwe Jopt, Dr. Katharina Behrend
- Neue Richtervereinigung (NRV) vertreten durch RiAG Dr. Christiane Vesting

Die Empfehlungen stellen keine Kriterien für die Überprüfung einer Gerichtsentscheidung im Rechtsmittelverfahren im Sinne rechtlich verbindlicher Mindeststandards dar. Trotzdem gehen die beteiligten Vertreter davon aus, dass sie in der Rechtsanwendung und Gutachtenpraxis Berücksichtigung finden werden.

Die Empfehlungen richten sich an Sachverständige, die Gutachten im kindschaftsrechtlichen Bereich erstellen, aber auch an die beteiligten Juristen. Sie sollen den Sachverständigen im Bereich des Familienrechts die fachgerechte Vorgehensweise und Ausarbeitung von Sachverständigengutachten und auch den anderen am familiengerichtlichen Verfahren beteiligten Personen (v.a. Juristen, Verfahrensbeistand, Jugendamtsvertreter) und nicht zuletzt den Begutachteten die Nachvollziehung des Sachverständigenvorgehens und der schriftlichen Ausarbeitung erleichtern. Sie sollen jenes Ausmaß an wissenschaftlich fundiertem Vorgehen, Transparenz und Nachvollziehbarkeit schaffen, wie es für jede Begutachtung unverzichtbar ist.

In ihrem interdisziplinären Gespräch waren sich die beteiligten Vertreter einig darüber, dass sich Gerichte, Rechtsanwälte und Sachverständige im Interesse der beteiligten Kinder und Familien um eine optimale Zusammenarbeit be-

mühen müssen. Hierbei sind nicht nur interdisziplinär entwickelte Mindestanforderungen an Gutachten im Kindschaftsrecht sinnvoll, sondern es ist auch eine verbesserte spezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung von Sachverständigen, Rechtsanwälten und Richtern notwendig. Fehlerfreies Vorgehen der Sachverständigen reicht nicht aus, wenn die Gerichte ihrer Leitungsaufgabe nicht gerecht werden, etwa juristisch unzutreffende Beweisbeschlüsse formulieren oder die Gutachtenergebnisse unzureichend würdigen. Umgekehrt kann fehlerhaftes Vorgehen bei der Gutachtenerstellung durch kritisches und sachgerechtes Vorgehen der Gerichte korrigiert werden.

B. Gutachten im Kindschaftsrecht aus juristischer, psychologischer und klinischer Sicht

I. Gesetzliche Vorgaben

Für die Einholung eines Sachverständigengutachtens nebst Anforderungen daran machen das materielle Familienrecht und das Verfahrensrecht nur einige wenige Vorgaben. Weitere Vorgaben ergeben sich aus der Rechtsprechung.

1. Vorgaben aus dem materiellen Recht

Anknüpfungspunkt im Kindschaftsrecht ist der unbestimmte Rechtsbegriff *Kindeswohl*. Hier ist es allein Aufgabe der Gerichte², Entscheidungen über Eingriffe in die elterliche Sorge zu treffen und dabei den Rechtsbegriff *Kindeswohl* verbindlich auszulegen. Mit ihren Entscheidungen greifen Gerichte regelmäßig in das durch Art. 6 GG geschützte Eltern- sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 GG) ein. Das zwingt die Gerichte zu besonderer Sorgfalt und Beachtung der Rechtsprechung, gerade auch des Bundesverfassungsgerichts. Reicht die eigene Sachkunde des Gerichts nicht aus, müssen Sachverständige hinzugezogen werden. Für diese Tätigkeit ist psychologisches Fachwissen (insbesondere aus den Bereichen Familienpsychologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie, Sozialpsychologie, Kommunikationspsychologie, Klinische Psychologie, Diagnostik und Intervention) und je nach Fragestellung und Fallgestaltung Fachwissen anderer kind- und elternorientierter Disziplinen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie u.a.m. erforderlich.

² Abgesehen von der Inobhutnahme durch das Jugendamt (§ 42 SGB VIII).

Die materiellrechtlichen Bezüge zum Kindeswohl werden im BGB unterschiedlich formuliert. Die Eingriffsschwellen in den Regelungen lassen sich grob einteilen in solche mit positivem Bezug und solche mit negativem Bezug. Außerdem gibt es besondere Regelungen für die Berücksichtigung des Kindeswohls in Abänderungsfällen (§ 1696 BGB).³

2. Vorgaben aus dem Verfahrensrecht

Für die Erstellung von Gutachten enthält das FamFG nur wenige Regelungen. Es verweist in § 30 Abs. 1 FamFG insoweit auf die ZPO. Grundsätzlich erfolgt eine Beauftragung der Sachverständigen im Wege der förmlichen Beweisaufnahme. Das Gericht formuliert eine konkrete Fragestellung, wählt die Sachverständigen aus und leitet ihre Tätigkeit.⁴

a. Keine Verschwiegenheit des Sachverständigen, Freiwilligkeit bei der Begutachtung

Sachverständige können sich gegenüber dem Gericht nicht auf ein Recht zur Verschwiegenheit berufen. Darauf sollten sie die Beteiligten zu Beginn der Begutachtung hinweisen. Gleiches gilt für die nach geltendem Recht zu beachtende Freiwilligkeit bei der Teilnahme an der Begutachtung.

Sachverständige sind nur begrenzt berechtigt, Gutachten zu verweigern.⁵

b. Befangenheit

Sachverständige können aus denselben Gründen wie Richter von den Verfahrensbeteiligten als befangen abgelehnt werden. Ein Sachverständigengutachten kann aber auch ohne förmliches Befangenheitsverfahren (§ 406 ZPO) als unbrauchbar angesehen werden, wenn Sachverständige die gebotene Unvoreingenommenheit gegenüber den von ihnen begutachteten Personen und deren Wertvorstellungen vermissen lassen. Eine therapeutische, private oder geschäftliche Beziehung zu einem Familienmitglied darf nicht bestehen oder bestanden haben.⁶

³ Näheres s. Anhang I. Tabelle 1: Eingriffsschwellen in das Kindeswohl in den materiellrechtlichen Regelungen (BGB).

⁴ Weiteres s. Anhang II. Tabelle 2: Vorgaben aus dem derzeit geltenden Verfahrensrecht, September 2015.

⁵ s. im Anhang II. Tabelle 2: Vorgaben aus dem derzeit geltenden Verfahrensrecht, September 2015.

⁶ s. auch Anhang Fußnote 1.

II. Die von der Rechtsprechung zur Begutachtung entwickelten Grundsätze

1. Die Stellung der Sachverständigen

Sachverständige sind Fachpersonen, die aufgrund besonderer Fach- und Sachkenntnisse Befunde über einen bestimmten Sachverhalt ermitteln, beurteilen und je nach Fallgestaltung und Auftrag zudem zum Erzielen elterlichen Einvernehmens nutzen können. Eine spezifisch kindschaftsrechtlich ausgeprägte Rechtsprechung zu Gutachten gibt es nur vereinzelt.⁷ Es gelten ansonsten die allgemein für forensische Sachverständigengutachten entwickelten Grundsätze.

a. Leitung der Sachverständigen

Nach Bestellung des Sachverständigen ist das Gericht gehalten, die Tätigkeit des Sachverständigen gem. § 404a ZPO zu leiten, Hinweise und ggf. erforderliche Belehrungen zu geben und das Gutachtenergebnis kritisch zu würdigen. Letzteres gilt auch für die Rechtsanwälte und die anderen Verfahrensbeteiligten.

Soweit sinnvoll sollte das Gericht dem Sachverständigen eine kritische Rückmeldung zu seinem Gutachten geben.

b. Wissenschaftliche Methodik

Bei der Datenerhebung und Gutachtenerstattung müssen sich die Sachverständigen methodischer Mittel bedienen, die dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand ihres Fachgebietes gerecht werden.

Psychodiagnostische Verfahren müssen konkret zur Beantwortung der psychologischen Fragen beitragen. Existieren mehrere anerkannte und indizierte Verfahren, so steht deren Auswahl in pflichtgemäßen Ermessen der Sachverständigen.

Vorbehaltlich der Sachleitungsbefugnis durch das Gericht steht es den Sachverständigen frei, wie sie ihre maßgeblichen Informationen erheben und welche Gesichtspunkte sie für ihre Bewertung und Beurteilung für relevant halten.

⁷ z.B. BVerfGE v. 19. 11. 2014 - 1 BvR 1178/14; BVerfGE v. 23.08.2006 - 1 BvR 476/04.

c. Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Begutachtung

Die Vorgehensweise, das schriftliche Gutachten und der etwaige mündliche Vortrag müssen nachvollziehbar und transparent sein. Insbesondere sind

1. verwendete Anknüpfungstatsachen,
2. die untersuchten spezifischen Fragen,
3. verwendete Untersuchungsmethoden,
4. erlangte Untersuchungsergebnisse und
5. gutachterliche Schlussfolgerungen einschließlich Begründungen

darzustellen. Es muss klar getrennt werden zwischen Datenerhebung und Bewertung.

2. Besonderheiten der Begutachtung im Kindschaftsrecht

a. Ausgangslage

Sachverständige im Kindschaftsrecht begutachten in der Regel ein Zusammenwirken von mindestens zwei Personen (mindestens einem Elternteil und einem Kind). Es kann auch das weitere Umfeld miteinbezogen werden (außer dem anderen Elternteil z.B. auch Großeltern, Pflegeeltern, Stiefeltern, weitere Verwandte, Jugendamt, Umgangs- und Ergänzungspfleger, Verfahrensbeistand).

b. rechtliche Fragestellungen

Das Kindschaftsrecht regelt vielfältige Aspekte, die zu unterschiedlichen Fragestellungen an die Sachverständigen führen.

In kindschaftsrechtlichen Verfahren sind vor allem denkbar:

- Fragen zur elterlichen Sorge bei Trennung und Scheidung, § 1671 Abs. 1 BGB, und bei nicht miteinander verheirateten Eltern ohne Sorgerechts-erklärung, § 1626a, § 1671 Abs. 2 BGB.
- Fragen des Beziehungserhalts des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil (Umgangsregelung), § 1684 BGB.
- Fragen zu Umgangsregelungen mit Beziehungs- und Bindungspersonen des Kindes, § 1685 BGB, sowie zum leiblichen, nicht rechtlichen Vater des Kindes, § 1686a BGB.

