

Inhalt

Die imaginative Psychotherapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter <i>Renate Sannwald</i>	2
Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Sorge- und Umgangsrecht: Standards und Fallstricke in der Praxis <i>Jochen Gehrmann</i>	16
Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Teil I: Grundlagen <i>Franz Wienand</i>	63
<i>Psychopharmakotherapeutische Kolumne:</i> Neuroleptika in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Klaus Oehler</i>	77
Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Berufsverband in der Zeit von 1988 bis 2000: Erinnerungen des 3. Vorsitzenden des BKJPP <i>Christian K. D. Moik</i>	89
<i>Kolumne:</i> Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	105
<i>Testrezension:</i> Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition (WISC-V) Teil 2	108
Hinweise für Autoren	116
Mediadaten	118
Anzeigen	119
Impressum	128

Die imaginative Psychotherapie von Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter

Renate Sannwald

Die Beschäftigung mit zwangsneurotischen Patienten ist bei vielen Psychotherapeuten nicht sehr beliebt; sie fürchten den Schweregrad der Symptome und gehen von einer mangelnden Umstellungsfähigkeit der Patienten aus. Die Autorin ist der Ansicht, dass die Arbeit mit zwangsneurotischen Patienten ein dankbares Arbeitsgebiet ist und vor allem die imaginative Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gute Behandlungsmöglichkeiten eröffnet.

Zur Symptomatik der Zwangsnurose (Mentzos 1990)

Die **Zwangssymptomatik** besteht aus

- Zwangsideen oder -vorstellungen;
- Zwangsimpulsen;
- Zwangshandlungen.

Die Inhalte der Zwangsgedanken und -vorstellungen werden als persönlichkeitsfremd und unsinnig erlebt. Versuche, die mit den Zwängen verbundenen Handlungsimpulse zu unterdrücken, führen zu einer zunehmend ängstlich gefärbten inneren Anspannung. Den Impulsen nachzugeben, bewirkt eine kurzzeitige Beruhigung und Erleichterung. Im fortgeschrittenen Stadium finden wir charakteristischerweise eine stereotype, ritualisierte Wiederholung der Zwangshandlungen, die typischerweise das Vermeiden von Verschmutzung, Unordnung oder Ansteckung betreffen und im Erleben des Patienten einen magischen Charakter haben, der drohendes Unheil abwendet.

In Abgrenzung zu dieser **Symptomzwangsnurose** steht die **Charakterzwangsnurose**, bei der Charakterzüge wie übertriebene Ordentlichkeit, Sauberkeit, Sparsamkeit, Rigidität und Entscheidungsunfähigkeit im Vordergrund stehen. Eine solche Grundstruktur kann an einem bestimmten Punkt der Genese symptomatisch dekompensieren (Quint 1985).

Zur Psychodynamik der Zwangsneurose (Freud 1909, 1913, 1925)

In seiner Arbeit „Hemmung, Symptom und Angst“ (1925) konstatiert S. Freud: „Die Zwangsneurose ist wohl das interessanteste und dankbarste Objekt der psychoanalytischen Untersuchung, aber noch immer als Problem unbezwungen. Wollen wir in ihr Wesen tiefer eindringen, so müssen wir eingestehen, dass unsichere Annahmen und unbewiesene Vermutungen noch nicht entbehrt werden können.“ Immerhin konzeptualisiert er in dieser Arbeit Zwangssymptome als Kompromissbildungen zwischen abgewehrten aggressiven und libidinösen Impulsen und der Abwehrleistung des Ich. Er beschreibt als für Zwangserkrankungen maßgebliche **Abwehrmechanismen**:

- **Isolierung** (die Trennung des Vorstellungsinhaltes von dem damit verbundenen Affekt);
- **Ungeschehenmachen** (als quasi magische Konfliktlösung);
- **Reaktionsbildung** (als Verkehrung eines Impulses in sein Gegenteil).

Die Rationalisierung und

- **Intellektualisierung** werden bereits in seiner frühen Arbeit „Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose“ zum Thema (1909) erwähnt, in der er einen **ersten**, detaillierten und anschaulichen **Behandlungsbericht** über einen zwangsneurotischen Patienten gibt, den sogenannten „**Rattenmann**“ (den er nach dem Inhalt seiner eindrucksvollsten Zwangsvorstellung bezeichnet). Dabei arbeitet er die Unfähigkeit zur Ambivalenztoleranz und die Unentschlossenheit des zwangsneurotischen Patienten besonders heraus.

Freud und auch Mentzos (1990) beschreiben, wie der zwangsneurotische Mensch mit Hilfe eines regressiven Verhaltensmusters, des „**magischen Handelns**“, versucht, die Welt und seine Beziehungen zu kontrollieren. Die Wiederholung der Zwangshandlung hat **Wiedergutmachungscharakter**, aber nach Mentzos auch **strukturbildende Funktion**: Zwangssphänomene treten auch bei beginnenden Schizophrenien, psychotischen Depressionen, Enzephalitiden und anderen hirnorganischen Leiden auf, als letztlich unspezifisches Bewältigungsmuster im Sinne eines Anpassungsversuches an die zugrunde liegende Erkrankung.

Der zwangsneurotische Grundkonflikt

S. Freud ging wie F. Riemann (1985) von einem Es-Überich-Konflikt um analaggressive oder analerotische Triebkomponenten aus. In seiner Arbeit „Die Disposition zur Zwangsneurose – Ein Beitrag zum Problem der Neuro-

senwahl“ (1913) beschreibt Freud die analerotische und sadistische prägenitale Sexualorganisation und charakterisiert erstmals eine derartige spezifische Disposition als Entwicklungshemmung einerseits und Fixierungsstelle für die Regression bei später auftauchenden Konflikten andererseits.

Mentzos (1990) betont hier eine eher entwicklungspsychologische Sicht: es gehe um einen

Konflikt um Gehorsam versus sich Auflehnen,

also eine Variation des Autonomie-Abhängigkeitskonfliktes (s.u.). Die Interaktion mit der kindlichen Umwelt spielt eine wesentliche Rolle für die Ausformung des Grundkonfliktes. Wenn nämlich die Eltern auf Autonomiebestrebungen ihres Kindes mit kontrollierender Strenge, Disziplinierung oder Liebesentzug reagieren, bildet sich im Kind eine grundsätzliche Antinomie zwischen Gehorsam und latenter Opposition ab. Letztlich geht es dabei um die Kontrolle über innere Vorgänge, um die „Beherrschung“ des Eigenen. Es bildet sich ein **rigides Überich** aus, das Es-Impulse „unter Verschluss hält“; die ursprüngliche Angst vor Strafe wandelt sich in Schuldgefühle. Das Ich hat die Tendenz, zur Schuldentlastung „Wiedergutmachungsversuche“ einzusetzen. Mit Hilfe der Abwehrmechanismen gelingt damit eine teilweise Erfüllung der Überich-Forderungen um den Preis einer Reduktion der Arbeits- und Genussfähigkeit.

Die Icheinschränkung beim Zwanghaften kann auch als **Kompensations- und Reparationsversuch** beim Vorliegen einer **Selbstpathologie** dienen (Im Sinne eines zwangsneurotischen „Korsetts“, das einen strukturellen Mangel ausgleicht).

Im Kontext unserer Kultur sind zwangsneurotisch strukturierte Menschen wegen ihrer Genauigkeit und ausdauernden Leistungsbereitschaft in vielen Berufsbereichen geschätzt.

Zur Psychoanalyse der Zwangsneurose nach H. Quint (1985, 1988)

Quint hat vor allem in seinem zweiten Buch eine sehr einfühlsame **psycho-dynamische Konzeption** zum Verständnis zwangsneurotischer Phänomene vorgelegt. Er betont in seinen Büchern den Aspekt der in spezifischer Weise gestörten frühen Interaktion zwischen Eltern und Kind. Das Kind hat mit seinen Eltern die Erfahrung gemacht, dass von diesen bereits Handlungsimpulse und -ansätze unterdrückt und sanktioniert wurden. In der Folge entwickelte der Zwangskranke die unbewusste Vorstellung, dass bereits Handlungsimpul-

se gefährlich und ängstigend sind. Er hat zwar Handlungsansätze, kommt aber nicht zum Handlungsvollzug, um sozusagen vorauseilend späteren Schaden vorzubeugen.

In der **analen Phase** lerne das Kind normalerweise **Handlungssteuerung**, wobei allmählich aggressive Regungen mit libidinösen Impulsen verbunden werden. Der „physiologische Sadismus“ des Kindes müsse sich entwickeln können, damit das Kind mit aggressiven Regungen konstruktiv umzugehen lernt. Wenn die Handlungen des Kleinkindes vom Erwachsenen als „objektiv destruktiv“ erlebt und entsprechend unterdrückt werden, bleibe diese Tendenz im Unbewussten bestehen. Entsprechend sei die **motorisch-aggressiv-e Entwicklung „antisozial“**, d.h. nicht mit positiven Beziehungsqualitäten verbunden. Aus der fast ausschließlichen Internalisierung elterlicher Verboten entwickle sich ein **strenge präödipales Überich**, dem bestätigende, annehmende Anteile fast ganz fehlen. Da die elterliche Bestätigung ausblieb, verharrt der Patient in anhaltenden Selbstzweifeln und kann nie das Gefühl entwickeln, etwas gut gemacht zu haben.

Diese Phänomene werden auch als „**Sphinktermoral**“ bezeichnet, eine strenge Haltung sich selbst gegenüber und eine lieblos-strenge Einstellung anderen gegenüber.

Der Zwangskranke weise eine **charakteristische Abwehrformation** auf:

- die **Isolierung**; der Zwangskranke könne (noch) nicht verdrängen. Stattdessen werde der Triebimpuls „auseinander genommen“; die Vorstellung einer bestimmten Verhaltensweise werde zugelassen, aber der dazu gehörige Affekt werde nicht gespürt.
- Die **Verschiebung auf ein Kleinstes** sei die Neigung, aus einem bestimmten Wahrnehmungszusammenhang nur ein Detail herauszunehmen. Dies sei eine Art von Überlebensstrategie in einer Reiz überflutenden Situation; ein Detail lasse sich besser kontrollieren als das Ganze.
- Die **Intellektualisierung** und **Rationalisierung** bestehet in der Neigung, sich nur mit den kognitiven Aspekten seines Verhaltens oder einer bestimmten Situation auseinanderzusetzen. Quint glaubt wie seinerzeit schon Freud, bei seinen Patienten eine einseitige intellektuelle Förderung vonseiten der Eltern bei einer meist guten Grundbegabung festgestellt zu haben.

Weiter beschreibt er eine **spezifische Form des Narzissmus**: beim Zwangskranken ist die **Abwehr narzisstisch besetzt**. Er mache alles richtig, zerstöre nichts; „er sei stolz darauf, nichts zu tun!“

Infolgedessen werde in der **Psychotherapie** jeder Versuch des Therapeuten, zu intervenieren, wie eine Kränkung erlebt, weil sie an den „Grundfesten der Überzeugungen des Patienten rüttete“. Er bekomme leicht das Gefühl, nicht alles richtig gemacht zu haben, und verwickle sich dann mit dem Therapeuten in haarspalterische Machtkämpfe über Details der Deutung. Entsprechend wichtig sei es, möglichst keine theoretischen Ausführungen zu machen, sondern so gut und taktvoll wie möglich am affektiven Erleben des Patienten zu bleiben. Der Patient erlebe sich als derjenige, der nichts zur Interaktion beitrage! So sei es wichtig, die Interventionen so zu formulieren, dass dem Patienten sein Eigenanteil an der Interaktion deutlich werden kann.

Zur imaginativen Psychotherapie von zwangsneurotischen Patienten – eine Kasuistik

Die **Katathym Imaginative Psychotherapie** macht sich Tagträume und Phantasieproduktionen zunutze, die bei Kindern und Jugendlichen häufig auch spontan auftreten (Horn, Sannwald und Wienand 2006). Der Therapeut schlägt ein Vorstellungsmotiv vor, beispielsweise eine Wiese oder einen Bachlauf; dieses Motiv gestaltet sich dann in Form einer farbigen Bildabfolge vor dem „inneren Auge“ des Patienten aus. In einer solchen Imagination stellen sich unbewusste Konfliktkonstellationen des Patienten szenisch dar – ähnlich wie im Nachttraum. Indem der Therapeut mit dem Patienten während der Imagination in einen Dialog eintritt, hat er die Möglichkeit, auf deren Ablauf einzuwirken und damit den unbewussten Konflikt auf der imaginativen Ebene direkt zu bearbeiten. In Folgenden demonstriere ich die Möglichkeiten der Methode anhand einer Kasuistik einer zu Behandlungsbeginn **12jährigen Patientin** mit einer ausgeprägten **Zwangsstörung**.

Die zu Behandlungsbeginn 12jährige Johanna lernte ich vor einigen Jahren in meiner jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis kennen, ein niedliches sommersprossiges Mädchen mit blonden Zöpfen, das kindlich und harmoniebedürftig wirkte, so als ob es „kein Wässerchen trüben“ könnte. J. kam auf Überweisung ihrer Kinderärztin, weil sie seit drei Jahren eine zunehmende Zwangssymptomatik entwickelte, die sie für lange Zeit erfolgreich verheimlichte: „Ich habe mich immer nicht getraut, es Mama zu sagen!“ Johanna beschrieb, dass sie Gegenstände auf der Straße berühren müsse, weil

sie sonst Angst habe, dass ihre Mutter ärgerlich auf sie sei. Bevor sie das Haus ver lasse, müsse sie der Mutter mehrere Male beide Hände küssen. Auf dem Schulweg müsse sie auf allen Gullydeckeln hüpfen, was ihre Freundin wütend mache, mit der zusammen sie zur Schule gehe. Vor Klassenarbeiten müsse sie ihre Zauber kugel auf dem Pult dreimal von rechts nach links rollen, bevor sie anfange, zu arbeiten; sonst könne sie sich nicht konzentrieren. Auf der Toilette müsse sie mehrfach beide Türpfosten berühren, bevor sie die Toilette betreten könne. In der Turnhalle müsse sie beim Warm laufen alle Ecken passieren und könne nicht in der Mitte im Kreis laufen. Vor dem Einschlafen müsse sie sich bis zu zehnmal auf dem Bettvorleger auf den Bauch und auf den Rücken drehen, bevor sie sich ins Bett legen könne.

Die Km beschrieb Johanna als ein seit jeher sehr harmoniebedürftiges Mädchen. J. sei ordentlich und ehrgeizig und eine gute Schülerin, die immer selbstständig für die Schule gearbeitet habe. Als kleines Kind habe sie wegen Koordinationsproblemen Ergotherapie erhalten; aktuell werde sie osteopathisch behandelt, weil sie starke Anspannungen im Kiefergelenksbereich habe.

J. lebt in einer intakten Familie und bezeichnete die Beziehungen zu allen Familienmitgliedern als gut. Sie habe eine „enge Freundschaft“ mit ihrem jüngeren Bruder Jonas und eine beste Freundin in ihrer Klasse. Der Kv besaß eine von seinem Vater ererbte Ingenieursfirma, die Km war selbstständig mit einer kleinen Logopädiepraxis. Beide Eltern hatten sich schon in der Schule kennengelernt, aber bis zum Ende ihrer Ausbildungen noch bei den Ge im Haus gelebt. Nach dem Examen des Kv waren sie zusammengezogen, und die Km wurde rasch mit J. schwanger. Während der Schwangerschaft heirateten die Ke; mit der Heirat begann die Alkoholerkrankung der Gmv, die schließlich zur Ehescheidung der Gev führte. Die Schwangerschaft war kompliziert durch vorzeitige Wehentätigkeit in der 30. SSW; die Km lag dann bis zur Geburt in der 35. SSW mit Partusisten-Tropf in der Frauenklinik und entwickelte ein HELPP-Syndrom, sodass die Geburt in der 35. SSW eingeleitet werden musste. J. wurde wegen abfallender Herztöne durch Kaiserschnitt geboren und musste nach der Geburt aufgrund einer Infektion für zehn Tage antibiotisch behandelt werden. Sie hatte einen Vorhofseptumdefekt, der sich im Alter von drei Monaten spontan verschloss. J. wurde sechs Monate lang gestillt, und ihre Mutter war nach der Geburt für 2 ½ Jahre zu Hause. Die frühkindliche Entwicklung verlief zeitgerecht. J. litt beim Eintritt in den Kindergarten unter Trennungsängsten, gewöhnte sich dann aber rasch ein. Die schulische Entwicklung war problemlos; zu Beginn der Behandlung stand Johanna kurz vor dem Wechsel auf das Gymnasium.

J.s frühe Kinderjahre wurden überschattet durch die Trennungsprobleme der Gev. Die Gmv hatte sich im Zuge ihrer Alkoholkrankheit von ihrem Mann getrennt und beanspruchte die Hälfte der Firma des Großvaters für sich, was die Existenz von J.s Familie bedrohte. Die Gmv kam regelmäßig unangemeldet zur Familie und versuchte, die Kinder auf ihre Seite zu ziehen; beiden Eltern fiel es sehr schwer, sich gegen sie abzugrenzen.

Die Km stammte aus bürgerlichen Verhältnissen in Berlin; abgesehen davon, dass sie durch das Abitur gefallen war, war ihre Entwicklung problemlos. Ihre logopädische Ausbildung wurde davon nicht berührt. Nach der Geburt der Kinder arbeitete sie zunächst im Angestelltenverhältnis und machte sich 2003 selbstständig.

Der Kv stammte ebenfalls aus gutsituierteren Verhältnissen. Sein Vater hatte das Ingenieurbüro gegründet, das der Kv heute leitet; die Gmv war Hausfrau mit vielen ehrenamtlichen Tätigkeiten. Der Gvv hatte etwa 1975 eine Affäre mit seiner heutigen Lebensgefährtin, trennte sich aber wieder von dieser. Nach dem Studium des Wirtschaftsingenieurwesens stieg der Kv in der Firma seines Vaters ein. Die Familie stand in komplizierten mehrjährigen Begutachtungen über das Betriebskapital der Firma zur Vorbereitung der Scheidung der Gev: „Im Moment ist Ruhe an der Front.“- Der Kv litt immer wieder unter Wirbelblockaden bei Gleitwirbeln. Nachdem die Gmv sich getrennt hatte, war der Gvv mit seiner früheren Freundin zusammengezogen.

In der **projektiven Diagnostik** fiel auf, dass J. neben einer sozial erwünschten, angepassten Haltung im SET immer wieder deutliche aggressive Impulse zum Ausdruck brachte: „Einen Jungen ... möchte sie am liebsten verprügeln!“ – „Sie tat Unrecht, ... als sie den Jungen haute!“

TAT-Tafel 8BM: „Wenn die Menschen früher beim Rauben erwischt wurden, wurden die gleich erschossen. Danach schnitt man sie auf, um zu gucken, ob die irgendetwas Wertvolles verschluckt haben. Die Menschen damals waren so gierig, dass sie es weiter verwenden wollten“, erzählte die Geschichtslehrerin. Ein paar Mädchen schrien: „Ihhh!“ Tom war schockiert, er stellte sich alles bildlich vor. Er konnte alles genau sehen. „Zum Glück ist das heute nicht mehr so“, dachte Tom erleichtert.

Auch expansive Wünsche wurden immer wieder deutlich. Ich entwickelte die psychodynamische Hypothese, dass J. aufgrund der ausgeprägten Ängstlichkeit der Km und der Konfliktscheu beider Eltern eine aggressive und expansive Einengung erfahren hatte, und beschloss, den Behandlungsfokus auf diesen Bereich zu legen. Ich entschloss mich, mit J. eine **Katathym Ima-**

ginative Psychotherapie durchzuführen, worauf sie sich mit Begeisterung einließ.

In der **Initialen Imagination** zum Thema **Blume** stellte J. sich zwei Blumen vor, die abgeschnitten in der Luft schwebten, eine Tulpe und eine Anemone mit rosa Blättern. Die Tulpe duftete ein bisschen; ihre Blütenblätter waren sternförmig zusammengewachsen. Die Blüte der Anemone hatte ein dunkles Blütenzentrum und rosa Blätter. J. schwebte auch in der Luft und konnte ihre Füße nicht sehen. Da tauchte ein Biber mit rotbraunem Fell auf, der neben den Blumen saß. Er machte Männchen und schaute J. liebevoll-traurig an. Sein Fell fühlte sich fettig an. Auf die Aufforderung, ihm etwas zu fressen anzubieten, fand J. nur ein Taschentuch. Haselnüsse gab es nicht, aber es erschien ein Baum. Der Biber ging zu dem Baum, probierte eine von dessen Haselnüssen, aber sie schmeckten ihm nicht. Er schaute schlecht gelaunt. Nun stand der Baum auf weißem Boden, und der Biber suchte sich dort ein Plätzchen.

J. zeichnete dazu ein Bild von einer Distel: „Wenn ich mich mit meinem Bruder streite, bin ich schon pieksig! Aber danach habe ich Angst, dass sie sauer sind auf mich.“ Der Biber sehe ein bisschen aus wie die Oma, „Ich habe Angst, dass Oma sich wieder streitet!“ Oma habe früher immer mit den Kindern gebastelt, aber in letzter Zeit sähen sie die Oma nicht mehr. J. berichtete auch über ihre Wünsche, gar nicht aufs Gymnasium zu gehen, sondern in der Grundschule bleiben zu können! „Auf der Oberschule muss man so viel alleine machen!“ Sie habe auch Angst vor dem Busfahren, „dass ein Böser zur Tür reinkommt.“ Referate in der Schule machten ihr Angst, „dass man etwas Falsches sagt!“ Offenbar sorgte sie sich auch, in der neuen Klasse keinen Anschluss zu finden und von den Klassenkameradinnen für zu kindlich gehalten zu werden.

In der **zweiten Imagination** zum Thema „**Lieblingstier**“ stellte J. sich den Schäferhund der Familie vor, Lola. Diese saß im Schnee und wollte gerne spielen, aber es war keiner da, bis J. kam. Lola steckte ihren Kopf zwischen J.s Beine und ließ sich kraulen. Sie wollte, dass J. ihr einen Stock wirft, rannte dann hinterher und holte ihn wieder. Dann knabberte sie an dem Stock, den J. ihr wegnahm, weil das zu gefährlich war. J. lenkte sie ab mit einem Hundeball. Lola nahm den Ball in den Mund und schwenkte den Kopf hin und her, jagte dann ihren eigenen Schwanz. J. hielt ihr den Ball hin, und Lola „machte ihr Lachgesicht“. Ich forderte J. auf, sich in Lola hineinzuversetzen. Das fühlte sich beim Springen luftig an und kalt unter den Pfoten! Lola wollte im See baden gehen, aber der Vater zog sie weg, weil er befürchtete, dass sie in den gefrorenen See einbrach. Mutter und Bruder waren jetzt auch da und hat-

ten den Schlitten mitgebracht. J. wollte gerne Schlittschuh laufen, aber lieber auf der Eisbahn als auf dem See. Da gingen sie jetzt hin, und J. lief mit dem Vater eine Runde, während der Bruder noch seine Schuhe schleifen ließ. Das Laufgefühl war am stärksten am Gesicht, wo J. den Wind spürte. Der Vater war schneller als J., wartete aber auf sie. Die Eisbahn war voller Leute, und ein Fahrer machte Figuren auf dem Eis. J. fuhr eine superschnelle Runde und dann noch Hand in Hand mit ihrer Familie.

J. hatte sich mittlerweile in der Schule gut eingelebt in eine ziemlich pubertäre Klasse. Stolz berichtete sie über die wilden Klassenkameraden: „Jetzt sind wir die schlimmste Klasse der Schule!“ Sie begann, für die Schülerzeitung kleine Artikel zu schreiben und bewarb sich als „Unicef-Botschafterin“ bei der Zeitschrift Geolino. Mit der Familie fuhr sie in den Kletterwald und berichtete selbstbewusst, dass sie viel mutiger als ihre Mutter war. Dies nahm ich zum Anlass, **J. expansionsorientierte Motive** für die nächsten Imaginationsvorzuschlagen.

In der Imagination zum Thema „**Expedition in den Urwald**“ fand J. sich mit einem Forscherteam am Strand vor einem großen tiefen Urwald und freute sich auf dessen Erkundung. Sie war unterwegs mit einer Pflanzenforscherin und einem Tierfotographen, die Koffer mit ihren Forschungsgerätschaften und Fotoapparaten hinter sich herzogen und auch Proviant bei sich hatten. Alle trugen beige Hosen mit Taschen, Westen und Wanderschuhen. Der Weg durch den Urwald war verwinkelt, die Luft feucht und warm; immer wieder waren Baumstämme im Weg, die überwunden werden mussten. J. hörte Vogelstimmen und entdeckte neben sich eine Pflanze mit einem grünen langen Stiel, einer rosa Blüte und kleinen knolligen Staubgefäß, die süß duftete. Auf einer Lichtung nahmen J. und die Forscherin Pflanzen- und Erdproben. Der Fotograf entdeckte einen kleinen unbekannten bunten Vogel mit einem runden Schnabel, kurzen Beinen und einem langen Oberkörper. Er schaute auf einen Artgenossen, lächelte dabei „wie ein Delphin“ und entdeckte die Besucher zunächst nicht. Ich regte J. an, ihn zu füttern, was sie mit einer Pflanze tat. Der Vogel nahm die Pflanze an und flog damit zu seinem Artgenossen, um sie mit ihm zu teilen. J. bekam Lust, sich an einer Liane „wie Tarzan“ hin- und herzuschwingen; der Mann fotografierte sie dabei. Dann machten alle miteinander ein Picknick auf einer Lichtung.

J. berichtete im Nachgespräch begeistert von der bevorstehenden Hochzeit ihrer Tante, für die sie ein rosa Kleid bekam. Die Mutter hatte vorgeschlagen, J.s Zimmer neu einzurichten, „aber ich wollte das nicht! Ich konnte mich von vielen Sachen nicht verabschieden.“ J. hatte tatsächlich 120 Kuscheltiere und

sogar noch ihre Babyborn-Puppen. Dennoch begann sie, mit ihren Freundinnen mit verrückten Frisuren zu experimentieren, und ließ ab und zu ihre Haare offen. Sie überlegte sich, welche Poster sie in ihrem neuen Jugendzimmer aufhängen könnte. Die Zwänge hatten sich zwischenzeitlich etwas gebessert, verstärkten sich aber während des langen Sommerurlaubes der Familie wieder.

In der Imagination zum Thema **Höhlenwanderung** befand J. sich auf einem Schotterweg irgendwo in Brandenburg, die Frühlingssonne schien, vor ihr standen Felsen und Bäume, an denen schon junge Blätter wuchsen. J. stand vor einem schwarzen Höhleneingang, der sich in zwei Gänge teilte. J. entschied sich für den linken Weg in die Höhle hinein. Sie war ausgestattet mit Helm und Lampe, Kletterschuhen und Rucksack, einem Seil und Karabinerhaken. Die Wände waren glitschig, der Weg unter ihr sandig, überall hingen Tropfsteine. Weit vorne sah sie einen Lichtschimmer an der Decke. Da hatte die Höhle einen Ausgang, auf den J. zukletterte. Es war ganz still bis auf leises Vogelzwitschern von draußen. J. kletterte kopfüber aus der Höhle heraus; einmal rutschte sie ab, fing sich aber wieder. Hinter ihr kletterte jetzt ein Klettertrainer, der auch einen Helm trug. Weiter hinten kam auch noch eine Klettergruppe. Im Freien bekam J. zur Belohnung eine Milchschnitte von ihrem Trainer; beide saßen jetzt auf einem großen Felsen und schauten in die Bäume. J. fühlte sich müde und spürte ihre Muskeln.

J. war stolz auf ihre sportliche und furchtlose Haltung in der Imagination und auch in der Realität. Sie begann von sich aus, sich mit Konflikten in Beziehungen zu befassen; wie kann man sich wehren gegen aggressive Klassenkameraden? Sie beschäftigte sich auch mit Gleichaltrigen, die unter weniger privilegierten Umständen aufwuchsen als sie selbst, mit einem Mädchen, das in einer therapeutischen WG wohnte, weil seine Mutter an Krebs gestorben war.

