

Inhalt

Editorial:

Die Hüter der Moral 2

Empathie statt Klerikalismus – Chancen und Grenzen externer Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit sexuellem Missbrauch

Jörg Michael Fegert 5

Was können wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus den Schwierigkeiten der katholischen Kirche im Umgang mit der Missbrauchskrise lernen? Eine (selbst-)kritische Bewertung nach dem „Missbrauchsgipfel“ im Vatikan 2019

Jörg Michael Fegert 22

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik 33

Kolumne:

Pharmakologische Behandlung von Zwangs- und Tic-Störungen

Klaus-Ulrich Oehler 35

Anforderungen an die stationäre medizinische Rehabilitation für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen

Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften: 43

Tagungsbericht:

6. Aachener Symposion 62

Förderpreis 2019 der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter - Christian Karl Dieter Moik Stiftung 68

Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN: standardisiertes Manual + Smartphone-App für Jugendlichen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose – Antrag für den Förderpreis

Mauricia Franscini & Nina Traber-Walker 70

Hinweise für Autoren 91

Anzeigen 93

Mediadaten 102

Impressum 104

Editorial:

Die Hüter der Moral

In diesem Heft dokumentieren wir mit dem um im Erstabdruck gekürzte Passagen erweiterten Nachdruck eines Artikels aus der (meines Erachtens übrigens insgesamt sehr lesenswerten) Zeitschrift „Stimmen der Zeit“ des Herder Verlags gleichsam gleichzeitig eine Innen- und Außenperspektive auf die „Aufarbeitung“ (welch schreckliches Wort) des Umgangs mit tausendfachem sexuellem „Missbrauch“ (welch unpassendes Wort für dieses Verbrechen) in der katholischen Kirche. Bereits der Anfang des bemerkenswerten Artikels, umso mehr aber das ‚Nachwort‘, das Professor Fegert freundlicherweise für unser Forum verfasst hat, zeigen, warum dies in ein Fachforum der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört.

Billig wäre das Zeigen auf eine fremde Institution und deren Scheitern in der Verantwortungsübernahme, müßig der Hinweis auf fremde Verbrechen, deren Strafverfolgung der Justiz obliegt, überflüssig auch die Beschreibung der mit komplizierten Eifer erfolgenden Vertuschung – dies erfolgt vielfach in der Tagespresse. Sinnvoll ist dies alles nur, wenn wir uns beim Zeigen auf den Vatikan der drei Finger entsinnen, die auf den Zeigenden verweisen.

Wie werden wir Kinder- und Jugendpsychiaterinnen unserer individuellen und gesellschaftlichen Verantwortung gerecht? Tun wir genug, um sexuelle Gewalt unwahrscheinlicher zu machen? Wie entwickeln wir unsere persönliche Handlungsmaximen, gegebenenfalls auch gegen Institutionen?

Die persönliche Gewissensbildung, die persönliche Moral entwickelt sich im Spannungsverhältnis zwischen institutionell definierten und vermittelten Normen und (wie man inzwischen weiß) anthropologischen Konstanten wie Empathie und Altruismus, die primär nicht edukativ geformt sind. Im besten Falle wirken beide Instanzen gemeinsam an einer Adaptation moralischer Grundsätze an die jeweilige konkrete Realität, machen eine persönliche Entscheidung, was „gut“, was „böse“ ist, möglich. Gut und Böse machen als Kategorien nur Sinn, wenn sie letztlich auf das einzelne Individuum und das konkrete Handeln bezogen werden. Eine Institution per se ist niemals „gut“ oder „böse“. Ein Beispiel aus einem ganz anderen Bereich mag dies verdeut-

lichen: wenn die amerikanische Armee Drohneneinsätze fliegen lässt, können diese durchaus „gut“ (z. B. bei der Verhinderung eines Terroranschlages) oder auch „böse“ (z. B. beim Töten unbewaffneter Zivilisten) sein. Andererseits kann das Verraten von in diesem Zusammenhang stehenden militärischen Geheimnissen „böse“ (wenn dies die Terroristen warnt) oder „gut“ (wenn die Whistleblowerin damit weitere Kriegsverbrechen verhindern möchte) sein – und dies unabhängig von einer institutionellen Reaktion auf die jeweilige Handlung. Eine Institution, die sich qua Eigenermächtigung prinzipiell für „die Guten“ hält, wird allerdings durch jegliche Kritik und jeglichen Hinweis auf „böse“ Handlungen ihrer Mitglieder im Kern erschüttert.

Das Agieren der Entscheidungsträger der katholischen Kirche zeigt entsprechend eine handlungsleitende Maxime auf der Basis einer institutionsbezogenen Definition von „Moral“: da geht es um die „Moral der Truppe“, die aufrecht erhalten werden muss, es muss Unsicherheit und Reflexion, d. i. in dieser Denkweise Infragestellung von unfehlbar-dogmatischen Aussagen, vermieden werden, die Institution darf nicht fehlbar und in einzelnen ihrer Prinzipien als Ursache für „böse“ Handlungen erscheinen.

Aber was bedeutet das für die Kinder- und Jugendpsychiatrie? Edith Scheffer gibt in ihrem Buch „Aspergers Kinder. Die Geburt des Autismus im Dritten Reich“ (Campus Verlag 2018, ISBN 9783593509433) ein Beispiel. Sie zeigt, wie eine „Lichtgestalt“ der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hans Asperger, durch seine wissenschaftlich daher kommende Typeneinteilung autistoider Kinder der Selektionslogik der nationalsozialistischen Euthanasieprogramme folgt. Wissenschaft wird hier, wie so oft, zum Erfüllungsgehilfen einer außerwissenschaftlichen Dogmatik. Wie soll nun unser Fach mit dieser Erkenntnis umgehen?

Eine Ebene betrifft (im Gefolge unseres Jubiläumsjahres) die Erinnerungskultur unseres Fachs. Möglicherweise kann erst jetzt eine funktionierende Auseinandersetzung mit den Verbrechen und vor allem auch den verbrecherischen Haltungen von Kinder- und Jugendpsychiatern gelingen, nachdem die persönlichen und wissenschaftlichen Verstrickungen der Nachfolgeneration mit den Tätern und der Versuch von deren Reinwaschung an Bedeutung verliert. Möglicherweise kann sich nunmehr das Mitfühlen mit den Opfern an die Stelle des Verstehens der Täter („aus deren Zeit heraus“) setzen.

Die andere Ebene betrifft (geschult durch die Auseinandersetzung mit den verbrecherischen Aspekten unserer Vergangenheit) unser gegenwärtiges Handeln: wie gehen wir mit den sich wissenschaftlich definierenden Erkennt-

nissen unsere Faches als empathische Menschen um? Hinterfragen wir sie in Bezug auf ihre nicht-wissenschaftlichen Prämissen und „erkenntnisleitenden“ Interessen, Finanzierungen und Vorgaben? Wie handeln wir, wenn unsere persönliche Erkenntnis moralischen Handelns in Widerspruch zu Institutionen oder institutionellen Vorgaben gerät?

Aktuell steht einer unserer Kolleginnen vor einem westdeutschen Oberlandesgericht, weil er nach einer Verdachtsmeldung eines sexuellen Missbrauchs an das örtliche Jugendamt nunmehr von den Eltern für die Strafanzeige des Jugendamtes verantwortlich gemacht und auf Schadensersatz verklagt wird. Obwohl der Kollege alle Regeln des §4 KKG eingehalten hatte, geben Äußerungen des Gerichtes Anlass zur Sorge, dass das Gericht (trotz der versuchten Schaffung von Rechtssicherheit für Berufsgeheimnisträger durch den Gesetzgeber) die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht dem Opferschutz überordnen könnte. Der Ausgang des laufenden Verfahrens bleibt natürlich abzuwarten. Aber wie werden wir alle reagieren, wenn das alte wilhelminische Denken oder das noch ältere vatikanische Denken des prioritären Schutzes institutioneller Strukturvorgaben über die durch Gesetzesnovellen beförderte Ermutigung zu Güterabwägungen primär im Sinne des Kindeswohles und des Opferschutzes obsiegen würde? Würden wir unsere Moral eindimensional an solchen (Standes-)Regeln, die ja durchaus grundsätzlich ebenfalls dem Schutz der Patientinnen dienen sollen, orientieren und vom Konkreten abstrahieren? Unser Kollege kämpft derzeit den Kampf des individuellen Gewissens. Es ginge allerdings nicht primär darum, ihn (oder seine Rechtsschutzversicherung) zu verteidigen, schon gar nicht im Sinne des oben beschriebenen institutionellen Korpsgeistes, dass, wer „einen von uns“ angreife, uns alle angreife. Es ginge in diesem Fall um die Verteidigung des Prinzips der Gewaltverhinderung und der Zivilcourage, um weitere „Lügdes“ zu verhindern. In einer paradoxen Drehung wären dann auch unsere kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen gefordert, allerdings eben nicht als Normgeber, sondern als Instrumente unserer moralischen Grundüberzeugungen als Ärztinnen. Hüter der Moral können nicht von uns geschaffene Institutionen, sondern letztlich nur wir gewissenbesitzende Individuen sein.

Maik Herberhold

Empathie statt Klerikalismus Chancen und Grenzen externer Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit sexuellem Missbrauch

Jörg Michael Fegert

Wir danken dem Verlag Herder für die Nachdruckerlaubnis des folgenden Artikels, der vom Autor für unsere Zeitschrift um zuvor gekürzte Passagen ergänzt wurde. Der ursprüngliche Artikel ist erschienen in: Stimmen der Zeit. Zeitschrift für christliche Kultur. Hg. von den Deutschen Jesuiten im Verlag Herder, Jg. 144 (3/2019), S. 189-204.

Der Autor, Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm, unterstützte von Anfang an die Aufarbeitung sexuellen Missbrauchs in der Kirche. Er berichtet von seinen auch ambivalenten Erfahrungen und reflektiert darüber, wie die Kirche mit dem Thema und vor allem mit Betroffenen umgehen sollte.

In meiner ersten Arbeitswoche im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie, Anfang der 1980er-Jahre, war ich als Assistenzarzt mit einem Mädchen konfrontiert, das sich mir in der Erstuntersuchung anvertraute und über sexuellen Missbrauch berichtete. Meine Oberärzte und der Chefarzt wussten wenig dazu zu sagen, und ich wurde aufgefordert, eine Literaturrecherche zu machen und in der Klinikfortbildung zum Thema zu referieren. Das Thema „sexueller Missbrauch und Trauma-Folgen bei Kindern und Jugendlichen“ hat mich seither nie mehr losgelassen, auch wenn ich zeitweilig genug davon hatte. Heute machen wissenschaftliche Arbeiten zu diesem Thema und das Engagement für Teilhabemöglichkeiten psychisch belasteter und traumatisierter Kinder und Erwachsener meinen Hauptbeitrag zum Fachdiskurs in den Heilberufen aus.

Noch in den 1990er-Jahren schien das Thema generell nicht für eine wissenschaftliche Entwicklung geeignet zu sein. Ich promovierte und habilitierte zu anderen Themen und trug bei meinen ersten Vorstellungsvorträgen für eine Professur zu anderen Fragen vor – gleichsam mein Herzensthema verleugnend. Kurz nach meinem Amtsantritt als Klinikdirektor an der Universität Rostock war ich zu einem standesrechtlichen Gutachten zur Frage „Entzug der Approbation als Arzt“ bei einem Chefarzt beauftragt worden. Dieser sollte über Jahre hinweg ihm zur Behandlung anvertraute Kinder und Jugendliche missbraucht haben. Ohne die Mitwirkung von Betroffenen war es für mich nicht möglich, diesen Auftrag zu erfüllen, zumal im Vorfeld mehrere strafrechtliche Verfahren, u.a. weil der Kollege sich in einer Fachpublikation so einfühlsam zur körperlichen Untersuchung von Kindern geäußert habe, eingestellt worden waren. Es war sowohl für den Träger der Einrichtung wie für die Staatsanwaltschaft nicht vorstellbar, dass ein angesehener Chefarzt serienmäßig sich an den ihm anvertrauten Kindern vergangen haben soll. Da kein strafrechtlicher Tatnachweis vorlag, wandte ich mich an einige der mittlerweile erwachsenen Betroffenen mit der Bitte, sich dem Vorgehen analog einer Glaubhaftigkeitsbegutachtung auszusetzen und zwar aus altruistischen Motiven, nämlich zur möglichen Durchsetzung von Garantienpflichten in der Heilbehandlung.

Das Gutachten ging mir nah: Es ging um mein Fach, es ging um einen feinsinnigen Kollegen mit musikalischen Interessen. Bei vielen seiner ehemaligen Kollegen traf ich auf eine Mauer des Schweigens, während ich bei Betroffenen offen aufgenommen wurde. Als ihm auf der Basis meines Gutachtens die Approbation entzogen wurde, erhielt ich Zuschriften, aber auch Drohanrufe mit dem Tenor, wie ich einen Familienvater und Kollegen so beschädigen könne. Erstmalig machte die Staatsanwaltschaft das, was vielen Betroffenen die unnötige Begutachtung erspart hätte: Sie ordnete eine Hausdurchsuchung an, und es wurde eine Unzahl belastender Bilddokumente gefunden. Auf der Basis dieser Beweise wurde eine Anklage vorbereitet. Der Beschuldigte, der nicht mehr als Arzt tätig sein konnte, hatte übrigens anderswo begonnen, sich ehrenamtlich als Fußballtrainer für Kinder seines Prädilektionsalters „zu engagieren“. Er schrieb mir einen verzweifelten vorwurfsvollen Brief und klagte mich an, ich hätte ihn zum *Dead man walking* gemacht. Kurz vor der Hauptverhandlung beging er Suizid. Der Fall war überall Thema, ich selbst hatte immer wieder Schuldgefühle, aber die Betroffenen kamen in der Debatte kaum mehr vor und schon gar nicht zu Wort.

Fachlich diskutierten wir über ethische Leitlinien zur körperlichen Untersuchung, obwohl völlig klar ist, was ärztliches Handeln und was sexuelle Gewalt ist, über Nähe und Distanz und die Herausforderungen im psychotherapeutischen Arzt-Patienten-Verhältnis. Es ging um den Täter, um die Profession, um den Stand, um die Schwierigkeiten und Verführungen des Therapeutenberufs; schlicht, es ging um uns als Opfer einer übergroßen Aufgabe, nicht aber um die uns anvertrauten Kinder. Ich schicke diesen biografischen Einstieg voraus, um zu zeigen, wie schwierig es ist, die Perspektive der Betroffenen im Blick zu behalten, wenn sich ein Berufsstand bedroht fühlt. Die Abwehrmechanismen und die Verleugnung im Umgang mit sexuellem Missbrauch, wie sie weltweit in der katholischen Kirche schmerzhaft offenbar wurden, sind also nicht singulär, sondern eher typisch für die Reaktion von Institutionen, die unter Druck geraten. Meine gutachterlichen und beruflichen Erfahrungen im Umgang mit sexuellem Missbrauch in Institutionen waren zunächst von solchen Vorkommnissen im eigenen Fach und in den Heilberufen geprägt.

Sexueller Missbrauch in Institutionen

Das alles ist lange her. Später konnte ich vieles besser einordnen, etwa die exzellenten Zeugnisse, trotz offensichtlicher und schon am Ausbildungsort Heidelberg offenbar gewordener Ungeeignetheit für den Heilberuf. Heute weiß man um das Heidelberger psychotherapeutische Institut, um die Liaison-Versorgung der Odenwaldschule durch die Heidelberger Kinder- und Jugendpsychiatrie und vieles mehr über Mitwisser-Netzwerke mit verzerrter Wahrnehmung und Toleranz für scheinbar geniale Täter, sog. „vorbildliche Therapeuten mit kleinen Mängeln“. Während sexueller Missbrauch in der Familie seit den 1980er-Jahren in Deutschland diskutiert wurde, war Täterschaft in Institutionen damals noch Tabu. Hinweise auf die Vorgänge in der Odenwaldschule in einem Artikel der Frankfurter Rundschau wurden von den zuständigen Aufsichtsbehörden aktiv ignoriert.

Es gelang uns im Rahmen eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Projekts, pädagogische Fachverbände zu dieser Thematik an einen Tisch zu bringen. Bezeichnend für die damalige Haltung ist ein Interview mit Hans Thiersch aus Tübingen, der immerhin die Offenheit hatte, darüber zu sprechen, den Text aber später nicht mehr abgedruckt wissen wollte (1). Im Rahmen des Projektes gab es zahlreiche Berichte über Fälle aus weltlichen und kirchlichen Institutionen, die häufig so gelöst wurden, dass die betroffenen Kinder aus der Gruppe ent-

fernt wurden und man versuchte, Schaden von der Institution abzuwenden, indem man die Betroffenen zum Schweigen brachte. Im Schwerpunkt „Recht und Verhalten“ der Volkswagen-Stiftung bearbeitete ich zwei interdisziplinäre Projekte: zum institutionellen Umgang mit betroffenen Kindern und zu Informations- und Teilhaberechten von Kindern in der Krankenbehandlung.

Diese klinischen, gutachterlichen und wissenschaftlichen Vorerfahrungen hatte ich im Gepäck, als ich, von Rostock kommend, den Ruf auf den Lehrstuhl der neu gegründeten Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm antrat. Schon beim Bau der Klinik achtete ich auf externe Beschwerdemöglichkeiten, später auf die Einbindung des Patientenführsprechers in ein kindgemäßes Beschwerdesystem usw., denn ich wollte den Neuaufbau einer Institution dafür nutzen, Schutzkonzepte – die damals offiziell noch nicht so hießen – zu entwickeln, die präventiv wirken und die Rechte der Kinder stärken.

In allen Einstellungsgesprächen thematisierte ich die besonders gefahrge-neigte Tätigkeit und die spezifische Verantwortung und bekam viel Zuspruch von den neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die häufig über entsprechende Erlebnisse in Institutionen berichteten. Dennoch dauerte es Jahre, bis der Personalrat des Universitätsklinikums Ulm einer entsprechenden Anlage zum Arbeitsvertrag zustimmte (2). Es fielen die üblichen Argumente: „Man kann doch nicht hoch motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflege- und Erziehungsdienst und im ärztlich therapeutischen Bereich einem Generalverdacht aussetzen.“ Gesehen wurde die Schwächung von Arbeitnehmerrechten, gefürchtet wurde um den Ruf der Institution, vielfach geleugnet wurden die Garantienpflichten gegenüber den uns anvertrauten Patientinnen und Patienten.

Einladung in den Vatikan

Friedemann Pfäfflin, Professor der forensischen Psychiatrie und Leiter des Ausbildungsinstituts für Psychotherapie in Ulm, bat mich kurz nach meinem Dienstantritt in Ulm, bei einer Fachtagung im Vatikan einen Vortrag über die Folgen sexuellen Missbrauchs an Kindern zu halten. Organisiert wurde die Veranstaltung vom damaligen Leiter der päpstlichen Akademie, Monsignore Sgreccia, aktiv unterstützt und beraten durch den deutschen Psychiater Manfred Lütz. Anlass der Tagung war der Missbrauchsskandal in der Diözese Boston, der heute durch den Film „Spotlight“ (2015) bekannt ist. Es war ein erster, für mich faszinierender professioneller Kontakt mit der Katholischen

Kirche. Welche narzisstische Versuchung, was für eine Bestätigung, dass dieses vernachlässigte Thema nun endlich ernst genommen wird!

Zugleich auch Realismus und Zweifel: Warum wurden weltweit führende Forscher wie etwa David Finkelhor nicht angefragt? Ging es nur darum, der Kirche ein Alibi durch eine fachliche Auseinandersetzung zu geben? Die Chance auf Anerkennung für die Thematik, Neugier auf die Situation und auch Höflichkeit und Dankbarkeit gegenüber dem Kollegen ließen mich zusagen. Erst im Vatikan merkte ich, welche Verantwortung ich übernommen hatte, denn ich war der einzige der eingeladenen Experten, der über die Leiden der betroffenen Kinder sprechen sollte und etwas über die Folgen von Missbrauch für Kinder und Jugendliche sagen konnte. Einmal angekommen im Vatikan, stieg – fasziniert und gleichzeitig eingeschüchtert von Kunst und historischer Macht – der wahrgenommene Druck. Ähnlich wie im Politbetrieb versuchten Personen aus den Dikasterien des Vatikans, die Expertinnen und Experten kennenzulernen, um einzuschätzen, ob sie für ihre Argumentation einzuspannen wären, und sie versuchten, uns in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Sexualmoral: Sünde versus *Informed Consent Paradigma*

In den Diskussionen fragten betagte Kardinäle, was an der Sünde „sexueller Missbrauch von Knaben“ schlimmer sei als an anderen sexuellen Sünden, schließlich seien solche Übergriffe in den zehn Geboten nicht erwähnt. Erstmals wurden mir die Schwierigkeiten einer Sexualmoral deutlich, für die jede Sexualität, außer zu procreativen Zwecken innerhalb der Ehe, Sünde ist. Vielen Anwesenden war nicht gleich möglich, das Problem der Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zu verstehen. Nicht generell akzeptiert war das in der Politik der westlichen Welt ebenso wie in der Wissenschaft allgemein anerkannte *Informed Consent Paradigma*, welches auch in allen gebräuchlichen Definitionen des sexuellen Missbrauchs enthalten ist: Kinder können solchen Taten nicht frei zustimmen, weil sie die Dimension der Handlungen nicht absehen. Es ging nicht um Machtausübung, Verantwortung und Ausbeutung abhängig Anvertrauter, sondern es ging um Sünde. Zwischen Homophilie und Ephebophilie gab es, wenn überhaupt, nach meinem Eindruck in der Bewertung Vieler nur Nuancen.

In mehreren verwirrten Diskussionen ging es darum, wie man die Kirche vor Schaden schützen könne, indem man schwule Männer vor der Priesterweihe erkenne. Homosexualität wurde als Hintergrund von Ephebophilie diskutiert. Manchmal wurde ich den Verdacht nicht los, dass man aus Anlass der Miss-

brauchstaten ganz andere Probleme und Konflikte regeln wollte. Immer wieder, unter ganz verschiedenen Aspekten, ging es um die Männer, um die Täter. Wie kann man verdiente Geistliche, die sich verfehlten, geräuschlos sichern, etwa durch Ämter als Bibliothekare? Wie kann man Täter mit den Mitteln der modernen Medizin behandeln? Selbst den Möglichkeiten der hormonellen Therapie, der sogenannten „chemischen Kastration“, wurde ein eigener Vortrag und eine Diskussion gewidmet. Immer wieder kam zur Sprache, dass gar nicht selten Täter selbst Betroffene sind. Es ging um die Täter, um die Kirche, um den Ruf der Kirche und die Reaktion der Kirche, insbesondere im Kirchenrecht, hingegen explizit nicht um eine Kooperation mit weltlichen Behörden wie Staatsanwaltschaften und Strafgerichten und erst recht nicht um die Betroffenen.

Kirchenrecht und der Wunsch nach transparenten Verfahren

Zentraler Streitpunkt war das Kirchenrecht. Johannes Paul II. hatte auf Anraten der Glaubenskongregation eine kirchenrechtliche Meldepflicht für schwere Delikte des sexuellen Missbrauchs an die Glaubenskongregation eingeführt und damit die Bearbeitung der Fälle, nach dem Versagen der Ortsbischöfe etwa in Boston, zentralisiert. Damit wurden jedoch viele Akten und Unterlagen dem Zugriff lokaler Ermittler entzogen. Vertreter der Rota und der Kongregation der Ordensleute waren empört. In der Glaubenskongregation hatte man wohl keine Idee davon, um welches Ausmaß es ging, das nun diese mittelalterlichen Gerichtstrukturen an einem absolutistischen Hof, ohne hinreichendes Personal und ohne Bearbeitungsstatistik, bewältigen sollten. Für weltliche Beobachter ist kaum vorstellbar, dass hier eine Gerichtsbarkeit bei so entscheidenden Fragestellungen ohne Statistiken auskommen muss. Eine effektive Kontrolle der Implementation von Verfahren wurde völlig ausgeblendet.

Diese Unzulänglichkeiten in der Fallbearbeitung durch die Glaubenskongregation trugen zum Unmut vieler Betroffenen bei, die mehr Transparenz erwarteten. Die Frage der Stellung der Betroffenen im Kirchenrecht, also sozusagen ein kirchenrechtlicher Opferschutz, war nie Thema. Die Betroffenen waren Zeugen, und man tat gut daran, ihre Zeugnisse auf Glaubhaftigkeit zu überprüfen. Nicht zur Debatte stand die Praxis der Versetzungen oder internationaler Verschiebungen zur Aushebelung staatlicher Strafjustiz. Es ging um Einschränkungen der Privilegien in der Amtsführung der Bischöfe und Ordensoberen und um die zentrale Macht Roms, nicht um Funktionalität oder

Angemessenheit von Verfahren und schon gar nicht um den Einbezug von Laien, es sei denn als forensische Gutachter, aber nicht in Entscheidungsgremien.

Auch die Deutsche Bischofskonferenz verabschiedete im Anschluss an die Tagung Leitlinien. Im Gegensatz zu pädagogischen Fachverbänden reagierte eine bedeutende Institution. Das gab mir Hoffnung. Viele Betroffene hätten sich daher schon damals an die Missbrauchsbeauftragten der Diözesen wenden können. Aber fast alle nach der Tagung in Rom beschlossenen Maßnahmen funktionierten nicht wirklich, wurden nicht gelebt und vielerorts nicht umfassend installiert, und wenn doch, dann gerieten sie schnell in Vergessenheit.