- Fragen zu einer Kindeswohlgefährdung (Sorgeentzug der Eltern sowie Herausnahme bzw. Rückführung des Kindes, §§ 1666f. BGB; Verbleibensanordnung bei Pflegeeltern, § 1632 Abs. 4 BGB). Hier spielen oftmals körperliche oder seelische Misshandlung, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung sowie deren Folgen eine Rolle. Zur Abklärung eines Missbrauchsvorwurfes kann auch eine aussagepsychologische⁸ oder rechtsmedizinische Abklärung erforderlich sein.
- Besondere Fragestellungen wie Verfahren mit internationalen Bezügen, Adoption (§§ 1741, 1748 BGB), Namensänderung (§ 1618 BGB), Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen (§§ 1626, 1666 BGB), Unterbringung von Kindern und Jugendlichen (§ 1631b BGB⁹).

c. psychologische Fragestellungen

Kernbestandteil von Begutachtung im kindschaftsrechtlichen Verfahren sind die Erfassung und Beurteilung

- (1) der familiären Beziehungen und Bindungen;
- (2) der Ressourcen und Risikofaktoren in der Familie;
- (3) der Kompetenzen der Eltern/Sorgeberechtigten, ihrer Erziehungsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme, Bindungstoleranz;
- (4) des Entwicklungsstands, der Bedürfnisse des Kindes, des Kindeswillens, der Kompetenzen und der aktuellen Situation des Kindes, evtl. besonderer Belastungen und Beeinträchtigungen.

d. besondere Fragestellungen

Weitergehend kann im Einzelfall die Diagnostik und Beurteilung fallrelevanter psychischer Störungen und/oder neurologische Beeinträchtigung/Erkrankungen und/oder Behinderung und/oder sonstige Beeinträchtigungen bei Kindern und/oder Eltern notwendig werden. Hierbei muss

- eine Differenzierung zwischen gesicherter Diagnose und Verdachtsdiagnose erfolgen;
- eine Differenzierung bei jedem einzelnen Beteiligten erfolgen.

⁸ s. dazu auch Anhang IV. Nr. 6.

⁹ Für diese Verfahren sieht das Gesetz besondere Regelungen vor: §§ 151 Nr. 6, 7; 167 Abs. 1; 312 Nr. 1,3; 321 FamFG.

Hier kann eine ergänzende, zusammenwirkende Begutachtung durch familienpsychologische und psychiatrische bzw. psychotherapeutische Sachverständige sinnvoll sein. Die Sachverständigen müssen die Gerichte von sich aus auf die Notwendigkeit derartiger, ergänzender Gutachten hinweisen (§ 407a Abs. 1 ZPO).

e. Hinwirken auf Einvernehmen

Das Gericht soll in jeder Lage des Verfahrens auf ein Einvernehmen der Beteiligten hinwirken, § 156 FamFG. Sachverständige können nach § 163 Abs. 2. FamFG auch mit dem Hinwirken auf Einvernehmen beauftragt werden. Eine entsprechende Anregung kann auch durch den Sachverständigen erfolgen. Dadurch wird der Gutachtenauftrag nicht grundlegend verändert, sondern nur erweitert. Dies ist eine besondere Situation im familiengerichtlichen Bereich, die sich von allen anderen Rechtsbereichen unterscheidet. Dadurch können Sachverständige nicht nur zur Feststellung und Bewertung von Tatsachen, sondern auch zur Intervention beauftragt werden. Ziel und Vorgehen sind dabei mit den Beteiligten abzusprechen.

C. Mindestanforderungen an Sachverständige im Kindschaftsrecht

I. Anforderung an die Sachkunde

Als Sachverständige sollen in erster Linie Personen benannt werden, die über ein abgeschlossenes Studium der Psychologie (Diplom oder Master)¹⁰ oder der Medizin (Staatsexamen) verfügen. Aufgrund der Vielfältigkeit und Anforderungen, nicht zuletzt auch aufgrund der möglichen weitreichenden Bedeutung der Empfehlungen der Sachverständigen im gerichtlichen Verfahren, ist eine besondere Sachkunde notwendig, die weit über übliche Studieninhalte der Psychologie und Medizin hinausreicht. Deshalb sind zusätzliche, nachgewiesene, forensische Kenntnisse und Erfahrungen der Sachverständigen notwendig. Die ersten Praxiserfahrungen sollen in Betreuung/Supervision durch erfahrene Kollegen erfolgen.¹¹

¹⁰ mit mind. 240 Punkten nach dem European Credits Transfer System (ECTS), davon mind. 210 Punkte in psychologischen Grundlagen-, Methoden- und Anwendungsfächern und einer wissenschaftlicher Masterarbeit mit psychologischer Fragestellung.

¹¹ Weitergehend s. Anhang III. Anforderung an die Sachkunde.

II. Anforderung an die inhaltliche Sachkunde je nach Fallkonstellation

Kenntnisse des Verfahrensrechts und des materiellen Rechts sind unabdingbar und erfordern eine laufende Fortbildung der Sachverständigen. Zudem müssen sie kontinuierlich über gerichtliche Entscheidungen bzw. gesetzliche Entwicklungen informiert sein, die ihre Tätigkeit berühren.

Darüber hinaus sind psychologische bzw. gegebenenfalls klinische Kenntnisse notwendig, und zwar kommen je nach Fallkonstellation in Betracht:

1. Psychodiagnostische Kenntnisse im Kinder-, Jugendlichen- und Erwachsenenbereich und zugehörige Testtheorien;
2. Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie, Familienpsychologie, Klinische Psychologie;
3. Bei Trennung und Scheidung: Kenntnisse der Trennungsdynamik, Kenntnisse der Trennungs- und Scheidungsforschung und der einschlägigen psychologischen Aspekte, die für das Kindeswohl wesentlich sind, Kenntnisse und Fähigkeiten in Intervention bei familiären Konflikten; Kenntnisse der psychodiagnostischen Methoden, um die verschiedenen Aspekte erfassen zu können;
4. Bei Kindeswohlgefährdung insbesondere: Kenntnisse der Formen, Ursache und Verläufe der Risiko- und Schutzfaktoren, Kenntnisse der Hilfsmaßnahmen, um eine Gefährdung zu erkennen und gegebenenfalls abzuwenden, Kenntnisse über psychodiagnostische Methoden, Ressourcen und Risikofaktoren zu erfassen und zu interpretieren;
5. Bei psychischen Störungen, Entwicklungsstörungen/neurologischen Beeinträchtigungen/ Erkrankungen oder Behinderung, zur Abklärung des Erziehungs- und Förderbedarfs in diesen Fällen, aber auch von pathologischen Folgen nach Misshandlung und Missbrauch: klinische Kenntnisse nebst diagnostischer Verfahren.

D. Katalog der inhaltlichen, methodischen und formellen Mindestanforderungen an Gutachten

Die hier entwickelten Mindestanforderungen für Gutachten im kinschaftsrechtlichen Bereich sind in erster Linie auf die Fälle ausgerichtet, in denen ein ausführliches schriftliches Gutachten erstellt wird. Wenn vom Gericht gewünscht, ist es möglich Kurzgutachten oder Stellungnahmen zu erstellen oder das Gutachtenergebnis in der Verhandlung mündlich vorzutragen.

Die Qualität eines Gutachtens bestimmt sich auf zwei Ebenen:

1. der Qualität des gutachterlichen Handelns und Schlussfolgerns
2. der Qualität der Abfassung des schriftlichen Gutachtens

Fehler auf der ersten Ebene können durch eine einwandfreie Darstellung auf der zweiten Ebene nicht wettgemacht werden. Sie können allenfalls einer Nachbesserung zugänglich sein, solange die Grundsätze des wissenschaftlich fundierten Vorgehens, der Transparenz und Nachvollziehbarkeit eingehalten worden sind. In diesen Fällen kann das Gericht die Sachverständigen auffordern, Fehler zu berichtigen – entweder durch eine ergänzende (mündliche) Stellungnahme oder durch eine Nachbegutachtung.

Fehler auf der zweiten Ebene, vor allem im Bereich formaler Anforderungen, führen nicht per se zur Unbrauchbarkeit eines Gutachtens und können ebenfalls nachgebessert werden. Andererseits kann aber auch die Einhaltung der formalen Anforderungen nicht ein angemessenes gutachterliches Vorgehen garantieren.

Die wichtigsten Qualitätsaspekte eines Gutachtens sind wissenschaftlich fundiertes Vorgehen, Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Beantwortung der gerichtlichen Fragestellung.

I. Mindestanforderungen an einzelne Schritte der Begutachtung

1. *Auftragsannahme* (u.a. Prüfung der eigenen Sachkunde, Neutralität, zeitliche Verfügbarkeit)
2. *Aktenanalyse*
3. *Ggf. Formulierung psychologischer/klinischer Fragen ausgehend von der gerichtlichen Fragestellung*¹²
4. *Untersuchungsplanung*¹³ *nebst Kontaktaufnahme*

¹² Diese sind je nach erhobenen Untersuchungsergebnissen immer wieder anzupassen.

¹³ Diese ist je nach erhobenen Untersuchungsergebnissen immer wieder anzupassen.

5. *Durchführung der Untersuchungen*

Hierbei ist in der Regel Folgendes durchzuführen:

- Angemessene Erklärung gegenüber den Beteiligten über die Fragestellung und den Untersuchungsplan,
- Exploration (und ggf. Diagnostik) beteiligter Eltern und Kinder sowie anderer Beteiligter,
- Diagnostik des Trennungssystems (z.B. Bedingungsfaktoren für die Konfliktdynamik),
- Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehungen v.a. Verhaltensbeobachtungen,
- Diagnostik spezifischer Problemlagen in der Familie.

bei Bedarf:

- Hausbesuche,
- Testverfahren, Fragebögen und/oder sonstige explorationsergänzende Verfahren,
- Informationen und Befunde Dritter (mit Einwilligung der Parteien und ggf. des Gerichts).

6. *Interpretationen und Beurteilung der Ergebnisse*

bei Bedarf:

- Erarbeitung von vorläufigen Regelungsmodellen im Sinne einer Prozessdiagnostik in Abstimmung mit den Beteiligten,
- Definition von Abbruchkriterien bei eingeschränkter Mitwirkung der Betroffenen, bei Kindeswohlbelastung oder besserer Passung anderer Interventionen,

bei Interventionen:

- Erprobung der Interventionen bzw. ihre Überprüfung auf Angemessenheit in Absprache mit den Beteiligten,
- Rückmeldung an das Gericht bei Einvernehmen,
- bei Abbruch der Bemühungen um Einvernehmen müssen Sachverständige in der Lage sein, eine sachgerechte Darlegung des Abbruchs und eine fachlich begründete Empfehlung im Sinne der gerichtlichen Fragestellung abzugeben.