In der nächsten Imagination zum Thema **Foliant** sah J. ein großes altes Buch mit einem dunkelroten Umschlag, vergilbten Blättern und schwarzer Schrift auf einem Tisch liegen. J. blätterte in dem Buch und fand ein Bild von einer alten Frau, die die Hühner fütterte. Dann entschloss sie sich, in das Bild „einzusteigen“, und erlebte die Frau, Julia, plötzlich viel jünger, gekleidet in blaue Kleider, eine Schürze und ein kariertes Kopftuch. Julia musste viel arbeiten und wollte das eigentlich nicht, wagte aber nicht, es ihrem Vater zu sagen, weil sie sonst geschlagen werden würde. Julia musste die Tiere füttern, kochen und ihrem Vater dienen. Der hatte sie nicht haben wollen und vorgehabt, sie umzubringen, aber dann habe Gott zu ihm gesprochen, und er habe

sie am Leben gelassen. Julia würde gerne selbständiger und mit den Männern gleichberechtigt sein! Sie würde gerne anderen Frauen helfen, zu sehen, dass Frauen das Gleiche können wie Männer und sich gegen diese durchsetzen können. Dann hatte J. die Idee, eine Schule für Frauen zu gründen. Sie traf sich mit fünf Mädchen in der Scheune; alle wollten sich das Lesen und Schreiben beibringen, indem sie mit einem Stock auf den Boden schrieben. Die Mütter lenkten die Männer ab, damit diese nicht bemerkten, dass die Mädchen sich treffen. Rechnen wollte Julia von einem Durchreisenden lernen; Kräuterkunde von einer alten Hebamme. Julia schaute in deren Hütte, wo Kräuter gesammelt und getrocknet wurden. Da gab es einen Schaukelstuhl, einen Tisch mit getrockneten Kräutern und eine Holzpritsche zum Schlafen. Alles wurde geheim gehalten; Julia warnte die anderen Mädchen, nicht zu zeigen, was sie gelernt hatten. Eine höhere Frau unterrichtete auch religiöse Dinge. Julia trug jetzt kein Kopftuch mehr und war fröhlicher geworden. Zum Abschied schenkte J. den Mädchen eine Tafel und Kreide.

Die Imagination zeigt deutlich J.s präödipale Überich-Struktur, die auch Quint (1988) immer wieder beschreibt: sie kreiert Macht-Unterwerfungssituationen, in denen es manchmal buchstäblich um „Leben und Tod“ geht.

J. merkte dazu an, Julia sei nur ein Jahr älter als sie selbst, und ihr eigener Bruder habe zu ihr gesagt, sie sei wie ein Baby! Sie berichtete von Alpträumen, dass ihre Eltern starben und sie bei deren Beerdigung war, aus denen sie schreiend aufgewacht war. Sie erwähnte beiläufig, dass ihre Zwänge sich gebessert hätten, und begann, sich mit der Twilight Saga zu beschäftigen, die in ihrer Altersgruppe sehr beliebt war, ebenso wie die Fernsehserie „Germany's next Topmodel“.

Ihre Assoziationen regten mich an, J. eine Imagination zum Thema **Topmodel** vorzuschlagen. Sie stellte sich vor, mit neun anderen Mädchen in einer Villa in Florida zu wohnen. Es sollte ein Fotoshooting am Strand stattfinden, und Heidi Klum hatte den Mädchen mitgeteilt, dass es windig werden würde. In der Gruppe gab es zwei rothaarige Mädchen und eine „Zicke“, aber die anderen Mädchen waren nett. Sie fuhren gemeinsam zum Strand durch eine hügelige Landschaft mit wenigen Bäumen und kamen an einer Fabrikhalle an, in der sich eine große Turbine befand. Die Mädchen bekamen die Aufgabe, sich in Cocktailliedern vom Luftstrom der Turbine tragen zu lassen! J. wurde stark geschminkt mit blauem Lidschatten und Lippenstift, bis sie aussah wie der Vampir Viktoria aus der Twilight Saga! Ein Mädchen begann mit dem Fotoshooting und berichtete, es habe Spaß gemacht, sei aber auch schwer gewesen. J. folgte in einem blauen Cocktaillkleid. Sie sollte sich hinlegen und

sich dann von dem Luftstrom hochtragen lassen. Am Anfang klappte es nicht so gut, aber dann wurde J. allmählich besser. Heidi Klum lobte und ermutigte sie, mehr auszuprobieren! J. fühlte sich durchgeblasen und fror. Nach dem Fotoshooting wurde sie abgeschminkt und mit einer Limousine in die Villa zurückgebracht. Sie dachte, sie hätte es besser machen können. Die meisten anderen Mädchen waren zufrieden mit ihrem Auftritt, aber bei einer hatte es gar nicht geklappt. Abends aßen alle Mädchen Spaghetti und gingen früh ins Bett. J. teilte ein Zimmer mit einem anderen Mädchen. Alle hatten schon schöne Geschenke bekommen, Kleidung, Handtaschen und hochhackige Schuhe.

J. berichtete mir danach, dass ihre Zwangshandlungen verschwunden waren; gelegentlich traten noch Zwangsgedanken und -impulse auf; sie müsse dann kontrollieren, ob ihre Handtasche zu sei, oder in welcher Reihenfolge sie den Tisch decke. Den 14. Geburtstag feierte sie mit einem Frühstück mit ihren Freundinnen und einem Schokobrunnen. „Mit 14 ist man strafbar!“ Ich beschloss, mit ihr weiter am Autonomiethema zu arbeiten.

In der nächsten Imagination zum Thema **Meine eigene Hütte** stellte J. sich eine kleine moosbewachsene Hütte mitten im Wald vor. Ihre Wände bestanden aus Holzbrettern, und sie hatte eine rechteckige Tür und ein Fenster. Beim Umrunden der Hütte fiel J. ein Mauseloch an der Basis der Hütte auf (In der FIT hatte J. sich als Maus gezeichnet!). In der Hütte fand sie einen mit trockenem Laub bedeckten Fußboden und einen einzelnen Stuhl. Sie wollte die Hütte sauber machen und fegte sie mit einem Rechen aus. Unter dem Laub fand sich feucht riechendes grünes Gras. J. richtete die Hütte mit einem Regal, einem Tisch, einem weiteren Stuhl und einem Schrank aus dem Keller des Elternhauses ein. In das Regal stellte sie Bücher und Stiefmütterchen in Töpfen, in den Schrank Geschirr. Als Lichtquelle hatte sie eine Petroleumlampe mitgebracht. Dann setzte sie sich an dem Tisch und begann, ein neues Buch zu lesen, „Isola“, ein Geschenk ihrer Freundinnen. Darin ging es um eine Gruppe Jugendlicher in einem Inselcamp, von denen einer ein Mörder war. J. saß eine Weile in ihrer Hütte und fühlte sich behaglich und zu Hause.

Im Nachgespräch gestand sie, dass sie, wenn sie sich zurückziehe, Sorge habe, die anderen in der Familie zu vernachlässigen. „Ich denke mir, dass ich meine Eltern sonst enttäusche.“ Immerhin wurde die Ablösung für J. mittlerweile vorstellbar; sie entwickelte die Idee, nach dem Abitur für sechs Monate im Entwicklungsdienst zu arbeiten. Zunächst aber ging es in den Schulaustausch nach Italien, was J. etwas Angst machte.

J. begann, sich mutiger mit ihrem Freundinnen auseinanderzusetzen, die „missgünstig und neidisch waren“. Ich ermutigte sie, dies mit den Freundinnen anzusprechen: „Mama kann das auch nicht so gut!“ Sie entwickelte auch Interesse für einen Jungen aus ihrem Gymnasium, und ich ermutigte sie, sich weiblicher zu kleiden, was sie dankbar aufnahm. Der Schüleraustausch wurde eine gute Erfahrung; J. kam in eine Familie, in der ihre Gastschülerin zwei ältere Brüder hatte.

Die Annäherung an Jungen wurde zu einem großen Problem für J., die sich nicht zwischen zwei Jungen entscheiden konnte. Später ließ sie sich von einem sehr begehrten Jungen ihrer Stufe umwerben und schließlich in eine vorsichtige Liebesbeziehung ein, was ihr Vater mit den Worten kommentierte: „Du musst ihn ja nicht gleich heiraten!“ J. reagierte mit Zwangsbefürchtungen, dass etwas Schlimmes passiert, und brauchte viel Unterstützung meinerseits, um den Schritt zu wagen. „Ich habe die ganze Zeit Komplexe, dass er es nicht ernst meint.“ Lange Zeit wagte sie nicht, ihren Freund ihren Eltern vorzustellen. Leider kehrte dessen Familie nach einem Jahr ins Ausland zurück, was J. ganz verzagt machte. „Jetzt wo er weggeht, lerne ich ihn richtig zu schätzen!“ Sie schaffte es dann nicht, die Beziehung über die weite Distanz aufrechtzuerhalten, so wie sie es befürchtet hatte.

Danach wagte J. sich an den Führerschein, den sie nach vielen Fahrstunden im zweiten Anlauf bewältigte. Kurz vor dem Abitur befreundete sie sich mit einem Mitschüler, den sie seit langer Zeit kannte. Sie nahm sich vor dem Studienbeginn ein Sabbatical und verbrachte elf Monate im Ausland in einem Entwicklungshilfeprojekt. Danach wollte sie ein naturwissenschaftliches Studium machen.

J. war im Laufe der viereinhalbjährigen Psychotherapie deutlich gereift und nun annähernd altersgerecht entwickelt. Die **Imaginationen** halfen ihr, die anstehenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, wobei für mich immer wieder eindrucksvoll war, welch ausgeprägten Widerstand sie Reisungsschritten entgegensezte. Ihre zwanghaften Persönlichkeitsanteile erschweren Veränderungen, und das affektbetonte Erleben in der KIP erleichterte ihr die Flexibilisierung ihres Erlebens und Verhaltens.

Aus diesem Grunde ist für mich die Behandlung von Zwangsstörungen eine der bevorzugten Indikationen für den Einsatz der KIP bei Kindern und Jugendlichen.

Autorin:

Dr. med. Renate Sannwald

Fachärztin für Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse (DGPT). Dozentin der AGKB. DGPT-Lehranalytikerin und Supervisorin des BIPP. Mitglied im Erweiterten Vorstand des BIPP. Stellvertretende Vorsitzende des Weiterbildungskreises für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin e.V.. Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin des KPMB. Dozentin und Supervisorin der BAP, des MAPP und des ZAP.

Pertisauer Weg 41, 12209 Berlin

Tel.: 030/71522077, Fax: 030/71522078

Literaturverzeichnis:

Freud, S. (1975): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. In: Studienausgabe Bd. VII, Fischer, Frankfurt am Main.

Freud, S. (1975): Die Disposition zur Zwangsneurose. (Ein Beitrag zum Problem der Neurosenwahl). Studienausgabe Bd. VII, Fischer, Frankfurt am Main.

Freud, S. (1975): Hemmung, Symptom und Angst. Studienausgabe Bd. VI, Fischer, Frankfurt am Main.

Horn, G., Sannwald, R., Wienand, F. (2006): Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Ernst Reinhardt, München.

Mentzos, S. (1990): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven. Fischer, Frankfurt am Main.

Quint, H. (1985): Über die Zwangsneurose. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen und Zürich.

Quint, H. (1988): Die Zwangsneurose aus psychoanalytischer Sicht. Psychotherapie und Psychosomatik. Texte zur Fort- und Weiterbildung. Springer Berlin Heidelberg New York.

Riemann, F. (1985): Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie. Ernst Reinhardt, München.

Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Sorge- und Umgangsrecht: Standards und Fallstricke in der Praxis

Jochen Gehrmann

Demographische Trends

Die Zahl der Eheschließungen in Deutschland hatte von noch ~750 000 im Jahr 1950 kontinuierlich bis auf ~368 000 im Jahr 2007 abgenommen und zeigt inzwischen mit ~410 000 Eheschließungen im Jahr 2016 wieder einen leichten Aufwärtstrend. Demgegenüber wurden in Deutschland im Jahr 2016 ~162 000 Ehen geschieden; im Vergleich zum Jahr 2006 mit ~190 000 Scheidungen mit leicht rückläufigem Trend. Gut die Hälfte der geschiedenen Ehepaare (50,5%) hatte 2016 minderjährige Kinder und von diesen wiederum 52,4 % nur ein minderjähriges Kind. Insgesamt waren von der Scheidung ihrer Eltern im Jahr 2016 knapp 132 000 Kinder unter 18 Jahren betroffen. Trennungen von nicht verheirateten Eltern und Konflikte für deren nicht ehelich geborene Kinder bleiben hierbei zunächst unberücksichtigt. Man geht aber zusätzlich etwa von 70 000 Kindern aus, deren Eltern getrennt sind, die aber nie verheiratet waren, d.h. insgesamt zusätzlich noch ~200 000 von elterlicher Trennung betroffene Kinder.

2016 wurden in Deutschland ~792 000 Kinder geboren. Das waren ~ 54 000 Babys oder 7 % mehr als 2015 (~737 000). Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, stieg die Anzahl der Geborenen damit das fünfte Jahr in Folge und erreichte wieder das Niveau von 1996.

Der Anteil der nicht-ehelich geborenen Kinder ist dabei von 7,2% im Jahr 1970 auf inzwischen 34,5% im Jahr 2016 signifikant gestiegen. Damit dürften potentielle Konflikte zwischen getrennt lebenden, nicht verheirateten Eltern zunehmen. Mütter mit ausländischer Staatsangehörigkeit haben ~184 000 Kinder geboren, das ist ein Anstieg von 25 % gegenüber 2015. Damit

nehmen Fragen von Eheschließungen bzw. -scheidungen im Ausland bzw. nach ausländischem Recht und potentielle transkulturelle Konflikte ebenfalls an Bedeutung zu.

Nach einer Trennung haben die Kinder in 88% der Fälle ihren Lebensmittelpunkt bei ihrer Mutter und sehen ihren Vater üblicherweise jedes zweite Wochenende und in den Ferien. In 95% der Fälle bekommt der Vater das gemeinsame Sorgerecht und fast immer ein Umgangsrecht. Unterhaltsstreit überlagert dabei nicht selten den elterlichen Streit. Väterverbände schlagen vor, das Wechselmodell als Regelfall nach einer Trennung gesetzlich vorzusehen (Schäfer, 2018). Dies ist aber sehr umstritten. Im Koalitionsvertrag tauchte das Wort „Wechselmodell“ erst gar nicht auf.

Seit dem Beginn der Reformen des Kindschaftsrechts im Jahre 1998, d.h. seitdem Eltern nach einer Trennung immer mehr gleichermaßen sorgeberechtigt wurden, wuchs die Zahl der gerichtlichen Umgangsstreitigkeiten erheblich, von ~28 000 im Jahr 1998 auf ~136 000 im Jahr 2016 im Bereich der elterlichen Sorge; sowie ~44 000 Fälle 2016 im Bereich des Umgangsrechts (Statistisches Bundesamt), wobei seit 2008 keine signifikante Zunahme mehr zu beobachten war. 2016 mussten von den ~136 000 Fällen im Bereich der elterlichen Sorge 6 200 in zweiter Instanz – beim OLG – entschieden werden, was aber (lediglich) ~4,5% aller erstinstanzlich verhandelten Fälle entsprach. Dabei war die durchschnittliche Verfahrensdauer in der zweiten Instanz (OLG) mit 4,6 Monaten vergleichsweise überschaubar (Statistisches Bundesamt).

Trends bei Kindeswohlgefährdungsmeldungen bzw. Inobhutnahmen

Die Jugendämter in Deutschland führten im Jahr 2016 rund 136 900 Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls durch. Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilte, bedeutet dies einen Anstieg um 5,7 % gegenüber dem Vorjahr.

Von allen Verfahren bewerteten die Jugendämter 21 600 Fälle eindeutig als Kindeswohlgefährdungen („akute Kindeswohlgefährdung“). Hier gab es gegenüber 2015 einen Anstieg um 3,7 %. Bei 24 200 Verfahren (+ 0,1 %) konnte eine Gefährdung des Kindes nicht ausgeschlossen werden („latente Kindeswohlgefährdung“). In rund 46 600 Fällen (+ 8,0 %) kamen die Fachkräfte des Jugendamtes zu dem Ergebnis, dass zwar keine Kindeswohlgefährdung, aber ein weiterer Hilfe- oder Unterstützungsbedarf vorlag. In fast ebenso vielen Fällen (44 500) wurden weder eine Kindeswohlgefährdung noch ein weiterer Hilfebedarf festgestellt (+ 7,8 %).

Die meisten der rund 45 800 Kinder, bei denen eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung vorlag, wiesen Anzeichen von Vernachlässigung auf (61,1 %). In 28,4 % der Fälle wurden Anzeichen für eine psychische Misshandlung festgestellt. Etwas seltener (25,7 %) wiesen die Kinder Anzeichen für eine körperliche Misshandlung auf. Anzeichen für sexuelle Gewalt wurden in 4,4 % der Fälle von Kindeswohlgefährdung festgestellt. *Mehrfachnennungen waren dabei möglich.*

Die Gefährdungseinschätzungen wurden in etwa gleich häufig für Jungen und Mädchen durchgeführt. Kleinkinder waren bei den Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls besonders betroffen. Beinahe jedes vierte Kind (23,2 %), für das ein Verfahren durchgeführt wurde, hatte das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet. Drei- bis fünfjährige Kinder waren wie im Vorjahr von einem Fünftel (19,4 %) der Verfahren betroffen. Kinder im Grundschulalter (6 bis 9 Jahre) waren mit 22,7 % beteiligt. Mit zunehmendem Alter nehmen die Gefährdungseinschätzungen ab: Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren hatten einen Anteil von 18,7 % an den Verfahren, Jugendliche (14 bis 17 Jahre) nur noch von 16,0 %.

Am häufigsten machten Polizei, Gericht oder Staatsanwaltschaft das Jugendamt auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung aufmerksam und zwar bei 22,1 % der Verfahren. Bei 12,9 % kamen die Hinweise von Schulen oder Kindertageseinrichtungen, bei 11,6 % waren es Bekannte oder Nachbarn. Gut jeden zehnten Hinweis (10,4 %) erhielten die Jugendämter anonym.

9 % der akut oder latent gefährdeten Kinder (insgesamt 3 600 Fälle) waren jünger als ein Jahr. Der Großteil der unter Einjährigen wies Anzeichen von Vernachlässigung auf (79 %). Anzeichen für körperliche Misshandlungen wurden bei Säuglingen in 607 Fällen (17 %) festgestellt. Mehr Kinder fielen 2012 in keiner anderen Altersgruppe körperlichen Misshandlungen zum Opfer.

Bei Säuglingen wurden laut der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen mindestens 42 % aller tödlichen Verletzungen durch Gewalthandlungen hervorgerufen. Sie hatten damit im Vergleich zu den übrigen Altersgruppen das höchste Risiko, durch Gewalt zu sterben.

Im Jahr 2016 führten die Jugendämter in Deutschland 84 200 vorläufige Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen durch (Inobhutnahmen), d.h. 6 600 Inobhutnahmen mehr als 2015 (+ 8,5 %). Auch wenn das Plus deutlich geringer als im Vorjahr ausfiel (2015 zu 2014: + 61,6 %), hat sich damit die Zahl vorläufiger Schutzmaßnahmen seit 2013 fast verdoppelt (2013: 42 100 Inobhutnahmen). Hauptgrund für das anhaltend hohe Niveau

der Inobhutnahmen waren 2016 Einreisen von unbegleiteten Minderjährigen aus dem Ausland: 2016 wurden aus diesem Anlass 44 900 Schutzmaßnahmen durchgeführt; 2 600 mehr als 2015 (+ 6,2 %). Für 2017 ist diese Zahl wieder rückläufig.

21 700 Kinder, die im Jahr 2016 eine vorläufige Schutzmaßnahme durchliefen, waren jünger als 14 Jahre alt. In dieser Altersgruppe wurden die Kinder am häufigsten wegen Überforderung der Eltern beziehungsweise eines Elternteils (45 %) und zum Schutz vor Vernachlässigung (19 %) in Obhut genommen. Auch die unbegleitete Einreise (15 %) und der Schutz vor Misshandlung (13 %) spielten hier eine größere Rolle. Bei den 62 500 Jugendlichen von 14 bis 17 Jahren stand dagegen mit Abstand die unbegleitete Einreise aus dem Ausland im Vordergrund (67 %). Weitere Anlässe von Bedeutung waren in diesem Alter die Überforderung der Eltern beziehungsweise eines Elternteils (12 %) und Beziehungsprobleme der Eltern (6 %). Auch bei der Dauer der vorläufigen Schutzmaßnahmen gab es altersspezifische Unterschiede: Während bei den unter 14-Jährigen 46 % der Inobhutnahmen nach spätestens zwei Wochen beendet werden konnten, traf dies nur auf 34 % der 14- bis 17-Jährigen zu.

Normative Aspekte: die Rechte der Kinder

Kindheit ist ein historisch und kulturell wandelbarer Begriff (Winkler, 2016). Kinder sind auch in einem juristischen Sinne Schutzbefohlene. Gewalt gegen Kinder ist jedoch weiterhin in Deutschland eine traurige Realität (Deegener & Körner, 2005; Plener et al., 2017). In Europa gibt es auch heute noch zahlreiche Länder (durchaus in unserer unmittelbaren Nachbarschaft), in denen körperliche Züchtigung als Erziehungsmittel *nicht explizit* verboten ist, so Frankreich, Italien, Belgien, das Vereinigte Königreich, Tschechien, Slowakei, Russland und die Türkei.

In Deutschland wurde § 1631 Abs. 2 des BGB erst im Jahre 2000 wie folgt gefasst:

„Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“

Die von Deutschland ratifizierte UN-Konvention über die Rechte des Kindes schützt die Belange von Kindern umfassender:

UN-Konvention über die Rechte des Kindes: Zusammenfassung

- Jedes Kind hat ein angeborenes Recht auf Leben: Das Überleben und die Entwicklung des Kindes ist in größtmöglichem Umfang zu gewährleisten.
- Das Recht ohne Not heranzuwachsen: Jedes Kind hat ein Recht auf ausreichende Nahrung. Es hat ein Recht auf Kleidung, Schulbildung und ein Dach über dem Kopf. Die Eltern müssen für diese Dinge sorgen, bis das Kind erwachsen ist.
- Das Recht, mit Vater und Mutter zusammen zu sein: Kinder haben (auch nach einer Scheidung ein Recht darauf, mit beiden Elternteilen Kontakt zu haben.
- Das Recht auf Bildung: Kinder haben das Recht, so viel zu lernen wie sie können. Jedes Kind darf zur Schule gehen.
- Das Recht, optimal gefördert zu werden: Behinderte Kinder haben die gleichen Rechte wie alle anderen Kinder. Oft brauchen sie besondere Pflege, Zuwendung und Unterstützung. Benötigen die Eltern hierzu finanzielle Hilfe, wird dies vom Staat auf Antrag übernommen.
- Das Recht, nicht geschlagen oder misshandelt zu werden: Gewalt gegen Kinder ist verboten,
- Kinder dürfen nicht geschlagen, eingesperrt oder misshandelt werden. Dies gilt übrigens auch für seelische und sexuelle Gewalt.
- Das Recht auf Spiel und Freizeit: Kinder haben das Recht auf Ruhe und Freizeit, auf Spielen und Erholung: Dafür müssen geeignete Möglichkeiten (Spielplätze, Sportanlagen usw.) bereitgestellt werden.
- Das Recht, nicht ausgebeutet zu werden: Kinder dürfen nicht zu Arbeiten gezwungen werden. die gefährlich oder gesundheitsschädlich sind.
- Das Recht auf private Bereiche: Kinder haben ein Recht darauf, dass ihr eigener Bereich respektiert wird.
- Ökologische Kinderrechte: Kinder haben das Recht, gesund aufzuwachsen.

Normative Aspekte: die Rechte der Eltern

Artikel 6 Grundgesetz schützt die Rechte der Eltern in Absatz 2 und 3:

- (2) „*Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.*“
- (3) *Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.“*

Das Recht der elterlichen Sorge – die Sorge für die Person des Kindes (Personensorge), sein Vermögen (Vermögenssorge) und die Vertretung des Kindes umfassend (§§ 1626 Abs. 1, 1629 Abs. 1 BGB) – steht in Deutschland für eheliche Kinder beiden verheirateten Elternteilen – grundsätzlich gemeinsam – zum Besten des Kindeswohls zu.

Die in Art. 6, Abs. 2 grundgesetzlich geschützten Rechte und einzufordern den Pflichten von Eltern unterliegen einem staatlichen Wächteramt, welches aber letztendlich primär dann tätig wird, wenn es angerufen bzw. anderweitig Kenntnis von mutmaßlichen Missständen erhält. Die staatliche Jugendhilfe dient dazu, die Eltern in ihrer Erziehungspflicht zu unterstützen. Das Familiengericht entscheidet bei evtl. Eingriffen in die Elternrechte im Falle einer dann konkret zu belegenden Kindeswohlgefährdung (Abb. 1). Hierzu benötigt es dann ggf. sachverständiger Expertise.

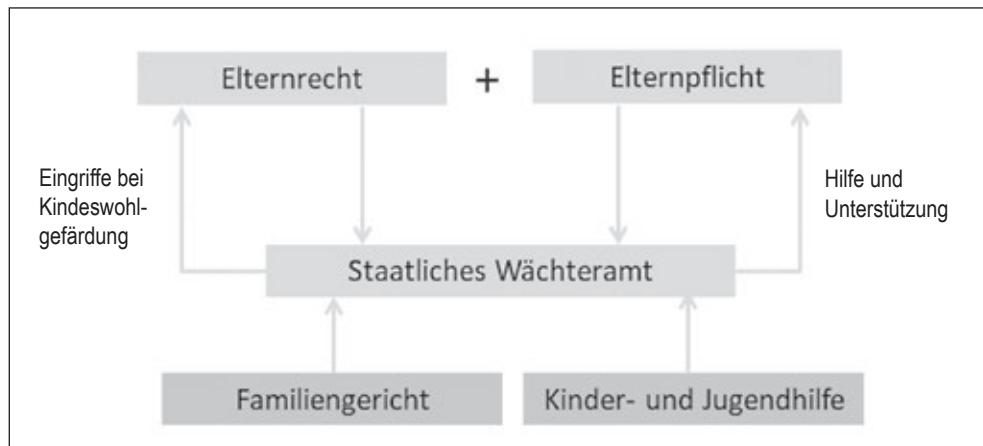


Abb. 1: in Art. 6, Abs. 2 grundgesetzlich geschützte Rechte und einzufordernde Pflichten von Eltern unterliegen einem staatlichen Wächteramt

Seit dem Kindschaftsreformgesetz vom 1. Juli 1998 wird die gemeinsame elterliche Sorge auch bei einem nicht nur vorübergehenden Getrenntleben der Eltern als gesetzlicher Regelfall angenommen (Salgo, 2003). Die Übertragung der elterlichen Sorge auf einen Elternteil ist auf Antrag möglich. Das Familiengericht gibt einem solchen Antrag statt, wenn der andere Elternteil zustimmt; es sei denn, ein mindestens 14 Jahre altes Kind widerspricht, oder nach Ansicht des Familiengerichts ist zu erwarten, dass die Übertragung der elterlichen Sorge auf den Antragsteller dem Wohl des Kindes am besten entspricht (§ 1671 Abs. 2 Nr. 1 und 2 BGB). Bei der Entscheidung des Familiengerichtes sind vorrangig zu berücksichtigen: die Bindungen eines Kindes zum jeweiligen Elternteil, deren Erziehungs- und Förderkompetenzen, der Wille des Kindes und seine soziale Integration (Schwab, 1998, Salzgeber, 2005).

Steht den nicht nur vorübergehend getrennt lebenden Eltern gemeinsam das Sorgerecht zu, so trifft dennoch derjenige Elternteil, bei dem das Kind seinen Lebensmittelpunkt hat, mit Einwilligung des anderen Elternteils die Entscheidungen für das Kind in „Angelegenheiten des täglichen Lebens“ (§ 1687 Abs. 1 S. 2 BGB). „In Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist“, verlangt das Gesetz hingegen das gegenseitige Einvernehmen der Eltern (§ 1687 Abs. 1 S. 1 BGB). So empfiehlt der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland auf der Grundlage einer juristischen Stellungnahme (Halbe, 2007), auch bei Vorstellungen von Kindern in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis stets eine schriftliche Zustimmung des getrennt lebenden, aber gemeinsam sorgeberechtigten Elternteils einzuholen. Nur bei akuten psychiatrischen Krisen (Suizidalität) kann ein Notvertretungsrecht eines Elternteils akzeptiert werden (vgl. § 1687 Abs. 1 S. 5 BGB i.V.m. § 1629 Abs. 1 S. 4 BGB).

Geben die Eltern keine Sorgeerklärungen ab und sind sie nicht miteinander verheiratet, so hatte die Mutter die elterliche Sorge zuvor alleine. Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Sorgerechts am 19. Mai 2013 kann der Vater durch einen Antrag beim Familiengericht nunmehr auch ohne Zustimmung der Mutter das gemeinsame Sorgerecht erlangen. Das neue Verfahren steht auch den Eltern zur Verfügung, deren Kinder vor dem Inkrafttreten der Neuregelung geboren wurden. Die Sorgeerklärungen von Mutter und Vater müssen öffentlich beurkundet werden, was zum Beispiel beim Jugendamt oder beim Notar erfolgen kann. Sie können auch schon vor der Geburt abgegeben werden. In der Regel soll das Familiengericht in einem vereinfachten

und beschleunigten Verfahren entscheiden. Das Familiengericht überträgt den Eltern die gemeinsame Sorge, wenn und soweit dies dem Kindeswohl nicht widerspricht. Trägt die Mutter keine Gründe vor, die der Übertragung der gemeinsamen Sorge entgegenstehen können, und sind solche Gründe auch sonst nicht ersichtlich, wird vermutet, dass die gemeinsame elterliche Sorge dem Kindeswohl nicht widerspricht. Die Frist zur Stellungnahme bzw. zum Widerspruch gegen eine gemeinsame elterliche Sorge endet frühestens sechs Wochen nach der Geburt des Kindes.

