

Inhalt

Editorial:

Aktuelle kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Coronavirus-Pandemie 2

Anträge zur Kinder- und Jugendreha nach Beendigung des Corona-Stopps
Alwin Baumann 16

Selektiver Mutismus im Kindesalter – Ein Plädoyer für einen integrativen
(Nitza Katz-Bernstein & Katja Subellok 22

Familienimagination in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis
Renate Sannwald 42

Menschwerdung als Beziehungswesen – (k)ein Wunder?
Alexander Trost 55

Zur Diskussion gestellt:

Bedeutung psychopharmakologischer Studien und deren Auswirkung auf die
kinder- und jugendpsychiatrische Praxis
Klaus-Ulrich Oehler 72

Kolumne: Forum-BKJPP vor 25 Jahren
Christian K. D. Moik 81

Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten
im Kindschaftsrecht (2. Auflage)
Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten 83

Buchrezension 110

Hinweise für Autoren 113

Abonnement forum 115

Beitrittserklärung zum Berufsverband BKJPP 116

Anzeigen 117

Mediadaten 125

Impressum 126

*Editorial:***Aktuelle kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte zur Coronavirus-Pandemie**

Manchem mag es schwerfallen, auch nach mehreren Wochen umfassender Berichterstattung immer noch ausreichend Interesse aufzubieten für ein gewissenhaftes Studium aktueller Coronavirus bezogener Informationen. Auch wenn eine gewisse Müdigkeit oder gar Überdrüssigkeit, im positiven Falle Gelassenheit bzgl. Nachrichten zu Risiken und Regelungen zur Coronavirus-Pandemie aufgetreten sein mag – sie ist zwar menschlich nachvollziehbar, jedoch nur innerhalb enger Grenzen professionell.

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist komplex und vielschichtig – und (auch) darum eines der attraktivsten Fachgebiete überhaupt. Manches lässt sich in umschriebenem Kontext zulässig auf monokausale Korrelationen simplifizieren, oft ist jedoch unter Berücksichtigung der ökologischen Validität eine Gratwanderung zwischen evidenzbasiertem gruppenstatistischen Wissen einerseits und individualisierter und kontextberücksichtigender Einzelfallanalyse andererseits unverzichtbar.

ADHS

Noch relativ umschrieben und einfach ist das Thema ‚Beginn einer ADHS-Medikation während der Coronavirus-Pandemie‘ für Patient*innen ohne persönliche kardiovaskuläre Untersuchung vor Beginn der Vorsichtsmaßnahmen aufgrund der Coronavirus-Pandemie (Cortese et al. 2020 und European ADHD Guidelines Group 2020): Die Autor*innen sind der Auffassung, dass Personen mit neurologischen Entwicklungsstörungen wie ADHS besonders gestresst sind durch die Pandemie und die damit verbundenen Distanzierungsmaßnahmen, und sie daher besonders gefährdet sind, vermehrt Verhaltensprobleme zu zeigen. Die Europäische ADHS-Leitlinien-Gruppe (EAGG) hat daher in Lancet Leitlinien für Bewertung und Management von ADHS während der Coronavirus-Pandemie publiziert.

Die EAGG hält es im Hinblick auf das Nutzen-Risiko-Verhältnis für angemessen, bei ADHS eine pharmakologische Behandlung ohne persönlichen Kontakt zu beginnen, wenn die drei folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Die Patient*in hat keine Atemnot bei Anstrengung in der Anamnese, Ohnmacht bei Anstrengung oder als Reaktion auf Schreck oder Lärm; Palpitationen, Atemnot oder Synkope (in Ruhe oder nach dem Training) oder Palpitationen, die schnell und regelmäßig auftreten und plötzlich beginnen und aufhören (flüchtige gelegentliche Extrasystolen sind normalerweise ektopisch und müssen nicht unbedingt weiter abgeklärt werden); oder Brustschmerzen, die auf einen kardialen Ursprung hindeuten oder eine zuvor dokumentierte Hypertonie, angeborene Herzanomalie, frühere Herzoperation oder Grunderkrankung, die das Risiko einer strukturellen Herzerkrankung erhöht (z. B. genetische Erkrankungen oder multisystemische Störungen).
2. Kein früher (<40 Jahre) plötzlicher Tod, der auf eine Herzerkrankung hindeutet, bei einem Verwandten ersten Grades in der Familienanamnese
3. Baseline Monitoring von Blutdruck und Herzfrequenz vor Beginn der Psychopharmakotherapie (z. B. durch ein Familienmitglied oder eine andere Person, bei Bedarf mit telefonischer Unterstützung oder per Videotelefonie durch die Ärzt*in).

Wenn die erste oder zweite Bedingung nicht erfüllt ist, sollte vor Beginn der pharmakologischen Behandlung eine Überweisung an eine Kardiolog*in erfolgen.

Wenn nur die dritte Bedingung (Basisüberwachung) nicht erfüllt ist, muss die verschreibende Ärzt*in die Risiken und Vorteile einer persönlichen Beurteilung im Zusammenhang mit der Schwere der ADHS-Symptome und den Auswirkungen auf die Patient*in und die Familie abwägen.

Eine anhaltende Tachykardie oder eine Arrhythmie oder ein familiäres kardiales Risiko in der Vorgeschichte erfordert ein 24-Stunden-EKG mit 12 Kanälen statt eines Standard-EKGs.

Unter den gegenwärtigen Umständen ist laut EAGG eine Herzauskultation nicht obligatorisch vor Beginn einer ADHS-Medikation, wenn keine Risikofaktoren bzgl. der ersten beiden o. g. Bedingungen vorliegen.

Darüber hinaus spricht die EAGG Empfehlungen aus, die teils auch für Kinder und Jugendliche mit anderen psychischen Störungen gelten können:

- Angesichts der Notwendigkeit einer physischen Distanzierung sollten Gespräche/Beratungen/gesprächsbasierte Behandlungen telefonisch und/oder per Videotelefonie bzw. Telepsychiatrie (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020; American Association of Psychiatry & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2020) erfolgen. Gemäß KV ist Gruppentherapie per Video zur Abrechnung nicht erlaubt, Gruppentherapiesitzungen können jedoch als Einzeltherapiesitzungen durchgeführt werden, es ist lediglich eine formlose Anzeige bei der Krankenkasse erforderlich. Akut-/Krisenbehandlung darf abrechnungsbezogen nicht per Video durchgeführt, sondern in der Praxis vorgehalten werden.
- Die Lehrkräfte in den Schulen sollten die Schüler*innen sorgfältig beobachten, insbesondere Schüler*innen mit ADHS und insbesondere Jugendliche aufgrund ihres desorganisierten und risikofreudigen Verhaltens. Beispielfragen: Nehmen die Schüler*innen am Online-Unterricht teil? Übermitteln sie ihre Hausaufgaben an die Lehrkräfte? Gibt es Besorgnis bzgl. ihres sozialen und emotionalen Wohlbefindens?
- Eltern sollten verhaltenstherapeutisch orientierte Erziehungsmaßnahmen ergreifen aufgrund des positiven Effekts auf bei Kindern mit ADHS häufig auftretenden oppositionell-trotzigen und dissozialen Verhaltens.
- Wenn face-to-face-Support durch eine Kinder- und Jugendpsychiater*in/-psychotherapeut*in nicht möglich ist, sollten Eltern auf Selbsthilfeversionen evidenzbasierter Programme, teils auch onlinebasiert, bauen. Eltern müssen jedoch vorsichtig sein und ungetestete Anwendungen, die mehr schaden als nützen, vermeiden. Stärkung des Selbstvertrauens des Kindes und Sicherstellung, dass alle Familienmitglieder wissen, was von ihnen erwartet wird, sind essentiell.
- In Bezug auf andere nichtpharmakologische Strategien sollten Patient*innen, die Neurofeedback oder kognitives Training anwenden, ermutigt werden, Transferübungen während der Hausaufgaben und bei neuen Herausforderungen fortzusetzen.
- Patient*innen mit ADHS sollten, wenn klinisch angezeigt und entsprechend der nationalen Leitlinien empfohlen, ermöglicht werden,

eine medikamentöse Therapie nach Abschluss der Erstuntersuchung zu beginnen bzw. bei bereits laufender Medikation diese fortzusetzen. Verhinderter Zugang zu pharmakologischer Behandlung kann nicht nur zum Risiko ausgeprägterer ADHS-Symptomatik führen, sondern auch bzgl. COVID-19, weil die ADHS-Symptomatik mit desorganisiertem und schlecht kontrolliertem Verhalten die Compliance bzgl. angemessener Distanz negativ beeinflussen kann.

Online-Befragung von YoungMinds

2111 junge Leute aus dem United Kingdom im Alter von 13 bis 25 Jahren (Durchschnittsalter 16 bis 17 Jahre), die die Frage „Hast Du jemals nach Unterstützung für Deine psychische Gesundheit gesucht?“ mit „Ja“ beantwortet hatten, nahmen an einer Online-Befragung von YoungMinds (2020) zum Thema „Coronavirus: Auswirkungen auf junge Menschen mit psychischem Hilfebedarf“ teil. 1294 von ihnen hatten ‘mental health support’ in den letzten 3 Monaten erhalten und hatten anhaltende psychische Probleme. Die Befragung erfolgte vom 20.03.2020 (an diesem Tag wurden im United Kingdom für die meisten Schüler die Schulen geschlossen) bis zum 24.03.2020 (weitere Verschärfung der Beschränkungen). Zur Frage, welche Auswirkungen die Pandemie hatte:

- 32% stimmten zu, dass dies ihre psychische Gesundheit erheblich verschlechtert hatte
- 51% stimmten zu, dass dies ihre psychische Gesundheit etwas verschlechtert hatte
- 9% stimmten zu, dass dies keinen Unterschied für ihre psychische Gesundheit bedeutet
- 6% gaben an, dass ihre psychische Gesundheit etwas besser geworden sei
- 1% gaben an, dass ihre psychische Gesundheit viel besser geworden sei

Viele Befragte gaben an, die Maßnahmen der Regierung zu verstehen und zu unterstützen – Schulen und Universitäten für die meisten Studierenden zu schließen, soziale Distanzierung zu fördern und öffentliche Versammlungen zu verbieten – und einige kritisierten ein zu langsames Tempo für restriktive Maßnahmen. Auch wenn die jungen Leute die Maßnahmen überwiegend akzeptierten, minderte dies nicht die Auswirkungen der Krise. Viele berichteten

von erhöhter Angst, Schlafstörungen, Panikattacken oder häufigerem Drang zur Selbstverletzung bei denjenigen, die sich bereits selbst verletzt hatten.

„Selbstisolation und soziale Distanzierung waren schlechte Angewohnheiten. Ich habe wirklich hart daran gearbeitet, um da herauszukommen. Jetzt werde ich dazu durch die Maßnahmen der Regierung gebracht und es wird mir gesagt, dass es das Richtige ist. Es ist sehr verwirrend und ich habe Angst, in den Teufelskreis zurückzufallen.“

Zitat eines Umfrageteilnehmers

Psychosoziale Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit COVID-19 ohne primäre psychische Störung

Komplexer und umfassender wird es bei allgemeiner operationalisierten Problematiken, doch auch aus somatischer Sicht spielt Psychotherapie bzw. psychologische Beratung für Kinder eine wichtige Rolle bei der Genesung von COVID-19. Insbesondere, wenn Stimmungsschwankungen, Angstzustände oder andere psychische Störungen auftreten, ist aktive psychologische Intervention bzw. psychotherapeutische Behandlung erforderlich (Shen et al. 2020).

Kinder, Eltern und Großeltern während der Corona-Pandemie

Die Darstellung erster Ergebnisse aktueller Studien kann hier nicht umfassend und vollständig erfolgen, sondern lediglich Appetit machen auf das Studium der Originaltexte.

Lochner (2020) führte in Kooperation mit dem Kinderschutzbund vom 01. bis 12.04.2020 eine Online-Befragung von Eltern in Thüringen durch zu Wohlbefinden der Kinder, Herausforderungen des Homeschooling und Unterstützungsbedarfen der Eltern in Zeiten von Corona. 4342 Personen nahmen teil, 3202 beantworteten den Fragebogen vollständig. Die Befragung verfolgte das Ziel, Einblicke in die familiäre Situation während der durch die Corona-Pandemie bedingten Schließung von Schulen und Kindertageseinrichtungen zu gewinnen. Es wurden Wohnverhältnisse, aktuelle Arbeitssituation, Einschätzung der Eltern zu Wohlbefinden der Kinder und Familienklima, Umgang mit Anforderungen zu Betreuung und schulischer Bildung der Kinder sowie Wahrnehmung von Informations- und Unterstützungsangeboten durch Schulen, Kindertageseinrichtungen, verantwortlichen Behörden und Arbeit-

gebern erfragt. Dabei wurden Befunde der Quarantäne-Forschung, fachliche Einschätzungen der Sozialen Arbeit zu den Anforderungen an Familien in der aktuellen Situation, Erkenntnisse zu familiären Lebensverhältnissen und familiären Belastungen sowie die in der aktuellen öffentlichen Debatte diskutierten Herausforderungen für Familien aufgegriffen. Aufgrund des offenen Teilnehmer*innen-Kreises der Online-Befragung erhebt die Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität. Es ist davon auszugehen, dass mit Blick auf die soziale Lage nicht alle Familien angemessen abgebildet werden. Mit Befragungsweisen, die auf die aktive Initiative der Befragten setzen, sind bildungsferne Personen schwieriger zu erreichen. Auch finden sich im Gesamtdatensatz Hinweise dafür, dass eher Eltern an der Befragung teilgenommen haben, die weniger stark von strukturell bedingten sozialen Belastungen betroffen sind. So liegt der Anteil Alleinerziehender bei 14 %. Laut Thüringer Landesamt für Statistik lebt jedoch etwa ein Viertel aller Thüringer Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil. Auch der Anteil der Arbeitslosen ist mit 2,6 % nur halb so hoch wie der Anteil an der Thüringer Gesamtbevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Mit fast 90 % haben sich überwiegend Frauen an der Befragung beteiligt.

Fast 80 % der Eltern geben an, dass ihre Kinder etwas vermissen (neben konkreten Personen und bestimmten Aktivitäten auch Orte sowie ganz grundsätzliche Handlungsmöglichkeiten und -routinen). Mit 94 % Zustimmung werden laut Eltern von den Kindern am häufigsten andere Kinder und Spielpartner*innen vermisst. Doch auch Bezugspersonen aus dem weiteren Familienkreis – z. B. Großeltern, ein getrenntlebendes Elternteil oder erwachsene Geschwister – fehlen mehr als 70 % der Kinder. Das pädagogische Personal aus den Einrichtungen, also vor allem Lehrer*innen und Erzieher*innen, werden von etwa 40 % der Kinder vermisst.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass ihre Kinder die Angebote aus Schule und Kita vermissen, 44 % fehlt die Teilnahme an Vereinstätigkeiten und Kursen. Knapp ein Drittel der Befragten stimmt zu, dass den Kindern auch die Bewegung und das Draußen sein fehlt.

Einige Befragte äußern, dass ihre Kinder Einschränkungen privater bzw. familiärer Aktivitäten wahrnehmen: Abgesagter Osterurlaub, ausgefallene Geburtstagsfeier, Reduzierung gemeinsamer Ausflüge oder Mangel an entspannter Familienzeit mit allen Familienmitgliedern werden angeführt.

Knapp 58 % der Eltern gaben an, dass ihr Kind äußert, etwas an der Situation besonders gut zu finden (Zeit mit Eltern und Geschwister genießen, veränderte Schlafenszeiten, über selbstbestimmte Zeit zu verfügen).

Verhältnismäßig wenige Eltern waren der Meinung, dass Homeschooling den Kindern gefällt. Allerdings gefällt es den Kindern laut Eltern, wenn sie ihre schulischen Aufgaben flexibel und selbstbestimmt in den Alltag integrieren können. Diese Kinder nehmen die Situation als Gelegenheit wahr, die Aufgaben im eigenen Lerntempo und ohne Konkurrenz- bzw. Leistungsdruck bewältigen zu können und dabei Ruhe und individuelle Unterstützung zu haben. Voraussetzung dafür ist, dass das Aufgabenpensum der Situation angemessen ist.

Den Kindern gefällt es offenbar nicht per se, dass Schule oder Kita ausfällt. 1323 der Eltern äußerten, dass ihre Kinder Angebote und Aktivitäten von Schule oder Kita vermissen, 708 gaben an, dass den Kindern der Ausfall gefällt.

Ein Viertel der Eltern gab an, dass sie ihr Kind als völlig unbelastet wahrnehmen. Sorgen und Ängste äußert laut Eltern ein Drittel der Kinder. Die meisten geben an, dass sie nur in geringem Maß bei ihren Kindern Sorgen und Zukunftsängste wahrnehmen. Nur etwa 4 % stimmen zu, dass ihre Kinder im hohen Maße Sorgen und Zukunftsängste äußern.

Die größte Sorge der Kinder bezieht sich auf den Themenkomplex „Gesundheit, Krankheit und Tod“. Mehr als die Hälfte der Eltern beschreiben Sorgen der Kinder um die eigene Gesundheit, die der Familie und von Freunden. Die Angst, dass die Großeltern an COVID-19 erkranken könnten, wird häufig explizit genannt. Mitunter wird die Angst vor Ansteckung, Krankheit und Tod auch im Sinne einer eher diffusen Bedrohung geäußert, die sich auf das Wohlbefinden und soziale Empfindungen auswirkt.

Das Deutsche Jugendinstitut München (2020) publizierte erste Ergebnisse ihrer vom 22.04. bis zum 04.05.2020 deutschlandweit durchgeführten Onlinebefragung, an der 8000 Eltern von Kindern im Alter von 3 bis 15 Jahren zur Situation von Familien in Zeiten von Corona befragt wurden. Zwar scheinen viele Kinder die mit der Coronavirus-Pandemie einhergehenden Herausforderungen eher gut oder sehr gut zu bewältigen, dennoch berichtet ein Drittel der Eltern, dass ihr Kind Schwierigkeiten hat, mit der aktuellen Situation zurechtzukommen. Familien mit einer angespannten finanziellen Situation

schätzten die Belastung ihrer Kinder höher ein als diejenigen, die ihre finanzielle Lage positiver beurteilen (51 % vs. 30 %). Auch Eltern mit maximal mittlerem formalem Bildungsabschluss gaben zu einem höheren Anteil an, dass ihre Kinder nicht gut mit der Situation zurechtkommen (41 % vs. 29 %).

„Die Daten zeigen, dass Eltern, die selbst unter der aktuellen Situation leiden, auch eher Belastungen bei ihren Kindern wahrnehmen“

Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Eltern die Belastung ihres Kindes höher einschätzen, wenn sie ihr Kind in der aktuellen Situation als einsam beschreiben, und wenn es häufiger zu Konflikten und chaotischen Situationen in der Familie kommt. Ein konfliktreiches Klima herrscht in 22% der befragten Familien zur Zeit der Krise häufig oder sehr häufig. Gleichzeitig gelingt mehr als Dreiviertel der Familien das ungewohnte ständige Zusammensein überwiegend gut. Allerdings sind in der Stichprobe überdurchschnittlich viele Familien mit hohem Bildungsgrad und ohne finanzielle Sorgen.

Viele Kinder erleben während der Kontaktbeschränkungen offenbar Gefühle der Einsamkeit: 27 % der befragten Eltern stimmen der Aussage eher oder ganz zu, dass sich ihr Kind zurzeit einsam fühlt. Fachkräfte und Lehrkräfte aus Kitas und Schulen tragen der Befragung zufolge nur wenig zur Abmilderung dieser Situation bei. Denn obwohl in nahezu allen befragten Haushalten zahlreiche Kommunikationskanäle zur Verfügung stehen, werden diese nach Einschätzung der Eltern nur in geringem Umfang durch die pädagogischen Fachkräfte und Lehrkräfte genutzt. Dies betrifft vor allem die Kindergartenkinder in den befragten Familien, von denen mehr als ein Viertel während der Krise gar nichts von ihren Bezugspersonen in der Kita gehört haben. Zwischen Lehrkräften und Schulkindern gibt es offenbar wesentlich mehr Austausch und hauptsächlich über E-Mails, Video-Chats und Textnachrichten; dieser bleibt jedoch in den meisten Fällen sporadisch.

Der Studie zufolge werden nahezu alle Kinder aufgrund der Schul- und Kitaschließungen in erster Linie von ihren Eltern betreut (98 %) und verbringen mehr Zeit mit ihnen und Geschwistern. Offenbar übernehmen Mütter häufiger als Väter die Kinderbetreuung. Deutlich weniger sehen alle Altersgruppen ihre Freundinnen und Freunde, wobei die befragten Eltern glauben, dass das am stärksten auf die Jüngsten zutrifft. Auch der Austausch mit den Großeltern ist nach Auskunft der Eltern bei 89 % deutlich weniger geworden. Besonders bei kleineren Kindern helfen Oma und Opa trotz anderslautender Empfehlung bei der Betreuung aus (18 % der Kita-Kinder, 13 % der Grundschul Kinder, 7

% der Kinder der Sekundarstufe I). Möglicherweise sahen sich einige Eltern unter dem Druck, Erwerbsarbeit und Kinderbetreuung gleichzeitig nachkommen zu müssen, dazu gezwungen, auf die Unterstützung der Großeltern zurückzugreifen.

Die Wechselwirkungen von Gesellschaft, großen, mittleren und kleineren Systemen sowie Individuen und intraindividuellen Subsystemen sind komplex (Spitzcok von Brisinski 2012, 2013, 2014, 2017a, b, c; Spitzcok von Brisinski & Philips 2016). Weitreichende Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie haben den Alltag der meisten Familien erheblich verändert. Die in Deutschland für Viele zum Aufwachsen gehörenden Institutionen wie Krippen, Kindergärten, Schulen und Horte waren über Monate nicht, nur für Notbetreuungen oder nur teilweise verfügbar und gehen nun allmählich wieder in den Regelbetrieb über. Zudem waren viele Freizeitaktivitäten, u. a. Besuch von Spielplätzen, Freizeitparks, Büchereien, Schwimmbädern, ausgesetzt. Auch hat sich der Arbeitsalltag vieler Eltern verändert: Manche arbeiten trotz Pandemie regulär weiter, manche im Homeoffice, andere befinden sich in Kurzarbeit und/oder sorgen sich um ihren Arbeitsplatz bzw. haben ihn verloren. Außerdem gelten Hygieneregeln und Verhaltensrichtlinien, die den Alltag von Kindern und Eltern beeinträchtigen. Wie es Eltern und ihren Kindern damit geht, wie ihr aktuelles Wohlbefinden ist, was ihren Alltag kennzeichnet, wie die Passung zu den Regelungen der Kitabetreuung, Schulöffnung und auch der Arbeitgeber*innen ist, sind die Kernfragen der Onlinebefragung KiCo, die vom 24.04.2020 bis 03.05.2020 durchgeführt wurde und deren erste Ergebnisse Andresen et al. (2020) publizierten. Über 25000 Personen haben mindestens 95 % des Fragebogens beantwortet. Die befragten Erwachsenen kamen aus allen 16 Bundesländern Deutschlands, allerdings ungleich verteilt: aus Hessen 30 %, Nordrhein-Westfalen 15,8 %, Baden-Württemberg 13,6 % bis Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Saarland (jeweils unter 200 Teilnehmer*innen). Über 5000 Befragte äußerten sich über die Inhalte des Fragebogens hinaus bzw. vertiefend. Exemplarisch seien hier genannt: „Ich habe bisher keinerlei Hilfen erhalten. Unverschuldet bin ich so wie andere auch in diese Situation gekommen. Man weiß nicht wie es weitergehen soll. Nachdem ich bereits unbezahlten und bezahlten Urlaub genommen habe bin ich am Ende meiner Kräfte, da nicht abzusehen ist wann die Kindergärten wieder öffnen“ und „Meine Familie profitiert vom Wegfall des Freizeitstress und der ewigen Hin- und Herfahrierei. Man steht heutzutage mit der ewigen Förderei und dem Hobbymuss so unter Stress. Das kann nur schädlich sein. Für unsere Familie und die Stärkung der Geschwister-

beziehung werde ich Corona ewig dankbar sein. Mal aus dem Hamsterrad auszusteigen ist eine wahnsinns Chance.“

Zwei Items gaben deutliche Hinweise auf kollektive Erfahrungen während der Pandemie: Zufriedenheit mit der Art und Weise wie die Zeit verbracht wird sowie Wahrnehmung der Sorgen. Die Befragten wurden gebeten, die Zufriedenheit damit, wie Zeit verbracht wird, bezogen auf zwei verschiedene Zeitpunkte – vor der Pandemie und währenddessen – anzugeben. Die befragten Personen sollten für sich und ihre Kinder auf einer Skala von 0 = total unzufrieden bis 10 = zu 100 % zufrieden Angaben machen.

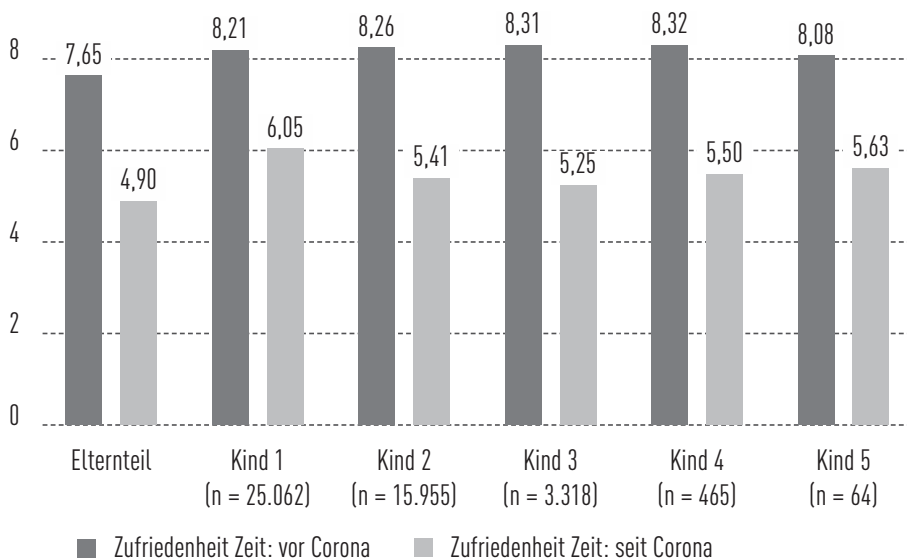


Abb. 1: Zufriedenheit mit dem Zeitvertrieb vor und seit der Pandemie (Mittelwerte; Skala 0-10). Aus: Andresen et al. 2020

Beispielhaft wird angeführt: das antwortende Elternteil schätzt sowohl für sich als auch für die im Haushalt lebenden Kinder die Zufriedenheit mit der verbrachten Zeit retrospektiv sehr hoch ein (Mittelwerte zwischen 7,65 und 8,32). Ein deutlicher Unterschied zeigt sich zur Zufriedenheit mit dem Zeitvertrieb seit der Pandemie, die Mittelwerte liegen hier zwischen 4,9 und 6,05. Die Zufriedenheit mit der Zeitgestaltung wurde seit den einschränkenden Maßnahmen deutlich niedriger eingeschätzt als die retrospektiv eingeschätzte Zufriedenheit zuvor – sowohl für das Elternteil als auch für alle Kinder. Auch gibt das Elternteil die eigene Zufriedenheit niedriger an als die der Kinder.

Etwa 60 % der befragten Erwachsenen, die mit Kindern unter 15 Jahren in einem Haushalt leben, fühlen sich offenbar nicht mit ihren Alltagsfragen und der Neu-Organisation ihres Familienlebens (auch als Arbeits- und Beschulungsort) gesehen. Ein Zitat: „Wir fühlen uns als Familie von der Politik im Stich gelassen. Alle möglichen Maßnahmen werden gelockert, aber die Entscheidung über Kitaöffnungen wird ständig verschoben. Das führt zu einer großen Ungewissheit und Frustration. Kinder können nicht monatelang zuhause bleiben, wir kommen langsam an einen Punkt, wo es wirklich kritisch wird.“

Eine Gruppe der Befragten charakterisiert die zurückliegenden Wochen als „schöne Zeit“, die sie in der Familie dazu veranlasst hat, über Alternativen der Alltagsgestaltung nachzudenken. Dabei berichten sie sowohl von neuen Freiheiten ihrer Kinder als auch von einem eigenen Empfinden, das häufig mit dem Begriff der „Entschleunigung“ beschrieben wird. In folgendem Zitat werden Bedingungen, die wohl in vielen Familien eine Rolle spielen, angesprochen, verbunden mit der Sorge, dass sich die Kinder nach der Aufhebung der Maßnahmen wieder umstellen und damit auch auf etwas, was jetzt erlebt wird, verzichten müssen: „Durch die lange und schöne Zeit, welche meine Tochter zu Hause hat, wird der Wiedereinstieg in die Kita sicherlich sehr schwer. Wir sind froh gesunde und relativ junge (62 Jahre) Großeltern zu haben. Ansonsten wäre es nicht möglich die Situation so angenehm für alle zu meistern.“

Einige stellen die Frage, ob die Krise nicht dazu genutzt werden müsste, Familien mehr Entscheidungsfreiräume zu geben: „Ich freue mich sehr zu sehen, wie sehr meine Kinder das Lernen zu Hause genießen und welche Fortschritte sie in kürzester Zeit machen. Ihr Lernen erscheint mir sehr effektiv und mit mehr Begeisterung zu passieren als in den von ihnen besuchten Einrichtungen. Ich beginne mich zu fragen, ob Homeschooling in Deutschland nicht dauerhaft für Familien eine legale Option werden sollte.“

„Aber für uns als Familie bedeutet die Situation gerade Entschleunigung und weniger Stress. Es regt dazu an, mögliche Veränderungen in die Nach-Corona-Zeit zu übertragen z. B. Fremdbetreuung des Kindes verringern, weniger Termine in der Freizeit etc.“

Manche Eltern beschreiben aber auch den Stress, gleichzeitig einen anspruchsvollen Familienalltag zu organisieren, den Anforderungen der Schule und den Ansprüchen an Berufstätigkeit entsprechen zu wollen sowie dem

Wunsch nach erfüllter Partnerschaft gerecht zu werden: „Der Stress und dieses ewige hin und her, zur Arbeit, zur Schule, Kinder von den Großeltern abholen, hinbringen zu Hobbies, zu Freunden, zu sonstigen Veranstaltungen ... fällt alles weg. Diese gewonnene Zeit genieße ich.“

Oft wird beschrieben, dass die Kinder glücklich seien über die Freiheiten und darüber, z. B. morgens länger schlafen zu können. Demnach kann es sich als Ressource erweisen, trotz der Krise als Familie eine schöne Zeit zu haben – wenn ausreichend gute Rahmenbedingungen vorhanden sind.