7. *Beantwortung der gerichtlichen Fragestellung*

II. Mindestanforderungen an das (schriftliche) Gutachten

1. *Formaler Rahmen – Sinnvolle Gestaltungsvorgaben*

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Seitennummerierung des Gutachtens
- Nennung des Aktenzeichens
- Nennung des Sachverständigen samt seiner wesentlichen relevanten beruflichen Abschlüsse
- Nennung des Auftraggebers
- Nennung der wörtlichen Fragestellung
- Nennung der eingesetzten Methoden
- Nennung der Untersuchungstermine mit Datum, Ort und Dauer
- Die Quellen für den Befund, also die wesentlichen Untersuchungsergebnisse, und Unterlagen oder Auskünfte dritter Personen sind im Einzelnen darzulegen. Dabei sind Datengrundlage und Interpretation zu trennen.
- Nennung von Hilfskräften bei nicht untergeordneter Bedeutung. Für Dritte muss ersichtlich sein, welcher Untersucher bei welchen Teilen des Gutachtens mitgewirkt hat.
- Das Gutachten muss von dem beauftragten Sachverständigen persönlich und mit Datum versehen unterschrieben sein.
- Literatur sollte angeführt werden, soweit im Gutachten darauf explizit Bezug genommen wird.

2. *Grundlagen der Begutachtung*

Hier erfolgt die Wiedergabe der Anknüpfungstatsachen auf der Basis der Aktenanalyse.

3. *Fachliche Fragestellungen*

Aus der gerichtlichen Fragestellung werden bei Bedarf psychologische bzw. soweit erforderlich klinische Fragestellungen abgeleitet.

4. *Untersuchungsverlauf und -ergebnisse*

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Die Konfliktsituation der Familie (innerhalb oder mit Dritten) muss grundsätzlich unmittelbar bei den Familienmitgliedern und/oder Dritten erhoben worden sein.

- Würden von den Eltern oder Dritten nachvollziehbare, für die Begutachtungsfrage fachlich bedeutsame kindeswohlrelevante Bedenken vorgebracht, muss diesen diagnostisch in sinnvollem Maße nachgegangen worden sein und dargestellt werden (z.B. Gewalt in der Familie, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung). Ggf. ist bei dem Gericht anzuregen, den Gutachtenauftrag zu erweitern. Können entscheidungserhebliche Informationen nicht verifiziert werden, nimmt das Gericht die Beweiswürdigung vor.
- Ein multimodales Vorgehen ist gefordert, d.h. Sachverständige bedürfen unterschiedlicher Datenquellen zur Entwicklung und Begründung ihrer Empfehlungen (ggf. Ergebnisse verschiedener Verfahren oder Angaben verschiedener Personen).
- Werden Kriterien wie Bindung, Beziehung, Wille des Kindes oder Einschränkung der Erziehungsfähigkeit als entscheidungserheblich für die Beantwortung der Fragestellung herangezogen, müssen diese mit angemessenen Methoden erfasst worden sein und dargestellt werden.
- Untersuchungsergebnisse müssen im Berichtsteil ohne Wertung (neutral) dargestellt werden.
- Versuchte Interventionen, Kompromisse und Lösungen müssen beschrieben werden.

5. Fachliche Würdigung der Ergebnisse

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Streng zu trennen sind die Darstellung von Untersuchungsergebnissen und Interventionen sowie Bewertungen und Beurteilungen.
- Werden Kriterien als gegeben erachtet, müssen sie sich in der Regel auf mindestens zwei unterschiedliche Informationsquellen beziehen, die sich entweder in den Anknüpfungstatsachen (vor allem Akten) und/oder den Untersuchungsergebnissen finden lassen.
- Bei offenen Fragen bedarf es bei der Ausformulierung von Regelungsvorschlägen eines Hinweises auf deren eingeschränkte Gültigkeit, aber auch auf alternative Lösungsmöglichkeiten.
- Bei Kindeswohlgefährdung ist darzulegen, was die Eltern Gefährdendes (u.a. Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) getan oder unterlassen haben bzw. was sie an Notwendigem unterlassen

haben, wie sich dieses Verhalten auf das Kind auswirkt, welche Schädigungen das Kind bereits erlitten hat bzw. welche Schädigungen in unmittelbarer Zukunft mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, mit welchen Maßnahmen (insb. der Jugendhilfe, z.B. Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27ff. SGB VIII) einer Schädigung entgegengewirkt werden kann und ob zu erwarten ist, dass die Eltern an diesen Maßnahmen mitwirken bzw. diese umsetzen werden. Die möglichen Auswirkungen der in Betracht kommenden Regelungsmöglichkeiten auf das Kind und sein Erziehungsumfeld müssen individuell für die konkrete Familie bestimmt und dargestellt werden.

6. Beantwortung der gerichtlichen Fragestellung

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Alle Faktoren/Kriterien müssen individuell bewertet und für die konkrete Familie abgewogen werden. Pauschale Regelungsmodelle, sei es für Verantwortungsbereiche, sei es für Betreuungsregelungen, verbieten sich. Sie sind für den individuellen Fall zu erarbeiten.
- Sind mehrere Kinder in der Familie in die Begutachtung einzubeziehen, ist für jedes Kind die Einschätzung im Hinblick auf das Kindeswohl individuell durchzuführen.
- Sachverständige nehmen aus ihrer fachlichen Sicht nur zu den aufgeworfenen Fragen Stellung. Die Subsumtion ihrer Empfehlung unter rechtliche Kategorien und Konstrukte obliegt dem Gericht. Eine Erweiterung der Beweisfrage steht den Sachverständigen nicht zu. Dies gilt nicht für die Mitteilung einer akuten Kindeswohlgefährdung.
- Sachverständige haben ihr Bewertungssystem offen zu legen, also die Kriterien in Bezug zu ihren Empfehlungen zu setzen und mögliche alternative Bewertungen zu erwähnen.
- Bei Empfehlungen haben Sachverständige die Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Regelungen abzuwägen. Alternativen sind mit zu bewerten.
- Interventionen oder Hilfsmaßnahmen müssen im Hinblick auf ihre voraussichtliche Wirksamkeit und Notwendigkeit, ggf. unter Abwägung von Alternativen, begründet werden.

- Letztlich muss in einer suboptimalen (Ausgangs-)Situation die bestmögliche Lösung für das Kind gefunden werden, die ihm die unter den gegebenen Lebensumständen bestmögliche Entwicklung sichert und die es so weit wie möglich an dem Familienleben und den vorhandenen Beziehungen teilhaben lässt.

Anhang

I. **Tabelle 1:** Eingriffsschwellen in das Kindeswohl in den materiellrechtlichen Regelungen (BGB)

Eingriffsschwelle: Positives Kindeswohl	
§ 1671 I 2 Nr. 2 BGB, § 1671 II 2 Nr. 2 BGB, §§ 1685 I, 1686a I Nr. 1 BGB, § 1697a BGB	„... dem Wohl des Kindes am besten entspricht...“ bzw. „...dem Wohl des Kindes dient) ...“
§ 1618 S. 4 BGB, § 1629 I S. 4 BGB, § 1631b S. 2, § 1684 IV S. 1 BGB, § 1687 II BGB, § 1687b II BGB, §§ 1687b III, 1688 III BGB	„..., wenn (soweit) ... zum Wohl des Kindes erforderlich (notwendig) ...“
Eingriffsschwelle: Negatives Kindeswohl	
§ 1626a Abs. 2 BGB, § 1671 II 2 Nr. 1 BGB, § 1671 III 2 BGB, §§ 1678 II, 1680 II, 1681 II BGB, § 1686 BGB, § 1686a I Nr. 2 BGB § 1666 I BGB, § 1684 Abs. 4 S. 2 BGB	„..., wenn ... dem Kindeswohl nicht widerspricht ...“ „... das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes ... gefährdet ...“
Abänderungsfälle	
§ 1696 II BGB	„..., wenn ...zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung oder zum Wohl des Kindes erforderlich ...“
§ 1696 I BGB	„..., wenn dies aus triftigen, das Wohl des Kindes nachhaltig berührenden Gründen angezeigt ist.“

II. **Tabelle 2:** Vorgaben aus dem derzeit¹⁴ geltenden Verfahrensrecht, September 2015

§ 26 FamFG	Amtsermittlung: „Das Gericht hat von Amts wegen die zur Feststellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlichen Ermittlungen durchzuführen.“
§ 29 FamFG	Flexible Gestaltung des Verfahrens, Freibeweis über die Beweismittel der ZPO hinaus: „Das Gericht erhebt die erforderlichen Beweise in geeigneter Form. Es ist hierbei an das Vorbringen der Beteiligten nicht gebunden.“
§ 30 I FamFG	Förmliche Beweisaufnahme ist immer möglich.
§ 30 II FamFG	Förmliche Beweisaufnahme zwingend, soweit gesetzlich vorgeschrieben.
§ 30 III FamFG	Förmliche Beweisaufnahme soll stattfinden, wenn das Gericht seine Entscheidung maßgeblich auf Feststellungen bestimmter Tatsachen stützen will und die Richtigkeit von einem Beteiligten ausdrücklich bestritten wird.
§§ 151 Nr. 6, 7; 167 I, 312 Nr. 1, 3; 321 FamFG	Spezielle Regelungen für freiheitsentziehende Unterbringung Minderjähriger
§ 156 Abs. 1 FamFG § 163 Abs. 1 FamFG ¹⁵	„Das Gericht soll ... in jeder Lage des Verfahrens auf ein Einvernehmen der Beteiligten hinwirken, ...“ Fristsetzung zur Erstellung des schriftlichen Gutachtens
§ 163 Abs. 2 FamFG	Auftrag zum Hinwirken auf Einvernehmen an den Gutachter

¹⁴ Mit dem RegE eines Gesetzes zur Änderung des Sachverständigenrechts und zur weiteren Änderung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit werden einige Neuerungen vorgeschlagen, und zwar

- eine frühzeitige Beteiligung von Eltern und Kindern an der Auswahl der Sachverständigen (§ 404 Abs. 1 ZPO RegE),
- eine zwingende zeitliche Befristung für die Erstellung des Gutachtens (§ 411 Abs. 1 ZPO RegE),
- unverzüglich Prüfpflicht des Sachverständigen, ob ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen und dem Gericht solche Gründe unverzüglich mitteilen (§ 407a Abs. 2 ZPO RegE),
- und sonstige Hinweispflichten der Sachverständigen an das Gericht (§ 407a Abs. 2 ZPO RegE) und Anforderungen an die Qualifikation der Sachverständigen (§ 163 Abs. 1 FamFG-RegE).