In einigen Fällen ist jedoch zum Wohle des Kindes das Übertragen der elterlichen Sorge auf einen Elternteil allein sinnvoll, worüber wiederum das Familiengericht entscheidet.

Befindet sich ein Kind in Familienpflege (§ 33 SGB VIII), können die Pflegeeltern über Angelegenheiten des täglichen Lebens entscheiden, so bspw. Routinearztbesuche begleiten und an Lehrergesprächen mitwirken (§ 1688 BGB). Das Jugendamt soll bei Streitigkeiten zwischen Pflegeeltern und leiblichen Eltern vermitteln (§ 38 SGB VIII).

Zusammenfassend hat der Gesetzgeber die Rechte der Väter und damit das Primat eines gemeinsamen Sorgerechts auch bei nicht ehelichen Kindern seit 1998 kontinuierlich gestärkt, d.h. es besteht (in der Regel) ein gemeinsames Sorgerecht,

- wenn die Eltern zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes miteinander verheiratet sind,
- wenn die Eltern nach der Geburt einander heiraten,
- wenn die Eltern erklären, dass sie die Sorge gemeinsam übernehmen wollen (Sorgeerklärungen) bzw. der Vater das Sorgerecht fristgerecht nach der nicht-ehelichen Geburt des Kindes beantragt und die Mutter dem nicht widerspricht,
- wenn das Familiengericht den Eltern die elterliche Sorge gemeinsam überträgt.

Umgangsrecht

Ausgangspunkt des Umgangsrechts ist der in § 1626 Abs. 3 BGB ausdrücklich niedergelegte Grundgedanke, dass das Kind zu seiner ungestörten Entwicklung – seinem Wohl – des regelmäßigen Umgangs mit *beiden* Elternteilen bedarf. § 1684 Abs. 1 BGB beschreibt das Umgangsrecht sowohl als Recht des Kindes als auch der Eltern. Es ist die Pflicht desjenigen Elternteils, bei dem das Kind seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, den Umgang mit dem anderen Elternteil zu unterstützen (vgl. § 1684 Abs. 2 S. 1 BGB, wonach die Eltern alles zu unterlassen haben, was zu einer Beeinträchtigung des Verhältnisses des Kindes zum jeweils anderen Elternteil oder zu einer Erschwernis bei der Erziehung des Kindes führt) (Scholz et al., 2007). Umgekehrt hat der andere Elternteil nicht nur das Recht auf Umgang, sondern auch eine Pflicht hierzu, wenn auch Letzteres gegen seinen expliziten Willen schwer und oft nur fragwürdig durchsetzbar ist. In etwa 20% der Nachscheidungsfamilien mit minderjährigen Kindern bestehen gerichtlich fixierte Umgangsregelungen (vgl. § 1684 Abs. 3 BGB). Zumeist handelt es sich um Familien, die durch ein hohes Konflikt niveau der beiden ehemaligen Partner charakterisiert sind (Lempp et al., 2003).

Häufige Gerichtspraxis ist es, dass das Kind jedes zweite Wochenende bei demjenigen Elternteil verbringen sollte, bei dem es nicht lebt, und dass Feiertage und Schulferien hälftig geteilt werden. Bei sehr jungen Kindern kann aber ein Abweichen von dieser Regelung geboten sein, ebenso dann, wenn die Eltern in großer räumlicher Entfernung voneinander leben.

Maßstab für die konkrete Umgangsregelung ist stets das Kindeswohl (Dettendorf, 2001). Soweit zum Wohl des Kindes erforderlich, können gemäß § 1684 Abs. 4 BGB Einschränkungen des Umgangsrechts durch das Familiengericht erfolgen. In definierten Ausnahmefällen ist es sogar möglich, den Umgang eines Elternteils mit dem Kinde gänzlich zu unterbinden, wenn das Wohl des Kindes dies gebietet, d.h. wenn das Kind durch den Umgang in seiner Entwicklung unmittelbar beeinträchtigt erscheint.

Eine Ausdehnung des Umgangsrechts auf Dritte ist eingeschränkt möglich. § 1685 BGB sieht ein Recht auf Umgang mit dem Kind für Großeltern und Geschwister (Absatz 1) oder für enge Bezugspersonen des Kindes (Absatz 2) vor, wozu der Ehegatte oder früherer Ehegatte eines Elternteils sowie der Lebenspartner oder frühere Lebenspartner eines Elternteils oder Personen, bei denen das Kind in Familienpflege war, gehören können, wenn zwischen diesen und dem Kind eine „sozial-familiäre Beziehung“ besteht oder bestan-

den hat, was im Regelfall bei einem Zusammenleben mit dem Kind in häuslicher Gemeinschaft über längere Zeit angenommen wird. In der Praxis erfolgt der Umgang mit den jeweiligen Großeltern über von den Eltern vermittelte Besuche und sonstige Kontakte. Gegen den Willen der Eltern hingegen wird ein Umgang nur dann durchzusetzen sein, wenn das Kind über einen längeren Zeitraum intensiven Umgang mit dem/der Betroffenen, so einem früheren Stief- oder Pflegeelternteil, gehabt hat und diesen – ungeachtet evtl. familiärer Spannungen – aufrechthalten will und kann.

Allerdings ist nach geltender deutscher Rechtsprechung ein Umgangsrecht von Großeltern stets nachrangig gegenüber den Ansprüchen eines Elternteils zu bewerten. Demgegenüber geht der Europäische Gerichtshof (EuGH) – so in einem Urteil vom 31.05.2018 – von einem breiter gefassten Umgangsrecht aus. Nach Ansicht des EuGH schließt der Begriff des Umgangsrechts auch andere Personen als die Eltern ein, sofern es für das Kind wichtig ist, zu diesen persönliche Beziehungen aufrechtzuerhalten. Allerdings weist der EuGH darauf hin, dass für Entscheidungen zum Umgangsrecht das Familiengericht am gewöhnlichen Aufenthaltsort des Kindes zuständig ist.

Folgen von Trennungen der Eltern für die Kinder

Während eine Trennung mit anschließender Scheidung für die Erwachsenen vorrangig die Chance für einen Neubeginn beinhaltet, erleben nur relativ wenige Kinder die Trennung der Eltern in erster Linie als Erleichterung. Der Ablauf der Trennung und Scheidung kann sich (aber muss sich nicht zwangsläufig) für Kinder psychisch belastend auswirken. Loyalitätskonflikte sind grundsätzlich nicht zu vermeiden, können aber durch eine verbindliche Kooperation der Eltern auf ein erträgliches Maß minimiert werden (Maccoby & Mnookin, 1992).

Vor der eigentlichen Trennung befinden sich die Kinder bereits in einer Situation der Verunsicherung, wenn ihnen niemand erklärt, worum es eigentlich bei den gegenseitigen Vorwürfen, den wiederholten Streitereien der Eltern oder den halblauten Auseinandersetzungen hinter verschlossenen Türen geht. Zu Beginn der Trennung können die Kinder vernachlässigt und zum Zankapfel im Kampf der Eltern (Sorge-, Umgangs und Unterhaltsrecht) werden. Nach der Trennung der Eltern müssen die betroffenen Kinder zusätzlich zum ‚Scheidungsschock‘ noch die veränderte Wohnsituation der getrennt lebenden Eltern, oftmals neue Stiefeltern und Stiegeschwister bzw. ggf. auch eine

mögliche materielle Verschlechterung im Haushalt des dann allein erziehenden Elternteils (meist der Mutter) bewältigen.

Die Hauptbelastung der Kinder ist somit nicht die Trennung der Eltern an sich, sondern die Konflikte der Eltern und der Verlust eines Elternteils (Kodoje, 2002). Kinder (und Eltern) erleben eine Scheidung als Zusammenbruch der Familie und reagieren auf diese Trennung mit unterschiedlich auffälligen Reaktionen. Klein- und Vorschulkinder (2 bis 6 Jahre) haben vor allem Angst, im Stich gelassen zu werden. Wegen ihrer Abhängigkeit, ihrer Ängste, ihrem begrenzten Verständnis für familiäre Veränderungen und ihrer Unfähigkeit sich selbst zu trösten, reagieren Kinder im Vorschulalter am heftigsten: auffällige Rückschritte in der Sauberkeitserziehung, verstärkte Irritiertheit, Weinen, akute Trennungsängste, gesteigerte Aggressivität und Trotz, aber auch Angst vor möglichen aversiven Reaktionen der Erwachsenen.

Ältere Vorschulkinder (5 bis 6 Jahre) äußern stärker ihre Gefühle der Trauer und Wünsche nach Rückkehr des abwesenden Elternteils.

Grundschulkinder bis in die frühe Pubertät (7 bis 12 Jahre) entwickeln ausgeprägte Gefühle des Verlustes und fühlen sich zurückgewiesen. Sie schwanken stark in ihren Stimmungen und reagieren häufig emotional überfordert, was sich nicht selten in körperlichen Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen niederschlägt und zumindest vorübergehend zu einem Abfallen der schulischen Leistungen führen kann.

Jugendliche (13 bis 18 Jahre) erleben ihre Eltern eher als unabhängige Persönlichkeiten und können ihre eigenen Beziehungen zu den Elternteilen eher von denen der Eltern untereinander trennen. Aber auch sie drücken deutlich Zorn und Trauer aus sowie ebenso ihre Schmerz- und Schamgefühle. Sie können sich verlassen und bedrückt fühlen und Ängste äußern, die Fehler der Eltern zu wiederholen.

Inwieweit eine Trennung der Eltern längerfristige psychische Folgen für die betroffenen Kinder hat, kann letztendlich aber nur individuell beurteilt werden. Wesentlich dafür, wie die Kinder die Trennung ihrer Eltern verarbeiten, ist der faire Umgang der Eltern selbst mit diesem schmerzhaften Vorgang, und inwieweit sie ihren Kindern die nötige Zeit geben und auch Rituale schaffen, um Abschied zu nehmen und zugleich einen Neuanfang – häufig verbunden mit einem Umzug – zu gestalten.

Die Forschungsergebnisse und Theorieansätze zu den Fragen, ob die Scheidung Kurz- oder Langzeitfolgen für die betroffenen Kinder hat, sind un-

einheitlich (Cherlin et al., 1991). Bei Trennungs- bzw. Scheidungskindern wurden Verhaltensauffälligkeiten in der Trennungs- bzw. Scheidungsphase und nach der Scheidung festgestellt. Sie leiden unter Loyalitätskonflikten, dem möglichen Verlust eines Elternteils und der Auflösung der Familie sowie unter Leistungsabfall und Problemen in der Schule. Wie Kinder ihre Gefühle ausdrücken, hängt von Alter, Geschlecht und Entwicklungsstand ab. Längsschnittstudien deuten darauf hin, dass ein großer Teil der so genannten kindlichen Anpassungsprobleme nach der Scheidung offenbar bereits *vor* der Scheidung festgestellt werden kann. Bei Erwachsenen, die in ihrer Kindheit die Scheidung ihrer Eltern miterlebt haben, sind langfristige Konsequenzen, die in der Scheidungsfolgenforschung auch *Sleeper (Schläfer)-Effekte* genannt werden, hinsichtlich ihrer Lebenszufriedenheit und der Art der Lebensführung festgestellt worden (Cummings & Davies, 1992).

Parental-Alienation-Syndrom?

Dass ein Kind von einem Elternteil so negativ beeinflusst werden kann, dass das Verhältnis des Kindes zum anderen Elternteil schwerwiegend beeinträchtigt wird bzw. sogar eine Entfremdung droht, ist eine klinische Beobachtung. Eine schwer belegbare, fachlich im deutschsprachigen Raum inzwischen weitgehend zurückgewiesene (Fegert, 2001), im englischsprachigen Raum hingegen noch akzeptierte Hypothese ist das so genannte Parental-Alienation-Syndrom (PAS) (Eltern-Kind-Entfremdung-Syndrom) (Gardner, 2002, 2006). *Richard Gardner* unterstellte dabei Kindern, die den Umgang mit einem Elternteil verweigern, dass ihre Ablehnung manipuliert sei. Und zwar von dem Elternteil, bei dem sie leben, in der Praxis meistens von der Mutter. Er empfahl sogar, in schweren Fällen die Kinder von dem mutmaßlich manipulierenden Elternteil zu trennen und zwangsweise in ein Heim oder vom entfremdenden zu dem entfremdeten Elternteil umzuplatzieren. Die Ablehnung eines Elternteils durch das Kind, die rational begründbar in Folge eines Kindesmissbrauchs oder einer tatsächlichen Vernachlässigung entstanden ist, ist hingegen *keine* Eltern-Kind-Entfremdung, sondern eine rational begründbare (Schutz)-Reaktion (Johnston, 2003).

Auf den Begriff des PAS wird häufig bei Sorgerechtsstreitigkeiten noch Bezug genommen. Die subjektive Wahrnehmung des abgelehnten Elternteils kann durchaus zu Fehlinterpretationen und damit zu einer unberechtigten Pathologisierung des ehemaligen Partners führen. Selten herrscht Einigkeit darüber, ob die Ablehnungsgefühle des Kindes selbst entwickelt oder durch

den sorgeberechtigten Elternteil entstanden sind. Kritiker des Begriffs sehen die Gefahr, dass das Syndrom aufgeführ wird, um über das Kind Macht über den ehemaligen Partner zu behalten oder ihn zu diskreditieren (Bruch, 2002). Deshalb steht PAS ebenso wie der Streit um seine abgrenzbare Existenz häufig eher in Zusammenhang mit der Benutzung des Kindes als Partei bzw. Waffe im Paarkonflikt und steht der gemeinsamen elterlichen Erziehungsverantwortung über das Ende der Paarbeziehung hinaus entgegen.

Das Besuchsrechtssyndrom

Das von *Felder & Hausheer* (1993) erstmals beschriebene Besuchsrechtssyndrom erklärt die sich aus einem zermürbenden Streit getrennter Eltern und dem Loyalitätskonflikt ihrer Kinder entstehende Dynamik anschaulich:

- (1.) Der Elternteil, bei dem das Kind wohnt, erlebt vor bzw. nach den Besuchen des Kindes beim anderen Elternteil eine vermehrte Unruhe, Schlaf- oder Appetitstörungen, eine Unlust, Ängste bis hin zu einer totalen Abwehr des Besuchs durch das Kind.
- (2.) Insbesondere ängstlich-dependent strukturierte Eltern laufen Gefahr, in diese Umgangsfälle zu geraten.
- (3.) Jüngere Kinder im Vorschulalter bis zum frühen Grundschulalter sind betroffen, da sie entwicklungsmäßig noch nicht in der Lage sind, zwischen einer eigenständigen Wahrnehmung bzw. Erinnerung und einer gefühlten bzw. erzählten Wahrnehmung des Elternteils, bei dem sie leben, zu unterscheiden.
- (4.) Das getrennt lebende Elternteil erlebt zunächst ein irritiertes Kind, das sich im Verlauf des Besuches beruhigt und gegen Ende wieder angespannt reagiert, was dieses Elternteil ebenso verunsichert.

Aus den offenkundigen Folgen einer Ambivalenz des Kindes ziehen beide Elternteile konträre Schlussfolgerungen, die den Konflikt zwischen den Eltern noch verschärfen: das Elternteil, bei dem das Kind wohnt, schlussfolgert, dass dem Kind die Besuche schaden und dass sie reduziert bzw. sogar eingestellt werden sollten, wohingegen der andere Elternteil vermutet, dass das Kind nicht angemessen auf die Besuche vorbereitet wird und daher die Besuche ausgedehnt werden sollten.

Die Herausforderung besteht für beide Elternteile vielmehr darin, sich in die hochambivalente Haltung des Kindes hineinzuversetzen und eigene Vorbe-

halte bzw. Kränkungen zugunsten einer lösungsorientierten Kooperation zurückzustellen.

Denn nur, wenn das Kind auf Dauer das Gefühl haben kann, dass beide Elternteile kooperativ hinter einer Sorgerechts- und Umgangsregelung stehen, können unvermeidbare Traumatisierungen auf ein erträgliches Maß reduziert werden.

Sehr ungünstig wirken sich psychische, unbehandelte Belastungen des Elternteils, bei dem das Kind lebt, aus: so wird ein bereits primär in seiner Persönlichkeit ängstlich-dependentes Elternteil die Trennung nochmals belastender selber erleben und infolge dessen Gefahr laufen, seine eigenen unbearbeiteten negativen Gefühle gegenüber dem anderen Elternteil auf das Erleben ihrer insbesondere jüngeren Kinder zu übertragen. Jede Unmutsäußerung des Kindes vor bzw. nach Umgängen mit diesem getrennt lebenden Elternteil wird dann möglicherweise automatisch als ein Indiz für ein unterstelltes Fehlverhalten des anderen Elternteils gedeutet. Aus der nachvollziehbaren Sorge um das Kind wird dann rasch eine völlig überzogene Kontrolle der Umgänge bzw. völlige Ablehnung. Denn die subjektiven eigenen erlebten Ängste bezogen auf das angst-besetzte Objekt, dem als gefährlich erlebten anderen Elternteil, werden auf die Kinder projiziert bzw. in deren Verhalten willkürlich hinein interpretiert. Dieses überempfindlich agierende Elternteil benötigt dann eine intensive professionelle Beratung und Begleitung bzw. eine eigene Psychotherapie.

Begutachtung

Mindestanforderungen an Sachverständige

Als Sachverständige sollen in erster Linie Personen benannt werden, die ein abgeschlossenes Studium der Psychologie (Diplom oder Master) oder der Medizin (drittes Staatsexamen plus Approbation) aufweisen.

Anforderungen an die inhaltliche Sachkunde sind Kenntnisse in

- pädagogischer Psychologie, Familienpsychologie, klinischer Psychologie,
- der Trennungsdynamik von Paaren,
- den psychischen Störungen, Entwicklungsstörungen, neurologischen Beeinträchtigungen usw. von Kindern und ggf. Erwachsenen,
- Kindeswohlgefährdung,

- Entwicklungspsychologie,
- psychodiagnostischen Verfahren

Als Qualifikationsnachweise dienen

bei Ärzten nach abgeschlossener Facharztweiterbildung:

- zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: das Zertifikat für kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung (mit 60 Stunden Theorieseminare, Teilnahme an mindestens 10 regionalen Gutachten-Foren (insgesamt mindestens 60 Stunden), dabei Vorstellung von mindestens 5 eigenen Gutachten aus unterschiedlichen Bereichen, 10 eigenständig verfassten Gutachten und einem abschließenden Fachgespräch),
- zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: der Schwerpunkt forensische Psychiatrie mit einer 36monatigen Weiterbildung darin,
- zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: das DGPPN-Zertifikat forensische Psychiatrie mit mindestens 240 Stunden theoretischer Ausbildung in forensischer Psychiatrie und mindestens 70 eigenen psychiatrischen Gutachten

bei Psychologen:

- die Fortbildung zum Fachpsychologen für Rechtspsychologie mit einem zeitlichen Umfang von 375 Stunden (240 Stunden Weiterbildungsseminare, 120 Stunden Arbeit und Supervision im Fachteam, Falldarstellungen, Berufspraxis) und einer Prüfung. Für die gutachterliche Tätigkeit von Psychologen besteht kein Approbationsvorbehalt.

Rechte und Pflichten des Sachverständigen

- Unterstützung des Gerichtes bei der Rechtsfindung
- bis auf begründete Ausnahmen zur Gutachtenerstattung verpflichtet
- unparteiische (neutrale) Gutachtenerstattung, nach bestem Wissen und Gewissen auf neuester wissenschaftlicher Basis
- Beschränkung auf die Fragestellung, keine Beweiswürdigung
- Offenlegung von welchen Sachverhalten bzw. Anknüpfungstatsachen ausgegangen wird
- Möglichkeit der Vereidigung

- Hinweis- und Belehrungspflicht bezüglich seiner eigenen Offenbarungspflicht und der Freiwilligkeit sowie dem Aussageverweigerungsrecht (§ 136 StPO) des zu Begutachtenden

Qualitätsstandards

2015 hat die Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten eine Empfehlung zu den Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigengutachten im Kindschaftsrecht herausgebracht. Daran hatten alle wesentlichen Fachverbände mitgearbeitet, d.h. der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP), die Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG KJPP), der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP), die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Bundesrechtsanwaltskammer (BRAK), der Deutsche Anwaltverein (DAV), der Deutsche Familiengerichtstag (DFGT) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): www.bmjjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Themenseiten/FamilieUndPartnerschaft/MindestanforderungenSachverstaendigengutachtenKindschaftsrecht.html

Analyse des Gutachtenauftrags

Das Familiengericht beauftragt einen psychologischen oder (kinder- und jugend)psychiatrischen Gutachter mit einer fachlichen Beurteilung je nach Einzelfall der folgenden Fragen:

- Sorgerecht: Regelung der elterlichen Sorge und des Aufenthaltsbestimmungsrechts für Kinder bei Trennung oder Scheidung der Eltern, auch der Platzierung von Geschwistern (getrennt oder gemeinsam) (§ 1671 Abs. 1 BGB) bzw. bei nicht miteinander verheirateten Eltern ohne Sorgerechtsklärung (§ 1626a, 1671 Abs. 2 BGB),
- Umgangsrecht: Ausgestaltung des Kontaktes des Kindes zu seinen Bezugspersonen, z.B. bei Trennung der Elternteile, d.h. Fragen des Beziehungserhalts des Kindes zum getrenntlebenden Elternteil (Umgangsregelung § 1684 BGB). Fragen zu Umgangsregelung mit Beziehungs- und Bindungspersonen des Kindes (§ 1685 BGB) sowie zum leiblichen, nicht-rechtlichen Vater des Kindes (§ 1686a BGB),

- Fragen zu einer Kindeswohlgefährdung (§§ 1666 ff BGB),
- Fragen zu einer Verbleibensanordnung bei Pflegeeltern (1632 Abs. 4 BGB).
- Erziehungsfähigkeit: Beurteilung der Erziehungsfähigkeit von Eltern: Notwendigkeit eines Entzugs oder einer Einschränkung der elterlichen Sorge auf der Basis von § 1666 BGB,
- Hilfen für die Erziehung: Einschätzung der Bedarfs an pädagogischen und psychologischen Maßnahmen zur Unterstützung der Erziehung, Stellungnahme nach §35a KJHG – SGB VIII - usw.,
- Besondere Fragestellungen wie Verfahren mit internationalen Bezügen, Adoption (§§ 1741,1748 BGB), Namensänderung (§ 1618 BGB), Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen (§§ 1626, 1666 BGB) und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen (§ 1631b BGB).

Der **Gutachter** sollte dabei zunächst folgende Fragen klären:

- Bin ich für die Fragestellung sachkundig?
- Bin ich evtl. befangen (bez. der Fragestellung bzw. der Beteiligten)?
- Kann ich das Gutachten gemäß den Zeitvorgaben des Gerichts (in der Regel drei Monate; bei Eilbedürftigkeit auch vier Wochen bzw. weniger) bearbeiten?
- Wer ist der Antragsteller? Ein Elternteil, Pflegeeltern, Großeltern, Jugendamt usw.?
- Handelt es sich um einen Antrag auf Sorgerechtsentziehung bzw. Teilen von dessen?
- Erscheint die Elternbeziehung nach Aktenlage möglicherweise so hochgradig zerstritten, dass eine Einigung der Eltern in wesentlichen Belangen des Kindes eher wenig realistisch sein könnte?
- Ist zugleich ein paralleles strafrechtliches Verfahren, z.B. Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch (d.h. Glaubhaftigkeit) angesprochen?
- Besteht ein Gutachtenauftrag bezüglich evtl. Empfehlungen zur Ausgestaltung des Umgangsrechts?
- Handelt es sich um ein Erst- oder Zweitverfahren?
- Vorgutachten? Stellungnahme eines(r) VerfahrenspflegersIn?

- Welcher Zeitrahmen bis zur Abgabe des schriftlichen Gutachtens wird ggf. mit dem Gericht vereinbart?
- Fällt der Auftrag in den Expertisenbereich des Gutachters bzw. bedarf es ergänzender vorab mit dem Gericht als Auftraggeber zu klärender Fragen? Muss ich bspw. Dritte (Psychologen, Dolmetscher?) hinzuziehen?

Leitlinien der Begutachtung (Gehrman; 2008; Häßler et al., 2003 und 2016; Klosinski, 2007; Klosinski, 2007; Lempp et al., 2003; Salzgeber, 2005; Westhoff et al., 2000) sind folgende Gesichtspunkte zum Kindeswohl:

- die Bindung des Kindes zu den Eltern, Geschwistern und Bezugspersonen,
- der Wille des Kindes,
- die Erziehungseignung der Eltern, d.h. auch ihre Persönlichkeit, psychische und physische Stabilität bzw. Gesundheit, besonderen biographischen Dispositionen (ggf. auch Traumata), die aktuellen persönlichen Lebensumstände (Finanzen, Wohnraum, Partnerschaftsbeziehungen, auch biologisch nicht verwandte Patchwork-Geschwister),
- die Förderkompetenzen und individuellen Ressourcen der Eltern (auch bezüglich Bildung und Lernen),
- die Kontinuität und Stabilität der Beziehungen unter Berücksichtigung der faktischen Verhältnisse, d.h. wo das Kind nach der Trennung sein Lebensumfeld gefunden hat,
- die Bindungstoleranz und Konfliktfähigkeit der Elternteile,
- vorbehaltlich einer expliziten Benennung im Gutachtenauftrag mit einer Lösungsorientierung, d.h. wie können (im Idealfall) tragfähige Vereinbarungen zum Kindeswohl in den Alltag umgesetzt werden, damit die (auch hochstrittigen) Eltern ihrem gemeinsamen Erziehungsauftrag gerecht werden (Bergmann et al., 2002).

Eine lösungsorientierte Arbeit des Sachverständigen wird jedoch unter Juristen und Sachverständigen durchaus kontrovers diskutiert (Jopt & Zütphe, 2004). Außerdem ist der Sachverständige schließlich (nur) der Gehilfe des Gerichts, d.h. in einer beratenden Funktion.

Nach den Erkenntnissen der letzten Deutschen Familiengerichtstage ist es *nicht* die Aufgabe eines Sachverständigen, Einvernehmen zwischen den streitenden Parteien herzustellen, sondern vielmehr eine kindgerechte Empfehlung für das Gericht zu erarbeiten. Eine lösungsorientierte Arbeit sollte daher genau im gerichtlichen Gutachtenauftrag umrissen sein.

Der Bindungstoleranz, d.h. der Fähigkeit eines Elternteils, einen regelmäßigen Kontakt zum anderen Elternteil nicht nur zuzulassen, sondern aktiv zu unterstützen, kommt insbesondere bei der Ausgestaltung des Umgangsrechts eine hervorgehobene Rolle zu (Ainsworth et al., 1978). Erziehungskompetenz kann sich gerade darin ausdrücken, den Kontakt des Kindes zu einem subjektiv noch abgelehnten bzw. hochgradig skeptisch betrachteten Ex-Partner zu unterstützen.

Bezüglich des verbalisierten sowie auf der Handlungsebene geäußerten Willens des Kindes müssen die jeweilige Positionierung des Kindes, aktuelle Loyalitätskonflikte sowie der emotionale aber auch kognitive Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigt werden (Dettenborn & Walter, 2002). Die Bindungen von Geschwistern müssen ebenfalls vorrangig berücksichtigt werden, auch wenn gelegentlich ein Geschwisterpaar offensichtlich dazu neigt, sich „aufteilen“ zu lassen, um jeden der Elternteile zu unterstützen und kein Elternteil „unversorgt“ zu lassen.

Ethische Aspekte

Beauchamp und Childress (1994) haben vier zentrale ethische Positionen – auch in der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen – formuliert:

- Gebot der Nichtschädigung
- Gebot der Besserung und Fürsorge
- Gebot der Gerechtigkeit
- Gebot der Autonomie

Das Gebot der Nicht-Schädigung besitzt besondere Bedeutung bei der u. g. Abwägung von Graden einer evtl. Kindeswohlgefährdung.