Mir als Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut wurde Gelegenheit gegeben am letzten Tag der Tagung noch etwas zu Kindern und Jugendlichen als Betroffenen zu sagen (3). Dies brachte mir ein Gespräch mit dem damaligen Vorsitzenden der Glaubenskongregation, Kardinal Ratzinger, ein, dem es ein Anliegen war, dass deutlich werde, wie die Betroffenen unter sexuellem Missbrauch leiden. Durchaus befangen und mit medialen Zerrbildern der Darstellung des Präfekten der Glaubenskongregation im Kopf ging ich in dieses Gespräch beim Abendessen. Berührungängste wurden sehr schnell abgebaut, als ich an der Seite eines typischen deutschen Professorenkollegen saß. „Wann hatten Sie Ihren ersten Ruf? Wann Ihren ersten Lehrstuhl?“. Aufzählung der akademischen Karriere, ein Abchecken, ob der andere mithalten kann, ein typisches akademisches Gerangel, ganz weltlich und mir wohl vertraut. Er machte mir deutlich, dass ich wirklich eine wichtige Rolle hatte, die Betroffenen und die Folgen der Taten hier in die Diskussion einzubringen. Ich überarbeitete anschließend meinen Vortrag und entschloss mich auch zu Empfehlungen, dass die Kirche sich meinem Laienverständnis von Theologie entsprechend, zuvörderst um die Schwächsten, „um die Kinderlein, die zu ihr kommen“ kümmern sollte. Bei der Herausgabe des Ergebnisbands der Tagung (2003) gab es Kürzungsvorschläge und Auseinandersetzungen genau um diese Punkte. Ich habe den Beitrag, wie man es nach Reviewer-Mitteilungen üblicherweise in der Wissenschaft macht, wunschgemäß angepasst und er ist in dieser Form veröffentlicht worden. Ich war damals getragen von der Hoffnung, dass man tatsächlich etwas verändern könne und deshalb zu Kompromissen bereit.

Die Frage wie sich die Kirche in Bezug auf Missbrauch durch Priester gegenüber Betroffenen verhalten sollten, beantwortete ich damals in dem ich forderte, dass der Missbraucher zu seiner Tat stehen und Verantwortung übernehmen sollte und nicht versuchen sollte Betroffene zu diskreditieren. Die Kirche sollte:

- spezifische Opferschutzprogramme (auch in kirchenrechtlichen Verfahren) initiieren
- sekundäre Viktimisierung durch administrative und kirchenrechtliche Verfahren vermeiden
- nicht über die Beschäftigung mit pädophilen Priestern und Entscheidungen von Amtsträgern die Betroffenenperspektive vergessen
- zur Stärkung der Betroffenenperspektive sollten zum Beispiel unabhängige Ombudspersonen oder eine „Victims Advocacy Agency“ mit kirchlicher Finanzierung und unabhängiger Unterstützungstätigkeit eingerichtet werden.

Das allgemeine Fazit der Tagung vom 02.-05. April 2003 im Vatikan war, sexueller Missbrauch schädigt Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung, ihrem Selbstwert und ihrer Würde. Sie ist ein Skandal für Gläubige und Ungläubige, ein Verrat am berechtigten Vertrauen in Seelsorge, beschädigt die Glaubhaftigkeit der Kirche als Organisation und diskreditiert die Priesterschaft und wirft ein schlechtes Licht auf Unschuldige.

Nach dem sogenannten Missbrauchsskandal 2010

Anfang des Jahres 2010 stellte sich Klaus Mertes SJ, der damalige Leiter des Canisius-Kollegs in Berlin, der institutionellen Verantwortung. In Deutschland veränderte dies die mediale Diskussion über sexuellen Missbrauch. Im Sinne von Michael King (4) handelte es sich um ein moralisches Agenda-Setting durch den Skandal an einer höheren Bildungseinrichtung. „In categories of agenda it is not individuals, but social systems which are being unjust to children.“ Nicht die einzelnen Täter standen wie zuvor im Vordergrund der Berichterstattung, sondern die Schule als vermeintlicher Schutzort wurde angeklagt, ebenso die Kirche als Institution, der Eltern ihre Kinder nicht nur für die akademische Bildung, sondern auch für die Seelenbildung anvertraut hatten, ja letztlich die Gesellschaft, welche den Schutz von Kindern nicht gewährleisten konnte. Insbesondere bei der katholischen Kirche klafften der hohe moralische Anspruch, das geschlossene System des Klerikalismus und die brutale Realität der sexuellen Ausbeutung auseinander. Dass die sexuelle

Gewalt in einer Institution vorkam, die in den letzten Jahrzehnten vor allem durch eine rigide, von vielen Menschen als überholt empfundene Sexualmoral aufgefallen war, vergrößerte den Skandal.

Unter öffentlichem Druck reagierte die katholische Kirche relativ schnell und richtete eine Hotline ein. Kurz darauf wuchs der politische Druck so stark, dass die Bundesregierung einen Runden Tisch „sexueller Kindesmissbrauch“ unter dem Vorsitz dreier Ministerinnen einrichtete: Justiz; Familie Senioren, Frauen und Jugend; Wissenschaft und Forschung. Die ehemalige Bundesfamilienministerin Dr. Christine Bergmann wurde zur Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs ernannt. Direkt nach ihrer Ernennung beauftragte sie mich mit der Begleitforschung und wissenschaftlichen Unterstützung ihrer Arbeit, und so begann der Aufbau einer staatlichen Anlaufstelle für Betroffene. Es handelt sich um den bis dahin breitesten Prozess der Beteiligung Betroffener mit über 20.000 Anrufen, E-Mails und Schreiben.

Bemerkenswert war, dass über 5.000 Betroffene einer detaillierten wissenschaftlichen Verwertung ihrer persönlichen Erfahrungen zustimmten. Sie wollten mit ihren Anliegen Gehör finden und mit ihren *Testimonials* an der Haltung der Politik und der Gesellschaft etwas ändern. Zu erwarten war, dass sich unterschiedliche Personen meldeten: Bei der katholischen Hotline wurden mehr Anrufer erwartet, die mit ihrer Kirche etwas klären wollten, bei der staatlichen Anlaufstelle hingegen mehr, die mit ihrer Kirche abgeschlossen hatten, die Vorgänge in der Kirche aber anprangern und eventuell auch Entschädigungen fordern wollten (12). Nach vielen vertrauensbildenden Maßnahmen ist es uns später gelungen, die aggregierten Datensätze zu vergleichen; generell konnte diese Annahme bestätigt werden (5).

Allerdings betonten nicht wenige der von der Kirche Enttäuschten, dass Spiritualität und Glaube für sie eine wichtige Ressource im Überleben war. Die Schilderungen der Taten und der erlebten Belastungen stimmten weitgehend überein. Auffallend war, wie viele Betroffene sich von ihrer Kirche nicht gehört, nicht wahrgenommen und nicht verstanden fühlten. Zu betonen ist, dass manche es als kirchliche Aufgabe ansahen, sich um sie zu kümmern und ihnen einen Weg zurück in die Glaubensgemeinschaft zu ermöglichen. Viele andere hatten die Amtskirche „abgeschrieben“. Für die katholische Kirche in Deutschland beteuerte der eingesetzte Missbrauchsbeauftragte, Bischof Ackermann aus Trier, den Aufklärungswillen: „Wir wollen wissen, was erlitten wurde“. Er war in einer nicht einfachen Position kontinuierlich am Runden Tisch Sexueller Missbrauch präsent und signalisierte fast immer Demut

und den Willen zur Veränderung. Andere Organisationen wie die evangelische Kirche oder der Sport kamen in dieser Debatte, trotz zahlreicher Betroffener, die sich an uns aus diesen Bereichen gewandt hatten (6), relativ „ungeschoren“ davon.

Nach der Thematisierung des Missbrauchsskandals in der Odenwaldschule konzentrierte sich der Diskurs über sexuelle Ausbeutung in pädagogischen Institutionen auf den Aspekt rigide katholische Einrichtungen versus Einrichtungen der Reformpädagogik – zahlreiche Pädagoginnen und Pädagogen hatten nämlich vermutet, dass in modernen partizipativen Strukturen Missbrauch nicht vorkomme. Sie wurden eines Besseren belehrt. Pädagogische Historiker wie Oelkers recherchierten eine Geschichte von Übergriffen seit Anbeginn der Reformpädagogik (7). Vereinfacht gesagt: Hier wie dort gab es das exklusive Gefühl, etwas Besonderes zu sein, den Wunsch, die von der Gesellschaft bedrohte Einrichtung nicht zu gefährden, das reale Problem, qualifiziertes Personal zu bekommen, und ein daraus resultierendes Geflecht persönlicher Abhängigkeiten, welches hier wie dort die Matrix sexueller Ausbeutung in der Institution bildete.

Deutlich wurden Unterschiede in der Einstellung zu Körperstrafen und körperlicher Gewalt, aber die Gründe der Geheimhaltung erscheinen mir bis heute weitgehend identisch. Diese Gründe gleichen auch der Dynamik in Familien, wo der Ansehensverlust und die Auflösung der Familie befürchtet werden und wo deshalb allzu häufig betroffene Kinder keine Unterstützung finden. Die Tatsache, dass Betroffene erstmals in organisierten ombudshaftlichen Abläufen Gehör fanden, und zwar nach wissenschaftlicher Auswertung tausender Mitteilungen und nicht nur über bestimmte exponierte Betroffenenvertreter, war neu im Umgang mit dem Thema. Sie führte zur ersten Betroffenenanhörung am Runden Tisch und später zur Einrichtung eines Betroffenenrats und zur Etablierung einer Kommission, welche bis heute Möglichkeiten zur Anhörung bietet und diese Arbeit nach einem Kabinettsbeschluss (Ende 2018) wohl auch in den nächsten Jahren fortsetzen kann. In der Forschung zum Wohle Betroffener wurden verstärkt partizipative Ansätze diskutiert und die Frage gestellt, ob entsprechende, am Runden Tisch empfohlene Maßnahmen wie die Erstellung von Schutzkonzepten, tatsächlich bei den Betroffenen ankommen.

Wieder war es die katholische Kirche, die relativ schnell flächendeckend mit entsprechenden Vorgaben in Bezug auf Schutzkonzepte reagierte und mit gutem Beispiel voranging. Papiere und Ordnungen wurden in allen Diözesen erstellt. Allein das Vertrauen blieb erschüttert.

Zusammenarbeit mit der Päpstlichen Universität Gregoriana und der Erzdiözese München-Freising

Am Runden Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in der Unterarbeitsgruppe III zu Bildung, Forschung und Weiterbildung lernte ich Hans Zollner SJ kennen, der dort unsere Idee eines E-Learning-Programms für Fachkräfte unterstützte, denn wir wollten eine gemeinsame Sprache und einen gemeinsamen Informationsstand von Fachkräften aus unterschiedlichen Professionen zu der bislang meist tabuisierten Thematik herstellen. In einer der bestehenden Förderlinien des BMBF zur beruflichen Bildung gelang es uns schließlich, für dieses Projekt Förderung zu bekommen, und es konnten mittlerweile tausende Fachkräfte einen zertifizierten Kurs, der einer mehrwöchigen Weiterbildung mit einer Abschlussprüfung gleichkommt, absolvieren. Nach der erfolgreichen Etablierung dieses Programms fragte mich Pater Zollner an, ob ich mir vorstellen könnte, ein ähnliches Programm, basierend auf den wissenschaftlichen Inhalten in unserem Programm, kombiniert mit theologischem Basiswissen, für die Päpstliche Universität Gregoriana zu erstellen. Die Erzdiözese München-Freising und einige Spender seien bereit, das Unternehmen großzügig zu unterstützen. Wir suchten nach einer Form der Realisierung, und so wurde schließlich am 20. Januar 2012 zunächst in München als Kooperationsprojekt der Gregoriana, der Erzdiözese München-Freising und der Universität Ulm das *Center for Child Protection* der Gregoriana gegründet. Ein Beirat mit weltlichen und kirchlichen Experten, u.a. aus der Glaubenskongregation Monsignore Scicluna, begleitete das Projekt. Das Programm hatte in Asien, Südamerika, Afrika und Europa Anwendungsstandorte. Jährlich fanden Treffen mit den Unterstützern und Nutzern aus zahlreichen Ländern statt.

Beeindruckend waren die unterschiedlichen Lernkulturen und der Umgang mit der kirchlichen Herkunft des Programms. Während etwa in Indien eher rigide Vorgaben zur Durchführung des Programms gefordert wurden und man uns dringend bat, ein universitäres Zertifikat auszustellen, da ein kirchliches Zertifikat in manchen Kontexten wenig Wert habe oder sogar gefährlich sei, wurde in Afrika betont, dass schon das Wappen der Universität Gregoriana eine unglaubliche politische Bedeutung habe. Damit könnten Ordensschwestern, die selbst ausgebeutet und missbraucht werden, den Tätern zeigen, dass dies Unrecht ist. In Südamerika, wo wir in Argentinien mit einer Jesuitenuniversität den aktivsten und erfolgreichsten Partner hatten, wurde wiederum die Rigidität des Programmes kritisiert und mehr Offenheit gefordert. Hier gab es zahlreiche Anregungen für lokale kulturelle Adaptationen, die zwingend erforderlich seien, denn Prävention müsse kultursensibel sein. Nach erfolgrei-

chem Abschluss des Projekts wurde tatsächlich an der Gregoriana ein *Center for Child Protection* etabliert und damit ein Verstetigungsprozess eingeleitet. Dies ist bemerkenswert, weil Modellprojekte allzu häufig nach der Modellphase schweigend auslaufen.

„Towards Healing and Renewal“

Unter diesem Titel fand vom 6. bis zum 9. Februar 2012 an der Gregoriana eine Tagung mit Vertretern von Bischofskonferenzen statt, erstmals mit Betroffenenbeteiligung – ein großer Schritt, der viele der Anwesenden anrührte. Weil wieder die völlig ungeordnete, unprofessionelle Organisation der Verfahren und Informationsflüsse zwischen den Diözesen der Welt und der Gerichtsbarkeit in der Glaubenskongregation auffiel, wurden transparente Verfahren gefordert. Auch fand im Rahmen dieser viel beachteten Tagung ein Gottesdienst statt – für mich ein einschneidendes Erlebnis, zeigte er aus meiner Sicht doch die Sprachlosigkeit und Hilflosigkeit der Kleriker und die Instrumentalisierung der Betroffenen. Die Sprachlosigkeit war mir schon vorher als Organisator des E-Learning-Programms aufgefallen, denn wir fanden nur sehr schwer profilierte Autoren, insbesondere für die moraltheologischen Texte. Als Projektleiter musste ich konstatieren, dass die Evaluationsergebnisse zu den Texten und Lerneinheiten im E-Learning-Programm während der Erprobungszeit für diese theologischen Teile immer deutlich schlechter ausfielen als für die weltlichen Lerninhalte.

Beim Ringen um die Autoren für das Programm war mir vieles vorbewusst, was mich im Moment des Gottesdienstes mit Betroffenen emotional erreichte. Aus meiner Sicht inadäquate Bildmetaphern, mit einer Diaprojektion von Atombombenbildern und anderen Katastrophen, sollten das Elend der Menschheit nach dem Sündenfall beschreiben und sexuellen Missbrauch als eine von vielen Katastrophen erscheinen lassen. Den Betroffenen wurde in diesem Gottesdienst eine Rolle zugewiesen, die für mein Empfinden viel zu früh auf Aussöhnung hinzielte. Sie hatten keinen Freiraum für freie Texte. Die Kirchenmusik war für mein Empfinden banal und der Situation nicht angemessen. So wurde die Liturgie mit pseudomodernen Einsprengseln wie Fotoprojektion und naiver, zeitgenössischer Chormusik für mich zum Ausdruck der Verkrustung und Sprachlosigkeit. Immer wieder ging mir danach Bachs Mottete „Der Geist hilft unserer Schwachheit auf“ durch den Kopf und dabei vor allem die Zeile „denn wir wissen nicht, was wir beten sollen“.

Genau das war es: Es gab keine theologische Haltung zum sexuellen Missbrauch, sie wussten nicht, was sie beten sollen. Aber statt sich auf „unaussprechliches Seufzen“ zu verlegen, wurden hier inadäquate Metaphern der Vernichtung visuell projiziert. Ist es ethisch vertretbar, Betroffene als Zerstörte darzustellen? Die Metapher vom „Seelenmord“ mag von Betroffenen selbst gebraucht werden – wer jedoch seelischen Beistand für Betroffene anbieten will, muss Hoffnung auf Teilhabe, auf ein Dazugehören vermitteln. Das gilt meines Erachtens für weltliche Psychotherapeuten ebenso wie für Seelsorger. Welche Metaphern und Bilder müssen wir in diesem Kontext wählen? Wir haben zu ringen um einen adäquaten Ausdruck der Anerkennung des Leids und des Bemühens, Teilhabe zu ermöglichen. An diesem Abend in Rom bekam ich den Eindruck, Missbrauch ist etwas, mit dem die Kirche eigentlich nichts zu tun hat, es hat nichts mit ihren ureigenen Glaubensgründen zu tun. Ein innerer Kompass fehlte, der nicht von außen eingekauft werden kann, sondern aus geistlichem Diskurs entstehen muss.

Fehlender innerer Kompass und Selbstkontrolle

Dieser fehlende innere Kompass und ein mangelndes Gespür zeigten sich in manchem, u.a. im vorschnellen Engagement von Prof. Pfeiffer nach seiner spontanen Selbstbewerbung für das Aktenaufarbeitungsprojekt der Deutschen Bischofskonferenz. Nachdem dieses Projekt mit großem Mediendebakel beendet wurde, schien wieder einmal klar, wer in der öffentlichen Wahrnehmung den Schwarzen Peter hatte. Die zweite Projektvergabe wurde dann gründlicher geplant: Eine Expertenkommission entschied nach einer öffentlichen Ausschreibung auf der Basis von regulären Forschungsanträgen. Die interdisziplinäre MHG-Studie kam auf den Weg. Da ich sowohl Mitglied im Vergabegremium wie im wissenschaftlichen Beirat der Studie war, schreibe ich hierüber nicht viel. Im Rahmen der Studie konnten mittelbar 38.156 Personalakten aus 27 deutschen Bistümern ausgewertet werden; es ergab sich eine Zahl von 3677 aktenkundigen Fällen. Doch immer wieder scheint das schon lange Erkannte im Alltag wegzurutschen; so setzten einzelne Diözesen Jahre nach den ersten Entscheidungen der Bischofskonferenz und auch nach der Erschütterung 2010 eine unververtretbare Praxis im Umgang mit den Tätern fort – das musste die Studie mit aller Deutlichkeit feststellen (8). Sie führte zu einer erneuten Debatte über die Haltung in der katholischen Kirche zum sexuellen Missbrauch. Als die Studie aufgrund einer Indiskretion vorveröffentlicht wurde, entschloss ich mich, über ein Gespräch mit der FAZ auch Studienergebnisse aus einer Repräsentativbefragung vorab zu veröffentlichen

(9), um vorzubeugen, dass später gesagt werden kann, man habe nun mit den 3.677 Fällen die wahre Dimension der Problematik erkannt. Hier sind auch die Autoren der höchstverdientvollen MHG-Studie sehr klar, indem sie eindeutig auf das Dunkelfeld und die bleibenden Herausforderungen hinweisen.

Deshalb ist es nach wie vor wichtig, endlich in allen Diözesen transparente Verfahren im Umgang mit Fällen von sexuellem Missbrauch einzurichten. In den USA wollte unter dem Eindruck jüngster öffentlicher Untersuchungen die Bischofskonferenz mehr Laien in Gremien zur Abklärung solcher Fälle miteinbeziehen; dies wurde vorerst über den päpstlichen Nuntius gestoppt (10). Lapidar formulierte die FAZ: „Für sexuellen Missbrauch gilt: Bischöfe befinden über Bischöfe. Das wollte die katholische Kirche in Amerika ändern. Doch sie scheiterte am Papst“.

Einheitliche und transparente Verfahren

Verfahren sind immer belastend, für Opfer wie für Täter. Im weltlichen Recht gab es in den letzten 30 Jahren Debatten um den Opferschutz in solchen Verfahren und um spezifische Opferrechte, etwa um das Recht der Nebenklage. Da hiervon Menschenschicksale abhängen, ist der Zeitfaktor wichtig, der endlich Berücksichtigung finden muss. Statt wiederholter Entschuldigungen wären einheitliche und transparente Verfahren mit Erledigungsstatistik und regelmäßigen Informationen über die Ergebnisse erforderlich, um der Öffentlichkeit und den Gläubigen zu ermöglichen, den gebetsmühlenartig wiederholten Beteuerungen der Kirchenoberen Glauben zu schenken. Das lässt sich mit einigem Nachdenken, mit finanziellem Aufwand und mit richtiger Prioritätensetzung bewältigen, wenn nur *der Wille* zur Reform der Verfahren und zur Implementierung des an höchster Stelle Gesagten besteht.

Eine größere Herausforderung scheint mir zu sein, Missbrauch nicht als Frage für externe Experten – etwa im forensischen Bereich – und Beauftragte zu betrachten, sondern als alltägliche Form des in der Gesellschaft weitverbreiteten Machtmissbrauchs zu erkennen und eine theologische Antwort darauf zu finden. Die Weltgemeinschaft hat sich nach den Millenniumszielen, welche zwar alle nicht erreicht wurden, aber zum Beispiel im Feld Säuglingssterblichkeit zu einer beeindruckenden Verbesserung geführt haben, nun dazu entschieden, nachhaltige Entwicklungsziele (*Sustainable Development Goals*) voranzutreiben. SDG 16 ist der Gerechtigkeit und Teilhabe gewidmet, das Nachhaltigkeitsziel 16.2 will gewaltfreies Aufwachsen von Kindern sicherstellen. Einer der von der Weltgemeinschaft definierten Indikatoren ist die Häufigkeit von erlebten sexuellen Übergriffen, die Menschen zwischen

18 und 28 Jahren berichten. Bei einer breiten Definition des sexuellen Missbrauchs liegt hier in Deutschland, nach unseren Repräsentativbefragungen, die Häufigkeit für diese Altersgruppe deutlich über 10 Prozent (11).

Auch wenn in der Kirche, nicht zuletzt aufgrund ihrer schwindenden Bedeutung in der Jugendarbeit und institutionellen Betreuung, im Vergleich zu anderen Institutionen wie Schule oder Sport ein relativer Rückgang von Fällen zu beobachten ist, gibt es keinen Grund für Entwarnung oder für die Hoffnung, dass Präventionsmaßnahmen schon ausreichend greifen. Die Angaben aus der MHG-Studie über Dunkelfeldzahlen machen deutlich, dass weit über 100.000 Personen sexuellen Missbrauch durch Priester in Deutschland erlebt haben. Die Kirche muss sich dieser Dimension stellen und mit transparenten Strukturen sowie der Behebung von Verfahrensmängeln eine glaubhafte Antwort entwickeln. Die Antwort kann nicht allein in Bedauern, Reue und Prävention bestehen. Was sagt man Betroffenen? Wie öffnet man ihnen, soweit sie dies wollen, Türen? Welche spirituellen Antworten hat die Kirche?

Knapp ein Drittel der Bevölkerung Deutschlands berichtet aus der Kindheit über Vernachlässigung und/oder Misshandlung. Gewaltfreies Aufwachsen von Kindern ist wegen der Gewaltfolgen und wegen transgenerationaler Teufelskreise, die glücklicherweise von vielen Betroffenen durch eigenes Bemühen durchbrochen werden, eine enorme gesellschaftliche Herausforderung. Kirche als Teil dieser Gesellschaft sollte hier mit einer spezifischen, im Glauben fundierten Sichtweise einen Beitrag leisten. Das Bibelwort „Wer seine Rute schont, der hasst seinen Sohn, wer ihn aber lieb hat, der züchtigt ihn bald“ (Spr. 13,24; Luther-Übers.) hat in der simplen Sentenz „wer sein Kind liebt, der züchtigt es“ Generationen von rigid frömmelnden Eltern und Erziehern zur Legitimation von Gewalt gedient.

Originär kirchlich wäre zuerst ein theologischer Beitrag, vor allem mit dem Leid der Betroffenen. Sensibilisierung für die Missbrauchsthematik endet nicht damit, dass man in Präventionstätigkeiten, Schutzkonzepte, Kommissionen und Beauftragung investiert, sondern alle Ebenen müssen verantwortlich angegangen werden. Es ist ein Glaubens- und ein Leitungsthema. Bischöfe und Generalvikare müssen transparent entscheiden und in solche Entscheidungen Personen wie die genannten einbeziehen. Etwa stehen dem Finanzplan einer Einrichtung, die sich nicht um ein Schutzkonzept für die ihr anvertrauten Kinder und Jugendlichen kümmert, erhebliche Bedenken entgegen, und man darf ihn nicht einfach durchwinken. Die MHG-Studie benennt Entstehungsbedingungen wie zum Beispiel den Klerikalismus. Hier sind glaubhafte Antworten zu fordern: Transparenz, Laienbeteiligung in Verfahren und einiges mehr. Im Umgang der Kirche mit den Schwächsten, also

mit den Betroffenen, lässt sich am besten ersehen, ob die Kirche eine Antwort gefunden hat.

In einem Projekt unserer Klinikschule formulierten die bei uns behandelten und betreuten Kinder und Jugendlichen einen ihrer zentralen Wünsche für ihr Leben: „dazugehören“. Seelisches Leid ist häufig mit sozialer Isolation, mit beeinträchtigten und belasteten Partnerbeziehungen verbunden. Betroffene als dazugehörig zu betrachten, sie im Dazugehören zu unterstützen, ist aus meiner Sicht die zentrale Aufgabe. Effektive Ebenen der Partizipation sind wichtig. Die Kirche als mächtige Trägerin sozialer Institutionen sollte dazu beitragen, dass Menschen, welche an teils massiven seelischen, körperlichen und sozialen Folgen früher Kindheitsbelastungen leiden, besonders gut behandelt werden. Hierzu gehört fachliches Engagement, nicht nur das korrekte Mitzeichnen von Leitlinienvorschlägen. Kirchliche Hochschulen könnten hier noch mehr in spezifische Expertise und Praxisentwicklung investieren.