¹⁵ Verschärfung geplant, s. Fußnote 14 zum RegE Sachverständigenrecht

§ 144 I, III ZPO	„Das Gericht kann ...die Begutachtung durch Sachverständige anordnen.“
§ 358a I Nr. 4 ZPO	„Das Gericht kann schon vor der mündlichen Verhandlung einen Beweisbeschluss erlassen. Der Beschluss kann vor der mündlichen Verhandlung ausgeführt werden, soweit er anordnet . . . die Begutachtung durch Sachverständige, ...“
§ 359 ZPO	Zwingender Inhalt des Beweisbeschlusses
§ 402 ZPO	„Für den Beweis durch Sachverständige gelten die Vorschriften über den Beweis durch Zeugen entsprechend, insoweit nicht in den nachfolgenden Paragraphen abweichende Vorschriften enthalten sind.“
§ 404 ZPO ¹⁶	Die Sachverständigenauswahl erfolgt durch das Prozessgericht; Vorrang öffentlich bestellter Sachverständiger
§ 404a ZPO	Leitung der Tätigkeit des Sachverständigen durch das Gericht
§ 406 ZPO	Ablehnung eines Sachverständigen
§ 407 ZPO	Pflicht zur Erstattung des Gutachtens
§ 407a ZPO ¹⁷	Weitere Pflichten des Sachverständigen: Prüfung, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger erledigt werden kann; falls nein, Pflicht zur unverzüglichen Mitteilung an das Gericht (Abs. I). Pflicht zur unverzüglichen Klärung mit dem Gericht, wenn der Sachverständige Zweifel an Inhalt und Umfang des Auftrages hat (Abs.III)
§ 408 ZPO	Gutachtenverweigerungsrecht

¹⁶ Änderungen geplant, s. Fußnote 16 zum RegE Sachverständigenrecht.

¹⁷ Änderungen geplant, s. Fußnote 16 zum RegE Sachverständigenrecht.

§ 410 ZPO	Das Gutachten ist unparteiisch nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten.
§ 411 ZPO ¹⁸	Schriftliche Gutachten
§ 412 ZPO	„Das Gericht kann eine neue (...) Begutachtung anordnen, wenn es das Gutachten für ungenügend erachtet.“

III. Anforderung an die Sachkunde

Als Sachverständige sollen in erster Linie Personen benannt werden, die ein abgeschlossenes Studium der Psychologie (Diplom oder Master)¹⁹ oder der Medizin (Staatsexamen) aufweisen. Weiter ist eine besondere forensische Sachkunde und Erfahrung zu fordern. Empfehlenswert ist eine Zusatzqualifikation mit folgenden Bausteinen:

- Erwerb fundierter theoretischer, auch rechtlicher Kenntnisse
- Fachlich begleitete Praxiserfahrung und supervidierte Fallarbeit
- Abschlussbestätigung durch zuständige Stellen
- Kontrollierte Fortbildungsverpflichtung

Die Überprüfung von sachlichem und ethischem Fehlverhalten und Konsequenzen bei Nichteinhaltung durch die zuständigen Stellen ist darüber hinaus sinnvoll; Regelungen fachspezifischer Ethikkommissionen und berufsständischer Gerichtsbarkeit gelten entsprechend.

Folgende Qualifikationen in Weiter- und Fortbildung werden von den beteiligten Verbänden und Kammern benannt (alphabetische Reihenfolge):

Ärzte (Abschluss Staatsexamen):

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

- Schwerpunkt Forensische Psychiatrie
- Zertifikat forensische Psychiatrie (DGPPN)

¹⁸ Änderungen zur Verhängung eines Bußgeldes geplant, s. Fußnote 14 zum RegE Sachverständigenrecht.

¹⁹ mit mind. 240 Punkten nach dem European Credits Transfer System (ECTS), davon mind. 210 Punkte in psychologischen Grundlagen-, Methoden- und Anwendungsfächern und einer wissenschaftlicher Masterarbeit mit psychologischer Fragestellung.

Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

- Zertifikat für kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung (BAG KJPP; BKJPP; DGKJP)

Psychologen (Diplom/Master)²⁰:

- Fachpsychologe für Rechtspsychologie BDP/DGPs
- postgradualer oder Weiterbildungsstudiengang (Master of Science Rechtspsychologie)²¹

**Psychologische Psychotherapeuten/
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:**

- Eintragung in Sachverständigenlisten von Psychotherapeutenkammern²²

Auf der Basis einer psychologischen oder ärztlichen Grundqualifikation²³ sind weitere spezifische Zusatzqualifikationen möglich, z.B. systemisch-lösungsorientierte Sachverständige (FSLs).²⁴

IV. Einzelne Verhaltensempfehlungen für das Vorgehen bei der Begutachtung

1. Sachverständige haben ihre Tätigkeit gemäß des gesetzlichen Rahmens zu erfüllen.
2. Sachverständige sollen dem Gericht die Erweiterung oder Ergänzung der Beweisfrage vorschlagen, wenn sie neue Informationen erhalten, die dieses notwendig machen.
3. Die Freiwilligkeit der Begutachtung ist zu beachten und zu respektieren. Zwang oder Drohungen mit juristischen Konsequenzen verbieten sich.

²⁰ s. Fußnote 19.

²¹ Als akademischer Abschluss kann er keine Fortbildungsverpflichtung beinhalten.

²² Derzeit ist die Supervision der Fallarbeit nicht an allen Psychotherapeutenkammern zwingend.

²³ Auch andere Berufsgruppen können diese Zusatzausbildung absolvieren.

²⁴ Die Einführung einer Abschlussprüfung und kontrollierten Fortbildungsverpflichtung ist geplant.

4. Das Gebot des wissenschaftlich fundierten Vorgehens, der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit ist auch bei Hinwirken auf Einvernehmen zu beachten.
5. Sachverständige sollen nicht mehr Befunde erheben, als für die Beantwortung der Fragestellung notwendig sind.
6. Bei Verdacht auf Missbrauch und Misshandlung ist ggf. ein aussagepsychologisches Gutachten einzuholen. Sachverständige haben in Kindschaftsrechtsverfahren ggf. unter Einbeziehung der Ergebnisse einer aussagepsychologischen Begutachtung eine Einschätzung der Vorwürfe in den Kategorien von nahe- oder fernliegend vorzunehmen.
7. Bei unklarer Tatsachenlage hat der Sachverständige keine Beweiswürdigung vorzunehmen.
8. Kinderschutz ist nicht primäre Aufgabe des Sachverständigen, sondern liegt bei Eltern(teilen), Jugendämtern und dem Familiengericht. Sachverständige haben allerdings aufgrund ihrer Bestellung dem Gericht Mitteilung zu machen, sollten sich akute oder neue Hinweise für eine unmittelbare Kindeswohlgefährdung während der Begutachtung ergeben.

V. Fragen für Familienrichter zu Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht

a: Beweisbeschluss

1. Ist die Beweiserhebung durch Sachverständigengutachten erforderlich?
2. Gibt es einen konkreten Beweisbeschluss, der sich am materiellen Recht orientiert?
3. Wurde ein Auftrag nach § 163 Abs. 2 FamFG erteilt?
4. Ist eine Belehrung der untersuchten Personen zu Freiwilligkeit und ggf. Zeugnis-/Aussageverweigerungsrecht durch das Gericht erfolgt?

b: Kompetenz des Sachverständigen

5. Gibt es Sachverständige, die öffentlich bestellt sind?
6. Hat der eingesetzte Sachverständige die erforderliche Qualifikation für die Begutachtung?

c: Äußere Form des Gutachtens

7. Genügt das Gutachten der äußeren Form nach den Mindestanforderungen?

d: Arbeitsweise des Sachverständigen/Datenerhebung

8. Wird die Beweisfrage – soweit erforderlich – in psychologische/klinische Fragestellungen umgesetzt?
9. Werden die fallrelevanten Tatsachen regelrecht ermittelt?
10. Genügen Explorationen den Anforderungen?
11. a. Wenn Interaktionsbeobachtungen, Explorationshilfen und Testverfahren eingesetzt wurden:
 - b. Ist ihre Durchführung erforderlich?
 - c. Genügen sie den aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen bzw. wägt der Sachverständige hier kritisch ab?
 - d. Ist nachvollziehbar wie (und mit welchen Ergebnissen) vorgegangen wurde?

e: Bewertung der erhobenen Daten

12. Hat der Sachverständige die erhobenen Daten und deren Bewertung nachvollziehbar dargestellt?
13. Hat der Gutachter den Sachverhalt mit der gebotenen Unvoreingenommenheit bewertet oder fehlt es ihm an der Neutralität?
14. Finden sich im Gutachten sachfremde Erwägungen?
15. Beruht das Gutachten auf zutreffenden tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen?
16. Ist es logisch schlüssig?
17. Hat der Sachverständige die Kompetenz, eingesetzte psychodiagnostische Testverfahren zu interpretieren?
18. Sind die eingesetzten Erkenntnismethoden im Allgemeinen und die Schlussfolgerungen des Gutachters im Besonderen tragfähig?

f: Für den Fall eines Hinwirkens auf Einvernehmen

19. Wie hat der Sachverständige sich um Einigung bemüht?
20. Auf welcher Grundlage geschah der Einigungsversuch?
21. Falls keine Einigung erzielt wurde: Weshalb wurden die Bemühungen abgebrochen?
22. Kommt das Gutachten nach Abbruch der Einigungsbemühungen zu einer schlüssigen Empfehlung?

g: Mängelheilung

23. Können etwaige Mängel im Gutachten durch den bereits bestellten Sachverständigen bzw. durch eigene richterliche Bewertung behoben werden, oder ist eine neue Begutachtung durch einen anderen Sachverständigen erforderlich?

Kolumne:

**Psychopharmakologie
in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**
– vom kinder- und jugendpsychiatrischen Praktiker
für den Praktiker

Klaus-Ulrich Oehler

Ab dieser Ausgabe soll im Forum regelmäßig zu psychopharmakologischen Fragestellungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Stellung genommen werden. Dabei wird die Sichtweise der klinisch tätigen und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Vordergrund stehen. Es soll ein Informations- und auch Diskussionsforum entstehen. Gerne werden Fragen zum Einsatz von Psychopharmaka in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis entgegengenommen und an dieser Stelle beantwortete werden. Ich würde mich freuen, wenn Sie diese Möglichkeit intensiv nutzen.