„Auch die Großeltern sind sehr traurig und depressiv, weshalb wir den Kontakt zu ihnen ein klein wenig gelockert haben. Auch meinem Mann fehlen die sozialen Kontakte nun immer mehr, was zu Unzufriedenheit und schlechter Laune führt. Die Ungewissheit, wann und wie es weitergeht, spielt ebenso eine Rolle.“ (Andresen et al. 2020, S. 14)

Meine persönlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Erfahrungen in dieser Zeit sind ganz überwiegend, dass viele Patient*innen am Anfang der Coronavirus-Pandemie noch froh waren, durch die zwangsweise verminderten nichtvirtuellen Sozialkontakte besser zurecht zu kommen. Im Verlauf klagten jedoch viele Eltern, dass es zu Hause immer schwieriger werde.

„Ungewissheit über Kita- und Schulschließungen und finanzielle Ungewissheit – durch Corona bin ich ab Juni arbeitslos, meine Branche derzeit nicht existent und die Kitas ungewiss über Platzvergaben, da niemand weiß, wann alle Kinder wieder hin dürfen, es ist ein Dilemma, da sich Kinderbetreuung und Arbeitssuche gegenseitig bedingen.“ (Andresen et al. 2020, S. 15).

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm untersucht mittels Online-Umfrage, wie Menschen in verschiedenen Lebenssituationen mit den Herausforderungen der Krise umgehen (Wie belastend ist die Krise? Studie zu Stress und Stressbewältigung während der Coronavirus-Pandemie, Clemens 2020). Fragen sind u. a.: Wie hat sich der Alltag der Menschen in der neuen und ungewohnten Situation in den letzten Wochen und Monaten verändert? Wie wirken sich diese Veränderungen auf die persönliche Situation und das individuelle Wohlbefinden aus? Teilnehmen können alle Personen über 18 Jahren. Ziel ist es, Faktoren zu identifizieren, die einen Einfluss auf die Bewältigung der Corona-Krise haben. Dazu zählen auch belastende Erfahrungen in der Kindheit, die den Umgang mit der Krise

beeinträchtigen können. Die Ergebnisse sollen gezieltere Hilfestellungen ermöglichen. Das Zentrum für Traumaforschung und das Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin in Baden-Württemberg ist an den Auswirkungen früher Kindheitsbelastungen und anderer traumatischer Erfahrungen interessiert, weshalb auch zu diesen Themen Daten im Fragebogen erhoben werden. Es werden noch Teilnehmer*innen für die Studie gesucht (<https://ww2.unipark.de/uc/stressbewaeltigung/>). Die Bearbeitung des Fragebogens dauert etwa 15 bis 20 Minuten.

Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur:

- American Association of Psychiatry, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (2020) Child & Adolescent Telepsychiatry. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry/toolkit/child-adolescent> [Zugriff 07.06.2020]
- Andresen S, Lips A, Möller R, Rusack T, Schröer W, Thomas S, Wilmes J* (2020) Kinder, Eltern und ihre Erfahrungen während der Corona-Pandemie. Erste Ergebnisse der bundesweiten Studie KiCo. Hildesheim: Universitätsverlag Hildesheim. <https://dx.doi.org/10.18442/121> [Zugriff 08.06.2020]
- Clemens V* (2020) Wie belastend ist die Krise? Das Universitätsklinikum Ulm sucht Teilnehmer*innen für Studie zu Stress und Stressbewältigung während der Coronavirus-Pandemie. https://www.uniklinik-ulm.de/aktuelles/detailansicht/news/wie-belastend-ist-die-kri-se.html?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=46eff093c5d9c316fc715ff0beed53e4 [Zugriff 08.06.2020]
- Cortese S, Coghil D, Santosh P, Hollis C, Simonoff E on behalf of the European ADHD Guidelines Group* (2020) Starting ADHD medications during the COVID-19 pandemic: recommendations from the European ADHD Guidelines Group. *Lancet Child Adolesc Health* Vol 4(6), E15, June 01, 2020, Published: May 12, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30144-9](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30144-9)
- Deutsches Jugendinstitut München* (2020) Wie sich die Corona-Krise auf Kinder und Eltern auswirkt. Das DJI veröffentlicht erste Ergebnisse einer Online-Befragung von Eltern. <https://www.dji.de/veroeffentlichungen/aktuelles/news/article/758-wie-sich-die-corona-krise-auf-kinder-und-eltern-auswirkt.html> [Zugriff 08.06.2020]
- European ADHD Guidelines Group* (2020) Starting ADHD medications during the COVID-19 pandemic: recommendations from the European ADHD Guidelines Group [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30144-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30144-9/fulltext)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (2020) Coronavirus: Hinweise zur Videosprechstunde. https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Coronavirus_Videosprechstunde.pdf

- Lochner, B.* (2020) Thüringer Familien in Zeiten von Corona – Wohlbefinden der Kinder, Herausforderungen des Homeschooling & Unterstützungsbedarfe der Eltern. Erste Befunde. https://www.dksbthueringen.de/fileadmin/user_upload/pdf/Praesentationen/20-04-25_Befr.Familien-1.Befunde.pdf [Zugriff 08.06.2020]
- Shen, K., Yang, Y., Wang, T. et al.* (2020) Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr.* <https://doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7>
- Spitzok von Brisinski I* (2012) Selbstorganisation. In: J. V. Wirth, H. Kleve (Hrsg.) *Lexikon des Systemischen Arbeitens. Grundbegriffe der systemischen Praxis, Methodik & Theorie.* Heidelberg: Carl-Auer, 363-366
- Spitzok von Brisinski I* (2013) Systemische Aspekte von Verhaltenssuchten und Impulskontrollstörungen. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 23(3), 43-9
- Spitzok von Brisinski I* (2014) Systemische Sicht. In: Bilke-Hentsch, O., Wölflin K., Batra, A. (Hrsg.) *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.* Stuttgart, New York: Thieme, 48-57
- Spitzok von Brisinski I* (2017a) Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. *Psychotherapie im Dialog* 18(2), 70-73
- Spitzok von Brisinski I* (2017b) Ansätze in der systemischen Therapie von ADHS. Teil 2: Interventionen. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 35 (2), 75-90
- Spitzok von Brisinski I* (2017c) Systemische Erklärungsmodelle für ADHS – eine Übersicht. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung* 35 (1), 13-21
- Spitzok von Brisinski I, Philips L* (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) *Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe* 14, S. 155-170
- YoungMinds* (2020) Coronavirus: Impact on young people with mental health needs. https://youngminds.org.uk/media/3708/coronavirus-report_march2020.pdf [Zugriff 08.06.2020]

Anträge zur Kinder- und Jugendreha nach Beendigung des Corona-Stopps

Alwin Baumann

Die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche beenden ihren Corona-Stopp und nehmen ab Ende Mai und Anfang Juni wieder Kinder und Jugendliche auf. Die neuen Aufnahmen erfolgen unter strengen Hygiene-Regelungen, um eine Ansteckung mit COVID-19 bei Patienten und Mitarbeitern zu vermeiden. Die Coronaviruserkrankungen (COVID-19) hatten ab Mitte März auch die Kinder- und Jugendreha zeitweise zum Erliegen gebracht.

Corona-Pandemie stoppte den Trend zu immer mehr Rehamaßnahmen bei psychischen und Verhaltensstörungen

Durch das Flexirentengesetz Ende 2016 wurde die Kinder- und Jugendrehabilitation eine Pflichtleistung der Deutschen Rentenversicherung. Diese Neuregelung führte zu einer Steigerung der Bewilligungen um 16 Prozent in drei Jahren. Dieser Trend setzte sich auch im Januar und Februar dieses Jahres um weitere sechs Prozent fort. Überproportional stiegen die Anträge und Bewilligungen bei den F-Diagnosen an. Die psychischen und Verhaltensstörungen sind mittlerweile mit einem Anteil von rund 30 Prozent der häufigste Grund für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Mit Beginn der Pandemie in Deutschland wurden 2020 im März 17 Prozent weniger Anträge gestellt, im April setzte sich dieser Abwärtstrend verstärkt mit einem Rückgang von über 50 Prozent fort. In Folge der politischen Entscheidung zur Beschränkung der sozialen Kontakte vom 16.03.20 empfahl die Deutsche Rentenversicherung ab 18.03.20 keine Neuaufnahmen mehr zu veranlassen. Manche Bundesländer verfügten eine Unterbrechung der laufenden Rehabilitationsmaßnahmen, um die Rehakliniken zur Unterstützung der Pandemiebekämpfung heranziehen zu können. Die Rehakliniken für Kinder

und Jugendliche folgten den Empfehlungen, so dass nach und nach die Kliniken, bis auf medizinisch nicht aufschiebbare Maßnahmen, keine Rehabilitationen mehr durchführten. Aufnahmen der nächsten Monate wurden komplett verschoben. Die finanziellen Einbußen wurden teilweise durch Kurzarbeit, Versicherungsleistungen und die Schutzschilde aufgefangen.

Nach zwei Monaten Corona-Stopp läuft die Kinder- und Jugendreha wieder an

Die Auswirkungen der Corona-Krise zeigten sich auch bei den Anfragen auf der Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de des Bündnisses Kinder- und Jugendreha e.V.. Besuchten im Januar noch 25.000 Familien, Ärzte und Therapeuten die Website der Kinder- und Jugendreha, so waren es im April nur noch 5.000. Seit Mai nahmen die Anfragen wieder zu und der Druck auf die Kliniken wuchs, wieder Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Die Einschränkungen mit geschlossenen Kinderspielplätzen, Kindertageseinrichtungen und Schulen belasten die Familien zunehmend. Bestehende Konflikte um die Einhaltung der therapeutischen Maßnahmen verschärfen sich in der häuslichen Enge. Psychosomatische Störungen, die etwa durch expansives Verhalten gekennzeichnet sind, werden noch auffälliger als in normalen Zeiten. Die durch die Krise verstärkten Probleme Alleinerziehender oder von Familien, die durch Kurzarbeit oder entstehende Arbeitslosigkeit belastet sind, wirken sich negativ auf bestehende familiäre Probleme aus. Familien, die ohnehin wenig Ressourcen zur Verfügung haben, sind in Krisenzeiten besonders auf Unterstützung angewiesen. Die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche haben deswegen und in Folge der Lockerungen der Einschränkungen, im April entschieden, ihren Betrieb im Mai und Juni wieder aufzunehmen.

Das Hygienekonzept schützt Patienten, Begleitpersonen und Mitarbeiter während der Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Rehabilitation und Prävention e.V. (DGpRP) haben Empfehlungen erarbeitet, unter welchen Bedingungen die Rehabilitationsmaßnahmen in den Kliniken wieder durchgeführt werden können. Die Rehakliniken haben auf dieser Grundlage ein auf das jeweilige Haus zugeschnittenes Hygienekonzept entwickelt, um das Infektionsrisiko bei Patienten und Begleitpersonen sowie den Mitarbeitern möglichst klein zu halten. Das Konzept sieht auch rechtzei-

tige Maßnahmen mit Testungen und Isolierungen vor, sollte es trotzdem zu einem Verdacht auf eine Infektion mit COVID-19 kommen. Verantwortlich für die Entwicklung und die laufende Anpassung des Hygienekonzeptes sind die ärztliche und kaufmännische Leitung in Zusammenarbeit mit dem Hygienebeauftragten, dem Betriebsrat und den wichtigsten Bereichsleitungen. Das örtlich zuständige Gesundheitsamt wird von Anfang an einbezogen.

Veränderungen der Patientenaufnahme und Durchführung der Rehabilitation solange die Corona-Pandemie anhält

Die Kliniken legen fest, wie viele Patienten mit welchen Erkrankungen, in welchem Alter und mit wie vielen Begleitpersonen aufgenommen werden. Es wird auch über den Anreiserhythmus mit Einzel- oder Blockanreisen nachgedacht. Die Kontaktaufnahme und Terminabstimmung mit den Familien erfolgt telefonisch mit ersten Informationen und einer schriftlichen Befragung zur Gesundheits- und Kontaktsituation. Kurz vor dem Aufnahmetag erfolgt eine erneute Kontaktaufnahme. Ist die Gesundheitssituation unklar, wird die Aufnahme auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die Kliniken empfehlen den Familien zur Kontaktreduzierung wenn möglich nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln anzureisen. Beim Aufnahmegespräch werden die Hygienemaßnahmen, die Durchführung der Therapien und die Besuchsregelungen besprochen. Die Hygienemaßnahmen und das Abstandsgebot gelten bei allen Angeboten, beim Essen und in der Freizeit. Bis auf die kleinen Kinder gilt eine Maskenpflicht für Mitarbeiter, Patienten und Begleitpersonen. Bei Patienten und Begleitpersonen werden zum Mund-Nasen-Schutz auch sogenannte Alltagsmasken akzeptiert.

Antragstellung bei einer Kinder- und Jugendreha

Leistungsträger der Rehabilitation sind die Rentenversicherungsträger, die Krankenkassen und die Beihilfe. Kinder und Jugendliche erhalten wie Erwachsene eine Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung. Die Eltern beantragen sie aus der Rentenversicherung eines Elternteils. Über wen das Kind krankenversichert ist, spielt dabei keine Rolle. Auf der jeweiligen jährlichen Renteninformation steht, welche Rentenversicherung zuständig ist. Sind die Eltern unterschiedlich rentenversichert, können sie auswählen, wo sie den Antrag stellen. Kinder und Jugendliche, die in einer Pflegefamilie leben, erhalten die Reha über die Rentenversicherung der Pflegeeltern.

Der Kinder- und Jugendpsychiater füllt den zweiseitigen Befundbericht aus. Besteht bei den Eltern kein Anspruch gegenüber der Rentenversicherung, ist der Antrag bei der Krankenversicherung zu stellen. Bei Beamten läuft die Antragstellung über die Beihilfe und die private Krankenversicherung. Die Klinikauswahl obliegt dem Leistungsträger, die Eltern haben ein Wunsch- und Wahlrecht und können eine andere geeignete Klinik wählen. Auch der Kinder- und Jugendpsychiater kann im Befundbericht im Bemerkungsfeld eine gewünschte Klinik angeben.

Bei der Beantragung einer Reha ist der Befundbericht entscheidend

Bei Einleitung und Initiierung einer medizinischen Rehabilitation für ein Kind oder einen Jugendlichen bei der Rentenversicherung kommt dem Kinder- und Jugendpsychiater eine entscheidende Bedeutung zu. Allerdings kann er eine Rehabilitation – sie ist eine Antragsleistung – nicht verordnen, sondern er dokumentiert die Notwendigkeit einer stationären Rehabilitation im ärztlichen Befundbericht. Mit dem Honorarantrag macht er seinen Aufwand geltend. Der rentenversicherte Elternteil beantragt die Rehabilitation und füllt dazu den Antrag aus. Die konzeptionelle Grundlage der Rehabilitation bildet das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. Ziel der Rehabilitation ist die krankheitsbedingten Teilhabestörungen positiv zu beeinflussen. Deswegen hat sich die Rehabilitation das Motto „Reha rettet Lebensläufe“ gegeben. Für den Befundbericht bedeutet dies, dass neben den Diagnosen vor allem die Teilhabestörungen in Familie, Kindergarten, Schule, Freundeskreis, beim Sport und bei den sonstigen Aktivitäten aufzuführen sind.

Die Angaben des Kinder- und Jugendpsychiaters im Befundbericht

Der Befundbericht dient der Rentenversicherung als Grundlage zur Bewilligung des Antrags und zur Wahl der geeigneten Rehabilitationsklinik. Die Klinik erstellt mit dem Befundbericht in Abstimmung mit Patient und Eltern den Rehabilitationsplan und legt die Ziele der Rehabilitation fest.

Aus diesen Gründen notiert der Kinder- und Jugendpsychiater die aktuellen Diagnosen, die Krankheitsvorgeschichte, die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen sowie die bisherige Therapie. Des Weiteren wird eine aktuelle Diagnostik benötigt. Für die Klinik ist es sehr hilfreich, wenn

Psychische und Verhaltensstörungen	
<i>Verhaltensstörungen</i>	<i>Anpassungsstörungen</i>
ADHS emotionale Störungen Schulabsentismus Störung des Sozialverhaltens Bindungsstörungen Enuresis Enkopresis	Angststörungen Belastungsstörungen <i>Depressionen</i> depressive Episode manische Episoden affektive Störungen
<i>Entwicklungsstörungen</i>	<i>Körperliche Verhaltensauffälligkeiten</i>
Sprachentwicklungsstörungen Störungen schulischer Fertigkeiten Asperger-Syndrom Autismus	Essstörungen Anorexie Bulimie Schlafstörungen selbstverletzendes Verhalten
Krankheiten des Atmungssystems	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Asthma bronchiale Bronchitis Krankheiten der oberen Atemwege	Adipositas Mukoviszidose Diabetes mellitus
Krankheiten der Haut	Orthopädische Erkrankungen
Atopisches Ekzem Psoriasis	Skoliose Kyphose und Lordose Juvenile Arthritis Verletzungen des Knies
Bösartige Neubildungen	Krankheiten des Nervensystems
Lymphatische Leukämie Bösartige Neubildung des Gehirns Hodgkin-Krankheit	Infantile Zerebralparese Epilepsie Migräne Hemiparese und Hemiplegie
Krankheiten des Verdauungssystems	Angeborene Fehlbildungen
Zöliakie Morbus Crohn Colitis ulcerosa	

der Kinder- und Jugendpsychiater Rehabilitationsziele aus seiner Sicht benennt sowie Besonderheiten, die die Klinik bei der Durchführung der Rehabilitation beachten sollte.

Die häufigsten Diagnosen in der Kinder- und Jugendrehabilitation

An eine Rehabilitation ist immer dann zu denken, wenn Erkrankung und Probleme durch eine interdisziplinäre Rehabilitationsbehandlung positiv beeinflusst werden können. Bei psychischen und Verhaltensstörungen ist die Abgrenzung zur Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beachten. Eine Rehabilitation kommt in Abhängigkeit vom Schweregrad und der Gruppenfähigkeit in Frage.

Die Diagnosen für eine Kinder- und Jugendreha bei der Rentenversicherung waren 2018 psychische und Verhaltensstörungen (26,6 %), Atemwegserkrankungen (24,1 %), Adipositas (16,7 %), Hauterkrankungen (9 %), orthopädische Erkrankungen (8,3 %), Diabetes mellitus (2,3 %), onkologische Erkrankungen (2,2 %), Krankheiten des Nervensystems (2,0 %) und andere (8,8 %).

Informationen, Beratung und Unterstützung durch das Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.

Der gemeinnützige Verein „Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V.“ mit Sitz in Berlin ist ein Zusammenschluss der Rehakliniken für Kinder und Jugendliche in Zusammenarbeit mit den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften und Verbänden. Aufgabe des Vereins ist es, über die Kinder- und Jugendreha zu informieren und betroffene Familien sowie Ärzte und interessierte Fachleute zu beraten und zu unterstützen. Formulare zum Befundbericht und für den Antrag zur Rehabilitation sind auf der Startseite der Homepage www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de zu finden. Hier finden sich auch alle weiteren Informationen zur Kinder- und Jugendreha, ebenso eine Vorstellung aller Rehabilitationskliniken. Die Kinder- und Jugendpsychiater und die betroffenen Familien können sich vom Bündnis beraten lassen. Flyer zur Kinder- und Jugendreha für die Familien können hier bestellt werden.

Autor:

Alwin Baumann (Sprecher)

Bündnis Kinder- und Jugendreha e. V.

Freiherr-von-Eichendorff-Str. 8/1, 88239 Wangen im Allgäu

Tel.: 07522 9302661, Mob.: 0151 55109994

E-Mail: a.baumann@bkjr.de

www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de

Selektiver Mutismus im Kindesalter – Ein Plädoyer für einen integrativen interdisziplinären Behandlungsansatz

Nitza Katz-Bernstein & Katja Subellok

Zusammenfassung:

Selektiver Mutismus (SM) gehört zu den Angststörungen mit Beginn im Kindesalter. Entstehungshintergrund und Komorbiditäten sind komplex, ebenso die Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung. Disziplinär zeigen sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie die Logopädie/Sprachtherapie für SM verantwortlich.

In diesem Beitrag wird dafür plädiert, dass nur über ein gut koordiniertes Disziplinen übergreifendes Vorgehen in Diagnostik und Therapie der Komplexität des Phänomens entsprochen werden kann. Skizziert wird ein methodenkombinierter, integrativer und Praxis bewährter Therapieansatz.

1. Selektiver Mutismus – was sagt die Fachliteratur?

Heutzutage hat sich der Begriff selektiver Mutismus (SM) etabliert (American Psychiatric Association, 2015). SM wird als konsequentes Schweigen in umschriebenen Situationen oder gegenüber bestimmten Personen definiert, das nicht willentlich zu beeinflussen ist. Häufig tritt das Schweigen in Bildungseinrichtungen wie Kita und Schule oder mit fremden Personen auf. In anderen vertrauten Situationen wie zuhause hingegen können die Kinder ganz unbefangen sprechen. Die Schweigesymptomatik kann interindividuell stark variieren. So sprechen Kinder etwa mit den Großeltern ausschließlich im eigenen Zuhause, nicht aber außerhalb, oder mit ihren Freunden nur außerhalb und niemals in der Kita.

Die **Prävalenz** liegt bei 0,1% - 0,7% der klinisch erfassten Kinder (Bergman et al., 2002), wobei eine hohe Dunkelziffer vermutet werden kann (Starke & Subellok, 2012). Mädchen sind in etwa 1,5 mal häufiger als Jungen betroffen (Dummit et al., 1997). Am häufigsten beginnt die Störung im Alter von drei bis vier Jahren (ebd.; Steinhausen & Juzi, 1996).

Im DSM-5 zählt SM zu den Angststörungen (American Psychiatric Association, 2015). In der Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020) ist der elektive Mutismus (F94.0) unter den Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gelistet. In beiden Inventaren wird über die Kernsymptomatik des Schweigens hinaus auf eine Beeinträchtigung der Kinder im sozialen Verhalten und die Auswirkungen der Störung auf alle Entwicklungs- und Lebenskontexte hingewiesen. Außerdem ist von hohen Komorbiditäten mit Angststörungen, insbesondere der sozialen Ängstlichkeit (Viana et al., 2009), und weiteren Entwicklungsauffälligkeiten, besonders Beeinträchtigungen der sprachlichen Entwicklung (30-50 %, Kristensen, 2000; Steinhausen & Juzi, 1996), auszugehen.

Zum multifaktoriellen Entstehungshintergrund von SM werden mehrere **Risikofaktoren** diskutiert (in Anlehnung an Bahrfeck et al., 2017):

- *Disposition für internalisierende Störungen* (genetische Prädisposition): Indikatoren sind Häufungen von Angststörungen, Depressionen, Temperamentsmerkmalen wie Schüchternheit oder auch SM im Familienkontext (Capozzi et al., 2017; Remschmidt et al., 2001) sowie Hinweise auf eine höhere Vulnerabilität von Zwillingen für SM (Subellok et al., 2010).
- *Familiäres Umfeld*: Familien mit mutistischen Kindern leben nicht selten sozial isoliert (Remschmidt et al., 2001; Vecchio & Kearny, 2005). Den Kindern fehlt damit ein basales Modell für die Kommunikation mit der Außenwelt.
- *Migration und Mehrsprachigkeit*: Diese Kinder scheinen ein höheres Risiko für SM zu haben (Elizur & Perednik, 2003). Als bedeutsam haben sich die Einbindung der Familie in die Herkunfts- und Umgebungskultur (Starke, 2018) und ein barrierefreier Zweitspracherwerb herausgestellt.
- *Sprachliche Entwicklung*: Wie bereits erwähnt zeigen bis zu 50% der Kinder mit SM auch sprach-

liche Auffälligkeiten (Kristensen, 2000). Diese können zu Verunsicherungen in der Interaktion führen und einen sozialen Rückzug bewirken, woraus sich ein SM entwickeln kann.

- *Besondere Lebensereignisse:*
Traumatisierende Erfahrungen (etwa Tod eines Verwandten) bilden in wenigen Fällen den Hintergrund für SM (Black & Uhde, 1995). Doch auch übliche Lebensumstände wie Schulwechsel und Umzug können Auslöser für das Schweigen sein (Kumpulainen et al., 1998).

Alles in allem bedeutet SM mehr, als dass betroffene Kinder (lediglich) in/mit bestimmten Situationen/Personen/Orten nicht sprechen, obwohl sie grundsätzlich dazu in der Lage sind. Die Komorbiditäten und Auswirkungen von SM sind erheblich. Wenn das Schweigen länger persistiert, erhöht sich auch das Risiko für eine weitere psychische Erkrankung wie Angststörung oder Depression (Steinhausen et al., 2006). Deshalb sind eine frühe Identifizierung der Störung und Behandlung essentiell.

2. Diagnostische Erfassung

Zielsetzung der Diagnostik ist zum einen die möglichst frühe Identifizierung selektiv mutistischer Kinder. Mutismus ist selbst in Fachkreisen noch nicht durchgängig bekannt und wird häufig mit extremer Schüchternheit verwechselt (Starke & Subellok, 2015). Zum anderen hat eine Diagnostik die Beschreibung des individuellen Störungsbildes über die Erfassung therapierrelevanter Daten zum Ziel. Methodisch stehen einige wenige informelle und standardisierte Verfahren und Inventare zur Verfügung. Unverzichtbar ist immer eine Beobachtung der Kinder in verschiedenen sozialen Kontexten sowie Gespräche mit Bezugspersonen, Fachkräften und den (älteren) Kindern selbst.

2.1 Identifizierung und Früherkennung

Für die Diagnosestellung in der deutschen krankenkassenfinanzierten Patientenversorgung ist die ICD-10-GM (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2020) bindend. Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) werden folgende Kriterien angeführt:

- a. Normale Sprechflüssigkeit in einigen Situationen, in bestimmten Situationen eine andauernde Unfähigkeit zu sprechen (in denen das Sprechen erwartet wird).

- b. Die Störung behindert die schulischen oder beruflichen Leistungen oder die soziale Kommunikation.
- c. Die Störung dauert mindestens einen Monat (und ist nicht nur auf den ersten Monat z. B. nach Schulbeginn) beschränkt.
- d. Die Unfähigkeit zu sprechen ist nicht durch fehlende Kenntnisse in der Sprache bedingt oder dadurch, dass sich der Betroffene in dieser Sprache nicht wohl fühlt.
- e. Die Störung kann nicht besser durch eine andere Kommunikationsstörung (z. B. Stottern) erklärt werden und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, Schizophrenie oder anderen psychotischen Störung auf.

Es fällt auf, dass gerade die Punkte d und e als Ausschlusskriterien unscharf bleiben. Wie oben erwähnt ist empirisch belegt, dass gerade sprachliche Auffälligkeiten sowie Mehrsprachigkeit und Migration oftmals mit SM assoziiert sind und deshalb als Risikofaktoren gelten (Kristensen, 2000; Starke, 2018).

In keinem Fall ist es bei SM ausreichend, sich auf eine einzige Erhebung und einen alleinigen medizinischen (pädiatrischen, psychiatrischen, audiologischen) Befund zu verlassen (Dow et al., 1999). Für die Beurteilung des kindlichen Verhaltens in verschiedenen sozialen Kontexten gibt es mittlerweile einige deutschsprachige informelle und standardisierte Verfahren.

Standardisierte Verfahren

- *Dortmunder Mutismus Screening-Kita (DortMuS-Kita)* (Starke & Subellok, 2018) (online verfügbar)
Fragebogen für Erzieher_innen zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 3;0 bis 5;11-jährigen Kindern
- *Dortmunder Mutismus Screening Schule (DortMuS-Schule)* (Starke & Subellok, 2017, 2016) (online verfügbar)
Fragebogen für Lehrer_innen zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 6;0 bis 10;11-jährigen Kindern
- *Dortmunder Mutismus Screening Eltern (DortMuS-Eltern)* (Starke & Subellok, in Vorb.)
Fragebogen für Eltern zur Erhebung von Hinweisen auf das Vorliegen eines SM bei 3;0 bis 5;11-jährigen Kindern

- *Frankfurter Skala zur Erfassung des Selektiven Mutismus (FSSM)* (Gensthaler et al., 2018)
Fragebögen für Eltern zur Diagnose von SM und Bestimmung des Schweregrades bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-7, 6-11 und 12-18 Jahren

Informelle Verfahren

- *SchweigeKompass* (Braun et al., 2018)
Fragebogen für Erzieher_innen, Lehrer_innen und Therapeut_innen als Entscheidungshilfe zur Einleitung einer diagnostischen Abklärung bei 4;0-7;6-jährigen Kindern (online verfügbar)
- *Deutscher Mutismus Test (DMT-Komut)* (Johannsen et al., 2016)
Online-Fragebogen für Erzieher_innen, Lehrer_innen, Ärzten, Therapeut_innen zur Unterstützung der Diagnosestellung (online verfügbar)
- *Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus (DiFraMuT)* (Kopf, 2016)
Fragebögen für Eltern, Fachkräfte, Kinder und Jugendliche u. a. zur Identifizierung des SM
- *Fragebogen zur Erfassung des elektiven Mutismus (FEM)* (Steinhäusen, 2010)
Fragebögen für Eltern und Lehrer_innen zur Bestimmung des Schweregrades von SM und der Systematik des Schweigens

2.2 Erfassung therapierelevanter Daten

Mit dem dreiperspektivischen Diagnosemodell von Katz-Bernstein & Zaepfel (2004) wird eine gute Orientierung gegeben, die Komplexität des Störungsbildes in seinen individuellen Ausprägungen möglichst umfassend zu erheben: *Symptomdiagnostik, Strukturdiagnostik und Systemdiagnostik* (siehe auch Katz-Bernstein, 2019a, 73ff.)