Der therapeutische Aspekt der Besserung und Fürsorge muss in einem gutachterlichen Rahmen häufig eher zurückstehen, sollte aber mit Hinblick auf die Entwicklung lösungsorientierter Vorschläge nicht außer Acht bleiben (Gehrman 2017a,b). Nicht zuletzt auch angesichts der Zeitdimension von Verfahren spielen in jedem Fall die dem Alters- und Entwicklungsstand angemessene Information und Beteiligung der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine hervorgehobene Rolle.

Zentral – auch im Sinne einer Gerechtigkeit – ist die neutrale Position des Gutachters. Jedwede Reaktionen, die auf eine Befangenheit hindeuten kön-

nen, sind zu unterlassen. Anzumerken ist, dass Befangenheitsanträge von Verfahrensbevollmächtigen knapp und sehr sachlich zu beantworten sind.

Vorgehensweise

Das Datum des Gerichtsbeschlusses und des Eingang der Akte beim Gutachter müssen dokumentiert und ggf. eklatante Diskrepanzen (bspw. mehr als vier Wochen Zeitabstand zwischen Gerichtsbeschluss und Eingang der Akte), welche sich bspw. auf im Beschluss genannte Bearbeitungsfristen negativ auswirken, dem Gericht zeitnah und schriftlich mitgeteilt werden. Der Aktenversand sollte stets als Einschreiben erfolgen und ebenfalls genau mit allen, ggf. unterschiedlichen Aktenzeichnen dokumentiert werden. Beim Gutachter verwahrte Gerichtsakten bzw. Kopien davon müssen für den Zugriff Unbefugter sicher geschützt aufbewahrt werden. Es empfiehlt sich, Kopien anzufertigen und die Originalakten dem Gericht zeitnah zurückzugeben, da das Gericht bei evtl. Zusatzentscheidungen usw. auf diese Akten angewiesen ist. Darüber hinaus empfiehlt es sich, bei allen evtl. Unsicherheiten bzw. Rückfragen, lieber einmal zu oft als einmal zu wenig Rücksprache mit dem Richter zu halten. Erhält der Gutachter im Verlauf der Begutachtung Schriftstücke in Kopie vom Gericht mit dem Vermerk „zur Kenntnisnahme“, ist darauf nicht zu antworten, sondern ausschließlich auf Schriftstücke mit dem Vermerk „um Stellungnahme wird gebeten.“

Mit Bestätigung der Annahme des Gutachterauftrags sollte man dem Gericht (nicht selten werden dazu Vordrucke versandt) mitteilen, falls man die Gerichtsentscheidung später zugesandt bekommen möchte. Ob diese dann wirklich dabei hilft, die eigene Gutachtenqualität zu verbessern, sei dahingestellt. Alle Termine sollten einvernehmlich und mit ausreichendem zeitlichem Vorlauf (mindestens von einer Woche) vereinbart werden. Es empfiehlt sich, die Schreiben in Kopie an den zuständigen Richter zu senden und die Angeschriebenen telefonisch vorab um Terminbestätigung zu bitten. So schafft man Transparenz und Verbindlichkeit, vermeidet unnötige Ausfalltermine durch Nichterscheinen einer Partei. Probleme in der Kontaktaufnahme (bspw. retournierte Post, unzureichende bzw. falsche Adressen) sollten zur Klärung unmittelbar an den Auftraggeber, d.h. den Richter, schriftlich zurückgemeldet werden – mit dem Hinweis, dass sich daraus potentiell nicht vom Gutachter zu verantwortende zeitliche Verzögerungsgründe ergeben.

Im Kontakt mit dem Kind schafft die Anwesenheit einer Begleitperson, eines Elternteils, einer Verfahrenspflegerin, aber auch einer anderen Vertrauensper-

son insbesondere für jüngere Kinder eine geschützte Atmosphäre, in der sich das Kind leichter gegenüber einer fremden Person, dem Gutachter, öffnen kann (Balloff, 2004). Das Kind bzw. der Jugendliche und dessen Eltern sollten transparent über die Modalitäten und den Ablauf der Begutachtung, auch den zu erwartenden Zeitrahmen, informiert werden. Verlässliche Bindungen zu den Familienmitgliedern aufzubauen, ist essentiell für den Begutachter, insbesondere um lösungsorientierte Vorschläge später authentisch vermitteln zu können (Stern, 2006).

Die Aufklärung der Betroffenen, dass dem Gutachter kein Zeugnisverweigerungsrecht gegenüber dem Gericht zusteht und dass damit die Betroffenen auch von ihrem Schweigerecht Gebrauch machen dürfen, steht zu Beginn jeder Begutachtung und sollte schriftlich fixiert werden. Es empfiehlt sich auch, das ausdrückliche Einverständnis mit der Begutachtung zu dokumentieren sowie dass zum Begutachtungsablauf keine weiteren Fragen mehr geäußert wurden. Die Vorgehensweise, auch sich im Verlauf ergebende Bitten um Zusatzinformationen durch Dritte oder Untersuchungen eines Elternteils sollte transparent für alle Beteiligten mit informierter Zustimmung (informed consent) gestaltet werden.

Das betroffene Kind sollte zu Beginn gefragt werden, ob bzw. wieweit es die in Frage stehenden Themen bereits mit Dritten, z.B. Jugendamt, Beratungsstelle oder Therapeuten, erörtert hat. Geschwisterkinder sollten die Möglichkeit erhalten, sich getrennt, aber auch gemeinsam gegenüber dem Gutachter zu äußern und in Spielsituationen in ihrer Interaktion beobachtet werden.

Untersuchungsschritte

Vor der Exploration und Untersuchung des Kindes sollte der Gutachter zunächst ein ausführliches Anamnesegespräch getrennt mit den streitenden Elternteilen bzw. Bezugspersonen führen. Wichtige anamnestische Themen sind:

- die persönliche Entwicklungsgeschichte des jeweiligen Elternteils einschließlich der Beziehung zu seinen/ihren Eltern, Ansichten über Erziehungsstile, der Stabilität von Beziehungen (z.B. Heimunterbringungen, Trennungen, Umzüge, Migration),
- die innere Erziehungslandkarte des jeweiligen Elternteils und seine/ihre Erziehungsbiographie aus der eigenen Ursprungsfamilie (d.h. wir fragen stets: „wie sind Sie aufgewachsen, wie war der Erziehungsstil Ihrer Eltern, wie Ihre Paarbeziehung“),

- die Entwicklungsgeschichte des Paars (vom Kennenlernen über die Trennung bis zur aktuellen Situation),
- die psychische und körperliche Gesundheit der Eltern, einschließlich z.B. Alkohol- oder Drogenkonsum bzw. psychiatrische Erkrankungen,
- die Beziehungsgeschichte zum Kind (und ggf. Geschwisterkindern), einschließlich Erwartungen, Aufträgen, aber auch Ressentiments oder projektiver Identifizierungen („... *genauso wie sein Vater!*“),
- die Entwicklungsgeschichte des Kindes,
- bisherige Helfer und Hilfen (so Jugendhilfe, Erziehungsberatung, Therapien usw.),
- die sozioökonomische Situation des jeweiligen Elternteils einschließlich Unterhaltskonflikte, Straffälligkeit,
- die aktuelle Lebenssituation und Zukunftsperspektiven,
- Wünsche und Befürchtungen für den Ausgang der Begutachtung,
- wechselseitige Einschätzungen der Eltern über die Erziehungskompetenzen, Wünsche, Lösungsansätze,
- soziokulturelle, religiöse oder weltanschauliche Einstellungen.

Im Einzelfall ist auch die psychodiagnostische Untersuchung eines Elternteils sinnvoll, z.B. eine Intelligenzdiagnostik bei Verdacht auf eine geistige Behinderung bei einem Elternteil, dessen Erziehungsfähigkeit beurteilt werden soll. Bei Verdacht auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung sollte eine weitergehende Begutachtung eines bzw. beider Elternteile durch einen Erwachsenenpsychiater empfohlen werden. Um einen evtl. Suchtmittelkonsum abzuklären, sind wiederholte Laboruntersuchungen hilfreich; negative Befunde schließen aber einen evtl. Drogenkonsum nie vollständig aus. Sämtliche zusätzliche Untersuchungen, sei es des Kindes oder eines Elternteils, setzen selbstverständlich nicht nur das Einverständnis der Sorgeberechtigten, sondern auch die Zustimmung des Gerichtes, das dann auch die Kostenübernahme klären muss, voraus. Angemerkt werden muss aber, dass diesbezügliche Fragen der Erziehungsfähigkeit bei Sorgerechts- und Umgangsrechtsstreitigkeiten zwar wechselseitig im Parteienstreit häufig mit Eifer vorgetragen werden, ohne jedoch dann per se und ausschließlich entscheidungsrelevant zu werden, d.h. dahin führen, dass ein Elternteil dem anderen vorgezogen würde bzw. dass die Bindungen des Kindes, dessen Betreuungskontinuität und biographische Konsistenz und der Kindeswille ignoriert würden. Gerade in

hochstrittigen Fällen bleiben oft beide Elternteile in der Realität hinter einem wünschenswerten Optimum erzieherischer Eignung zurück.

Die Exploration und Untersuchung des Kindes umfasst:

- die derzeitige psychische und körperliche Befindlichkeit,
- die soziale, Kindergarten- oder schulische Situation,
- Freizeitaktivitäten bzw. -interessen,
- die soziale Integration, d.h. Beziehungen zu Gleichaltrigen,
- die Beziehungen zum jeweiligen Elternteil bzw. anderen Bezugspersonen,
- die Beziehungen zu Geschwistern,
- eigene Wünsche, Ängste, Reaktionen im Hinblick auf eine Regelung des Sorge- bzw. Umgangsrechts auch unter Bezug auf evtl. vorhergehende Besprechungen mit Dritten.

Es empfiehlt sich – bei jüngeren Kindern z.B. durch eine Spiel- oder Malsituation – zunächst einen vertrauensvollen Kontakt zum Kind aufzubauen und die belastenden Themen behutsam und schrittweise anzusprechen (Lehmkuhl & Lehmkuhl, 1999; Niehaus et al, 2017). Gute Erfahrungen machen wir zum Beispiel mit dem therapeutischen Brettspiel „*Heute hier, morgen dort*“ von Manfred Vogt (Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie in Bremen). Da Kinder mitunter während der Begutachtung durch zerstrittene Elternteile in ihren Äußerungen beeinflusst oder auch unter Druck gesetzt werden können, empfehlen sich wiederholte Gespräche durchaus mit längeren Abständen.

Eine körperlich-neurologische Untersuchung, ergänzende apparative bzw. testpsychologische Untersuchungen sollten indikationsbezogen, abhängig vom Entwicklungsstand des Kindes und unter Einbeziehung evtl. Vorbefunde erfolgen (Brickenkamp, 1997). Um den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes einzuschätzen, empfehlen sich standardisierte Intelligenztests, so der CFT1 oder CFT 20-R-II, die Kaufmann-Assessment-Battery for Children in ihrer revidierten Fassung (K-ABC-II) oder der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder in seiner 4. revidierten Form (HAWIK-IV) (Salzgeber & Zemann, 1996) bzw. der aktuelle WISC-V. Bindungstests, so ein Attachment Interview (Bowlby, 1969), sind hilfreich, können aber nicht Beobachtungen der konkreten Interaktion zwischen Kind und Eltern möglichst in unterschiedlichen Situationen, so auch während eines Hausbesuches, ersetzen (Schwabe-Höllein et al., 1997).

Projektive Testverfahren, so der Children-Apperception-Test, der Scenotest, das Zeichnen der verzauberten Familie in Tieren, das 10-Wünsche-Phantasiespiel, können eine Orientierung bieten, sind aber mit Vorsicht zu interpretieren, da sie häufig eher die Projektionen des Untersuchers als des zu Untersuchenden widerspiegeln. Nach meiner Erfahrung ist es aufschlussreich, Kinder und Eltern getrennt die subjektiv erlebte Familienkonstellation auf einem Familienbrett darstellen zu lassen, was auch die Möglichkeit bietet, gewünschte (oder befürchtete) Lösungsideen darstellen zu lassen. Die jeweiligen Konstellationen sollte man photographisch dokumentieren, so wie sich ja auch Videoaufnahmen von Interaktionen bzw. Transkripte bzw. Tonbandaufnahmen von Gesprächen empfehlen.

Mehrere Interaktionsbeobachtungen zwischen dem Kind und dem jeweiligen Elternteil auch im Rahmen von Hausbesuchen sind unumgänglich (Jacob, 2014). Interaktionsbeobachtungen im vertrauten häuslichen Umfeld, d.h. Hausbesuche, geben auch am besten Aufschluss über Beziehungsdynamiken und Fördermöglichkeiten für das Kind bzw. seine Versorgungssituationen. Selbstverständlich sollte dabei der Schutz des Kindes sichergestellt sein, die psychische Belastung minimiert werden und der Umgang altersangemessen ausgestaltet werden. Sollte sich ein Kind zunächst dagegen wehren, den getrennt lebenden Elternteil zu Hause zu besuchen, sollte eine Vertrauensperson als Begleitung gewonnen werden; in unserer Klinik hat sich auch ein Therapiehund als Begleiter bewährt.

Eingeräumt werden muss aber, dass Hausbesuche aus ernst zu nehmenden methodischen Gründen durchaus im Einzelfall auch kritisch gesehen werden können, d.h. nur in ausgewählten Fällen durchgeführt oder, selbst dort, wo sie üblich sind, aus wichtigen Gründen bisweilen unterlassen werden. Gründe, einen Hausbesuch bewusst nicht durchzuführen, können die evtl. Gefahr einer Korruption bzw. einer perspektivischen Verzerrung beim Beobachter sein sowie mögliche sich aus der jeweiligen Vor-Ort-Situation ergebende Einflüsse auf das Kind, die es im Rahmen der Begutachtung aufzuspüren und zu extrapolieren gilt.

Mit einer Schweigepflichtentbindung durch die Eltern empfiehlt es sich ferner, Zusatzinformationen von weiteren Bezugspersonen der Kinder, so ErzieherInnen im Kindergarten bzw. Hort, LehrerInnen, einzuholen.

Dem Kind wird in der Regel ein Verfahrenspfleger als Anwalt der Interessen des Kindes zur Seite gestellt. Häufig liegt eine Stellungnahme des Verfahrenspflegers bereits vor; denn dieser hat dann eine gutacherliche Beurteilung

der Fragestellungen empfohlen. Sehr wichtig ist es, als Gutachter mit dem Verfahrenspfleger transparent und auf Augenhöhe zu kommunizieren. Unterschiedliche Sichtweisen gilt es umfassend zu erörtern und zu beleuchten. Im Interesse des Kindes liegt schließlich ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Gutachter und Verfahrenspfleger. Unterschiedliche Ansatzpunkte bzw. Sichtweisen müssen sich nicht *per se* ausschließen, sondern ergänzen sich häufig sehr sinnvoll.

Vor allem bei Verfahren nach § 1666 BGB, d.h. mit der expliziten Fragestellung einer evtl. Kindeswohlgefährdung, sind daraus abgeleitete, lösungsorientierte Aussagen bezüglich des konkreten Förder- und Hilfebedarfs des Kindes bzw. seiner Familie hilfreich insbesondere für die Antrag stellenden Jugendämter.

Ein Abschlussgespräch mit beiden Elternteilen informiert sie über wesentliche Befunde und Empfehlungen, kann aber auch dazu dienen, Hinweise für die Durchführbarkeit von lösungsorientierten Empfehlungen an das Gericht zu erhalten (Kluck, 2003). So ist eine Umgangsregelung nur dann praktikabel, wenn sie von allen Beteiligten auch getragen wird. Wichtig ist es den Eltern zu verdeutlichen, dass das Ende der Partnerschaft nicht das Ende der Elternschaft bedeutet und die Ablehnung als Lebenspartner nicht eine Abwertung als Elternteil bedeuten sollte.

Entscheidungskriterien

Kindeswohl: das Wohl des Kindes ist juristisch nicht im Sinne optimaler Entwicklungsmöglichkeiten und bestmöglichen Wohlbefindens gemeint. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu 2010 festgestellt: „*ein Kind hat kein Recht auf eine optimale Erziehung.*“ Dem Kindeswohl dient eine günstige Relation zwischen der Bedürfnislage des Kindes und seinen Lebensbedingungen (Dettenborn, 2008), d.h. zu beurteilen ist die Konstellation von individuellen Ressourcen und Risikofaktoren.

Ausprägungsvarianten des Kindeswohls sind:

- **die Bestvariante:** d.h. die Regelung, die dem Kindeswohl am besten entspricht.
- **die Genugvariante:** d.h. die Regelung, die dem Kindeswohl dienlich ist.
- **die Gefährdungsvariante:** diese setzt voraus aktuell oder künftig einen sehr hohem Wahrscheinlichkeitsgrad der Gefährdung.

Außerdem gilt es eine akute von einer latenten Kindeswohlgefährdung zu differenzieren. Gerichtliche Eingriffe in die elterliche Sorge bedingen bspw. eine akute Kindeswohlgefährdung. Bei drohender bzw. latenter Kindeswohlgefährdung haben zunächst mildere Mittel (bspw. Hilfen zur Erziehung) Vorrang.

Kindeswohlgefährdung (Gehrman, 2007) tritt u.a. auf bei:

- Vernachlässigung
- psychischer Misshandlung
- physischer Misshandlung
- sexueller Misshandlung

Eine **Vernachlässigung** kann in verschiedenen Formen auftreten:

- körperliche Vernachlässigung
- emotionale Vernachlässigung
- erzieherische Vernachlässigung

Eine **psychische Misshandlung** wird nicht selten unterschätzt und kann beinhalten:

- feindselige Ablehnung (z.B. ständiges Herabsetzen, Beschämen, Kritisieren oder Demütigen),
- Ausnutzen und Korrumpern (z.B. Kind wird zu einem selbstzerstörischen oder strafbaren Verhalten angehalten oder gezwungen bzw. ein solches Verhalten des Kindes wird widerstandslos zugelassen),
- Terrorisieren (z.B. Kind wird durch ständige Drohung in einem Zustand der Angst gehalten),
- Isolieren (z.B. Kind wird in ausgeprägter Form von altersentsprechenden sozialen Kontakten fern gehalten),
- Verweigerung von Einfühlksamkeit und emotionaler Akzeptanz (z.B. Signale des Kindes und seiner Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung werden anhaltend und in ausgeprägter Form übersehen und nicht beachtet).

Kindeswohlkriterien sind:

Elternbezogen:

- Erziehungsfähigkeit / Förderkompetenzen
- Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit
- Bindungstoleranz

Kindbezogen

- Beziehungen und Bindungen
- Geschwisterbeziehungen
- Kindeswille
- Personale und lokale Kontinuitätsbedürfnisse

Entscheidungskriterien – Kindeswohlprinzip (§ 1697a BGB)

- Kontinuitätsgrundsatz
- Bindungen bzw. Beziehungen des Kindes zu Eltern und Geschwistern
- Wille des Kindes – abhängig von dessen intellektueller bzw. seelischer Entwicklung
- Fehlende Kooperationsfähigkeit oder -bereitschaft (erforderlich ist ein Mindestmaß an gemeinsamer Verantwortungsübernahme, Kooperations-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit)
- Gleichgültigkeit (Desinteresse)
- Ungeeignetheit zur Pflege und Erziehung z.B. bei
 - Kindesmisshandlung
 - Gewaltanwendung gegen den anderen Elternteil
 - Schwerer psychischer Erkrankung bzw. Sucht
- Förderungsgrundsatz
- Subjektive, persönliche Betreuungsmöglichkeit und -bereitschaft
- Erziehungseignung
- Bindungstoleranz

Bindungstoleranz bedeutet inwieweit

- die Bedeutung des ehemaligen Partners als Vater oder Mutter realistisch gesehen und vermittelt wird,
- die Bedürfnisse des Kindes respektiert werden,

- die Beziehung zum anderen Elternteil für das Kind konfliktfrei gestaltet wird,
- bzw. die Elternteile die Perspektive des Kindes einnehmen können oder ob sie die Eltern-Kind-Beziehung und das elterliche Verhalten vor dem Hintergrund der eigenen Gefühle beurteilen.

Sorgerechtliche Konsequenzen sind angezeigt, wenn ein Elternteil bewusst und absichtlich die Beziehung zwischen Kind und dem anderen leiblichen oder sozialen Elternteil zerstören will und systematisch den Kontaktabbruch betreibt.

Kindeswille: diesem Prinzip liegt der Gedanke der Partizipation von Kindern an der Gestaltung der eigenen Entwicklungsräume zugrunde, d.h. weg vom Objekt der elterlichen Erziehung, hin zur mitbestimmten Beziehung. Der Kindeswille ist abhängig von der individuellen intellektuellen bzw. seelischen Entwicklung. Ein gesund entwickeltes achtjähriges Kind kann grundsätzlich bereits eine eigene Meinung zum Ausdruck bringen. Wichtig ist, dass das Kind nicht zu früh, nicht zu oft und in einer möglichst angstfreien Atmosphäre befragt wird. Jüngere Kinder sind erfahrungsgemäß sehr stark im Loyalitätskonflikt mit ihren Eltern gefangen und wünschen sich meist, dass die Eltern sich wieder versöhnen. Jugendliche ab 12 Jahren können ihre Meinung häufig davon unbefangener äußern.

Dabei sind ggf. einschränkend zu berücksichtigen:

- Abhängigkeit des Kindes von Bezugsperson(en),
- individueller Ausdruck einer emotionalen Tendenz, die auf instabilen Beziehungs- und Bindungserfahrungen basiert,
- Äußerungen als Ausdruck kindlicher Bewältigungsstrategie im Spannungsfeld der Elternkonflikte.

Ein geäußerter Kindeswille kann auch im Widerspruch zum Kindeswohl stehen, wobei dann das Kindeswohl ausschlaggebend ist. Als Grundsatz gilt: soviel Akzeptierung des Kindeswillens wie möglich, soviel reglementierender Eingriff wie nötig (Dettenborn, 2003)

Abfassung des schriftlichen Gutachtens

- Formalia:
 - Seitennummerierung des Gutachtens
 - Nennung des Aktenzeichens
 - Nennung des Sachverständigen samt seiner wesentlichen relevanten

beruflichen Abschlüsse

- Nennung des Auftraggebers
- Nennung der wörtlichen Fragestellung
- Nennung der eingesetzten Methoden
- Nennung der Untersuchungstermine mit Datum, Ort und Dauer
- Die Quellen für den Befund, also die wesentlichen Untersuchungsergebnisse, und Unterlagen oder Auskünfte dritter Personen sind im Einzelnen darzulegen. Dabei sind Datengrundlage und Interpretation zu trennen.
- Nennung von Hilfskräften bei nicht untergeordneter Bedeutung. Für Dritte muss ersichtlich sein, welcher Untersucher bei welchen Teilen des Gutachtens mitgewirkt hat.
- Das Gutachten muss von dem beauftragten Sachverständigen persönlich und mit Datum versehen unterschrieben sein.
- Literatur sollte angeführt werden, soweit im Gutachten darauf explizit Bezug genommen wird.
- Klare Gutachtengliederung, Erläuterung der zugrunde liegenden Testverfahren und theoretischen Konstrukte, Literatur, verständliche Abfassung
- Fragestellung, Skizzierung des Untersuchungsgangs, Termine, evtl. auch die Angabe von Komplikationen und Verzögerungsgründen in der Begutachtung.
- Aktenauszug: auf umfängliche Aktenauszüge soll verzichtet werden.
- Exploration der Beteiligten,
- des Kindes/der Kinder:
 - kinder- bzw. jugendpsychiatrischer Befund, ggf. körperlich-neurologischer Befund,
 - Ergebnisse der Psychodiagnostik,
 - Wünsche, Äußerungen des Kindes, Verhaltensbeobachtungen,
 - Ergebnisse der Interaktionsbeobachtungen einschl. von Hausbesuchen bei beiden Elternteilen.
- der Eltern:
 - Entwicklungsgeschichte, Beziehungsgeschichte, eigene Gesundheit, aktuelle Situation, Zukunftsperspektiven, ggf. Psychodiagnostik,
 - Ergebnisse der Interaktionsbeobachtungen einschließlich Hausbesuche beim jeweiligen Elternteil.

- Zusatzinformationen, z.B. durch Erzieherinnen im Kindergarten, Beratungsstelle, Schule, Jugendhilfe, TherapeutenInnen, VerfahrenspflegerIn.
- Die Zusammenfassung berücksichtigt insbesondere:
 - die Entstehung und ggf. Aufrechterhaltung der Konfliktodynamik,
 - die Situation des Kindes und seine Beziehungen zu den Elternteilen,
 - die Beziehungsaspekte der Eltern als zentrale Rahmenbedingung für die aktuelle und künftige Situation des Kindes,
 - die aktuell mitgeteilte Einschätzung des Verfahrenspflegers (Salgo et al., 2004)
 - Risiken und Nutzen unterschiedlicher Sorge- und Umgangsszenarien gegeneinander sorgfältig abwägen,
- ggf. allerdings – ohne die Fragestellungen willkürlich zu erweitern – Empfehlungen an das Gericht bzw. die Beteiligten, bspw. zur künftigen Gestaltung des Sorgerechts bzw. der Umgangsregelung. Vorsichtig sollte auf die künftige Entwicklung des Kindes unter bestimmten Rahmenbedingungen eingegangen werden. Hierbei sollte auch auf einen besonderen individuellen Förder- oder Behandlungsbedarfs, ebenso wie auf die Entwicklung der elterlichen Erziehungskompetenz und Unterstützungsmöglichkeiten für die Eltern, berücksichtigt werden. Auf aktuelle oder drohende Gefährdung des Kindeswohls und Möglichkeiten der Abhilfe muss aber explizit eingegangen werden.
- *Beantwortung der Fragen des Gerichtes:*
 - die konkreten Fragen des Gerichtes sollten dabei wortgetreu wiederholt werden.
 - ggf. Empfehlung einer Nachbegutachtung bzw. Überprüfung einer Umgangsregelung im Verlauf z.B. durch das zuständige Jugendamt.

Die Rolle des Sachverständigen in der Hauptverhandlung

Die Hauptverhandlung ist entscheidend für die Meinungsbildung des Gerichts. Der Sachverständige ist ausschließlich Helfer des Gerichts, d.h. berät das Gericht sachverständig in seiner unabhängigen Entscheidungsfindung. Sein schriftliches Gutachten ergeht ausschließlich an das Gericht, welches dann Kopien an die Verfahrensbevollmächtigten der Parteien weiterleitet. Diese geben das Gutachten dann den Eltern zu lesen. Ob der Sachverständige zur anschließenden Hauptverhandlung geladen wird, hängt auf der einen Seite vom Richter und auf der anderen Seite von den Parteien ab. Falls das Gutachtenergebnis für alle Beteiligte klar und unstrittig ist, kann von einer Ladung des Gutachters abgesehen werden.

Es empfiehlt sich, diesbezüglich als Gutachter nach Abschluss der Begutachtung deswegen mit dem Richter Kontakt zu halten und darum zu bitten, einen evtl. Gerichtstermin vorab telefonisch einvernehmlich zu vereinbaren. Meist wird man dann aufgefordert, zwei mögliche Termine zu nennen und freizuhalten.

Außerdem sollte die voraussichtliche Dauer der Teilnahme an der Hauptverhandlung erfragt werden. Denn der Zeitrahmen kann sehr unterschiedlich sein: von einer Stunde vor einem Familiengericht an einem Amtsgericht bis hin zu einem ganzen Tag beim Familiensenat eines OLG.

Sollten schriftliche Einwendungen eines Verfahrensbevollmächtigten einer Partei gegen das Gutachten vorgebracht werden, übermittelt das Gericht diese in Kopie vorab an den Gutachter. In Einzelfällen kann auch eine schriftliche Stellungnahme dazu ausreichen. Bei Stellungnahmen ist darauf zu achten, diese knapp und präzise zu halten, nicht vom Inhalt abzuweichen und auf emotionale Vorhaltungen nicht einzugehen.

Im Gericht wird der Gutachter nochmals zu seiner Person (Alter, Beruf) befragt. Ferner versichert der Gutachter, dass er mit den Beteiligten weder verwandt noch verschwägert ist und sein Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen unparteiisch erstattet. Der Richter wird den Gutachter auf diese Pflichten explizit hinweisen und ihn zugleich darauf verweisen, dass er andernfalls vereidigt werden kann.

Ausschlaggebend für die Bewertung durch das Gericht ist in letzter Konsequenz ausschließlich das mündliche Gutachten in der Hauptverhandlung. Die Befragung hängt vom Richter ab. Der Gutachter nimmt zunächst Bezug auf das schriftliche Gutachten. Evtl. Abweichungen vom schriftlichen Gutachten sind aber – insbesondere im Lichte evtl. neuer zwischenzeitlicher

Erkenntnisse bspw. in der Verhandlung selber – durchaus möglich und ggf. auch notwendig. Eine Möglichkeit ist, dass der Gutachter aufgefordert wird, das Gutachten frei referierend in den Grundzügen und Schlussfolgerungen zu erläutern. Alternativ kann er die Verfahrensbevollmächtigten der Parteien auffordern, den Gutachter zu befragen.