Der Kirche ist zu wünschen, dass sie in Zukunft diesen Herausforderungen besser gerecht werde. Blicke ich auf mehr als 15 Jahre fachliche externe Begleitung und Beratung zurück, muss ich feststellen, dass meine generelle Ambivalenz in den letzten Jahren – trotz vieler hoffnungsschaffender persönlicher Kontakte – eher gestiegen ist. Der Kirche ist auf Dauer auch von außen durch die Wissenschaft nur zu helfen, wenn sie selbst Antworten auf diese Fragen sucht.

Literatur:

1. Jörg Michael Fegert und Mechthild Wolff: Sexueller Missbrauch durch Professionelle in Institutionen. Prävention und Intervention. Münster 2002, 205-264.
2. Vgl. Jörg Michael Fegert: Prävention von Missbrauch in Institutionen durch Abschreckung vs. Prävention durch Empowerment, in: Kind Jugend Gesellschaft 52 (4/2007), 99-103.
3. Vgl. Ders.: Consequences of Sexual Abuse of Children and Adolescents by Priests and Other Persons in Clerical Functions, in: Robert Karl Hanson, Friedemann Pfäfflin, Manfred Lütz (Hg.): Sexual Abuse in the Catholic Church. Città del Vaticano, 2004, 61-171.
4. Michael King: Moral Agendas for children's welfare, Routledge, 1999.
5. Vgl. Nina Spröber u.a.: Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany, in: BMC Public Health. Bd. 14 (2014), 1-12;

6. Vgl. Jörg Michael Fegert u.a. (Hg.): Sexueller Kindesmissbrauch. Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen. Ergebnisse der Begleitforschung für die Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Frau Dr. Christine Bergmann. Weinheim 2013.
7. Vgl. Jürgen Oelkers: Eros und Herrschaft. Die dunklen Seiten der Reformpädagogik, Weinheim 2011.
8. MHG-Studie: <www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/dossiers_2018/MHG-Studie-gesamt.pdf>.
9. Daniel Deckers: Was im Dunkeln bleibt (24.9.2018), in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2.
10. Vgl. Matthias Rüb: Selbstkontrolle im Weinberg des Herrn (28.12.2018), in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 5.
11. Andreas Witt u.a.: Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population, in: Child and adolescent psychiatry and mental health. Bd. 11 (2017), 47.
12. Miriam Rassenhofer u.a.: Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: Comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs, in: Child Abuse & Neglect 40 (2015), 60-67.

Autor:

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61600, Fax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Was können wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus den Schwierigkeiten der katholischen Kirche im Umgang mit der Missbrauchskrise lernen?

Eine (selbst-) kritische Bewertung nach dem „Missbrauchsgipfel“ im Vatikan 2019

Jörg Michael Fegert

Ende Februar 2019 richteten sich viele Hoffnungen auf die „Anti-Missbrauchskonferenz“ in Rom. Neben ermutigenden Signalen blieben die Bilanz der Konferenz und vor allem die Bewertung der Abschlussansprache des Papstes eher negativ. Viel kritisiert wurde, dass der Papst in der Einleitung seiner Ansprache sich lange zuerst damit befasste, dass Missbrauch ein allgemeines Phänomen in der ganzen Welt ist. Damit hat er objektiv jedoch trotz aller Kritik Recht und die von den Vereinten Nationen verabschiedeten Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals mit dem Nachhaltigkeitsziel SDG16.2 „End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence and torture against children“ und einem spezifischen Indikator 16.2.3, s. Tabelle 1) unterstreichen, dass Missbrauch weltweit bekämpft werden muss. Das betrifft auch z.B. die ehrenamtliche Tätigkeit oder professionelle Trainer im Sport, das betrifft die Abhängigkeitsverhältnisse in Heimen oder das lang tabuisierte Thema der Abhängigkeit von Pflegekindern. Der Fall in Lügde hat es überdeutlich werden lassen, dass wir nicht nur bei der Fremdunterbringung in Kinderheimen eine Debatte über Schutzkonzepte brauchen, sondern auch die individuellen Unterbringungsformen in Pflegefamilien aus einer Kinderrechte- und einer Schutzperspektive betrachtet werden müssen. Der erst allmählich in all seinen Dimensionen in Aufarbeitung befindliche Berliner Pflegekinderskandal um den Pädagogen Helmut Kentler (vgl. <https://www.deutschlandfunk.de/verbrechen-in-staatlicher-verantwortung-kin->

der-bei.1773.de.html?dram:article_id=449899) macht deutlich, dass auch wir bei den Hilfeformen für Kinder und Jugendliche, die wir mitbehandeln und betreuen, über Jahre und Jahrzehnte zu wenig aufmerksam waren und häufig meinten, dass nach einer Herausnahme zum Schutz von Kindern, dann davon auszugehen sei, dass das Kindeswohl nun beachtet wird.

<i>Ziel</i>		<i>Indikatoren</i>	
16.2	End abuse, exploitation, trafficking and all forms of violence against and torture of children	16.2.1	Proportion of children aged 1-17 years who experienced any physical punishment and/or psychological aggression by caregivers in the past month
		16.2.2	Number of victims of human trafficking per 100,000 population, by sex, age and form of exploitation
		16.2.3	Proportion of young women and men aged 18-29 years who experienced sexual violence by age 18
Deutsche Übersetzung			
16.2	Beendigung von Missbrauch, Misshandlung, Ausbeutung, Menschenhandel und aller Formen von Gewalt gegen Kinder und Folter von Kindern	16.2.1	Anteil an Kindern zwischen einem und 17 Jahren, die körperliche Bestrafung und/oder psychische Aggression durch Bezugspersonen im letzten Monat erfahren
		16.2.2	Anzahl an Opfern von Menschenhandel pro 100.000 Einwohnern, aufgeteilt in Geschlecht, Alter und Form der Ausbeutung
		16.2.3	Anteil an jungen Frauen und Männern zwischen 18 und 29 Jahren, die sexuelle Gewalt vor dem 18. Lebensjahr erfahren haben

Tabelle 1: Nachhaltigkeitsziel 16.2 der Vereinten Nationen

Unsere Erhebungen mit direkter Befragung heutiger Heimkinder (Allroggen et al. 2017) zeigen, dass im Gegenteil gerade durch das Zusammenkommen zahlreicher belasteter Kinder in Einrichtungen der Jugendhilfe ein besonderes Risiko für eine Reviktimisierung, vor allem durch mitbetreute Jugendliche besteht. Auch im Kontext der psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen kommt es immer wieder zu Übergriffen im Abhängigkeitsverhältnis. Insofern tun wir gut daran, auch zu überlegen, welche Lehren wir in den Heilberufen aus dem vielfach kritisierten Umgang der katholischen Kirche mit dem Missbrauchsskandal ziehen sollten.

Nicht erst seit 2010 ist auf die Missbrauchsfälle in der katholischen Kirche vielfach reagiert worden (vgl. Fegert et al. 2015a), weltweit gab es eine größere Zahl von tiefgreifenden Untersuchungen (vgl. Fegert et al. 2015b) und die im letzten Jahr veröffentlichte MHG-Studie (2018) hat auf der Basis zugänglich gemachter Akten für Deutschland nicht nur das Ausmaß administrativ wahrgenommener Fälle erhoben (allerdings unter Ausschluss der Ordensgemeinschaften), sondern hat vor allem die verschleppenden Reaktionen der kirchlichen Verantwortlichen mit Strategien wie Versetzung etc. deutlich gemacht. Gleichwohl hatte ich meinen Beitrag zur Frage der Möglichkeit der externen Unterstützung der katholischen Kirche für die „Stimmen der Zeit“, der hier in diesem Heft zum ersten Mal in ungekürzter Fassung, mit dem Abschnitt zur Konferenz im Vatikan 2003, abgedruckt wird, mit einem Beispiel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen, da mir wichtig war, zunächst vor der eigenen Haustür zu kehren – bevor man kritisch mit der Kirche ins Gericht geht. Rhetorisch konnte die richtige Feststellung des Papstes, dass Missbrauch in der ganzen Welt ein riesiges Problem ist, nur als Ablenkungsversuch verstanden werden, da man von ihm erwartete, dass er eben nicht über andere redet, anderen Ratschläge gibt, sondern sich zur Kirche äußert. Befremdlich war die Dämonisierung der Taten und die Metaphern, die der Papst gebrauchte ... „die Braut Christi ist in flagranti erwischt worden“, „der „Geist des Bösen“ wolle sich als „Herr der Welt aufspielen“, „der Teufel sei Realität“ und ein Priester, der Kinder missbrauche, werde zum „Werkzeug des Satans“. Täter wurden von ihm auch als „monströs und krank“ bezeichnet. Besonders ärgerlich machte mich die Gleichsetzung von sexuellem Kindesmissbrauch mit „heidnischen Menschenopfern“ in der Papstrede. Irgendwie sollen die Dämonisierungsversuche, die Darstellung von Missbrauchstaten als heidnische Rituale oder Werke des Teufels davon ablenken, dass Missbrauch durch begünstigende Strukturen in der Institution

Kirche ermöglicht und durch zahlreiche Verantwortungs- und Würdenträger vertuscht wurde. Gerade wenn man finstere Mächte am Werke sieht, lässt sich die eigene Ohnmacht auf den uralten Konflikt zwischen Gut und Böse – also letztendlich auf den Sündenfall – reduzieren und muss die eigene Macht und aktuelle Verantwortung scheinbar nicht reflektiert werden.

Beim Dokumentarfilmfest in München hatte ich gemeinsam mit Prof. Joest Martinius, der sich mit mir in der damaligen Funktion als Expertenbeirat der World Childhood Foundation dafür einsetzte, dass Königin Silvia von Schweden Christoph Röhl für seine filmische Aufarbeitung des Missbrauchsskandals in der Odenwaldschule einen Preis von World Childhood verliehen hat, am 14. Mai diesen Jahres Gelegenheit, die Premiere dessen neuen Dokumentarfilms zu sehen. Dieser Film mit dem Titel „Verteidiger des Glaubens“ handelt vom deutschen Papst Joseph Ratzinger, wird im Oktober 2019 in die Kinos kommen und wurde vom ZDF, 3SAT und ARTE, sowie verschiedenen anderen Anstalten und Förderern unterstützt (wird also auch im Fernsehen zu sehen sein) und basiert auf einer 5-jährigen Recherchearbeit und zahlreichen Interviews mit handelnden Personen aus der katholischen Kirche, bis hin zu Georg Gänswein, dem Vertrauten Papst Benedikts und heutigen „Diener“ zweier Päpste. Christoph Röhl erzählte im Kontext der Uraufführung, wie die Idee zum Film bei einem Gespräch mit Matthias Katsch von der Betroffenenorganisation „Eckiger Tisch S/sexueller Missbrauch“ am Rande einer Beiratssitzung eines Projektes der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einem Projekt bei uns in Ulm entstanden ist. Der Film ist eine historisch präzise belegte, distinguierte und faire und eben dadurch ergreifende Dokumentation mit beeindruckenden Landschaftsbildern, sowohl aus der Heimat des deutschen Papstes, wie von Rom und dem Vatikan, mit zahlreichen Originaldokumenten, z.B. über die Familie von Joseph Ratzinger, über seine Priesterweihe und vor allem mit langen Interviews mit Insidern aus der Kirche. Als bekennender, aber nicht aggressiver Atheist bewertet Christoph Röhl den Glauben Josef Ratzingers nicht. Er stellt auch seine Motive als „Verteidiger des Glaubens“ nicht infrage. Vielmehr zeichnet er neben der gerade auch im Moment der Papstwahl öffentlich deklarierten Demut (einfacher Diener im Weinberg des Herrn) präzise, aus der Innensicht der Kirche, die Machtausübung eines hohen Würdenträgers, eines Präfekten der Glaubenskongregation und eines Papstes, also eines Herrschers mit absolutistischer Macht. Die spezielle Interviewtechnik von Christoph Röhl, die ich schon bei seinem Dokumentarfilm zur Odenwaldschule und in unserer Zusammenarbeit für den E-Learning Kurs zur Prävention sexuellen Missbrauchs kennen und schät-

zen gelernt habe, führt dazu, dass in allen Gesprächen diese Metaebene der Machtausübung thematisiert wird. Der in der Mimik ausgedrückte oder zu verbergen versuchte Subtext zum von den Interviewten Gesagten macht diese Aussagen emotional besonders fesselnd. Charles Scicluna, Erzbischof von Malta, den ich als Chefankläger in der Glaubenskongregation kennenlernen und als Beiratsmitglied unseres E-Learning Projekts für die Päpstliche Universität Gregoriana schätzen lernen durfte, berichtet ganz offen und absolut loyal zu Papst Benedikt, wie dieser als Präfekt der Glaubenskongregation sich über die Missbrauchsfälle empört hat. Benedikt habe „auf den Tisch gehauen“. Gleichwohl wird in dieser Dokumentation deutlich, dass er trotz dieses Wissens, aus Loyalität zu seinem Vorgänger und mit Blick auf das Ansehen der Kirche viel zu lange z.B. in Bezug auf die Missbrauchsfälle bei den „Legionären Christi“ nicht gehandelt hat. Sein Wissen um den Missbrauch und sein peinliches Schweigen wird in einer Originalfilmszene aus den Archiven deutlich, als Ratzinger sich vor einem Reporter, der nach den Legionären fragt, in seinen Dienstwagen rettet. Kritische Theologen beschreiben das Spitzel- und Überwachungssystem der Glaubenskongregation und das knallharte, machtvolle Durchgreifen in Bezug auf vermeintliche Abweichler von der reinen Glaubenslehre. Der Titel „Verteidiger des Glaubens“ schillert hier anders, denn es wird deutlich, welche Machtmittel auch zur Verteidigung von Betroffenen und zur Anerkennung der Wahrheit zur Verfügung gestanden hätten. Pater Mertes, dem wir in Deutschland enorm viel zu verdanken haben, weil er als Rektor des Berliner Canisius-Kollegs zum ersten Mal öffentlich Betroffenen geglaubt und sich der institutionellen Verantwortung gestellt hat, zieht am Ende des Films eine schlüssige Bilanz, nicht nur in Bezug auf den ersten, in der Neuzeit zurückgetretenen, Papst und sein persönliches Scheitern, sondern in Bezug auf ein Scheitern der Kirche in einer Epoche. Der Film wertet nicht, sondern er zeigt Machtausübung und absolutistische Willkür, gerade im Kontrast z.B. in Bezug auf den repressiven Umgang mit den Freiheitstheologen in Südamerika und der Idealisierung der Legionäre Christi, des Verbrechers und Betrügers und Ordensgründers Macial. Marie Collins, die Betroffene, die den Mut hatte bei der internationalen Konferenz in der Gregoriana als erste Betroffene direkt zu den versammelten Kirchenfürsten zu sprechen, die ich damals und in mehreren anderen Situationen kennenlernen durfte und die später enttäuscht aus der päpstlichen Kommission gegen Missbrauch ausgetreten ist, kommt im Film zu Wort und schildert die Reaktionen bei der Tagung, die ich auch in meinem Beitrag, der hier abgedruckt wird, erwähnt habe. Emotionen und Empörung habe sie bei ihrer Ansprache vor allem da erlebt, als sie schilderte, dass der Priester mit denselben Händen, mit

denen er sie missbraucht hat, ihr dann die Hostie reichte. Die Empörung galt quasi der Versündigung gegenüber dem Glauben und der heiligen Handlung, nicht der Versündigung gegenüber dem Kind und ihr als Betroffener. Doris Wagner, die heute verheiratet ist und Reisinger heißt, schildert im Film ihre Abhängigkeit und Verblendung und Opferbereitschaft, die Überhöhung der Demut in der geistlichen Familie „Das Werk“ (Familia spiritualis opus), der sie acht Jahre angehörte und in der sie auch sexuelle Gewalt erleben musste. Sie hat dies in ihrem viel beachteten Buch „Nicht mehr ich“ dargestellt und hat (Vorwort von Pater Mertes) ein sehr lesenswertes Buch zum spirituellen Missbrauch in der katholischen Kirche geschrieben. Deutlich wird die überzeugte Faszination von der Schönheit des Glaubens und der Kirche, der Wunsch, diese Institution mit allen Mitteln zu bewahren oder zu restituieren, auch um den Preis, die Wahrheit zu leugnen und zu verraten. Deutlich wird die direkte Machtausübung und Kontrolle, aber auch die Manipulation durch geistige Führung und karrierebestimmende Auswahlentscheidungen.

Kann sich jemand für den Glauben, auf Kosten der Wahrheit, einsetzen? Diese Fragen des Umgangs mit der institutionellen Verantwortung und Macht sind auch für uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie relevante Fragen. Stellen wir ruhig direkt die Frage auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, kann sich jemand für das Fach KJP einsetzen und die Wahrheit von Übergriffen im heilberuflichen Abhängigkeitsverhältnis nicht adressieren? Die bei der „Antimissbrauchskonferenz“ gebrauchten Metaphern, die Opfer- und Täterbilder fordern uns auch in unserer Fachlichkeit heraus. Wie in einem Kommentar für das Ärzteblatt (Fegert 2018) schon einmal angesprochen, ist es mir wichtig, dass wir als Behandler und Therapeuten keine Bilder bedienen, die Betroffene a priori als Opfer darstellen, die ihr Leben lang unter dem Erlebten leiden werden. Betroffene selbst können solche Wertungen vornehmen, wir Professionelle sollten aufpassen, dass auch Skandalisierungen in den Medien nicht zur „self-fulfilling prophecy“ werden. Wie oft musste ich nach dem „Staufener Missbrauchsskandal“ sinngemäß lesen: „dieses Kind wird nie mehr ein normales Leben führen können“. Unser Ziel ist es, auch Kindern und Jugendlichen, die Schlimmes erlebt haben und schwere seelische Belastungen haben, eine erfüllte Teilhabe am Leben zu ermöglichen (deshalb haben wir die interdisziplinäre Fachgesellschaft „Dazugehören e.V.“ gegründet, die seelisch belasteten Kindern und traumatisierten Kindern und Jugendlichen bessere Teilhabe am Leben ermöglichen möchte; <https://dazugehoeren.info>. Mit folgendem QR-Code können Sie den Newsletter von „Dazugehören“ abonnieren):



Dies wird auch bei der fachlichen Debatte um Schutzkonzepte und Interventionen bei sexuellem Missbrauch häufig zu wenig angesprochen. Es geht nicht allein darum, sensibel zu sein und wahrzunehmen was passiert, sondern es geht darum, Mitgefühl für die Betroffenen zu haben und nicht primär aus der Sicht der Institution – auch nicht aus der Sicht von Kliniken oder Praxen – zu denken, sondern die Stärken und Kompetenzen der betroffenen Kinder und Jugendlichen anzuerkennen und sie zu fördern und ihre Rechte zu respektieren.

Denke ich an die Fälle, die ich als Gutachter, gerade auch im standesrechtlichen Zusammenhang, zu beurteilen hatte, wird deutlich, welch langen Weg betroffene Jugendliche oder aufmerksame Kolleginnen und Kollegen gehen müssen, bis die Verantwortlichen in den Institutionen handeln. Allerdings ist es auch nicht immer einfach, das Richtige zu tun. In meiner damaligen Funktion als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bin ich von Fachkollegen in Bezug auf ein Strafverfahren gegen einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie um Rat gefragt worden. Dieses Strafverfahren hatte sich schon über mehrere Jahre hingezogen, eine Opferzeugin war nicht mehr am Leben und ehemalige Kollegen aus dem Umfeld konnten nicht fassen, dass der Kollege weiterhin an verschiedenen Orten, auch als niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut, Kinder behandelt. Letztendlich gab es ein standesrechtliches Verfahren wegen anderer Handlungen, das auch verwaltungsgerichtlich bestätigt wurde, viele Jahre nachdem zahlreiche Menschen über Vorfälle in einer ehemaligen Klinik wussten, in der er ambulante Patient*innen ohne Dokumentation in von innen abgeschlossenen Räumen „behandelte“. Unsere Ratschläge in den Verfahren liefen ins Leere. Als Fachgesellschaft waren wir in die Verfahren nicht direkt involviert, dennoch muss ich mich fragen, ob wir hier im Nachhinein betrachtet eine bessere Figur als mancher Bischof abgegeben haben – ob wir hier in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie nicht auch vieles nicht verhindern konnten und wir zugesehen haben und wussten, wie jemand in unterschiedli-

chen Arbeitszusammenhängen immer wieder neu aufgefallen ist, bis schließlich eine für das Gesamtgeschehen disproportionale erste standesrechtliche Sanktion erfolgte. Die Last des Zweifels, die Last der Unsicherheit und letztendlich auch das Stigma hatten die Betroffenen zu tragen. Whistleblower, die auf untragbare Risiken hingewiesen hatten, wurden ebenfalls stigmatisiert und problematisiert und es ist über Jahre nicht gelungen, einen adäquaten Schutz von Patientinnen und Patienten, z.B. durch standesrechtliche Maßnahmen, herzustellen. Natürlich ist es in einem Rechtsstaat wichtig, nicht vorzuverurteilen, und der Zweifelsgrundsatz im Strafrecht ist absolut zu respektieren. Im Standesrecht haben wir aber Garantenpflichten und Patienten und ihre Eltern haben das Recht, uneingeschränkt den Behandler*innen vertrauen zu dürfen. Wichtig ist es deshalb, die Stigmatisierung Betroffener aufzubrechen und ihnen den Zugang zu Beschwerdemöglichkeiten und zu Hilfen zu ermöglichen. Unsere Beschwerdesysteme in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Ethikkommission und unabhängigen Ombudsleuten scheint hier nicht hinreichend zu funktionieren. Gleichzeitig müssen wir uns davor hüten, die Folgen solcher Übergriffe zu dramatisieren.

Unsere Forschungsarbeiten zu Resilienz von Betroffenen, z.B. im Kontext des BMBF geförderten Projektes CANMANAGE (Witt et al. 2019; Domhardt et al. 2015), haben gezeigt, dass ein Viertel bis ein Drittel schwerst misshandelter oder missbrauchter Kinder und Jugendlicher in den ersten zwei Jahren nach Aufdeckung der Tat und meist nach Fremdunterbringung keine behandlungsbedürftige psychische Störung haben. Wir müssen unterschiedliche Verläufe ernst nehmen und respektieren und uns abtinent in Bezug auf Bewertungen des erlebten Leids verhalten. Das heißt: auch wer gut zurechtkommt, kann Schlimmstes erlebt haben und die Copingleistung muss anerkannt und gefördert werden. Gleichzeitig muss deutlich sein, dass Hilfe zu brauchen, auch z.B. zu einem späteren Zeitpunkt, wenn in der Pubertätsentwicklung die Dimension des Sexuellen stärker erkannt wird oder wenn später eigene Kinder geboren werden etc., keine Schwäche bedeutet. Wer Hilfe braucht, sollte einen Anspruch auf Hilfe haben. Hilfe muss schnell und unkompliziert gewährt werden können. Deshalb brauchen wir auch flächendeckend Traumaambulanzangebote in Deutschland, so wie sie bei der Reform des sozialen Entschädigungsrechts geplant sind. Allerdings haben die ersten Entwürfe keine spezifischen Ambulanzen für Kinder und Jugendliche vorgesehen. Auch hier ist es unsere Aufgabe, als Kinder- und Jugendpsychiater die Interessen der Betroffenen in den Vordergrund zu stellen. Die Weltgesundheitsorganisation geht in ihrem europäischen Report zur

Prävention von Kindesmisshandlung davon aus, dass 18 Mio. Kinder von sexuellem Missbrauch betroffen sind und dass wir in unseren Institutionen 90 % aller Misshandlungsfälle nicht wahrnehmen. Gerade im Gesundheitswesen haben wir hier eine große Verantwortung. Wir haben auch Verantwortung als Einrichtungsleiter, als Verbandsvertreter, wenn uns Hinweise erreichen auf Übergriffe in der Behandlung. Ähnlich wie früher in der Kirche, werden diese immer wieder auftretenden Fälle als bedauerliche Ausnahmen, die überhaupt nichts mit dem Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und den Macht- und Nähebeziehungen zu tun haben, angesehen. Aus der Auseinandersetzung mit der katholischen Kirche können wir für uns lernen, dass uns unsere Ideale und die Liebe zu unserem Fach manchmal blind machen, die Schattenseiten zu sehen und strukturelle Gefährdungsmomente zu analysieren. Die Aufarbeitung des Leids von ehemaligen Patient*innen, nicht nur in der Nazi-Zeit, sondern auch in den Nachkriegsjahren, ist in den letzten Jahren vorangekommen, aber noch lange nicht abgeschlossen. Es ist zu begrüßen, dass auf Initiative des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Thema „Schutzkonzepte und Kinderschutz im Krankenhaus“ aufgegriffen hat, weil sich allmählich die Einsicht durchsetzt, dass pflegerisches und heilberufliches Handeln in einem besonderen Nähe- und Abhängigkeitsverhältnis stattfindet und entsprechende Taten das Vertrauen von Patient*innen in das Gesundheitswesen allgemein erschüttern. Betrachtet man die in den letzten Jahren öffentlich bekannt gewordenen Missbrauchsfälle und Tötungsfälle im Krankenhaus, so fällt auch immer wieder das lange Schweigen in den Institutionen auf. Nicht selten konnten Täter mit besten Zeugnissen in die nächste Einrichtung wechseln, da sich die verantwortlichen darum bemühten, einen Imageschaden für die eigene Einrichtung abzuwenden. Michael Kölch und ich werden zum Abschluss des Projektes „ECQAT“ in Rostock am 19. September diesen Jahres einen Kurs für Verantwortungsträger und Führungskräfte in den Heilberufen, also auch für Praxisinhaber, gerade in KJP-Praxen, die nach der Sozialpsychiatrievereinbarung arbeiten, anbieten (<https://leitung.elearning-kinderschutz.de>).

In diesem Kontext wird auch die Möglichkeit bestehen, den Führungskräftekurs „ECQAT“ (vgl. auch das Buch zum Kurs, Fegert et al. 2018) noch einmal zu absolvieren, bevor er dann nur noch für klinisch Tätige über die Deutsche Krankenhausgesellschaft zur Verfügung stehen wird.