Symptomdiagnostik

Jedes Kind kreiert, als Lösungsstrategie für seinen Scham oder sein Unvermögen, adäquat zu sprechen, ein individuelles Schweige- und Sprechmuster. Diese Systematik gilt es zu erfassen. Es ist zu fragen,

- mit welchen Personen (vertraut vs. fremd; Erwachsene vs. Kinder),
- an welchen Orten (privat/vertraut vs. fremd/öffentlich),
- in welchen Situationen (etwa Frontalunterricht vs. Kleingruppenarbeit) und
- bei welchen Gesprächsinhalten (Wissensinhalt vs. persönliche Meinung)

das Kind spricht resp. schweigt (vgl. auch Schwenck & Gensthaler, 2017). Essentiell ist, dass nicht nur die beiden Pole Sprechen oder Schweigen, sondern ebenso Zwischenpositionen (Sprechen nur selten, im Flüsterton, nach einem Warming-up) und nonverbale Äußerungen (Blickkontakt) betrachtet werden. Bei Katz-Bernstein (2019a, 74ff.) sind übersichtliche Tabellen für die Symptomdiagnostik zu finden.

Strukturdiagnostik

Hypothesengeleitet wird versucht, die Sinnhaftigkeit des Schweigens für das Kind zu ergründen. Hintergrund ist die Annahme, das Schweigen als Coping-Strategie des Kindes für überfordernd erlebte Ereignisse zu verstehen. Etwa könnte sich ein sehr perfektionistisches Kind oder ein Kind mit sozial abweichendem Sprechverhalten mit seinem Schweigen vor etwaigen Fehlern oder Misserfolgen schützen.

Systemdiagnostik

SM steht in enger Wechselwirkung zu allen sozialen Lebenskontexten. Er ist hier entstanden und wirkt sich unvermeidlich dahin aus. Insofern ist zu fragen, welche Umwelt-, Kultur- und Familienfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens womöglich mitspielen.

Alles in allem ist die Mutismusdiagnostik komplex, weil die Symptomatik sehr variabel und die Hintergründe von SM in der Regel vielschichtig sind. Auch müssen immer mehrere soziale Kontexte und ggfs. auch Fachdisziplinen in die Diagnostik einbezogen werden.

2.3 Erstdiagnostik

Für die Diagnosestellung wird folgendes Vorgehen als förderlich erachtet:

- In der Regel kontaktieren besorgte Eltern zuerst den *Kinderarzt*. Es wird empfohlen, diese Sorge ernst zu nehmen. Jegliches Vertrösten „Das Kind ist nur scheu, das Sprechen kommt schon noch!“ ist eher kontraproduktiv, da in jungen Jahren die Überwindung des Schweigens viel leichter erfolgt und mit einer gezielten Unterstützung seiner Manifestation vorgebeugt wird. Es sollte bei Verdacht auf SM die Expertise einer *spezialisierten Fachperson* eingeholt werden.
- Wichtig ist die Identifizierung etwaiger *Komorbiditäten*: Hier ist die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* die zuständige Disziplin. Gerade wenn depressive Symptome, Suizidalität sowie Zwänge oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen vermutet werden, ist ein kinderpsychiatrisches Gutachten unverzichtbar. Auch bei etwaigen Traumata oder psychischen Auffälligkeiten (auch bei Eltern) ist der Einbezug einer psychiatrischen Fachperson wichtig. Werden Sprachprobleme vermutet, kann die *Logopädie/Sprachtherapie* hinzugezogen werden. Produktive Sprachauffälligkeiten sind bei schweigenden Kindern schwer zu identifizieren. Doch können die rezeptiven Leistungen eingeschätzt werden. Für mehrsprachige Kinder ist eine Beurteilung ihrer Sprachkompetenzen in der Herkunfts- und Umgebungssprache erschwert. In manchen Fällen kann die *Pädaudiologie* zur Abgrenzung von einer (funktionellen) Hörstörung einbezogen werden.
- Wenn sich im Einzelfall empfiehlt, die *Meinung mehrerer Fachpersonen* zu hören, so sind zwei Aspekte ratsam: Zum einen ist auf die Expertise der Fachperson mit SM zu achten. Zum anderen ist das Verhältnis von medizinischer Erfordernis und Belastung für die Kinder abzuwägen. Günstiger wäre, zunächst Vertrauen zu einer verlässlichen (therapeutischen) Fachperson aufgebaut zu haben, um dann weitere Expertise einzuholen.

Die Diagnosestellung SM erfolgt immer durch die Medizin, gegebenenfalls als Resultat des interdisziplinären Austauschs. Es ist dann gemeinsam zu klären, welche Unterstützung das Kind, die Familie und auch Kita/Schule benötigen, welche Fachdisziplin sich dafür anbietet und welche spezialisierte Person dafür regional zur Verfügung steht.

3. Therapeutische Zugänge: Wer, wie, was?

3.1 Wer ist zuständig?

Primäre disziplinäre Zuständigkeiten sind für SM nur schwer auszumachen. Zeigten sich früher maßgeblich die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für SM zuständig, ist heute auch die Sprachtherapie/Logopädie mit ihren Mutismus spezifischen Behandlungsansätzen zum Aufbau von Kommunikation und Sprache international anerkannt (u. a. Hartmann, 2019; Katz-Bernstein, 2019a; Johnson & Wintgens, 2016; Feldkamp et al., 2012; Smith & Sluckin, 2015; Subellok et al., 2012). Als grobe Kriterien für disziplinäre Zuständigkeiten können gelten (in Anlehnung an Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Subellok & Starke, 2015b; Bahrfeck et al., 2017, 503ff.):

- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*
Die Psychotherapie zeigt sich für emotionale, kognitive, soziale und systemische Auffälligkeiten zuständig. Wegen der Komorbiditäten von SM ist es ratsam zu klären, welche Problematik im Vordergrund steht und ob die Therapie hier ihren Schwerpunkt haben soll. Sofern Traumata, Vernachlässigung, Gewalterfahrungen offensichtlich sind, so soll diese Berufsgruppe adressiert werden. Auch empfiehlt sich eine Überweisung bei massiven systemischen Problemen oder psychisch kranken Eltern, ebenso bei Verdacht auf psychopathologische Störungen. Jedoch ist auch hier nicht jede /jeder Psychotherapeut*in für diese Vielfalt von Maßnahmen ausgebildet. Daher sind eine Spezialisierung und Erfahrung mit dem Störungsbild sowie Supervision wichtig!
- *Sprachtherapie/Logopädie*
Wenn Sprech- und Sprachauffälligkeiten den Hintergrund von SM bilden, empfiehlt sich der Einbezug einer spezialisierten Therapeutin. Bei entsprechender Expertise kann sie auch alleine für die Therapie zuständig sein (vgl. auch Katz-Bernstein (2020), Melfsen & Walitza 2017). Dieser Berufsgruppe fällt es leicht, eine erfolgreiche, gegebenenfalls nonverbale Kommunikation mit nichtsprechenden Kindern aufzubauen, die dann sukzessive in Richtung Sprechen erweitert werden kann. Auch für diese Berufsgruppe sind Spezialisierung, Erfahrung im Umgang mit der Störung, begleitende Supervisionen sowie eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen unverzichtbar.

- *Kinder- und Jugendpsychiatrie*
Diese Disziplin ist von Anfang an für die diagnostische Feststellung von Art und Prägung des Störungsbilds sowie für die Überweisung an andere Fachpersonen zuständig. Für ein bei SM notwendiges interdisziplinäres Netzwerk ist sie unverzichtbar. Immer ist die Expertise dieser Disziplin im Verlauf einer Therapie dann erforderlich, wenn sich der Verdacht auf Suchtgefahr, Depression, Suizidalität zeigt. Auch ist sie alleine für eine medikamentöse Therapie (etwa Antidepressiva) zuständig (Manassis et al., 2016).

Mit diesem groben Überblick soll nicht vermittelt werden, dass entweder sprachliche *oder* psychische Probleme den Hintergrund für SM bilden. Sie stehen eher in gegenseitiger Abhängigkeit. Für das Kind und die Familie wäre es wünschenswert, wenn idealtypisch eine einzelne Fachperson die erforderlichen Expertisen für die Behandlung von SM aufbringen würde. Umso wichtiger sind, wie oben erwähnt, professionelle interdisziplinäre Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung und supervisorischen Begleitung.

3.2 Wie und welches Vorgehen?

Spezifische Therapieansätze sind in den o. a. Fachdisziplinen verortet. Allerdings gibt es aufgrund der geringen Prävalenzen von SM bislang kaum randomisierte Studien und deshalb nur wenige *empirische Wirksamkeitsnachweise* für einzelne Methoden. Pionek Stone et al. (2002) analysierten systematisch kontrollierte Einzelfallstudien. Demzufolge zeigen sich verhaltenstherapeutische Methoden bei SM wirksam. Auch ist ein früher Behandlungsbeginn effektiver als ein späterer. Die meisten weisen jedoch, wie oben dargelegt, auf die hohe Bedeutung einer engen Kooperation aller Beteiligten hin (Bahrfeck et al., 2017).

Weil also spezifische Wirksamkeitsnachweise noch fehlen, bleiben auch Indikationen für eine jeweilige Maßnahme nur vage (Melfsen & Warnke, 2017). Allerdings wird man sich bei der Behandlung von SM ohnehin nicht nur auf eine einzelne therapeutische Methode – also etwa die „wirksame“ (kognitiv-) behaviorale – beschränken können. Gefragt ist ein *methodenkombiniertes Vorgehen*, das der Komplexität des Störungsbildes gerecht wird (Cohan et al., 2006). Aus unserer Sicht sind fünf Elemente resp. Vorgehensweisen zu kennzeichnen, die je nach Alter des Kindes, Zielsetzung, Therapiephase und Profession miteinander kombiniert und unterschiedlich gewichtet zum Ein-

satz kommen (Katz-Bernstein & Subellok, 2009; Starke & Subellok, 2015; Bahrfeck et al., 2017):

- *Psychodynamisches Vorgehen*
zur Beziehungsgestaltung und um die Sinnhaftigkeit des Schweigens (als dysfunktionale Coping-Strategie) in der Lebensgeschichte zu verstehen und über die Verarbeitung der Thematiken seine Bedeutung resp. Funktion zu beeinflussen (Katz-Bernstein, 2019a)
- *Entwicklungspsychologisches und pädagogisches Vorgehen*
um kooperative (Spiel-)Handlungen mit einer gemeinsamen Intention zwischen Kind und Therapeutin als Voraussetzung und Basis für das Sprechen zu kreieren (Tomasello, 2010)
- *(Kognitiv-)Behaviorales Vorgehen*
zur Angstreduktion und direkten Arbeit an der Schweigesymptomatik (Überblick bei Melfsen & Warnke, 2017)
- *Sprachtherapeutisches Vorgehen*
zum systematischen Aufbau pragmatischer Kompetenzen, beginnend mit nonverbaler Kommunikation, und zum sukzessivem Ausbau von Sprechfähigkeit mit weiteren Personen sowie zur Behandlung etwaiger Sprachentwicklungsstörungen
- *Systemisches/familientherapeutisches Vorgehen*
zur Beeinflussung verursachender und aufrechterhaltender Faktoren für das Schweigen

Wie unsere langjährige Erfahrung zeigt, wird schlussendlich für den Erfolg einer Therapie nicht eine einzelne, vielleicht evidente Methode oder auch die spezielle Profession der Fachkraft verantwortlich sein. Immer werden es das Kind, die Ausprägung der Störung und ihre aufrechterhaltenden Faktoren sein, die die Passung eines integrativen methodischen Vorgehens einfordern. Und es wird von der Erfahrung, Persönlichkeitsdynamik und Sozialkompetenz der therapeutischen Fachkraft abhängig sein, methodenflexibel zu agieren, die Lernsituation nicht bedrohlich, sondern verspielt zu gestalten, und vor allem gelingende Interaktionsprozesse über die Beziehungsgestaltung zu kreieren. Die aktuelle Psychotherapieforschung ist genau an diesem Punkt angelangt, nämlich bei der Erforschung der Beziehungsprozesse (Wampold et al., 2018).

3.3 Was genau? Fünf resp. vier Dimensionen integrativer therapeutischer Zugänge

Aufbauend auf den Therapieansatz von Katz-Bernstein (2019a, erstmals 2005) haben wir an der TU Dortmund die Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT) (Subellok, et al., 2012) entwickelt. Methodisch versteht sich DortMuT als integratives resp. interdisziplinäres Konzept, in dem die oben beschriebenen behavioralen, psychodynamischen, entwicklungspsychologischen, sprachtherapeutischen und systemischen Zugänge kombiniert werden. Der Einsatz der (ohnein nicht strikt zu trennenden) Methoden erfolgt nicht additiv oder alternierend, sondern ist je nach individuellen Bedürfnissen der Kinder, ihrem Entwicklungsstand, den Risikofaktoren und Bedingungen des Umfeldes so gewichtet, dass eine integrative Kombination gewährleistet ist.

Beziehungsgestaltung, therapeutisches Bündnis und Haltung: Psychodynamische Dimension

Motivationsarbeit, Zuversicht auf Erfolg, Vertrauen und Passung zwischen Patient*in und Therapeut*in sind heute in der Psychotherapie als Erfolgsfaktoren evident (Wampold et al., 2018). Es gilt, bereits beim Vorschulkind Vertrauen aufzubauen, Ziele, Tempo, Vorgehen als kooperative Schritte abzustimmen, seine Mitbestimmung immer wieder einzuholen und mit ihm gemeinsam die Zuversicht auf Erfolg und das Erreichen der Therapieziele zu teilen. Dazu gehört auch der „Safe Place“ als Grundhaltung (Katz-Bernstein, 1996): Das Kind, seine Eigenheiten, seine Ressourcen und Vorlieben, sein eigener Weg der Beziehungsaufnahme werden als Interaktionsangebote willkommen geheißen. Nicht die Störung steht also zunächst im Vordergrund, sondern das erlebte Vertrauen und die Zuversicht der/des Therapeut*in. Über diese wird das Kind wiederum selbst Zuversicht erlangen, an sich selbst glauben, sich Fortschritte selbst zutrauen und Transferschritte in den Alltag aktiv gestalten.

Dazu ein Beispiel aus einer Supervision: Paula (12 J.) erscheint zur ersten Therapiestunde mit einer Brechtüte, setzt sich der Therapeutin gegenüber, wirkt verschreckt und meidet Blickkontakt. Die Brechtüte nimmt sie laut Mutter überall mit, weil sie bei Begegnungen mit fremden erwachsenen Personen befürchtet, sich zu übergeben. Es war vorangekündigt, dass die Mutter draußen bleibt. Die Therapeutin sagt zu ihr, dass sich alle wünschen, dass Paula bei ihr lernt, auch mit Fremden zu sprechen. Sie wünsche sich jedoch,

Paula und ihre Vorlieben zunächst kennen zu lernen. Dazu habe sie ein Spiel ausgedacht: Man schaut sich zusammen ein Werbeprospekt mit Menüs aus einem Take-Away-Restaurant an. Diese werden mit der Schere ausgeschnitten. Dabei muss Jede zu jeder Speise raten, ob die andere Person die Speise sehr gerne (3 Smileys), mittel (zwei Smileys) oder aber zum Würgen findet (ein oder kein Smiley), und die Abbildung dann auf eine Pappe mit der entsprechenden Anzahl mit Smileys legen. Dazu werden für die Treffer Punkte vergeben. Der Bericht in der nächsten Supervisionssitzung: Paula geht darauf ein, zunächst noch halb abgewandt und mit starrer Miene, später wird die Kommunikation immer lockerer, ein Lächeln huscht über Paulas Gesicht, als sich die Therapeutin bei „Kalbsleber“- richtig von ihr geraten mit null Smileys - vor Ekel schüttelt.

Diese Einladung zur Beziehungsgestaltung setzt folgende Signale:

- Ich interessiere mich für Dich, Deine Vorlieben und Abneigungen.
- Ich will mit dir spielen, kooperieren, gemeinsam Spaß haben.
- Ich habe nicht vor dich zu überfordern oder Ansprüche zu stellen, vor denen du Angst haben musst.
- Ich will mit dir in Kommunikation treten, die nicht bedrohlich, sondern für dich machbar ist.
- Ich respektiere zunächst deinen dir eigenen Weg der Kontaktgestaltung als Bewältigungsstrategie, wir bleiben jedoch nicht dabei!
- Ich unterstelle, dass auch du grundsätzlich mit mir kommunizieren willst, auch wenn es dir jetzt vielleicht noch nicht (umfänglich) möglich ist.

Als Therapieziel ist hier der erste Schritt zum Aufbau einer alltäglichen Kommunikation mit einer (noch) fremden Person geleistet. Vermittelt als durchgängige Haltung wird so eine tragfähige therapeutische Beziehung als Basis für neue Kommunikationserfahrungen etabliert.

Aktiv werden – Kooperieren, kreative Ressourcen pflegen, Erzählen: Entwicklungspsychologische und pädagogische Dimension

Gerade Kinder mit SM wollen häufig den Erwartungen der Umwelt gerecht werden oder haben hohe Anforderungen an sich selbst. Die eigenen Ressourcen, Vorlieben und Begabungen zu entdecken, diese gemeinsam mit der

Therapeut*in zu einer kontinuierlichen Handlung zu steuern und zu einem „Projekt“ mit einem gemeinsamen Ziel/Produkt werden lassen, ist für viele eine ganz neue Erfahrung. Dies könnte eine Vorbereitung für eine Zaubervorstellung, Rollenspiele zur Bezähmung des feuerspeienden Drachens oder das Malen/Aufschreiben einer gemeinsamen Geschichte wie etwa über die Reise des „Plafferfroschs“ und seiner Freundin, die Schildkröte „Schweigi“, sein (Katz-Bernstein, 2019a; vgl. „narrativer Zugang“, Katz-Bernstein & Schröder, 2017). In solche Narrationen wird oft die eigene biographische Geschichte implementiert, was zu deren Verarbeitung und Bewältigung beiträgt. Das Sprechen wird hier als Notwendigkeit gesehen, um gemeinsam über Ziele, Erzählungen und Handlungen, die den Interessen des Kindes entsprechen und auf ein Projekt der Wahl ausgerichtet sind, zu verhandeln. Dieses kooperative, interaktive Vorgehen wird als Grundlage des Sprechens angesehen (Tomasello, 2010). Kooperation, Kreativität, Strukturierung und Durchhalten über Frustrationen hinaus, bis zur Vollendung des „Produkts“, eignen sich als natürlicher Rahmen für eine erste, zielgerichtete Kommunikation und den sprachlichen Austausch.

Als erste Hürde werden kleine Schritte zur Angstreduktion und zum sukzessiven Aufbau des Sprechens im geschützten Therapieraum genommen. Der Sprechtransfer nach Außen erfolgt erst später. Im Übergang dazu wird als nächste Hürde eine weitere Sprechleistung etwa bei einem „Projekt“ geleistet.

Bewährte Beispiele für solche Projekte sind:

- *Safe Place: Das Kind lernt, Distanz und Nähe zu regulieren, Nähe wird eigenkontrolliert und ist dadurch nicht bedrohlich*
Kindern, die besonders abweisend oder eingefroren auf Angebote reagieren, wird zunächst gemeinsam ein Versteck, ein Häuschen aus Kissen und Seilchen im Raum gebaut, wo das Kind die Tür zunächst geschlossen halten kann. Das Kind kann beim Angebot immer selbst entscheiden, wie dieses Haus aussehen soll: Wo? Wie groß? Welche Materialien? Ausstattung? Immer wieder wird das Kind ermuntert, sein Versteck aktiv mitzugestalten (Katz-Bernstein, 2019a, 1996) und gegen etwaige Eindringlinge (wie Handpuppen) zu verteidigen.
- *Narrativer Ansatz: „Das Symbolspiel ist eine Basis für den Weg zur Sprache, um über sich zu erzählen, zu berichten und zu kommunizieren (Quasthoff et al. 2013)“*
Eine Szene im Sand wird aufgestellt, die zu einer Geschichte und dann dokumentiert wird, zunächst durch Fotos oder Zeichnungen, dann mit

Überschriften und Kommentaren. Die spielenden Figuren erhalten Namen und Eigenschaften, Handlungen werden inszeniert und durchgeführt. Schritt für Schritt werden diese in einem Heft dokumentiert und strukturiert. Das Kind erlebt das Entstehen (s)einer Geschichte, die durch Strukturierungshilfen gestützt wird.

- *Gemeinsame Aktionen: Kekse backen: Kooperation beim gemeinsamen Handeln ist der Weg zur sprachlichen Kommunikation, wie aktuelle Spracherwerbtheorien nahelegen (Tomasello 2010)*
Verschiedene Rezepte werden per Interview bei der Großmutter, Tante oder Erzieher*in erfragt (als Transferschritt). Nach gemeinsamer Entscheidung für ein Rezept werden die Kekse gemeinsam gebacken. Zuvor werden die Produkte und Arbeitsschritte abgestimmt, aufgeschrieben und weitere Schritte für das nächste Mal abgesprochen. Später kann man die Kekse schön verpacken und an ausgesuchte Personen verschenken.
- *(Rollen-)Spieleplanen, z. B. Autorennen oder Friseur: Eine aktive Annäherung an Alltagssituationen wird angebahnt; diese werden nachgestellt, um Sprachsituationen zunächst fiktiv aufzubauen und zu üben.*
Tolle Autos sammeln, mitbringen, Route bestimmen, Tribünen einstreuen, Schiedsrichterrolle einüben; mit Schulkindern Autos und Route in einem schönen Heft malen lassen und dazu Headlines entwickeln sowie Text schreiben, diktieren, den Eltern / Freunden / der Klasse vorlesen. *Friseur-Salon* einrichten, malen, schöne und abstoßende Frisuren aus Katalog aussuchen und gegenseitig raten, was man schön und hässlich findet, Prospekt gestalten, als Rollenspiel durchführen usw.

Über solche Projekte fühlen sich die Kinder in ihren Interessen „abgeholt“. In einem derart natürlichen, kreativen Kommunikationsrahmen zeigen sie erfahrungsgemäß eine hohe Motivation zur Kommunikation und sprachlicher Verständigung. Alle weiteren Maßnahmen der Symptomarbeit (s. u.) können im Rahmen dieses einvernehmlichen gemeinsamen Handelns erlebt werden.

Angstreduktion und Aufbau verbaler Kommunikation (Symptomarbeit): Verhaltenstherapeutische und sprachtherapeutische Dimension

Verhaltens- und sprachtherapeutische Vorgehensweisen verlaufen Hand in Hand und werden deshalb hier zusammengefasst.

Etwa werden Freunde oder die Lehrperson in die Therapie eingeladen, um sich am Projekt zu beteiligen, als Zuschauer einer Zirkusvorstellung bei-

zuwohnen oder sich frisieren zu lassen. Später kann dann ein Besuch der Therapeut*in in Schule und Kita erfolgen, um mit einer kleinen Gruppe ausgewählter Kinder ein Spiel mit kleiner Sprechanforderung zu spielen, bevor das Sprechen in der Großgruppe oder Schulklasse angegangen wird. Wichtig bei allen diesen Schritten ist, dass das Kind aktiv diese Situationen plant, es die Spiele und Vorgehensweisen bestimmt, sein grundsätzliches Einverständnis für die Besuche anderer Personen in die Therapie oder der Therapeut*in in die Schule/Kita gibt, um nicht hilflos einer neuen Situation ausgesetzt zu sein. Ein solch sorgsames Vorgehen spiegelt unser Verständnis einer verhaltenstherapeutischen Arbeit wider: es ist ressourcenorientiert und niemals überstülpend, sondern orientiert sich am Machbaren.

Ein solcher gleitender Übergang zum normalen Sprechverhalten hat sich bewährt. Älteren Kindern werden Sprechziele vorgeschlagen, die von ihnen als leicht, mittel oder schwerer bewertet werden und sie entscheiden sich selbst für einen nächsten Sprech-Schritt (etwa in der Pause der Lehrerin auf eine Frage „JA“ antworten). Ist der Schritt nicht gelungen, wird über ein „noch nicht!“ entlastet und gemeinsam ein Zwischenschritt ausgedacht. Wir haben unsere Methode zur Symptomarbeit „interpersonelle, interaktive Verhaltenstherapie“ genannt und gute Erfahrungen damit gemacht, weil beim Kind Motivation und Selbstwirksamkeit bestens aktiviert werden, die heute als therapeutische Wirkfaktoren bekannt sind (Wampold et al., 2018).

Familie, Umwelt, Netz, Transfer: Systemische Dimension

Systemische Faktoren sind bei SM bekannt (Capozzi et al., 2017). *Elternarbeit* wird bei uns hoch geschätzt, doch ist sie keine zwingende Bedingung für die Arbeit mit dem Kind. Hier unterscheidet sich DortMuT von (früheren) systemischen Ansätzen. Nicht jede Psycholog*in, Logopäd*in oder Heilpädagog*in, die sich therapeutisch des Kindes annimmt, ist gleichzeitig eine systemisch geschulte, geeignete Begleiter*in von Eltern. Zielführender für eine optimale Versorgung der Kinder und Familien ist für uns, mit medizinischen Fachpersonen, Familien- und Paartherapeut*innen und sonstigen Fachkräften etwa aus Kita/Schule ein Netz zu bilden und uns über Ziele, Verläufe und Entwicklungen kontinuierlich abzustimmen (Subellok & Bahrfeck-Wichitill, 2016). Auch daher betrachten wir unsere methodenplurale Arbeit als interdisziplinär.

In der Arbeit mit Familien erleben wir oftmals als schwierig:

- Verleugnung des Problems oder Schuldzuweisung („Mit uns spricht er ja, diese komische Lehrerin, was sie von unserem Kind will!“)
- Wahrnehmung und Anerkennung eigener Kommunikationsängste oder mutistischer Verhaltensweisen wie auch kulturelles Fremdheitsempfinden
- Überbehütung gepaart mit Druckausübung und hohen Ansprüchen an sich selbst und an das Kind
- problematische Paar- und Familienkonstellationen sowie Gewalt oder Suchtverhalten, drohende oder erlebte Trennungen von Bezugspersonen.

Dennoch, unser Ansatz vermittelt dem Kind Normalität, Aktivität, Mitbestimmung und Kreativität im „Safe Place“ der Therapie (Katz-Bernstein 2019a), welche der externen Ohnmacht in Umgang mit SM und der der Familie wichtige eigene soziale Erfahrungen entgensetzt.

Weitere systemische Anforderungen zeigen sich in der *Transferarbeit*, denn hier ist eine Zusammenarbeit mit (pädagogischen) Fachpersonen in Schule und Kita unverzichtbar (Bahreck-Wichitill & Subellok, 2016). Nur darüber kann ein Sprechschritt (etwa im Unterricht bei einer Aufgabe aufzeigen, drangenommen werden und eine kurze Antwort sprechen) gleitend, konsequent und abgestimmt vom Therapieraum in den Alltag geleistet werden. Die Erfahrung zeigt, wie dankbar und wohltuend es für alle Beteiligten ist, wenn für die Fachpersonen in Schule und Kita eine Fachberatung und Begleitung der Maßnahmen gewährleistet ist. Dies ist genau im Sinne einer neuen Pädagogik, die in für eine vernetzte Autorität plädiert, um Auffälligkeiten von Kindern erfolgreich zu begegnen (Omer & Lebowitz 2012).

4. Fazit

Grabenkämpfe zwischen Fachdisziplinen, wie für SM vereinzelt beobachtet, sind weder in der Sache förderlich noch helfen sie betroffenen Kindern und Familien. Unser Plädoyer für eine Disziplinen übergreifende Perspektive bei SM zielt übergreifend auf Wissenschaft, fachliche Community und klinische Praxis. Das ist für die Praxis ein hoher und nicht immer realisierbarer Anspruch, zumal in Einrichtungen vernetzende und koordinierende Instanzen,

wie etwa ein Case-Management, nicht fest verankert sind. Eine solche Instanz bzw. Person behielte den Überblick, sie wüsste um Vorgänge, wäre Ansprechpartnerin für ärztliche, psychologische und pädagogische Fachpersonen und Betroffene. An der TU Dortmund sind wir im Zentrum für Beratung und Therapie (ZBT) der Fakultät Rehabilitationswissenschaften in der glücklichen Lage, über ein solches Case-Management zu verfügen. Für das dort angesiedelte Dortmunder Mutismus Zentrum (DortMuZ) (Subellok et al., 2017) leistet es unverzichtbare Koordinierungsfunktionen. In der Schweiz ist ein Netzwerk von Fachpersonen, die sich therapeutisch auf das Thema Selektiver Mutismus spezialisiert haben, unter www.mutismus-schweiz.ch zu finden.

Wir möchten klinische Fachpersonen diverser Fachdisziplinen ermutigen, sich über Weiterbildungen und supervisorische Begleitung mit den Besonderheiten von SM vertraut zu machen und sich zu qualifizieren. Es werden noch viele spezialisierte Fachpersonen für SM gebraucht, die sich für dieses komplexe Störungsbild verantwortlich zeigen!

Literatur

- American Psychiatric Association* (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe, Göttingen.
- Bahrfeck, K., Subellok, K. & Starke, A. (2017): Selektiver Mutismus. In A. Mayer & T. Ulrich (Hrsg.), Sprachtherapie mit Kindern (S. 472-511). München: Reinhardt.
- Bahrfeck-Wichitill, K. & Subellok, K. (2016): Mutismus verstehbar machen - Tobias (14) outet sich in seiner Klasse. *Praxis Sprache*, 61, 201-210.
- Bergman, L. R., Piacentini, J., McCracken, J. T. (2002): Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41 (8), 938-946.
- Black, B., Uhde, T. W. (1995): Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 34 (7), 847-856.
- Braun, W.G., Hunziker, F. & Iten, I. (2018): ICF-orientierte Entscheidungshilfe für Fachpersonen zur Früherkennung von selektiv mutistischen Kindern im Alter von 4;0 bis 7;6 Jahren. Zürich: HfH. Verfügbar unter file:///E:/Documents/SM-Literatur_3/SchweigeKompass_2018/HfH_SchweigeKompass_Mappe_2018_nb.pdf.
- Capozzi, F., Manti, F., Di Trani, M., Romani, M., Vigliante, M. & Sogos, C. (2017): Children's and parent's psychological profiles in selective mutism and generalized anxiety disorder: a clinical study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 27, 775-783.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]* (2020): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2020. <https://www.dimdi.>

de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f90-f98.htm#F94 (25.05.2020).

- Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.M., Leonard, H.L. (1999): Practical Guidelines for the Assessment and Treatment of Selective Mutism. In: Spasaro, S.A., Schaefer, Ch.E.: (Hrsg): *Refusal to Speak. Treatment of Selective Mutism in Children*. Northwale, N.Jersey, London: J. Aronson Inc. 19-44
- Dummit, S., Klein, R., Tancer, N., Asche, B., Martin, J., Fairbanks, J. (1997): Systematic assesment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36 (5), 653–660.
- Elizur, Y., Perednik, R. (2003): Prevalence and description of selective mutism in immigrant and native families: a controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42 (12), 1451–1459
- Feldmann, D., Kopf, A., Kramer, J. (2012): Das Konzept der Kooperativen Mutismustherapie (KoMut). Eine systemisch-handlungsorientierte Therapie für Kinder mit Selektivem Mutismus. *Forum Logopädie* 26 (1), 14–20.
- Gensthaler, A., Dieter, J., Raisig, S., Hartmann, B., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, Ch. M. & Schwenck, Ch. (2018): Evaluation of a Novel Parent-Rated Scale for Selective Mutism. *Assessment (Epub)*, 1-9, doi: 10.1177/1073191118787328
- Hartmann, B. (Hrsg.) (2019): *Gesichter des Schweigens. Die systemische Mutismustherapie /SYMUT als Therapiealternative*. 5. Auflage. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Johanssen K., Kramer J. & Lukaschyk J. (2016): Deutscher Mutismus Test (DMT-KoMut). *Forum Logopädie*, 30 (1), S. 2-6.
- Johnson, M. & Wintgens, A. (2016): *The Selective Mutism Resource Manual*. Oxon: Speechmark.
- Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ – ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H., Zaepfel, H. (Hrsg): *Praxis der Integrativen Kindertherapie*. Bd 2, Paderborn, Junfermann 111-142
- Katz-Bernstein, N. (2019a): *Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diagnostik, Therapie*. 5.Auflage. München: Reinhardt.
- Katz-Bernstein, N. (2019b): Beziehungsgestaltung bei Kindern mit Förderbereich Sprache. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 35, 3, 41–47.
- Katz-Bernstein, N. (in Druck): Selektiver Mutismus: Für welche Fachgruppe eine Herausforderung? Warum Logopädie? *SAL Bulletin, Fachzeitschrift Logopädie*
- Katz-Bernstein, N. & Schröder, A. (2017): Erzählen – Eine Aufgabe für Sprachtherapie und Sprachförderung?! Das Dortmunder Therapiekonzept zur Interaktions-und Narrationsentwicklung (DO-TINE). *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer: Schwerpunktthema: Intensive Sprachtherapie (4)1: e2017-10; doi: 10.14620/stadbs171110*
- Katz-Bernstein, N. & Subellok, K. (2009): Selektiver Mutismus bei Kindern: Ein Thema für die Sprachtherapie? *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 78, 308–320.
- Katz-Bernstein, N., Zaepfel, H. (2004): Ali und sein Schweigen – aus der Gestalt-Integrativen Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychotherapie. In: Hochgerner, M., Hoffmann-Widhalm, H., Nausner, L., Wildberger, E. (Hrsg.), 369–390

- Kopf, A.* (2016): Diagnostische Fragebögen zum selektiven Mutismus (DiFraMut). Prolog, Köln
- Kristensen, H.* (2000): Selective mutism and comorbidity with developmental disorder / delay, anxiety disorder and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 2, 249–256.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., Somppi, V.* (1998): Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry* 37 (7), 24–29.
- Manassis, K., Oebeck, B. & Overgaard, K. R.* (2016): The use of medication in selective mutism: a systematic review. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25, 571–578.
- Melfsen, S. & Walitza, S.* (2017): Behandlungsmethoden des selektiven Mutismus. *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 91–97.
- Omer, H., Lebowitz, E.* (2012): Ängstliche Kinder unterstützen. Die elterliche Ankerfunktion. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Henninghausen, K., Gutenbrunner, C.* (2001): A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 251 (6), 284–296.
- Pioneck Stone, B., Kratochwill, T. R., Sladeczek, I. E., Serlin, R. C.* (2002): Treatment of selective mutism: A best-evidence synthesis. *School Psychology Quarterly* 17 (2), 168–190.
- Quasthoff, U., Fried, L., Katz-Bernstein, N., Lengning, A.; Schröder, A., Stude, J.* (2011): (Vor)Schulkinder erzählen im Gespräch: Kompetenzunterschiede systematisch erkennen und fördern. Das Dortmunder Beobachtungsinstrument zur Interaktions- und Narrationsentwicklung (DO-BINE) und der Dortmunder Förderansatz (DO-FINE). Hohengehren: Schneider.
- Schwenk, Ch. & Gensthaler, A.* (2017): Die Psychopathologie des selektiven Mutismus. *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 72–77.
- Smith, B.R. & Sluckin, A.* (2015): *Tackling Selective Mutism. A Guide for Professionals and Parents.* London: JKP.
- Starke, A.* (2018): Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 74, 45–60.
- Starke, A. & Subellok, K.* (2018): Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Kita. Manual. Verfügbar unter: <http://www.sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Kita.pdf>
- Starke, A. & Subellok, K.* (2017): Identifizierung selektiv mutistischer Kinder im schulischen Primarbereich. *Entwicklung und Evaluation von DortMus-Schule.* *Sprache, Stimme, Gehör*, 41 (2), 84–90.
- Starke, A., Subellok, K.* (2016): Dortmunder Mutismus Screening DortMuS-Schule. Verfügbar unter: <http://sk.tu-dortmund.de/dortmus/DortMuS-Schule.pdf>
- Starke, A., Subellok, K.* (2015): Wenn Kinder nicht sprechen - Selektiver Mutismus - Basisartikel. *Sprachförderung und Sprachtherapie* 4 (1), 2–7
- Starke, A., Subellok, K.* (2012): KiMut NRW: Eine Studie zur Identifikation von Kindern mit selektivem Mutismus im schulischen Primarbereich. *Empirische Sonderpädagogik* 4 (1), 63–77.

- Steinhausen, H.-C. (2010): Fragebogen zur Erfassung des Elektiven Mutismus (FEM). In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (7. Aufl., S. 558–560). München: Elsevier.
- Steinhausen, H.-C. & Juzzi, C. (1996): Elective Mutism. An analysis of 100 Cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 606–614.
- Steinhausen, H.-C., Wachter, M., Laimbock, K., Metzke, C. W. (2006): A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines* 47 (7), 751–756.
- Subellok, K. & Bahrfeck-Wichitill, K. (2016): Selektiver Mutismus im sozialen Kontext – Vernetzungsarbeit in der Dortmunder Mutismus Therapie (DortMuT). *Praxis Sprache*, 61, 163-170.
- Subellok, K., Katz-Bernstein, N., Bahrfeck-Wichitill, K., & Starke, A. (2012): DortMuT (Dortmunder Mutismus-Therapie): Eine sprachtherapeutische Konzeption für Kinder und Jugendliche mit selektivem Mutismus. In: L.O.G.O.S. interdisziplinär, 20, 84–96.
- Subellok, K., Kresse, A., Bahrfeck-Wichitill, K. (2010): Gemeinsam Schweigsam: Selektiver Mutismus bei Zwillingen. Teil I: Spezifische Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Schweigens. *Die Sprachheilarbeit* 55 (3), 110–120.
- Subellok, K., Starke, A. (2015b): Selektiver Mutismus. Ein Interdisziplinäres Phänomen. *Deutsches Ärzteblatt PP* 13 (10), 455–456
- Subellok, K., Starke, A., Bahrfeck, K., Winterfeld, I., Cornelißen-Weghake, J. & Slickers, D. (2017): Das Dortmunder Mutismus Zentrum (DortMuZ) – Alles unter einem Dach! *Mutismus.de*, 9(18), 23-29.
- Tomasello, M. (2010): Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp.
- Tramer, M. (1934): Elektiver Mutismus bei Kindern. *Zeitschrift für Kinderpsychiatrie*, 1, 30-35.
- Vecchio, J. L., Kearney, C. A. (2005): Selective mutism in children: comparison to youths with and without anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 27 (1), 31–37.
- Viana, A. G., Beidel, D. C., Rabian, B. (2009): Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical psychology review* 29 (1), 57–67.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, Ch. (2018): *Die Psychotherapie Debatte. Was Psychotherapie wirksam macht*. Bern: Hogrefe.

Autorinnen:

Prof. Dr. Nitza Katz-Bernstein
TU Dortmund (em.), Florastr. 58, CH 8008 Zürich

Priv.-Doz. Dr. habil. Katja Subellok
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Sprache und Kommunikation
TU Dortmund, D 44221 Dortmund

Familienimagination in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis

Renate Sannwald

Edda Klessmann hat in ihrem gemeinsamen Buch mit Hanscarl Leuner und Günther Horn (Leuner et al. 1997, S. 253) erstmals das Familienmodell in der Imagination als Möglichkeit zur systemischen Selbsterfahrung beschrieben. Das Familienmodell in der imaginativen Psychotherapie gibt die Möglichkeit, in einer familienartigen Übungssituation eine kindheitsufernahe Selbsterfahrung zu machen und sie anschließend hinsichtlich ihrer psychodynamischen und systemischen Implikationen zu untersuchen. Die Teilnehmer schließen sich zu Gruppen von (idealtypisch) vier Mitgliedern zusammen, von denen jeweils zwei in der „Kinderrolle“ mit geeigneten Motiven imaginieren, während die beiden anderen in der Therapeutenrolle gleichzeitig Elternfunktion übernehmen. Die „Eltern“ sollen sich ihre Aufgabe so gut wie möglich teilen, um sich dabei ergänzen zu können. Anhand der gesamten Übungssequenz erschließt sich die „Familiendynamik“ des Systems mit den Implikationen in Bezug auf eigene intrapsychische und interpersonelle Konflikte der Teilnehmer.

Inspiziert von diesem Modell, setze ich seit etwa acht Jahren **Familienimaginationen** auch mit Patientenfamilien aus meiner Praxis in der Psychotherapie ein. Meine Überlegung dazu war, dass es damit möglich sein könnte, starre intrafamiliäre Strukturen wieder in Bewegung zu bringen. Auch nahm ich an, dass dabei der Fokus des Erlebens vom konflikthaften Streitgespräch auf eine sinnlichere, erlebnisorientierte Ebene verschoben wird, welche gemeinsame gute Erfahrungen wieder möglich werden lässt.

Ich entwickelte – auf der Grundlage einiger Motive, die wir in einer der Supervisionsgruppen von Günther Horn zusammengetragen hatten (Horn et al. 2006) – eine Reihe von Motiven für die erste Familienimagination, aus denen ich die Patientenfamilie eines für ihre erste gemeinsame Imagination auswählen lasse.

Motive für die Familienimagination:

- 3 Bäume,
- Tierfamilie,
- Wanderung um einen See,
- Bootsfahrt,
- Ballonfahrt,
- Bergbesteigung,
- Durchquerung einer Wüste,
- Erforschung einer unbekanntem Insel,
- Erkundung eines alten Schlosses,
- Höhlenwanderung,
- Urlaub.

Fallbeispiel 1:

Familie A war wegen der aggressiven Verhaltensauffälligkeiten ihres 14jährigen Sohnes bei mir in Behandlung. Ich bat sie zu einem Experiment in Form einer **Familienimagination**. Mein Patient Jan und seine 12jährige Schwester Wiebke waren von der Idee sofort begeistert, während die Eltern kurz zögerten und um genauere Informationen zur Methodik baten, bevor sie zustimmten.

Für die Imagination veranschlagte ich **eine Doppelstunde** Zeit, was sich als sinnvoll und ausreichend erwies für Imagination, Malen und Nachbesprechung.

Alle Familienmitglieder legten sich auf Gymnastikmatten auf den Boden, wobei sie mit den Köpfen sternförmig zueinander lagen.

Ich leitete die Familienimagination mit einer kurzen Entspannung ein und machte dann im Verlauf der Imagination keine weiteren Interventionen. Ich ließ der Familie den Raum, die Imagination über einen Zeitraum von etwa 45 bis 60 Minuten gemeinsam zu entwickeln.

Die Familienimagination verlief erfreulich problemlos und machte der ganzen Familie Spaß. Darüber hinaus wurde die familiäre Interaktion in der Imagination überaus deutlich, und es zeigten sich neue psychodynamische Aspekte, die ich in den folgenden Einzel- und Familiengesprächen nachbearbeiten konnte.

Hier das **Gedächtnisprotokoll:**

Ich fordere die Familie auf, sich auf ein gemeinsames Motiv zu einigen.

Jan: Ich möchte ein Schloss auskundschaften!

Wiebke: Ich auch!

Jan: Oder wir machen eine Höhlenwanderung.

Mu.: Wie wäre es mit der Erforschung einer Insel?

Wiebke: Die Eltern bestimmen das.

Va.: Ich wäre auch für die Erforschung einer Insel.

Mu.: O.K.!

Wiebke: Dann gehen wir ins Schloss.

Ich bitte die Familie, sich sternförmig mit den Köpfen zueinander auf Decken zu legen, und gebe ihnen nach einer kurzen Entspannung das Motiv.

Erkundung eines Schlosses.

Wiebke: Müssen wir die ganze Treppe hochlaufen?

Jan: Das ist aber steil!

Wiebke: Der Park ist auch schön.

Va.: Was habt ihr vor?

Jan: Hier ist nichts los ...

Wiebke: Vielleicht ist es ein Museum?

Jan: Ich gehe jetzt mal rein. Es riecht hier nach Bohnerwachs.

Va.: Das Schloss ist ziemlich groß, die Räume sind hoch und haben Holzfußböden.

Mu.: Wie alt ist das Schloss? Bestimmt uralt! Wie die Bewohner wohl gelebt haben?

Jan: Wollen wir mal ein bisschen rumstromern?

Wiebke: Wir dürfen aber nichts anfassen!

Jan: Vielleicht doch. Die Eltern können mal Kaffee trinken gehen.

Wiebke: Hier gab es keine Kinder.

Va.: Vielleicht können wir mal weiter schauen.

Wiebke: An der Wand hängen große Bilder von Frauen mit schönen langen Kleidern und tollen Frisuren.

Va.: Lasst uns mal schneller gehen. Da ist vielleicht was Unheimliches! Was möchtet ihr machen?

Jan: Hier ist eine Tür, die ist abgeriegelt. Das ist total doof!

Mu.: Lasst uns lieber auf den Turm gehen!

Jan: Nein, ich will in den Keller!

Va.: Das ist ein Gefängnis. Ich sehe Waffen.

- Mu.: Hier ist es dunkel, der Boden ist glitschig. Die Wände sind nass. Es gibt kein Geländer zum Festhalten.
- Wiebke: Das Gefängnis ist nur für die Männer! Die Frauen waren immer lieb.
- Mu.: Die Frauen waren auf dem Turm mit ihren langen Haaren.
- Wiebke: Ich wäre auch lieber auf dem Turm! Hier riecht es so komisch.
- Mu.: Da ist eine Maus! Hier sind bestimmt auch Ratten und Fledermäuse.
- Jan: Ich hab' jetzt alles gesehen, es ist langweilig.
- Wiebke: Lasst uns auf den Turm gehen, da hat man eine gute Aussicht.
- Jan: Ich laufe schnell mal vor!
- Wiebke: Die Treppe ist glitschig, das ist eine Wendeltreppe!
- Va.: Wir schaffen es knapp, hinterher zu kommen.
- Wiebke: Nicht dass es wie im letzten Jahr wird ...
- Jan: Hier oben ist es ziemlich wackelig und windig.
- Wiebke: Man hat aber einen weiten Blick, bis zum Wald! Ich habe keine Angst. Ich sehe auch den Schlossgarten.
- Mu.: Ich muss mich festhalten. Schaffst du es, Vater?
- Wiebke: Wenn du der König wärst, kämest du jetzt angeritten!
- Jan: Einer von Euch muss vorgehen.
- Mu.: Geht ihr mal vor, Kinder.
- Wiebke: Runter geht es auch nicht so toll.
- Jan: Die Treppe ist uralt!
- Mu.: Man darf hier aber langgehen.
- Jan: Hier waren seit 100 Jahren keine Leute mehr.
- Mu.: Die letzten 20 Stufen, Gottseidank.
- Wiebke: Jetzt sind wir im Garten.
- Jan: Na, jetzt geht mal Kaffee trinken!
- Mu.: Ich lehne mich an die Mauer.
- Va.: Wir schauen auch nicht hin.
- Wiebke: Lasst uns verstecken spielen!
- Jan: Wir rufen euch dann, wenn wir fertig sind.
- Wiebke: Am nächsten Sonntag gehen wir nicht mehr mit.
- Jan: Diese ganzen Leute hier ... Ich habe Lust zum Rumklettern. Hier ist ein Bach, zu dem es runtergeht.
- Wiebke: Bleib am Ufer, pass auf, dass du nicht wieder reinfällst! Oh, ich sehe Fische im Bach.
- Jan: Oh ja! Da zwischen den Steinen.
- Wiebke: Pass auf, du kriegst Ärger, wenn du dich dreckig machst!

- Jan: Hier ist es viel besser, echt schön!
- Va.: Wollen wir wieder los?
- Jan: Jetzt kommen sie wieder an ...
- Wiebke: Guck mal, da sind Fische!
- Mu.: Oh ja!
- Wiebke: Kann man Fische mit der Hand angeln?
- Mu.: Versuchs doch mal!
- Va.: Lasst uns aufbrechen.
- Jan: Ihr kriegt den Fisch nie!
- Mu.: Du musst die Hose hochkrepeln, dann kannst du weiter reingehen.
- Wiebke: Das ist umständlich!
- Va.: Ich mach da bestimmt nicht mit.
- Mu.: Na gut, dann machen wir uns doch besser auf den Heimweg.
- Wiebke: Die Eltern sind voll peinlich ...
- Jan: Ich muss noch meine Schuhe anziehen, muss sie erst mal wieder finden.
- Wiebke: Wenn die Schuhe weg sind ... ach nein, hier liegen sie hinter dem Stein.
- Va.: Ich hole sie.
- Jan: Die Schuhe sind ganz nass. Meine Socken sind auch weg.
- Mu.: Immer ist irgendwas!
- Va.: Jetzt lasst uns mal auf dem Rückweg machen.
- Wiebke: Ich muss auch noch Hausaufgaben machen.

An dieser Stelle nach etwa 45 Minuten Imagination bitte ich die Familie, das Bild verblassen zu lassen und in die Realität zurückzukehren.

Während die Eltern trotz der teils schwierigen Inhalte der Imagination dankbar schienen, dass eine gemeinsame Imagination gelungen war, war die Reaktion meines Patienten Jan ein Achselzucken: „Jetzt sehen Sie mal, wie das bei uns ist.“ Der Schwester Wiebke hatte der Tagtraum unumwunden gut gefallen.

Ich bat die Familie, in einer weiteren Sequenz den Tagtraum auf einem gemeinsamen Blatt zu malen, woran sich alle mit zunehmendem Engagement beteiligten. Anschließend wollten sie das gemeinsame Gemälde mitnehmen und zu Hause in der Küche aufhängen.

Im folgenden **Nachgespräch** beschrieben die Kinder, dass sie sich wie im Museum gefühlt hätten. Jan konnte zum Ausdruck bringen, dass er sich teilweise in Gefahr und nicht genügend unterstützt gefühlt hatte. „Wir waren die einzigen Doofen, die da hochgegangen sind!“ Aber die Bachsequenz hatte er gut gefunden und wäre auch gerne dem Bachlauf weiter gefolgt. Die Eltern beschrieben sich selbst als tendenziell hilflos, wobei die Mutter dem Vater vorhielt, dass sein Einfall „mit dem Gefängnis“ ja nicht sehr nett war. Der Vater sagte über sich selbst: „Mir fehlt der Mut, etwas Verrücktes zu tun in einer solchen Situation.“

In der metapsychologischen Betrachtung der Übungssequenz fiel mir auf, dass beide Eltern wenig in der Lage schienen, strukturgebende Impulse zu geben, und eher darauf zu warten schienen, dass die Kinder initiativ wurden. Die Kinder waren es, die über das Motiv der Imagination entschieden hatten und auch den Ablauf der Imagination gestalteten. Expansive Impulse meines Patienten wurden aktiv und passiv durch teils sadistisch anmutenden Interventionen seitens des Vaters, aber auch der Mutter gehemmt. Wiebke versuchte, ihren Bruder zu unterstützen, sodass das Geschwister-Subsystem als das stabilste im Familiensystem erschien.

Ich nahm mir vor, solche Familienimaginationen zur Unterstützung des einzeltherapeutischen Prozesses in **Abständen von etwa sechs Wochen** durchzuführen. Für weitere Familienimaginationen im **Therapieverlauf** kommen folgende **Motive** in Frage:

- Ein neues Haus einrichten,
- miteinander kochen,
- Einkaufsbummel,
- ein Theaterstück inszenieren.

Leider war die Familiendynamik meines 14jährigen Patienten Jan weiterhin dadurch gekennzeichnet, dass das Familiensystem wenig Flexibilität zeigte.

Mir erschien es sinnvoll, durch die Auswahl des Motivs Einfluss auf die Familienkohäsion zu nehmen, und um diese aktiv zu befördern, verwendete ich **stressinduzierende Motive**:

- Wir haben kein Geld mehr,
- etwas besorgen, was wir dringend brauchen,
- einer von uns wird krank.

Hier das **Gedächtnisprotokoll**:

Ich fordere die Familie auf, sich auf ein gemeinsames Motiv zu einigen.

Va.: Ich schlage vor, wir nehmen das Motiv „Wir haben kein Geld mehr.“

Mu.: Ja, das finde ich gut.

Wiebke: Ich auch.

Jan: O.K.!

Ich bitte die Familie, sich sternförmig mit den Köpfen zueinander auf Decken zu legen, und gebe ihnen nach einer kurzen Entspannung das Motiv

Wir haben kein Geld mehr.

Mu.: Ich finde es gut, dass wir jetzt zusammen zu Abend essen, denn euer Vater und ich haben eine schlechte Nachricht für Euch.

Va.: Ja, ich muss euch leider sagen, dass ich zum nächsten Monat meine Arbeit verlieren werde.

Wiebke: Dann haben wir kein Geld mehr. Können wir dann noch in Urlaub fahren in diesem Jahr?

Mu.: Ich werde versuchen, meine Stelle aufzustocken.

Jan: Ich könnte mir auch einen Job suchen, Zeitungen austragen oder so. Oder ich könnte bei den Nachbarn den Rasen mähen.

Wiebke: Ich kann auch mit meiner Freundin in Urlaub fahren!

Mu.: Wir müssen natürlich überlegen, worauf wir verzichten können.

Jan: Nimm das nicht so schwer, Papa, das ist bestimmt nicht deine Schuld! Dem Vater von meinem Freund ist das auch passiert, und der hat rasch eine neue Stelle gefunden.

Mu.: Wir schaffen das schon gemeinsam.

Wiebke: Ja, wir schaffen das.

Va.: Wir können auch Opa fragen, ob er uns einen Zuschuss zu unserer Urlaubsreise gibt.

Mu.: Das wird natürlich anstrengend für mich, wenn ich dann vollzeitig arbeiten muss.

Wiebke: Ich helfe dir im Haushalt.

Jan: Ich kann auch was machen, ich mache mein Zimmer selber sauber und gehe abends mit dem Hund raus.

Va.: Mach nicht zu viel, sonst schaffst du dein Abitur nicht!

Jan: Bis zum Abitur ist ja noch lange hin.

Mu.: Ob wir auf Dauer die teure Miete bezahlen können?

Va.: Ich habe wirklich getan, was ich konnte, aber das Unternehmen ist

nun mal durch diese Dieselgeschichte ins Wanken gekommen. Und die Jüngeren trifft es zuerst mit dem Verlust des Arbeitsplatzes.

Wiebke: Papa, mach Dir nicht so viele Sorgen! Sicher gibt es einen anderen Job für dich.

Mu.: Das kann ja heiter werden ...

Jan: Das Wichtigste ist, dass wir zusammenhalten.

An dieser Stelle beendete ich die Imagination. Trotz der ernsten Stimmung in der Imagination fanden es alle Familienmitglieder erstaunlich, dass sie sich in der schwierigen Situation einig waren, zusammenzuhalten und die Probleme gemeinsam zu meistern. „Wenn es hart auf hart kommt, halten wir alle zusammen.“

In der metapsychologischen Reflexion der Imagination war deutlich, dass der Vater in seiner emotionalen Situation letztendlich alleine blieb, während die Mutter eher depressiv reagierte. Beide Kinder machten Unterstützungsangebote. Insbesondere entwickelte sich eine einfühlsame Interaktion zwischen dem Patienten und seinem Vater, die beide als wohltuend erleben konnten, und die ich prognostisch als günstig erlebte.

Für den fortgeschrittenen Therapieverlauf verwende ich weitere, eher **progressionsorientierte Motive**:

- Was wir schon immer miteinander machen wollten,
- was wir noch nie miteinander gemacht haben,
- unsere Familie in fünf Jahren,
- ein Familienwappen/-symbol gestalten.

Insgesamt führe ich etwa drei bis fünf Familienimaginationen im Laufe einer psychodynamischen Einzelpsychotherapie durch.

Die Familienimaginationen haben eine **stabilisierende Funktion** für das **Familiensystem** und begünstigen eine positive Entwicklung des Familiensystems hin zu mehr **Flexibilität**, was das Familiensystem in die Lage versetzt, mit Belastungssituationen besser adaptiv umzugehen. Sie werden in aller Regel von allen Familienmitgliedern positiv erlebt, weil sie eine entspannte und lösungsorientierte Interaktion miteinander ermöglichen.

Die Familienimagination bietet die Möglichkeit, die Wirkmechanismen der Katathym Imaginativen Psychotherapie mit systemischen Behandlungstech-

niken zu verbinden, und stellt damit eine effektive familientherapeutische Interventionsmöglichkeit dar.

Familienimagination in Eineltern-, Fortsetzungs- und Mehrgenerationenfamilien

Es ist auch möglich, die Familienimaginationen in Familien einzusetzen, die nicht der klassischen Familienkonstellation entsprechen, beispielsweise **Einelternfamilien, Fortsetzungsfamilien** und **Mehrgenerationenfamilien**. Solche Familienkonstellationen haben spezifische Implikationen, die in der Familienimagination gut deutlich werden.

Dazu einige theoretische Gedanken zur sogenannten **Anna-Selbdritt-Familie** (Berger 1990) oder **Mehrgenerationenfamilie**:

Diese war in der **Nachkriegszeit** in allen europäischen Ländern eine häufige Form der Familienorganisation, weil viele Väter im Krieg gefallen waren. Etwa 25% der deutschen Kinder wuchsen ohne Vater auf. Besonders in **Flüchtlingsfamilien** waren Anna-Selbdritt-Konstellationen regelhaft zu beobachten.

Die Anna-Selbdritt-Konstellation ist grundsätzlich eine **funktionsfähige Form der Familienorganisation**, die keine Häufung von psychopathologischen Veränderungen bei den einzelnen Familienmitgliedern zur Folge hat. In der Regel übernimmt der in der Familie lebende **Großelternanteil** die Funktion des **triangulierenden Objekts**. Weiter hat der in der Familie lebende Großelternanteil eine **Containment-Funktion** für Elternteil und Kinder. Diese Konstellation kann gut funktionieren, beinhaltet aber auch die Gefahr der „Gleichstellung“ von Elternteil und Kind in geschwisterlicher Position. Auch können die Großeltern in den Mehrgenerationenfamilien möglicherweise körperlich und seelisch überfordert werden, weil die anderen Familienmitglieder von einer „normalen Erwachsenen-Belastbarkeit“ ausgehen und die Folgen der körperlichen Alterungsprozesse nicht ausreichend berücksichtigen.

Infolge der steigenden Lebenserwartung kommt es zur relativen Verkürzung der Familienphase und zur relativen Verlängerung der nachelterlichen Phase. Kinder haben heute die Chance, mit ihren Eltern 55 – 60 Jahre zu verbringen (Reich 2005). Dadurch entsteht ein Mehrgenerationenkontext, in dem langjährige Fürsorge für die nachwachsende Generation geleistet werden kann, was vor allem für Alleinerziehende wichtig ist. Der Anteil der Mehrgenerationenfamilien in Deutschland ist in den letzten Jahren auf 21% angestiegen.

Fallbeispiel 2:

Hier gebe ich exemplarisch das Beispiel der Familienimagination einer **Mehrgenerationenfamilie** (Familie B: 65j. Gmm., 40j. Mu., 16j. Bruder Tom und 9j. Pat. Micha), die vorstellig wurde aufgrund einer Angststörung des 9jährigen Sohnes.

Hier das **Gedächtnisprotokoll**:

Tom: Lass uns eine Tierfamilie sein!

Micha: Au ja!

Gmm.: Wie wäre es mit einem Schloss? Oder mit einem Urlaub?

Mu: Dann lasst uns eine Tierfamilie sein, wenn die Jungen das gern wollen.

Ich bitte auch diese Familie, sich sternförmig mit den Köpfen zueinander auf Decken zu legen, und gebe ihnen nach einer kurzen Entspannung das Motiv **Tierfamilie**.

Micha: Ich bin ein Rehkitz und stecke den Kopf aus dem Wald.

Gmm.: Ich bin ein großes Reh und fühle mich ruhig und sicher. Lass uns schauen, wo die anderen sind.

Mu: Ich sehe uns alle. Wir sind Rehe und schauen gerade aus dem Wald heraus. Wir stehen jetzt auf einer Wiese, und ich schaue, ob es hier sicher ist.

Tom: Ich bin ein junger Rehbock und bekomme schon Hörner. Hör auf, mich zu schubsen, Micha, sonst werde ich sauer auf Dich!

Micha: Hier sind Steine!

Tom: Ja, ich springe auf den Steinen herum. Micha, jetzt kommst Du wieder angelaufen.

Micha: Ja, lass uns von den Großen weggehen!

Gmm.: Ich gehe auf die Wiese und wittere.

Tom: Micha, warum machst du mir immer alles nach?

Micha: Ich rutsche hier herunter, es ist gar nicht gefährlich.

Mu: Schaut mal, Kinder, hier ist grünes Gras, frisch und saftig! Davon können wir satt werden.

Gmm.: Wunderbar! Jungen, kommt mal her!

Micha: Mama, hast du für mich etwas zu fressen gefunden?