Die Antworten des Gutachters sollten möglichst präzise, knapp und sachlich sein. Er/sie sollte nicht spekulieren; wozu er/sie keine eigenen Erkenntnisse hat, dazu darf er/sie sich nicht äußern. Auf emotionale Vorhaltungen sollte man nicht eingehen, sondern diese als solche kennzeichnen. Neue Anhaltspunkte gilt es in die eigene Bewertung ggf. aufzunehmen und Aussagen der weiteren Beteiligten bspw. Verfahrenspfleger des Kindes, Jugendamt zu berücksichtigen. Grundsätzlich steht dem Gutachter auch ein eigenes Fragerecht an andere Verfahrensbeteiligte zu. Im Übrigen sollte sich der Gutachter im und außerhalb des Gerichtssaals jeder weiterer Äußerungen tunlichst enthalten und eine freundliche Distanz zu den Beteiligten – auch auf dem Flur – halten. Erst nachdem der Richter – meist nachdem er in die Runde gefragt hat, ob jemand noch Fragen an den Sachverständigen hat – den Gutachter entlässt, darf er gehen. Man sollte darauf achten, dass der Richter dann noch die Vergütungsanweisung mit Angabe der Vergütungsstufe und dem Zeitpunkt der Entlassung unterschreibt.

Kosten des Gutachtens

Ein gerichtliches Gutachten ist ein Gutachten, das auf Anordnung des Gerichtes durch einen vom Gericht bestimmten Sachverständigen erstellt wird. Die Kosten für ein gerichtliches Gutachten werden genauso verteilt, wie die sonstigen Kosten des Prozesses. Falls eine Partei Verfahrenskostenbeihilfe bewilligt bekommen hat, kann es sein, dass die Gutachtenkosten anteilig vom Gericht selber übernommen werden.

Die Honorierung eines Sachverständigen erfolgt in der Regel über den Zeitaufwand. Bezuglich des Stundensatzes orientiert sich der Sachverständige am geltenden JVEG (zuletzt vom 01.08.2013). Jede Abweichung davon im Stundensatz muss zuvor individuell mit dem Auftrag gebenden Gericht vereinbart werden; dies ist aber in der Praxis unüblich. Der Sachverständige bekommt nach JVEG als Vergütung:

- ein Honorar für seine erbrachten Leistungen (§§ 9 bis 11 JVEG)
- Fahrtkostenersatz (§ 5 JVEG)
- eine Entschädigung für evtl. weiteren Aufwand (§ 6 JVEG)

Zum 1. August 2013 ist das novellierte Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) in Kraft getreten. Für Ärztinnen und Ärzte ergibt sich dadurch eine Vergütung der gerichtlichen Gutachten in drei Kategorien M1, M 2 bzw. M 3.

In der **Honorargruppe M1** mit einer Vergütung von 65 € je Stunde für einfache gutachtliche Beurteilungen, insbesondere

- in Gebührenrechtsfragen,
- zur Minderung der Erwerbsfähigkeit nach einer Monoverletzung,
- zur Haft-, Verhandlungs- oder Vernehmungsfähigkeit,
- zur Verlängerung einer Betreuung.

In der **Honorargruppe M2** mit einer Vergütung von 75 € je Stunde für eine Begutachtung nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad, insbesondere Gutachten

- in Verfahren nach dem SGB IX (Schwerbehindertenrecht),
- zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Invalidität
- zu rechtsmedizinischen und toxikologischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Feststellung einer Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Alkohol, Drogen, Medikamente oder Krankheiten,
- zu spurenkundlichen oder rechtsmedizinischen Fragestellungen mit Befunderhebungen (z.B. bei Verletzungen und anderen Unfallfolgen),
- zu einfachen Fragestellungen zur Schuldfähigkeit ohne besondere Schwierigkeiten der Persönlichkeitsdiagnostik,
- zur Einrichtung oder Aufhebung einer Betreuung und der Anordnung eines Einwilligungsvorbehaltes gemäß § 1903 BGB,
- zu Unterhaltsstreitigkeiten aufgrund einer Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit,
- zu neurologisch-psychologischen Fragestellungen in Verfahren nach der FeV (Fahrerlaubnis-Verordnung).

In der **Honorargruppe M3** mit einer Vergütung von 100 € je Stunde für Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad (Begutachtungen spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen), insbesondere Gutachten

- zum Kausalzusammenhang bei problematischen Verletzungsfolgen,
- zu *ärztlichen Behandlungsfehlern*,
- in Verfahren nach dem OEG (*Opferentschädigungsgesetz*),
- in Verfahren nach dem HHG (*Häftlingshilfegesetz*),
- *zur Schuldfähigkeit* bei Schwierigkeiten der Persönlichkeitsdiagnostik,
- in Verfahren *zur Anordnung einer Maßregel der Besserung und Sicherung*,
- *in Verfahren zur Entziehung der Fahrerlaubnis* zu neurologisch/psychologischen Fragestellungen,
- zur Kriminalprognose,
- zur Aussagetüchtigkeit,
- zur Widerstandsfähigkeit,
- in Verfahren nach den §§ 3, 10, 17 und 105 JGG (*Jugendgerichtsgesetz*),
- in *Unterbringungsverfahren* (bspw. §1631bBGB)
- in Verfahren nach § 1905 BGB (Sterilisation),
- in Verfahren nach dem Transsexuellengesetz,
- *in Verfahren zur Regelung von Sorge- und Umgangsrechten*,
- zur Geschäfts-, Testier- oder Prozessfähigkeit,
- zu Berufskrankheiten und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit bei besonderen Schwierigkeiten,
- zu rechtsmedizinischen, toxikologischen und spurenkundlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit einer abschließenden Todesursachenklärung, ärztlichen Behandlungsfehlern oder einer Beurteilung der Schuldfähigkeit.

Die Stundensätze fallen für jede Stunde der erforderlichen Zeit an. Dies gilt auch für die letzte begonnene Stunde, wenn der Zeitaufwand über 30 Minuten beträgt. Unter 30 Minuten beträgt das Honorar die Hälfte des Stundensatzes der Honorargruppen.

Die Zahl der abgerechneten Stunden sollte dabei stets in einem gut nachvollziehbaren und eng begründeten Rahmen bleiben.

Die Rechnungstellung sollte zeitnah erfolgen (mit Adresse, Steuer-Nr. bzw. Steuer-ID). Der Honoraranspruch erlischt, wenn der Sachverständige diesen nicht innerhalb von drei Monaten geltend macht.

Weiterhin kann in Rechnung gestellt werden: Ersatz für sonstige und besondere Aufwendungen (§§ 7 und 12 JVEG). Hierzu zählen unter anderem:

- das Studium der Akten im erforderlichen Umfang,
- die Durchsicht weiterer Unterlagen im erforderlichen Umfang,
- die Vorbereitung und Durchführung von Ortsterminen einschließlich der Reisezeiten und Wartezeiten,
- die Ausarbeitung, das Diktat und die Durchsicht des Gutachtens,
- die Wahrnehmung von Gerichtsterminen einschließlich der Vorbereitung, z. B. Durchsicht bereits erstatteter Gutachten, sowie Reisezeiten und Wartezeiten,
- Kosten für notwenige Vertretungen und notwendige Begleitpersonen,
- Notwendige Kopien und Ausdrucke,
- Überlassung elektronisch gespeicherter Daten,
- Aufwendungen für Hilfskräfte, für Untersuchungen, verbrauchte Stoffe und Werkzeuge,
- zur Vorbereitung und Erstattung erforderliche Fotos,
- Erstellung des Gutachtens nach der Zahl der Anschläge.

Die Sätze Aufwendungen sind gegenüber den Stundensätzen nach M1-3 (§ 9 JVEG) eher gering. Für Kopien elektronisch gespeicherter Dateien bspw. werden 1,50 € ersetzt, maximal aber 5 € für in einem Arbeitsgang überlassene Dateien.

Wichtig zu klären ist grundsätzlich, ob der Sachverständige umsatzsteuerpflichtig ist. Denn in diesem Fall ist der Umsatzsteuerbetrag (aktuell zusätzlich 19% auf die Gesamtsumme) separat auf der Rechnung an das Gericht auszuweisen und im Rahmen einer Umsatzsteuervorberklärung gegenüber dem Finanzamt abzuführen. Es empfiehlt sich dringend, eine Beratung vorab durch den Steuerberater, der auch die elektronische Umsatzsteuererklärung übernimmt, in Anspruch zu nehmen.

Sofern man als Sachverständiger mit einem Gutachten beauftragt wird, handelt es sich um einen Werkvertrag nach §§ 631-651 BGB. Demnach ist der Auftraggeber nach § 631 Abs. 1 BGB grundsätzlich zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Der Honoraranspruch steht dem Sachverständigen selbst dann zu, wenn das Gericht das Gutachten nicht für überzeugend erachtet und deshalb nicht zur Grundlage seiner Entscheidung macht. Der Entschädigungsanspruch ist nur dann ausnahmsweise zu versagen, wenn das Gutachten wegen objektiv feststellbarer Mängel unverwertbar ist und der Sachverständige die Unverwertbarkeit verschuldet hat. Unerheblich ist dagegen, wenn eine Partei aus subjektiven Gründen das Gutachten für nicht nachvollziehbar und damit unbrauchbar hält.

Gemäß dem neu eingefügten § 8a JVEG entfällt die Vergütung nun, wenn der Gutachter den Auftraggeber zuvor nicht über Umstände, die zu seiner Ablehnung führen können (z.B. Befangenheit aufgrund eines verwandtschaftlichen Verhältnisses oder eines früheren Arbeitsverhältnisses), unterrichtet oder wenn das Gutachten nicht für das Gericht verwertbar (z.B. mangelhaft) ist. Bei deutlichem Missverhältnis zwischen Gutachtenhonorar und Streitwert kann das Gericht eine angemessene Vergütung festlegen.

Besondere Herausforderungen

Umgang mit einem psychisch kranken Elternteil

Die psychiatrische Erkrankung eines Elternteils beinhaltet *per se* keine zwangsläufige Einschränkung des Sorge- oder Umgangsrechts (Karle & Klosinski, 1999). Auffällige Persönlichkeitsmerkmale der Elternteile sind kein primärer Hinderungsgrund im Umgangsrecht, da es um die Auseinandersetzung der eigenen Realität des Kindes mit seinen persönlichen Elternteilen geht, gerade auch wenn diese stark abweichende Verhaltensweisen zeigen. Dennoch stellt die psychische Erkrankung eines Elternteils zweifelsohne eine Hochrisikokonstellation für die seelische Entwicklung von Kindern dar – allerdings zunächst weitgehend unabhängig davon, ob Eltern zusammen oder getrennt leben (Gehrman & Sumargo, 2009; Mattejat, 2001). In strittigen Sorgerechtsfragen kommt es neben der Grunderkrankung entscheidend auf die Behandlungscompliance des betroffenen Elternteils an. Häufig entsteht aus der Erhebung der Vorgesichte, einem Hausbesuch, Interaktionsbeobachtungen, dem klinisch-psychiatrischen Eindruck nur ein eher vager Anfangsverdacht, dass der betreffende Elternteil aufgrund einer unzureichend

oder nicht behandelten psychiatrischen Erkrankung in seiner Erziehungs-fähigkeit erheblich beeinträchtigt ist. Zur Klärung sind hilfreich: selbstverständlich nur mit expliziter Schweigepflichtsentbindung durch die Sorgeberechtigten einzuholende ärztlich-psychologische Vorberichte bzw. der direkte Austausch mit Vorbehandlern und ggf. die Anregung einer separaten Begutachtung des betroffenen Elternteils durch einen Erwachsenenpsychiater. Eine verlässliche und offene Zusammenarbeit des psychisch erkrankten Elternteils kann bereits ein positives Signal setzen, während mangelnde Kooperation bzw. Dissimulation eher Sorgen um das Wohl des Kindes verstärken dürften. Eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, das die Familie oftmals seit langem kennt, bietet sich selbstverständlich an und sollte in jedem Fall transparent und mit Einwilligung der Sorgeberechtigten erfolgen.

Auch chronisch psychiatrisch erkrankte Eltern haben ein Recht auf Umgang mit ihrem Kind. Wichtig ist hier während des Umgangs der konkrete Schutz des Kindes vor Gewalt oder impulsiven und möglicherweise beängstigenden aggressiven Reaktionen. Hier bietet sich zunächst *ein professionell begleiter Umgang* an. Sollte gerade auch ein älteres und kognitiv entwickeltes Kind den Umgang ablehnen, ist eine Umgangsaussetzung dann auch gemäß dem Willen des Kindes unvermeidbar.

Sorgerecht für junge und psychisch labile Mütter

Bei minderjährigen Müttern wird eine Amtsvormundschaft für das neugeborene Kind durch das Jugendamt eingerichtet (vgl. § 1791c Abs. 1 S. 1 BGB i.V. m. § 1673 Abs. 2 BGB). Zunehmend sind wir aber mit heranwachsenden, alleinstehenden, psychisch labilen, volljährigen jungen Müttern konfrontiert, die selber aus zerrütteten Familienverhältnissen stammen und deren Erziehungskompetenz primär eingeschränkt erscheint. Aus gutachterlicher Sicht wird dann häufig eine zeitweise Übertragung des Sorgerechts in Teilbereichen, d.h. Aufenthaltsbestimmungsrecht bzw. Gesundheitsfürsorge, auf Dritte, d.h. das Jugendamt, empfohlen, um das Kindeswohl zu schützen.

Frühe, vernetzte Hilfen, die bereits während der Schwangerenvorsorge bzw. im Kreissaal beginnen, sind wegweisend, um die Mütter in die Lage zu versetzen, ihr Sorgerecht selbstständig verantwortlich auszuüben (Kratzsch, 2005). In Ludwigshafen erfolgt im Rahmen eines Projektes „Guter Start ins Kinderleben“ ein Screening aller Mütter auf psychosoziale Risiken in der Klinik für Geburtshilfe (Filsinger et al., 2008; Ziegenhain, 2005). Ein Risikofaktorenerhebungsbogen erfasst folgende Schwerpunkte: (1.) besondere,

auch soziale Belastungen, (2.) mehrere fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen; (3.) deutlich erhöhte Fürsorgeanforderungen des Kindes, die die Möglichkeiten der Familie zu übersteigen drohen, zum Beispiel schwere Behinderung, Mehrlinge, extreme Frühgeburtlichkeit; (4.) beobachtete deutliche Schwierigkeiten der Hauptbezugsperson bei der Annahme und Versorgung des Kindes; (5.) starke Zukunftsängste, erkennbare Überforderung oder Ablehnung des Kindes durch die Hauptbezugsperson und (6.) sonstige erhebliche Risiken. Die Fallbewertung erfolgt vor oder kurz nach der Geburt – zur besseren Visualisierung analog den Ampelfarben nach einem festgelegten Bewertungsschema – in den Kategorien: grün (kein erhöhter Unterstützungsbedarf), gelb (leicht erhöhter Unterstützungsbedarf) und rot (hoher bis sehr hoher Unterstützungsbedarf). Im letzteren Fall wird der Familie über die Teilnahme am Modellprojekt eine besonders ausgebildete Hebamme über einen verlängerten Zeitraum von sechs Monaten an die Seite gestellt. Diese Hilfestellung ist ein freiwilliges Angebot an die Familie. Falls die werdenden Eltern diese Hilfe nicht annehmen möchten, erfolgt ein zusätzliches Gespräch mit einer der zwei besonders geschulten Fachärztinnen der Abteilung. Dies beinhaltet zum einen die nochmalige Vermittlung der Unterstützung, dient aber vor allem auch der Abschätzung, ob eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt. Wird dies bejaht und die Mutter lehnt trotz motivierender Gespräche die Teilnahme am Projekt ab, erfolgt nach § 8a SGB die Mitteilung an das zuständige Jugendamt. Müttern mit Hochrisikokonstellationen (so alleinstehende, psychisch kranke Mütter) wird eine kontinuierliche Unterstützung durch eine Familienhebamme und niedrigschwellige Gruppenangebote auf freiwilliger Grundlage angeboten. Nach sechs Monaten erfolgt eine anonymisierte Bewertung durch eine interdisziplinär zusammen gesetzte Clearingstelle mit Beteiligung des Jugendamtes und des sozialpädiatrischen Zentrums.

Alternativ können junge Mütter mit Hochrisikokonstellationen in einer Mutter-Kind-Einrichtung betreut werden, wo sie intensive medizinische, psychologische und sozialpädagogische Hilfen erhalten mit dem Ziel, nach etwa anderthalb bis zwei Jahren weiter an Erziehungskompetenz gewonnen zu haben, um ihr Kind künftig weitgehend selbstständig versorgen und betreuen zu können. Eine realistische Erwartungshaltung aller Beteiligten ist dabei unabdingbar: mitunter erweisen sich diese jungen Mütter mit dieser Entwicklungsaufgabe doch überfordert, so dass dann die Vermittlung des Kindes in eine Pflegefamilie der bessere Weg für beide Mutter und Kind ist.

Hochstrittige Eltern

Das gemeinsame Sorgerecht nach der Kindschaftsreform ist grundsätzlich ein Erfolgsmodell, kann aber in seiner Umsetzung gerade hochgradig streitende Eltern überfordern, insbesondere falls sie vor einer Scheidung keine nachhaltigen Vereinbarungen darüber getroffen haben, wie es mit den Kindern konkret im Alltag weiter gehen soll. Die Ehe wird geschieden ohne dass das Kind automatisch und *de jure* angehört wird. Eltern sollten sich aber frühzeitig klar machen, wo ihr Kind lebt, wie viel Unterhalt gezahlt werden und wie der Umgang konkret ausgestaltet werden soll. Das hilft Konflikte zu vermeiden. Konfliktverschärfend wirken sich weitere Faktoren aus, so eine Konfliktausweitung auf die Großfamilie, stark divergierende kulturelle bzw. religiöse Hintergründe der Elternteile und Gewalterfahrungen in der Ehe (Laucht et al., 1998; Lempp et al., 2003). In Großbritannien oder Australien müssen Eltern daher *vor* der Scheidung stets einen Sorgeplan vorlegen; in Kalifornien gibt es eine Beratungspflicht (Bull, 2006). Bei hochstrittigen Eltern ist in Kalifornien die konkret zu Tage gelegte Kooperationsbereitschaft bzw. Bindungstoleranz in einem gerichtlich auferlegten Beratungsprozess letztendlich ausschlaggebend für die Entscheidung des Familiengerichtes, d.h. chronisch streitbereite Elternteile können nicht unentwegt vernünftige Lösungen blockieren. Eine solche Beratungspflicht sowie bei hochstrittigen Eltern eine Orientierung an ihrer faktisch vorgetragenen Kooperationsbereitschaft könnte auch in Deutschland zur „Lackmustest“ elterlichen Verständigungswillens werden.

Häusliche Gewalt

Immer wieder wurden und werden Berichte von Müttern und Kindern über häusliche Gewalt als „Falschbeschuldigungen“ diskreditiert; jedoch stellt vielmehr das Verschweigen von „häuslicher Gewalt“ ein Problem dar (Lempp et al., 2003). Bei häuslicher Gewalt muss es sich auch nicht um Gewalt und Unrecht direkt gegenüber dem Kind handeln, es reicht aus, dass ein Kind wiederholt *Zeuge von familiärer Gewalt* geworden ist.

Aus unterschiedlichen Gründen, nicht zuletzt aus Scham, untertreiben oder beschönigen Mütter oftmals ihre eigene Situation und die ihrer Kinder. Bei den Kindern kommt noch etwas Fatales hinzu: die Verleugnung von für sie äußerst bedrohlichen Situationen, das Verdrängen bzw. das Abstreiten seitens eines Elternteils oder gar durch beide Eltern, eine dadurch entstandene Verwirrung und Beeinträchtigung ihres Realitätssinns ist für viele Kinder aus Gewaltzusammenhängen ein leider nur allzu vertrautes Muster ihrer Lebensgeschichte. Sollen sich Gewalterfahrungen, ein Sich-Bedroht-Fühlen,

oder auch „nur“ die Erinnerungen daran ständig bei den Umgangskontakten wiederholen? Um die Kinder zu schützen, bietet auch hier im Zweifelsfall *nur ein professionell begleiteter Umgang einen Ausweg* (Karle & Klosinski, 1999). Der begleitete Umgang bedarf in jedem Fall einer klaren gerichtlichen Vorgabe. Als Abbruch- bzw. Ausschlusskriterien für einen begleiteten Umgang gelten eine gravierende Traumatisierung des Kindes im Vorfeld, die auf das Verhalten des Umgangssuchenden zurückzuführen ist, bzw. die ernsthaft anzunehmende Gefahr, dass im Rahmen des begleiteten Umgangs eine sekundäre Traumatisierung erfolgt. Die Sicherheit des Kindes, der Bezugsperson und/oder des Umgangsbegleiters muss gewährleistet sein. Die Anordnung und Durchführung der Maßnahme des begleiteten Umgangs muss bei Verdacht auf z. B. sexuellen Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, miterlebte häusliche Gewalt, Entführung, Drohungen sehr sorgfältig geprüft werden, ebenso ein massiv entgegenstehender Wille des Kindes. Ein begleiteter Umgang soll abgebrochen werden, wenn der Umgang zu einer erheblichen psychischen Belastung des Kindes führt (vgl. dazu Empfehlungen des 16. Familiengerichtstages (2005, AK 13, <http://www.dfgt.de/Veranstaltungen>).

Das Wechselmodell

Paritätsmodell, Pendelmodell oder Doppelresidenzmodell: ist in vielen Ländern gesetzlich verankert, bspw. Frankreich, Belgien, Italien, Tschechien, Slowakei, Dänemark, Schweden, Norwegen, Spanien, Griechenland, Kanada, Australien und U.S.A.. Am 2. Oktober 2015 verabschiedete der Europarat einstimmig die Resolution zur „Gleichheit und gemeinsamen elterlichen Verantwortung“ (Resolution 2079), dessen Kernpunkte der Abbau der Diskriminierung von Vätern, die Verankerung der paritätischen Doppelresidenz in den nationalen Gesetzen und ein Hinwirken auf konsensorientierte Lösungen der Eltern sind. Anzumerken ist, dass beim Wechselmodell im Allgemeinen kein oder allenfalls nur ein sehr geringer Kindesunterhalt gezahlt wird.

Pendel- oder Wechselmodell bedeutet, dass Kinder regelmäßig zwischen den getrennt lebenden Elternteilen hin und her pendeln, d.h. meist jede Woche umziehen müssen. Diese Möglichkeit wird zumindest übergangsweise jedoch auch zwischen hochstrittigen Eltern genutzt, um den akuten Konflikt vermeintlich zu entschärfen und beide (sorgeberechtigten) Eltern zufrieden zu stellen. Das Wechselmodell wurde zuvor häufig gegen den Willen des Kindes und/oder eines Elternteils zum Teil in hochstrittigen Fällen sogar gerichtlich angeordnet. Die Empfehlungen der letzten Familiengerichtstage betonen jedoch als Voraussetzungen für ein Wechselmodell die Bereitschaft aller Be-

teiligten (Eltern und Kinder), ein Wechselmodell zu praktizieren, sowie die Bereitschaft der Eltern, miteinander zu kooperieren und zu kommunizieren.

Eigenverantwortlich durch die Eltern mehr oder weniger stillschweigend vereinbarte Gewohnheitsregelungen – ohne schriftliche Vereinbarungen – sind nach der persönlichen Erfahrung des Autors nicht selten problematisch. Sie mögen zwar im Einzelfall bei gutem Willen beider Eltern gelingen, ersetzen aber meist keine verbindlichen und schriftlich fixierten Regelungen. Die Kinder können sich nicht stabil in *ein* vertrautes soziales Umfeld integrieren. Hochambivalente Haltungen der Eltern verfestigen die Loyalitätskonflikte ihrer Kinder (Palmer, 2002). Die Herausforderung besteht für die Eltern darin, sich darauf zu einigen, bei wem das Kind seinen Lebensmittelpunkt hat unter Aufrechterhaltung des Kontakts zum getrennt lebenden Elternteil. Für den Sachverständigen besteht die Herausforderung darin, den Eltern Wege aufzuzeigen, Ambivalenzen, die eine gesunde Entwicklung ihres Kindes bedrohen, abzubauen und konkrete verlässliche Alltags- und Betreuungsstrukturen für ihre Kinder zu schaffen (Sünderhauf, 2013).

Für ein Wechselmodell sind **prognostisch günstige Faktoren** u.a.

- Das Kind hat sichere Bindungen zu beiden Elternteilen,
- Das Kind akzeptiert das Wechselmodell,
- eine geringe räumliche Entfernung der Elternhäuser, damit sich das sozial-räumliche Umfeld (Kindergarten, Schule, Freunde, Sportvereine etc.) beim Wechseln vom einen ins andere Elternhaus nicht verändert
- die Eltern kommunizieren verlässlich über die kindliche Versorgung und tragen keine Konflikte vor dem Kind aus und
- die Eltern unterstützen einander in der Elternschaft, respektieren Regeln und Gewohnheiten des anderen und fördern die Beziehung des Kindes zum jeweils anderen Elternteil.

Für ein Wechselmodell sind **prognostisch ungünstig Faktoren** sind u.a.

- Das Kind akzeptiert nicht das Wechselmodell bzw. ist zu klein, um die Konsequenzen abschätzen zu können bzw. entscheidet aus einem Loyalitätskonflikt,
- Eine große räumliche Entfernung der Elternhäuser mit uneinheitlichem sozial-räumlichen Umfeld (Kindergarten, Schule, Freunde, Sportvereine etc.),
- die Eltern sind hochstrittig und der Wunsch nach einem Wechselmodell ist komplett einseitig (in der Vergangenheit häufig des Vaters).

Das Bundesverfassungsgericht (BVG Az. 1 BvR 2616/17 vom 12.04.2018) hat außerdem kürzlich entschieden, dass es keinen Anspruch eines getrennt lebenden, gemeinsam sorgeberechtigten Elternteils auf (einseitige) Durchsetzung eines Wechselmodells gibt, sondern dass das Kindeswohl maßgeblich ist bzw. bei älteren Kindern der Kindeswille zusätzliches Gewicht hat.

Offene Fragen

Familienstrukturen, Rechtsprechung, Vorstellungen von Kindheit, Erwachsenwerden und Elternschaft sind im Wandel. In den letzten Jahren hat die Zahl der nicht-ehelichen Kinder erheblich zugenommen. In einer Patchwork Familie aufzuwachsen, ist keine Ausnahme mehr. Mehr Kinder als früher wachsen nach einer Trennung der Eltern beim Vater auf.

Die gemeinsame elterliche Sorge als Pramat auch bei nicht-ehelichen Kindern und damit die Rolle der Väter wurde in Deutschland in der Rechtsprechung seit 1998 zunehmend gestärkt. Wechselmodelle werden auch in Deutschland häufiger praktiziert, können aber im Streitfall auch nach Entscheidung des BVG nicht einseitig von einem Elternteil durchgesetzt bzw. eingefordert werden.

Die Rolle der Kinder bzw. deren Anwälte im Verfahren, dem Verfahrenspfleger, wird vermutlich künftig noch wachsen. Das Bundesverfassungsgericht hat 2010 (BVR 2910/09) der Beschwerde einer Verfahrenspflegerin gegen die von einem OLG bewilligte Herausgabe eines Kindes von Pflegeeltern an leibliche (zuvor das Kind misshandelnde) Eltern stattgegeben. Die Verfahrenspflegerin hatte ihre Beschwerde durch ein weiteres kinderpsychologisches Gutachten begründet.

Die Rechte von langjährigen Pflegeeltern bleiben hingegen rechtlich kaum geschützt. Eine diesbezügliche gesetzliche Initiative der damaligen Familienministerien *Manuela Schwesig*, die Rechte insbesondere von langjährigen Pflegeltern zu schützen, war in der vergangenen Legislaturperiode des Bundestages nicht erfolgreich.

Aus diesen rechtlichen und gesellschaftlichen Veränderungen erwachsen Kinder und Eltern auf der einen Seite mehr Freiräume in der Gestaltung ihrer individuellen Familienbeziehungen. Auf der anderen Seite werden Familienstrukturen komplizierter. Das Konfliktpotential zwischen getrennt lebenden Eltern hat seit der Kindschaftsreform beginnend 1998 deutlich zugenommen, was sich in einer Zunahme an Gerichtsverfahren widerspiegelt.

Familienrichter und ihre sachverständigen Helfer wollen und sollen lösungsorientiert arbeiten, geraten aber bei hochstrittigen bzw. chronisch psychisch kranken Eltern rasch an ihre Grenzen. Denn familiäres Miteinander und wertschätzender Umgang lassen sich nicht gerichtlich verordnen.