In diesem Jahr versuchte die zunächst vor allem durch Ermittlungsspannen auffällig gewordene Polizei im Fall Lügde, kindlichen Opferzeugen und ihren

Eltern den Zugang zu Therapie abzuraten. Hier sind klare Stellungnahmen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich. Bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Symptomatik ist das Kindeswohl und das Recht der betroffenen Kinder höher zu werten als das berechnete allgemeine Interesse auf Strafverfolgung. Uns fehlen empirische Erkenntnisse darüber, ob Therapie das Kerngeschehen in Aussagen tatsächlich stark verfälscht, z.B. mehr als Gespräche mit Eltern, Journalisten etc. In den Ländern Skandinaviens wird im Barnahus-Modell (Fegert et al. 2016) eher die Lösung darin gesucht, sehr frühzeitig eine strafrechtlich relevante Aussage, die gleichzeitig Ausgang der Hilfeplanung und Unterstützung ist, zu gewinnen. In Leipzig hat die World Childhood Foundation an der Kinderklinik ein erstes solches Modell in Deutschland gestartet, andere werden folgen. Eine stärkere Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihrer Expertise für stark belastete und psychisch auffällige Kinder und Jugendliche wäre hier sicher wünschenswert. Wir haben mittlerweile Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Traumatherapien, insbesondere in Bezug auf die traumafokussierte Verhaltenstherapie bei sexuellem Missbrauch und können Betroffene und ihre unterstützenden Sorgeberechtigten tatsächlich sehr ermutigen, was die Wirksamkeit unserer Interventionen betrifft. Wir sollten Missbrauch deshalb nicht dämonisieren, nicht skandalisieren, sondern vielmehr darauf achten, trotz schlimmer Ereignisse, die wir nicht ungeschehen machen können, die wir aber anerkennen müssen, eine Teilhabe zu ermöglichen.

Literatur:

- Allroggen, M., Ohlert, J., Rau, T. & Fegert, J.M.* (2017) Sexual Violence by Juveniles in Institutions: A Descriptive Study on Prevalence and Circumstances. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 62, 1806-1820
- Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J.M., Goldbeck, L.* (2015) Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 476-493
- Fegert, J.M.* (2018) Kommentar - Der tägliche Missbrauch ist der Skandal. *Deutsches Ärzteblatt* 115(23), 1116-1116
- Fegert, J.M., Böhm, B., Rassenhofer, M., Witte, S.* (2015a) Reaktionen auf die Missbrauchsfälle in der katholischen Kirche in Deutschland. *Nervenheilkunde* 34(7), 501-513
- Fegert, J.M., Witte, S., Rassenhofer, M., Böhm, B.* (2015b) Betroffene sexuellen Missbrauchs durch Priester, Ordensangehörige und Mitarbeiter in kirchlichen Institutionen. *Nervenheilkunde* 34(7), 514-522

- Fegert, J.M., Andresen, S., Salgo, L., Walper, S.* (2016) Hilfeangebote und strafrechtliche Fallbearbeitung bei sexueller Gewalt gegen Kinder – Vom Kind her denken und organisieren. *Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe* 11(9/10), 324-334
- Fegert, J.M., Kölch, M., König, E., Harsch, D., Witte, S., Hoffmann, U.* (2018) Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen – Für die Leitungspraxis im Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule, Springer, Berlin
- MHG-Studie* (2018) <www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/dossiers_2018/MHG-Studie-gesamt.pdf>
- Witt, A., Münzer, A., Ganser, H.G., Goldbeck, L., Fegert, J.M.* (2019) The impact of maltreatment characteristics and revictimization on functioning trajectories in children and adolescents: A growth mixture model analysis. *Child Abuse & Neglect* 90, 32-42

Autor:

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert

Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm

Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm

Telefon: 0731 500-61600, Fax: 0731 500-61602

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Kolumne:
Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Die Eil- und Sondermeldung im „Mitgliederrundbrief“ des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – II/1994“ lautete:

„Der Vorstand des VdAK hat in seiner Sitzung am 07.06.94 dem Abschluß der Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung sozialpsychiatrischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) im Ersatzkassenbereich zugestimmt!“

Im Folgenden wurde der Vertragstext der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) abgedruckt. Dieser beinhaltete für den Bereich der Ersatzkassen alle Punkte, die auch in der heutigen Sozialpsychiatrievereinbarung gültig sind.

6½ Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes, bei dem im § 85.2 Satz 4 „eine angemessenen Vergütung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit“ gefordert wird, war eine vertragliche Regelung zwischen dem VdAK und der KBV getroffen worden.

Die Empfehlung, die nichtärztlichen Leistungen mit 320 DM pro Quartal zu vergüten, übertraf die Erwartungen des Verhandlungstrios des BKJPP, Dr. Helga Epple, Dr. Reinhard Schydlo und Christian K. D. Moik.

Mehr als ein Wermutstropfen war, dass die Primärkassen sich nicht ganzheitlich und bundesweit der SPV angeschlossen hatten. Allerdings haben AOK und IKK noch in der 2. Hälfte 1994 analoge Vereinbarungen mit der KV Nordrhein abgeschlossen und sogar rückwirkend SPV-Leistungen ab dem 01.01.1994 vergütet. Nur ganz allmählich folgten weitere Primärkassen wenn auch leider nicht alle und teils mit abweichenden, schlechteren Regelungen.

Es gab auch keine analoge Regelung für den Bereich der GOÄ. Unsere Forderung, diese mit 2.500 Punkten zu bewerten, wurde nie umgesetzt.

Im Mitgliederrundbrief wurde den niedergelassenen Kinder- und JugendpsychiaterInnen empfohlen, umgehend Anträge auf Teilnahme an der SPV zu stellen, um so die regionale Umsetzung zu beschleunigen. Außerdem wurden alle sozialpsychiatrisch tätigen KollegInnen gebeten, auf einem beiliegenden Formbogen ihre ersten Erfahrungen mit der Umsetzung der SPV mitzuteilen, damit diese auf der berufspolitischen Arbeitstagung am 17.09.1994 berücksichtigt werden konnten.

Berichtet wurde auch über eine schon damals geplante grundlegende Reformierung der GOÄ. Bei den von der Bundesärztekammer getragenen Vorbereitungen wurden die Kinder- und Jugendpsychiater von Dr. Andreas Warnke (DGKJP) und Christian K. D. Moik (BKJPP) vertreten. Mit den übrigen Neuro- und Psycho-Fächern war in zähen Verhandlungen der Entwurf für ein neues Kapitel G entstanden, in dem unser Fachgebiet gleichberechtigt und gleichwertig neben den anderen Gebieten in einem eigenen Unterkapitel vertreten war. Leider ist dieser sehr weit gediehene und ausgefeilte Entwurf nie umgesetzt worden. Er blieb aber wertvoll und wirksam in der künftigen Zusammenarbeit mit den Nachbarfächern.

Im Kapitel „BKJPP-regional“ berichteten Dr. med. Helga Epple, Baden-Württemberg, Dr. med. Wolfgang Droll, Berlin, und Dr. med. Dipl.-Psych. Gert Schacher-Gums, Niedersachsen, über die jeweiligen regionalen Aktivitäten der Landesgruppen.

Im Wissenschaftsteil stellten Dr. med. Le Lam, Landau/Pfalz und Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand, Böblingen, die „Basisdokumentation als Grundlage der Qualitätssicherung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis“ vor.

Prof. Dr. med. Peter Struck, Hamburg, berichtete über „Ursachen und Prävention von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“.

Aus einem anderen Blickwinkel referierte Prof. Dr. Bernhard Hassenstein, Merzhausen, „Die Tragweite verhaltens-anthropologischer Aussagen für rechtswidriges Verhalten: Analyse und Empfehlungen“.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Sommer 1994 wichtig war und was alles im Forum III/1994 stand, das erfahren Sie im „forum III/2019“.

Blieben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik

Kolumne:
**Pharmakologische Behandlung
von Zwangs- und Tic-Störungen**

Klaus-Ulrich Oehler

Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter sind häufiger als allgemein angenommen (Prävalenz 1 bis 2 %). Dies liegt einerseits daran, dass die Diagnostik nicht immer ganz einfach ist und andererseits an der Tatsache, dass Zwangsstörungen oft chronische Erkrankungen sind, die mit einer Vielzahl von Komorbiditäten einhergehen. Die Komorbiditäten verdecken oft die zugrundeliegende Zwangssymptomatik. Daher ist, wie so oft in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine genaue Erhebung der Anamnese mit Erfassung des gesamten sozialen Umfeldes von immenser Wichtigkeit. Im Verlauf von Zwangsstörungen wird häufig eine Vielzahl von sozialen Beeinträchtigungen beobachtet. Die Therapie ist komplex und schwierig und muss in der Regel langfristig angelegt werden. In der Regel ist ein multimodales Therapiekonzept erforderlich. Da die Patienten über Jahre betreut werden müssen, kommt die Richtlinien-Psychotherapie an ihre Grenzen. Patienten, die in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung behandelt werden, haben hier gewisse Vorteile, da die Intensität und Frequenz der Behandlung an die Symptomatik angepasst werden kann und die Konstanz des Therapeuten über Jahre in der Regel gewährleistet ist. Letzteres ist für die Prognose entscheidend.

Zur pharmakologischen Behandlung sind Antidepressiva geeignet, die auf den Serotonin-Stoffwechsel gerichtet sind, d. h. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als Medikamente der ersten Wahl und Clomipramin, welches im Wesentlichen auch den Serotonin-Stoffwechsel beeinflusst, als Medikament zweiter Wahl. In Deutschland sind Sertralin und Fluvoxamin zugelassen, Clomipramin eigentlich nur im Rahmen einer Enuresis.

Prävalenz	1 -2 %
Therapie	Orientierung am Schweregrad und dem Vorhandensein komorbider Störungen Psydoedukation kognitiv-verhaltenstherapeutischen Psychotherapie (KVT) pharmakologischen Behandlung
Medikament erster Wahl	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
Medikament zweiter Wahl	Clomipramin
Zulassung in Deutschland	Sertralin und Fluvoxamin

Tabelle 1: Prävalenz und Therapie von Zwangsstörungen

Die genannten SSRI sind den Übrigen in keinsten Weise überlegen. Dies zeigen auch internationale Studien. Dass nur zwei SSRI zugelassen sind, entspricht nicht der klinischen Datenlage, sondern der komplexen Zulassungssituation. Problem wie immer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Tatsache, dass sich die Pharmaindustrie relativ wenig für diese Altersgruppe interessiert, da die Studienauflagen und somit die Kosten hier sehr hoch sind und die Patientenzahl im Vergleich zu den Erwachsenen niedrig ist.

Wirkstoff	Initialdosis/Tag (mg)		Mittlere Dosis/Tag (mg)	Max. Dosis/Tag (mg)
	Kinder	Jugendliche		
Citalopram	2,5-10	10-20	10-60	80
Clomipramin	6,25-25	25	50-200	250
Fluoxetin	2,5-10	10-20	10-60	80
Fluvoxamin	12,5-25	25-50	75-250	300
Paroxetin	2,5-10	10	10-50	60
Sertralin	12,5-25	25-50	100-200	250

Tabelle 2: Medikamente zur Therapie von Zwangsstörungen

Da die wissenschaftlichen Gesellschaften keinerlei pharmakologische Studien durchführen, sind wir hier auf die Datenlage, somit auch auf die Zulassungen des letzten Jahrtausends angewiesen. Die Besonderheit der pharmakologischen Behandlung von Zwangsstörungen ist, dass im Vergleich zu Depressionen wesentlich höhere Dosen erforderlich sind. Diese sind in der Tabelle 2 aufgeführt.

Die Ansprechrate d. h. die Wahrscheinlichkeit einer deutlichen klinischen Verbesserung ist geringer als bei Depressionen und liegt bei ca. 60 %. Ähnlich wie bei Depressionen ist das schrittweise Erreichen der Standarddosis erforderlich. Diese Dosis sollte mindestens vier bis sechs Wochen beibehalten werden, bevor man einen Therapieerfolg oder Misserfolg dokumentieren kann. Therapeutisches Drug-Monitoring ist in der Praxis nicht zu empfehlen, weil in der Regel keine Korrelation zur klinischen Symptomatik gesehen wird und auch hier die Frage aktiver Metaboliten letztlich pharmakologisch nicht beantwortet ist.

Häufige Therapiestrategie in der Praxis ist der Wechsel des SSRI. Dieses führt in der Regel jedoch nicht zum Erfolg und ist daher auch nicht empfehlenswert.

Für Mehrfach-Kombinationen gibt es keine Evidenz.

Reservestrategie ist die Hochdosistherapie von SNRI z. B. Venlafaxin, die in Einzelfällen zum Erfolg führt. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass dies im Off-Label-Bereich zu erfolgen hat. Dieses ist aufgrund der prekären wissenschaftlichen Lage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie allgemein unser Alltag.

Im Gegensatz zu Depressionen gibt es für Lithium oder andere Mood-Stabilizer keine Evidenz bei der Behandlung von Zwangsstörungen.

Es ist immer wieder diskutiert worden, dass es unter der Einnahme von SSRI eine Zunahme suizidaler Gedanken gibt. Dieses ist bei Zwangsstörungen weniger häufiger als bei Depressionen, sollte jedoch Beachtung finden. Es gibt keine Studien, die einen vollzogenen Suizid dokumentieren (Bridge et al. 2007). Besondere Achtsamkeit ist gegeben, wenn eine komorbide depressive Symptomatik besteht. Insbesondere bei Clomipramin wird empfohlen, bezüglich der Eigen- und Familienanamnese auf kardiale Auffälligkeiten zu achten. Eine körperliche Untersuchung und ein EKG vor Gabe von Clomipramin sind empfehlenswert. Dieses hatte auch die American Academy of child and youth Psychiatry 2012 beschrieben.

Die Augmentation mit Neuroleptika bei Versagen der SSRI-Therapie ist umstritten. Dem relativ geringen Effekt der Neuroleptika stehen doch erhebliche Nebenwirkungen entgegen. In der Regel ist bei Therapieversagen die Dosierung der SSRI nicht ausreichend. Ggf. könnte man bei Therapieversagen die Dosis der SSRI erhöhen oder auf Clomipramin umstellen.

Bzgl. Neuroleptika zeigen erste Studien, dass die Gabe von Aripiprazol sinnvoll sein kann. Aber auch hier sind Nebenwirkungen wie z.B. extrapyramidale Bewegungsstörungen und Gewichtszunahme zu berücksichtigen.

Bei **Tic-Störungen** ist die Datenlage dünner als bei Zwangsstörungen. Nur Haloperidol ist für Tic-Störungen im Kindes- und Jugendalter zugelassen, wird aber wegen des ungünstigen Nebenwirkungsprofils nicht mehr eingesetzt. Wissenschaftlich gibt es keine direkten Vergleiche zwischen pharmakologischer und nicht pharmakologischer Behandlung. So wird allgemein eine Medikation zur lindernden Wirkung und zur Reduktion der Tics auf ein erträgliches Maß empfohlen. Mittel erster Wahl ist Tiaprid. Sulpirid wird als Mittel erster Wahl bei Tics mit Stressempfindlichkeit, emotionalen Symptomen und Zwangsmerkmalen empfohlen. Risperidon und Aripiprazol kommen als Medikamente zweiter Wahl in Frage.

Prinzip	Antipsychotikum der ersten Generation Antagonist der Dopamin-D ₂ -Rezeptor-Familie Milderung von dopaminvermittelten Effekten
Pharmakokinetik	t_{\max} ca. 1h, $t_{0,5}$ 2,6-4h Proteinbindung unbekannt Bioverfügbarkeit 75 % Ausscheidung fast ausschließlich renal
Indikatoren	Neurologisch induzierte tardive Dyskinesien bei Erwachsenen Bei Kindern und Jugendlichen im Off-Label-Gebrauch
Dosierung	Beginn mit täglich 2,5 mg/kg KG Startdosis 50 mg morgens Steigerung auf übliche Tagesdosis vom 5 mg/kg KG Falls nötig auf 10 mg/KG Steigerung um 50-100 mg/Woche Verteilung auf 3 Dosen Maximaldosis 1200 mg/Tag

Tabelle 3: Tiaprid zur Therapie von Zwangsstörungen

Tiaprid wirkt als Antagonist der Dopamin-D2-Rezeptoren und dämpft damit die Dopamin-vermittelten Effekte. Tiaprid flutet relativ schnell an, erreicht einen Maximalspiegel nach einer Stunde, Halbwertszeit 2,6 bis 4 Stunden. Man sollte mit 2,5 mg pro Kilogramm Körpergewicht beginnen, d. h. eine Startdosis von 50 mg morgens. Maximaldosis ist 1200 mg bei Verteilung auf drei Dosen. Insgesamt muss die Dosis nach dem klinischen Erscheinungsbild, d. h. erreichter therapeutischer Erfolg vor dem Hintergrund der Nebenwirkungen beurteilt und festgelegt werden. Als Nebenwirkung ist wie bei allen Neuroleptika mit einer Gewichtszunahme zu rechnen, auf eine mögliche Er-

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Gewichtszunahme Müdigkeit & Schlafstörungen Kopfschmerzen & Schwindel erhöhte Prolaktinspiegel Selten: extrapyramidale UAWs, Brustdrüenschwellung, Galaktorrhö
Pharmakawechselwirkungen	Verstärkung der Effekte von Antidepressiva Verringerung der Wirkung von Anticholinergika und Dopamin-Rezeptorantagonisten Alkohol steigert die sedierende Wirkung
Kontraindikatoren	Zerebrale Krampfanfälle, Nierendysfunktion, prolaktinabhängige Tumoren

Therapieüberwachung	
Vor Beginn	Bestimmung des Prolaktinspiegels, um ein Prolaktinom auszuschließen
Im ersten Monat	EKG- und EEG-Ableitungen
Danach	Messung von Puls und Blutdruck (halbjährlich)
Bis zum dritten Behandlungsmonat	monatliches Blutbild, Kreatinin, Transaminasen; danach viertel- oder halbjährliches Blutbild
Nach 10 – 12 Wochen	<u>Nur bei begleitender ADHS</u> Zeigen der vollen Wirksamkeit von adrenergen α_2 -Rezeptor-Agonisten wie Clonidin und Guanfacin zur Behandlung
Bei Gabe von Clonidin	Regelmäßige Puls-, Blutdruck- und EKG-Kontrollen

höhung des Prolaktinspiegels sollte geachtet werden. Wenn gleichzeitig Antidepressiva gegeben werden, ist eine Wirkungsverstärkung möglich, insbesondere die sedierende Wirkung wird durch Alkoholkonsum gesteigert. Die Therapieüberwachung ist bei Tiaprid sinnvoll.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen	Gewichtszunahme Müdigkeit & Schlafstörungen Kopfschmerzen & Schwindel erhöhte Prolaktinspiegel Selten: extrapyramidale UAWs, Brustdrüsenschwellung, Galaktorrhö
Pharmakawechselwirkungen	Verstärkung der Effekte von Antidepressiva Verringerung der Wirkung von Anticholinergika und Dopamin-Rezeptorantagonisten Alkohol steigert die sedierende Wirkung
Kontraindikatoren	Zerebrale Krampfanfälle, Nierendysfunktion, prolaktinabhängige Tumoren

	Therapieüberwachung
Vor Beginn	Bestimmung des Prolaktinspiegels, um ein Prolaktinom auszuschließen
Im ersten Monat	EKG- und EEG-Ableitungen
Danach	Messung von Puls und Blutdruck (halbjährlich)
Bis zum dritten Behandlungsmonat	monatliches Blutbild, Kreatinin, Transaminasen; danach viertel- oder halbjährliches Blutbild
Nach 10 – 12 Wochen	<u>Nur bei begleitender ADHS</u> Zeigen der volle Wirksamkeit von adrenergen α_2 -Rezeptor-Agonisten wie Clonidin und Guanfacin zur Behandlung
Bei Gabe von Clonidin	Regelmäßige Puls-, Blutdruck- und EKG-Kontrollen

Gelegentlich werden Effekte bei Alpha2-Rezeptor-Agonisten wie z. B. Clonidin und Guanfacin beobachtet. Entsprechende Erfahrungsberichte häufen sich in den letzten Monaten, da Guanfacin für die Behandlung des ADHS

zugelassen ist und eine Verbesserung der Tic-Symptomatik gesehen wurde. Hier handelt es sich jedoch um klinische Beobachtungen und nicht um klinische Studien.

Sulpirid ist ein Antipsychotikum der ersten Generation und Antagonist der Dopamin-D2-Rezeptor-Familie. Die maximale Wirkung entfaltet sich nach 2 bis 6 Stunden mit einer Halbwertszeit von 6 bis 8 Stunden. Auch hier handelt es sich um einen Off-label-Gebrauch, da Sulpirid nur für akute und chronische Schizophrenie für Kinder über 14 Jahre zugelassen ist. Auch hier sollte man die Dosis langsam einschleichen mit 2,5 mg pro Kilogramm beginnend, d. h. in der Regel eine Startdosis von 50 mg morgens. Die Maximaldosis von 900 mg pro Tag sollte nicht überschritten werden. Empfehlenswert sind zwei bis drei Dosen pro Tag.

<p>Unerwünschte Arzneimittel- wirkungen</p>	<p>Gewichtszunahme Kopfschmerzen & Schwindel Hypo-/Hypertonie Gastrointestinale Beschwerden Störung der Blasenentleerung Ruhelosigkeit Schlafstörungen Tachykardien QTc-Verlängerung Erhöhte Prolaktinspiegel Unter 300 mg selten extrapyramidale UAWs, Brustdrüsenanschwellung, Galaktorrhö</p>
<p>Pharmaka- wechsel- wirkungen</p>	<p>Verstärkung der Effekte von Antidepressiva Verringerung der Wirkung von blutdrucksenkenden Medikamenten Hypertensive Krise möglich Appetitzügler und Asthmamedikamente können Ruhelosigkeit steigern</p>

Sulpirid hat eine Vielzahl von Nebenwirkungen. Im Vordergrund steht die Gewichtszunahme. Die QTc-Verlängerung sollte durch ein EKG ausgeschlossen bzw. überprüft werden, auf die Erhöhung des Prolaktinspiegels ist besonders zu achten. Wenn gleichzeitig Antidepressiva gegeben werden, sind wechselseitig verstärkende Effekte zu erwarten. Die Wirkung von blutdrucksenkenden Mitteln wird verringert. Dieses dürfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aber eher ein untergeordnetes Problem sein.

Kontra-indikatoren	Zerebrale Krampfanfälle organische Psychosyndrome Manie Nierendysfunktion prolaktinabhängige Tumoren Phäochromocytom Hyper-/Hypotonus Herzerkrankung
--------------------	---

Therapieüberwachung	
Vor Beginn	Vor Beginn Bestimmung des Prolaktinspiegels, um ein Prolaktinom auszuschließen EKG- und EEG-Ableitungen im ersten Monat, dann halbjährlich; Messung von Puls und Blutdruck
Im ersten Monat	EKG- und EEG-Ableitungen
Danach	Messung von Puls und Blutdruck (halbjährlich)
Bis zum dritten Behandlungsmonat	monatliches Blutbild, Kreatinin, Transaminasen (danach viertel- oder halbjährlich)

Höherpotente Neuroleptika sollten nur bei ausgeprägt schwerer Symptomatik z. B. im Rahmen eines sonst therapieresistenten Gilles-de-la-Tourette-Syndroms gegeben werden. Tic-Störungen verändern sich im Laufe des Alters und der Hirnreife. Daher sind Auslassversuch und Therapiereduktionen in die therapeutischen Überlegungen miteinzubeziehen.

(Literatur beim Verfasser)

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler

Arzt für Neurologie, Arzt für Psychiatrie, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Wirsbergstraße 10, 97070 Würzburg

Telefon 0931-322966

*Stellungnahme der Gemeinsamen Suchtkommission
der kinder- und jugendpsychiatrischen
Fachgesellschaften:*

**Anforderungen an die stationäre medizinische
Rehabilitation für Jugendliche mit
substanzbedingten Erkrankungen**

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP)

1. Präambel

Die Behandlung von substanzbedingten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist integraler Bestandteil des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Die Auswahl der für den einzelnen Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt angezeigten Behandlung und der dafür geeignete Rahmen sind dabei stark von der individuellen Konstellation sowie den derzeitigen, regionalen Versorgungsgegebenheiten geprägt. Zu berücksichtigen sind insbesondere die Dauer und Intensität der Störung, körperliche Folgen des Suchtmittelgebrauchs, das Vorhandensein und das Ausmaß komorbider psychischer Störungen, der Grad der Teilhabebeeinträchtigung, der schulische und allgemeine Entwicklungsstand, die familiären Rahmenbedingungen, der Effekt bisheriger Behandlungsversuche, sowie Problembewusstsein und Veränderungsbereitschaft des Jugendlichen.

Die Spanne möglicher Behandlungssettings reicht von ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten über (sehr selten angebotene) tagesklinische Aufenthalte bis hin zu stationären Behandlungen. Es lassen sich zudem verschiedene Phasen definieren, etwa

- die qualifizierte Entzugsbehandlung (in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit auf substanzbedingte Erkrankungen spezialisiertem Setting),
- die häufig gleichzeitig und anschließend notwendige stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung komorbider psychischer Störungen,
- weiterführende medizinische Rehabilitationsbehandlungen (Langzeittherapie in medizinischen oder gemischt medizinisch-jugendhilflichen Einrichtungen).

Im gesamten Verlauf der Behandlung sind sowohl die fachliche Förderung von Bildung und Ausbildung sowie eine angemessene Unterstützung der künftigen Lebensgestaltung im Alltag erforderlich, ggf. auch als weiter gehende Eingliederungshilfe in entsprechenden Wohngruppen der Jugendhilfe.