Tom: Ich will auch etwas! Los, mal schauen, wer als erster da ist!

Micha: Jetzt kämpfen wir, ich war zuerst da, aber Tom hat mir das Gras schon weggefressen!

- Gmm.: Kinder, es ist genug für alle da! Lasst auch etwas für eure Mutter übrig.
- Km: Ich fresse jetzt auch.
- Tom: Da hinten sind auch Himbeeren!
- Gmm.: Ich muss mal nach dem Kleinen sehen. Lass uns die Seiten wechseln, dass du in meinem Windschatten bist, Micha. Ich lege mich mal ein bisschen hin.
- Micha: Ich lege mich zu dir und schmuse ein bisschen mit dir, Oma.
- Tom: Ich habe noch viel Energie! Ich habe mich an den Himbeeren satt gefressen. Hier ist viel Platz für mich!
- Gmm.: Der Kleine schläft schon fast in der warmen Sonne. Gut, ein bisschen Ruhe zu haben! Das fühlt sich wohl an hier mit Micha ...
- Mu.: Ich möchte mich auch ein bisschen ausruhen und lege mich zu euch.
- Tom: Ich bringe euch Himbeeren. Hier, Oma!
- Gmm.: Komm zu mir, dass ich dich auch ein bisschen lecken kann.
(Schweigen)
- Mu.: Wollen wir weiter gehen in den Wald?
- Gmm.: Ach, ich würde gerne noch etwas liegen bleiben!
- Tom: Jetzt wäre ich auch fast eingeschlafen.
- Micha: Ich bin schon wieder wach. Los, Tom! Wir wollen in den Wald gehen.
- Tom: Lass mich, ich komme ja schon.
- Gmm.: Ich stehe auch auf, aber meine alten Knochen machen nicht mehr so gut mit. Langsam trotte ich zu euch herüber.
- Mu.: Wir gehen jetzt alle auf den Wald zu.
- Micha: Da sind viele Bäume. Ob da auch andere Tiere sind?
- Gmm.: Ich helfe dir, zu sichern, Tochter. Meine Nase ist noch gut, auch wenn meine Augen nachlassen.
- Tom: Ich rieche Wasser!
- Micha: Ich halte mich ganz dicht an Mama, verstecke mich unter ihrem Bauch.
- Mu.: Wollen wir alle trinken gehen?
- Tom: Da sind Geräusche im Wald! Ist da ein anderes Tier?
- Gmm.: Das ist nur ein Hase.
- Micha: Ich bleibe jetzt bei Tom.
- Gmm.: Tochter, komm mal her! Was haben wir jetzt vor?
- Mu.: Ich bin froh, dass wir alle zusammen sind.

- Micha: Ich knabbere jetzt an der Rinde der Birke hier.
Tom: Ich auch!
Mu.: Ich lausche in den Wald hinein.
Gmm.: Das ist nicht gut für die Zähne! Esst lieber von dem Moos hier.
Micha: Die Baumrinde schmeckt bitter und würzig. Ich spüre sie auch auf der Zunge.
Gmm.: Jetzt sind wir alle hier. Ich erinnere mich an den Großvater, wie es war, als wir jung waren.
Mu.: Ich bin hier ganz zufrieden.

Nach der Imagination fühlte sich die ganze Familie entspannt und gut gestimmt. Ich bat sie, Szenen des Tagtraums auf einem gemeinsamen Blatt zu malen, woran sich alle eifrig beteiligten.

Im **Nachgespräch** arbeitete ich mit der Familie heraus, dass es für alle offenbar wichtig war, zusammenzubleiben und zusammenzuhalten. Das Bedrohliche schien eher nach außen projiziert, um das Gefühl der Sicherheit im System aufrechtzuerhalten. Die Gmm. war offenbar in der Position der „Aufsichtsperson“, während die Mutter die Veränderungen anstieß. Zwischen den beiden Jungen schienen expansive Impulse und vermeidendes Verhalten zunächst „aufgeteilt“: Tom machte explorative Bewegungen, während Micha vor Neuem vermeidend zurückwich. Dieses Muster konnte sich gegen Ende der Imagination ein wenig lockern, als Micha die Baumrinde entdeckte.

Die gemeinsame Regression beim Ruhen in der Sonne tat allen gut, vor allem auch der Gmm., die deutlich regressive Wünsche anmeldete.

Zusammenfassung

Familienimaginationen eröffnen die Möglichkeit, auf spielerische Art und Weise „fest gefahrene Familiensysteme“ wieder in Bewegung zu bringen. Sie können so den psychodynamischen Prozess in der Einzelpsychotherapie unterstützen, wie im Falle der beiden vorgestellten Familien geschehen. Sie können auch in einer Familientherapie als alleinige therapeutische Intervention eingesetzt werden, wenn die Pathologie des Familiensystems im Vordergrund steht.

Methodisch ist es möglich, zunächst mit **Motiven** zu arbeiten, die den Familien einen **Regressionsraum** zur Verfügung stellen. Dann werden sogenannte **stressinduzierende Motive** eingesetzt mit dem Ziel, die Kohäsion im System

zu verstärken. Den Abschluss der Arbeitssequenz bilden **prospektive Motive**, anhand derer die Familie eine Zukunftsphantasie über ihre eigene Zukunft entwickeln kann.

Familienimaginationen werden von den beteiligten Familien in der Regel als angenehm und stabilisierend erlebt, selbst bei den stressinduzierenden Motiven.

Die Arbeit mit Familienimaginationen ist ökonomisch und hat eine nachhaltige Wirkung, die die Patientenfamilien noch langstreckig nach der Intervention begleitet.

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald
Fachärztin für Kinderheilkunde,
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT)
Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin, Tel.: 030/71522077, Fax: 030/71522078

Literaturverzeichnis:

- Berger, M. (1990):* Späte Mütter und ihre Wunschkinder. Unveröffentlichter Vortrag an der Med. Universität zu Lübeck.
- Horn, G., Sannwald, R. und Wienand, F. (2006):* Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt Verlag München.
- Klessmann, E. (1997):* Das „Familienmodell“ im KB-Vierersetting als Möglichkeit, analytische und systemische Entwicklungen wahrzunehmen. In: *Leuner, H.; Horn, G.; Klessmann, E. (1997):* Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt Verlag München, S. 253 – 266.
- Leuner, H.; Horn, G.; Klessmann, E. (1997):* Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt Verlag München.
- Reich, G. (2005):* Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54, 779 – 791.

Menschwerdung als Beziehungswesen – (k)ein Wunder?

Alexander Trost

(Transkript des Vortrags am 13. 06. 2019 bei der ersten Lindauer Woche für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie „KJP am Bodensee“)

Die Welt ist Resonanz

Heute möchte ich zu Ihnen über Resonanz als Weltprinzip und Bindungsorientierung als eigentlich politisch-soziale Aufforderung sprechen, und so in gewisser Weise über den kinderpsychotherapeutischen Tellerrand hinausschauen. Alles ist mit allem verbunden und in ständiger Resonanz, das ist das entscheidende Prinzip des gesamten Universums. Das geht vom subatomaren Bereich bis hin in Sonnensysteme und intergalaktische Beziehungen. Die subatomaren Distanzen und Größenverhältnisse entsprechen dabei exakt denen in Sonnensystemen (Morrison et al., 1983). Letztendlich löst sich Materie in Schwingungen auf, und die Resonanzen der Himmelskörper in unserem Sonnensystem, die Johannes Kepler 1619 in seinem Werk ‚Harmonices mundi‘ beschrieb, waren bereits seit Pythagoras bekannt. Jegliche Eigenschaft von Materie wird durch die Gestaltung des Beziehungsraumes zwischen den Elementen eines Stoffes bestimmt: die dynamische Anordnung von Protonen, Elektronen und Neutronen in einer Molekularstruktur im Raum-Zeitgefüge machen den Charakter einer Substanz aus. Ähnlich gilt dies für das Zusammenspiel in und von lebenden Systemen. Auch hier geht es um Räume und Zeiten, um freie, gelenkte oder blockierte Schwingungen.

Die Frage ist nun, was kann der Beitrag unserer Profession sein, damit behinderte, blockierte Resonanzen, wieder oder auch erstmalig ins Schwingen kommen?

Martin Buber (1923, S. 97) sagt: „Der Mensch wird am Du zum Ich“ und meint damit, dass die Resonanzen zwischen zwei oder mehr Subjekten Entwicklung und Ausformung einer Persönlichkeit bestimmen. Wir leben wirklich ganz von Anfang an von Resonanz, oder optisch ausgedrückt von emotionaler Spiegelung und Anerkennung. Dies wird in einer frühen responsiven Eltern-Kind-Interaktion verwirklicht und ist damit Grundlage einer sicheren Bindung. Damit kommt der frühkindlich etablierten Bindung zwischen einem Säugling und seinen primären Bezugspersonen eine ganz zentrale Bedeutung zu. Wir wissen heute, dass Menschen, wenn sie ganz Mensch sein wollen, Voraussetzungen brauchen, die am besten bindungstheoretisch und neurobiologisch beschrieben werden. Ganz Mensch sein meint damit: Gut mit sich und anderen im Kontakt sein, Impulse, Affekte und Stress regulieren können, lern- und arbeitsfähig sein sowie Beziehungen und Kooperationen eingehen zu können. Aus Zeitgründen werde ich mich hier nicht den neurobiologischen Grundlagen widmen, sondern bleibe bei den bindungstheoretischen Fragen. Alle kennen das Resonanzprinzip: Über Spiegelung, über Nachmachen wird die Welt in Bewegung gesetzt, zum Guten oder auch zum weniger Guten. Wichtiger Mittler in diesem Prozess ist das Spiegelneuronensystem, das erst in den 1990er Jahren von den italienischen Neurobiologen Gallese und Rizzolatti entdeckt wurde. Grob gesagt befähigt es uns, eine Handlung, ein Gefühl, das wir bei anderen beobachten oder wahrnehmen, auch selbst erleben und ausführen können. Wie bei allen höheren Hirnfunktionen gilt auch hier das Prinzip der nutzungsabhängigen Ausdifferenzierung: Was wir häufig tun, das können wir auch gut. Sich in Andere hineinversetzen, Empathie und Perspektivenübernahme wollen damit ebenso trainiert sein wie sportliche oder musische Fähigkeiten. Allen Schore, der aktuell wichtigste Bindungsforscher in den USA, meint, dass „die Resonanz der rechten Hemisphären von Mutter und Kind in der regulatorischen Interaktion der wesentliche ‚promotor‘ für eine normale Entwicklung ist“ (Schore, 2011, S. 30). Die rechte Hirnhälfte entwickelt sich früher als die linke, sie ist bereits ab der Geburt rudimentär funktionsfähig, was Gestalterfassung, Gesichtserkennung, bildhaftes und emotionales, ganzheitliches Erleben angeht. Die meist dominante linke Hemisphäre ist eher für das Prozessieren von Zahlen, Sprache, Abstraktion, Logik zuständig und reift deutlich später. Beide Hirnhälften sind durch eine massive Faserstruktur, den Balken, verbunden und bilden zusammen ein voll funktionsfähiges Gehirn. Der Balken ist in hohem Maße sensitiv für chronischen Stress und kann unter solchen Bedingungen seine integrierende Aufgabe nur mangelhaft erfüllen. Daher erleben wir bei organisiert unsicher gebundenen Menschen eine Präferenz der einen oder anderen Erlebensweise.

Bindung ist die Basis

Auch Bindungsphänomene ziehen sich durch das gesamte Universum. Beginnen mit chemischen, atomaren und Molekülbindungen, dann in der physikalischen Welt sind Bindungen z.B. durch das Magnetfeld charakterisiert. Im Hirnaufbau haben wir eine klassische Hierarchie, in der die Hirnteile unterschiedlicher evolutionärer Stufen sinnhaft miteinander verwoben und verbunden sind. In der Psychologie bedeutet Bindung einmal ein Überlebenssystem in der frühen Kindheit aller Säugetiere, dann auch Fürsorge, Zuneigung, Liebe. Soziologisch sprechen wir von Gruppenbindungen oder Gebundensein an ein Regel-, Werte- und Normensystem, an eine Kultur. Last not least gilt die Re-Ligio, also die Rückbindung als ein spirituelles Band zu einer höheren Macht: „...was die Welt im Innersten zusammenhält“ (Goethe, Faust I).

Mit John Bowlby gilt Bindung als ein evolutionäres Überlebensprinzip, seit es Säugetiere gibt. Ursprünglich richtete sich die Bindungsforschung auf die frühe Mutter-Kind-Bindung, sie wurde dann auf die Vater-Kind-Bindung und andere Bezugspersonen und schließlich auf die Bindungsstile im Lebensverlauf erweitert. Beeindruckende Längsschnittstudien, z.B. von Klaus und Karin Grossmann (2004, 2012) belegen die große konstante Bedeutung von Bindung und gleichzeitig ihre Variabilität über die ganze Lebenszeit hinweg. Im pädagogisch-therapeutischen Bereich wird die Bindungstheorie auf die asymmetrische Arbeitsbeziehung zwischen TherapeutIn, ErzieherIn, SozialarbeiterIn, LehrerIn zu einem Gegenüber in einem längerfristigen und relevanten Kontakt übertragen.

Dreh- und Angelpunkt für das Entstehen von Bindungssicherheit ist die sogenannte *Feinfühligkeit* (Orig. engl.: ‚tender loving care‘). Eine feinfühligkeitsvolle Betreuungsperson nimmt 1. die Signale des Babys wahr, 2. interpretiert sie richtig und 3. reagiert angemessen und 4. prompt darauf. Ein Säugling nimmt genau wahr, welche Bezugsperson am besten resonant auf seine Äußerungen ist. Wenn es mehr als eine Person in ungefähr gleicher zeitlicher Verfügbarkeit gibt, wählt das Baby die feinfühligste als primäre Bindungsperson, natürlich nicht kognitiv, sondern auf einer archaischen, affektiven Ebene der Hirnorganisation.

Was passiert in einer feinfühligkeitsvollen frühen Interaktion? Wir nennen es *Containment*, nach einem zu neuer Beachtung gelangten Begriff des englischen Psychoanalytikers Wilfred Bion (1963), wenn die Mutter die nonverbalen Botschaften ihres Kindes annimmt, aufnimmt, vorverarbeitet und dem Kind in verdaulicher (verständlicher) Form zurückgibt. Sie benötigt dazu die ‚Intui-

tiven Elterlichen Kompetenzen‘ (Papoušek, 2001), also die Fähigkeit, ohne nachzudenken mit einem Säugling angemessen zu interagieren. Praktisch alle Menschen verfügen über diese Fähigkeit, es sei denn, sie ist durch eigenes existenzbedrohende Stresserleben oder eine andere gravierende Ablenkung blockiert. Ziel dieses Prozesses ist es, das Kind in seiner Verarbeitung ängstiger Affekte und Erlebnisse so zu unterstützen, dass es in explorativem Kontakt mit der Umwelt bleiben kann. Dies entspricht der im Ernährungskontext weltweit üblichen Praxis, dass Mütter ihren Säuglingen Essen vor-kauen, wenn keine säuglingsgeeignete Nahrung vorzufinden ist. In Vietnam war es üblich, dass psychiatrische Krankenschwestern ihren hocherregten Patienten vorgekaute Nahrung mit dem Mund fütterten, was zur nachhaltigen Beruhigung führte.

Effektives Lernen von Neuem ist nur möglich, wenn das Bindungssystem deaktiviert ist. Ein „angeschaltetes“ Bindungssystem braucht alle Energie zum Überleben, zum Nähe Suchen bei der primären Bezugsperson. Hier kann und muss auf bewährte Schemata zurückgegriffen werden; innovatives Lernen findet nicht statt.

Die containende Handlung bahnt gleichzeitig die Entwicklung eines psychischen Selbst. Die kontingente Spiegelung der Botschaften des Körperselbst des Säuglings als primäre Repräsentation von Ereignissen: Schreien, Motorik, Lautäußerungen, geschieht im Regelfall als *markierte Spiegelung*. D. h. die primäre Bezugsperson macht es nicht ganz genau so wie das Kind, sondern in veränderter, abgeschwächter, gegebenenfalls übertriebener Form. Dadurch merkt das Kind, dass *seine* eigenen Affekte und Motive gespiegelt werden, und dass dies nicht die der Mutter sind. Anhaltende nicht markierte oder fehlende Spiegelung führt zu einem defizienten Aufbau des kindlichen Selbst, mehr dazu später. Eine psychische Repräsentation des eigenen inneren Zustandes ermöglicht Benennen, Wiedererkennen und Erinnern. Somit ist dieser Zyklus die wesentliche Grundlage von Mentalisieren, nämlich sich und den anderen spüren und denken können. Diese Erfahrungen des ersten Lebensjahres sind dabei entscheidend für die Ausdifferenzierung einer balancierten Gehirnarchitektur, somit für die Entwicklung emotionaler Ausgeglichenheit, Kooperationsfähigkeit und Lernfähigkeit, letztendlich Selbstregulation auf vielen Ebenen. Dieser Prozess baut auf genetisch geprägten Grundlagen – die allerdings weniger als 20 % der Varianz erklären – und auf den pränatalen Erfahrungen auf. Hier geht es neben den sensorischen Eindrücken durch Bewegung, den Vestibulärreizen, Geräusch- und Klangimpressionen, tiefensensiblen Erfahrungen von Herz- und Atemrhythmus, Gefäßrauschen der Mutter,

vor allem um die Übertragung von Stresshormonen über die Plazenta, z.B. bei relevanten traumatischen Erlebnissen der Mutter. Dieser adaptive Mechanismus sorgt dafür, dass ein Kind, welches in eine unsichere Lebenswelt geboren wird, stärkere Überlebensmechanismen ausprägt, als ein Kind, dessen Mutter eine ruhige und entspannte Schwangerschaft hatte. Postnatal können als Traumafolge z.B. auch eine ADHS-Symptomatik, eine Rollenkehr bei psychisch kranken Eltern, adaptive, aber stressbeladene Überlebensmuster resultieren.

Wenn die Passung zwischen Kind und Mutter „gut genug“ ist, hat das Kind hinreichend gute Entwicklungschancen. Hier gilt der alte Winnicott-Begriff „Good-enough-mother“, also die Mutter, die in deutschen Schulnoten „nur“ 3 - 4 performt, ist für das Kind optimal. Das Ziel ist also nicht die perfekte Übereinstimmung, sondern ein überwiegend gutes Miteinander mit Momenten von Dissonanz und Unverständnis. Dies hilft dem Kind, sich als verschieden von der Mutter zu erleben, und beide können sich in „Wiedergutmachung“ (interactive repair) üben, ein wichtiger Quell sozialer Kompetenz und von Freude in Beziehungen. Die regulatorische Interaktion bahnt also die Ausbildung selbstregulatorischer Fähigkeiten, eine lebenslange Aufgabe, die spätestens mit der Geburt beginnt. Zu Beginn braucht das Kind durchgängig eine feinfühlig Co-Regulation; es lernt sich im Laufe der Entwicklung immer mehr, häufiger und besser selbst zu regulieren und gewinnt so mehr Autonomie und Selbstwirksamkeit. Heute, wo der Zeitgeist eher das Ausagieren von Affekten und Impulsen propagiert, ist bisweilen auch im allgemeinen Diskurs eine relative Schieflage in Bezug auf Selbstregulation zu beobachten: Wer ist eigentlich zuständig für meine Regulation? Sind es die anderen, der Staat, das Gesundheitswesen, die blöden anderen Autofahrer? Dabei müssen wir diese Fähigkeit ein Leben lang entwickeln, wir brauchen immer wieder signifikante Dritte, die uns auch mal geraderücken, in belastenden Momenten halten und so die Selbstregulation nach schwierigen Situationen erleichtern.

Zurück zum ersten Lebensjahr: Wir wissen um die Effekte, wenn eine primäre Bezugsperson im ersten Lebensjahr sowohl positive als auch negative Äußerungen des Kindes vorwiegend feinfühlig beantwortet hat:

- weinen die Säuglinge schon mit 10 Monaten weniger und äußern sich differenzierter,
- willigen die Krabblen häufiger in die Ziele der Mutter ein, sind kooperativer und seltener trotzig,
- zeigen die Kleinkinder offener ihre Gefühle lassen sich gut beruhigen, und

- können ihre Wünsche nach Nähe und Trost oder Hilfe, aber auch nach ungestörtem Erkunden selbständig regulieren und entsprechend handeln.

Dies sind Ergebnisse der großen Längsschnittstudien von Klaus und Karin Grossmann (2004) und L. A. Sroufe et al. (2005).

Auf der Basis der Interaktion des ersten Lebensjahres lassen sich ab ca. zwölf Monaten im Fremde-Situation-Test – der diagnostischen Standardprozedur – Bindungsverhaltensmuster erfassen. Das Kind agiert in diesem Lebensalter noch unbewusst; es verfügt aber bereits über die Matrix, die Grundlage für das ‚*Innere Arbeitsmodell*‘ (Bowlby, 1969): internal working model). Dieses Arbeitsmodell entspricht einer Landkarte des Selbst, von anderen und der Welt, mit der ich durch die überkomplexen Sinneseindrücke navigieren kann, eine Repräsentation von sich selbst und den bedeutsamsten Bezugsobjekten. Dieses verinnerlichte frühe Beziehungsmuster übt eine beständige Wirkung auf die weitere Entwicklung aus und wird in ähnlichen Beziehungssituationen während des ganzen Lebens reaktiviert. Neue, bedeutsame Beziehungserfahrungen können dieses Modell modifizieren; der in den ersten ein bis zwei Lebensjahren angelegte Kern bleibt aber erhalten. Die wichtigste Aufgabe dieses Arbeitsmodells ist es, Ereignisse der realen Welt gedanklich vorwegzunehmen, um in der Lage zu sein, das eigene Verhalten besser zu planen und die Situation kontrollieren zu können. Bei *sicher gebundenen* Kindern funktioniert dieses Arbeitsmodell als sichere Basis, von der aus sie ihre Umwelt erkunden und begreifen können. In Zeiten von emotionalem Stress fungiert es als eine Art sicherer Hafen. Wir unterscheiden organisierte von desorganisierten Bindungsstrategien. Optimal ist es, wenn Bindungspersonen akzeptierend sind und genügend Sicherheit und Nähe bieten, dann kann sich das Kind und später der Erwachsene flexibel zwischen der Welt der Dinge und der Welt der Beziehungen orientieren. Die Emotionsregulation ist ausbalanciert, d. h. die Person ist emotional offen für positive und negative Gefühle und verfügt insgesamt über eine sichere Bindungsrepräsentation. Falls die primäre Bezugsperson nicht hinreichend emotional verfügbar war, vielleicht sogar zurückweisend bis feindselig, wird das Kind aus stressökonomischen Gründen sein Bindungssystem deaktivieren. Es unterdrückt negative Gefühle wie Kränkung und Angst und betont die eigene Autonomie, allerdings auf Kosten wichtiger Informationen über andere Menschen, zu denen diese *unsicher-vermeidend gebundenen* Personen weniger Zugang haben. „Brüllen und Einssein“ so zitierte ein Workshopteilnehmer, der mit Neonazis arbeitet, einen solchen Klienten, der in dieser nicht personalen Verschmelzung den einzigen Beziehungsraum in seiner bindungsvermeidenden Welt fand. Mitt-

lerweile gibt es hochqualitative Forschungsarbeiten, die das Überwiegen bindungsvermeidender Strategien in der rechten Szene belegen.

Auf der anderen Seite des Spektrums finden sich die *unsicher-ambivalent gebundenen* Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Sie haben die Erfahrung gemacht, dass die Bindungspersonen inkonsistent verfügbar und unberechenbar in ihrer Zuwendung sind. Im Sinne der Intervallverstärkung lernen sie, ihr Bindungssystem maximal zu aktivieren, um doch noch eine responsive Antwort der Bindungsperson zu erhalten. Ihr Arbeitsmodell ist von Gefühlsüberflutung, Hilflosigkeit, Ärger und Abhängigkeit gekennzeichnet, ein besonders anstrengendes und für beide Seiten unerfreuliches Interaktionskontinuum ist die Folge („Nicht mit dir und nicht ohne dich!“). Die drei genannten Bindungsstrategien heißen *organisiert*, weil sie einem viablen inneren Schema folgen, das in weiten Bereichen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Allerdings sind organisiert-unsichere Menschen oft unglücklicher und zumindest in Teilbereichen des Lebens nicht so erfolgreich. Dazu kommt ein, im Speichel-Cortisol deutlich messbarer, stark erhöhter innerer Stresspegel.

Bindungsforscher haben über viele Jahre die beobachteten Bindungsverhaltensweisen von Säuglingen, Schulkindern, Jugendlichen oder Erwachsenen *kategorial* klassifiziert. Das gibt eine Orientierung, hat aber den Nachteil, dass Nuancen, Veränderungen in bestimmten sozialen Situationen oder über die Zeit schlecht erfasst werden können. Heute unterscheidet man daher *kategoriale* Anteile, also primär frühkindlich erworbene Bindungsmuster, von *dimensionalen* Aspekten, also ein Mehr oder Weniger bestimmter Bindungsstrategien in bestimmten Lebenssituationen.

Mentalisieren macht menschlich

Der Begriff Mentalisieren wurde bereits im Zusammenhang mit der markierten Spiegelung des Säuglings durch die Mutter erwähnt. Wegen der großen Bedeutung des Konzeptes heute ist es notwendig, diesen Aspekt etwas genauer zu betrachten.

Mentalisieren heißt: „Äußerlich wahrnehmbares Verhalten in einen bedeutungsvollen Zusammenhang mit innerpsychischen („mentalen“) Zuständen und Vorgängen zu erleben und zu verstehen, und umgekehrt [bei sich selbst und bei anderen...]. Dazu gehören Gefühle, Gedanken, Bedürfnisse, Wünsche, Begründungen, Bedeutungen und ganz persönliche Lebenserfahrungen.“

...Darüber hinaus: die imaginative Fähigkeit, sich differenzierte Vorstellungen über die Psyche und ihre Wechselwirkungen mit Erlebens- und Verhaltensweisen incl. Beziehungsgestaltung zu machen. Dies gilt in Bezug auf einen selbst und andere und erlaubt es, mit Bedeutungen spielen und die Perspektive wechseln zu können.“ (Bolm, 2015, S.45). Dies sind wichtige Voraussetzungen, um in sozialen Beziehungen erfolgreich navigieren zu können und das eigene Verhalten zu reflektieren. In gelingenden Bindungsbeziehungen ereignet sich Mentalisierungsförderung vom ersten Tag an. Bei der Klientel der Frühen Hilfen oder z.B. bei Müttern mit postpartaler Depression bedarf es dazu oft einer professionellen Unterstützung. Meins und Fernyhough (Meins et al., 2012) haben dazu ein manualisiertes Feinfühligkeitstraining entwickelt („MindMindedness“), dessen erfolgreiche Durchführung trotz mütterlicher Bindungsunsicherheit häufig zu einer sicheren Bindung beim Kleinkind führt. Dies ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass grundsätzlich die intergenerationale Übertragung unsicherer Bindungsmuster unterbrochen werden kann. Unbehandelt gilt eine Transmissionsrate von sicheren/unsicheren Bindungsmustern von ca. 80 %.

Reifes Mentalisieren nimmt im flexiblen Wechsel vier Perspektiven ein:

- Andere von außen sehen: im Äußerlichen bleiben
- Sich selbst von innen sehen: Gefühls-, Motivations- und Denkleben
- Den anderen von innen sehen: Gefühls-, Motivations- und Denkleben
- Sich selbst von außen sehen: Perspektivwechsel (nach Rottländer, 2017)

Die Mentalisierungskompetenz entwickelt sich etwa in den ersten sechs Lebensjahren über verschiedene sogenannte prämentalierende Modi, die optimalerweise dann in den reflexiven Modus integriert werden. Dies beinhaltet das Nachdenken über sich und andere, einschließlich Gefühlen, Motivationen und Perspektiven, und das Anerkennen von Unterschieden. In der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sehe ich häufig Kinder, die auch im Alter von zehn Jahren nur rudimentär mentalisieren. Sie können sich kaum eine Vorstellung vom eigenen Innenleben und von dem des Gegenübers machen.

Eltern, die ihr Kind von Anfang an mit mentalisierenden Kommentaren begleiten („Oh, was ist mein Kleines fröhlich, da freut sich aber der Papa!“ „Ja, du willst das Mobile ergreifen, da helfe ich Dir ein bisschen!“), fördern damit sowohl die Sprachentwicklung als auch die Fähigkeit über sich und andere nachzudenken. Robustes Mentalisieren gilt als protektive Ressource und Moderator für gelingende psychosoziale Entwicklung und für psychische Gesundheit. Stress jeder Art und intensive Emotionen behindern das kontrol-

lierte Mentalisieren, d. h. in solchen Situationen neigen wir zu unüberlegten Kurzschlusshandlungen, weil automatisierte, frühe gelernte affektive und Denkschemata die Regie übernehmen. Während das kontrollierte Mentalisieren eine Leistung des präfrontalen Kortex ist, wird das implizite von subkortikalen Strukturen automatisiert gesteuert. Kurz gesagt: Wo wir das Mentalisieren am meisten brauchen, versagt es leicht.

Eng verwandt mit dem Mentalisierungskonzept und seit etlichen Jahren in besonderem Fokus ist der Begriff des „*Epistemischen Vertrauens*“. Gemeint ist das basale Vertrauen in eine Bezugsperson als sichere Informationsquelle (Wilson und Sperber, 2012). Es entsteht durch kontingente (markierte) Spiegelung und Anwendung der intuitiven elterlichen Kompetenzen im Säuglingsalter, somit ist es mit Bindungssicherheit assoziiert. Bindungspersonen verwenden sogenannte Türöffner (Ostensive Cues), um einem Kind zu verdeutlichen, dass es jetzt eine wichtige Botschaft bekommt. Zu einem vierjährigen Kind, das über die Straße rennen will, geht die Mutter auf Augenhöhe und in Blickkontakt, richtet die gemeinsame Aufmerksamkeit auf die Gefahrensituation und spricht in persönlicher Anrede altersentsprechend warnend mit dem Kind. Weil das Kind der Mutter vertraut, akzeptiert es deren Anweisung, auch wenn es selbst die Situation nicht überblicken kann.