Die Rolle des Sachverständigen wird in der Öffentlichkeit kritischer diskutiert. Gutachter können auch haftungsrechtlich für grob unfachlich erstellte Gutachten belangen werden. Befangenheitsanträge nehmen zu.

Die Qualifizierung von Gutachtern wird auch vor diesem Hintergrund immer wichtiger. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann nur empfohlen werden, die o.g. Zertifikatsausbildung zu absolvieren. Gutachten zu erstellen erfordert Zeit und Erfahrung, d.h. fällt zunehmend in die Hände einzelner KollegenInnen. Denn Gutachten *quasi* nebenbei zu machen, ist inzwischen keine realistische Option mehr.

Ein Qualitätsstandard in der Kindschaftsrechtsbegutachtung aller relevanten Fachverbände liegt erfreulicherweise seit 2015 vor:

<http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF/Themenseiten/FamilieUndPartnerschaft/MindestanforderungenSachverstaendigengutachten-Kindschaftsrecht.html>

Diesen in der Begutachtung durchdringend zu etablieren, bleibt eine Herausforderung – zumal jede Fallkonstellation doch sehr individuell ist. Standards haben Richtliniencharakter, sind seitens der beteiligten Fachgesellschaften als verbindlich anzusehen, ersetzen aber nicht ein individuelles Vorgehen des Gutachters. Zumindest grobe Abweichungen davon sollten aber explizit kenntlich gemacht und begründet werden. All diese Qualifikationsanforderungen an die Gutachter bzw. Gutachten sind aber keineswegs verbindlich.

Auf der Ebene der Juristen gibt es ebenfalls Qualifizierungstrends: den Fachanwalt für Familienrecht bspw., welcher aber aufgrund der anwaltlichen Wahlfreiheit keine zwingende Voraussetzung für eine Vertretung eines Mandanten in einem familiengerichtlichen Verfahren ist. Die fachliche Qualität der verfahrensbevollmächtigten Anwälte schwankt dementsprechend erheblich und diese Heterogenität kann den Verlauf von Verfahren durchaus im Einzelfall auch ungünstig beeinflussen.

Die Qualifizierung von Familienrichtern ist ebenfalls ein zentrales Thema. Bisher sind alle fachspezifischen Weiterbildungen freiwillig. Mit der Begründung der richterlichen Unabhängigkeit lehnten die Justizminister der Länder bisher Vorschläge einer obligaten Weiterbildung für Familienrichter ab. Dar-

aus entsteht – ebenso wie bei den Anwälten – eine erhebliche qualitative Heterogenität möglicherweise zu Ungunsten der Beteiligten. Denn auf der einen Seite kann eine seit Jahren im Familienrecht tätige Richterin ein Verfahren souverän leiten. Auf der anderen Seite muss sich ein junger Richter – vielleicht nach einem ersten Berufseinsatz bei der Staatsanwaltschaft – überhaupt erst in die Materie einarbeiten und ist nachvollziehbar unsicher in der Leitung des Verfahrens.

Filmtipp zum Thema Wechselmodell: Wohne lieber ungewöhnlich (Frankreich, 2016): Patchworkfamilie einmal anders: In dieser erfrischenden französischen Komödie rebellieren die Sprösslinge, die es leid sind, ständig zwischen den Wohnungen ihrer leiblichen Eltern, die getrennt und neu verpartnert sind, hin und her zu pendeln. Warum sollten nicht die Kinder gemeinsam in einer festen Wohnung leben, und die diversen Erziehungsberechtigten teilen sich in verschiedenen „Schichten“ die Besuche auf?

Literatur:

- Ainsworth, M.D.S. et al. (1978) Patterns of Attachment. A psychological study of strange situations. Erlbaum. Hillsdale, New York.*
- Ballof, R. (2004) Kinder vor dem Familiengericht. München. Reinhardt.*
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994) Principles of Biomedical Ethics. 4th edition. New York, Oxford, Oxford University Press.*
- Bergmann, E., Jopt, U., Rexilius, G. (Hrsg.) (2002). Lösungsorientierte Arbeit im Familienrecht. Köln, Bundesanzeiger Verlag. Köln.*
- Brickenkamp, R. (Hrsg.) (1997) Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests. Hogrefe. Göttingen.*
- Bruch, C.S. (2002) Parental Alienation Syndrom and Parental Alienation: wie man sich in Sorgerechtsfällen irren kann. Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 49: 1304-1315.*
- Bull, P.C.J. (2006) Die Reform des Scheidungs- und Sorgerechts in den Vereinigten Staaten von Amerika Law and Society in a Time of Transition. Studien zum Familienrecht, Bd. 13. Hamburg.*
- Cherlin, A. et al. (1991) Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States. Sciences, 252: 1386-1389.*
- Cummings, E.M., Davies, P.T. (2002) Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43 (1): 31-63.*
- Deegener, G., Körner, W. (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Hogrefe. Göttingen.*
- Deegener, G., Körner, W. (2008) Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. Dustri, Pabst Science Publishers.*

- Dettenborn, H. (2001) Kindeswohl und Kindeswille. Reinhardt. München.*
- Dettenborn, H. , Walter, E. (2002) Familienrechtspsychologie. Reinhardt. München.*
- Fegert, J.M. (2001) Parental Alienation oder Parental Accusation Syndrome? Kind-Praxis, 2: 3-7 und 39-42.*
- Felder, W., Hausheer, H. (1993) Drittüberwachtes Besuchsrecht: die Sicht der Kinderpsychiatrie zum BGE 119, Nr. 41. Zeitschrift des Bernischen Juristen-Vereins, 129: 698-706.*
- Filsinger, B., Bechtold, I., Gehrmann, J. (2008) Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfen nach der Geburt: das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus. Frauenarzt, 49 (6): 528-530.*
- Gardner, R.A. (2002) Das elterliche Entfremdungssyndrom. Anregungen für gerichtliche Sorge- und Umgangsregelungen. Verlag für Wissenschaft und Bildung. Berlin.*
- Gardner, R.A., Sauber, S.R., Lorandos, D. (Eds.) (2006) The International Handbook of Parental Alienation Syndrome: Conceptual, Clinical And Legal Considerations. Charles C. Thomas Publishers Ltd. Springfield, Illinois, U.S.A..*
- Gehrmann, J. (2007) Kindeswohlgefährdung aus ärztlicher Sicht. Jugendhilfe, 45 (4): 197-207.*
- Gehrmann, J. (2008) Begutachtungen im Sorge- und Umgangsrecht: Aktuelle Herausforderungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. Recht & Psychiatrie, 26: 89-101.*
- Gehrmann, J., Sumargo, S. (2009) Kinder psychisch kranker Eltern. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 157 (4): 383-94.*
- Gehrmann, J. (2017a) Der aktuelle Stellenwert ethischer Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ludwigshafener Ethische Rundschau, 6 (1): 13 – 18.*
- Gehrmann, J. (2017b) Ethische Fallbesprechungen in der Kinder- und Jugend-psychiatrie: Chancen und Grenzen in Klinik und Praxis, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 27 (2): 5-18.*
- Häßler, F., Rebernik, E., Schnoor, K. (Hrsg.) (2003) Forensische Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie: Aspekte der forensischen Begutachtung. Schattauer Verlag. Stuttgart.*
- Häßler, F., Kinze, W., Nedopil, N. (Hrsg.) (2016) Praxishandbuch Forensische Psychiatrie. Grundlagen, Begutachtung, Interventionen im Erwachsenen-, Jugendlichen- und Kindesalter. 2. Auflage. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.*
- Halbe, B. (2007) Stellungnahme Patienten kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen: Auslegung der sorgerechtlichen Vorgaben. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Mitgliederrundbrief (Gelbe Seiten) 17 (3): 37-41.*
- Jacob, A. (2014) Interaktionsbeobachtung von Eltern und Kind: Methoden - Indikation - Anwendung Ein Praxisbuch. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.*
- Johnston, J.R. (2003) Parental alignments and rejection: an empirical study of alienation in children of divorce. Journal of the American Academy of Psychiatry and Law, 31(2): 158-70.*

- Jopt, U., Zütphen, J. (2004). Psychologische Begutachtung aus familiengerichtlicher Sicht: B. Lösungsorientierter Ansatz. – Eine empirische Untersuchung. Zentralblatt für Jugendrecht, 91: 362-376.*
- Karle, M., Klosinski, G. (1999) Sachverständigen-Empfehlungen zur Einschränkung oder zum Ausschluss des Umgangsrechts. Praxis der Kinderpsychologie und der Kinderpsychiatrie, 48: 163-177.*
- Klosinski, G. (Hrsg.) (2007) Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Empfehlungen der Kommission Qualitätssicherung für das Gutachtenwesen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Deutscher Ärzte Verlag. Köln.*
- Kluck, M.-L. (2003). Entscheidungsorientierte Begutachtung im Familienrecht. In: Familie Partnerschaft Recht, 10: 535-540.*
- Kodoje, U. (2002) Elternentfremdung nach Trennung und Scheidung. In: Das Jugendamt, 9: 386-390.*
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (1998) Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung. Empirische Befunde. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26: 6-20.*
- Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. (1999) Wie ernst nehmen wir den Kindeswillen? In: Kind-Praxis, 2: 159-161.*
- Lempp, R., Schütze, G., Köhnken, G. (Hrsg.) (2003) Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Steinkopff Verlag. Darmstadt.*
- Maccoby, E.E., Mnookin, R.H. (1992) Dividing the child. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts.*
- Mattejat, F. (2001) Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – eine Einführung. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50: 491-497.*
- Meadow, R. (1977) Munchhausen Syndrome by Proxy: the Hinterland of Child Abuse. Lancet, 2: 343-345.*
- Niehaus, S., Volbert, R., Fegert, J.M. (2017) Entwicklungsgerechte Befragung von Kindern in Strafverfahren. Springer. Heidelberg.*
- Pallmer, S.E. (2002) Custody and access issues with children whose parents are separated or divorced. Canadian Journal of Community Mental Health, 4 (Suppl): 25-38.*
- Plener, P., Ignatius, A., Huber-Lang, M., Fegert, J.M. (2017) Auswirkungen von Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung im Kindesalter auf die psychische und physische Gesundheit im Erwachsenenalter. Nervenheilkunde. Themenheft: Dazu gehören! Bessere Teilhabe für Traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche, 36 (3): 161-167.*
- Salgo, L. (2003) Rechtliche Grundlagen. In: Lempp, R., Schütze, G., Köhnken, G. (Hrsg.) Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Darmstadt, Steinkopff Verlag, 23-46.*
- Salgo, L., Zenz, G., Fegert, J.M., Bauer, A. (Herausgeber) (2004) Verfahrenspflegschaft für Kinder und Jugendliche: Ein Handbuch für die Praxis. Bundesanzeiger Verlag. Köln.*
- Salzgeber, J., Zemann, A. (1996). Psychologische Verfahren bei der Begutachtung in Sorge- und Umgangsrechtsverfahren. In: Familie Partnerschaft Recht, 2, 168-175.*

- Salzgeber, J. (2005) Familienpsychologische Gutachten. 4. Auflage. C.H. Beck Juristischer Verlag. München.*
- Schäfer C. (2018) Kampf ums Kind. Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung 27.05.2018, Nr. 21, S. 23.*
- Scholz, H., Kleffmann, N., Motzer, S. (Hrsg) (2007) Praxishandbuch Familienrecht. 14. Auflage. C.H. Beck Juristischer Verlag. München.*
- Schwab, D. (1998) Elterliche Sorge bei Trennung und Scheidung der Eltern. In: Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 45: 457-472.*
- Schwabe-Höllein, M., Kindler, H., August-Frenzel, P. (1997). Der Bindungsaspekt von Eltern-Kind-Beziehungen: Forschungsstand und Anwendung in der familienpsychologischen Begutachtung. Praxis der Rechtspsychologie, 7: 6-21.*
- Sünderhauf, H. (2013) Wechselmodell: Psychologie - Recht - Praxis, Abwechselnde Kinderbetreuung durch Eltern nach Trennung und Scheidung. Springer, Wiesbaden.*
- Westhoff, K., Terlinden-Arzt, P., Klüber, A. (2000) Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht. 1. Aufl., Springer. Heidelberg.*
- Winkler, M. (2016) Kindheitsgeschichte: eine Einführung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.*
- Ziegenhain, U. (2005) Bindungstheoretisch konzeptualisierte Konzepte zur frühen Prävention. In: Kinderärztliche Praxis, 76: 378-383.*

Korrespondenzautor:

Dr. med. Jochen Gehrman
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen am Rhein
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Karolina-Burger-Straße 51
67065 Ludwigshafen
Tel. 0621 5702 4222
Fax 0621 5702 4242
Email: jochen.gehrmann@st-annastiftskrankenhaus.de
Homepage: <http://www.st-marienkrankenhaus.de>

Projektive Diagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Teil I: Grundlagen

Franz Wienand

Vorbemerkung: Mit diesem Artikel beginnt eine Reihe, in der die Durchführung, Auswertung und Interpretation projektiver Verfahren praxisnah beschrieben wird.

Einleitung

Die Ziele einer Diagnostik in der Kinder und Jugendpsychiatrie lassen sich am einfachsten anhand von fünf Schlüsselfragen konkretisieren (nach Goodman & Scott 2016, S. 3f):

- Symptome: Was für eine Problematik liegt vor?
In Frage kommen: Emotionale Symptome, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Beziehungsschwierigkeiten.
- Auswirkungen: Was für ein Ausmaß an Belastung oder Beeinträchtigung wird durch die Problematik verursacht?
- Risikofaktoren: Welche Faktoren haben die Problematik ausgelöst bzw. erhalten Sie aufrecht?
- Stärken: Was für Ressourcen stehen zur Bearbeitung der Problematik zur Verfügung?
- Erklärungsmodell: Was für Vorstellungen, Meinungen und Erwartungen bringt die Familie mit?

Lehmkuhl (2013, 229f) unterscheidet zur Erfassung menschlichen Erlebens und Verhaltens zwischen der biologischen, der psychischen und der sozialen Ebene. Er betont das Zusammenspiel dieser Bereiche im Rahmen einer „rapiden Entwicklungs dynamik“ im Kindes- und Jugendalter und begründet so die Notwendigkeit einer entwicklungsorientierten Herangehensweise in der Diagnostik psychischer Störungen.

Der diagnostische Prozess einer KJPP-Praxis geht diesen Fragen mittels Anamnese, psychiatrischer und neurologischer Untersuchung und durch eine ganze Reihe psychologischer Testverfahren nach. Dazu gehören Intelligenz- und Entwicklungstests, spezifische Leistungstests, Persönlichkeitstests, störungsspezifische Verfahren und projektive Tests.

Psychometrische Verfahren wie Intelligenztests sind standardisiert, objektiv in der Durchführung und valide in Bezug auf ihre Aussagekraft. Sie sollen ein Merkmal möglichst präzise und im Vergleich mit einer Referenzgruppe messen. Subjektive Einflüsse bei der Durchführung, Auswertung und Interpretation sind dabei unerwünscht und werden so weit wie möglich eliminiert.

Fragebögen ergeben eine bewusste Selbst- und Fremdbeurteilung und sind insofern subjektiv, als sie anfällig sind für bewusste und unbewusste Verzerrungen wie etwa die Tendenz, Probleme zu bagatellisieren oder sich in ein günstiges Licht zu setzen. Daher sollte die Tendenz zur Aussageverfälschung im Sinne sozialer Erwünschtheit kontrolliert werden wie beispielsweise im Angst-Fragebogen für Schüler oder im Freiburger Persönlichkeitsinventar.

Die innerpsychischen Konflikte eines jungen Menschen, sein Erleben und seine Sicht auf die Welt werden von psychometrischen Verfahren nicht und von Fragebögen nur sehr bedingt erfasst.

Projektive Verfahren ermöglichen demgegenüber ein tieferes Verständnis der emotionalen Situation eines jungen Menschen einschließlich seiner auch unbewussten Konflikte, seines Entwicklungsstandes, seiner Ressourcen (insbesondere seiner Kreativität), und seiner Sicht auf seine wichtigen Beziehungen einschließlich der Untersuchungssituation. Gerade bei jüngeren Kindern ist in der Regel davon auszugehen, dass sie ihre Belastungen und Konflikte nicht bewusst wahrnehmen und ihre Einstellungen und Meinungen aus Rücksicht und Loyalität nicht offen zum Ausdruck bringen können. Projektive Tests erlauben einen Einblick in das subjektive Erleben des Probanden und seine Sicht auf die Welt. Projektive Gestaltungen jeder Art werden vom aktuellen Erleben, den Wünschen, Konflikten und Ängsten des Probanden ebenso beeinflusst wie von der Übertragungsbeziehung zum Untersucher. Sie zielen nicht auf das Beschreiben, sondern auf das Verstehen eines Menschen. Ihre Interpretation führt nicht unmittelbar zu eindeutigen Ergebnissen, sondern zu Ahnungen, Vermutungen und Hypothesen, denen im diagnostischen Verlauf weiter nachgegangen wird mit dem Ziel, der subjektiven Wirklichkeit des Probanden so nahe wie möglich kommen.

Kennzeichen projektiver Verfahren

Der Begriff „Projektion“ wurde 1895 von Sigmund Freud (GW I, 1999, 338) geprägt, der darunter einen psychologischen Abwehrmechanismus zur Reduzierung von Angst verstand: Eigene unerwünschte Impulse wie zum Beispiel Feindseligkeit oder Neid werden anderen Personen zugeschrieben. Damit werden für das Bewusstsein nur schwer erträgliche Vorstellungen oder Affekte gewissermaßen entschärft. Der Projektionsbegriff wurde in der Psychologie in der Folgezeit weiter differenziert. Eine allgemeine Definition stammt von Murstein und Pryer (1959, 370), nach denen Projektion dann vorliegt, „wenn ein Individuum Verhalten manifestiert, welches auf emotionale Werte oder Bedürfnisse des Individuums hinweist.“

Eine einheitliche Theorie der projektiven Diagnostik gibt es nicht. Das Wesen projektiver Verfahren besteht darin, dass eine offene, nicht eindeutig festgelegte Reizkonstellation vorgegeben wird. Wenig strukturiertes Reizmaterial (Rorschach-Test) oder offene Aufgabenstellungen (Sceno-Test) stellen einen Anreiz zur Entfaltung eigener Vorstellungen dar. Die Reaktion der Versuchsperson wird in erster Linie von ihren Assoziationen, Einfällen, Erfahrungen und ihrem aktuellen Erleben beeinflusst. Daher erlauben projektive Gestaltungen, verstanden als symbolisch verschlüsselte Botschaften, Rückschlüsse auf bewusste und unbewusste Motive, Einstellungen, Ängste, Konflikte und Muster der Konfliktbewältigung. Die Reaktionen der Versuchsperson werden als modellhaft für ihr Erleben und dessen Verarbeitung angesehen.

Das Konstrukt „Projektion“ ist psychologische Realität: Dass Motive und Bedürfnisse unsere Wahrnehmung bestimmen, und dies umso stärker, je weniger strukturiert ein Reiz ist, wurde durch zahlreiche Experimente der Sozialpsychologie im Bereich der sozialen Wahrnehmung belegt (Fischer & Wiswede 2009, 191ff). Auch die Neuropsychologie bestätigt den Einfluss sehr schneller, unbewusster und komplexer Verarbeitung von Außenreizen. So sind die Verbindungen unseres Bewusstseins und des Aufmerksamkeitssystems zu anderen Abschnitten des Gehirns, die mit Erinnerungen, Bedürfnissen, Gefühlen und Wünschen zu tun haben, sehr viel stärker ausgebaut als diejenigen von und nach außen. Die permanente Abstimmung zwischen Gedächtnis- und Bedürfnissystemen bestimmt die subjektiv erlebte Bedeutung einer Wahrnehmung und die darauf folgende Reaktion (Grawe 2004, 118ff). Subjektive Bedeutungen, Erinnerungen, Bedürfnisse und Motive bestimmen also unsere Wahrnehmung und deren Interpretation entscheidend mit.

Zur Geschichte der projektiven Verfahren

Eine Übersicht findet sich bei Kroon (1999, 3ff). Die meisten projektiven Tests stammen aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Als Vorläufer lassen sich Assoziationsstudien von Wundt, Galton und C. G. Jung um die Wende zum 20. Jahrhundert ansehen. 1921 veröffentlichte der Schweizer Psychiater Hermann Rorschach (Rorschach 1972) eine experimentelle Testmethode, die den Zusammenhang zwischen Phantasie und Intelligenz untersuchen sollte. Auf zehn Tafeln werden symmetrische Tintenkleckse vorgelegt, zu denen der Proband assoziieren soll. Die Antworten wurden ursprünglich nach formalen (und nicht nach symbolischen) Gesichtspunkten ausgewertet. Der Rorschach-Test fand rasch weite Verbreitung in der klinischen Psychologie, Psychiatrie und der Forschung als Methode zur Erfassung der formalen Persönlichkeitsstruktur. In Ergänzung zum Rohrschach-Test entwickelten Morgan und Murray 1935 den Thematischen Apperzeptionstest (TAT), der Hinweise auf innere Bedürfnisse einer Person im Konflikt mit äußeren Umständen und die zugehörigen Lösungsversuche liefern soll. Auch der TAT etablierte sich rasch, seit der Übersetzung durch Revers 1958 auch in Deutschland.

Wesentliche Impulse für die Entwicklung projektiver Methoden, insbesondere der Zeichen- und Gestaltungstests, entstammen der klinischen Beobachtung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Hier seien der Children's Apperception Test (CAT) von Bellak & Bellak (1949) als Adaption des TAT für Kinder und The House-Tree-Person Technique von Buck (1948) erwähnt.

In Europa entstanden mit dem Scenotest (von Staabs 1938), dem Wartegg-Test (Wartegg 1939), dem Baumtest (Koch 1949, 2003), der Düss-Fabelmethode (1942, 1956) und dem Schweinchen-Schwarzfuß-Test (S-F-Test, Cormann, deutsch 1995) bis heute wichtige projektive Testverfahren.

Während die meisten projektiven Verfahren (insbesondere CAT, Düss-Fabeltest, S-F-Test) auf mehr oder weniger elaborierten psychodynamischen Vorstellungen von Triebtendenzen und deren angst- oder umgebungsbedingter Abwehr beruhen, wurde der Picture Frustration-Test von Rosenzweig (1945) auf der Grundlage der Frustrations-Aggressions-Theorie (Dollard et al 1939) entwickelt.

Auf dem Boden der psychoanalytischen Orientierung der Psychiatrie vornehmlich in den USA in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts fanden projektive Tests rasch internationale Verbreitung in der psychologischen und psychiatrischen Klinik und Forschung. Psychologen und Psychiater wurden daher in ihrer Ausbildung intensiv mit ihrer Durchführung, Auswertung und

Interpretation vertraut gemacht. Noch 1970 standen projektive Methoden auch an westdeutschen Universitäten an erster Stelle im Lehrangebot für Psychodiagnostik (Wittkowski 2011, S. 241ff).

In der Folgezeit verloren projektive Methoden aber rapide an wissenschaftlicher Reputation: Die Mental Health Bewegung und die Sozialpsychiatrie betonten soziale Ursachen für die Entstehung von Krankheit. Der Positivismus löste die Phänomenologie ab und der Siegeszug der quantitativen Methodik in der Psychologie begann. Unter dem Einfluss der humanistischen Psychologie kam die Psychodiagnostik als Vermessung des Menschen in Misskredit. Der Behaviorismus schließlich verlagerte, unterstützt von internationalen Klassifikationssystemen wie DSM und ICD, den diagnostischen Fokus von inneren und unbewussten Prozessen auf das äußere und messbare Verhalten. Heute stehen medizinische und biologische Modelle im Mittelpunkt der Erforschung und Behandlung psychischer Störungen.

Da projektive Verfahren die Gütekriterien psychometrischer Tests nicht erfüllen, galten sie zunehmend als subjektiv und spekulativ und daher als unwissenschaftlich.

Inzwischen kommt die Ausbildung in projektiver Diagnostik in der Ausbildung von Psychologen und Psychotherapeuten nicht mehr vor, allenfalls wird sie noch an analytischen Ausbildungsinstituten nach C. G. Jung gepflegt. Auch die Publikationsrate in Deutschland geht, im Gegensatz zu amerikanischen Fachzeitschriften, gegen Null. Die psychologische Forschung befasst sich hierzulande seit über 40 Jahren nicht mehr mit diesem Thema, sodass es, von absoluten Ausnahmen wie etwa dem Familien-System-Test FAST (Gehring et al. 1989) und dem Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5-8 jähriger Kinder GEV-B (Gloer-Tippelt und König 2009) abgesehen, weder zur Verbesserung der theoretischen Fundierung noch zu Aktualisierungen vorhandener Tests noch zur Entwicklung neuer projektiver Verfahren kommt. In einem aktuellen Standardwerk, dem mit 1500 Seiten umfangreichen Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Lehmkuhl et al. 2013) werden projektive Tests mit keinem Wort erwähnt. Dies erstaunt umso mehr, als der Erstherausgeber ein Jahr später mit einem ausgewiesenen Verhaltenstherapeuten ein „Fallbuch Scenotest“ (Lehmkuhl/Petermann 2014) mit Beispielen aus der klinischen Praxis herausgibt.

In deutlichem Gegensatz zu ihrer wissenschaftlichen Abseitsstellung spielen projektive Verfahren in der klinischen und forensischen Psychologie und insbesondere in der Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen auch heute

noch eine bedeutende Rolle. Bei der Untersuchung von Nestler und Castello (2003) an 300 zufällig ausgewählten Erziehungsberatungsstellen in Deutschland standen (bei einem Rücklauf von 57 %) die projektiven Verfahren hinter den Schultests an zweiter Stelle der eingesetzten Methoden. Allerdings lehnten 10% deren Einsatz ab, sie seien zu spekulativ, erfüllten nicht die Gütekriterien oder passten nicht zur methodischen Orientierung der Einrichtung.

Bölte et al. (2000) bestätigten mit einer Umfrage an 92 Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (von 135 angefragten, Rücklaufquote 68%) die Bedeutung projektiver Testdiagnostik: Projektive Verfahren stellten nach den Intelligenztests die zweithäufigste Verfahrensgruppe dar. Lediglich 11% lehnten projektive Methoden grundsätzlich ab. Aber: Der Scenotest wurde von 89 %, die Verzauberte Familie von 74 %, der Baumtest von 60 % und der TAT wie der CAT von 59 % der Einrichtungen regelmäßig angewendet.

Projektive Verfahren genießen offenkundig insbesondere in der Psychodiagnostik bei Kindern und Jugendlichen eine ebenso hohe Wertschätzung wie standardisierte psychometrische Intelligenztests. Eine systematische Ausbildung in ihrer Anwendung existiert nicht mehr. Somit stellt sich die Frage, wie angehende Psychologen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und -psychiater durch Universitäten und Ausbildungsinstitute auf ihr Berufsleben vorbereitet werden.

Die Kritik an projektiven Verfahren

beruht auf einem fundamentalen Missverständnis, nämlich der Gleichsetzung mit psychometrischen Tests. Für letztere gelten die sogenannten „Testgütekriterien“ (Lienert 1969): Objektivität der Durchführung, Auswertung und Interpretation; Reliabilität (Zuverlässigkeit) als Grad der Messgenauigkeit und Validität (Gültigkeit) als Gradmesser dafür, dass der Test das misst, was er zu messen vorgibt. Objektiv ist ein Test, wenn er gut normiert und so standardisiert ist, dass unterschiedliche Durchführer und Auswerter zum gleichen Ergebnis gelangen. Reliabel ist ein Test, wenn er präzise misst, wenn also ein Vergleich mit einem ähnlichen Verfahren oder eine spätere Testwiederholung zu vergleichbaren Ergebnissen kommen. Valide ist ein Test, wenn das Testergebnis eine gute Vorhersage für das untersuchte Merkmal in einer anderen Situation, zum Beispiel im Alltag des Probanden erlaubt.

Unter Berufung auf die Gütekriterien wurde aus wissenschaftlicher Sicht den projektiven Verfahren ihre Wissenschaftlichkeit und damit die Brauchbarkeit in der Diagnostik abgesprochen, sie gelten als „phänomenologisch, subjektiv und spekulativ“ (Wittkowski 2011, S. 302).

Versuche, projektive Verfahren an diese Kriterien anzupassen, sie zu quantifizieren und damit die Objektivität zu erhöhen, waren nicht ganz ohne Erfolg. Beispiele dafür sind das Comprehensive System des Rorschach von Exner (1974), in dem nur empirisch überprüfte Parameter berücksichtigt werden, oder der schon erwähnte Familiensystem Test, der eine quantitative Auswertung erlaubt. Allerdings gibt es dafür enge Grenzen: Es liegt auf der Hand, dass zum Beispiel die Interpretation einer Familienzeichnung oder einer Darstellung im Scenotest mit diesen Kriterien nicht zu beurteilen ist.