Besteht schon im Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung eine Versorgungslücke für Jugendliche (Thomasius et al. 2016), so gilt dies in noch stärkerem Maß für die medizinische Rehabilitation; in vielen Regionen fehlt ein entsprechendes Angebot für Jugendliche mit substanzbedingten Störungen vollständig. Zu den Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung hat die gemeinsame Suchtkommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften bereits eine Stellungnahme publiziert (Thomasius et al. *Sucht* 2016;62:107-111).

Die vorliegende Stellungnahme unterstreicht in Ergänzung dazu auch für die medizinische Rehabilitation die Notwendigkeit eines Behandlungssettings, das dem Entwicklungsstand und den schulischen sowie pädagogischen Entwicklungsanforderungen junger Menschen Rechnung trägt. Ausdrücklich nicht empfehlenswert ist die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation von Jugendlichen in Suchthilfeeinrichtungen für Erwachsene.

Die Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche müssen unter kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer fachärztlicher Leitung stehen und etliche andere kinder- und jugendtypische Besonderheiten auf personeller, struktureller und qualitativer Ebene berücksichtigen.

Die medizinische Rehabilitation stellt eine Erweiterung des Behandlungsangebotes für suchtkranke Jugendliche dar und darf nicht in Konkurrenz zur Qualifizierten Entzugsbehandlung sowie der Akutbehandlung der kinder- und jugendpsychiatrischen Grundstörung stehen. Sie ist keine psychiatrische Krankenhausbehandlung und kann diese nicht ersetzen. Vielmehr setzt die Rehabilitation eine ausreichende Behandlung der akuten substanzbedingten Störung i. R. einer Qualifizierten Entzugsbehandlung und eine ausreichend lange vorherige Behandlung begleitender, dann nicht mehr durch Konsum „maskierter“ akuter psychischer Störungen voraus. Diese kann, auch je nach Alter und Entwicklungsstand, 12 Wochen oder auch länger dauern, um eine Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen, vor allem wenn komplizierende psychiatrische Störungen wie drogeninduzierte Psychosen oder posttraumatische Belastungsstörungen vorliegen.

2. Begriffsklärung und Zuständigkeit

Die sozialrechtliche Einordnung der medizinischen Rehabilitation für Jugendliche mit Suchtproblemen weist traditionell eine Zuständigkeitslücke auf, in der alle in Frage kommenden Leistungsträger des SGB IX subsidiär sind. Derzeit gibt es Bemühungen, über das Konstrukt der früheren „Kinderheilverfahren“ nach dem Vorbild von NRW die Zuständigkeit der Rentenversicherung eines Elternteils auch für substanzassoziierte Störungen zu befürworten. Für Kinder und Jugendliche ohne eigene Versicherungszeiten, deren Eltern nicht rentenversichert sind, müssen dringend entsprechende, verbindliche Zuständigkeitsregelungen auf Bundesebene getroffen werden (vgl. hierzu Fegert & Schepker 2009).

Die medizinische Rehabilitation hat zum Ziel, Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen (in der Regel sind die Abhängigkeitskriterien für legale und/oder illegale Substanzen nach ICD-10 erfüllt, siehe 3.) wieder die möglichst dauerhafte Eingliederung in Schule, Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen. Dem dienen die Erhaltung der Abstinenz, die weitgehende Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen, das Aufholen von durch den Konsum akkumulierten Entwicklungsdefiziten und der Erwerb und die Stabilisierung sozialer Kompetenzen.

Anstelle von Rehabilitation könnte im Jugendalter auch von „Habilitation“ gesprochen werden, da oft nicht die Wieder-Eingliederung, sondern eine erstmalige gelungene Verortung in Gesellschaft, Schule und Arbeitswelt im Zentrum steht. Gerade bei jungen Patienten, die häufig nicht einmal einen Schul-

abschluss haben, bilden die (Wieder)Herstellung von Lernfähigkeit und die Hinführung zu einem qualifizierten Schulabschluss die Grundlage für eine spätere Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus ist die Aufarbeitung von Persönlichkeitsproblemen und von Sozialisationsdefiziten erforderlich, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aber häufig genug nur begonnen werden kann, so dass dann anschließend weitere Hilfen erforderlich sind.

Notwendig ist die Integration von ärztlich-therapeutischen, pädagogischen und heilpädagogisch-/fachtherapeutischen Elementen in ein Gesamtkonzept. Ein multiprofessioneller Therapieansatz fokussiert dabei vor allem auf den Bezug zur Alltagsrealität, zumal Ziel der medizinischen Rehabilitation die adäquate Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben in der Gesellschaft ist. Ein wesentlicher Faktor ist die gelebte Umsetzung therapeutisch gewonnener Erkenntnisse auf der Handlungsebene, das Einüben neuer Fähigkeiten im Alltag und deren Anwendung unter Realbedingungen.

Der medizinischen Rehabilitation liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis der Abhängigkeitsentwicklung im Jugendalter zugrunde, wie es seine Entsprechung in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) findet.

3. Behandlungsindikation, Voraussetzungen und Ausschlusskriterien für eine medizinische Rehabilitation

Zielgruppe: Welche Patienten werden behandelt?

Zielgruppe der medizinischen Rehabilitation sind Jugendliche, die an einer behandlungsbedürftigen Substanzabhängigkeit oder einem schweren Missbrauch von illegalen und legalen Suchtmitteln, evtl. komorbid mit nicht-substanzgebundener Abhängigkeit erkrankt sind (ICD-10 F1x.1, F1x.2 bzw. F63.8) und die überwiegend zusätzlich unter begleitenden psychiatrischen Störungen leiden, wie z.B.:

- Depressive Episoden und andere affektive Störungen
- Substanzinduzierte psychotische Entwicklungen
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, wie z.B. hyperkinetische Störungen (ADHS)

Bei den Patienten liegen zumeist langjährige Suchtentwicklungen vor. Sie können aufgrund von Sozialverhaltensstörungen oder Beschaffungskriminalität eine Vorgeschichte von Konflikten mit Polizei und Justiz sowie Therapieauflagen aufweisen. In aller Regel sind Brüche in der schulischen Entwicklung, wie Schulabbrüche oder schulischer Abstieg, oder Ausbildungsabbrüche vorhanden. Oft sind die Ressourcen der Familien oder des Herkunftsmilieus erschöpft und es gibt keinen nicht konsumierenden Freundeskreis mehr.

Weitere Interessen und Fähigkeiten sind meist verloren gegangen. Dadurch entstehen erhebliche Teilhabedefizite, und in der Regel erfüllen die Jugendlichen auch die Kriterien einer (drohenden) seelischen Behinderung nach § 35a SGB VIII/SGB IX.

Voraussetzungen seitens der Patienten:

- Die medizinische Rehabilitation setzt die Reha-Fähigkeit der Jugendlichen voraus, d.h. ein hinreichendes Maß an psychischer Stabilität, Gruppenfähigkeit, Emotionsregulation, Absprachefähigkeit und hinreichende Regelakzeptanz sowie Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation (Wunsch nach einem suchtmittelfreien Leben).
- Erfolgreicher Abschluss einer Qualifizierten Entzugsbehandlung (körperliche Suchstofffreiheit, Ende des Entzugs, negatives Drogenscreening).
- Hinreichende Stabilisierung akuter psychiatrischer Erkrankungen, z.B. von ausgeprägten affektiven Störungen und Angsterkrankungen.
- Bereitschaft zu realistischer Klärung und Vorbereitung der schulischen und beruflichen Perspektive.
- Bereitschaft zur Einhaltung der wesentlichen Regeln der Reha-Einrichtung.

Welche Patienten können nicht behandelt werden?

Assoziierte psychische Erkrankungen dürfen nicht so ausgeprägt sein, dass ihr Schweregrad eine Krankenhausbehandlung notwendig macht. Daher sind die folgenden Bedingungen in aller Regel nicht geeignet für die Behandlung in der medizinischen Rehabilitation:

- Patienten mit schwerem hirnorganischem Psychosyndrom
- Patienten, die akut psychotisch erkrankt sind mit Verlust des Realitätsbezugs und Einzelbetreuungserfordernis
- Patienten, die schwer depressiv oder akut suizidal sind oder an ausgeprägten Angsterkrankungen leiden

- Patienten, die zu ausgeprägten fremd- und selbstaggressiven Durchbrüchen neigen und diese nicht angemessen unter Kontrolle halten
- Patienten, die intellektuell stark beeinträchtigt sind im Sinne einer geistigen Behinderung
- Patienten mit einer somatischen Erkrankung, deren Behandlung zu wesentlichen Abwesenheitszeiten führt oder die Teilnahme am therapeutischen Programm wesentlich und längerfristig beeinträchtigt. Weitere Kontraindikationen sind das Vorliegen bestimmter ansteckender Erkrankungen wie offene Tuberkulose, akute Hepatitis A oder ansteckende Durchfallerkrankungen im Sinne des Bundesseuchengesetzes
- Substituierte Patienten (nur relevant für junge Volljährige)
- Patienten, die so geringe Deutschkenntnisse haben, dass sie einer Gruppensitzung nicht folgen können

Formale Voraussetzungen

- Kostenzusage des zuständigen Leistungsträgers

4. Phasen und Ziele der medizinischen Rehabilitation

Allgemeine Ziele der medizinischen Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation verfolgt klar definierte Zielsetzungen mittels verschiedener Therapieelemente. Die Ziele der medizinischen Rehabilitation sind u.a.:

- Festigung der Motivation zur Suchtmittelabstinenz
- Erreichung und Erhaltung der Abstinenz
- Motivation und Befähigung zur Übernahme von Selbststeuerung und Eigenverantwortung
- Erwerb und Stabilisierung sozialer Kompetenzen
- Klärung der Beziehung zur Herkunftsfamilie und ggfs. begleitete Ablösung
- Vermittlung alternativer Freizeitkompetenzen
- weitgehende Behebung oder der Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Perspektivenklärung für die Reintegration in Schule / Beruf
- Hinführung zu qualifizierter und qualifizierender Schulausbildung
- Vermittlung von Fähigkeiten in Bezug auf berufliche Ausbildungschancen

- Motivation und Vorbereitung einer möglichst dauerhaften Eingliederung in Schule, Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- ggfs. Klärung des Lebensmittelpunkts / einer Wohnperspektive
- Anbahnung von Kontakten zu nicht konsumierenden Peers, Vorbereitung eines neuen, suchtmittelfreien sozialen Empfangsraums

Für Jugendliche sind spezifische Rehabilitationskonzepte erforderlich, die insbesondere folgende Besonderheiten berücksichtigen:

- Bei Jugendlichen dauern die Eingewöhnung und Anpassung bei stationären Leistungen häufig länger als bei Erwachsenen.
- Die Trennung vom bisherigen Kontext kann zunächst eine psychische Belastung bedeuten, die ggf. behutsam aufgearbeitet werden muss. Die Trennung kann aber auch wichtige Erkenntnisse für die Bewältigung von ungewohnten Situationen und Aufgaben bringen, um die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Jugendlichen sowie den Unterstützungsbedarf in der häuslichen Umgebung einschätzen zu können.
- Bei Jugendlichen sind viele Prozesse insbesondere wegen altersspezifischer Verhaltens- und Akzeptanzprobleme meist zeitaufwendiger als bei Erwachsenen.

Die Rehabilitationsbehandlung für Jugendliche mit substanzbedingten Erkrankungen umfasst in aller Regel je nach Konzept der Einrichtung drei Behandlungsphasen, die Eingangs-, die Therapie- und die Entlassphase. Aufgrund des oben geschilderten erheblichen pädagogischen und psychosozialen Nachreifungs-Bedarfs erfordert die Gesamtrehabilitation einen längeren Zeitraum als in der Erwachsenenrehabilitation sowie ein größeres Augenmerk auf den Erwerb von sozialen Kompetenzen. Eine Adaption ist stets erforderlich und daher regelhafter Teil der Therapiephase. Diese besteht aus dem Therapiemodul und dem Adaptionmodul, welche nicht nacheinander geschaltet sind, sondern zeitlich und inhaltlich überlappend zum Einsatz kommen (s. Abbildung 1).

Eingangsphase Therapiephase (Dauer variabel!) Entlassphase

Eingewöhnung

Eingangsdiagnostik

- Therapieplan

Therapiemodul

Adaptionsmodul

Entlassvorbereitung

Stabilisierung der Motivation

Abbildung 1: Rehabilitationsbehandlung im zeitlichen Verlauf

Die medizinische Rehabilitation von Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen umfasst wegen des oben geschilderten erheblichen pädagogischen und Nachreifungs-Bedarfs in aller Regel einen längeren Zeitraum dadurch, dass eine sogenannte Adaptionsphase jeweils eingeschlossen ist. Gegebenenfalls kann die Betreuungsdichte innerhalb der Einrichtung in der Entlassphase verringert werden.

In der Eingangsphase werden die vorliegenden diagnostischen Unterlagen (somatische und jugendpsychiatrische Diagnostik, Sucht-, Familien- und Fremdanamnese, psychologische Diagnostik) überprüft und gegebenenfalls ergänzt. Weiterhin erfolgen mit Blick auf die berufliche Rehabilitation eine Abklärung der Arbeitsbelastungsfähigkeit sowie die Einordnung in ein passendes schulisches Anforderungsniveau. Es erfolgt eine Einschätzung der Selbstfürsorgekompetenzen und der Haushaltsfähigkeiten sowie des diesbezüglichen Unterstützungsbedarfs. Des Weiteren erfolgt eine Einschätzung der verbliebenen Ressourcen des Herkunftsmilieus.

Darüber hinaus wird die Stabilität der Therapiemotivation überprüft. Die Eingangsphase endet mit der Erstellung des Therapieplans und der Festlegung einzelner Therapieschritte auch im Sinne einer Therapiezielhierarchie. Die geplanten Leistungen werden in einem individuellen Therapieplan zusammengefasst.

Elemente des Rahmentherapieplans können sein (je nach individueller Anpassung):

- Medizinisch-psychiatrische Diagnostik und Behandlung
- Medizinische Gesundheitsberatung, Förderung der gesundheitlichen Selbstfürsorge, Anleitung zu angemessener Gesundheitsprophylaxe
- Psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie
- Erlernen und Halten einer funktionalen Tagesstruktur, Erlernen sozialer Handlungskompetenzen durch die Begleitung der Mitarbeiter des pädagogisch-pflegerischen Dienstes
- Arbeitstherapie und Ergotherapie
- Sporttherapie, Psychomotorische Therapie, Musik- und Kunsttherapie und Entspannungsverfahren
- Sozio-emotionales Kompetenztraining
- Vorbereitung auf die schulische und/oder berufliche Integration durch Klinikschule, Arbeitstraining und berufliche Belastungserprobung (Praktikum)
- Sozialberatung und indizierte Motivationsarbeit mit den Patienten und den Sorgeberechtigten für die Einleitung einer Jugendhilfemaßnahme im Anschluss an die Rehabilitation
- Belastungserprobungen durch Heimfahrten, ggf. Probewohnen in der Anstalt
- Anstaltseinrichtung der Jugendhilfe, Realitätstraining außerhalb der Einrichtung, Motivationsüberprüfung
- Elternseminare, Familientherapie, Angehörigengespräche
- Freizeit- und Erlebnispädagogik
- Hauswirtschaftstraining, Alltagskompetenztraining, Besuch von Vereinen außerhalb der Einrichtung, Erweiterung kultureller Kompetenzen (Bibliotheken etc.), Arbeit mit Partnern und Paten
- Anleitung zu zunehmender Selbstversorgung und zur (selbstständigen) Bewältigung von Alltagsproblemen
- Eine ggf. notwendige spezialisierte medizinische Versorgung (z.B. Gynäkologie, Dermatologie, Zahnmedizin) etc. muss außerhalb der Einrichtung erfolgen und braucht kooperierende Ärzte.

In der **Therapiephase** werden alle Behandlungselemente im Therapiemodul zusammengefasst, die der Verbesserung und Heilung der psychischen Symptomatik dienen, wie z.B. Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Einzel- und Gruppenfachtherapie, Familientherapie oder pädagogische Tagesstrukturierung. Das Adaptionsmodul beinhaltet alle für die psychosoziale Stabilisierung und Teilhabeverbesserung nach der Rehabilitation erforderlichen Maß-

nahmen. Die im Therapieplan festgelegten Zielsetzungen werden schrittweise erarbeitet und wenn notwendig modifiziert und ergänzt.

Ziele des Adoptionsmoduls sind die Öffnung nach außen, die Erprobung von Therapieergebnissen und die Hinführung auf einen Entwicklungsstand, der den jungen Menschen in die Lage versetzt, sich bestenfalls eigenständig im Erwerbsleben und im Alltag zu behaupten. Es beinhaltet konkret:

- die Öffnung nach außen und zu einem zunehmend selbständig zu strukturierenden Tagesablauf,
- die Bewährung und Erprobung der Fähigkeiten des Patienten unter Alltagsbedingungen, vor allem durch Schul- und Arbeitsbelastungserprobung sowie
- die Erarbeitung einer eigenverantwortlichen Lebensführung.

Im Vordergrund steht das Schaffen der Voraussetzungen für Schul-, Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit durch ein verstärktes Angebot von Berufspraktika, berufsvorbereitenden Maßnahmen sowie der schulischen und beruflichen Integration. Ziel ist, unter realen Alltagsbedingungen zu erproben, ob der junge Mensch den Anforderungen einer dem Entwicklungsalter angemessenen eigenverantwortlichen Lebensführung und der

Selbstversorgung gewachsen ist.

Wird im Verlauf der Therapiephase deutlich, dass der junge Mensch trotz weitgehender Erreichung der Ziele des Therapiemoduls dermaßen Defizite im psychosozialen Funktionsniveau beibehalten wird, dass der Therapieerfolg ohne intensivere Maßnahmen nicht hinreichend stabil bleiben kann, so muss das Adoptionsmodul inhaltlich und zeitlich ausführlicher geplant und durchgeführt werden. Besonderes Augenmerk muss dabei auf Defizite in der Auffassung und Umsetzung der grundsätzlichen Arbeitsanforderungen (z.B. Belastungsfähigkeit, schulische Vertiefung, Ausdauer, Erwerb von handwerklichen Grundfertigkeiten), Defizite im sozialen Miteinander (mit Gefährdung zwischenmenschlicher Beziehungen in allen Lebensbereichen) und auf Defizite in der Selbstfürsorge gelegt werden.

Dem Einbezug der Jugendhilfe mit Planung einer unterstützenden ambulanten oder gar stationären Maßnahme der Jugendhilfe kommt im Einzelfall eine besondere Bedeutung für die langfristige Stabilisierung und den langfristigen pädagogischen Bedarf jugendlicher Rehabilitanden zu. Die für einen stabilen Rehabilitationserfolg variable Dauer des Adoptionsmoduls bedingt die mehrmonatige Varianz in der Rehabilitations-Gesamtdauer.

Die Adaption wird beendet und die Rehabilitation in die Entlassphase übergeleitet, sobald die Wiederherstellung der Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit erreicht ist, der junge Mensch wieder die Schule besuchen oder seiner früheren Arbeit oder einer anderen zumutbaren Arbeit nachgehen kann und eine entsprechende Tätigkeit hat, oder an einer weiteren Maßnahme zur Wiedereingliederung in Schule, Ausbildung und Beruf teilnehmen kann.

In der **Entlassphase** wird der therapeutische Prozess im Rahmen der stationären medizinischen Rehabilitation zum Abschluss gebracht und der Fokus immer mehr auf die Verselbständigung des Patienten und den nächsten Therapieabschnitt gerichtet. Es wird verstärkt auf die Verstetigung des Therapieerfolgs und Belastungserprobungen unter Alltagsbedingungen hingearbeitet. Insbesondere wird auf eine gute und konkrete Überleitung in die anschließende Wohn-, Schul- oder Arbeitssituation und die weiterführende ambulante Therapie geachtet.

Die Dauer der Rehabilitationsbehandlung variiert nicht nur je nach den individuellen Erfordernissen des Adaptionsmoduls sondern auch je nach den individuellen Zielen und den Möglichkeiten, nahe der Einrichtung Maßnahmen z.B. der Berufsanbahnung absolvieren zu können. Im Verlauf der Rehabilitation wird individuell überprüft, ob die eingeplante Verweildauer verkürzt werden kann oder verlängert werden muss. Das entscheidende Kriterium für eine Verkürzung der üblichen Behandlungsdauer liegt im vorzeitigen Erreichen der im Einzelfall gesteckten Therapieziele.

Umgang mit Rückfällen

Rückfälle in den Suchtmittelkonsum sind immanenter Teil einer Suchterkrankung. Sie können produktiv genutzt werden, sofern der Patient weiterhin therapiefähig ist. Dabei bilden die Einsicht und die Mitarbeit des Patienten wesentliche Faktoren. Es genügt nicht, ausschließlich Sanktionen zu verhängen, sondern es steht die Entwicklung konkreter Bewältigungsstrategien des Patienten im Zentrum der therapeutischen Arbeit.

Andererseits ist es wichtig allen Patienten einen abstinenten Rahmen für die Behandlung zu sichern und Hürden nicht zu niedrig anzusetzen. Der Besitz und Konsum von Alkohol und Drogen, nicht ärztlich verordneten psychotropen Medikamenten und sonstigen bewusstseinsverändernden Substanzen sowie der Anbau derselben und insbesondere die Weitergabe psychotroper Substanzen in der Gruppe sind nicht mit der Behandlung vereinbar. Bei hinreichendem Verdacht können gemeinsam mit den Patienten deren Zimmer

kontrolliert und auf Drogen oder gefährliche Gegenstände durchsucht werden. Es besteht die Möglichkeit einer vorzeitigen disziplinarischen Entlassung bzw. die vorzeitige Entlassung wegen erwiesener Therapieunfähigkeit oder -unwilligkeit, daneben die Möglichkeit kurzfristiger therapeutisch begründeter „Moratorien“ mit Entlassung über 1 oder 2 Wochen zur Reflektion der Therapiemotivation.

Themen der Rückfallgefährdung im Rahmen der Psychoedukation und von Angehörigenseminaren sind ebenso Bestandteil der Behandlung wie regelmäßige und auch nicht angekündigte Drogenscreenings.

Umgang mit Regelverstößen

Eine Atmosphäre der Sicherheit und der Gewaltfreiheit sollte in der Rehabilitationseinrichtung gewährleistet sein. Dazu gehört eine Aufarbeitung von jeglichen Regelverstößen mit Ausübung von Gewalt, ggfs. in Form einer vorzeitigen Entlassung.

Die Einrichtung muss des Weiteren ein Konzept des Jugendschutzes hinsichtlich des Konsums von Medien und auch hinsichtlich des Schutzes vor unerwünschten sexuellen Kontakten, insbesondere Übergriffen, vorhalten und umsetzen.

Umgang mit den Herkunftsfamilien

Arbeit mit dem Herkunftsmilieu ist immanenter Bestandteil der medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. Diese findet je nach Lage und Einzugsgebiet der Einrichtung in Form von Familiensitzungen, Familiengruppenwochenenden, vorbereiteten Familienheimfahrten oder Elternseminaren statt, sofern nicht Gründe wie Kindeswohlgefährdung und/oder bestehende Umgangssperren dagegen sprechen.

Einbezug von und Zusammenarbeit mit Vormündern sind ebenso Teil des Vorgehens.

5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation

Die stationäre Rehabilitationsbehandlung für Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen benötigt für die Herstellung eines angemessenen therapeutischen Milieus qualifiziertes Fachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen mit Kompetenz für diese Altersgruppe. Die Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche stehen unter kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer fachärztlicher Leitung. Zum multiprofessionellen Team, das sich mit vielfältigem Fachwissen in die Arbeit einbringt, zählen insbesondere:

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieher und Jugend- und Heimerzieher, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Fachtherapeuten (Ergo-, Physio-, Mototherapeuten, Sporttherapeuten); eine Kooperation mit einer Schule für Kranke oder einer Schule für Erziehungshilfe sollte Unterricht in der Einrichtung durch qualifizierte Lehrer ermöglichen, einschließlich Schulabschlüssen.

Die Personalbemessung muss sich an den Besonderheiten der jungen Patienten und den Notwendigkeiten einer 24-stündigen Aufsichtspflicht orientieren. Dabei sind insbesondere folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität

Die psychiatrische Komorbidität spielt bei jungen Minderjährigen mit substanzbedingten Erkrankungen eine noch ausgeprägtere Rolle als in der Suchthilfe für Erwachsene.

Ausgeprägte psychiatrische Komorbiditäten finden sich je nach Studienlage bei 60 – 90% dieser Patienten allgemein und bei über 90 % der jugendlichen Patienten in medizinischer Rehabilitation. Daraus leitet sich die Notwendigkeit eines umfassenden kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsplans ab, der nicht nur die Abhängigkeitsproblematik berücksichtigen darf. Das gilt umso mehr, je jünger die betroffenen Patienten sind. In dieser Altersgruppe spielen insbesondere emotionale und hyperkinetische Störungen eine gravierende Rolle, neben Traumafolgestörungen, Teilleistungsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Juvenile drogeninduzierte Psychosen und Persönlichkeitsentwicklungsstörungen sind ebenfalls anzutreffen.

Berücksichtigung der neurobiologischen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen

Chronische Gebrauchsmuster von Alkohol, Cannabis und Stimulanzien im Jugendalter wirken sich ungünstig auf Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen und Emotionsregulation und -kontrolle aus. In Längsschnittstudien wurden Intelligenzeinbußen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch belegt. Exzessive Alkoholgebrauchsmuster im Jugendalter korrespondieren mit Hirnvolumenminderungen. Bei adoleszenten Cannabissabhängigen zeigen sich auch bei Abstinenz noch neuropsychologische Defizite, die durch ungünstige Beeinflussung der in dieser Altersphase relevanten Hirnreifung und kognitiven Entwicklung erklärt werden. Bei Cannabiskonsumern sind anhaltende Einschränkungen in den Bereichen abstraktes Denken, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Lernen, Planungsfähigkeit und psychomotorische Funktionen (u.a. psychomotorische Geschwindigkeit) zu verzeichnen. Neuroadaptative Prozesse vor allem im sog. Suchtgedächtnis akzentuieren diesen Befund. Die Folge ist eine deutliche Beeinträchtigung handlungsplanender Kontrollfunktionen (Kontrollminderung) sowie der Gedächtnisfunktionen (Lernstörung).