Aus aktuellem Anlass soll in dieser Ausgabe über Neuigkeiten aus Wissenschaft und Praxis vom 6. World-Congress on ADHS aus Vancouver berichtet werden.

Zusammenfassen darf gesagt werden, dass Vancouver eine sehr attraktive, weltoffene Stadt ist. Im Rahmen des Kongresses gab es viele Vorträge zur Grundlagenforschung, insbesondere auf dem Gebiet der Genetik, bildgebender Verfahren und der Elektroneurophysiologie. Enttäuschend war, dass wenig Vorträge, Untersuchungen und auch Forschungsergebnisse behandelt wurden, die die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung, d.h. Fragen zur Therapie und Diagnostik in der Praxis beinhalteten. So fehlten aus meiner

Sicht z.B. Forschungsergebnisse bezüglich des Langzeitverlaufs einer medikamentösen Behandlung, zum Beispiel Stellungnahmen bezüglich der skandinavischen Gesundheitskatastererhebungen.

- Vancouver ist eine attraktive, weltoffene Stadt
- Interessante Vorträge zur Grundlagenforschung, insbesondere auf dem Gebiet der Genetik, bildgebender Verfahren und der Elektro-neurophysiologie
- Aber wenig Neues zu Diagnostik und Therapie für den Alltag

Abb. 1: Highlights 5. World Congress on ADHD Vancouver

Inwieweit sind die Angaben reliabel, dass Patienten, die fachärztlich betreut und auf Stimulanzien eingestellt sind, ein signifikantes erniedrigtes Suchtrisiko haben, seltener straffällig werden und insgesamt eine bessere soziale Prognose haben?! Weiterhin war wenig zu erfahren über das Unfallrisiko von ADHS-Patienten. Hier gibt es sehr wenige Untersuchungen, die ich auf den Abbildungen 2 und 3 darstellen möchte:

Datenlage:

- Einzige deutsche prospektive Studie Grützmaker 2001
- Prospektive Untersuchung von ADHS-Patienten von 1987-1997
- Unfallhäufigkeiten der ADHS-Patienten war ca. 9fach erhöht
- 1997 erfolgten 49 499 Unfälle auf 13 098 000 Kinder und Jugendliche
- Unfallwahrscheinlichkeit 0,0038 pro Jahr
- Bei ADHS-Patienten 0,0342 pro Jahr

Grützmaker, Huberta (2001) Unfallgefährdung bei Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung. Dtsch Arztebl 2001; 98(34-35): A-2195

Abb. 2: Unfallhäufigkeit in Deutschland

Datenlage:

- Dänisches Register: Unfälle sind häufigste Todesursache bei ADHS (Dalsgaard et al. 2015a)
- Taiwanische Studie: 5fach erhöhtes Unfallrisiko bei Kindern mit ADHS (Tai et al. 2013, Chou et al. 2014)
- Kanadische Studie: Erhöhte Rate an unfallbedingten Kopfverletzungen (Ilie et al. 2015)
- Dänische Therapiestudie: Unter MPH Reduzierung des Unfallrisikos um 43% (Dalsgaard et al. 2015b)
- Schwedische Studie: Signifikante Erhöhung von schweren Autounfällen bei Patienten mit ADHS. Reduzierung des Unfallrisikos um 58% unter MPH (Chang et al. 2014)
- Holländische Studie: 5fach erhöhte Krankenhausaufnahme wegen schwerer Unfälle bei Kindern mit ADHS (van den Ban 2014)

Chang Z, Lichtenstein P, D'Onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. (2014) Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. JAMA Psychiatry 71(3):319-25

Chou, I.C., et al. (2014) Attention-deficit-hyperactivity disorder increases risk of bone fracture: a population-based cohort study. Dev Med Child Neurol 56(11): 1111-6

Dalsgaard S, Østergaard SD, Leckman JF, Mortensen PB, Pedersen MG. (2015a) Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)

Dalsgaard S, Leckman JF, Mortensen PB, Nielsen HS, Simonsen M. (2015b) Effect of drugs on the risk of injuries in children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective cohort study. Lancet Psychiatry 2(8):702-9

Ilie G, Vingilis ER, Mann RE, Hamilton H, Toplak M, Adlaf EM, Kolla N, Ialomiteanu A, van der Mass M, Asbridge M, Vingilis-Jaremko L, Rehm J, Cusimano MD (2015) The association between traumatic brain injury and ADHD in a Canadian adult sample. J Psychiatr Res 69:174-9

Tai, Y.M., S.S. Gau, and C.S. Gau (2013) Injury-proneness of youth with attention-deficit hyperactivity disorder: a national clinical data analysis in Taiwan. Res Dev Disabil 34(3): 1100-8

van den Ban EI, Souverein P, Meijer W, van Engeland H, Swaab H, Egberts T, Heerdink E (2014) Association between ADHD drug use and injuries among children and adolescents. Eur Child Adolesc Psychiatry 23(2):95-102

Abb. 3: Unfallhäufigkeiten international

Es gab auch einige skurrile Beiträge, wie z.B. das Geruchsempfinden von ADHS-Patienten und der Einfluss der Darmflora auf die ADHS-Erkrankung – Daten die interessant waren, aber bei denen die wissenschaftliche Absicherung fehlte.

Interessante Beiträge gab es zur Genetik. An der genetischen Disposition des ADHS besteht kein Zweifel, wenn auch die Gesamtsituation eher kompliziert ist. Unterschiedliche Genloci in unterschiedlichen Kombinationen sind für die Ausprägung der Symptomatik verantwortlich. Nach wie vor gibt es keinen Gentest, der ADHS bestätigen oder ausschließen kann. Bedeutsamer werden epigenetische Befunde – dieses dokumentiert die Dynamik der Genetik: Genetik bedeutet keineswegs, dass ein persönliches Gesundheitsschicksal unausweichlich ist, vielmehr ist entscheidend, wie die Symptomatik therapeutisch angegangen wird und wie sich die Lebenssituation des Patienten gestaltet. Epigenetik bedeutet, dass der genetische Code sich nicht verändert, jedoch dass das, was letztlich an genetischer Information umgesetzt wird, festgeschrieben wird. Dabei spielen Methylierungsprozesse eine wichtige Rolle. Weiterhin ist sehr interessant, dass das, was epigenetisch festgelegt wird, durchaus über eine längere Zeitdauer beständig ist. Dies gilt nicht nur für therapeutische Erfolge oder Misserfolge, sondern auch besonders für stattgehabte Noxen. Zum Beispiel ist eine alkoholtoxische Schädigung während der Embryonalzeit, die sog. Alkoholembryopathie, eine Noxe, die bezüglich der Epigenetik ein langfristiges Störungsmuster bedingt und auch vererbt werden kann (Abb. 4).

- An der genetischen Disposition des ADHS besteht kein Zweifel
- Unterschiedliche Genloci in unterschiedlichen Kombinationen sind für die Ausprägung der Symptomatik verantwortlich
- Es gibt keinen Gentest, der ein ADHS bestätigen oder ausschließen kann
- Epigenetische Befunde werden zunehmend bedeutsam

Abb. 4: Genetik

Sehr viele wissenschaftliche Beiträge gab es zum Thema bildgebende Verfahren. Insbesondere fMRI-Untersuchungen erbringen interessante Befunde, die zum pathophysiologischen Verständnis der ADHS beitragen. Aber es gibt keine bildgebenden Befunde, die ein ADHS beweisen oder wahrscheinlich machen. Es gibt auch keine bildgebenden Verfahren, die als Therapiekontrolle geeignet sind (Abb. 5). Nach wie vor ist unsere Anamnese und die klinische Einschätzung das Maß der Dinge.

- Unterschiedliche bildgebende Verfahren, insbesondere fMRI erbringen interessante Befunde, die zum pathophysiologischen Verständnis der ADHS beitragen
- Aber: Es gibt keine bildgebenden Befunde, die ein ADHS beweisen oder wahrscheinlich machen
- Es gibt keine bildgebenden Verfahren, die als Therapiekontrolle geeignet sind

Abb. 5: Bildgebende Verfahren

Selbiges gilt für elektroneurophysiologische Befunde. Es wurden verschiedenste Verfahren vorgestellt, wie z.B. EEG-Powerspektren, ereigniskorrelierte evozierte Potentiale und Bereitschaftspotentiale. Diese tragen sehr viel zum Verständnis der ADHS bei, aber es gibt kein elektroneurophysiologisches Verfahren, das ADHS beweisen oder wahrscheinlich machen kann. Auch für die Therapiekontrolle (psychopharmakologisch oder psychotherapeutisch) sind elektroneurophysiologische Verfahren nicht geeignet (Abb. 6).

- Unterschiedliche elektroneurophysiologische Verfahren, insbesondere EEG-Powerspektren, ereigniskorrelierte evozierte Potentiale und Bereitschaftspotentiale erbringen interessante Befunde, die zum pathophysiologischen Verständnis der ADHS beitragen
- Aber: Es gibt kein elektroneurophysiologisches Verfahren, das ein ADHS beweisen oder wahrscheinlich machen kann
- Es gibt kein elektroneurophysiologisches Verfahren, das als Therapiekontrolle geeignet ist

Abb. 6: Elektroneurophysiologische Befunde

Erneut wurde die MTA-Studie – die größte Studie, nicht industriegesponsert, die je durchgeführt wurde – dargestellt. Es wurde erneut darauf hingewiesen, dass die MTA-Studie ein vierachsiges Design hat, wobei Psychopharmakotherapie (mit Methylphenidat) mit Psychotherapie sowie Psychotherapie plus Psychopharmakotherapie mit der sogenannten ‚Community care, d.h. Patienten bzw. Patienten, wie sie im normalen amerikanischen Gesundheitssystem betreut werden, verglichen wurden. Das Psychotherapiekonzept der MTA-Studie wurde erneut dargestellt: Einzelpsychotherapie hochfrequent, auch hochfrequentes Elternttraining, wie es in keinem Gesundheitssystem der Welt finanzierbar wäre, und Lehrertraining. Darüber hinaus wurde bekannterweise ein Co-Teaching durchgeführt, d.h. der Therapeut nahm am Unterricht teil. Die Ergebnisse sind allgemein bekannt (Abb. 7). Die fachärztliche Therapie mit Stimulanzien war der reinen Psychotherapie überlegen, die selbst jedoch eine gewisse Verbesserung gegenüber der Standard-Therapie des amerikanischen Gesundheitssystems erbrachte. Die Kombination zwischen einer Stimulanzien-Therapie und einer Verhaltenstherapie erbrachte einen, wenn auch geringen, zusätzlichen therapeutischen Gewinn.