Es gibt zwei Wege, kulturell weitergegebene Informationen zu eigenem Wissen zu machen: Zum einen schlussfolgernd: Kann es Vampire geben? Eine solche Frage verlangt große kognitive Reife und Argumentationskapazität. Der andere Weg besteht in der Anerkennung der Autorität der Wissensquelle: Wer sagt das? Und hier kommt die sichere Bindung ins Spiel: wenn ich Mentalisieren gelernt habe, die Informationsquelle als sicher einstufen und kritisch denken kann – wir nennen das ‚epistemische Wachsamkeit‘ –, ist es bereits im Schulalter möglich, die Erde sicher als Kugel und nicht als Scheibe zu erkennen. Verunsicherte Menschen, die nicht wissen, wem und was sie trauen können, sind deutlich anfälliger für Verschwörungstheorien und populistische Indoktrination als sicher gebundene. Mentalisierende Interventionen, die das eigene wie das Innenleben des Gegenübers wahrnehmen und anerkennen, verbessern umgekehrt auch das epistemische Vertrauen. In den vergangenen Jahren haben sich etliche neue mentalisierungsbasierte Psychotherapieverfahren für Erwachsene, Jugendliche und auch für Gruppen etabliert und bewährt, vor allem in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.

Einige Worte zu den *Risiken*: Gerhard Roth, einer der bedeutendsten Neurobiologen in unserem Land, hat schon vor etlichen Jahren herausgestellt, dass die Hauptursachen für psychische Störungen die Traumatisierung der Mutter

vor und in der Schwangerschaft sowie Traumaerfahrungen des Kindes in den ersten 2-3 Lebensjahren sind. Genetisch-epigenetische Aspekte weisen lediglich eine Varianzerklärung von 10-20 % auf (Roth und Strüber, 2014). In ähnlicher Weise sind diese Erkenntnisse durch neuere Studien untermauert worden. Für ein Kind ist es traumatisch, wenn die Bezugsperson seine Perspektive nicht berücksichtigen kann: Dies kann in Vernachlässigung, Ablehnung, exzessiver Kontrolle und in verwirrenden Beziehungen so sein, abgesehen von massiver körperlicher oder sexueller Traumatisierung. Durch die fehlende Perspektivenübernahme wird die Mentalisierung beim Kind gehemmt, ein adaptiver Bewältigungsversuch, mit dem es aus stressökonomischen Gründen ein Nachdenken über die Motive der misshandelnden Bezugspersonen verweigert (Taubner 2015). Häufige Folge substanzieller Traumatisierung eines Kindes ist die *desorganisierte Bindung*. Desorganisiertes Bindungsverhalten kann durch mütterliche Traumatisierung und durch die des Kindes selbst vorhergesagt werden. Je nach Beziehungs- und Traumakontext können die Symptome von Desorganisation zusätzlich zu einer sicher- oder zu einer unsicher-organisierten Bindungsform beobachtet werden. D. h., eine organisierte Bindungsstrategie wird im Fall ausgeprägten Beziehungsstressses von nicht organisierten (nicht zielführenden) Verhaltensweisen durchzogen: Etwa als Übersprungshandlungen, Einfrieren von Mimik und Motorik, Stereotypien oder Dissoziationen. Desorganisierte Bindungsmuster finden sich im Bevölkerungsquerschnitt bei ca. 15 %; die Zahl steigt mit Armut, psychischer Erkrankung, Fremdunterbringung von Kindern bis auf nahezu 80%. Davon abzugrenzen ist die mit 1% relativ kleine Zahl an Bindungsstörungen, bei denen eine organisierte Bindungsstrategie in der Regel nicht mehr erkennbar ist. Im Interaktionszyklus fehlen häufig das „Vorkauen“ und die markierte Spiegelung seitens der Bindungsperson. Im Ergebnis kann sie nicht zur inneren Beruhigung des Kindes beitragen, und es wird für dieses schwierig, eine psychische Repräsentation des eigenen Körperempfindens aufzubauen. Konkret: Wenn die Borderline-Mutter das Schreien des Babys mit einem eigenen Ausnahmezustand beantwortet, und das Kind seine Erregung nicht herunterfahren kann, muss es, um eine somatische Beruhigung herbeiführen, seinen eigenen Körper als Objekt benutzen. Dies trägt nicht zu einer psychischen Repräsentation des eigenen Zustandes beim Kind bei, sondern ängstigt es und erhöht die innere Erregung, die dann häufig über den Körper abgeleitet werden muss: Motorische Stereotypien, Ritzen, später Selbsthass und tiefstes Schamerleben usw. können die Folge sein. Mentalisieren und der Aufbau eines psychischen Selbst werden dadurch behindert. Die Antwort der Mutter wird aufgenommen, kann aber nicht in ein konsistentes Selbstbild

integriert werden; es entsteht ein sogenanntes ‚*Fremdes Selbst*‘ (Winnicott, 1956). Über diesen Mechanismus der Entstehung eines fragilen Selbst kann Psychopathologie bindungstheoretisch erklärt werden. Durch das Misslingen früher responsiver Interaktion bahnen sich Entwicklungspfade mit nicht adäquater Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, dem Bezug zu sich selbst, zu anderen und zur Welt. Mittlerweile liegen eine Reihe von qualitativ hochwertigen Studien zur Entstehung von schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, aber auch ADHS auf der Basis von Bindungstraumatisierungen vor.

Eine groß angelegte US-amerikanische Studie, die „Adverse Childhood Experiences (ACE) Study“ (Felitti, 2002; Anda et al., 2009) untersuchte mehr als 17.000 Mitglieder einer Krankenversicherung bezüglich negativer Kindheits-erfahrungen und ihrer Auswirkungen im späteren Leben. Das überraschende Ergebnis war eine gesicherte Dosis-Wirkungsrelation von belastenden frühen Lebenserfahrungen – durch Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellen Missbrauch, aber auch durch psychisch kranke oder inhaftierte Elternteile – mit allen sozialmedizinisch bedeutsamen körperlichen wie auch psychischen Erkrankungen in späteren Lebensaltern. Je früher, mehr und intensiver Belastungsfaktoren auf die jungen Menschen einwirkten, umso wahrscheinlicher war eine soziale, emotionale oder kognitive Beeinträchtigung bis hin zu psychosozialer Behinderung, chronisch körperlicher Erkrankung und einem früheren Tod. Diese weltweit anerkannte und in ihren Konsequenzen noch nicht ansatzweise umgesetzte Studie weist eindrücklich auf die ausschlaggebende Bedeutung der frühesten Kindheit für die körperliche und seelische Gesundheit im gesamten Lebensverlauf hin (Troost, 2008). Psychoneuroimmunologische Studien lassen vermuten, dass das Bindungssystem ein Bindeglied darstellt zwischen den negativen Kindheitserfahrungen und Entzündungsprozessen, die für die zur Krankheit führenden Gewebeveränderungen verantwortlich sind (Ehrlich et al., 2016).

In der Konsequenz heißt das, wenn wir etwas tun wollen für die Resilienz der Menschen, letztendlich für unsere Gesellschaft, bleibt uns kaum etwas anderes übrig, als unseren Aufmerksamkeitsfokus auf die Bindungsbeziehungen zu richten und diese möglichst gut zu fördern. Pränatale und postnatale Einflüsse auf die Stressregulation in den allerersten Lebensjahren bilden eine lebenslange Grundlage für den Umgang mit intensiven Gefühlen in existenziellen Daseinssituationen.

Mithin ist dies ist auch der wichtigste Aspekt des Konzeptes „Resilienz“, also der Kompetenz, mit aversiven und bedrohlichen Lebenssituationen konstruk-

tiv fertigzuwerden. Emmy Werner belegte das als Erste in ihrer eindrucksvollen Längsschnittstudie an allen 698 Kindern der zum Hawaii-Archipel zugehörigen Insel Kauai. Gerade bei den Hochrisikokindern war die entscheidende Ressource für ein gelingendes Leben trotz widriger Umstände der sichere Bindungsaufbau zu einer responsiv-fürsorglichen Person im ersten Lebensjahr (Werner, 1989).

Profis binden sich

Also: Es kommt auf uns (Erwachsene) an, in der Prävention, in der Gestaltung bindungsorientierter Bildungsprozesse, in der sozial- und wirtschaftspolitischen Weichenstellung, und in der therapeutischen Arbeitsbeziehung, und da auf unseren eigenen reflektierten Bindungsstil, weil wir durch unseren eigenen Bindungsstil, der ja zum großen Teil unbewusst gelebt wird, Resonanzprozesse mit KlientInnen fördern oder auch behindern können.

Allerdings ist fundiertes Bindungswissen in unseren Professionen bis in die letzten Jahre nicht sehr verbreitet gewesen. In einer früheren Untersuchung (2011) haben wir (Berg u. Trost, 2014) 283 Mitarbeiter nordrhein-westfälischer Erziehungsberatungsstellen nach ihren Kenntnissen zur Bindungstheorie befragt. Alle Teilnehmenden verfügten über humanwissenschaftliche Studienabschlüsse. Nahezu alle befragten Berater gaben an, Kenntnisse zur Bindungstheorie zu besitzen, jedoch nur die Hälfte schätzten dabei ihre Kenntnisse als gut ein. Um diese Kenntnisse zu operationalisieren, wurden zusätzlich Fragen zu spezifischen bindungstheoretischen Begriffen und Verfahren gestellt. Nur 13 % konnten als tiefergehend bindungstheoretisch versiert eingeschätzt werden, wohingegen 26 % nur über sehr wenige bindungstheoretische Erkenntnisse verfügte. Eine Mehrheit gab widersprüchliche und nicht eindeutig zuzuordnende Antworten.

Durch das stark zugenommene Interesse an der Bindungstheorie ist der theoretische Wissensstand sicherlich mittlerweile besser; es stellt sich aber die Frage, inwieweit dieses Wissen auch auf die eigene Person für die Gestaltung der Arbeitsbeziehung genutzt wird. Um Veränderungsprozesse zu bahnen, ist es erforderlich, dass im Behandlungsprozess eine sichere Basis angelegt wird. Insgesamt gibt es wenig Forschung zur Bindungsqualität im therapeutischen Bereich. Es ist jedoch deutlich, dass sicher gebundene HelferInnen effektiver bei ihren Klienten sind.

Dies ist umso bedeutender, als wir in eigenen Studien, die aktuell mehr als 1600 Fachkräfte aus dem psychosozialen Spektrum umfassten (PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Ehe- und FamilienberaterInnen, systemische TherapeutInnen), überwiegend unsichere Bindungsstile fanden. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse bis 2017 wurde in Trost (2018) veröffentlicht. Im Vorfeld der aktuellen Tagung haben wir eine Befragung von (überwiegend) Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten mit einem bewährten, an einer Repräsentativstichprobe reanalysierten (Brähler et al., 2008) Fragebogenverfahren, dem BFPE (Höger u. Buschkämper, 2002) durchgeführt, deren Zwischenstand (Mai 2019) ein ähnliches Bild zeigte. Dieses ist aufgrund einer relativ geringen Rücklaufquote (n=169) allerdings nicht repräsentativ. Den ca. 21 % sicher gebundenen Befragten stehen 66 % unsicher-ambivalente gegenüber. D. h. ein hochaktiviertes Bindungssystem überwiegt in dieser Kohorte deutlich. Dieses Ergebnis unterscheidet sich nur geringfügig von dem einer Kohorte aus dem systemischen Feld (n= 276), aber sehr deutlich von anderen Gruppen aus helfenden Berufen und insbesondere vom Bevölkerungsquerschnitt (42 % sicher/bedingt sicher, 38% ambivalent). Ein hochaktivierbares Bindungssystem kann dabei durchaus zur Ressource werden: Gute Antennen für die Nöte und Bedürfnisse anderer, hohe Präsenz und Einfühlungsbereitschaft. Andererseits besteht das Risiko, von den Schilderungen und Affekten des Gegenübers getriggert und dann von eigenen Affekten überflutet zu werden, die Grenze hin zum anderen zu verlieren. Durch diese, oft dauerhafte Überbelastung kann dann anstelle einer angemessenen Distanzierung eine „Metaposition“ mit Empathieverlust und gegebenenfalls Rationalisierung des Scheiterns resultieren. Zudem steigt das Risiko einer sekundären Traumatisierung (Daniels, 2011), also der traumagleichen Belastungsreaktion durch die Arbeit mit traumatisierten KlientInnen, bei einer unsicher gebundenen HelferIn (Pentz und Trost, 2015).

Dies unterstreicht die Notwendigkeit, selbst durch ein wertschätzendes und kooperatives Arbeitsklima in der eigenen Institution gehalten zu werden, und die eigenen Arbeitsprozesse, die Arbeitsbeziehung, insbesondere die Übertragungs- und Gegenübertragungs-Dynamiken in Supervision und Intervision sorgfältig zu reflektieren. Daneben brauchen wir als psychosoziale Profis ein regelmäßiges Update unseres Wissens zu Bindung und Mentalisierung, entsprechend dem rasant fortschreitenden Erkenntnisstand.

Bindung braucht Prävention

Zum Schluss einige Sätze zum Thema *Prävention*. Ein afrikanisches Sprichwort sagt: „Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind großzuziehen“. Neben den Eltern als primäre Bindungspersonen sind Unterstützer aus der Verwandtschaft, insbesondere Großeltern, sowie die kulturellen Möglichkeiten einer Gemeinschaft notwendig, um Kinder zu kooperationsfähigen, reflektierenden Erwachsenen zu machen. Wir können heute nicht mehr so tun, als wüssten wir nicht, wie entscheidend die ersten Lebensjahre für die „Menschwerdung“ sind. Hier wird festgelegt, ob ein Mensch eine sichere Bindung erwirbt und damit die Voraussetzung für balanciertes Fühlen, Handeln, Reflektieren als Individuum in einer Gemeinschaft. Eine Bindungsprävention als gesellschaftsprägende Selbstverständlichkeit gibt es nur ganz selten, auch nicht in unserem so reichen Land mit hochdifferenzierten Sozialsystemen. Finnland geht diesen Weg seit über 60 Jahren. Mit dem Neuvola-Programm wurde ein Unterstützungssystem für werdende und junge Eltern geschaffen, das größtmögliche Bindungssicherheit auf den Weg bringt. Stimmen, die nachhaltige Beziehungs-, Erziehungs- und Bildungspartnerschaften zwischen professionellen Akteuren und den Eltern rund um die Geburt für ein Gebot der Vernunft halten (Meier-Gräwe, 2005), gibt es aber auch in Deutschland. Solche Stimmen kommen häufiger noch aus den Wirtschafts- als aus den Sozialwissenschaften. Wir wissen seit langem, dass frühe Unterstützung, Frühe Hilfen und Frühförderung effektiv sind im Hinblick auf die Kosten-Nutzen-Relation. Heckmann und Masterov wiesen schon 2007 darauf hin, dass sich bereits im mittleren Schulalter Investitionen ökonomisch nicht mehr auszahlen. Was bis dahin nicht gefördert wurde, kostet ab dann nur noch. Pfeiffer und Reuß (2008) berechneten, dass die frühe und die mittlere Kindheit zu 71 % die Höhe des Lebenseinkommens bestimmen und schlussfolgern, „dass die ertragreichste Politik zur Steigerung des Humankapitals und zur Reduktion von Ungleichheit eine effiziente Familienpolitik ist“. Die in der Regel zu spät einsetzenden Maßnahmen der Jugendhilfe sind dementsprechend extrem teuer und zumeist ineffektiv.

Sven Fuchs (2012) beschreibt in seiner Monografie „Als Kind geliebte Menschen fangen keine Kriege an“ die traumatische (Früh-)Kindheit ausgewählter politischer Führer von Ludwig XIII über Napoleon, Hitler, Stalin, Clinton, Bush. Aktuelle Machtpolitiker lassen sich hier einreihen. Dies postuliert natürlich kein lineares Ursache-Wirkungsverhältnis: Bindungstraumata sind aber relevanter Teil eines systemischen Bedingungsgefüges zwischen Krieg und Frieden. Hannah Arendt richtete in ihrem Buch „Eichmann in Jerusalem:

Ein Bericht von der Banalität des Bösen“ (1963) ihre Aufmerksamkeit auf die potenziell globale Größenordnung von Verbrechen, die auf defizitäres und verzerrtes Mentalisieren zurückgehen. Allen et al. (2016) nennen dies „Geistesblindheit“, also die Unfähigkeit, andere als eigenständige, menschliche Wesen zu mentalisieren und zu respektieren. Moralentwicklung ist notwendigerweise selbstreflexiv: Erst wenn ich weiß, dass ich hasse, liebe, Angst habe, kann ich eine Haltung dazu entwickeln und mich fragen, ob dies gut, schlecht, sinnvoll ist. Damit beruht das Moralempfinden einer Gesellschaft auf der Fähigkeit und Bereitschaft zu mentalisieren, mithin auf einer gelungenen Bindungsentwicklung. Soziale Umwelten, in denen nicht oder kaum mentalisiert wird, handeln teleologisch (ein früher prämentalasierender Modus des Weltbezuges), bevorzugen somit primär Aktion und weniger Kommunikation und Reflexion. Problemlösungen, die der Komplexität unserer Welt angemessen wären, werden dadurch quasi verunmöglicht. All dies steht in Einklang mit den neurobiologischen Erkenntnissen und denen der Bindungstheorie.

Wie also wäre es, wenn Bindungssicherheit als Staatsziel genauso wichtig wäre wie Wirtschaftswachstum, wenn durch Präventivprogramme Bindungsstörungen weitgehend verhindert würden, wenn 20 % mehr Menschen sicher gebunden wären: Hätten wir dann schon die kritische Masse, die für rationales Denken und Handeln in Politik und Wirtschaft, Bewahrung der Schöpfung und Kooperation miteinander steht?

Ganz zum Schluss noch ein Zitat der Begründer der konstruktivistischen Systemtheorie: „Ohne Liebe, ohne dass wir andere annehmen und neben uns leben lassen, gibt es keinen sozialen Prozess, keine Sozialisation und damit keine Menschlichkeit. Alles, was die Annahme anderer untergräbt – vom Konkurrenzdenken über den Besitz der Wahrheit bis hin zur ideologischen Gewissheit – unterminiert den sozialen Prozess, weil es den biologischen Prozess unterminiert, der diesen erzeugt“ (Maturana & Varela, 1987, S. 266).

Literatur

- Allen, J. G., Peter Fonagy, P., Bateman, A. W. (2016) Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Druckaufl.
- Anda, R.F., Dong, M., Brown, D. W., Felitti, V. J., Giles, W. H., Perry, GS, Valerie, E. J., Dube, S. R. (2009) The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. BMC Public Health. 2009; 9: 106
- Arendt, H. (1963) Eichmann in Jerusalem. A Report on the Banality of Evil, New York: Viking/London: Faber and Faber; dt. Übers. 1964: Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen, München: Piper.

- Berg, M., Trost, A.* (2014) Bindungswissen in der Erziehungsberatung. Befunde und Perspektiven für die diagnostische und therapeutische Arbeit mit Familien. In A. Trost (Hrsg.), Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit. Grundlagen – Forschungsergebnisse – Anwendungsbereiche (S. 239–258). Dortmund: Borgmann.
- Bion, W. R.* (1963) Elements of Psycho-Analysis. London: Heinemann.
- Bolm, T.* (2015) Mentalisierungsbasierte Therapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bowlby, J.* (1969) Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss. New York: Basic Books.
- Brähler, E., Höger, D., Stöbel-Richter, Y.* (2008) Reanalyse des Bielefelder Fragebogens zur Partnerschaftserwartungen (BFPE). Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, 7, 284–294.
- Buber, M.* (1962) Werke. Band 1. Schriften zur Philosophie. München: Kösel Verlag/Verlag Lambert Schneider
- Daniels J.* (2011) Sekundäre Traumatisierung in der Traumaarbeit. In S. Friedrich (Hrsg.), Umgang mit Traumatisierung – an der Schnittstelle zwischen Psychologie, Pädagogik und Sozialer Arbeit (S. 27–36). Morrisville: Lulu.
- Ehrlich, K., Miller, G., Jones, D., Cassidy, J.* (2016) Attachment and Psychoneuroimmunology. In J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), Handbook of Attachment (pp. 180–201). New York: Guilford Press.
- Felitti, V. J.* (2002) The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 48, 359–369.
- Fuchs, S.* (2012) Als Kind geliebte Menschen fangen keine Kriege an: Plädoyer für einen offenen Blick auf die Kindheitsursprünge von Kriegen. Arbeitspapiere zur internationalen Politik und Außenpolitik. Verlag Lehrstuhl Internationale Politik der Universität zu Köln.
- Grossmann, K., Grossmann, K. E.* (2004/2012) Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heckman, J., Masterov, D.* (2007) The Productivity Argument for Investing in Young Children. Review of Agricultural Economics, 29 (3), 446–493.
- Höger, D., Buschkämper, S.* (2002) Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 1, 83–98.
- Maturana, H., VarelaF.* (1987) Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Bern: Scherz.
- Meier-Gräwe, U.* (2005) Was Kinder (und Eltern) brauchen. In: Universitas, 60(5), 445-548
- Meins, E., Fernyhough, C., de Rosnay, M., Arnott, B., Leekam, S. R., Turner, M.* (2012) Mind-Mindedness as a Multidimensional Construct: Appropriate and Nonattuned Mind-Related Comments Independently Predict Infant–Mother Attachment in a Socially Diverse Sample. Infancy, 17 (4), 393–415.
- Morrison, Philipp, Morrison Phyllis, Eames, Ray* (1983) Zehn Hoch. Heidelberg: spektrum Akademischer Verlag.

- Papoušek, M.* (2001) Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie. <http://liga-kind.de/fk-101-papousek> [Zugriff: 15.06.2020].
- Pentz, K., Trost, A.* (2015) Sekundäre Traumatisierung und Bindungsstile bei Professionellen Sozialer Arbeit. In U. Lammel, J. Jungbauer, A. Trost (Hrsg.), *Klinisch-therapeutische Soziale Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte* (S. 119–134). Dortmund: Borgmann.
- Pfeiffer, F., Reuß, K.* (2008) Ungleichheit und die differentiellen Erträge frühkindlicher Bildungsinvestitionen im Lebenszyklus. ZEW Discussion Paper. <http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp08001.pdf> [Zugriff: 06.06.2020]
- RothG., Strüber, N.* (2014) *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rottländer, P.* (2017) Mentalisieren in der Paartherapie. *Blickpunkt EFL* 38, 22-39.
- Schore, A.* (2011) *Gesundheit und Krankheit: Entwicklungspsychologische Entstehungsbedingungen*. 63. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ). Keynote, Übersetzung der Präsentationsfolien von Eva Rass.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., Collins, W. A.* (2005) *The Development of the person: The Minnesota Study of Riosk and Adaptation from Birth to Adulthood*. New York: Guilford Press.
- Taubner, S.* (2015) *Konzept Mentalisieren Eine Einführung in Forschung und Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Trost, A.* (2008) ...beziehungsweise lernen – Zu den neurobiologischen Grundlagen von Lernprozessen. In Ch. Leyendecker (Hrsg.), *Gemeinsam Handeln statt Behandeln – Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (S. 193–200). München: Reinhardt.
- Trost, A.* (2018) *Bindungswissen für die systemische Praxis*. Göttingen: V&R.
- Werner, E. E.* (1989) *Vulnerable, but invincible*. New York: Adams, Bannister and Cox.
- Winnicott, D.W.* (1956) Mirror role of mother and family in child development. In: Winnicott, D.W. (Ed.) *Playing and reality*. London: Tavistock.
- Wilson, D., Sperber, D.* (2012) *Meaning and Relevance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Autor:

Prof. Dr. med. Alexander Trost
FA f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Systemischer Lehrtherapeut und Supervisor (DGSF)
TZI Lehrbeauftragter (RCI)
Hundweilerstr. 19
88131 Lindau

Zur Diskussion gestellt:
**Bedeutung psychopharmakologischer Studien
und deren Auswirkung auf die
kinder- und jugendpsychiatrische Praxis**

Klaus-Ulrich Oehler

Psychopharmakologische Studien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ein hochkomplexes Thema. Der Autor möchte im Folgenden auch aus persönlichen Erfahrungen berichten, da er über 20 Jahre ein medizinisches Studienzentrum geleitet hat, in dem mehr pharmakologische Studien durchgeführt wurden als an allen kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken Deutschlands zusammen.

Aus meiner Sicht zeigt unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft bezüglich Psychopharmakologie Ambivalenz und zuwenig Interesse. Dies hat für den klinischen Alltag des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters durchaus relevante Konsequenzen. Für Psychopharmakologie gibt es kaum praxisnahe Orientierungspunkte.

Ich persönlich werde häufig von Kinderärzten und Hausärzten als Referent zu pharmakologischen Fortbildungen eingeladen. Die Haltung der Fachkollegen uns gegenüber ist aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht erschreckend. Sehr häufig wurde mir gesagt, dass man außer ADS kein psychiatrisches Krankheitsbild zu einem Kinder- und Jugendpsychiater schicken kann, da dieser offensichtlich nicht in der Lage sei, Krankheiten wie z. B. bipolare Störungen zu behandeln. Die pharmakologische Expertise fehle einfach. Diese Argumente sind leider keine Einzelmeinung und sind auch nicht von der Hand zu weisen. Epidemiologische Studien zeigen, dass bipolare Störungen zu 70 % vor dem 19. Lebensjahr beginnen. Bipolare Störungen müssten eine der am häufigsten behandelten Erkrankungen in unserem Fachgebiet sein. Wenn man sich die Diagnosestatistiken der Kassenärztlichen Vereinigung anschaut, bewegen sich die Diagnosestellungen jedoch im Promillebereich. Dieses ist vor dem Hintergrund zu verstehen, dass in den letzten 30 Jahren bis

auf eine Ausnahme keine einzige Psychopharmakologiestudie durchgeführt und veröffentlicht wurde.

Psychopharmakologische Studien im Kindes- und Jugendalter haben zwei grundsätzliche Probleme: neben dem erwähnten Fehlen industrieunabhängiger Studien in unserem Fach sind außerdem Studien für die Pharmaindustrie relativ uninteressant, da die Auflagen und Sicherheitsbestimmungen im Kindes- und Jugendalter wesentlich komplexer und aufwendiger sind als im Erwachsenenalter. Gleichzeitig ist die Population, für die die Medikation in Frage kommt, wesentlich kleiner (ca. 20 %), so dass sich bei erhöhten Ausgaben wesentlich geringere Gewinne ergeben. Das Fehlen pharmakologischer Studien im Kindes- und Jugendalter führt zu teilweise skurrilen Ergebnissen. So wirkt Fluoxetin nach Studienlage z. B. bis zum 18. Lebensjahr überhaupt nicht. Mit Überschreitung dieser Altersgrenze treten dann hohe Effektstärken auf. Dieses wurde von einem Mainzer Kliniker unlängst in einer pharmagesponserten Veranstaltung so dargestellt, dass die Wirksamkeit mit dem Ausblasen der Geburtstagskerze nach Vollendung des 18. Lebensjahres schlagartig auftritt. Auffällig ist, dass solche Obskuritäten bei der Veröffentlichung von Metanalysen einfach mitgeführt werden, ohne dass sich irgendjemand Gedanken macht, warum das so ist. Es gibt jedoch auch die umgekehrte Situation, dass sich Effektstärken im Kindes- und Jugendalter besser abbilden. Dieses ist insbesondere dann gegeben, wenn eine Medikation die soziale Situation der Patienten beeinflusst. Dieses ist im Kindesalter durch Einholung von Lehrerurteilen, der familiären Situation durch die Eltern etc. einfacher zu generieren als im Erwachsenenalter. So kam unlängst zur Darstellung, dass die Effektstärke für Lisdexamfetamin im Kindesalter doppelt so hoch ist wie im Erwachsenenalter, obwohl jeder, der klinische Erfahrung hat, weiß, dass es im klinischen Alltag genau umgekehrt ist, da die längere Wirksamkeit von LDX und die bessere Wirksamkeit bezüglich Impulskontrollstörungen im Erwachsenenalter wesentlich entscheidender ist. Dies bedeutet, dass die klinische Realität durch pharmakologische Studien nicht abgebildet wird. Dennoch gehen diese Ergebnisse maßgeblich in die Entwicklung von Leitlinien ein, die somit auch in der klinischen Praxis nur bedingt hilfreich sind.

Warum ist das so?

Entscheidend für die Ergebnisse sind die Ein- und Ausschlusskriterien der entsprechenden Studien. Ausschlusskriterien sind z. B. pharmakologische Vorbehandlungen, gleichzeitiger Genuss von Alkohol oder Cannabis oder z. B. Suizidgedanken in der Anamnese. Wir haben das in unserer seit 30 Jahren bestehenden fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis systematisch untersucht. Wir können dabei auf einen sehr hohen Datenpool von ca. 100.000 Patienten zurückgreifen. Die Erfahrung geht dahin, dass z. B. bei Depressionen über 90 % der Patienten wegen bestehender Ausschlusskriterien nicht in eine Studie integriert werden können. In Gesprächen mit vielen Leitern von klinischen Studienzentren ist mir bestätigt worden, dass dort die Einschlussbedingungen ähnlich gelagert sind. Wir haben also in den Studien ein sehr spezielles Kollektiv, das mit unserem klinischen Alltag wenig oder nichts zu tun hat. So sind z. B. schwerere Depressionen eigentlich nie in eine Studie zu inkludieren. Bei den sehr leicht erkrankten Patienten lassen sich aber im Vergleich zur Placebo-Gruppe in der Regel keine signifikanten Effektstärken nachweisen. Dies führt letztlich dann zu dem Trugschluss, dass z. B. Antidepressiva im Kindes- und Jugendalter wenig oder nicht wirksam sind. Dies ist letztlich die Frage vieler klinischer Kollegen, die immer wieder sich erstaunt darüber äußern, dass sich die von ihnen regelhaft beobachteten klinischen Effekte in den Studien nicht zeigen.