In therapeutischer Hinsicht müssen die Kognitionen und die Kontrollfunktionen fördernde Verfahren und Maßnahmen bereitgestellt werden: Computergesteuertes kognitives Training, Schule, Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitstraining, Ergotherapie bzw. Arbeitstherapie sowie Kontingenzmanagement, Verfahren zur kognitiven Umstrukturierung (kognitive Verhaltenstherapie), motivationale Ansätze (Motivational Enhancement Therapy) sowie Physio- und Sporttherapie oder Erlebnistherapie.

Berücksichtigung von Delinquenz und juristischen Folgen

Der Missbrauch von Suchtmitteln ist, insbesondere bei früh beginnendem oder multiplem Konsum, häufig Teil einer delinquenten Entwicklung. Der missbräuchliche Konsum von Alkohol beispielsweise erhöht die Wahrscheinlichkeit von Straftaten, sowohl für die Täter- als auch für die Opferrolle. Gewalttaten stehen hierbei im Vordergrund, doch auch andere Delikte können mit Substanzkonsum assoziiert sein. Der Konsum illegaler Drogen macht darüber hinaus Kontakte zu delinquenten Milieus und Personen wahrscheinlicher. In jedem Fall sollte die Bearbeitung des Themas Teil der Reha-Behandlung sein. Die Suchtrehabilitation sollte sich explizit auf ein Leben ohne Kriminalität und auf die nachhaltige Unterbrechung der Kontakte zu delinquenten Gruppen richten. Gegebenenfalls können Reha-Maßnahmen in juristische Kontexte eingebunden werden (Weisung, Beauftragung) und soll-

ten dann mit den entsprechenden Institutionen, etwa der Jugendgerichtshilfe, sorgfältig koordiniert werden. Rückfälle in den Konsum können mit kriminellen Handlungen verbunden sein, was in der Planung von Reha-Behandlungen zu berücksichtigen ist. Zumeist können Therapieauflagen wie Sozialstunden während der Rehabilitationsbehandlung abgeleistet werden, es kann eine Schuldnerberatung stattfinden und somit der Weg in eine sozial adäquate Zukunft gebahnt werden.

Die Einrichtung muss sich als „delinquenzfreie Zone“ verstehen und wird ggfs. Auch delinquente Handlungen zur Anzeige bringen. Es braucht geschulte, mit der Jugendgerichtsbarkeit vertraute Therapeuten und Sozialarbeiter in der Einrichtung.

Notwendigkeit pädagogischer Unterstützung

Ausgeprägter Drogenkonsum und Abhängigkeitsentwicklungen im Jugendalter führen fast immer dazu, dass psychosoziale Reifungsprozesse und altersentsprechende Entwicklungsschritte nicht erreicht werden. Als Resultat entsprechen viele Patienten in ihrem planerischen Handeln und ihrer Situationsübersicht nicht ihrem biologischen Alter. Dies wird z.B. deutlich durch starke Einschränkungen in der Konfliktbewältigung und Emotionsregulation sowie der Anstrengungsbereitschaft. Die ausgeprägte Reifeverzögerung verstärkt eine soziale Überforderung im Alltag. Die Patienten benötigen ein hohes Maß an Hilfe in der Konfliktklärung, Alltagsstrukturierung sowie pädagogische Unterstützung. Hier erhält strukturierende Bezugspflege durch ausgebildete pädagogische und pflegerische Fachkräfte in der suchtmedizinischen Rehabilitation von jungen Patienten mit Abhängigkeitsproblemen eine besondere Bedeutung und Notwendigkeit.

Einbezug der Familie

Das Ausmaß von nicht altersentsprechender Entgrenzung und das Sich-Entziehen vom Einfluss der zuständigen Erwachsenen sind in der Patientengruppe stark ausgeprägt.

Konfliktvolle Beziehungen, unterschiedliche Erwartungen und Bedürfnisse treffen auf finanzielle und emotionale Abhängigkeiten in den Familiensystemen, die eine differenzierte Betrachtung und Behandlung mit familientherapeutischen Elementen und Ansätzen benötigen. Hier kommt der Familientherapie, dem Familienseminar sowie der Angehörigenberatung und -betreuung eine hohe Bedeutung zu. Hierzu werden ausreichende personelle Kapazitäten benötigt.

Schulische und berufliche Eingliederung

Die Indikationsstellung zur suchtmmedizinischen Rehabilitation ergibt sich aus der Gefährdung der Schul-, Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit junger Suchtmittelkonsumenten. Hier sind besondere Kapazitäten wie Sonderbeschulung in einer Schule für Kranke/Klinikschule oder Erziehungshilfeschule oder Einsätze in Arbeitstherapie-Werkstätten (ATW) in möglichst kleinen Gruppen notwendig und in der Reha-Einrichtung vorzuhalten, um grundlegende Arbeitsfähigkeiten zu erarbeiten und Motivationseinschränkungen ausreichend zu begegnen.

Auch hier ist die Gruppe der Jugendlichen mit substanzbedingten Störungen besonders auf intensive Unterstützung angewiesen, die von Einrichtungen für Erwachsene in der Regel nicht vorgehalten werden.

Kooperation mit der Jugendhilfe

Die Aufarbeitung von Persönlichkeitsproblemen und von Sozialisationsdefiziten kann im Rahmen der medizinischen Rehabilitation häufig genug nur begonnen werden. Bei vielen Patienten können diese Defizite nicht ausreichend ausgeglichen oder nur Teilziele erreicht werden, so dass anschließend weitere Hilfen erforderlich sind. Das soziale Umfeld der Jugendlichen verfügt meist nicht über ausreichende Ressourcen, um dies etwa im familiären Rahmen umzusetzen. Dann kommt der Kooperation mit der Jugendhilfe eine überragende Bedeutung zu, z.B. mittels einer anschließenden Maßnahme der stationären Jugendhilfe.

Grundsätzliche Anforderungen an die Einrichtungen

Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche mit Substanzgebrauchsstörungen haben eine umfassende interdisziplinär abgestimmte Behandlung und Betreuung zu gewährleisten.

Dazu müssen insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- stets verfügbare fachärztliche Präsenz und Verantwortung
- Mitwirkung von qualifiziertem und besonders geschultem Personal; das Personal sollte
- über Erfahrungen in der Vorsorge bzw. Rehabilitation von Jugendlichen verfügen
- strukturiertes verbindliches Rehabilitationskonzept
- interdisziplinäre multiprofessionelle therapeutische Angebote als konzeptionelle Schwerpunkte der Rehabilitationsleistungen (ganzheitlicher Ansatz)

- Erstellung und Fortschreibung eines individuellen Therapieplanes durch den verantwortlichen Arzt unter Beteiligung des multiprofessionellen Teams und des Betroffenen bzw. seiner Bezugspersonen

Die Einrichtung muss groß genug sein, um wirtschaftlich arbeiten zu können, sollte aber in der Binnendifferenzierung Gruppengrößen von 8 (Jugendhilfstandard) bzw. 10-12 (Kinder- und Jugendpsychiatriestandard) jeweils nicht überschreiten. Die relativ kleine Gruppengröße wirkt sich auf die erforderlichen Personalschlüssel aus, ebenso die Aufsichtspflicht über Minderjährige und die gebotenen Standards zum Kinder- und Jugendschutz.

Zu Personalanzahlzahlen können auf Anfrage mit Erklärungen Angaben gemacht werden.

Vermischungen mit Einrichtungsteilen für Erwachsene (ob im Bereich der Speisenversorgung oder der Freizeit) sollen vermieden werden und insbesondere dürfen keine regelhaften Kontakte zu erwachsenen Rehabilitanden ermöglicht werden.

Es müssen die Möglichkeit zur Selbstversorgung, Nähe zu Freizeiteinrichtungen, gegebenenfalls Tierhaltung und ausreichend Außen- und Freiflächen bestehen.

6. Qualitätssicherung

Maßnahmen zur Qualitätssicherung tragen dazu bei, dass medizinische Rehabilitationsleistungen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und zielgerichtet erbracht werden, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die Reha-Qualitätssicherung ist dabei an die Besonderheiten der Lebens-, Gesundheits- und Rehabilitationssituation von Jugendlichen anzupassen. Die Maßnahmen der Qualitätssicherung beziehen sich auf die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. BAR 2008).

Im Mittelpunkt der externen Qualitätssicherung steht die Ergebnisqualität. Die Ergebnisqualität wird von der Struktur- und der Prozessqualität beeinflusst und durch ihren Bezug darauf nachvollziehbar. Die Qualität einer Einrichtung lässt sich daher nur mit Hilfe aller drei Qualitätsdimensionen angemessen darstellen. Die Anforderungen an stationäre Rehabilitationseinrichtungen für Jugendliche werden durch externe Verfahren der Qualitätssicherung konkretisiert. Bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Sie basieren auf einer umfassenden Dokumentation der geleisteten Versorgung.
- Sie berücksichtigen unterschiedliche Aspekte der Versorgungsqualität.
- Sie beziehen Patienten/Rehabilitanden und Vorsorge-/Rehabilitations-einrichtungen mit ein.
- Sie werden regelhaft und kontinuierlich durchgeführt.
- Sie werden nach transparenten Maßgaben durchgeführt (z.B. Veröffentlichung der Anzahl einbezogener Patienten, Rehabilitationseinrichtungen).
- Die Ergebnisse werden in regelmäßigen Berichterstattungen zusammengefasst.
- Sie beschreiben nicht nur die Qualität der medizinischen Versorgung, sondern bewerten sie auch.
- Sie stellen die Praktikabilität und Handhabbarkeit der verwendeten Instrumente und Verfahren sicher.
- Sie ermöglichen faire Qualitätsvergleiche zwischen den Rehabilitationseinrichtungen und fördern damit einen Wettbewerb um die beste Qualität.
- Sie stellen ihre Ergebnisse auch für versorgungsorientierte Fragestellungen zur Verfügung.

Weiterführende Literatur:

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2008). Gemeinsames Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche.

buss – Bundesverband für stationäre Suchtrankenhilfe e.V. (Hrsg.) (2016). Die Adaptionsbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Kassel, www.suchthilfe.de / Informationen / Aktuelles

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) S3-Leitlinie

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Verfügbar unter: <https://www.dgppn.de/dgppn/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schwerenpsychischen-erkrankungen.html>

Fegert, J., Schepker, R. (2007): Alle oder keiner? Zur Bedarfslage und den Zuständigkeiten für jugendliche Suchtkranke im Sozialrecht. *Das Jugendamt* 2009 (2), 60-67

Thomasius, R., Sack, P. M., Arnaud, N., Hoch, E. (2016). Behandlung alkoholbezogener Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Altersspezifische Empfehlungen der neuen interdisziplinären S3-Leitlinie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*, 44 (4), 295-305.

Thomasius, R., Thoms, E., Melchers, P., Roosen-Runge, G., Schimansky, G., Bilke-Hentsch, O., & Reis, O. (2016). Anforderungen an die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. *Sucht*, 62(2), 107-111. DOI: 10.1024/0939-5911/a000416. Verfügbar unter: <http://www.dgkjp.de/stellungnahmen-positions-papiere/stellungnahmen-2013/199-stn-dersuchtkommission>

Mitglieder der Suchtkommission:

Herr Prof. Dr. Rainer Thomasius, Vorsitz (DGKJP)

Herr Prof. Dr. Dr. Martin Holtmann (DGKJP)

Herr Dr. Peter Melchers (BAG)

Frau Dr. Marianne Klein (BAG)

Frau Dr. Gisela Schimansky (BKJPP)

Herr Thomas Krömer (BKJPP)

Herr PD Dr. Olaf Reis (assoziiertes Mitglied)

Tagungsbericht

6. Aachener Symposion

Am 11.05.2019 führte die „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben das „6. Aachener Symposion“ durch. Unter dem Motto „Familie und Gesellschaft“ wurden in 5 Referaten die Themen „Jugend- und Religion“ und „Familienformen in unserer Zeit“ dargestellt und diskutiert.

Eingeleitet wurde das Symposion durch ein ausführliches Grußwort, fast schon einen Eröffnungsvortrag, des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, MdB, der auch die Schirmherrschaft für das Symposion innehatte.

Es folgte die Verleihung des mit 10.000 Euro dotierten „Förderpreises 2019“ an Dr. med. Mauricia Franscini und lic. phil. Nina Traber-Walker für ihr Projekt „ETRo – Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN (standardisiertes Manual + Smartphone-App) für Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose“. Darüber wird an anderer Stelle in diesem Heft näher berichtet.

Prof. em. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Warnke, Würzburg, fächerte im Vortrag „**Die Behandlung des Menschen, der psychisch krank ist und die christliche Botschaft**“ an Hand des Gleichnisses vom barmherzigen Samariter (NT, Lukas 10, 25-37) die Frage auf, wie gehen wir als Kinder- und Jugendpsychiater, als Psychotherapeuten, wie gehen wir als Menschen, wie geht die Gesellschaft mit den Verletzten, Kranken, Müden und Beladenen um. Wen sehen, wem helfen wir, und an wem gehen wir achtlos vorbei, lassen ihn liegen. Diese Frage wurde beeindruckend mit aktuellen epidemiologischen Daten und ausdrucksstarken Fallvignetten belebt. Um wen kümmert sich unser Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsystem und wer bleibt zurück? Welche ethische Haltung gilt in der Therapie? Welches sind die Wirkfaktoren? Wie sind die Versorgungsstrukturen und -defizite? Und wen treffen Versorgungshindernisse und Versorgungsdefizite?

Auch die für Hilfe und Versorgung notwendigen ökonomischen Realitäten finden in dem Gleichnis gebührenden Platz. Im Absatz 36 heißt es: „Des anderen Tages reiste er und zog heraus zwei Groschen und gab sie dem Wirte und sprach zu ihm: „Pflege sein; und so du was mehr wirst dartun, will ich dir's bezahlen, wenn ich wiederkomme.“ (zitiert nach der „Stuttgarter Jubiläumsbibel“ von 1912). Eine Art erster Krankenkasse.

Der Rezensent ist glücklich, dass einer der prominentesten Vertreter unseres Fachgebietes, dessen Liste an Forschungsarbeiten und wissenschaftlichen Publikationen immens ist, so offen und uneingeschränkt das christliche Fundament unseres ärztlichen Ethos vertritt, ohne dabei in irgend einer Weise die wissenschaftlichen Grundlagen zu verlassen.

Dr. rer. soc. theol. habil. Dr. h.c. theol. Friedrich Schweitzer, Tübingen, sprach in dem Referat „**Knappe Ressource Lebenssinn – Religion und Werte bei Kindern und Jugendlichen heute**“ nicht nur als Theologe, sondern vor allem auch als Religionspädagoge und Erziehungswissenschaftler. Internationale Forschung, insbesondere im anglo-amerikanischen Raum, verweisen schon lange auf die hohe Bedeutung von Sinnerfahrungen für eine gesunde Identitätsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Diese Erfahrung wird auch heute sehr stark über Religion vermittelt.

Allerdings ist zu unterscheiden zwischen einer an Institutionen gebundenen Religionsausübung und einer grundsätzlichen Religiosität.

In der 17. Shell-Studie von 2015 hat ein Drittel der befragten 2.500 Jugendlichen angegeben, dass es ihnen wichtig sei „an Gott zu glauben“, 17 Prozent als teilweise wichtig. Ein noch höherer Prozentsatz, nämlich 67 Prozent der befragten muslimischen und 61 Prozent der orthodoxen Jugendlichen gaben an, an Gott zu glauben.

In der von Prof. Dr. Friedrich Schweitzer, Prof. Dr. Reinhold Boschki et. al. durchgeführten zweizeitigen Befragung von 7.200 Schülerinnen und Schülern der Jahrgangsstufen 11 und 12 sowie Auszubildenden in Baden-Württemberg ergab sich ein deutlich anderes Bild.

(Siehe: Jugend-Glaube-Religion – Eine Repräsentativstudie zu Jugendlichen im Religions- und Ethikunterricht, Waxmann-Verlag).

Zwar bezeichneten sich auch hier nur 22 Prozent als religiös, jedoch 41 Prozent als gläubig, und sogar 52 Prozent sagten: „Ich glaube an Gott“. Noch höher war die Zahl von denen, die angaben, dass sie beten, nämlich drei Viertel. Ähnlich wie in der Shell-Studie gaben muslimische und orthodoxe Jugendliche deutlich häufiger an, dass sie an Gott glauben und ihnen Religion wichtig sei.

Abschließend betonte Prof. Schweitzer, dass es für die Bedeutung von Religion und Glauben in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einen hohen Forschungsbedarf gebe.

Der 2. Teil des Symposions war dem Thema „Familienformen“ in unserer Zeit gewidmet.

Prof. Dr. Jochen Gehrmann, Ludwigshafen, berichtete über „**Aktuelle Trends in Trennungs- und Scheidungsfamilien – Betreuungsmodelle zwischen Elternkonsens und Elternkonflikt**“.

Er konnte vor allem aus seinem reichen Fundus als kinder- und jugendpsychiatrischer Gutachter schöpfen (siehe auch: „Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Sorge- und Umgangsrecht: Standards und Fallstricke in der Praxis“, forum-KJPPP 3-2018, S. 16-62).

Zunächst stellte er demographische Trends dar mit zahlreichen, teils überraschenden Fakten und Statistiken. U.a. zeigt die geographische Auflistung der nichtehelichen Geburt von 2007 eine Deutschlandkarte wie vor 1989.

Während die Zahl der Eheschließungen sich zwischen 1950 und heute drastisch vermindert hat, zeigt die Zahl der gerichtlichen Ehelösungen nur einen leichten Anstieg. Diese übertrifft allerdings die Auflösung der Ehe durch Tod der Ehepartnerin / des Ehepartners.

Demgegenüber ist die Zahl der jungen Erwachsenen mit der Überzeugung „Man braucht eine Familie um glücklich zu sein“ angestiegen auf 79 % in den alten und 74 % in den neuen Bundesländern. Der Aussage „Scheidung ist die beste Lösung bei Problemen“ stimmen von den 18- bis 30 Jährigen im Westen 63 %, im Osten 56 % zu, von den über 60-Jährigen im Westen 72 % und im Osten 77 %.

Der zweite Teil des Vortrags stellte das Spannungsfeld Elternkonsens versus Elternkonflikt mit dem Sonderfall hochstrittiger Trennungseltern und der Situation der Väter dar.

Hinsichtlich der Elternkooperation verhalten sich 18 Monate nach der Trennung 30 % der Elternpaare kooperativ, 50 % zeigen paralleles, aber akzeptierendes Erziehungsverhalten, 20 % bleiben jedoch anhaltend konfliktuell.

Bei schlechter Kooperation der Eltern zeigen Kinder deutlich häufiger oppositionell-aggressives und hyperkinetisches Verhalten und emotionale Auffälligkeiten und eine geringere sozio-emotionale Kompetenz. Insgesamt zeigen Kinder aus Trennungsfamilien im Vergleich zu Kindern intakter Familien häufiger Verhaltensprobleme. Diese müssen jedoch nicht ausschließlich Folgen der Scheidung sondern können auch Folgen früherer Belastungen sein.

Im dritten Teil wurden die familiengerichtliche Entwicklung und Betreuungsmodelle im Wandel vorgestellt. Diese sind inzwischen höchst unterschiedlich. Allerdings dominiert beim Umgangsrecht und beim tatsächlichen Kontakt zum getrennt lebenden Vater derzeit noch der *klassische* „jedes 2. Wochenende-Besuch“ mit ca. 35 bzw. 40 %. Eine „jederzeit-Regelung“ findet sich bei gut 20 %. Ähnlich hoch sind jedoch auch die Fälle ohne Kontakt.

Die Zahl der familiengerichtlichen Umgangsverfahren ist von gut 22.000 Verfahren 1997 auf knapp 55.000 Verfahren 2016 angestiegen.

Überraschend für viele Zuhörer und Zuhörerinnen war, dass das hierzulande eher skeptisch beäugte, wenn auch inzwischen von einer Bundestagsfraktion favorisierte Wechsel- bzw. Doppelresidenzmodell in zahlreichen europäischen Staaten und auch in den USA schon etabliert ist, scheinbar mit überwiegend positiven Erfahrungen. Allerdings weist eine Studie vom McIntosh et al. aus 2010 auch auf Risiken dieses Modells hin.

Neben einem paritätischen Wechselmodell mit symmetrischer 50:50 Zeitaufteilung gibt es auch asymmetrische Zeitaufteilungen, wobei bei einem Verhältnis von unter 70:30 nur noch von einem „Residenzmodell mit Kontaktbesuchen“ gesprochen wird.

Wichtig für ein Gelingen dieses Familienmodells scheinen das Alter und die Entwicklungs- bzw. Ausbildungsstufe der betroffenen Kinder zu sein, deren Beziehung zu beiden Elternteilen, eine geklärte und überwiegend positive Beziehung der getrennten Eltern mit wechselseitigem Respekt und Toleranz und auch eine akzeptable Entfernung, besonders im Hinblick auf die Schule und die Freizeitaktivitäten der Kinder.

Aus dem Publikum wurde auf die notwendigen materiellen Ressourcen verwiesen, die für zwei komplette Familienwohnungen notwendig sind. Derzeit ist es eher fraglich, ob Familien mit Grundsicherungsbedarf solch ein Modell finanziert würde.

Bisher ist jedoch noch das Residenzmodell Standard bei einer Trennung, wobei knapp 90 % der Kinder bei der Mutter und gut 10 % beim Vater leben.

Den Abschluss des Vortrages bildete ein Zitat des Apostel Paulus, Epheser 4.2: „In aller Demut und Sanftmut, **in Geduld**, ertraget einer den anderen **in Liebe**.“

Die Daten zu diesem Vortrag können als Pdf-Datei beim BKJPP angefordert werden.

Dr. phil. Inés Brock, Halle, stellte in ihrem Vortrag „**Die Bedeutung und Wirkung unterschiedlicher Familienmodelle für die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen**“ dar.

In der Gliederung betonte sie die Vielfalt der heutigen Familienkonstellationen, die geänderte Lebenslaufperspektive der generativen Phase, die zunehmende Institutionalisierung der Kindheit heute, die Besonderheiten Alleinerziehender und kinderreicher Familien, von Einzelkindern und Stiefgeschwistern, die Geschlechtsspezifika von Mädchen/Schwwestern versus Jungen/Brüdern, und die Rollen von Lieblings- und Schattenkindern.

Familienkonstellationen sind vielfältiger geworden, Kinder wachsen gegenwärtig in ganz unterschiedlichen Familienformen auf. Die Hälfte erlebt die Trennung ihrer leiblichen Eltern mit sehr individuellen Umgangsregelungen. Alleinerziehende Eltern und damit auch ihre Kinder sind armutsgefährdet. Ein Drittel der Kinder bleibt Einzelkind, dagegen wächst jedes 4. Kind in einer kinderreichen Familie (3 Kinder und mehr) auf. Zwei Mütter, zwei Väter, eine Vielzahl von Großeltern, minderjährige Mütter und späte Erstgebärende: Wieweit passen da noch die früher entwickelten entwicklungspsychologischen Modelle? Müssen diese nicht überprüft und im Licht der neuen Entwicklungen und Erkenntnisse revidiert bzw. weiterentwickelt werden?

Fast schon altmodisch wirkte die Darstellung der Elternqualitäten mit der Dichotomie von Mütterlichkeit und Väterlichkeit und deren Bedeutung für die Entwicklung von Mädchen und Jungen zu Frauen und Männern. Evolutionsbiologisch scheint dieser Typus jedoch vorteilhaft gewesen zu sein. (Dazu eine Assoziation des Rezensenten: Unter dem Aspekt der Gendergerechtigkeit ist es schon bemerkenswert, dass im Leistungssport Frauen mit erhöhter testosteronbedingter Leistungsfähigkeit pharmakologisch gebremst werden sollen!)

Abschließend betonte Dr. Brock, dass eine gelingende Kindheit in jeder Familienform möglich ist, wenn eine Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren besteht.

Die Daten zu diesem Vortrag können als Pdf-Datei beim BKJPP angefordert werden.

Dr. med. Renate Sannwald, Berlin, stellte anschaulich und lebensnah „**Neue Familienmodelle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis**“ dar. Erster Schwerpunkt des Vortrags war die „Fortsetzungsfamilie“, über die es inzwischen schon umfassende Erfahrungen und auch eine größere Literatur gibt.

Der niederrheinischen Herkunft der Referentin könnte der zweite Schwerpunkt, die „Anna-Selbdritt-Familienkonstellation“ oder „Mehrfamilienkonstellation“ zu verdanken sein. Wie in der Heiligendarstellung die Mutter des Jesuskindes, so regrediert häufig auch in der Mehrgenerationenkonstellation die Kindesmutter in die frühere Rolle des Kindes, deutlich kleiner als die Großmutter. Gleichzeitig können jedoch beide Frauen Ressourcen für die Entwicklung des Enkel-Kindes zur Verfügung stellen und sich wechselseitig stärken und ergänzen.

Eine eher neue Entwicklung und zunächst vor allem in Großstädten wie Berlin und Köln anzutreffen sind Kinder homosexueller Elternpaare. Bisherige Erfahrungen scheinen dafür zu sprechen, dass auch in dieser Familienkonstellation gelingende Kindheit möglich ist. Ob und wie eine gesunde Identitätsentwicklung in dieser besonderen Art der Triangulierung bzw. Bemutterung und Bevaterung, etwa durch unterschiedliche Rollenwahrnehmung der homosexuellen Eltern, erfolgt, sollte im Interesse der betroffenen Kinder und der sich ändernden gesellschaftlichen Normen dringend erforscht werden.