- Einzelpsychotherapie
- Elternttraining
- Lehrertraining
- Co-Teaching (Therapeut nimmt am Unterricht teil)

Swanson et al. (2001) Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40(2):168-79

Abb. 7: Psychotherapiekonzept der MTA-Studie

Die Kosteneffektivität innerhalb der MTA-Studie war bzgl. Verhaltenstherapie und Kombinationstherapie wesentlich geringer als für medikamentöse Behandlung allein.

Die Follow-up-Ergebnisse der MTA-Studie nach drei Jahren zeigten, dass nach 36 Monaten alle vier Gruppen ein vergleichbares Ergebnis hatten. Dazu ist zu sagen, dass die Patienten nach jeweils 14-monatiger Behandlungsphase dem allgemeinen Gesundheitssystem übergeben wurden.

Dieses wurde allgemein dahingehend interpretiert, dass die medikamentöse Langzeitbehandlung wenig effektiv ist. Ich erinnere mich noch an mehrere Rundschreiben der psychotherapeutischen Fachgesellschaften mit dem Titel „Ritalin und Co auf Dauer nicht effektiv“. Dieses kann nach den Untersuchungen nicht so stehen gelassen werden, da sich herausstellte, dass im amerikanischen Gesundheitssystem alle vier Gruppen nach 36 Monaten nahezu die gleiche Medikationsrate aufwiesen, d.h. die Patienten, die vorher rein psychotherapeutisch behandelt wurden, haben sich danach zu einer medikamentösen Behandlung entschlossen. Viele Patienten, die mediziert wurden, haben aus den unterschiedlichsten Gründen keine Medikamente mehr genommen. Nicht verwunderlich ist, dass bei einer gleichen Medikationsrate alle vier Gruppen ähnliche klinische Ergebnisse erzielen.

Interessant war, dass bei der MTA-Studie die Adhärenz-Daten erst 10 Jahre später veröffentlicht wurden. Es zeigte sich eine bei der Intensität der Studie überraschend niedrige Adhärenz von nur 53,5 Prozent. Dies bedeutet, dass nur jeder zweite Patient der Medikationsgruppe die Medikation auch regelhaft genommen hat. In diesem Zusammenhang stellte sich damals schon die Frage, inwieweit das bessere Abschneiden der Kombinationsgruppe, d. h. Psychotherapie und Pharmakotherapie, letztlich nur auf eine bessere Adhärenz zurückzuführen ist. Man muss bedenken, dass eine Situation, in der wöchentliche Termine bezüglich Verlaufskontrolle und Effektivität erfolgen, die Eltern naturgemäß mehr darauf ausgerichtet sind, auch die regelmäßige Einnahme der Medikation zu kontrollieren. In der reinen Medikationsgruppe, in der die Kontrolle der Medikation in mehrwöchigem Abstand erfolgte, könnte daher eine niedrigere Adhärenz vorgelegen haben. Dies wurde leider nicht untersucht und muss daher spekulativ bleiben. Insofern war interessant, dass David Coghill seinerzeit in Dundee eine Kontrolle der MTA-Studie unter klinisch realistischen Bedingungen durchgeführt hat. Er hat letztlich das gleiche Design genommen, aber in einem Setting, welches in einem medizinischen System bezahlbar ist. Dabei wurden ebenfalls vier Gruppen gebildet. Bei der Psychotherapiegruppe wurde auf Pflegekräfte (Nurses) zurückgegriffen, die die Patienten mit ärztlichem Back-up (Flowting-Doctors) betreuten. Dabei handelte es sich nicht um reine Arzthelferinnen oder Krankenschwestern, sondern durchaus um gezielt ausgebildete Fachkräfte. Dieses Setting dürfte unserer Sozialpsychiatrie vergleichbar sein. Interessant ist, dass David Coghill letztlich zu vergleichbaren Ergebnissen wie in der MTA-Studie kam,

d.h. die Medikationsgruppe war der Psychotherapiegruppe deutlich überlegen. Durch den zusätzlichen Einsatz der „Nurses“ war eine weitere Verbesserung möglich. Die sog. MTA-Light-Studie hatte die Ergebnisse der MTA-Studie bestätigt.

Zusammenfassend möchte ich hier ohne Übertreibung sagen, dass die therapeutischen Konzepte, die wir in Deutschland im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung erarbeitet haben, nach wie vor dem internationalen Standard entsprechen. Es gibt viele neue interessante Befunde, die für unseren Alltag jedoch nicht entscheidend sind.

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

Arzt für Neurologie und Psychiatrie,

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Wirsbergstr. 10 97070 Würzburg

Tel.: 0931-322966 Fax.: 0931-3229688

E-Mail: praxis@klein-kreienkamp-oehler.de

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im „Mitgliederrundbrief“ II-1992 (Mrb), so lautete damals noch der Name unseres jetzigen *Forums*, wurden zunächst wichtige berufspolitische Themen erörtert:

Auf dem 95. Dt. Ärztetag in Köln war die Musterweiterbildungsordnung auch für unser Fachgebiet diskutiert worden. Und obwohl es einen von allen 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Verbänden konsentierten Vorschlag dafür gab, wichen die Empfehlungen des Weiterbildungsausschusses der Bundesärztekammer davon deutlich ab. Es gelang jedoch, 3 essentielle Vorschläge als Delegiertenanträge in die Beratungen des 95. Dt. Ärztetages einzubringen. Dabei zeigte sich, wie wichtig es war, dass wir als noch sehr kleine Facharztgruppe ohne eigene Delegierte sehr gut mit anderen Facharztgruppen vernetzt waren, so dass diese bereit waren, unsere Interessen vorzutragen. Besonders hilfreich war diesbezüglich die intensive Arbeit unseres früheren Vorsitzenden Dr. Reinhard Schydlo, der über die GFB wichtige Kontakte hergestellt hatte.

Inhaltlich ging es zum einen um die auch formale Integration der Psychotherapie in das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei strebte vor allem unser Berufsverband an, dass uns auch die Psychotherapie mit Erwachsenen, zumindest mit jungen Erwachsenen und den erwachsenen Bezugspersonen unserer Patienten, zugebilligt wurde. Diese Forderung stütze sich auf die Erfahrung, dass es häufig nicht möglich war, die erwachsenen Bezugspersonen unserer jungen Patienten in andere Psychotherapien zu vermitteln. Außerdem hatten die meisten von uns zum damaligen Zeitpunkt auch eine erwachsenen-psychotherapeutische Weiterbildung, viele sogar ausschließlich, besaßen also die fachliche Kompetenz für die Psychotherapie mit Erwachsenen. Leider ließ sich schlussendlich diese Forderung nicht durchsetzen, nicht zuletzt weil Vertreter aus dem universitären Bereich diese Forderung nicht nachdrücklich unterstützten. In Verkennung der ambulanten

Versorgungswirklichkeit vertrauten sie auf eine damals häufig praktizierte 5%-Regelung, nach der niedergelassenen Fachärzte bis zu 5% fachfremder Patienten behandeln durften. Diese Regelung galt damals schon nicht überall und gilt inzwischen fast nirgendwo.

Ein anderes Anliegen war die Integration der Neurologie in unser Fachgebiet. Dies war für die „Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters“ der ehemaligen DDR selbstverständlich gewesen. In der alten BRD wurde die Neurologie weniger gepflegt. Deshalb führte Dr. Wilhelm Rotthaus als Vorsitzender der BAG eine Erhebung über den Umfang neurologischer Arbeit und Weiterbildung in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken durch. Zwischen dem Berufsverband, der Dt. Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Gesellschaft für Neuropädiatrie gab es sogar einen konsentierten Vorschlag für eine gleichwertige neuropädiatrische/neuropsychiatrische Qualifikation in den Fachgebieten Kinderheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Trotzdem wurde dieser eigentlich essentielle Bereich unseres Fachgebietes vor allem durch den universitären Bereich aufgegeben. Im Hinblick auf die heute große Bedeutung der biologischen Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die damaligen Entscheidungen nur schwer nachvollziehbar.

Bezüglich der Dauer der Weiterbildung in der Praxis wären wir damals mit 1 Jahr zufrieden gewesen. Dass daraus schließlich 2 Jahre wurden, war ein unerwartetes Geschenk des Dt. Ärztetages an uns Niedergelassene.

In Erinnerung ist der 95. Dt. Ärztetag dem Rezensenten vor allem wegen der grandiosen musikalischen Eröffnung durch den Gastgeber, Dr. Jörg Dietrich Hoppe, damals Präsident der Ärztekammer Nordrhein. Nach den Beschlüssen von Lahnstein (Lahnstein I) mit den Protagonisten Horst Seehofer (CSU) und Rudolf Dreßler (SPD), von denen die Ärzteschaft nichts Gutes erwartete, knisterte die Atmosphäre der Eröffnungsveranstaltung beim Eintreffen des Ehrengastes Horst Seehofer, seit dem 6. Mai 1992 neuer Bundesgesundheitsminister, voller Hochspannung. Die Spannung löste sich in Gelächter, als Dr. Jörg Hoppe höchst persönlich die Veranstaltung mit dem Klavierstück „Die Wut über den verlorenen Groschen“ von Beethoven eröffnete.

Auch auf dem diesjährigen 120. Dt. Ärztetag in Freiburg, diesmal eingeleitet durch die Ouvertüre aus „La Clemenza die Tito“ von Mozart, wurde die Muster-Weiterbildungsordnung behandelt. Diese soll auf dem 121. Dt. Ärztetag in Erfurt beschlossen werden. Hoffentlich auch mit guten Ergebnissen für unser Fachgebiet.

Nach der Einladung zur Jahrestagung unseres Berufsverbandes 1992 in Bayreuth wurde im Mitgliederrundbrief II-1992 auf zwei neue Abrechnungsziffern im EBM hingewiesen, u. a. die erstmalige Vergütung eines ausführlichen Arztbriefes mit der Nr. 78 EBM in Höhe von 180 Punkten.

Die bis Mai 1992 amtierende Bundesgesundheitsministerin, Gerda Hasselfeldt, stellte in einem Schreiben vom 31.03.1992 an MdB Christian Lenzer, forschungspolitischer Sprecher der CDU/CSU Bundestagsfraktion klar, dass die am 01.01.1992 in Kraft getretenen Regelungen zum § 43a SGB V über nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen sowohl in sozialpädiatrischen Zentren als auch von niedergelassenen kinder- und Jugendpsychiatrischen Ärzten zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Diese Stellungnahme wurde vor allem auch bei den Verhandlungen zur künftigen SPV sehr hilfreich.