Ähnliche Ergebnisse gibt es bei ADHS. So kamen Storebo und Kollegen (2015) dazu, die Effektivität von Methylphenidat im Kindes- und Jugendalter und Erwachsenenalter anzuzweifeln. T. Banaschewski und Kollegen haben in der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2016 dazu Stellung genommen. Obwohl ich den Autoren inhaltlich Recht gebe, ist ein entscheidendes Kriterium dabei nicht berücksichtigt worden. Welche Patienten kommen überhaupt in eine Studie und wie werden z. B. Dosierungen festgelegt? Ist dies alles wirklich ein Spiegelbild unserer klinischen Realität? Dazu möchte ich aus meiner persönlichen Erfahrung nur eine Studie, die allgemein bekannt ist, zitieren. Dies ist die sogenannte Emma-Studie der Firma Medice. Dort wurde mit einer sehr niedrigen Methylphenidat-Dosis (20 mg) retardiertem Methylphenidat begonnen. Es folgte dann eine vorsichtige langsame Aufdosierung. Wenn diese keinen klinischen Erfolg brachte, musste wieder zurückdosiert werden. Wir in Würzburg hatten mit 60 Patienten den größten Anteil an dieser Studie. Als Studentenstadt hatten wir naturgemäß auch sehr viele männliche Studenten. Die Studie begann im Frühjahr. Der weitere Verlauf ging in die Semesterferien. Die Dosiserhöhung hatte bei fast

allen Patienten keinen merkbaren Effekt erbracht, da die Lebenssituation in der Semesterferienzeit eben anders war. Liveevents wie diese wurden nicht einbezogen, so dass wir eine sehr geringe durchschnittliche Dosierung um 30 mg MPH in unserem Kollektiv hatten. Letztlich ist an unserem Kollektiv die Studie gescheitert. Der Unterschied zu Placebo war nicht signifikant. Nachdem die Studie entblindet wurde, konnte ich nachverfolgen, dass fast alle Patienten in dieser Studie bei mir in der Praxis in Behandlung blieben und nachher hoch erfolgreich behandelt wurden, jedoch mit Dosen, die ungefähr dreimal so hoch lagen wie die Studien-Medikation und auch angemessen waren. Laut Studie konnte kein therapeutischer Effekt erreicht werden. Der klassische depressive Patient oder auch ADHS-Patient, der gelegentlich mal raucht und Alkohol trinkt und nicht in der Lage ist, ein hochkomplexes Studiendesign einzuhalten, wird einfach nicht erfasst. Aber gerade diese Patienten sprechen auf die Medikation an und brauchen diese bitter nötig. In diesem Zusammenhang möchte ich einige grundsätzliche Fragen bezüglich psychopharmakologischer Behandlung im Kindes- und Jugendalter stellen.

Wie entstehen eigentlich unsere Leitlinien und auf welche Studien berufen sich diese? Welche Rolle und welchen Einfluss haben klinische Erfahrungen, die wir jeden Tag machen und wird unsere ganz spezifische Situation dabei berücksichtigt? Es ergibt sich auch die Frage der Interessensleitung.

Problematik Antidepressiva
Grundlage sind Zulassungsstudien der FDA von 1987 bis 1999.
Berücksichtigung eine kleine Auswahl von Antidepressiva, z. B. Fluoxetin, Venlafaxin und Paroxetin und Nefazodon.
Nur 35 Studien wurden berücksichtigt. Alleine zu Venlafaxin liegen inzwischen mehr als 22 randomisierte Studien vor.

Nicht nur die Pharmaindustrie will ihre Medikamente verkaufen, sondern auch Anbieter nicht medikamentöser Therapien wollen diese auf dem Gesundheitsmarkt platzieren. Speziell die SSRI sind innerhalb der letzten 20 bis 30 Jahre wiederholt in Frage gestellt worden. Insbesondere die Stellungnahme von Irving Kirsch, psychologischer Psychotherapeut, lässt die Frage nach Interessensleitung durchaus zu.

Bei Metaanalysen treten sehr viele methodische Probleme auf. Diese entfernen sich zunehmend von unserem klinischen Alltag. Neben den o. a. methodischen Qualifikationen sind vor allen Dingen auch die Zeitdauer der Behandlung und der Vergleich der unterschiedlichen Messinstrumente zu berücksichtigen.

Metaanalysen - Kritische Fragen		
Studienselektion	Unterschiedliche methodische Qualifikation	eingesetzte Dosen
Diagnostische Kriterien	unterschiedliche Messinstrumente	Remissionsraten
Placebo-Effekt.	Zeitdauer	Setting

Adaptiert aus Klein, DF (1998). Listening to meta-analysis but hearing bias. *Prevention & Treatment*, 1(2), Article 6c.

Aussagekraft von Zulassungsstudien
Die wirkliche Effektstärke wird auf Grund ihrer experimentellen Bedingungen nicht abgebildet.
Die „wahre“ Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen wird nicht ermittelt.

Adaptiert aus Parker G, Anderson IM, Haddad P (2003): Clinical trials of antidepressant medications are producing meaningless results. *Br J Psychiatry* 183:102-104

Was ist mit der wahren Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen? Wäre es nicht viel wichtiger, Anwendungsbeobachtungen durchzuführen? Damit meine ich nicht Studien, bei denen es nur darum geht, das Medikament kennenzulernen und der behandelnde Arzt mit drei Ankreuzfragen einen Eurobetrag bekommt. Vielmehr geht es um monitorierte Anwendungsbeobachtungen, die alle Patienten einschließen, die letztlich in unserer Praxis auftauchen.

Methodik			
327 Studienteilnehmer	36 Wochen Dauer		
12-17 Jahre	Beurteilung der Effektivität der Therapie mit Fluoxetin (FLX), kognitiv-behavioraler Therapie (KBT) und deren Kombination		
Diagnose: Major Depressive Disorder nach DSM IV			
Behandlungsergebnisse			
	Woche 12	Woche 18	Woche 26
Kombinationstherapie	73%	85%	86%
Fluoxetin alleine	62%	69%	81%
Kognitiv-behav. Therapie alleine	48%	65%	81%
Ergebnisse			
Soziale Impulse nahmen im Laufe der Behandlung ab, die KBT wirkt sich günstig aus.			
Suizide kamen nicht vor.			
Jüngere und weniger schwer kranke Patienten sprachen auf die KBT-Behandlung besser an als ältere und schwerer depressive Patienten mit komorbiden Störungen.			
Bei schweren Depressionen war die Kombination KBT (kognitiv-behaviorale Therapie) + FLX (Fluoxetin) nicht besser als die Monotherapie mit FLX.			
Jugendliche aus Familien mit hohem Einkommen profitieren besonders von der KBT.			

Adaptiert aus March et al. (2007): The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 64, 10: 1132-43 bzw. Curry et al.(2006): Predictors and moderators of acute outcome in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45,12: 1427-39

Um die Gesamtproblematik deutlich zu machen, sei eine relativ alte, aber ebenso wie die MTA-Studie für ADHS sehr bedeutsame Studie für Depressionen im Kindes- und Jugendalter zitiert. Es handelt sich um die TADS-Studie Treatment for adolescents with depression.

All-Over-All-Ergebnisse: Vergleich der medikamentösen Therapie mit der Kombinationstherapie mit Verhaltenstherapie sowie der Verhaltenstherapie alleine insbesondere auf die längere Studiendauer hin (Woche 26). Wenn man sich die Mühe macht, die Patienten nach Schweregrad zu differenzieren, sieht man, dass die pharmakologische Behandlung bei den schwer kranken Patienten wesentlich effektiver war und dass Verhaltenstherapie die Voraussetzung eines gewissen sozialen Niveaus und sprachliche Fähigkeiten benötigt. Die pharmakologische Behandlung war besonders effektiv bezüglich der depressiven Kernproblematik. Soziale Integration und Lebensqualität wird durch Verhaltenstherapie besser therapiert.

Messpunkt 12 Wochen
Therapie war nicht statistisch signifikant wirksamer als Placebo.
Eine Überlegenheit der Kombinationstherapie ergab sich erst, wenn die Faktoren „Gesundheit allgemein“ und „Lebensqualität“ berücksichtigt wurden.

Wenn es darum geht, die Depression möglichst schnell und effektiv zu behandeln, ist Fluoxetin überlegen. Grundsatz ist, dass eine antidepressive Medikation bei schwerer betroffenen Patienten letztlich besser wirkt.

Natürlich hat jedes Medikament auch Nebenwirkungen. Dieses gilt insbesondere für Antidepressiva. Auf das ADS (Antidepressant discontinuation syndrome) hatte ich im letzten Artikel schon hingewiesen. Man muss aber auch das Risiko bedenken, das man eingeht, wenn man nichts tut.

Aktuelle Situation
Über 90% der bei Kindern verordneten Psychopharmaka werden in der freien Praxis rezeptiert
Über 90% der pharmakologischen Studien werden in Kliniken durchgeführt
Problem: Kollektive sind nicht vergleichbar -> Die Ergebnisse sind daher nicht übertragbar

Ein weiteres Problem ist die Vergleichbarkeit der Kollektive. 90 % der Psychopharmaka werden in freier Praxis verschrieben, jedoch werden fast alle Studien in Kliniken durchgeführt. Dieses liegt letztlich daran, dass die Finanzierung außerhalb von Universitätskliniken nicht gesichert ist.

Finanzielle Situation
In einem nicht steuerfinanzierten Studienzentrum ist eine klinische Visite mit mindestens 300 € zu honorieren, um kostendeckend zu arbeiten
In der Klinik sind Studien 2-3 x mal so teuer. Dieses wird aber nicht transparent.
Jede 2. Studie muss von uns wegen mangelnder Kostendeckung abgelehnt werden. Z.B. Johanniskrautstudie, Frühstücksstudie MPH

Für den klinischen Alltag ergeben sich folgende Forderungen:

Forderungen
Bezahlung dem Aufwand anpassen
Mehr Geld für bessere Qualität
Studiendesign so gestalten, dass zumindest jeder 2. Patient, der das Medikament später erhalten soll, eine Chance hat an der Studie teilzunehmen.
Anforderungen so gestalten, dass man als depressiver Patient auch teilnehmen kann, wenn man nicht masochistisch oder zwanghaft ist
Placebosituation annehmbar gestalten, z.B. durch Crossoverdesign
Seriöse, monitorierte Anwendungsbeobachtung zur Erfassung der Alltagssituation
Subgruppen verschiedener Schweregrade getrennt statistisch aufarbeiten und darstellen

Die Studiensituation muss so gestaltet sein, dass sie für den durchschnittlichen Patienten annehmbar ist. Es geht zum Beispiel nicht, dass man ein neues Medikament anbietet für vier bis sechs Wochen mit einer 50-prozentigen Wahrscheinlichkeit, ein Placebo zu bekommen, und dass nach Beendigung der Studie das Medikament nicht weiter gegeben werden kann.

Zusammenfassung:

Für die psychopharmakologische Behandlung von Kindern und Jugendlichen gibt es zahlreiche Probleme. Die Studiensituation ist absolut unzureichend und unbefriedigend. Es gibt zu wenige Studien und auch weder von der wissenschaftlichen Gesellschaft noch von der Pharmaindustrie Interesse, daran etwas zu ändern. Die wenigen Studien, die es gibt, bilden die Realität nicht ab. Hoch wirksame Medikamente erreichen keine Effektstärken aufgrund des Studiendesigns. Die Folgen für den klinischen Alltag sind fatal, da dringend erforderliche und wirksame Therapien vor dem Hintergrund dieser insuffizienten Datenlage nicht erfolgen. Dies findet auch seinen Niederschlag in den Leitlinien, die sich zunehmend von der klinischen Realität entfernen. So kann man z. B. bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS (nur in Deutschland, international geht da niemand aus guten Gründen mit) bis zum bitteren Ende ausschließlich mit Psychotherapie behandeln, ohne mit der Leitlinie in Konflikt zu kommen. Benötigt werden seriöse Anwendungsbeobachtungen, die den gesamten klinischen Alltag erfassen. Nur so können wir zu guten Lösungen für unsere Patienten kommen.

Autor:

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Wirsbergstr. 10, 97070 Würzburg
Tel: 0931 322966, Fax: 0931 3229688
E-Mail: praxis@klein-kreienkamp-oehler.de

Kolumne:
Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Im „Mitgliederrundbrief“/„Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ – II/1995 wurde die gemeinsame Stellungnahme von BKJPP, DGKJP und BAG zum „Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)“ veröffentlicht.

Die Zusammenarbeit und Kollegialität der kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände in dieser Zeit drückte sich auch dadurch aus, dass auf Einladungen des Präsidenten der DGKJP, Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Andreas Warnke auf der XXIV. Wissenschaftlichen Tagung der DGKJP in Würzburg am 24.04.1995 ein Symposium zur „Ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung“ stattfand.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität in Marburg, stellte in seinen „**Anmerkungen zur Gewalttätigkeit junger Menschen**“ umfassend Ursachen gewalttätigen Verhaltens, gewalttätiges Verhalten in verschiedenen Lebensbereichen, Modellvorstellungen gewalttätigen Verhaltens und Möglichkeiten zur Intervention und Prävention dar.

Dr. Ute Otten, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, und Elke Bentz vom Kreisgesundheitsamt Unna berichteten über „**Möglichkeiten der ämter- und institutionsübergreifenden Zusammenarbeit bei sexueller Mißhandlung**“, ein Thema, das leider bis heute nichts von seiner Aktualität und Notwendigkeit verloren hat.

Dr. med. Wolfgang Hirschberg aus dem Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klingenmünster evaluierte „**Determinanten der Aufenthaltsdauer von Patienten einer jugendpsychiatrischen Station**“.

Dr. med. Barbara Schulte-Schlaps aus Weinheim berichtete über „**Die ersten zwei Jahre in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in einer oberbayerischen Kreisstadt**“.

Dies war ihr möglich, weil sie nicht nur ihre wissenschaftliche Neugier aus der Klinik in die Praxis hinübergerettet hatte, sondern weil sie von Anfang an die Praxisdaten digital dokumentierte, längst bevor dies für alle eine lästige Pflicht wurde. Unterstützt wurde sie dabei von ihrem Ehemann, einem Informatiker, der ihr ein KJP-spezifisches Praxis-Computerprogramm erstellt hatte.

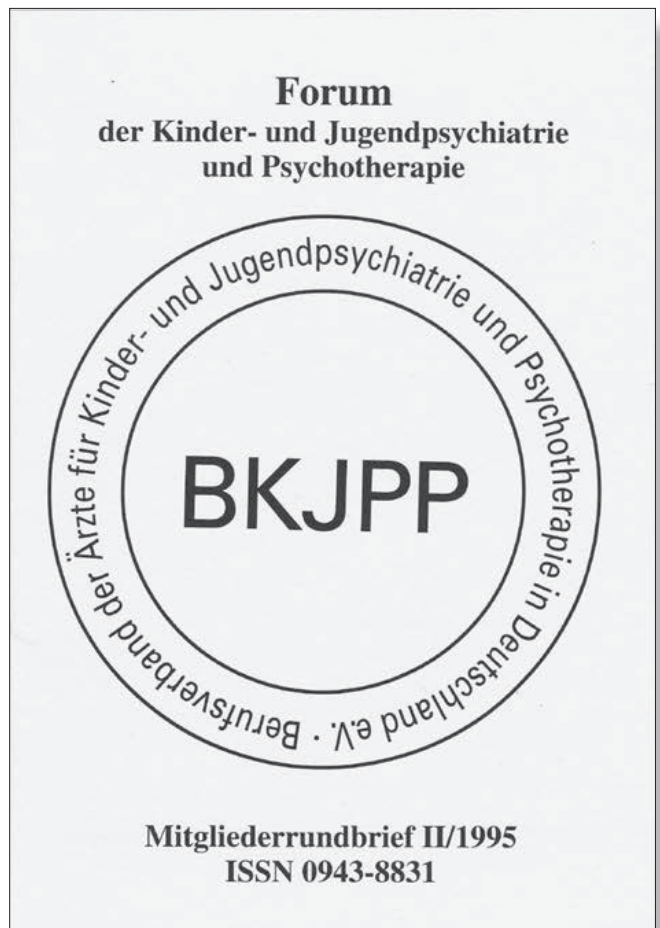
Es waren solche neugierigen und aktiven PionierInnen, die in den letzten dreißig Jahren die Grundlagen für die heutige zeitgemäße und wirtschaftliche ambulante kinder- und jugendpsychiatrische, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geschaffen haben.

Vieles aus dem Quartalsheft II-1995 ist auch heute noch wissens- und lesenswert!

Was berufspolitisch im Sommer 1995 wichtig war und was alles im Forum III/1995 stand, das erfahren Sie im „forum III/2020“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht (2. Auflage)

Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten

Einführung

Neue Qualitäts-Merkmale für familienrechtliche Begutachtungen

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern juristischer, psychologischer, medizinischer und sozialpädagogischer Fachverbände, der Bundesrechtsanwalts- und der Bundespsychotherapeutenkammer, begleitet durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und unterstützt durch den XII. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes, hat die ‚*Mindestanforderungen an Gutachten im Kindschaftsrecht*‘ überarbeitet. Seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren Dr. Gundolf Berg, Dr. Filip Caby, Prof. Dr. Michael Günter sowie Prof. Dr. Renate Schepker an der Überarbeitung beteiligt. Sie werden nunmehr in diesem Heft – ebenso wie bereits in etlichen familienrechtlichen und psychologischen Zeitschriften und homepages – veröffentlicht.

Entwicklungen und Erfahrungen der letzten vier Jahren machten eine Überarbeitung notwendig. Konkret bedeutet das insbesondere Ergänzungen zum Thema Beweisbeschluss im Verfahrensrecht. Zudem wurde das Dokument um Mindestanforderungen an Gutachten mit Hinwirken auf Einvernehmen, § 163 Abs. 2 FamFG, ergänzt.

Für die Sachverständigen im Kindschaftsrecht sind u.a. folgende Neuerungen relevant:

- Einarbeitung der Reform des Sachverständigenrechts (Unparteilichkeitserklärung, Mängel des Gutachtens können zum Verlust des Vergütungsanspruchs führen, termingerechte Erstellung nach Fristsetzung)

- Nachvollziehbarkeit aller Quellen der Begutachtung (auch von den Beteiligten übersendete emails oder überlassenes weiteres Material)
- Konkretisierung des Abschnitts zu Interventionsgutachten
- Übernahme der Sachkunde-Anforderungen aus den in § 163 Abs. 1 FamFG genannten Berufsgruppen
- Anforderungen an die inhaltliche Sachkunde, z.B. klinische Kenntnisse bei psychischen Störungen, Entwicklungsstörungen und neurologischen Beeinträchtigungen
- Ergänzungen zum Vorgehen beim Hinwirken auf Einvernehmen
- Aktualisierung des hilfreichen Paragraphenanhangs

Dieser Überarbeitungsprozess setzt einen Baustein des gültigen Koalitionsvertrags um, in dem die Regierungsparteien vereinbart haben, den begonnenen „*Qualitätssicherungsprozess bei Gutachten, insbesondere im familiengerichtlichen Verfahren, in Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden verbindlich*“ auszubauen. Auch die Kinderkommission des Deutschen Bundestages hatte sich mit der Thematik beschäftigt (Kommissionsdrucksache 19/04). Die nun veröffentlichte überarbeitete Auflage der Mindeststandards ist das erste Ergebnis eines fortlaufenden Prozesses.

Das aktuelle Thema der Arbeitsgruppe sind Gutachten bei freiheitsentziehender Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b Absatz 1 und Absatz 2 BGB.

Die Empfehlungen wurden von Vertretern¹ juristischer, psychologischer und medizinischer Fachverbände, der Bundesrechtsanwalts- und der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet und fachlich begleitet durch das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz und die Landesjustizministerien sowie unterstützt durch den XII. Zivilsenat des BGH (vertreten durch RiBGH Hartmut Guhling).

Unter der Koordination von Prof. Dr. Anja Kannegießer und Horst-Heiner Rotax (1. Auflage) bzw. Prof. Dr. Anja Kannegießer und Brigitte Meyer-Wehage (2. Auflage) haben seitens der Verbände und Kammern mitgewirkt (in alphabetischer Reihenfolge):

- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
vertreten durch Prof. Dr. Anja Kannegießer, Dipl. Psych. C. Orth
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
vertreten durch Prof. Dr. Renate Schepker, Dr. Gundolf Berg, Prof. Dr. Michael Günter (2. Auflage)
- Berufsverband für Beratung, Pädagogik & Psychotherapie (BVPPT)
vertreten durch Doreen Markworth (2. Auflage)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
vertreten durch M.A., M.Sc. (USA) Andrea Mrazek, Dipl.-Soz. Päd. Peter Lehndorfer und Dipl. Psych. Marion Schwarz (2. Auflage)
- Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK)
vertreten durch RA'in Karin Susanne Delerue
- Deutscher Anwaltverein (DAV)
vertreten durch RA'in Eva Becker
- Der Deutsche Familiengerichtstag (DFGT)
vertreten durch RiAG i.R. Horst-Heiner Rotax (1. Auflage), Dr. Dr. Joseph Salzgeber
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
vertreten durch Dr. Christian Vogel

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

- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
vertreten durch Prof. Dr. Rainer Banse, Dr. Dr. Joseph Salzgeber, Dr. Alexander F. Schmidt, Prof. Dr. Renate Volbert (1. Auflage), Prof. Dr. Markus Bühner (2. Auflage)
- Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF)
vertreten durch Dr. Filip Caby, Kerstin Dittrich (2. Auflage)
- Deutscher Juristinnenbund (djb)
vertreten durch Dir`inAG Brigitte Meyer-Wehage
- Deutscher Richterbund (DRB)
vertreten durch VRiOLG Joachim Lüblinghoff
- Fachverband Systemisch-Lösungsorientierter Sachverständiger im Familienrecht (FSLs)
vertreten durch Prof. Dr. Uwe Jopt, Dr. Katharina Behrend
- Neue Richtervereinigung (NRV)
vertreten durch Ri`inAG Dr. Christiane Vesting
- Institut für Soziale Arbeit (ISA)
vertreten durch Dipl.-Soz. Päd. Wolfgang Rütting (2. Auflage)
- Wissenschaftliche Vereinigung für Familienrecht
vertreten durch Senatorin der Justiz a.D. RA`in Dr. Lore-Maria Peschel-Gutzeit (2. Auflage)

A. Zweck der Empfehlungen

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

Die Empfehlungen richten sich an Sachverständige, die Gutachten im kindschaftsrechtlichen Bereich erstellen, aber auch an die beteiligten Juristen. Sie sollen den Sachverständigen im Bereich des Familienrechts die fachgerechte Vorgehensweise und Ausarbeitung von Sachverständigengutachten und es den anderen am familiengerichtlichen Verfahren beteiligten Personen (v.a. Juristen, Verfahrensbeistand, Jugendamtsvertreter) und nicht zuletzt den Begut-

achteten selbst erleichtern, das Sachverständigenvorgehen und die schriftliche Ausarbeitung nachzuvollziehen. Sie sollen jenes Maß an wissenschaftlich fundiertem Vorgehen, Transparenz und Nachvollziehbarkeit beschreiben, wie es für jede Begutachtung unverzichtbar ist.

In ihrem interdisziplinären Gespräch waren sich die beteiligten Vertreter darüber einig, dass sich Gerichte, Rechtsanwälte und Sachverständige im Interesse der beteiligten Kinder und Familien um eine optimale Zusammenarbeit bemühen müssen. Hierbei sind nicht nur interdisziplinär entwickelte Mindestanforderungen an Gutachten im Kindschaftsrecht sinnvoll, sondern es ist auch eine verbesserte spezifische Aus-, Fort- und Weiterbildung von Sachverständigen, Rechtsanwälten und Richtern notwendig. Fehlerfreies Vorgehen der Sachverständigen reicht nicht aus, wenn die Gerichte ihrer Leitungsaufgabe nicht gerecht werden, etwa juristisch unzutreffende Beweisbeschlüsse formulieren oder die Gutachtenergebnisse unzureichend würdigen. Umgekehrt kann fehlerhaftes Vorgehen bei der Gutachtenerstellung durch kritisches und sachgerechtes Vorgehen der Gerichte korrigiert werden.

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

I. Gesetzliche Vorgaben

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

1. Vorgaben aus dem materiellen Recht

Anknüpfungspunkt im Kindschaftsrecht ist der unbestimmte Rechtsbegriff *Kindeswohl*. Hier ist es allein Aufgabe der Gerichte², Entscheidungen über Eingriffe in die elterliche Sorge zu treffen und dabei den Rechtsbegriff *Kindeswohl* verbindlich auszulegen. Mit ihren Entscheidungen greifen Gerichte regelmäßig in das durch Art. 6 GG geschützte Eltern- sowie das allgemeine

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

Persönlichkeitsrecht (Art. 2 GG) ein. Das zwingt die Gerichte zu besonderer Sorgfalt und Beachtung der Rechtsprechung, gerade auch des Bundesverfassungsgerichts. Reicht die eigene Sachkunde des Gerichts nicht aus, müssen Sachverständige hinzugezogen werden. Für diese Tätigkeit ist psychologisches Fachwissen (insbesondere aus den Bereichen Familienpsychologie, Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie, Sozialpsychologie, Kommunikationspsychologie, Klinische Psychologie, Diagnostik und Intervention) und je nach Fragestellung und Fallgestaltung Fachwissen anderer kind- und elternorientierter Disziplinen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie³ u.a.m. erforderlich.

Die materiell-rechtlichen Bezüge zum Kindeswohl werden im BGB unterschiedlich formuliert. Die Eingriffsschwellen in den Regelungen lassen sich grob einteilen in solche mit positivem Bezug und solche mit negativem Bezug. Außerdem gibt es besondere Regelungen für die Berücksichtigung des Kindeswohls in Abänderungsfällen (§ 1696 BGB).⁴

2. Vorgaben aus dem Verfahrensrecht

Für die Erstellung von Gutachten enthält das FamFG nur wenige Regelungen. Es verweist im Allgemeinen Teil (§ 30 Abs. 1 FamFG) für eine förmliche Beweisaufnahme insoweit umfassend auf die ZPO. Danach bedarf es eines Sachverständigengutachtens dann, wenn aus feststehenden Tatsachen kraft besonderer Fachkunde Schlussfolgerungen gezogen werden müssen, um dem Gericht eine Entscheidung zu ermöglichen, d.h. es geht um die Vermittlung von Fachwissen. Die Beauftragung der Sachverständigen erfolgt im Wege eines Beweisbeschlusses. Das Gericht formuliert eine am Einzelfall orientierte Fragestellung, wählt die Sachverständigen aus und leitet ihre Tätigkeit.

a. Der Beweisbeschluss

Als Arbeitsgrundlage für den Sachverständigen erfordert die Formulierung des Beweisbeschlusses große Sorgfalt. Dabei muss deutlich werden, welchen Erkenntnisgewinn sich das Gericht durch das Gutachten verspricht. Da das

3 Ggf. Einführung einer neuen Berufsbezeichnung durch die Reform der Psychotherapeutenausbildung, Bundestagsdrucksache 19/9770.

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

Gericht gegenüber den Sachverständigen weisungsbefugt ist, ist eine enge Kommunikation der Sachverständigen mit dem Gericht, z.B. im Hinblick auf einzubeziehende Dritte, empfehlenswert.

b. Keine Verschwiegenheit des Sachverständigen, Freiwilligkeit bei der Begutachtung

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

Sachverständige sind nur begrenzt berechtigt, Gutachten zu verweigern.⁵

c. Befangenheit

Sachverständige können aus denselben Gründen wie Richter von den Verfahrensbeteiligten als befangen abgelehnt werden (§ 406 ZPO). Der Sachverständige hat außerdem unverzüglich zu prüfen, ob ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen (§ 407a ZPO). Eine therapeutische, private oder geschäftliche Beziehung zu einem Familienmitglied darf nicht bestehen oder bestanden haben.

Die erfolgreiche Ablehnung von Sachverständigen, Mängel des Gutachtens oder eine Verletzung von Pflichten nach § 407a Abs. 1-3 ZPO können zum Verlust des Vergütungsanspruchs (§ 413 ZPO) führen.

II. Die von der Rechtsprechung zur Begutachtung entwickelten Grundsätze

1. Die Stellung der Sachverständigen

Sachverständige sind Fachpersonen, die aufgrund besonderer Fach- und Sachkenntnisse Befunde über einen bestimmten Sachverhalt ermitteln, beurteilen und je nach Fallgestaltung und Auftrag zudem zum Erzielen elterlichen Einvernehmens nutzen können. Eine spezifisch kindschaftsrechtlich

⁵ s. im Anhang II. Tabelle 2: Vorgaben aus dem derzeit geltenden Verfahrensrecht, Stand: Juli 2019.

ausgeprägte Rechtsprechung zu Gutachten gibt es nur vereinzelt.⁶ Es gelten ansonsten die allgemein für forensische Sachverständigengutachten entwickelten Grundsätze.

a. Leitung der Sachverständigen

Nach Bestellung des Sachverständigen ist das Gericht gehalten, die Tätigkeit des Sachverständigen gem. § 404a ZPO zu leiten, eine Frist gem. § 411 ZPO zu setzen, Hinweise und ggf. erforderliche Belehrungen zu geben und das Gutachtenergebnis kritisch zu würdigen. Letzteres gilt auch für die Rechtsanwälte und die anderen Verfahrensbeteiligten.

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

b. Wissenschaftliche Methodik

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

Psychodiagnostische Verfahren müssen konkret zur Beantwortung der psychologischen Fragen beitragen. Existieren mehrere anerkannte und indizierte Verfahren, so steht die Auswahl unter ihnen im pflichtgemäßen Ermessen der Sachverständigen.

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

c. Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Begutachtung

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

- verwendete Anknüpfungstatsachen,
- die untersuchten spezifischen Fragen,
- verwendete Untersuchungsmethoden,
- verwendete Informationsquellen,

⁶ z.B. BVerfGE v. 19. 11. 2014 - 1 BvR 1178/14; BVerfGE v. 23.08.2006 - 1 BvR 476/04.

- erlangte Untersuchungsergebnisse und
- gutachterliche Schlussfolgerungen einschließlich Begründungen

darzustellen.

Alle dem Gutachter vorliegenden Materialien und Informationsquellen sind zu benennen. Es muss klar getrennt werden zwischen Darstellung und Bewertung von Informationen.