Das 7. Aachener Symposium ist für den 07.05.2022 zum Thema „Psyche und Internet“ geplant. Infos demnächst unter www.stiftung-kjpp.de.

Christian K. D. Moik

*Förderpreis 2019
der Stiftung für ambulante Psychiatrie
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
- Christian Karl Dieter Moik Stiftung*

**ETRo – Evaluation des Therapieprogrammes
ROBIN (standardisiertes Manual +
Smartphone-App) für Jugendliche mit einem
erhöhten Risiko für die Entwicklung
einer Psychose**

Der Vorstand und das Kuratorium der Stiftung verliehen Frau Dr. med. Mauricia Franscini und Frau lic. phil. Nina Traber-Walker für ihr Projekt „ETRo – Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN (standardisiertes Manual + Smartphone-App) für Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose“ den Förderpreis 2019. Dieser Preis ist mit 10.000 Euro dotiert.

Mit der Verleihung des Förderpreises würdigen der Vorstand und das Kuratorium der Stiftung besonders den innovativen Ansatz, der im Rahmen der App-Entwicklung verfolgt wurde.

Die Applikationssoftware ROBIN wurde begleitend zu einem Behandlungsmニュアル entwickelt und zeigt damit auf exemplarische Weise, wie neue Technologien in einer sinnvollen, der Zielgruppe zugewandten Art und Weise in therapeutische Bemühungen integriert werden können.

Die Expertise zur Behandlung bzw. zur Frühintervention bei Psychosen besteht an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich bereits im Rahmen einer Spezialstunde, so dass eine direkte Verbindung zur klinischen Praxis in der Entwicklung und Anwendung der App gegeben war.

Die angesprochene Patientenpopulation gilt als besonders schwer zu erreichen, so dass Schritte in den Alltag der Jugendlichen einen hohen Stellenwert besitzen. So kann auch eine bessere Beachtung von Symptomen im Alltag erfolgen.

Die App ist in ihrem Aussehen sehr jugendgerecht gestaltet, übersichtlich und mit wichtigen Funktionen wie dem Umgang mit Krisensituationen ausgestattet.

Die zunächst stark therapeutische Ausrichtung und die Sorgfalt im Umgang mit persönlichen Angaben zeigen sich u. a. auch daran, dass erst im Nachgang eine Auswertungssoftware programmiert wurde. Dabei ist es aus Sicht der Stiftung wichtig, dass diese Daten auch für die Forschung nutzbar werden.

Die vorgelegte Fallzahl und das angestrebte Ziel des Einschlusses von 30 Jugendlichen scheinen realistisch. Auch die Instrumente sind gut gewählt. Erste Ergebnisse zu ROBIN wurden bereits in einigen Publikationen in angesehenen Journalen dargestellt.

Vorstand und Kuratorium gratulieren herzlich zu dieser innovativen Behandlungsidee, die dem Kerngedanken der Verbesserung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung Rechnung trägt, und freuen sich auf die Darstellung der künftigen Ergebnisse.

Aachen, 11. Mai 2019

Für den Vorstand:

Christian K. D. Moik

Wien, 11. Mai 2019

Für das Kuratorium:

Univ.-Prof. Dr. med. Paul Plener, MHBA

Evaluation des Therapieprogrammes ROBIN: standardisiertes Manual + Smartphone-App für Jugendliche mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose Antrag für den Förderpreis 2019

Mauricia Franscini & Nina Traber-Walker

Wer wir sind:

Unsere Früherkennungssprechstunde für Psychosen in Zürich

Für Kinder und Jugendliche mit einer Psychose oder erhöhtem Risiko einer psychotischen Erkrankung wird in Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Zürich unter der Leitung von Dr. med. Maurizia Franscini eine Sprechstunde angeboten. Die Spezialsprechstunde besteht aus einem interdisziplinären Team aus Ärztinnen und Psychologinnen.

Das Angebot richtet sich an Kinder- und Jugendliche, Angehörige und Fachpersonen.

Zum Angebot gehören

- ausführliche Diagnostik
- Psychotherapie
- Medikation
- Elternberatung,
- Casemanagement
- Second Opinion
- Beratung von Fachpersonen

Die Früherkennungssprechstunde beteiligt sich am Zürcher Erstpsychose-Netzwerk ZEN. ZEN bietet sowohl eine spezifische Abklärung und Behandlung wie auch ein Netzwerkcoaching für Jugendliche und junge Erwach-

sene im frühen Verlauf einer Psychose im ambulanten, teil- oder stationären Behandlungssetting.

Weiter wird in der Früherkennungssprechstunde regelmäßig das Gruppentraining DBT 2P (Dialektisch – Behaviorales Training für Jugendliche zur Prävention von psychischen Störungen) angeboten.

Die Spezialsprechstunde macht Öffentlichkeitsarbeit wie Vorträge an interessierten Institutionen mit dem Ziel der Prävention und der Entstigmatisierung.

Die Spezialsprechstunde beteiligt sich an verschiedenen nationalen und internationalen Forschungsprojekten im Bereich Früherkennung psychotischer Störungsbilder.

Beispiele sind:

- Die Multicenter-Studie ZInEP (Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie): Ziel der Studie war die Überprüfung der Vorhersagegüte der bisherigen At Risk-Kriterien in einer breiten Altersspanne (13-35 Jahre) durch eine multizentrische prospektive Studie mit Erhebung vielschichtiger Datensätze aus Psychopathologie, Neuropsychologie, Soziophysikologie, Genetik und Bildgebung.
- Die binationale Studie BEARS (Binationale Evaluation der Risikokriterien bei Kindern und Adoleszenten): Ziel der Studie war die Validierung der in der Früherkennung von Psychosen eingesetzten Diagnose-Instrumente zur Erfassung der Risikokriterien für das Kindes- und Jugendalter. Die Früherkennungssprechstunde Zürich war neben Köln und Bern Rekrutierungszentrum.
- Multinationale Studie PURPOSE: Die Purpose Studie untersucht, ob Omega-3 Fettsäuren den Ausbruch von psychotischen Episoden bei Hochrisiko Patienten vorbeugen können.

Wieso Früherkennung? – Aktueller Forschungsstand

Eine Psychose ist ein meist vorübergehender Zustand, während dem die Betroffenen den Bezug zur Realität verlieren. Kennzeichnend für eine psychotische Episode ist das veränderte Erleben von Wahrnehmung, Stimmung und Denken. Die Symptomatik ist sehr vielfältig, wobei kein spezifisches Symptom bei allen Betroffenen auftritt. Psychotische Störungen gehören zu den schwersten psychiatrischen Erkrankungen und sind mit hohem Leidensdruck für die Patienten selber als auch ihre Angehörigen verbunden. Insbesondere

für junge Menschen hat die Erkrankung stark belastende Konsequenzen, da sie an einem kritischen Punkt ihrer Entwicklung stehen und durch die Krankheit in ihrer schulischen, persönlichen und sozialen Entwicklung beeinträchtigt werden.

Psychotische Störungen können sich über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln. Betroffene bemerken meist schon lange Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung Veränderungen in ihrer Wahrnehmung, kognitiven Leistungsfähigkeit und sozialen Fertigkeiten. Die Forschung zur Früherkennung von Psychosen hat diese beeinträchtigenden Veränderungen intensiv untersucht. Es ist der Begriff der „At Risk-Symptome“ entstanden. At Risk-Symptome sind erste subtile Veränderungen im Denken, der Stimmung und der Wahrnehmung, die zwar noch nicht die Qualität von psychotischen Symptomen haben, jedoch bereits einen eigenen Krankheitswert aufweisen (Miller et al., 2003, Schulze-Lutter & Koch, 2010). Metanalysen von Interventionsstudien zeigten, dass spezifische Frühinterventionen das Risiko für die tatsächliche Entwicklung einer Psychose senken (Schmidt et al., 2015). Erste Langzeitstudien zeigten, dass Interventionen bei At Risk-Patienten einen langanhaltenden Effekt über die Behandlungszeit hinaus haben (Ising et al., 2016). At Risk-Patienten zeigen zudem ein hohes Ausmaß an Leidensdruck unter den Risikosymptomen und berichten depressive Symptome, starke Ängste und Hoffnungslosigkeit aufgrund der Symptomatik. Verschiedene Kliniker und Forscher hatten dafür plädiert, dass die At Risk-Symptome an sich behandelt werden sollten, unabhängig von der Übergangsrate in eine tatsächliche psychotische Erkrankung, da der Leidensdruck darunter ausreicht, um eine Behandlung zu rechtfertigen (z.B. Bertolote & McGorry, 2005; Correll, Hauser, Auther, & Cornblatt, 2010; Fusar-Poli, Yung, McGorry, & van Os, 2014; Schmidt et al., 2015). Weltweit sind Früherkennungszentren für Psychosen entstanden, die sich die Frühintervention zum Ziel gemacht haben. Empfehlung für die Diagnostik von At Risk-Symptomen aber auch Behandlungsleitlinien von At Risk-Symptomen wurden von der European Association of Psychiatry (EPA) veröffentlicht (Schmidt et al. 2015, Schulze-Lutter et al., 2015). Eine Übersicht zu dem aktuellen Versorgungsangebot von Früherkennungszentren im europäischen Raum wurde von Maric und Kollegen (2017) zusammengestellt.

Therapieprogramm Robin

Gerade im Jugendalter sind At Risk-Symptome häufig und führen zu Einbußen im Funktionsniveau (Velthorst et al., 2018). Leider konnte die Effektivität von Frühinterventionen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie bisher noch zu wenig nachgewiesen werden, was auch daran liegt, dass keine altersentsprechenden Behandlungsmanuale vorliegen und bislang nur wenige Studien in dieser Altersgruppe durchgeführt wurden. So konnten für die Meta-Analyse von Schmidt und Kollegen (2015) nur drei kontrollierte Studien zu Therapieinterventionen mit jugendlichen At Risk-Patienten berücksichtigt werden (Bechdolf et al., 2012; McGorry et al., 2013; Miklowitz et al., 2014).

Auch im Bereich Behandlung von Psychosen minderjähriger Ersterkrankter gibt es bisher wenig Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie (Armando, Pontillo et al., 2015; Baker, Howell, & Findling, 2016). In Wirksamkeitsstudien wurden Kinder und Jugendliche oft mit ähnlichen Therapiekonzepten behandelt wie psychotische Erwachsene. Analysen zur Therapiemotivation zeigen jedoch, dass junge Patienten anders auf Psychotherapie reagieren und die Hürde höher scheint, um sie für die therapeutische Arbeit zu gewinnen (Haddock et al., 2006). Umso wichtiger sind altersadäquate Therapiematerialien und dass die Behandlung die Bedürfnisse der Jugendlichen berücksichtigt.

Im Rahmen unserer Früherkennungssprechstunde für Psychosen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde in den letzten Jahren ein Therapieprogramm für At Risk-Patienten mit altersangepassten Interventionen auf Basis von bisher als effizient eingestuften Methoden für Erwachsene entwickelt. Das Therapieprogramm besteht aus einem Therapiemanual für die Therapeuten und einer Smartphone für die jugendlichen Patienten.

Therapiemanual für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko

Das Manual orientiert sich an den Empfehlungen der europäischen Guidelines für therapeutischen Interventionen bei At Risk-Patienten der European Psychiatric Association EPA (Schmidt et al., 2015). Das Manual wurde auf Hintergrund von kognitiver Verhaltenstherapie, lösungsorientierter Therapie und systemischen Therapieansätzen geschrieben.

Das Manual behandelt folgende Inhalte:

- Beziehungsaufbau und Herausforderungen in der Gesprächsführung mit At Risk-Patienten
- Psychoedukation
- Arbeit mit den Bezugspersonen
- Therapieziele: kurz- und langfristig
- Symptommanagement
- Hypothetisches Argumentieren
- Alltagsaktivierung
- Entspannungsübungen
- Ressourcenaktivierung
- Medikation
- Krisenmanagement
- Stabilität aufrecht erhalten

Es handelt sich um einen individualisierten Ansatz. Nicht alle Inhalte müssen der Reihen nach bearbeitet werden, sondern es liegt im Ermessen des Therapeuten auszusuchen, welches der einzelnen Module er für den jeweiligen Patienten priorisieren möchte.

Das Manual richtet sich an Therapeuten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und besteht zu einem grossen Teil aus Arbeitsblättern, die zusammen mit den Patienten direkt bearbeitet werden können. Bei der Entwicklung des Therapieprogrammes wurde darauf geachtet, dass sich das Programm an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientiert und altersgerecht gestaltet ist. Jugendliche für die Therapie zu gewinnen, gilt als wichtigste Grundvoraussetzung, um überhaupt einen Therapieeffekt zu erhalten (Armando, Pontillo, & Vicari, 2015).

Smartphone App Robin Z

Zu dem Therapieprogramm gehört die Smartphone-App Robin Z, welche in der Früherkennungssprechstunde für Psychotische Störungen in Zürich entwickelt worden ist. Die App ist als Unterstützung im Alltag zwischen den Therapieterminen gedacht und soll die Patienten animieren, die Therapieaufgaben im Alltag umzusetzen. Die App selbst ist dabei nicht als selbstständige Intervention zu verstehen, sondern es ist wichtig, dass die Benutzung der App immer wieder in der Therapie rückbesprochen wird und zusammen mit den Jugendlichen die Inhalte der App gut angeschaut werden.

Die App Robin Z wurde von den Therapeutinnen der Früherkennungssprechstunde für Psychosen in Zusammenarbeit mit einem Informatiker entwickelt. In den Entwicklungsprozess wurden Therapeuten und Patienten von Beginn an miteinbezogen. In einem ersten Schritt testeten klinische Therapeuten eine erste Version der App. Die Eindrücke der Therapeuten wurden mit einem Fragebogen erfasst. Die App wurde anhand der Rückmeldungen der Therapeuten optimiert. Danach wurden erste Usability-Tests während zwei Wochen mit jugendlichen Patienten, die eine psychotische Störung erfüllten oder At-Risk-Symptome zeigten, durchgeführt. Die ersten Rückmeldungen von Patienten und Therapeuten aus der Testphase waren positiv. Alle Therapeuten gaben an, dass sie die App in der Arbeit mit ihren eigenen Patienten benutzen würden. Von den Patienten haben alle die App in ihrem Alltag benutzt und insgesamt 85% der täglichen Protokolle auf dem Logbuch wurden ausgefüllt. Die App wurde überarbeitet und an die Rückmeldungen adaptiert, bevor Robin Z im September 2017 auf den Stores veröffentlicht wurde. In einem nächsten Schritt wurde eine Umfrage zur Zufriedenheit der Patienten in der Therapie mit der App Robin Z gemacht. Die Patienten füllten einen Fragebogen zur Usability und Zufriedenheit mit der App Robin Z aus. Die Rückmeldungen sind insgesamt sehr positiv ausgefallen. Alle Patienten gaben an, dass sie Robin Z weiter empfehlen würden.

Theoretischer Hintergrund

Computergestützte Interventionen bekommen sehr viel Zuspruch bei jungen Patienten (Alvarez-Jimenez et al., 2013) und der Einsatz von Smartphone-Apps in der Psychotherapie hat in den letzten Jahren zugenommen (Hind & Sibbald, 2015; Seko, Kidd, Wiljer, & McKenzie, 2014). Smartphone-Interventionen haben viele Vorteile wie Zugänglichkeit, Transportfähigkeit, niedrige Kosten und 24-Stunden-Support. Ausserdem werden sie als weniger stigmatisierend empfunden (Alvarez-Jimenez et al., 2013). Insbesondere für Psychoedukation eignen sich mobile Technologien (Rotondi, Eack, Hanusa, Spring, & Haas, 2013). Die Informationen können beliebig häufig und insbesondere zu kritischen Zeitpunkten nachgelesen werden.

Ein weiterer grosser Vorteil von Smartphone-Technologien in der Behandlung ist das sogenannte Echtzeit-Assessment von Symptom- und Stimmungsprotokollen (Ben-Zeev, 2012). Dadurch ist beispielsweise besser erkennbar, welche Faktoren mit der Verschlechterung der Symptomatik zusammenhängen, da genauere Angaben über Kontext, Kognitionen und Befindlichkeit in „real-time“ zur Verfügung stehen. Auch können für den Patienten unbewusste

Prozesse besser aufgedeckt werden (Kimhy, Myin-Germeys, Palmier-Claus, & Swendsen, 2012). Es sind also exaktere Informationen bezüglich des Zeitpunkts der Vorkommnisse verfügbar. So kommt es zu weniger Verzerrungen durch retrospektive Antworten. Den Patienten kann Echtzeit-Symptom-Assessment helfen, sich selbst besser zu verstehen, die Symptome besser einzuschätzen (self-monitoring) und diese dadurch als besser kontrollierbar und eher beeinflussbar zu erleben (Palmier-Claus et al., 2013).

Smartphone-gestützte Interventionen können ausserdem Unterstützung bieten zu einem gesunden Lebensstil (Vorschläge zu Ernährung, Sport etc.), aber auch bei Therapie-Hausaufgaben und beim Trainieren von erlernten Skills aus der Therapie (Myin-Germey et al., 2011). Smartphone-Apps, die an die Medikamenteneinnahme erinnern, verhelfen zur einer höheren Compliance (Bogart et al., 2014; Granholm, Ben-Zeev, Link, Bradshaw, & Holden, 2012; Kauppi et al., 2015). Selbstmanagement durch eine App kann zu einem Gefühl von Selbsteffizienz verhelfen (Reid et al., 2013), was einerseits das Selbstbewusstsein und andererseits die Selbstständigkeit des Patienten fördert.

Die App Robin erfüllt die Vorlagen der EPA für Smartphone-Apps in der Behandlung psychotischer Erkrankungen (Gaebel et al., 2016) und wurde auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zum Thema Smartphone-Apps in der Therapie entwickelt (Abdel-Baki, Lal, Charron, Stip, & Kara, 2015; Alvarez-Jimenez et al., 2014; Firth & Torous, 2015; Forchuk, Donelle, Ethridge, & Warner, 2015; Lal et al., 2015). Die Literaturrecherche zeigte, dass insbesondere jugendliche Patienten an Smartphone-Interventionen interessiert sind, gleichzeitig existieren aber kaum Smartphone-Applikationen für diese Klientel, die von psychotherapeutischen Fachpersonen kreiert worden sind (Hind & Sibbald, 2015; Seko, Kidd, Wiljer, & McKenzie, 2014). Neben dem klaren Bedürfnis der Patienten nach solchen unterstützenden Smartphone-Apps wurde die Einsetzbarkeit von Apps in der Therapie durch Durchführbarkeitsstudien, gerade auch bei Patienten mit psychotischen Erkrankungen, bestätigt (vgl. z.B. Ben-Zeev et al., 2013; Alvarez-Jimenez et al., 2014 oder Palmier-Claus et al., 2013).

Für die Entwicklung der App Robin wurde aufgrund von Schlussfolgerungen der Literaturrecherchen auf folgende Punkte speziell geachtet:

- Die ganze Kontrolle der App liegt bei den Patienten. Darum ist die App passwortgeschützt und offline verfügbar. Alle Daten werden nur lokal auf dem Handy gespeichert und sind durch das Betriebssystem vor Zugriff von anderer Software geschützt. Die App versendet keine

Daten ins Internet und speichert keine Daten ausserhalb ihres Verzeichnisses.

- Die Texte der App sind in einem altersgerechten Leseniveau verfasst. Auf Fachwörter wurde weitgehend verzichtet.
- Die App hat einen auffordernden Charakter und ist individuell gestaltbar. Es wurde insgesamt darauf geachtet, dass sie nicht zu stark pathologisierend ist und dass positive Konstrukte in der App enthalten sind, da Analysen von Zufriedenheitsdaten mit bisherigen therapeutischen Apps zeigten, dass die Patienten sich mehr positive, ressourcenorientierte Inhalte wünschen.

Funktionen der App Robin Z

Die App hat folgende Inhalte:



Im **Logbuch** werden die Stimmung, der Ausprägungsgrad der Symptome, die Einnahme von Medikamenten und besondere Ereignisse notiert. Es können so viele Logbuch-Einträge pro Tag erstellt werden, wie die Patienten wollen. In der Therapie in der Sprechstunde wird empfohlen, dass die Patienten zu drei festen Zeiten pro Tag ihr Logbuch ausfüllen. Dadurch wird ein besseres Bild über die täglichen Schwankungen in Symptomen und Stimmung gewonnen. Die Patienten haben durch eine Erinnerungs-Funktion die Möglichkeit, an ihre Logbucheinträge erinnert zu werden.



Unter **Symptome** befinden sich Psychoedukationsinformationen zu verschiedenen At Risk-Symptomen (Stimmenhören, andere Halluzinationen, Wahn, Denkschwierigkeiten, Derealisationen und Depersonalisationen). Zusätzlich zu den genannten At Risk-Symptomen finden sich unter Symptome andere Problembereiche, die bei At Risk-Patienten häufig sind. Dazu gehören Depression, (Hypo-)Manie, Angst, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Alkoholkonsum, Cannabiskonsum und Schlafprobleme.

Zu jedem Symptom gibt es unter **Info** kurze Psychoedukationstexte und unter **Tipps** Ideen zu hilfreichen Copingstrategien. Gleichzeitig haben die Patienten die Möglichkeit individuelle Tipps zu formulieren, welche unter **Memo** zusammengefasst werden. Weiter können die Patienten, eigene Symptome zu erfassen, bei denen sie eigene Informationstexte und Tipps eingeben.

Die Patienten können bei jedem Symptom bestimmen, ob es in ihrem Logbucheintrag abgefragt wird oder nicht.



In der Rubrik **Medikation** können Posologie und Medikamentenreminder erstellt werden. Weiter findet sich unter Info ein kurzer Informationstext zu den wichtigsten allgemeinen Punkten, die bei Medikamenteneinnahme zu beachten sind.



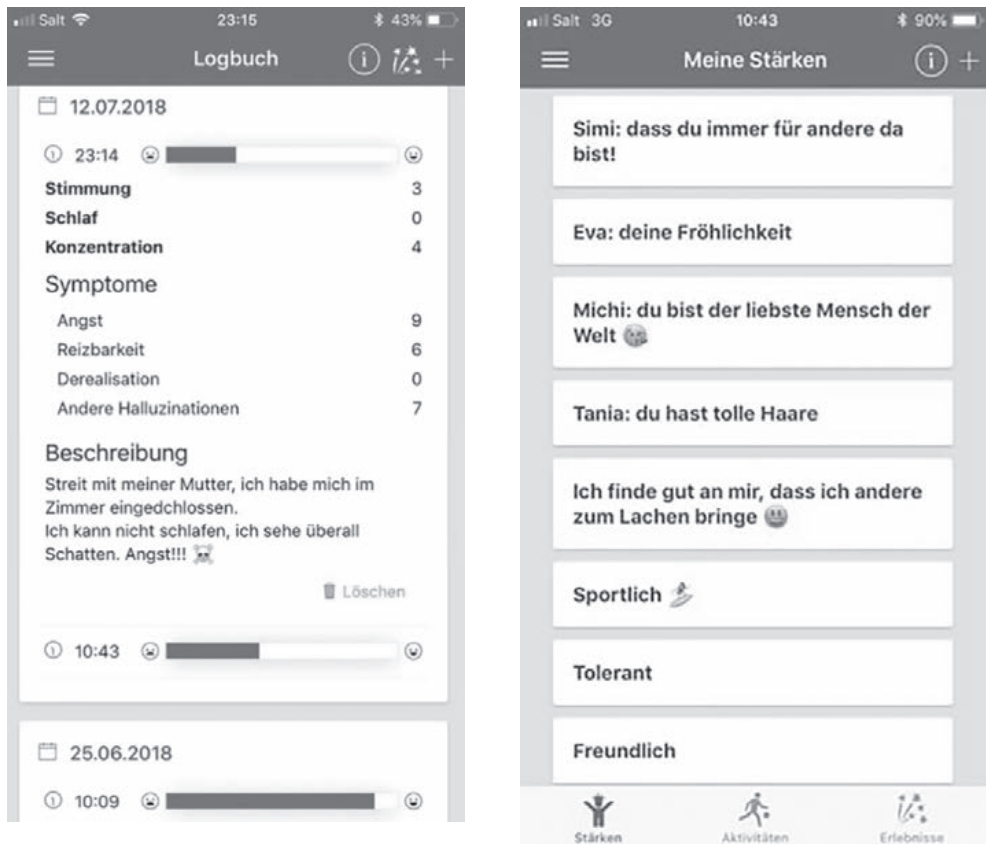
Unter **Krisensituation** können die Jugendliche ihre Kriseninterventionspläne, die sie mit ihrem Therapeuten zusammen in der Sitzung erarbeiten, eintragen und jederzeit einsehen. Auch können Notfallkontakte erstellt werden, die jederzeit von der App aus angewählt werden können. Der Anruf läuft wie alle anderen Anrufe mit dem Handy über das normale Netz des Handy-anbieters, jedoch müssen die Jugendlichen in der Krise nicht erst die Telefonnummer unter ihren Adressen raussuchen.



Die Rubrik **Wochenziele** ist für kleinere Ziele während der Woche gedacht. Sie soll den Patienten einerseits in seiner Alltagsaktivierung unterstützen, andererseits zu Erfolgserlebnissen verhelfen. Die Jugendlichen notieren darin ihre Ziele, die wenn möglich in der Therapie vorbesprochen werden. Wenn sie ein Ziel erreicht haben, können sie es abschließen und es wird unter erreichte Ziele gespeichert.