In den wissenschaftlichen Beiträgen erläuterte Tilman J. Elliger, Köln, „Biologische Grundlagen süchtigen Verhaltens“.

Hartmut Plewinski, Köln, berichtete auf Grundlage eines Vortrages, den er bei dem Symposium der BAG in Schwerin gehalten hatte, über „Indikationsstellung zur Therapie in einer autonomen Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

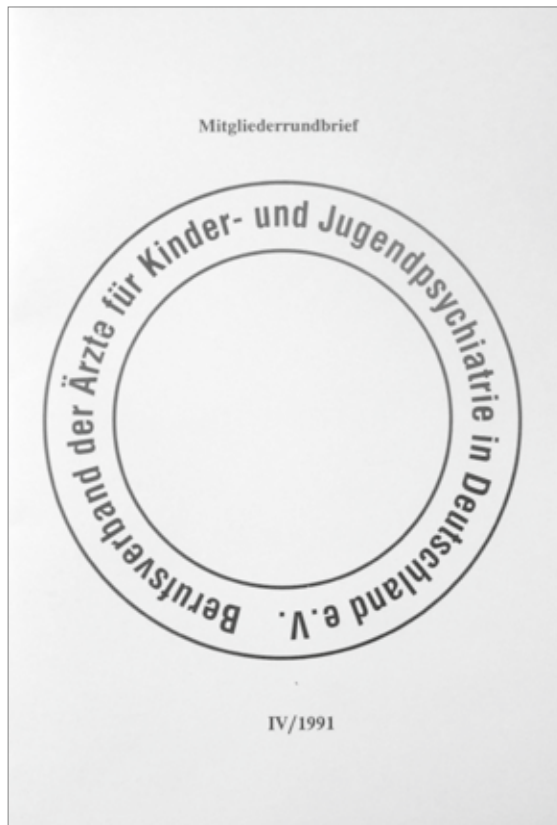
Maria Asperger-Felder stellte „die Kinderpsychiatrische Tagesklinik Zürich – interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem pädagogisch-therapeutischen Konzept“ dar.

Unter dem Titel „Die Familien-Tagesklinik: Systemische Therapie mit Multi-Problem-Familien“ berichtete Eia Asen, London, über die Arbeit in der Familientagesklinik des Marlborough Family Service.

Diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Sommer und Herbst 1992 wichtig war und was alles im Mitgliederrundbrief III/1992 stand, das erfahren Sie im „Forum 3/2017“. Bleiben Sie neugierig!

Chr. K. D. Moik



Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017 der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie erkennt an, dass in Deutschland erhebliche Fortschritte und Verbesserungen in der Versorgung von psychisch auffälligen und behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen sind. Das vom BMG an die Aktion Psychisch Kranke vergebene Projekt zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland unterstreicht trotz zahlreicher verbesserungswürdiger Punkte, z.B. hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung, und trotz der Zunahme des Behandlungsdrucks im stationären Akutbereich, diese positive Gesamteinschätzung.

Etliche Gesetzgebungsverfahren in der laufenden Legislaturperiode haben dazu beigetragen, einen hohen Standard zu stabilisieren und weiter zu entwickeln, nicht selten in Einmütigkeit zwischen Regierungsparteien und Opposition. Dieser erfolgreiche Konsensfindungs- und Dialogprozess sollte unbedingt seitens der nächsten Bundesregierung fortgesetzt werden.

Frage 1 an die Parteien:

Was macht Ihre Partei, um auch in der nächsten Legislaturperiode die seelische Gesundheit von Kindern und Kindergesundheit allgemein zu einem vorrangigen Ziel der Gesundheitspolitik zu machen?

Position der DGKJP:

Kinder haben das Recht auf Schutz vor potenziell traumatisierenden Lebensumständen und Situationen wie Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung. Kinderschutz erfordert noch mehr öffentliche Verantwortung auf allen Ebenen.

Im Rahmen ihrer nachhaltigen Zielplanung in einer „Road to Dignity“ hat die UN auch Ziele verabschiedet, die die Beendigung aller Gewalt gegen Kinder zu einem zentralen Ziel der Einzelstaaten machen. Die Weltorganisationen UNICEF und WHO unterstreichen dies. Der WHO Report zu Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch in Europa macht deutlich, dass in diesem Bereich noch erhebliche Anstrengungen erforderlich sind. Es fehlt im Gesundheitsbereich an einem systematischen Monitoring und an einer Evaluation der erfolgten Hilfen. Über ein kontinuierliches Monitoring (Misshandlungsregister) im Gesundheitsbereich sollte nachgedacht werden. Kinderschutzaspekte sollten im Präventionsgesetz stärker verankert und Beschwerdemöglichkeiten für Kinder lebensweltnah, d.h. in jeder Institution, in der Kinder betreut, erzogen oder behandelt werden, verbindlich vorgesehen werden.

Durch das neue Präventionsgesetz werden erfreulicherweise erhebliche Mittel in präventive Maßnahmen verlagert. Dieser Prozess muss sich jedoch stärker an wissenschaftliche Qualitätsstandards orientieren. Es sollte ein transparentes System etabliert werden, dass die Mittelvergaben hinsichtlich ihrer Effekte und wissenschaftlichen Qualität evaluiert. Zudem müssen diese Mittel für selektive sowie indizierte Prävention einsetzbar werden, da hiermit deutlich höhere Effekte erreicht werden können. Selektive Präventionsanstrengungen sollten darüber hinaus insbesondere Risikogruppen für psychische Störungen, wie Kinder von Eltern mit psychischer Störung oder Suchterkrankung, Kinder in stationärer Jugendhilfe oder Kinder in prekären Lebenslagen, gezielt berücksichtigen. Indizierte bzw. targetierte Präventionsansätze bei Auftreten erster Symptome, z.B. im Bereich der Suchtprävention oder der Suizidprävention müssen mit entsprechenden Mitteln versehen werden. Modelle dazu existieren bereits, es mangelt allerdings hinsichtlich entwickelter und evaluierter guter Konzepte zur selektiven bzw. indizierten Prävention an einer flächendeckenden Umsetzung. Zu verbessern ist die verbindliche Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zwischen Schulen und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Frühe Hilfen sollten ausgebaut und verbindlich verfügbar werden. Eltern-Kind-Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie sollten mit Qualitätsstandards versehen werden, um die gesunde Entwicklung der Kinder zu fördern und Kindeswohlgefährdungen rechtzeitig erkennen zu können.

Wir fordern darüber hinaus eine niedrigschwellige Anpassung des Opferentschädigungsgesetzes mit der flächendeckenden Einführung von 24-stündig verfügbaren Traumaambulanzen auch für Kinder und Jugendliche.

Frage 2:

Was macht Ihre Partei, um in der nächsten Legislatur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der universitären Pflichtlehre in der Mediziner Ausbildung als Approbationsfach mit eigenen Prüfungsinhalten zu etablieren?

Position der DGKJP:

20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland weisen nach der KIGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts Symptome psychischer Störungen auf. Selbstverletzendes Verhalten, Ängste und Depression oder Essstörungen nehmen epidemische Ausmaße an. Vor diesem Hintergrund ist es empörend, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie als einziges klinisches medizinisches Fach an den medizinischen Fakultäten nicht systematisch als Prüfungsinhalt gelehrt und geprüft wird, da sie in der Approbationsordnung (§ 4 BÄO i.V.m. § 27 Abs.1 ÄApprO) nicht vorgesehen ist. Angehende Ärztinnen und Ärzte erfahren zu wenig über die häufigsten Vorstellungsanlässe bei Kindern und Jugendlichen. Die Studien der Robert-Koch-Instituts zeigen, dass ein Fünftel aller Kinder emotionale Belastungen oder Auffälligkeiten im Verhalten zeigen, d.h. ein großer Teil der heutigen Morbidität von Kindern und Jugendlichen sind psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Jeder zukünftige Arzt, muss sich mit Notfallsituationen im Kinderschutz, bei selbstverletzendem Verhalten, bei Suizidalität im Kindes- und Jugendalter auskennen.

Die Tatsache, dass nicht jeder Mediziner überhaupt mit den Inhalten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie konfrontiert wird, trägt erheblich auch zum Nachwuchsmangel in unserem in den letzten 30 Jahren rasch gewachsenen Fach bei und wirkt sich auch auf die Fähigkeiten zur Früherkennung und Frühintervention bei künftigen Allgemeinmedizinern, internistischen Hausärzten und Kinderärzten aus. Die Möglichkeiten für Forschung und Lehre in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind demgegenüber an den meisten Fakultäten bereits gut etabliert, so dass die Forderung bei einer entsprechenden Änderung in der Approbationsordnung schnell umgesetzt werden kann.

Frage 3:

Was macht Ihre Partei dazu, um sicher zu stellen, dass Kinder nur von „Kinderspezialisten“ behandelt werden?

Position der DGKJP:

Dieser Grundsatz der UN-Kinderrechtskonvention droht durch die beabsichtigte Generalistik in der Ausbildung für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und auch in der geplanten grundständigen Psychotherapie-Ausbildung kompromittiert zu werden. Es ist dringend dafür zu sorgen, dass in allen künftigen Gesundheitsberufen kinderspezifische Inhalte adäquat abgebildet werden und dass Spezialisierungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen rechtzeitig erfolgen. Eine Abschaffung des Berufs der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die derzeit sehr viel zahlreicher sind als Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, ist aus versorgungspolitischer Sicht nicht vorstellbar.

In der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist es des Weiteren nicht weiter hinnehmbar, dass Erwachsenen-Spezialisten ohne nennenswerte spezifische Weiterbildung und ohne spezifische klinische Erfahrung Kinder und Jugendliche behandeln können. Hier fordern wir eine gesetzgeberische Beschränkung der Betätigungsmöglichkeiten durch Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das betrifft ebenso übergeordnete Aufgaben wie solche der Versorgungsplanung, die spezifische Kompetenzen erfordern.

Frage 4:

Was macht Ihre Partei, um in der projektbezogenen und strukturellen Forschungsförderung die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen adäquat zu berücksichtigen?