2. Besonderheiten der Begutachtung im Kindschaftsrecht

a. Ausgangslage

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

b. Rechtliche Fragestellungen

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

In kindschaftsrechtlichen Verfahren sind vor allem denkbar:

- Fragen zur elterlichen Sorge bei Trennung und Scheidung, § 1671 Abs. 1 BGB, und bei nicht miteinander verheirateten Eltern ohne Sorgerechtsklärung, § 1626a, § 1671 Abs. 2 BGB.
- Fragen des Beziehungserhalts des Kindes zum getrennt lebenden Elternteil (Umgangsregelung), § 1684 BGB.
- Fragen zu Umgangsregelungen mit Beziehungs- und Bindungspersonen des Kindes, § 1685 BGB, sowie zum leiblichen, nicht rechtlichen Vater des Kindes, § 1686a BGB.
- Fragen zu einer Kindeswohlgefährdung (Sorgerechtsentzug der Eltern sowie Herausnahme bzw. Rückführung des Kindes, §§ 1666 f. BGB; Verbleibensanordnung bei Pflegeeltern, § 1632 Abs. 4 BGB). Hier spielen oftmals körperliche oder seelische Misshandlung, sexueller Miss-

brauch oder Vernachlässigung sowie deren Folgen eine Rolle. Zur Abklärung eines Missbrauchsvorwurfes kann auch eine aussagepsychologische⁷ oder rechtsmedizinische Abklärung erforderlich sein.

- Besondere Fragestellungen wie Verfahren mit internationalen Bezügen, Adoption (§§ 1741, 1748 BGB), Namensänderung (§ 1618 BGB), Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen (§§ 1626, 1666 BGB), Unterbringung von Kindern und Jugendlichen (§ 1631b BGB⁸).

c. Psychologische Fragestellungen

Kernbestandteil von Begutachtung im kindschaftsrechtlichen Verfahren sind die Erfassung und Beurteilung

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

d. Besondere Fragestellungen

Weitergehend können im Einzelfall die Diagnostik und Beurteilung fallrelevanter psychischer Störungen und/oder neurologischer Beeinträchtigungen/Erkrankungen und/oder Behinderungen und/oder sonstiger Beeinträchtigungen bei Kindern und/oder Eltern notwendig werden. Hierbei muss

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

Hier kann eine ergänzende, zusammenwirkende Begutachtung durch familienpsychologische und (kinder- und jugend[lichen]-) psychiatrische bzw. psychotherapeutische Sachverständige sinnvoll sein. Die Sachverständigen

⁷ s. dazu auch Anhang IV. Nr. 6.

⁸ Für diese Verfahren sieht das Gesetz besondere Regelungen vor: §§ 151 Nr. 6, 7; 167 Abs. 1; 312 Nr. 1,3; 321 FamFG.

müssen die Gerichte von sich aus auf die Notwendigkeit derartiger, ergänzender Gutachten hinweisen (§ 407a Abs. 1 ZPO).

e. Hinwirken auf Einvernehmen

Das Gericht soll in jeder Lage des Verfahrens auf ein Einvernehmen der Beteiligten hinwirken, § 156 FamFG. Sachverständige können nach § 163 Abs. 2 FamFG auch mit dem Hinwirken auf Einvernehmen beauftragt werden. Eine entsprechende Anregung kann auch durch den Sachverständigen erfolgen. Dadurch wird der Gutachtenauftrag nicht grundlegend verändert, sondern erweitert. Diese Mittlerrolle des Sachverständigen ist eine Besonderheit des familiengerichtlichen Bereichs gegenüber allen anderen Rechtsbereichen. Sachverständige können hier also nicht nur zur Feststellung und Bewertung von Tatsachen, sondern auch zur Intervention beauftragt werden. Ziel und Vorgehen sind dabei mit den Beteiligten abzusprechen.⁹

C. Mindestanforderungen an Sachverständige im Kindschaftsrecht

I. Anforderung an die Sachkunde

Als Sachverständige sollen Personen aus den in § 163 Abs. 1 FamFG genannten Berufsgruppen benannt werden. Aufgrund der Vielfältigkeit und Anforderungen, nicht zuletzt auch aufgrund der möglichen weitreichenden Bedeutung der Empfehlungen der Sachverständigen im gerichtlichen Verfahren, ist eine besondere Sachkunde notwendig, die weit über übliche Studieninhalte der Psychologie und Medizin hinausreicht. Deshalb sind zusätzliche, nachgewiesene, forensische Kenntnisse und Erfahrungen der Sachverständigen notwendig. Die ersten Praxiserfahrungen sollen in Betreuung/Supervision durch erfahrene Kollegen erfolgen.¹⁰

II. Anforderung an die inhaltliche Sachkunde je nach Fallkonstellation

Kenntnisse des Verfahrensrechts und des materiellen Rechts sind unabdingbar und erfordern eine laufende Fortbildung der Sachverständigen. Zudem

9 Zu weiteren Anforderungen an Gutachten nach § 163 Abs. 2 FamFG s. Anhang.

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

müssen sie kontinuierlich über gerichtliche Entscheidungen bzw. gesetzliche Entwicklungen informiert sein, die ihre Tätigkeit berühren.

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

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

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

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

Die Qualität eines Gutachtens bestimmt sich auf zwei Ebenen:

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

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

Fehler auf der zweiten Ebene, vor allem im Bereich formaler Anforderungen, führen nicht per se zur Unbrauchbarkeit eines Gutachtens und können ebenfalls nachgebessert werden.

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

I. Mindestanforderungen an einzelne Schritte der Begutachtung

1. **Auftragsannahme** (u.a. Prüfung der eigenen Sachkunde, Neutralität, zeitlichen Verfügbarkeit)
2. **Aktenanalyse**
3. **Ggf. Formulierung psychologischer/klinischer Fragen** ausgehend von der gerichtlichen Fragestellung¹¹
4. **Untersuchungsplanung**¹² nebst Kontaktaufnahme
5. **Durchführung der Untersuchungen**

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Angemessene Erklärung gegenüber den Beteiligten über die Fragestellung und den Untersuchungsplan,
- Exploration (und ggf. Diagnostik) beteiligter Eltern und Kinder sowie anderer Beteiligter,
- Diagnostik des Trennungssystems (z.B. Bedingungsfaktoren für die Konfliktdynamik),

11 Diese sind je nach erhobenen Untersuchungsergebnissen immer wieder anzupassen.

12 Diese ist je nach erhobenen Untersuchungsergebnissen immer wieder anzupassen.

- Diagnostik der Eltern-Kind-Beziehungen (v.a. Verhaltensbeobachtungen),
- Diagnostik spezifischer Problemlagen in der Familie.

bei Bedarf:

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

6. Interpretation und Beurteilung der Ergebnisse

bei Bedarf:

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

bei Interventionen:

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

7. Beantwortung der gerichtlichen Fragestellung

II. Mindestanforderungen an das (schriftliche) Gutachten

1. Formaler Rahmen – Sinnvolle Gestaltungsvorgaben

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

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

2. Grundlagen der Begutachtung

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

3. Fachliche Fragestellungen

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

4. Untersuchungsverlauf und -ergebnisse

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

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

5. Fachliche Würdigung der Ergebnisse

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Streng zu trennen sind die Darstellung von Untersuchungsergebnissen und Interventionen einerseits von Bewertungen und Beurteilungen andererseits.
- Werden Kriterien als gegeben erachtet, müssen sie sich in der Regel auf mindestens zwei unterschiedliche Informationsquellen beziehen, die sich in den Anknüpfungstatsachen (vor allem Akten) und/oder den Untersuchungsergebnissen finden lassen.

- Bei offenen Fragen bedarf es bei der Ausformulierung von Regelungsvorschlägen eines Hinweises auf deren eingeschränkte Gültigkeit, aber auch auf alternative Regelungsmöglichkeiten.
- Bei einer Kindeswohlgefährdung ist darzulegen, was die Eltern Gefährdendes (u.a. Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch) getan haben bzw. was sie an Notwendigem unterlassen haben, wie sich dieses Verhalten auf das Kind auswirkt, welche Schädigungen das Kind bereits erlitten hat bzw. welche Schädigungen in unmittelbarer Zukunft mit welcher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind, mit welchen Maßnahmen (insb. der Jugendhilfe, z.B. Hilfen zur Erziehung gem. §§ 27 ff. SGB VIII) einer Schädigung entgegengewirkt werden kann und ob zu erwarten ist, dass die Eltern an diesen Maßnahmen mitwirken bzw. diese umsetzen werden. Die möglichen Auswirkungen der in Betracht kommenden Regelungsmöglichkeiten auf das Kind und sein Erziehungsumfeld müssen individuell für die konkrete Familie bestimmt und dargestellt werden.

6. Beantwortung der gerichtlichen Fragestellung

Hierbei ist in der Regel Folgendes zu beachten:

- Alle Faktoren/Kriterien müssen individuell bewertet und für die konkrete Familie abgewogen werden. Pauschale Regelungsmodelle, sei es für Verantwortungsbereiche, sei es für Betreuungsregelungen, verbieten sich. Sie sind für den individuellen Fall zu erarbeiten.
- Sind mehrere Kinder in der Familie in die Begutachtung einzubeziehen, ist für jedes Kind die Einschätzung im Hinblick auf das Kindeswohl individuell durchzuführen.
- Sachverständige nehmen aus ihrer fachlichen Sicht nur zu den aufgeworfenen Fragen Stellung. Die Subsumtion ihrer Empfehlung unter rechtliche Kategorien und Konstrukte obliegt dem Gericht. Eine Erweiterung der Beweisfrage steht den Sachverständigen nicht zu. Die Mitteilung einer akuten Kindeswohlgefährdung bleibt hiervon unberührt.
- Sachverständige haben ihr Bewertungssystem offen zu legen, also die Kriterien in Bezug zu ihren Empfehlungen zu setzen und mögliche alternative Bewertungen zu erwähnen.

- Bei Empfehlungen haben Sachverständige die Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Regelungen abzuwägen. Alternativen sind mit zu bewerten.
- Empfohlene Interventionen oder Hilfsmaßnahmen müssen im Hinblick auf ihre voraussichtliche Wirksamkeit und Notwendigkeit, ggf. unter Abwägung von Alternativen, begründet werden.

Anhang

I. **Tabelle 1:** Eingriffsschwellen in das Kindeswohl in den materiell-rechtlichen Regelungen (BGB)

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

II. **Tabelle 2:** Vorgaben aus dem derzeit geltenden Verfahrensrecht, Juli 2019

§ 26 FamFG	Amtsermittlung: „Das Gericht hat von Amts wegen die zur Feststellung der entscheidungserheblichen Tatsachen erforderlichen Ermittlungen durchzuführen.“
§ 29 FamFG	Flexible Gestaltung des Verfahrens, Freibeweis über die Beweismittel der ZPO hinaus: „Das Gericht erhebt die erforderlichen Beweise in geeigneter Form. Es ist hierbei an das Vorbringen der Beteiligten nicht gebunden.“
§ 30 FamFG	Eine förmliche Beweisaufnahme (sogenannter Strengbeweis) über die Richtigkeit einer Tatsachenbehauptung soll stattfinden, wenn das Gericht seine Entscheidung maßgeblich auf die Feststellung dieser Tatsache stützen möchte und die Richtigkeit von einem Beteiligten ausdrücklich bestritten wird. Die Norm enthält eine umfassende Verweisung auf die ZPO.
§§ 151 Nr. 6, 7; 167 I, 312 Nr. 1, 3; 321 FamFG	Spezielle Regelungen für freiheitsentziehende Unterbringung Minderjähriger und bei freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Minderjährigen (Änderung mit Wirkung vom 01.10.2017).
§ 156 Abs. 1 FamFG § 163 Abs. 1 FamFG	„Das Gericht soll ... in jeder Lage des Verfahrens auf ein Einvernehmen der Beteiligten hinwirken, ...“ Anforderung an die Qualifikation von Sachverständigen
§ 163 Abs. 2 FamFG	Auftrag zum Hinwirken auf Einvernehmen an den Sachverständigen
§ 144 I, III ZPO	„Das Gericht kann ...die Begutachtung durch Sachverständige anordnen.“
§ 359 ZPO	Zwingender Inhalt des Beweisbeschlusses

§ 402 ZPO	„Für den Beweis durch Sachverständige gelten die Vorschriften über den Beweis durch Zeugen entsprechend, insoweit nicht in den nachfolgenden Paragraphen abweichende Vorschriften enthalten sind.“
§ 404 ZPO	Die Sachverständigenauswahl erfolgt durch das Prozessgericht Vor der Ernennung können die Parteien zur Person des Sachverständigen gehört werden (Abs. 2).
§ 404a ZPO	Leitung der Tätigkeit des Sachverständigen durch das Gericht
§ 406 ZPO	Ablehnung eines Sachverständigen
§ 407 ZPO	Pflicht zur Erstattung des Gutachtens
§ 407a ZPO	Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob der Auftrag in sein Fachgebiet fällt und ohne die Hinzuziehung weiterer Sachverständiger sowie innerhalb der vom Gericht gesetzten Frist erledigt werden kann. Der Sachverständige hat unverzüglich zu prüfen, ob ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen seine Unparteilichkeit zu rechtfertigen (Abs. 2). Der Sachverständige ist nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen. Soweit er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, hat er diese namhaft zu machen und den Umfang der Tätigkeit anzugeben, falls es sich nicht um Hilfsdienste von untergeordneter Bedeutung handelt (Abs. 3).
§ 408 ZPO	Gutachtenverweigerungsrecht
§ 410 ZPO	Das Gutachten ist unparteiisch nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten.

§ 411 ZPO	Schriftliches Gutachten Wird schriftliche Begutachtung angeordnet, setzt das Gericht dem Sachverständigen eine Frist, innerhalb derer er das von ihm unterschriebene Gutachten zu übermitteln hat.
§ 412 ZPO	„Das Gericht kann eine neue (...) Begutachtung anordnen, wenn es das Gutachten für ungenügend erachtet.“
§ 413 ZPO	Sachverständigenvergütung

III. Anforderung an die Sachkunde

Als Sachverständige sollen Personen aus den in § 163 Abs.1 FamFG genannten Berufsgruppen benannt werden. Weiter sind eine besondere forensische Sachkunde und Erfahrung zu fordern. Empfehlenswert ist eine Zusatzqualifikation mit folgenden Bausteinen:

- Erwerb fundierter theoretischer, auch rechtlicher Kenntnisse
- Fachlich begleitete Praxiserfahrung und supervidierte Fallarbeit
- Abschlussprüfung mit Bestätigung
- Kontrollierte Fortbildungsverpflichtung

Darüber hinaus ist die Überprüfung von sachlichem und ethischem Fehlverhalten ebenso sinnvoll wie es Konsequenzen bei Nichteinhaltung durch die zuständigen Stellen sind; Regelungen fachspezifischer Ethikkommissionen und berufsständischer Gerichtsbarkeit gelten entsprechend.

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

Ärzte (Abschluss Staatsexamen):

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
 - Schwerpunkt Forensische Psychiatrie
 - Zertifikat forensische Psychiatrie (DGPPN)

- Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 - Zertifikat für kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung (BAG KJPP; BKJPP; DGKJP)

Psychologen (Diplom/Master):

- Fachpsychologe für Rechtspsychologie BDP/DGPs
- postgradualer oder Weiterbildungsstudiengang (Master of Science Rechtspsychologie)¹³

Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten:

- Eintragung in Sachverständigenlisten von Psychotherapeutenkammern¹⁴

Weitere spezifische Zusatzqualifikationen sind möglich, z.B. Mediator, systemische Sachverständige (z.B. DGSF, FSLs, SG).

IV. Gutachten mit Hinwirken auf Einvernehmen, § 163 Abs. 2 FamFG

Die vorangestellten Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht aus dem Jahr 2019 gelten unabhängig davon, ob ein Gutachten mit oder ohne den Zusatz nach § 163 Abs. 2 FamFG beauftragt wurde. In beiden Fällen ist das Gutachten ein Beweismittel und erfordert eine Diagnostik. Eine Begutachtung nach § 163 Abs. 2 FamFG ist abzugrenzen von Therapie, Beratung und Mediation.

1. Zusätzliche Sachkunde des Sachverständigen

Empfohlen werden – über die in C. aufgeführte Sachkunde hinaus – ergänzende Kenntnisse im Hinblick auf Methoden der Gesprächsführung, Techniken der Mediation oder der Familien-/Prozessdiagnostik.¹⁵

13 Als akademischer Abschluss kann er keine Fortbildungsverpflichtung beinhalten.

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

15 Prozess nicht im Sinne von Verfahren.

2. Rolle des Sachverständigen aus juristischer und fachlicher Sicht

Die gesetzlichen Vorgaben (s. B.I.) sind zu beachten. Sachverständige sind unparteilich.

Im Zentrum der Begutachtung mit Hinwirken auf Einvernehmen steht ein ausgeprägtes Bemühen, die Eltern oder weitere Bezugspersonen bei der (erneuten) Bildung einer kooperativ handelnden Verantwortungsgemeinschaft im Sinne des Kindeswohls zu unterstützen (Prozessorientierung¹⁶).

Sachverständige geben Anregungen und unterstützen Reflexionen. Sie zeigen mögliche neue Handlungs- und Entwicklungswege auf und begleiten fachlich.

Sollte sich ein Einvernehmen abzeichnen, erarbeiten Sachverständige mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen unter altersgerechter Einbeziehung des Kindes (Lösungs-)Vorschläge für das Gericht, beispielsweise für einen gerichtlich zu billigenden Vergleich. Aufgabe von Sachverständigen ist es nicht, Rechtsfragen zu beantworten.

3. Spezifische Arbeitsweisen und Vorgehen des Sachverständigen

Aus psychologischer und klinischer Sicht kommen auf der Basis derzeitiger Erkenntnisse v.a. folgende konfliktmindernde Vorgehensweisen in Betracht:

- Rückmeldung diagnostischer Ergebnisse, die im Hinblick auf das Erzielen von Einvernehmen relevant sind.
- (Gemeinsame) Gespräche mit dem Ziel der Stärkung elterlicher Verantwortung trotz Konflikt auf der Familien- und Paarebene.
- Soweit möglich: Erarbeiten von Vorschlägen, die nach Mitteilung an das Gericht – im Bedarfsfall in einer Erprobungsphase – umgesetzt werden.

Zu beachten ist, dass elterliches Einvernehmen kein Ziel um jeden Preis ist. Kann kein Einvernehmen in angemessener Zeit (vgl. § 155 FamFG) hergestellt werden, haben Sachverständige die Begutachtung abzuschließen und die gerichtlichen Fragen zu beantworten.

Können Sachverständige ein Einvernehmen erreichen, ist das Gericht über die erarbeiteten Lösungsvorschläge zu informieren.

V. Einzelne Verhaltensempfehlungen für das Vorgehen bei der Begutachtung

1. Sachverständige haben ihre Tätigkeit gemäß dem gesetzlichen Rahmen zu erfüllen.
2. Sachverständige sollen dem Gericht die Erweiterung oder Ergänzung der Beweisfrage vorschlagen, wenn sie neue Informationen erhalten, die dieses notwendig machen.
3. Die Freiwilligkeit der Begutachtung ist zu beachten und zu respektieren. Zwang oder Drohungen mit juristischen Konsequenzen verbieten sich.
4. Das Gebot des wissenschaftlich fundierten Vorgehens, der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit ist auch bei Hinwirken auf Einvernehmen zu beachten.
5. Sachverständige sollen nicht mehr Befunde erheben, als für die Beantwortung der Fragestellung notwendig sind.
6. Bei Verdacht auf Missbrauch und Misshandlung ist ggf. ein weiteres Gutachten einzuholen, beispielweise ein aussagepsychologisches oder rechtsmedizinisches Gutachten. Sachverständige haben in Kindschaftsverfahren unter Einbeziehung der Ergebnisse einer solchen weiteren Begutachtung ihre Einschätzung des Risikos der möglichen Gefährdung vorzunehmen.
7. Bei unklaren Anknüpfungstatsachen haben Sachverständige keine Beweiswürdigung vorzunehmen, sondern Rücksprache mit dem Gericht zu halten.
8. Sachverständige haben dem Gericht Mitteilung zu machen, sollten sich Hinweise für eine unmittelbare Kindeswohlgefährdung während der Begutachtung ergeben.

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

a: Beweisbeschluss

1. Ist die Beweiserhebung durch Sachverständigengutachten erforderlich?
2. Gibt es einen konkreten Beweisbeschluss, der sich am materiellen Recht orientiert?
3. Wurde ein Auftrag nach § 163 Abs. 2 FamFG erteilt?

4. Ist eine Belehrung der untersuchten Personen zu Freiwilligkeit und ggf. Zeugnis-/Aussageverweigerungsrecht durch das Gericht erfolgt?

b: Kompetenz des Sachverständigen

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

c: Äußere Form des Gutachtens

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

d: Arbeitsweise des Sachverständigen/Datenerhebung

8. Wird die Beweisfrage – soweit erforderlich – in psychologische/klinische Fragestellungen umgesetzt?
9. Werden die fallrelevanten Tatsachen regelgerecht ermittelt?
10. Genügen Explorationen den Anforderungen?
11. Wenn Interaktionsbeobachtungen, Explorationshilfen und Testverfahren eingesetzt wurden:

Ist ihre Durchführung erforderlich?

Genügen sie den aktuellen wissenschaftlichen Anforderungen bzw. wägt der Sachverständige hier kritisch ab?

Ist nachvollziehbar, wie (und mit welchen Ergebnissen) vorgegangen wurde?

e: Bewertung der erhobenen Daten

12. Hat der Sachverständige die erhobenen Daten und deren Bewertung nachvollziehbar dargestellt?
13. Hat der Gutachter den Sachverhalt mit der gebotenen Unvoreingenommenheit bewertet oder fehlt es ihm an der Neutralität?
14. Finden sich im Gutachten sachfremde Erwägungen?
15. Beruht das Gutachten auf zutreffenden tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen?

16. Ist es logisch schlüssig?
17. Hat der Sachverständige die Kompetenz, eingesetzte psychodiagnostische Testverfahren zu interpretieren?
18. Sind die eingesetzten Erkenntnismethoden im Allgemeinen und die Schlussfolgerungen des Gutachters im Besonderen tragfähig?

f: Für den Fall eines Hinwirkens auf Einvernehmen

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

g: Mängelheilung

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

Buchrezension

Helmut Remschmidt, Katja Becker (Hrsg): Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 7. vollständig überarbeitete Auflage. Thieme, Stuttgart-New York, 99,99 Euro, ISBN 978-3-13-241122-7.

Das „Marburger Lehrbuch“, einst als Kompendium gestartet, ist in der 7. Auflage zu einem voluminöseren Vielautoren-Lehrbuch geworden, wobei jedes einzelne Kapitel sehr sorgfältig und ganz überwiegend von Spezialisten des jeweiligen Gebietes und Leitlinienautoren neu ausgearbeitet wurde. Dem Anspruch, sehr kompakt und konzise den aktuellen Wissensstand zu vermitteln, wird das Buch in hervorragender Weise gerecht.

Die einleitenden Kapitel zur Entwicklung sind in ihrer Klarheit überzeugend und bieten alles, was „gewusst werden sollte“ über die kindliche Entwicklung, einschließlich einiger neuerer Theorien wie der TOM, Bindungstheorie sowie der allgemeinen Entwicklungspsychopathologie. Auch die genetischen Einflüsse sind hier verständlich und dennoch mit Detailtiefe dargestellt. Die Kapitel zur Befunderhebung und Testdiagnostik ermöglichen einen Abgleich mit dem eigenen Vorgehen.

Die störungsbezogenen Kapitel deklinieren nicht nur die ICD-10, sondern haben sinnvolle und bereichernde Ergänzungen erfahren wie die Kleinkindpsychiatrie oder die (Folgen von) Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung, Suizidalität und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Auch die „kleinen Störungen“, die dennoch sehr wichtig in der Praxis der Kinderpsychiatrie sind (wie Schlafstörungen, Onychophagie) werden in gebührender Ausführlichkeit bedacht, den häufigeren Störungen wie ADHS oder Angststörungen kommt eine erfreulich differenzierte Beschreibung zu. Neben den wirksamen

Therapieverfahren nach aktuellem Stand, der sich in allen Kapiteln gut dargestellt findet, werden auch erwiesenermaßen nicht wirksame oder experimentelle Therapieverfahren, z.B. in den Kapiteln Autismus, Posttraumatische Belastungsstörungen oder bei den Störungen des Sozialverhaltens, erwähnt, was für die Aufklärung von Eltern sehr hilfreich sein kann. Wissenschaftliche Kontroversen und ungeklärte Fragen werden, z.B. im Kapitel der posttraumatischen Belastungsstörungen oder im Kapitel Geschlechtsdysphorie, offen benannt. Das Kapitel Essstörungen benennt gleichermaßen die berechtigte Kritik an den neuen ICD-11-Kriterien.

Gelegentlich muss der Leser oder die Leserin aus den störungsspezifischen Kapiteln (z.B. zur Pharmakotherapie bei Depression) nach hinten in die Therapiekapitel blättern. Je nach Störungsbild empfehlen sich eher die störungsspezifischen Ausführungen im jeweiligen Kapitel (z.B. die Psychotherapie der Borderline-Störungen oder die Pharmakotherapie der Tic-Störungen). Die Therapiekapitel glänzen auch mit weniger gebräuchlichen, wie chronotherapeutischen oder Neurofeedback-Verfahren und fundieren die in den störungsspezifischen Kapiteln aufgeführten Behandlungsmethoden, allerdings ohne Fachtherapien.

Kapitel zur Prävention und Rehabilitation beziehen die neuesten rechtlichen Grundlagen, wie das BTHG ein, die Kapitel zu rechtlichen Grundlagen und Begutachtung beschreiben knapp die aktuelle Rechtslage einschließlich der häufigsten Begutachtungsfragen und -standards.

An nur wenigen Stellen des Buches wird deutlich, dass es aus der vollstationär-klinischen Perspektive gedacht und geschrieben ist: etwa beim „Unterbringungsmodus“ in der Anamnese, bei der Empfehlung für Aripiprazol als Medikation der 1. Wahl bei Schizophrenie im Pharmakotherapie-Teil (wenig verträglich mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der ambulanten Versorgung), oder die genaue Darstellung einer Liquorpunktion bei den Untersuchungsmethoden. Somit ist es ein für die breite Praxis sehr brauchbares Werk.

Die Literaturlisten sind als „weiterführende Literatur“ konzipiert und regen dadurch an etlichen Stellen zum Weiterlesen an (z.B. zu Soft signs bei der neurologischen Untersuchung, zur speziellen Förderung von Teilleistungsstörungen; zur Förderung und Eingliederungsfragen bei Intelligenzminderung, zu „neuen“ suchterzeugenden Substanzen im Suchtkapitel).

Beispielkästen, Fallgeschichten und Abbildungen (sehr hilfreich etwa die Schemata im Kapitel ADHS) verbessern die ohnehin gute Lesbarkeit und den Transfer der Kapitel in den Alltag.

Besonders hervorzuheben ist, dass automatisch mit dem Buchkauf eine online-Version in eRef verknüpft werden kann, was über die Suchfunktion dann ein schnelle Auffinden zu bestimmten Fragen erleichtert.

Das Buch ist für die Vorbereitung zur Facharztprüfung ebenso zu empfehlen wie als Blaupause für Fortbildungen von sozialpsychiatrischen Teams und imponiert ebenfalls als ein gelungenes, gut zu lesendes „update“ für Erfahrene. Es ist ein Muss für alle Praxen mit Weiterbildungsermächtigung.

Renate Schepker, Ravensburg

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

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



ABONNEMENT FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

BKJPP, Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Name / Titel, Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ: _____ Ort: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail : _____

- Ich abonniere das FORUM der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zum
 Jahresabonnementspreis von € 46,00

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht drei Monate vor Ablauf des Kalenderjahres schriftlich widerrufe.

Ort / Datum : _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise:

- Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Abonnement
 Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als pdf-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates :

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____
 IBAN: _____ BIC.: _____

Zahlungsempfänger: Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.
 Deutsche Ärzte- und Apothekerbank, IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN00000800342, Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt zum

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

Geschäftsstelle BKJPP, Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz, Tel.: 06131 – 69 38 070, Fax: 06131 – 69 38 072, E-Mail: mail@bkjpp.de

Ordentliches Mitglied

Name / Titel, Vorname: _____

geb. am: _____ Fortbildungsnummer: _____

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (und –psychotherapie) ja: nein:

Kinder- und Jugendmedizin: Psychiatrie und Psychotherapie: Neurologie: Psychotherapeutische/Psychosomatische
Medizin: Nervenheilkunde: Andere: SPV-Praxis:

Jährliche Mitgliedsbeiträge ab 2016 (gem. der MV-Entscheidung 11/2013):

Niedergelassene mit eigener Kassenzulassung, MVZ-Inhaber:	€ 500,00
Angestellte/verbeamtete Fachärzte (CA, OA, u.a. FÄ):	€ 120,00
Assistenzärzte, Fachärzte mit 50 % - Stelle	€ 60,00
Rentner	€ 0,00
Reduzierter Beitrag bei Einkommen unter € 50.000	€ 350,00 (auf Antrag mit Nachweis bis Dezember für Folgejahr)
Sonstige	Einzelfallprüfung

** in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Dienstanschrift: _____ Praxis: Klinik: Angestellt:

Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Privatanschrift ab: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

Korrespondenz (E-Mails, Schriftverkehr, FORUM-Versand usw.) an: Dienstanschrift Privatanschrift Bundesland: _____

Ich wünsche keine Veröffentlichung der Praxisadresse im öffentlichen Verzeichnis unter www.bkjpp.de

Funktion : Klinik Praxis Angestellt MVZ Facharzt Chefarzt Oberarzt
 Weiterbildungsassistent (im _____WB-Jahr) Andere: _____

ermächtigt zur Weiterbildung: ja nein

Zust. Landesärztekammer: _____ Landes-KV: _____

Zahlungsweise:

Ich erteile hiermit die Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrages / Regionalgruppenbeitrages*

Ich bin nicht damit einverstanden, dass ab 2019 meine Beitragsrechnung als PDF-Dokument per e-mail verschickt wird.

Bankverbindung zur Erstellung eines SEPA-Lastschriftmandates:

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC.: _____

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

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE74BUN0000800342. Mandatsreferenz: Ihre individuelle Mandatsreferenz wird Ihnen jährlich mit den Beitragsrechnungen mitgeteilt. SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den BKJPP e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom BKJPP e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

* in diversen Bundesländern wird zusätzlich ein Regionalgruppenbeitrag erhoben

Ort, Datum

Unterschrift

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2020

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 Layouthilfen 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>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>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>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>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 2020:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2020	13. März 2020	14. KW 2020
2-2020	15. Juni 2020	27. KW 2020
3-2020	15. September 2020	40. KW 2020
4-2020	11. Dezember 2020	1. KW 2021

* 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.