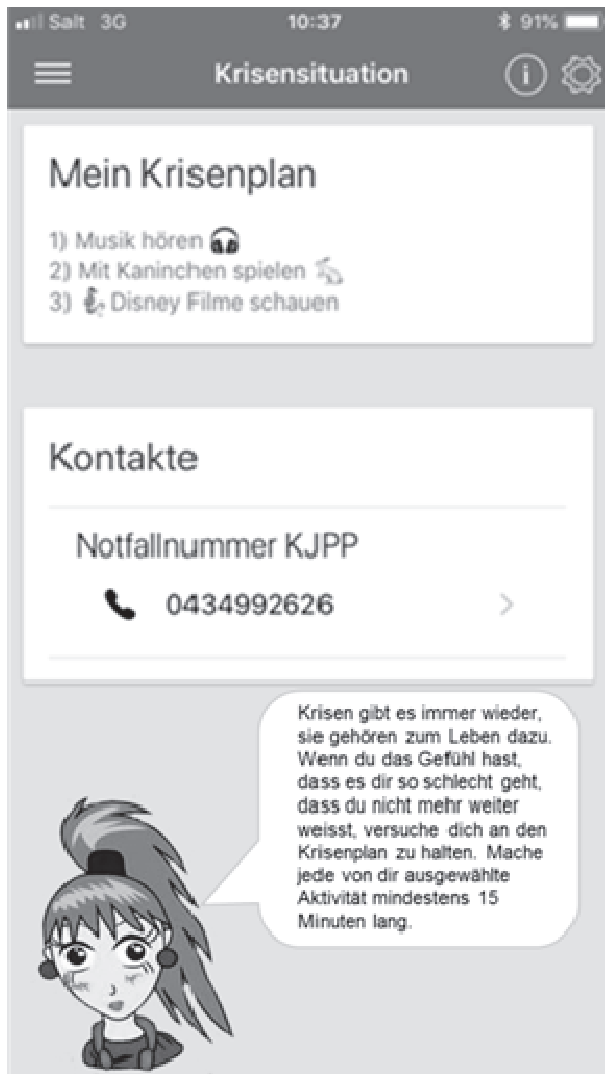


Die **Bibliothek** bietet positive Verstärkung für die Alltagsbewältigung. Studien zeigen, dass Patienten mit Risikosymptomen oft unter einem schlechten Selbstwert und mangelnden Strategien bezüglich Alltagsstress leiden (Schmidt, Grunert, Schimmelmann, Schultze-Lutter, & Michel, 2014) Ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit At Risk-Patienten liegt daher in der Stärkung ihres Selbstwerts und in der Ressourcenaktivierung.



In der Rubrik **Stärke** findet sich eine **Stärkeliste**, auf denen die Patienten Eigenschaften eintragen sollen, die sie an sich mögen. Unter **positive Erlebnisse** sollen sie täglich positive Ereignisse notieren. Dadurch sollen sie darin gefördert werden, Kleinigkeiten wahrzunehmen, die ihren Alltag schöner machen wie z.B. ein gutes Essen oder der Erhalt einer netten SMS.

Ein wichtiger Teil der Ressourcenaktivierung ist die Förderung der Eigenaktivierung und Selbstwirksamkeit der Patienten. Dazu dient die dritte Funktion der Bibliothek: **positive Aktivitäten**. Hier finden sich Listen mit Vorschlägen zu positiven Aktivitäten im Alltag. Die Vorschläge sind in die Kategorien Belohnung, körperliche Betätigung, kreative Aktivitäten, kognitives Training, Wellness, soziale Interaktionen und Entspannung unterteilt. Ziel ist es, dass die Patienten mindestens eine Aktivität täglich ausführen.



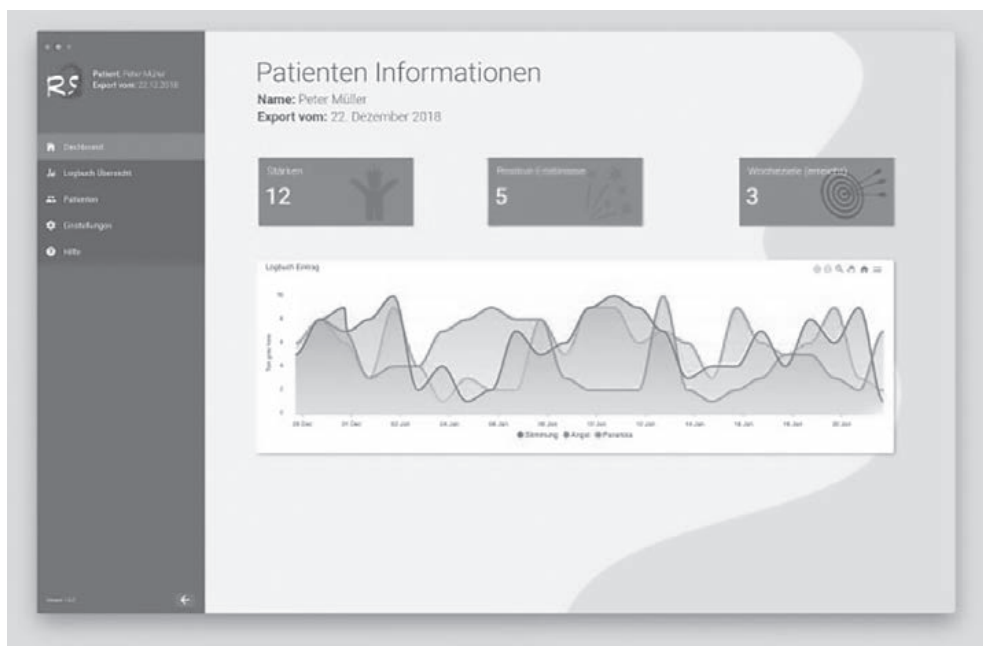
An dieser Stelle soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die App Robin kein Ersatz für eine therapeutische Behandlung ist. Sie stellt keine eigenständige Intervention dar und wir empfehlen den Einsatz der App in Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Begleitung und dass die Benutzung der App in der Therapie fortlaufend rückbesprochen wird.

Zusätzliches Auswertungsprogramm der Patientendaten

Aktuell sind die Daten wie Logbuch eingaben aber auch die Stärkeliste, positive Ereignisse und die erreichten Wochenziele nur auf dem eigenen Gerät einsehbar. In der Therapie werden die Inhalte besprochen, dazu müssen die Jugendlichen ihr Handy zeigen. Die Informatiker der App Robin Z arbeiten zurzeit an einem Auswertungsprogramm für die Daten der Jugendlichen.

Ziel ist es, dass die Jugendliche ihre Daten verschlüsselt an die Therapeuten schicken können. Die Therapeuten erhalten ein Email mit den verschlüsselten Daten. Außerdem erhalten sie von ihren Patienten ein Passwort, das sie bei jeder Versendung der Daten neu kreieren. Die Therapeuten können via das Auswertungsprogramm und mit Hilfe des Passwortes die Daten entschlüsseln und erhalten dadurch eine graphische Darstellung der Daten.

In der untenstehenden Abbildung sind Beispiele für diese graphische Darstellung sichtbar:



Studie ETRo

Die Effektivität des Therapieprogrammes Robin wird aktuell in einer naturalistischen Interventionsstudie mit Kontrollgruppen-Design evaluiert (mehr Information dazu: www.kjpd.uzh.ch/de/klinische-forschung/psychose/projects/Studie-ETRo0.html).

Basierend auf eine statistische Fallzahlenkalkulation werden insgesamt 30 Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren eingeschlossen, bei denen innerhalb der standardisierten Abklärung in der Früherkennungssprechstunde ein erhöhtes Psychoserisiko festgestellt wurde und die eine Psychotherapie aufgrund der At Risk-Symptomatik möchten. Die Jugendlichen werden über insgesamt 2 Jahre hinweg begleitet. Die Interventionsphase dauert mindestens 16 Wochen, wobei nach 8 Wochen die erste Zwischenmessung innerhalb der Studie stattfindet. Es finden des Weiteren jeweils 6, 12 und 24 Monate nach Einschluss Follow up Untersuchungen statt. Es werden über drei Jahre hinweg Patienten in die Studie eingeschlossen. In der vorliegenden Studie erhalten alle Studienteilnehmer die Prüfintervention. Als Kontrollgruppewerden bisherige klinische Daten aus der Standardbehandlung aus einer anderen Studienpopulation der gleichen Zielgruppe, die in unserer aus unserer Klinik behandelt wurden, verwendet.



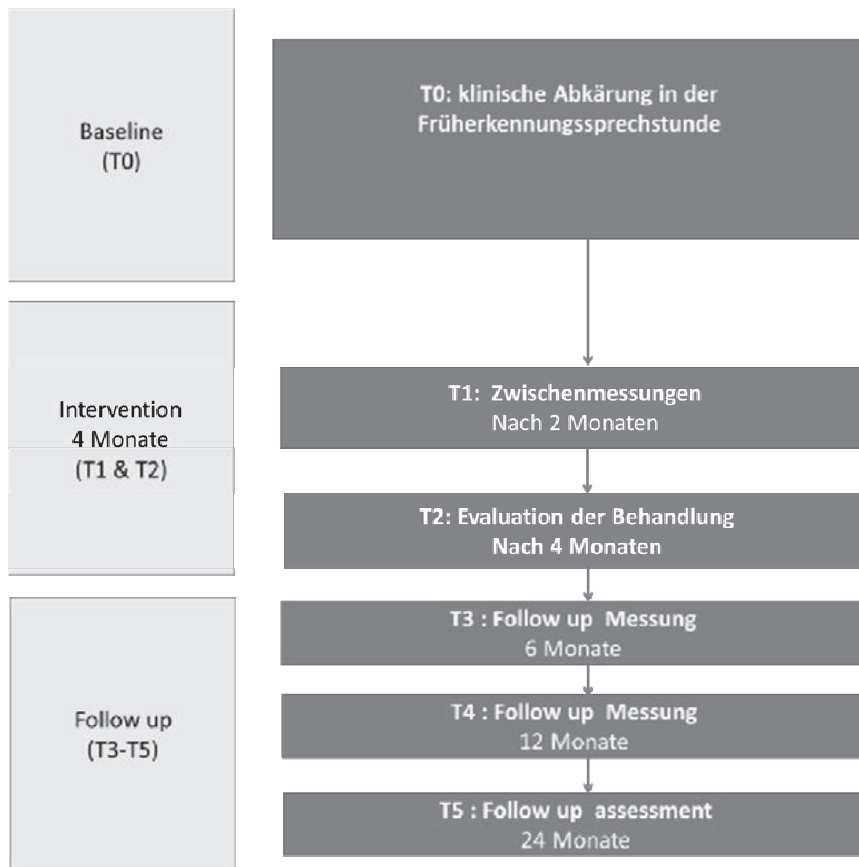


Abbildung: Studiendesign von ETRo

Fragestellungen

Das primäre Ziel ist es, die Wirksamkeit unseres Therapieprogrammes im Verlauf im Vergleich zu herkömmlichen unspezifischen Therapien (TAU) zu überprüfen. Dazu werden die Daten der Interventionsgruppe mit der Kontrollgruppe für folgende Themen verglichen:

- **At Risk- Symptome:** Ausprägungsgrad der At Risk- Symptomatik gemäss der klinischen Interviews zur Früherkennung SIPS (Miller et al., 2003) und SPI-CY (Schultze-Lutter & Koch, 2010)
- **Komorbiditäten:** Diagnostik und aktuelle Psychopathologie, sowie möglicher Zusammenhang mit der At Risk-Symptomatik: Erfassung der psychiatrischen Diagnosen mit dem klinischen Interview MINI Kid (Sheehan

et al., 1998) und Erfassung der aktuellen Depressivität mit dem klinischen Interview HAMD (Hamilton, 1960)

- **Allgemeines und soziales Funktionsniveau** : Ausprägungsgrad des globalen Funktionsniveau gemäss GAF (Hall, 1995), des sozialen Funktionsniveau GF: Social (Cornblatt et al., 2007) und der Funktionalität im Alltag gemäss SOFAS (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000).
- **Selbstwirksamkeit** : Ausprägungsgrad mittels Selbstbeurteilungsfragebogen SWE (Schwarzer, R., & Jerusalem, 1995)
- **Lebensqualität der Patienten**: Ausprägungsgrad der Lebensqualität gemäss Selbstbeurteilungsfragebogen MANSA (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999)

Zusätzlich wird Durchführbarkeit, Benutzerfreundlichkeit und subjektive Patientenzufriedenheit bezüglich des Therapieprogramms Robin erhoben:

- Erfassung Zufriedenheit mit der therapeutischen Behandlung mittels dem Selbstbeurteilungsfragebogen FFB-J (Mattejat & Remschmidt, 1993)
- Auswertung der therapeutischen Arbeitsblätter und Nutzungsdaten der App Robin im Hinblick auf Benutzung der Materialien
- Erfassung von Therapieabbrüchen
- Feedbackfragebogen zur App Robin Z

Projektbezogene eigene Publikationen: Artikel in Zeitschriften

Traber-Walker, N., Gerstenberg, M., Metzler, S., Walitza, S., & Franscini, M. (2019). Treatment approach "Robin" for adolescents at high risk for developing a psychotic disorder: therapy modules enhanced by a smartphone application. *European Neuropsychopharmacology*, 29, S399-S400. 10.1016/j.euroneuro.2018.11.605.

Traber-Walker, N., & Franscini, M. (2018). Robin: Smartphone App für Jugendliche mit psychischen Schwierigkeiten. *Psychoscope*, 39(5), 32-34.

Traber-Walker, N., Walitza, S., & Franscini, M. (2018). Robin Smartphone App für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko. *Psychotherapie Aktuell*, 10(1), 26-30.

Traber-Walker, N., Metzler, S., Gerstenberg, M., Walitza, S., & Franscini, M. (2018). F30. Smartphone Application "ROBIN": Feasibility, engagement and satisfaction of a Smartphone Application approach to support treatment of (attenuated) psychotic symptoms in adolescents. *Schizophrenia Bulletin*, 44(Suppl 1), S230.

Franscini, M., Traber-Walker, N., Gerstenberg, M., Metzler, S., & Walitza, S. (2018). S33. Eto-a prospective follow-up study of the combined treatment approach "ROBIN" for adolescents with high risk for developing a psychotic disorder: Therapy modules enhanced by a smartphone application. *Schizophrenia Bulletin*, 44(Suppl 1), S336.

Traber-Walker, N., Gerstenberg, M., Metzler, S., Joris, M. R., Karr, M., Studer, N., Zulauf-Logoz, M., Roth, A., Rössler, W., Walitza, S. & Franscini, M. Evaluation of the combined treatment approach "Robin" (standardized manual and smartphone App) for adolescents at clinical high risk for psychosis. *Frontiers of Psychiatry - Public Mental Health*, under review.

Wissenschaftliche Präsentation an (inter-)nationalen Kongressen:

Vortrag im Symposium "Transient positive symptoms, in transition to psychosis, or first episode psychosis - how to treat a moving target and improve outcome of affected youths?", Traber-Walker N., Gerstenberg M., Karr M., Walitza S., Franscini M. Prospective follow-up study of a combined treatment approach for adolescents with attenuated psychotic symptoms: therapy modules enhanced by a smartphone application. 17th International Congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Geneva, July 2017.

Vortrag im Symposium „Früherkennung und Behandlung von At Risk-Syndromen und beginnenden Psychosen bei Kindern und Jugendlichen: innovative Ansätze und Rolle der KJP“, Traber-Walker N. Robin: Therapiekonzept aus der Früherkennungssprechstunde Zürich. 35. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ulm, März 2017.

Vortrag im Symposium "Multimodale Behandlung beginnender Psychosen", Traber-Walker N. Smartphone-App aus der Früherkennungssprechstunde

Zürich. Jahreskongress der Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Basel, August 2016.

Geplant und angenommen Beiträge für 2019:

Vortrag im Symposium „Psychosis Across Life Span“, N. Traber-Walker, M. Gerstenberg, S. Walitza, M. Francini. Evaluation of the Smartphone App “Robin” for Supporting the Treatment of Adolescents with Attenuated and Frank Psychotic Symptoms. 27th European Congress of Psychiatry, Warsaw, April 2019.

Vortrag im Symposium „Früherkennung und Frühbehandlung von Psychosen bei Kindern und Jugendlichen“, Traber-Walker N. Robin. Evaluation der Smartphone App ‚Robin‘ zur Unterstützung der Behandlung attenuierter und manifester psychotischer Symptome bei Adoleszenten. 36. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Mannheim, April 2019.

Vortrag im Symposium “Psychosis risk in adolescents and young adults - from cognition to therapy”, Francini M. Treatment approach “Robin” for adolescents with high risk for developing a psychotic disorder: Therapy modules enhanced by a smartphone application, 18th International Congress of European Society for Child and Adolescent Psychiatry, Vienna, June 2019.

App Robin Z:

Robin Z kann seit September 2017 kostenlos im App-Store und bei Google Play heruntergeladen werden. Die App ist aktuell auf Deutsch, Französisch, Italienisch und Englisch verfügbar. Auf unserer Homepage www.robinz.uzh.ch gibt es eine Anleitung zur Benutzung der App Robin in allen vier Sprachen. Des Weiteren gibt es Video-Tutorials auf Deutsch.

Insgesamt wurde Robin Z weltweit über 1600mal heruntergeladen, davon 575 Downloads in Deutschland.

Therapiemanual

Eine baldige Veröffentlichung des Therapiemanuals in den Sprachen Deutsch und Englisch ist in Planung. Die Autorinnen des Therapiemanuals sind aktuell in Verhandlungen mit einem entsprechenden Lehrbuch-Verlag.

Literaturverzeichnis

- Abdel-Baki, A., Lal, S., Charron, O. D., Stip, E., & Kara, N. (2015). Understanding access and use of technology among youth with first-episode psychosis to inform the development of technology-enabled therapeutic interventions. *Early Intervention in Psychiatry*. <http://doi.org/10.1111/eip.12250>
- Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. a, González-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia Research*, 156(1), 96–106. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.021>
- Armando, M., Pontillo, M., & Vicari, S. (2015). Psychosocial interventions for very early and early-onset schizophrenia: a review of treatment efficacy. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 312–23. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000165>
- Baker, K., Howell, C., & Findling, R. L. (2016). Current Treatment Trends of Psychosis in Youth with Schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(1), 1–14. <http://doi.org/10.1007/s40501-016-0066-9>
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., ... Klosterkötter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22–29. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066357>
- Ben-Zeev, D. (2012). Mobile technologies in the study, assessment, and treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.
- Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 187). <http://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
- Bogart, K., Wong, S. K., Lewis, C., Akenzua, A., Hayes, D., Prountzos, A., ... Kravariti, E. (2014). Mobile phone text message reminders of antipsychotic medication: is it time and who should receive them? A cross-sectional trust-wide survey of psychiatric inpatients. *BMC Psychiatry*, 14(1), 15. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-15>
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E., & Cannon, T. D. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 688–702. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbm029>
- Correll, C. U., Hauser, M., Auther, A. M., & Cornblatt, B. A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51, 390–431. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02235.x>
- Firth, J., & Torous, J. (2015). Smartphone Apps for Schizophrenia : A Systematic Review Abstract Background Methods Eligibility Criteria and Study Selection. *JMIR Mental Health*, 3(4), 1–11.
- Forchuk, C., Donelle, L., Ethridge, P., & Warner, L. (2015). Client Perceptions of the Mental Health Engagement Network: A Secondary Analysis of an Intervention Using Smartphones and Desktop Devices for Individuals Experiencing Mood or Psychotic Disorders in Canada. *JMIR Mental Health*, 2(1), e1. <http://doi.org/10.2196/mental.3926>

- Fusar-Poli, P., Yung, A. R., McGorry, P., & van Os, J. (2014). Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, 44, 17–24. <http://doi.org/10.1017/S0033291713000184>
- Gaebel, W., Großimlinghaus, I., Kerst, A., Cohen, Y., Hinsche-Böckenholt, A., Johnson, B., ... Zielasek, J. (2016). European Psychiatric Association (EPA) guidance on the quality of eMental health interventions in the treatment of psychotic disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 125–137. <http://doi.org/10.1007/s00406-016-0677-6>
- Granhölm, E., Ben-Zeev, D., Link, P. C., Bradshaw, K. R., & Holden, J. L. (2012). Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 414–25. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr155>
- Haddock, G., Lewis, S., Bentall, R., Dunn, G., Drake, R., & Tarrrier, N. (2006). Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188(MAR.), 250–254. <http://doi.org/10.1192/bjp.188.3.250>
- Hall, R. C. W. (1995). *Global Assessment of Functioning: A Modified Scale*. *Psychosomatics*, 36(3), 267–275. [http://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](http://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)
- Hamilton, M. C. (1986). *Hamilton Depression Scale (HDS) with Melancholia Scale (MES)*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 23–28. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1986.tb10903.x>
- Hind, J., & Sibbald, S. L. (2015). Mini-Review Article : Smartphone Applications for Mental Health – A Rapid Review WURJ, 5, 1–9.
- Ising, H. K., Kraan, T. C., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R. M., Boonstra, N., ... & Wunderink, L. (2016). Four-year follow-up of cognitive behavioral therapy in persons at ultra-high risk for developing psychosis: the Dutch early detection intervention evaluation (EDIE-NL) trial. *Schizophrenia bulletin*, 42(5), 1243-1252.
- Kauppi, K., Kannisto, K. a, Hätönen, H., Anttila, M., Löyttyniemi, E., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2015). Mobile phone text message reminders: Measuring preferences of people with antipsychotic medication. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 514–522. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.044>
- Kimhy, D., Myin-Germeys, I., Palmier-Claus, J., & Swendsen, J. (2012). Mobile assessment guide for research in schizophrenia and severe mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 386–395. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr186>
- Lal, S., Dell'Elce, J., Tucci, N., Fuhrer, R., Tamblyn, R., & Malla, A. (2015). Preferences of Young Adults With First-Episode Psychosis for Receiving Specialized Mental Health Services Using Technology: A Survey Study. *JMIR Mental Health*, 2(2), e18. <http://doi.org/10.2196/mental.4400>
- Maric, N. P., Petrovic, S. A., Raballo, A., Rojnic-Kuzman, M., Klosterkötter, J., & Riecher-Rössler, A. (2018). Survey of the European Psychiatric Association on the European status and perspectives in early detection and intervention in at-risk mental state and first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/eip.12682>
- McGorry, P. D., Nelson, B., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., Thampi, A., ... Yung, A. R. (2013). Randomized controlled trial of interventions for young people at

- ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 349–356. <http://doi.org/10.4088/JCP.12m07785>
- Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., ... Cannon, T. D. (2014). Family-Focused Treatment for Adolescents and Young Adults at High Risk for Psychosis: Results of a Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(8), 848–858. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.020>
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., ... Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703–715. <http://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM- IV Social Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323–329. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x>
- Myin-Germeys, I., Birchwood, M., & Kwapil, T. (2011). From environment to therapy in psychosis: A real-world momentary assessment approach. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 244–247. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbq164>
- Palmier-Claus, J. E., Rogers, A., Ainsworth, J., Machin, M., Barrowclough, C., Lavery, L., ... Lewis, S. W. (2013). Integrating mobile-phone based assessment for psychosis into people's everyday lives and clinical care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13, 34. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3562160&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7–12. <http://doi.org/10.1177/002076409904500102>
- Reid, S. C., Kauer, S. D., Hearps, S. J. C., Crooke, A. H. D., Khor, A. S., Sanci, L. A., & Patton, G. C. (2013). A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomised controlled trial of mobiletype. *BMC Family Practice*, 14(1), 84. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-14-84>
- Rotondi, A. J., Eack, S. M., Hanusa, B. H., Spring, M. B., & Haas, G. L. (2013). Critical Design Elements of E-Health Applications for Users With Severe Mental Illness: Singular Focus, Simple Architecture, Prominent Contents, Explicit Navigation, and Inclusive Hyperlinks. *Schizophrenia Bulletin*, 1–9. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbt194>
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 388–404. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). FAQ General Self-efficacy Scale. Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs, (2008), 35–37. <http://doi.org/10.1037/t00393-000>

- Schultze-Lutter, F., & Koch, E. (2010). Schizophrenia Proneness Instrument: child and youth version (SPI-CY). *Fioriti.it*. Retrieved from http://www.fioriti.it/libri/pdf/Schultze-Lutter_SPI-CY_EET.doc\papers2://publication/uuid/BEAEDEF6-870C-490B-80CD-750C1D4602BE
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., ... Klosterkötter, J. (2015). EPA guidance on the early detection of clinical high risk
- Seko, Y., Kidd, S., Wiljer, D., & McKenzie, K. (2014). Youth Mental Health Interventions via Mobile Phones: A Scoping Review. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 17(9), 591–602. <http://doi.org/10.1089/cyber.2014.0078>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. In *Journal of Clinical Psychiatry* (Vol. 59, pp. 22–33). [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80239-9](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80239-9)
- Velthorst, E., Zinberg, J., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., Carrión, R. E., ... Bearden, C. E. (2018). Potentially important periods of change in the development of social and role functioning in youth at clinical high risk for psychosis. *Development and Psychopathology*, 30(1), 39–47. <http://doi.org/10.1017/S0954579417000451>

Autorinnen:

Dr. med. Mauricia Franscini, Leitende Ärztin
lic. phil. Nina Traber-Walker, Psychologin
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Neumünsterallee 3, CH-8032 Zürich
Tel. + 41 43 499 26 26
Website: <https://www.robinz.uzh.ch/de.html>

Hinweise für Autoren

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

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

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

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

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2019

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.400 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.
Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

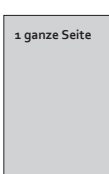



Bei Anfrage werden Agenturrabatte von 12 % angeboten.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.OG
55118 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de

 <p>1 ganze Seite</p>	<p>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 1.300,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 650,- Euro Mitglieder 300,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>	 <p>halbe Seite</p>	<p>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 700,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
 <p>drittel Seite</p>	<p>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro</p>	 <p>Umschlag Innenseiten</p>	<p>Sonderseiten Umschlag</p> <p>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p>Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

Termine 2019:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2019	14. März 2019	14. KW 2019
2-2019	13. Juni 2019	27. KW 2019
3-2019	12. September 2019	40. KW 2019
4-2019	13. Dezember 2019	1. KW 2020

* Änderungen vorbehalten

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, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

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

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank

IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

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

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.