Position der DGKJP:

Die in der vergangenen Legislatur beschlossene Nationale Kohorte, welche Kinder und Jugendliche komplett ausblendet, ist ein Beispiel für die systematische Nichtberücksichtigung der Entwicklungsbedürfnisse und der Bedeutung der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Große Kohortenstudien wie die „Nationale Kohorte“ sowie die ergänzend initiierte „Nationale Geburts- und Kinderkohorte“ berücksichtigen bisher keine kinder- und ju-

gendpsychiatrischen Störungen, obgleich jedes fünfte Kind in Deutschland eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeiten aufweist. Aspekte der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen müssen in Großen Kohortenstudien zwingend unter Beteiligung der entsprechenden fachbezogenen Experten eingeschlossen werden.

In der staatlichen Mittelvergabe für Forschungsförderung ist deshalb generell vorzusehen, dass ein adäquater Anteil sowohl der Strukturförderung im medizinischen Bereich (z.B. Deutsche Zentren für Gesundheitsforschung), als auch der Projektförderung in die Forschung zum Wohl von Kindern und Jugendlichen fließt.

Benötigt werden darüber hinaus geförderte, sorgfältig geplante Registerstudien zu gut definierten, zur Chronifizierung neigenden Störungen wie beispielsweise Essstörungen, Angststörungen und kindlicher Depression, frühen Formen der Schizophrenie sowie Folgezustände nach Misshandlung und Missbrauch, aber auch zum Einsatz und den Nebenwirkungen von Psychopharmaka, die regelhaft im off-label Bereich verordnet werden.

Erforderlich ist eine breitere Unterstützung der Versorgungsforschung für Kinder und Jugendliche, möglicher Zugangsbarrieren v.a. in Risikogruppen und das Evaluieren von Wegen zu deren Abbau.

Frage 5:

Was macht Ihre Partei, um durch eine Reform des SGB VIII Kinder und Jugendliche mit Teilhabebeeinträchtigung adäquat mit Hilfen zur Teilhabe flächendeckend zu versorgen?

Position der DGKJP:

Die Teilhabebeeinträchtigung seelisch behinderter, körperbehinderter, intelligenzgeminderter, sinnesbehinderter und mehrfachbehinderter Kinder und Jugendlicher muss endlich einen gemeinsamen gesetzlichen Rahmen erhalten. Probleme hinsichtlich der kommunalen und überregionalen Zuständigkeiten sind durch ein Bundesgesetz zu lösen und Zuständigkeiten bei den Jugendämtern zu bündeln. Für alle Kinder sollte, auch unter dem Gesichtspunkt der Inklusion, nur eine Hilfelogik gelten. Nur so ist der Zugang zu komplexen individuellen Hilfen für alle Kinder gleich.

Bedarfsgerechte Leistungen der Eingliederungshilfe müssen dabei erhalten bleiben, um notwendige Individualisierungen und Differenzierungen passgerecht weiter vorzuhalten und einzelne Kinder und Jugendliche nicht zu über-

fordern. Eine Gesetzesreform darf nicht als Vorwand für Einsparungen dienen, sondern soll Versorgungsgerechtigkeit fördern.

Die umfassende Partizipation von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern ist dabei zu gewährleisten, und der Einbezug kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkompetenz sollte, wo erforderlich, weiterhin in der Hilfeplanung erfolgen.

Frage 6:

Was macht Ihre Partei, um im Bereich der ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung neue Strukturen und Ansätze flächendeckend zu etablieren?

Position der DGKJP:

Trotz erheblicher Verbesserungen in den letzten Jahren ist die Versorgung für die Diagnostik und Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen weiterhin nicht flächendeckend gewährleistet und für die Zukunft gesichert. Die Verteilung von Versorgungsangeboten ist extrem heterogen, aufgrund der erst seit kurzem erfolgenden Planung der Verteilung von Praxen und der geringen Unterstützung von Institutsambulanzen, und aufgrund der bisher praktisch inexistenten Förderung von sektorenübergreifenden, kooperativen Modellen. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung ist angesichts der wachsenden Komplexität sozialpsychiatrischer Aufgaben, wachsender Kinderarmut, vermehrten Anforderungen an aufsuchende ambulante Hilfen dringend nachzubessern.

Auf die Umsetzung der im PsychVVG vorgesehenen besonderen Berücksichtigung von Strukturmerkmalen der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wird zu achten sein. Für die Umsetzung stationsäquivalenter Angebote des PsychVVG sind eigene kinder- und familienzuspezifische Bedingungen zu definieren und auf eine breite Realisierung wird politisch hinzuwirken sein.

Frage 7:

Was macht Ihre Partei, um die Fachlichkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie auch anderer medizinischer Fächer durch unabhängige Leitlinien abzusichern?

Position der DGKJP:

Erhebliche Anstrengungen haben dafür gesorgt, dass zu allen relevanten psychiatrischen Störungsbildern des Kindes- und Jugendalters Leitlinien nach den Regeln der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften) erstellt worden sind. Die DGKJP als kleine Fachgesellschaft kann die Recherchen für die laufend erforderliche Aktualisierungen von Leitlinien nicht finanzieren, eine Unterstützung z.B. durch die pharmazeutische Industrie für zu erarbeitende Empfehlungen ist aber obsolet. In anderen Ländern werden Leitlinien durch staatliche Institutionen erstellt (wie NICE in Großbritannien). Eine staatliche Finanzierung der Leitlinienentwicklung ist auch in Deutschland überfällig. Die DGKJP spricht sich dafür aus, kein gesondertes Institut mit einer Leitlinienerstellung zu betrauen, sondern das bewährte Vorgehen der Zusammenarbeit mehrerer Fachverbände unter Führung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft und der AWMF beizubehalten, auch unter Einbezug der Sicht von Praktikern und Betroffenen. Wir sprechen uns für die Einrichtung eines Fördertopfes aus, der den Fachgesellschaften ermöglicht, die Leitlinienentwicklung zu finanzieren.

Frage 8:

Was macht Ihre Partei, um die Bedürfnisse von geflüchteten Kindern und Jugendlichen, in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Teilhabe, besser zu berücksichtigen?

Position der DGKJP:

Geflüchtete Kinder und Jugendliche sollten, auch wenn sie gemeinsam mit Eltern oder Verwandten eingereist sind, sämtlich einheitliche Ansprüche auf Gesundheitsfürsorge einschließlich Psychotherapie erhalten. Hierzu sind psychotherapeutische und kinderpsychiatrische Netzwerke zu unterstützen. Dolmetscherfunktionen müssen für alle Kinder und Jugendlichen finanzierbar werden, um diesen Kindern und Jugendlichen Stimme und Sprache zu verleihen.

Zur Förderung ihrer Inklusion ist ein einheitlicher Standard von Vorbereitungsklassen sowie ein, wo individuell möglich, schneller Übergang in das Regelschulsystem ohne Wartezeiten und Schuljahresgrenzen zu ermöglichen. Des Weiteren sollten gezielte Förderprogramme zur beruflichen Integration einschließlich einer Entbürokratisierung dieser Zugänge aufgelegt werden. Nur unter Bedingungen, die über die reine materielle Absicherung hinausgehen und den jungen Menschen Perspektiven und sinnstiftende Beschäftigung bieten, ist eine Psychotherapie der multiplen Traumatisierungen in dieser Hochrisikogruppe sinnvoll und zielführend.

Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nach Familienzusammenführung sind vorrangig zu berücksichtigen und ein Familiennachzug sollte – wie historisch in der Nachkriegszeit in Deutschland – vorrangig ermöglicht werden.

Frage 9:

Was macht Ihre Partei, um durch Nachwuchsförderung im Sinne von Vereinbarkeit von Familie, Ausbildung und Beruf nachhaltig die Chancen junger Eltern in den medizinischen Heilberufen zu verbessern?

Position der DGKJP:

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gehört seit vielen Jahren zu den Fächern mit der schlechtesten „Facharztquote“ (d.h. Anzahl an verfügbaren Fachärzten für verfügbare Stellen). Gleichzeitig ist es mit 80 % der neuen Gebietsanerkennungen (2015) eines der Fächer mit der höchsten Quote an Ärztinnen.

Hier sollten neben bereits erwähnten Regelungsbedarfen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gezielte Maßnahmen ergriffen werden (Rückkehrerförderung aus Elternzeit, Teilzeittätigkeiten, Flexibilisierung der Anwesenheitspflichten von Führungskräften durch telemedizinische Vorrichtungen u.a.m.) um den Fachärztemangel abzumildern.

Regelungen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollten allgemein, in diversen Normen (Bildung, Ausbildung, Arbeit) stärker berücksichtigt werden und dürften eine breite präventive Wirkung für alle Kinder berufstätiger Eltern entfalten.

Frage 10:**Unterstützt Ihre Partei eine Normenkontrolle aller Gesetze in Bezug auf die Berücksichtigung der Interessen von Kindern und Familien?***Position der DGKJP:*

In der vergangenen Legislatur hat eine Online-Petition der kinderheilkundlichen Fachgesellschaften für einen Kinderbeauftragten deutlich gezeigt, dass zahlreiche Eltern in Deutschland die Interessen von Familien und Kindern besser berücksichtigt wissen möchten. Die DGKJP hat allerdings problematisiert, dass bestehende Gremien wie z.B. die Kinderkommission des Deutschen Bundestags durch die mehr oder weniger symbolische Einführung eines weiteren Beauftragten eher geschwächt werden könnten. Die DGKJP unterstützt aber ausdrücklich das Anliegen, dass die Interessen von Kindern und Familien bei der Gesetzgebung stärker zu berücksichtigen sind. Wir schlagen deshalb vor, dass nicht nur wie in Gender- und Umweltfragen, sondern auch in Bezug auf die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien, jedes zu verabschiedende Gesetz in Bezug auf seine Auswirkungen analysiert werden sollte. Daher fordern wir die Berücksichtigung der Rechte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien. Beispielsweise hat die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland zwar Fortschritte gemacht, ist jedoch noch lange nicht umfassend vollzogen. Es ist an der Zeit, dass das bereits als Normenkontrolle etablierte „Gender-Mainstreaming“ durch ein „Kinder- und Familien-Mainstreaming“ ergänzt wird. Das gilt für die Gesetzesfolgenabschätzungen ebenso wie für die Abstimmung von Maßnahmen in verschiedenen Gesetzes- und Rechtsbereichen. Gerade wenn es in der nächsten Legislatur gelänge, Kinderrechte in der Verfassung der Bundesrepublik Deutschland zu verankern, böte sich zur generellen Berücksichtigung eine solche systematische Normenkontrolle an.

Der Vorstand der DGKJP, Januar 2017

Impressum

**Forum für 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 für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik, Dr. med. Maik Herberhold

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

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: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (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: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. Dezember 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.