Es braucht also ein anderes Verständnis von der Wissenschaftlichkeit subjektiver Prozesse und Einschätzungen, will man dem Wesen der projektiven Verfahren gerecht werden.

Theoretische Grundlagen der projektiven Diagnostik

Subjektivität

Objektive Testergebnisse erlauben präzise Aussagen über den Ausprägungsgrad klar definierter Merkmale. Das Ausmaß einer Zwangsstörung oder des Untergewichts eines anorektischen Mädchen erklärt jedoch nicht die komplexe Psychodynamik der jeweiligen Störung. „Das Objektive stellt sich heraus als unspezifisch“ (Warnke 1993, S. 47). In der Einzelfalldiagnostik geht es nicht nur darum, einen leidenden Menschen zu beschreiben, sondern darum, ihn vor dem Hintergrund seiner Geschichte und seines Beziehungssystems zu verstehen. Dazu braucht es Intersubjektivität im Rahmen eines komplexen Prozesses der Kommunikation (Tab. 1).

Subjektivität wird so nicht als auszumerzendes Übel, sondern als hilfreicher Weg zum diagnostischen Gesamtbild eines Menschen verstanden.

Hierzu ein Beispiel (aus Wienand 2016, S. 38):

Bei der Durchführung eines Intelligenztests bei einem Kind bemerke ich, dass ich ihm – ganz gegen meine sonstige Gewohnheit – mehr an Hilfen und Unterstützung gewähre als nach dem Manual zulässig ist. Ich ärgere mich und unterlasse fortan solches Entgegenkommen und verhalte mich nach Vorschrift neutral freundlich. Dabei kann ich es belassen. Ich kann aber auch neugierig werden und mich fragen, was mich zu einer solchen Abweichung bewogen hat: War es meine Stimmung, mit der ich in die Praxis gekommen bin? Oder lag es am Kind? Mit welchen subtilen Manövern hat es mich dazu gebracht? An welche helfenden Einstellungen in mir hat es wie appelliert? Wie bringe ich das in Verbindung mit der Symptomatik und Anamnese des Patienten? Gibt es ein Muster, sich Schonung und Unterstützung zu organisieren? Ist dieses dysfunktional oder stellt es eine wichtige Fähigkeit des Kindes dar? Welche Hinweise ergeben sich für die weiterführende Diagnostik, welche für Therapie und Prognose?

Das Beispiel zeigt, dass die Beschränkung auf objektive Daten den Verzicht auf wertvolle Information bedeuten kann.

Methodologische Orientierung: Analytisch-positivistisch Messung	vs.	phänomenologisch-hermeneutisch „Wesensschau“
Umfang des Untersuchungsgegenstandes: Elementaristisch Analyse von Komponenten	vs.	holistisch Erstellung eines Gesamtbildes
Bedeutung individueller Besonderheiten: Nomothetisch Vergleich mit allgemeinen Gesetzmäßigkeiten	vs.	idiographisch Beschreibung des Einmaligen
Ontologische Perspektive: Sein jetziger Status	vs.	Werden Prozess-/Potentialdiagnostik
Angezielte Bereiche des Lebensraumes: Person	vs.	Situation (Umwelt)
Normbezug: Statistische Norm, Realnorm Was ist normal?	vs.	wertfrei oder Ideallnorm Wie ist es? Wie sollte es sein?

Tabelle 1: Objektive psychometrische und subjektive projektive Verfahren spiegeln unterschiedliche und sich ergänzende Sichtweisen der Psychodiagnostik (modifiziert n. Plaum 1996, S. 24). Psychometrische Verfahren finden sich in dieser Tabelle auf der linken, projektive Methoden auf der rechten Seite. Sie sind phänomenologisch beschreibend, auf Verstehen ausgerichtet, beziehen Ressourcen und soziale Beziehungen ein und orientieren sich nicht an einer Norm. Ohne ihr Potenzial lässt sich schwerlich ein ganzheitliches Verständnis einer Person erreichen.

Kreativität und Phantasie:

Während die Lösung der Aufgabe eines Intelligenztests zielgerichtetes, konvergentes Denken verlangt, wendet sich die offene Aufforderung eines projektiven Tests (etwa: „Erzähle eine Geschichte zu diesem Bild“) an das divergente, laterale oder kreative Denken. Projektive Verfahren fordern zu einer Gestaltung auf und initiieren damit einen kreativen Prozess, der eine Wendung nach innen, das Zulassen von Assoziationen, Phantasie und Imagination in Gang setzt. Unter der Voraussetzung einer entspannten, wohlwollenen und reizarmen Untersuchungssituation wird ein leichter Trancezustand induziert, was den Zugang zu unbewussten Inhalten und den Wechsel vom Wachbewusstsein (Sekundärprozess) zu primärprozesshaften Vorgängen erleichtert. Damit werden Vorgänge wie assoziatives Verknüpfen, Verdichtung, Verschiebung und Symbolisierung aktiviert. Emotionen, Motive und körperliche Empfindungen kommen symbolisch verschlüsselt zum Ausdruck. Die bewusste Kontrolle ist gemindert, dadurch können vor- und unbewusste Inhalte des impliziten Gedächtnisses wie Konflikte, Ängste und Wünsche ebenso wie Erinnerungsmaterial und Zukunftsvorstellungen in die Gestaltung einfließen.

Projektive Gestaltungen repräsentieren somit die vergangene, erinnerte und gegenwärtige Realität eines Probanden auf einem mehr oder weniger komplexen symbolischen Niveau.

Symbole sind Träger von komplexen Bedeutungen, sind vielfach determiniert und eng mit Körpervorgängen und Emotionen verbunden (Ullmann & Wilke 2012, S. 24f). Symbolisierung spielt vor allem bei den zeichnerischen und Gestaltungsverfahren eine entscheidende Rolle. Das symbolische Denken entwickelt sich ab dem zweiten Lebensjahr und ist abhängig von der kognitiven und sprachlichen Entwicklung (Piaget 1993, S. 19ff), wird aber von den Bindungserfahrungen eines Kindes entscheidend beeinflusst (Dornes 2002, S. 203f). Projektive Diagnostik ist daher schon mit Kindern ab dem dritten oder vierten Lebensjahr sinnvoll durchführbar und ergiebig.

Projektive Verfahren als qualitativ-heuristische Methoden:

Wenn projektive Gestaltungen Ergebnisse eines kreativen Prozesses sind, in dem Assoziationen symbolisch verschlüsselt zum Ausdruck kommen, stellt sich die Frage, wie gewusst bzw. überprüft werden kann, ob eine Interpretation zutreffend ist.

Die Antwort liegt in einem *qualitativen* statt in einem quantitativen Zugang. Die Einfälle der Probanden liefern sprachliches Material, das wie etwa Interviews grundsätzlich für inhaltsanalytische Analysen zugänglich ist. Es ist erstaunlich, dass das Potenzial qualitativer Analytik bislang kaum für projektive Verfahren genutzt wurde (Wittkowsky 2011, S. 302). Eine Ausnahme stellt das (leider nicht allgemein zugängliche) Adult Attachment Projective AAP (George et al 1999) dar, in dem sogar unbewusste Abwehrmechanismen inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

Eine „*qualitativ-heuristische Verwendungspraxis*“ *projektiver* Verfahren (Schaipp und Plaum 2000) ermöglicht Objektivität durch empirische Kontrolle und kritische Reflexion von Subjektivität. Damit ist ein prozessorientiertes Vorgehen mit offenem Ausgang gemeint, in dem subjektive Aspekte nicht eliminiert, sondern einbezogen und kritisch reflektiert werden, verschiedene Perspektiven auf eine Fragestellung miteinander verglichen und koordiniert werden, Widersprüchen nachgegangen wird und Mehrdeutigkeiten aufgeklärt bzw. reduziert werden.

Nach der Durchführung und Protokollierung eines projektiven Tests erfolgt eine Nachbefragung, die den Sinn einzelner Antworten oder Gestaltungen und Mehrdeutigkeiten klären soll, sich für das Zustandekommen der Einfälle interessiert und zu weiteren Assoziationen anregt. Dabei kann der Untersucher auch seine eigenen Anteile an einer Interpretation erkennen. Die Deutung erfolgt nicht *ex cathedra*, sondern wird in einem gemeinsamen intersubjektiven Suchprozess gefunden.

Eine qualitativ-heuristische Vorgehensweise wurde von Kleining (1995) für den sozialwissenschaftlichen Forschungsprozess konzipiert. Psychodiagnostik lässt sich als ein vergleichbarer Entdeckungsprozess verstehen, für den die gleichen Annahmen und Regeln gültig sind. Kleining (1995, S. 125 ff) unterscheidet folgende Informationsquellen: *Alltagsmethoden*, etwa Berichte von Eltern, sind persönlich, wertend, naiv und unsystematisch, aber lebendig und wirklichkeitsnah. *Qualitative Methoden* wie zum Beispiel projektive Verfahren versuchen, Lebendigkeit, erlebbare Struktur und dynamische Realität zu erhalten, dabei aber Subjektivität, Spekulation und Wertung durch ein strukturiertes Vorgehen zu verringern. Ihr Abstraktionsniveau ist höher als das der Alltagsmethoden. *Quantitative Methoden* wie psychometrischer Tests sind noch abstrakter, bilden aber aus diesem Grunde die Struktur der Wirklichkeit nicht mehr ab.

Dabei gelten die folgenden *Voraussetzungen für eine wissenschaftliche qualitativ-heuristische Anwendung von Methoden* (nach Kleining 1995, S. 227ff):

- Ein Dialog mit dem Probanden mit dem Ziel der genaueren Erfassung der subjektiven Bedeutungen, der Zusammenhänge und der Dynamik der projektiven Gestaltungen.
- Offenheit des Untersuchers für die Beziehungen zum Probanden und dessen Sinngebungen sowie der Verzicht auf seine eigenen Vorannahmen (eine Kuh ist nicht immer ein Muttersymbol).
- Offenheit des Forschungsgegenstandes: Alle Einzelerkenntnisse sind so lange als vorläufig zu betrachten, bis der diagnostische Prozess in der Zusammenschau aller Befunde und deren Besprechung mit dem Patienten bzw. der Familie zu einem vorläufigen Abschluss gekommen ist.
- Maximale strukturelle Variation der Perspektiven: Die diagnostische Fragestellung ist von möglichst verschiedenen Gesichtspunkten aus jeweils neu zu betrachten. Neue Aspekte erfordern weitere Aufklärungsschritte.
- Analyse auf Gemeinsamkeiten: Das Gemeinsame wird in den Verschiedenheiten entdeckt. *Die Überforderung einer fleißigen Schülerin muss sich nicht in schlechten Noten ausdrücken. Kommen allerdings Hinweise auf eine chronische Stressbelastung in Form psychosomatischer Beschwerden, Klagen über einen Mangel an Freizeit, ein niedriges Selbstbewusstsein, gepaart mit hoher Anpassungsbereitschaft und Prüfungsangst in Verbindung mit hohem Ehrgeiz hinzu und liegt die intellektuelle Begabung nicht im Anforderungsniveau der besuchten Schule, lässt sich mit guten Gründen auf eine schulische Überforderung schließen.*

Damit lassen sich die Gütekriterien einer qualitativ-heuristischen Anwendung projektiver Verfahren folgendermaßen definieren (Kleining, a.a.O. S. 273ff): *Objektivität* ergibt sich nicht aus der Eliminierung subjektiver Einflüsse oder durch abstrahierende formale Operationen, sondern durch den beschriebenen zirkulären, intersubjektiven heuristischen Suchprozess, der sich seinem Untersuchungsgegenstand immer mehr annähert, um ihn in seiner Dynamik, seinen Wechselwirkungen und Abhängigkeiten möglichst objektiv zu erfassen. *Reliabilität* (Verlässlichkeit) entsteht durch die flexible Anpassung der Methoden an den Gegenstand, die Einbeziehung aller Ergebnisse, die Analyse von Gemeinsamkeiten und den Versuch, so weit wie möglich intersubjektive Übereinstimmung herzustellen. Die *Validität* (Gültigkeit) ergibt sich als kommunikative intersubjektive Bestätigung im Laufe des dialogischen Prozesses, an dessen Ende seine eigene Plausibilität steht, in der Regel die Bestätigung der Interpretationen durch die Patienten und ihre Bezugspersonen.

So betrachtet und so angewendet beansprucht projektive Diagnostik als Teil der klinischen Psychodiagnostik mit vollem Recht die Anerkennung als wissenschaftlich begründete Methodik. Allerdings gibt es eine Reihe von *Desideraten* an Forschung, Universitäten und Ausbildungseinrichtungen (vgl. Lehmkuhl/Petermann 2014, S. 28 und Wittkowski 2011, S. 368):

- Die Theorie projektiver Verfahren sowohl allgemein wie für spezielle Methoden (etwa den Scenotest) sollte in der hier skizzierten Richtung weiter differenziert, vertieft und erweitert werden.
- Das Material vieler projektiver Tests ist veraltet, bildet die die heutige Lebenswirklichkeit nicht mehr ab und müsste dringend aktualisiert werden. Immerhin befindet sich eine Aktualisierung des Scenotests in Vorbereitung.
- Für eine Reihe projektiver Tests wäre die Entwicklung ökonomischer und standardisierter Beobachtungs- und Protokollsysteme sinnvoll.
- Es fehlt an aktuellen Normierungen und qualitativen Definitionen formaler wie inhaltlicher Merkmale, beispielsweise auch für bestimmte Diagnosegruppen.
- Es gibt, abgesehen vom Bereich der Bindungsdiagnostik, praktisch keine neu entwickelten projektiven Verfahren.
- In Anbetracht der weitverbreiteten Anwendung projektiver Verfahren in der Psychodiagnostik von Kindern und Jugendlichen in Klinik und Praxis müssten projektive Verfahren dringend in die Aus- und Weiterbildungsprogramme für angehende Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychiater aufgenommen werden.

Literatur:

Bellak L. & Bellak S.S. (1949). The Childrens Apperception Test (C.A.T.). New York: C.P.S. Inc.

Bölte S., Adam-Schwebe S., Englert E., Schmeck K. & Poustka F. (2000). Zur Praxis der psychologischen Testdiagnostik in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer Umfrage. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 18, S. 151-161

Buck J.N. (1948). The H-T-P Technique. A Qualitative and Quantitative Scoring Manual. Journal of Clinical Psychology 4, S. 317-396.

- Corman L. (1995). Der Schwarzfuß-Test. Grundlagen, Durchführung, Deutung und Auswertung. Übersetzt aus dem Französischen von Renate Krieger (3. Aufl.). München: Reinhardt*
- Dollard, J.; L. W. Doob, N. E. Miller (1939): Frustration and aggression. New Haven: Yale University Press. Dt. 1982: Frustration und Aggression. Weinheim: Beltz*
- Dornes M. (2002). Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt/M: Fischer*
- Düss L. (1956). Fabelmethode und Untersuchungen über den Widerstand in der Kinderanalyse. Biel: Institut für Psycho-Hygiene*
- Exner J.E. (1974). The Rorschach. A Comprehensive System. Volume 1. New York: Wiley*
- Fischer, L., G. Wiswede (2009): Grundlagen der Sozialpsychologie. 3. Aufl., man man man man München: Oldenbourg*
- Freud, S. (1999): Gesammelte Werke (Nachdruck der Erstausgabe 1900). Frankfurt/M: Fischer*
- Gehring T.M., Funk U. & Schneider M. (1989). Der Familiensystem-Test (FAST). Eine dreidimensionale Methode zur Analyse sozialer Beziehungsstrukturen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38(5), S. 152-164*
- George C., West M., O. Pettet (1999). The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation. In J. Solomon & C. George (Hg.). Attachment Disorganization. S. 318-347. New York: Guilford.*
- Gloge-Tippelt G. & König L. (2009). Bindung in der mittleren Kindheit. Das Geschichtenergänzungsverfahren zur Bindung 5- bis 8-jähriger Kinder (GEV-B). Weinheim: Beltz*
- Goodman, R., S. Scott (2016): Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. Aufl., Stuttgart: Schattauer*
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe*
- Kleining G. (1995). Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Band 1: Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Weinheim: Beltz*
- Koch K. (2003). Der Baumtest: Der Baumzeichenversuch als psychodiagnostisches Hilfsmittel (11. Aufl., unverändert nach der 9., korrigierten Aufl. 1997). Bern: Huber.*
- Kroon N. (1999). The Thematic Apperception Test for Children. An Investigation into the Validity of the Thematic Apperception Test for Child Assessment through an Evaluation of Tasks of Emotional Development Test. Utrecht (Univ. Diss.).*
- Lehmkuhl, G., P. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hg.) (2013): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Band 1: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe*
- Lehmkuhl G., F. Petermann (Hrsg.) (2014). Fallbuch Scenotest. Göttingen: Hogrefe.*
- Lienert G.A. (1969). Testaufbau und Testanalyse (3., erg. Aufl.). Weinheim: Beltz.*
- Morgan C.D. & Murray H.A. (1935). A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. Archives of Neurological Psychiatry 34, S. 289-306.*
- Morgan C.D., H. A. Murray (1935). A Method for Investigating Fantasies: The Thematic Apperception Test. Archives of Neurological Psychiatry 34, S. 289-306.*
- Murstein, B. I., R. S. Pryer (1959): The Concept of Projection. A Review. Psychological Bulletin 56, 353-374*

- Nestler J., Castello A. (2003). Testdiagnostik an Erziehungsberatungsstellen. Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Bundesrepublik. Informationen für Erziehungsberatungsstellen. Hg.: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 1, S. 31-35*
- Piaget J. (1993). Spiel und Traum. Die Entwicklung der Symbolfunktion beim Kinde. In Gesammelte Werke. Studienausgabe (3. Aufl. Bd. 5). Stuttgart: Klett-Cotta.*
- Plaum, E. (1996): Einführung in die Psychodiagnostik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft*
- Revers W.J. (1958). Der Thematische Apperzeptionstest (TAT). Bern: Huber*
- Rorschach H. (1972). Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen) (9. Aufl.). Bern: E. Bircher*
- Rosenzweig S. (1945). The Picture-Association Method and its Application in a Study of Reactions to Frustration. Journal of Personality 14, S. 3-23*
- Schaipp C., E. Plaum (2000). Sogenannte projektive Techniken: Verfahren zwischen Psychometrie, Hermeneutik und qualitativer Heuristik. Journal für Psychologie 8(1), S. 29-44.*
- Staabs, G. von (1964, 2004): Der Scenotest. Beitrag zur Erfassung unbewußter Problematik und charakterologischer Struktur in Diagnostik und Therapie. (9., unveränderte Aufl.) Bern: Huber*
- Ullmann H., E. Wilke (Hg.) (2012). Handbuch Katathym Imaginative Psychotherapie. Bern: Huber.*
- Warnke A. (1993). Zum Verständnis der Begriffe Objektivität und Subjektivität. In U. Knölker & M. Schulte-Markwort (Hrsg.). Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen*
- Wartegg E. (1939). Gestaltung und Charakter. Zeitschrift für Angewandte Psychologie und Charakterkunde (Beiheft 2), S. 84*
- Wienand, F. (2016): Projektive Diagnostik bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Grundlagen und Praxis. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer*
- Wittkowski J. (2011). Projektive Verfahren. In L. Hornke, M. Amelang & M. Kersting (Hg.): Enzyklopädie der Psychologie. Persönlichkeitsdiagnostik. (Bd. 4). S. 299-410. Göttingen: Hogrefe*

Autor:

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Wilhelmstraße 24
71034 Böblingen
Email: info@praxis-wienand.de
Website: www.praxis-wienand.de

Psychopharmakotherapeutische Kolumne:

Neuroleptika in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Klaus-Ulrich Oehler

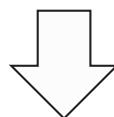
Hand aufs Herz: Wer gibt gerne Neuroleptika; ich nicht. Neuroleptika sind zu Recht allgemein gefürchtet wegen der erheblichen Nebenwirkungen, die insbesondere bei längerer Gabe bedeutsam sind. Prof. M. Chang aus Calgary hat anlässlich eines Kongresses in Deutschland einmal den Ausdruck geprägt: Neuroleptika sind „medication of desperation“. Dennoch kommen wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ohne Neuroleptika aus. Indikation sind in erster Linie Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Aber auch bei schweren Formen der bipolaren Störung sowie auch schweren Störungen des Sozialverhaltens bestehen durchaus Indikationen. Die Hauptwirkung der klassischen Neuroleptika ist eine antagonistische Wirkung auf postsynaptische D2-Rezeptoren in temporo-basalen Hirnstrukturen. Dabei werden die nigrostriatalen Strukturen in aller Regel miterfasst. Daraus erklären sich die gefürchteten Nebenwirkungen wie extrapyramidalen Störungen, die oft nicht reversibel sind. Es bestehen aber auch Interaktionen mit serotonergen, cholinergen und histaminergen Rezeptorsystemen. Letzteres ist besonders bedeutsam für die Sedierung und die gefürchtete Gewichtszunahme. Neuere Neuroleptika sind darauf ausgerichtet, die Negativ-Symptomatik der Psychosen zu beeinflussen. Es kommt in der Regel zu einer agonistischen Wirkung auf postsynaptische D2-, D3-Rezeptoren im präfrontalen System. Diese neueren Neuroleptika wie z. B. Aripiprazol, Brexpiprazol oder Cariprazin haben dennoch eine antagonistische Wirkung auf temporo-basale D2-Rezeptoren, so dass die klassischen Nebenwirkungen zwar weniger sind, jedoch auch beachtet werden müssen. Jedoch ist bei den neuen Neuroleptika durchaus eine Verschiebung des Nebenwirkungsspektrums zu erwarten (Abb. 1). Wir müssen uns mit neuen, bisher ungewohnten Phänomenen auseinandersetzen. Neuere

Neuroleptika wie Aripiprazol oder Cariprazin verursachen oft Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafprobleme) und Akathisie, die sich klinisch sehr deutlich von den gewohnten extrapyramidalen Syndromen abheben.

Antagonistische Wirkung auf postsynaptische D2 Rezeptoren

Agonistische Wirkung auf präfrontale D2- und D3-Rezeptoren

Aber auch Interaktion mit serotonergen, cholinergen und histaminergen Rezeptorsystemen



Daraus erklärt sich das Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum

Abb. 1: Nebenwirkungen von Neuroleptika

Die Zulassungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sehr eingeschränkt. Dies liegt daran, dass von wissenschaftlicher Seite keinerlei pharmakologische Studien durchgeführt werden und auch von Seiten der wissenschaftlichen Gesellschaft keinerlei Anreize für die Pharma industrie gegeben werden, um Zulassungsstudien im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich durchzuführen. Diskutiert wurde, dass die Pharma industrie für die Zulassung eines neuen Produktes eine verlängerte Bestandschutzzulassung erreicht, wenn Zulassungsstudien auch im Kinder- und Jugendbereich durchgeführt werden. Die Pharma industrie ist dafür offen. Jedoch fehlt in Deutschland dazu die wissenschaftlich fachliche und politische Unterstützung.

Wirkstoff	Indikation	Alter (ab...)
Aripiprazol	Schizophrenie Bis zu 12 Wochen bei mäßigen bis schweren manischen Episoden	15 Jahre 13-17 Jahre
Chlorprothixen	Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen akuter psychotischer und maniformer Syndrome	3 Jahre
Clozapin	Therapieresistente Schizophrenie	16 Jahre
Haloperidol	Akute und chronische schizophrene Syndrome, organisch bedingte Psychosen, akute manische Syndrome, akute psychomotorische Erregungszustände	3 Jahre
Levomepromazin	Psychomotorische Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen psychotischer Störungen, akute Erregungszustände bei manischen Episoden	16 Jahre
Melperon	Schlafstörungen, Verwirrtheitszustände, Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen	12 Jahre
Promethazin	Unruhe- und Erregungszustände im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen	2 Jahre
Risperidon	Symptomatische Kurzzeitbehandlung (bis zu 6 Wochen) von anhaltender Aggression bei Kindern und Jugendlichen mit unterdurchschnittlicher intellektueller Funktion	5 Jahre
Sulpirid	Akute und chronische Schizophrenien	6 Jahre
Ziprasidон	Manische oder gemischte Episoden bis zu einem mittleren Schweregrad bei bipolaren Störungen	10 Jahre

Tab. 1: Zulassungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dies bedingt, dass bezüglich Neuroleptika lediglich Aripiprazol eine Zulassung für Schizophrenie ab 15 Jahren hat und bis zu 12 Wochen bei mäßigen bis schweren manischen Episoden im Rahmen einer Zyklothymie im Alter von 13 bis 17 Jahren zugelassen ist. Ansonsten sind nur Neuroleptika zugelassen, die vor mehr als 30 Jahren entwickelt wurden. Als Autos dürfen sie ein H-Kennzeichen tragen. Genaues ergibt Tab. 1.

Insgesamt ist die Studienlage zu Neuroleptika bei Kindern und Jugendlichen schlecht. Die wenigen Studien, die es gibt, zeigen, dass Kinder und Jugendliche niedrigere Plasmaspiegel der klassischen Antipsychotika haben. Dennoch sind extrapyramidal Symptome im Alter von 10 bis 19 Jahren wesentlich, bis zu 20mal häufiger als bei Erwachsenen. Dennoch gelten zum Einsatz der Neuroleptika vergleichbare Grundsätze wie bei Erwachsenen (Abb. 2).

Pharmakologische Behandlungsprobleme:	Studienlage Psychopharmakologie:
Kinder und Jugendliche haben niedrigere Plasmaspiegel der klassischen Antipsychotika.	Im Vergleich zum Erwachsenenalter wenige Studien
Extrapyramidal Symptome sind im Alter von 10 bis 19 Jahren bis zu 20x häufiger als bei Erwachsenen.	Für jugendliche Patienten gelten nach derzeitiger Studienlage vergleichbare Grundsätze wie bei Erwachsenen.

Abb.2.: Pharmakologische Behandlungsprobleme und Studienlage

Der Begriff ‚atypische Neuroleptika‘ wurde in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts geprägt. Man wollte die damals entwickelten Neuroleptika von den typischen Antipsychotika wie Haloperidol abgrenzen, welche in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts auf den Markt gebracht wurden. Goldstandard der atypischen Neuroleptika ist nach wie vor Clozapin. Die atypischen Neuroleptika haben etwas weniger extrapyramidal Nebenwirkungen, jedoch ein Nebenwirkungsspektrum, welches besonders im Kinder- und Jugendlichen-Bereich bedenklich ist, wie z. B. Gewichtszunahme und bei Clozapin die gefürchtete letale Neutropenie. Letztere macht in der Einstellungsphase regelmäßige Blutbildkontrollen erforderlich (Tab. 2).

	Clozapin als Goldstandard
Vorteile	Weniger extrapyramidalen Nebenwirkungen Bessere Wirksamkeit bei alterstypischen Symptomen
Nachteil	Letale Neutropenie
Nebenwirkungen	Gewichtszunahme Bei schneller Aufdosierung: Krampfanfälle

Tab. 2: Vor- und Nachteile von Clozapin

	Da der Wirkungseintritt im Kinder- und Jugendalter oft später als im Erwachsenenalter ist, muss langsam aufdosiert werden.
	Die meisten modernen Medikamente sind für Kinder und Jugendliche nicht zugelassen. Ausnahmen: Risperidon (ab 5 Jahren für maximal 6 Wochen) Aripiprazol ab 15 Jahren
Therapievoraussetzung	Genaue Befunderhebung (Parkinesien, Manyrismen, Stereotypien, Tics)
Cave	Die katatonen Formen sind im Kindesalter häufig

Tab. 3: Praktisches Vorgehen

Bezüglich des praktischen Vorgehens ist im Kindes- und Jugendalter wichtig, möglichst langsam aufzudosieren, da der Wirkungseintritt im Kinder- und Jugendalter oft später auftritt als im Erwachsenenalter. Es gilt, Überdosierungen zu vermeiden, die sich oft erst nach einer gewissen Latenz zeigen. Insgesamt ist regelmäßige Überwachung, d. h. regelmäßige Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater in der Einstellungsphase ratsam (Tab. 2).

Insgesamt entsprechen die unerwünschten Arzneimittelwirkungen denen im Erwachsenenalter. Zu bedenken ist, wie oben erwähnt, dass neue Neuroleptika zusätzlich noch als Nebenwirkung Schlafstörungen und Akathisie haben (Abb. 3).

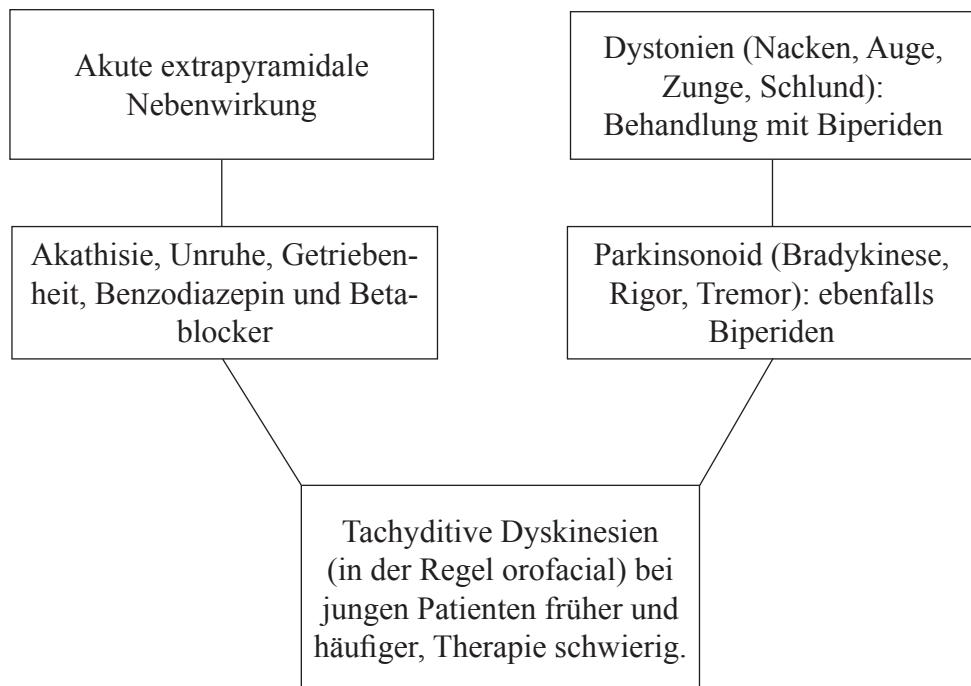


Abb. 3: Unerwünschte Arzneimittelwirkungen bei Kindern und Jugendlichen

Gefürchtete Nebenwirkung ist das maligne neuroleptische Syndrom. Ursache ist die postsynaptische D2-Blockade mit extremem Dopamin-Mangel. In der Regel tritt das maligne neuroleptische Syndrom innerhalb von vier Wochen nach Beginn der Einnahme auf, meistens schon während der ersten drei Tage. Im Vordergrund stehen die Akinese und der Rigor mit extremer Muskelsteifigkeit. Auch vegetative Symptome wie die gefürchtete Hyperthermie, sowie auch Tachykardie und Harn- und Stuhlinkontinenz sind bedeutsam. Diagnostisch ist die extreme CK- und Transaminasenerhöhung zielführend (Abb. 4).

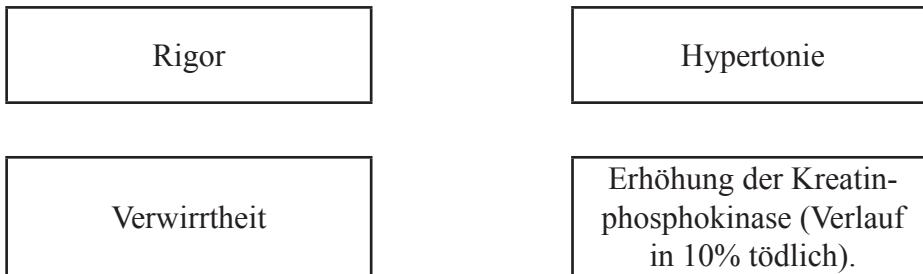


Abb. 4: Symptome des malignen neuroleptischen Syndroms

Es besteht auch eine Reihe von allgemeinmedizinischen Nebenwirkungen wie orthostatische Dysregulation, sexuelle Funktionsstörung, Erniedrigung der Krampfschwelle, die schon zitierte Leukozytopenie, Katarakte (insbesondere bei Quetiapin), Gewichtszunahme, Hyperprolaktinämie, QT-Verlängerung, Transaminasen-Erhöhung. Diese Parameter müssen regelmäßig durch eine klinische Untersuchung, Laborkontrolle und EKG überprüft werden.

Klinisch relevant ist besonders die Gewichtszunahme, aus der sich auch Probleme mit der Adhärenz ergeben. Dieses wurde unlängst durch eine Studie von C. Correll (J. A. m. Med. Assoc. 2009, 302 (16), 1765-1773) dokumentiert. Dabei wurden nach 10,8 Wochen Behandlungsdauer folgende Gewichtszunahmen beobachtet: Unter Aripiprazol 4,4 kg (N = 45), unter Risperidon 5,3 kg (N = 135), unter Quetiapin 6,1 kg (N = 36) und unter Olanzapin sogar 8,5 kg (N = 45). Da insbesondere bei Psychosen längerfristige Behandlungen erforderlich sind, sind Gewichtszunahmen von 20 bis 30 kg durchaus keine Seltenheit (Abb. 5).

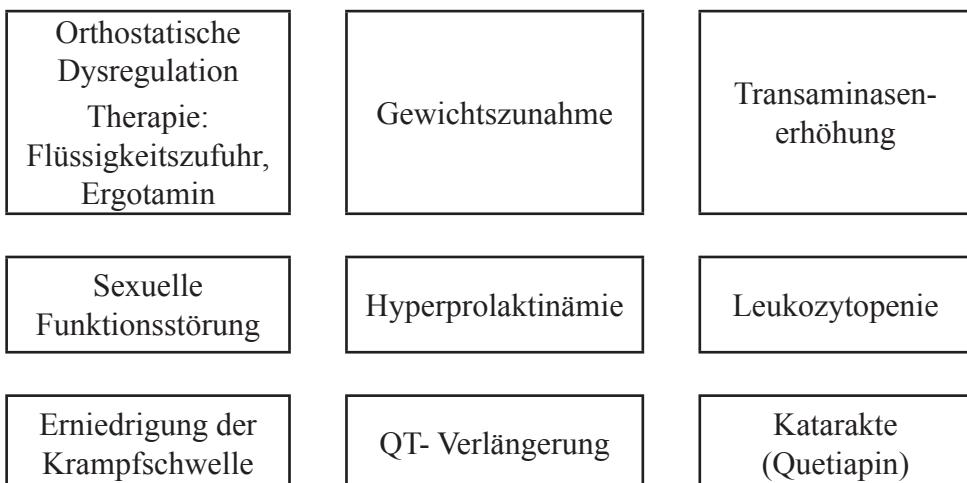


Abb. 5: Allgemeinmedizinischen Nebenwirkungen von Neuroleptika

Im Folgenden werden die Profile der gängigen Neuroleptika aufgeführt:

Clozapin	
Prinzip	Antagonist des α -1-Adrenozeptors, der M1-Rezeptoren und der Serotonin-Rezeptoren Blockade der D4-Rezeptoren Nur geringe Bindung an D1-, D3-, und D5-Rezeptoren
Eindosierung	Vorsichtig eindosieren (12 mg pro die, Erhöhung in 25-mg-Schritten)
Nebenwirkungen	3% Krampfanfälle 1% Agranulozytose Häufige Sedierung und Tagesmüdigkeit Hypersalivation Kupierung durch Prenzipin Tachykardie, Hypotonie, Hyperorexie
Klinik	Chronisch-schizophrene Störung mit affektflachem emotionalen und sozialen Rückzug
Dosierung	25 bis 900 mg
Cave	Leukos unter 2000/ μ l, Neutrophile unter 1000/ μ l, erfordern tägliche Blutbildkontrollen und hämatologisches Konsil
Therapiepause	bis Leukos auf 3000/ μ l, Neutrophile > 1500/ μ l angestiegen sind

Amisulprid Solian®	
Prinzip	Bindet hochselektiv an D3/D2- Dopaminrezeptoren subtypen Bindungspräferenz im limbischen Bereich Bei höherer Dosierung postsynaptisch D3/D2- Rezeptorsubtypenblockade
Nebenwirkungen	Schlaflosigkeit Angst Agitiertheit Schläfrigkeit Schwindel gastrointestinale Probleme

Amisulprid Solian®

Indikation	In den ersten 6 Wochen wöchentliche Blutbildkontrollen. Anschließend alle 14 Tage. Nach Absetzen noch vier Wochen weiter kontrollieren.
Dosierung	50 bis maximal 800 mg

Quetiapin Seroquel®

Prinzip	Antagonisierung Dopamin-D2-Rezeptoren und Serotonin-5HT2-Rezeptoren Antagonisierung des Histamin-A1-Rezeptors und des adrenergen α -1-Rezeptors, d. h. Sedierung und orthostatische Regulationsstörungen
Nebenwirkungen	Benommenheit Schwindel Schläfrigkeit Kopfschmerzen Gewichtszunahme Senkung des Schilddrüsenhormonspiegel Mundtrockenheit Verdauungsstörungen Obstipation orthostatische Dysregulation Hypotonie gelegentlicher Anstieg von Serumcholesterin
Dosierung	Mit 2 x 25 mg beginnen, bis 2 x 200 mg aufdosieren

Cariprazin Reagila®

Prinzip	Partial agonistisch an Dopaminrezeptoren vom Typ D2 und D3 sowie am Serotonin 5Ht1A-Rezeptor
Nebenwirkungen	Klassische EPS Akathisie Schlaflosigkeit
Vorteil	EPS selbst Gewichtszunahme gering, Müdigkeit selten
Dosierung	1,5 bis 6 mg (langsam eindosieren)

Ziprasidon Zeldox®

Prinzip	Serotonin-5HT2A- und Dopamin-D2-Rezeptor-Antagonist mit höherer Affinität zum 5HT2A-Rezeptor (11 : 1) 5HT1A-Agonist und 5HT1, sowie 5HT1D und 5HT2C-Antagonist Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmung.
Nebenwirkungen	Kopfschmerzen Schlaflosigkeit Schwindel Gewichtszunahme -> jedoch nur geringfügig gegenüber Placebo erhöht
Wirksamkeit	Antipsychotische, antidepressive Wirkung, Wirkung auf Negativsymptomatik ohne Gewichtszunahme
Vorteil	Anticholinerge und antihistaminerge und anti-adrenerge Eigenschaften fehlen.
Problem	Verlängerung der QT-Zeit
Dosierung	20 – 160 mg

Olanzapin Zyprexa®

	5HT2- und D2-Rezeptorenantagonismus Antagonismus von mACth, α 1 und H1 Rezeptoren
Nebenwirkungen	Orthostase Sedierung Gewichtszunahme Hyperglykämie
Dosierung	5 bis 30 mg

Risperidon

Prinzip	Antagonisierung von 5HT2- und D2-Rezeptor Antagonist Andrenozeptoren, Histamin H2-Rezeptor
Nebenwirkungen	Extrapyramidale motorische Symptome Erhöhung des Serumprolaktinspiegels Erektile Dysfunktion und Gynäkomastie
Dosierung	1 bis 16 mg, in der Regel reichen 1 bis 2 mg pro die

Aripiprazol Abilify®	
Prinzip	Agonistische (modulierende) auf frontale D2- und 5HT1a-Rezeptoren Antagonismus von 5HT2a Rezeptoren Keine Affinität zu adrenergen und histaminergen Rezeptoren
Nebenwirkungen	Kopfschmerzen Schlaflosigkeit Übelkeit Akathisie
Vorteil	EPS selten Müdigkeit selten
	Zugelassen ab 15 Jahren

Insgesamt ist in der ambulanten Situation ein wesentliches Problem die Adhärenz. Die o. a. Nebenwirkungen führen häufig dazu, dass die Patienten die Medikation nicht gleichmäßig einnehmen oder absetzen. Weiterhin ist eine regelmäßige Einnahme alleine durch die Symptomatik des Krankheitsbildes erschwert. Daher wurden Depot-Neuroleptika entwickelt, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherlich zu Unrecht zu wenig eingesetzt werden. Vorteil der Depot-Neuroleptika sind die sichere Wirkspiegelerreichung und geringere Spiegelschwankungen, die sich bezüglich Wirkung und Nebenwirkungen sich in der Regel positiv auswirken. Daher sei auf einige Depotneuroleptika hingewiesen:

Risperdal Consta®	25 mg, 37,5 mg oder 50 mg; Injektion alle 14 Tage
Zypadhera®	Depotpräparat von Olanzapin; 150 bis 405 mg alle vier Wochen Nebenwirkungsprofil entspricht Olanzapin
Abilify Maintena®	400 mg Aripiprazol Bei Nebenwirkungen ist eine Reduktion auf 200 mg möglich
Xeplion®	25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg oder 150 mg Wirkstoff Palliperidon; Wirkdauer 4 Wochen
Haldol Decanoat®	Dosis 1 - 4 ml, Wirkdauer 4 Wochen

Zu bedenken ist, dass die Depotpräparate bis zu 40mal teurer sind als die normale orale Medikation.

Zusammenfassung:

Neuroleptika sind hochpotente Psychopharmaka, die jedoch auch ein erhebliches Nebenwirkungspotential haben. Sie sollten daher zurückhaltend eingesetzt werden. Die gefürchteten extrapyramidalen Störungen treten im Kindes- und Jugendalter häufiger auf als im Erwachsenenalter und sind nicht immer reversibel. Auch die Interaktion mit serotonergen, cholinergen und histaminergen Rezeptorsystemen kann im Kindesalter zu Komplikationen führen, die letztlich auch die Adhärenz vermindern. Dabei sind besonders die Gewichtszunahme und die erektilen Dysfunktion zu beachten. Neuere Neuroleptika wie z. B. Aripiprazol, Brexpiprazol oder Cariprazin haben ein etwas geringeres Risiko, die bekannten extrapyramidalen Bewegungsstörungen sowie auch Gewichtszunahme hervorzurufen. Dafür sind andere Nebenwirkungen kontrollbedürftig wie z. B. Schlaflosigkeit und Akathisie. Da der Wirkungseintritt der Neuroleptika im Kindes- und Jugendalter oft später auftritt als im Erwachsenenalter, ist es erforderlich, möglichst langsam aufzudosieren. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig beachtet sind Depotneuroleptika. Diese haben den Vorteil einer gleichmäßigen Wirkung und eines günstigeren Nebenwirkungsprofils. Zu bedenken ist jedoch stets die Kostenfrage und insbesondere die Regressgefahr, da bis auf Aripiprazol alle neuen Neuroleptika für das Kindes- und Jugendalter nicht zugelassen sind, obwohl gerade Kinder und Jugendliche von dem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil besonders profitieren könnten.

Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler
(Literatur s. Text bzw. beim Verfasser)

Kinder- und Jugendpsychiatrie im Aufbruch

*Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und der
Berufsverband in der Zeit von 1988 bis 2000*

Erinnerungen des 3. Vorsitzenden des BKJPP

Der Anfang

Die Episode des 3. Vorsitzenden beginnt am 25.06.1988. Damals hatte der BKJP – das 2. P kam später – knapp 300 Mitglieder, von denen ca. 100 niedergelassen waren.

Auf der 3-Länder-Tagung der deutschsprachigen kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände 1987 in Feldkirch/Vorarlberg hatte mich Dr. Reinhard Schydlo, der Gründungsvorsitzende des BKJPP gefragt, ob ich nicht wieder dem Berufsverband beitreten und darin auch eine Funktion übernehmen wolle. Bereits während meiner Klinikzeit in der LVR-Klinik in Viersen-Süchteln hatte mich Dr. Wilhelm Rothaus für die Mitgliedschaft im Berufsverband geworben. Nach einiger Zeit war mir aber nicht erkennbar, welchen Sinn und Zweck dieser Berufsverband für mich als Assistenzarzt haben könnte, so dass ich meinen Austritt erklärte.

Herrn Schydlo kannte ich durch die psychotherapeutischen Weiterbildungsseminare in Brixen von Prof. Dr. Biermann, die ich noch als Kinderarzt besucht hatte.

1997 war ich seit 2 Jahren in eigener Praxis niedergelassen und hatte inzwischen erlebt, wie dringend wir Kinder- und Jugendpsychiater einer berufspolitischen Vertretung bedurften. Und da ich mich gleichzeitig in einer familiären Situation befand, die mir Raum für berufspolitisches Engagement ließ,

gab ich dem Werben von Reinhard Schydlo nach, auch als er mich bat, die Jahrestagung 1988 zu organisieren.

Zu der Zeit waren Jahrestagungen des BKJP noch kein Standard. Die jährlichen Treffen fanden zumeist am Rande der Jahrestagungen der DGKJP statt oder in gemütlicher Runde, etwa bei einer Schifffahrt auf dem Neckar.

Neugierig, wie ich damals schon war, sagte ich Reinhard Schydlo zu und begann ohne jegliche Vorerfahrung und nur mit Unterstützung meines damals noch kleinen Praxisteams, die Jahrestagung 1988 zu organisieren. Damals gehörten zum Team die Weiterbildungsassistentin Christiane Schmachtenberg, die zu meinem großen Glück auch noch Diplom-Psychologin war, die pädagogische, später psychotherapeutische Mitarbeiterin Katharina Moik-Bekker und die beiden Arzthelferinnen Karin Hüllenkrämer und Ursula Sasse, die auch als EEG-Assistentinnen fungierten. Ich war zu etwa 20 Prozent auch kinder- und jugendärztlich tätig einschließlich Teilnahme am organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, und so lag die Patientenzahl bei 600 pro Quartal.

Da es 1988 am Universitätsklinikum Aachen noch keine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie gab – die kam erst ca. 10 Jahre später – bat ich den Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Prof. Dr. Heimann, um Unterstützung. Dieser kam mir großzügig entgegen, so dass wir die Jahrestagung für den 25.06.1988 im größten Hörsaal des Klinikums planen konnten.

Zu der Zeit war es verpönt, für Psychopharmaka zu werben, und so bat ich pädiatrisch und epileptologisch orientierte Firmen um Unterstützung. Das Programm wurde mit Unterstützung der Firma Wolff und einer Werbung für „Linola-Fett Ölbad“ gedruckt, der Versand von der Nordrheinischen Akademie für Fort- und Weiterbildung unterstützt. Außerdem waren Desitin-Arzneimittel GmbH, UCB-Chemie GmbH und die Buchhandlung Schmetz am Dom mit Ständen vertreten. Der Teilnehmerbeitrag betrug für die Vorträge am Vormittag 40 DM, für die Arbeitsgruppen am Nachmittag 20 DM.

Das Tagungsthema „Aufmerksamkeitsstörung im Kindesalter – Hyperkinetisches Syndrom“ hatte unerwartete Zugkraft, besonders auch bei den Kinderärzten. Die Tagung erfolgte in formeller Zusammenarbeit mit der „Nordrheinischen Akademie für Fort- und Weiterbildung“ unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frau und Gesundheit, Prof. Dr. phil. Rita Süssmuth.

Wir registrierten die Anmeldungen auf Karteikärtchen in der Praxis. Eines Tages berichteten meine Mitarbeiterinnen, dass die 400. Anmeldung eingetroffen sei. Dies war aber die Kapazitätsgrenze des angemieteten Hörsaals. So

verhängte ich zunächst einen Anmeldestopp und klärte dann die Möglichkeit für eine Video-Übertragung in einen 2. Hörsaal. Da kam mir die positive, kollegiale Beziehung zu dem Pflegedienstleiter meiner früheren kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung in Viersen, Herrn Abraham, zu Gute. Der war außerberuflich ein Video-Experte und sorgte für die technische Durchführung der Video-Übertragung, so dass schließlich alle mehr als 450 Interessenten teilnehmen konnten.

Einige der insgesamt 8 Vorträge sind später in dem 1991 gegründeten „Mitgliederrundbrief/Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ veröffentlicht worden.

Die Gesamtorganisation gefiel den Mitgliedern anscheinend so gut, dass sie mich auf der Mitgliederversammlung im Kasteel Erenstein, Kerkrade/NL zum neuen Vorsitzenden wählten.

Diese Aufgabe war nicht ganz einfach: Zunächst übernahm ich von Dr. Reinhard Schydlo Büroeinrichtung und Archiv, bestehend aus einem zentnerschweren Trumm von Kopiergerät und etlichen Aktenordnern. Eine Sekretärin oder so etwas gab es nicht. Alles wurde mit den Bordmitteln (und auch den Kosten) der Praxis erledigt.

Berufspolitisch war ich völlig unbeleckt. Im ersten Jahr folgte ich im Kielwasser von Reinhard Schydlo, der mich in den verschiedenen Gremien als den neuen Vorsitzenden des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendpsychiater vorstellte.

Zu dem Zeitpunkt war eine hinreichende, wenn auch nicht wirklich gute Vergütung der unmittelbaren ärztlichen Leistungen in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bereits durch die früheren Vorstände des Berufsverbandes, insbesondere durch den unermüdlichen Einsatz von Dr. Reinhard Schydlo, und auch durch die Unterstützung der DGKJ erreicht worden. Was fehlte, war die Vergütung der für eine sachgerechte Versorgung notwendigen nichtärztlichen Leistungen.

Der Kampf um die Sozialpsychiatrievereinbarung

So war zunächst die größte berufspolitische Herausforderung die Umsetzung der §§ 43a und 85(2) SGB V, die die Honorierung nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen und die angemessene Vergütung für nichtärztliche sozialpsychiatrische und psychiatrische Tätigkeit und für besonders qualifizierte onkologische Versorgung regeln sollten.

Nachdem zunächst entsprechende Vereinbarungen für die Sozialpsychiatrischen Zentren und die Onkologie gefunden worden waren, dauerte es bis zum 26.01.1994, dass ein erstes Gespräch zwischen der KBV und den Vertretern der Krankenkassen im Hinblick auf eine künftige Sozialpsychiatrievereinbarung erfolgte. Dem waren intensive Vorarbeiten von Dr. Reinhard Schydlo, Dr. Renate Bertling, Dr. Helga Epple und Dr. Gottfried Seitz vorausgegangen. Jedoch auch intensive Unterstützung seitens der Politik erreichte zunächst nur wenig. So stellte die Bundesministerin für Gesundheit, Gerda Hasselfeldt, in einem Schreiben eindeutig klar, dass der Anspruch auf die Honorierung nichtärztlicher Leistungen auch für die sozialpsychiatrische Versorgung gelten würde. Der Bundestagsabgeordnete Dr. Knaape und die Fraktion der SPD wiesen in einer Anfrage und in einem Entschließungsantrag (Drucksache 12 6554 vom 11.01.1994) zur Situation der psychisch Kranken in der BRD auf die mangelhafte sozialpsychiatrische Versorgung unserer Jugend und die fehlende vertragsrechtliche Umsetzung der §§ 43a und 85.2 SGBV hin. Diese parlamentarischen Aktivitäten wurden meinerseits durch ein Schreiben an die Mitglieder der Bundestagsausschüsse für Gesundheit, Frauen und Jugend, Familie und Senioren und Arbeit und Sozialordnung unterstützt (s. Forum I-1994, S. 9-11).

Erst ein unvergesslicher Auftritt von Rechtsanwalt Herbert Wartensleben bei der KBV führte zum Durchbruch. Nachdem wir Kinderpsychiater mehrfach freundliche aber ergebnislose Gespräche mit den Dezernenten der KBV, den Herren Effert und Moewes, geführt hatten, trat RA Wartensleben wie das leibhaftige Rumpelstilzchen auf, aber ein gewaltiges! Er stampfte mit dem Fuß und schrie, dass draußen betroffenen Kinder und Eltern sitzen würden, die ihr Recht einklagen würden. Nur wenig später begannen fruchtbare Gespräche, die am Vorbild der Onkologie-Vereinbarung zur Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) führten mit Wirkung zum 01.07.1994. Leider hatten sich die Primärkassen aus diesen Verhandlungen zurückgezogen, so dass die Vereinbarung zunächst bundesweit nur für den Bereich der Ersatzkassen galt. Regional und je nach Primärkasse sehr unterschiedlich wurden in den verschiedenen Bundesländern bzw. KV-Bereichen auch entsprechende Vereinbarungen mit den Primärkassen geschlossen, in Nordrhein z. B. für die AOK und die IKK, diese sogar rückwirkend zum 01.01.1994.

Viele Primärkassen verschlossen sich weiterhin der Notwendigkeit, für eine angemessene sozialpsychiatrische Versorgung ihrer Mitglieder zu sorgen. Auch die Verleihung des von uns geschaffenen Schmäh-Ordens „Eiserner Stacheldraht“ half da nur wenig.

Erst zum 01.07.2009 wurde nach einer Gesetzesnovelle eine bundeseinheitliche Sozialpsychiatrievereinbarung für die Versicherten aller Gesetzlichen Krankenkassen beschlossen.

Zeit der Wende

Ebenfalls eine Aufgabe, aber noch mehr ein großes Glück waren der Mauerfall und die nachfolgende Vereinigung von BRD und DDR 1989/1990 mit der teils schwierigen Anpassung der unterschiedlichen medizinischen Versorgungssysteme und Lebenswelten.

Da ich die jüngere deutsche Geschichte aus verschiedenen Perspektiven mit erlebt habe, hat mich diese Entwicklung besonders berührt. In Oberschlesien geboren, mit der Familie im sächsischen Vogtland gestrandet, wuchs ich bis zu meinem 13. Lebensjahr in der Kleinstadt Oelsnitz/Vogtl. in der DDR auf. An die Not und die Enge der ersten Flüchtlingsjahre kann ich mich nicht erinnern, weiß das nur von den Erzählungen der älteren Geschwister. Es war, wie es eben war. Für mich sozial und politisch prägend waren der Konflikt zwischen religiös-häuslicher und kommunistisch-staatlicher Erziehung, der 17. Juni 1953 und vor allem die Niederschlagung des Ungarnaufstands 1956 durch die sowjetischen Truppen, was ich als 12-Jähriger mit blutendem Herzen am Radio verfolgt habe.

Wenn wir ehemaligen Grund- und Oberschüler uns heute nach fast 70 Jahren treffen, erleben wir sehr unterschiedliche Biographien. Immerhin gibt es einen Klassenkameraden, der Neuopsychiater und Psychotherapeut wurde und sich erst ähnlich spät wie ich aus dem Berufsleben verabschiedet hat. Welche Grundschulklasse bringt schon 2 Psychiater hervor?

Nach der „Wende“ waren wir sehr neugierig auf einander. Zunächst fuhren wir Westler zum IV. Rostocker Symposium „Aktuelle Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters“ vom 09. bis 12. 04.1990, wo Prof. Dr. Gerhard Göllnitz, Inhaber des 1. Lehrstuhls für Kinderneuopsychiatrie der DDR, vom Botschafter der Republik Österreich einen Verdienstorden verliehen bekam.

Für uns ungewöhnlich war, dass man bei der Tagungsanmeldung gefragt wurde, ob man bei der Übernachtung das Zimmer mit jemand bestimmten teilen möchte oder den Schlafgenossen per Liste zugewiesen bekommt. Auch dass es bei einer späteren Tagung in Leipzig im noblen Gästehaus der Republik Gemeinschaftsduschen auf dem Flur gab, immerhin mit Trennwänden aus

Marmor, war überraschend. Für die östlichen Kollegen war es dagegen ungewöhnlich, dass wir teils auch mit PartnerInnen anreisten, selbst wenn diese gar nicht vom Fach waren, also nur einfach so zum Vergnügen nach getaner Arbeit.

Auf der 64. Fortbildungsveranstaltung der Abteilung für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der Klinik für Psychiatrie und Neurologie des Bereiches Medizin (Charité) der Humboldt-Universität, Direktor Prof. Dr. sc. Med. Klaus-Jürgen Neumärker, referierte Prof. Dr. K. Minde, Montreal, über „Was ist Säuglingspsychiatrie und warum ist wichtig?“

Die Ost-Kollegen waren nicht von gestern, und vor allem pflegten sie noch die Einheit von Psychiatrie und Neurologie, die im Westen schon weitgehend zu Gunsten weitgehender Spezialisierung aufgegeben worden war.

Zur Wendezeit gab es in der DDR gut funktionierende psychiatrische Polikliniken und Ambulatorien, besetzt mit Arzt, Psychologen und Gemeindeschwester in der Funktion einer Sozialarbeiterin, die man sehr gut in Sozialpsychiatrische Praxen hätte umwandeln können, wenn es zu dem Zeitpunkt schon die SPV gegeben hätte. Leider gab es nur die gesetzliche Grundlage, nicht aber die notwendige Verordnung, so dass diese Ambulatorien zunächst überwiegend abgewickelt wurden. Ein besonderes Problem dabei war, dass die neu entwickelten Fallpauschalen für Erwachsene und Kinder/Jugendliche gleich waren, so dass die deutlich aufwendigere Versorgung von Kindern und Jugendlichen kaum noch möglich war.

Aus dem gemeinsamen Bemühen um eine bestmögliche neuropsychiatrische, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung entstanden vielfach kollegiale Kontakte und Freundschaften.

Es wären viele Namen auszuzählen. Besonders erwähnen will ich Dr. Ulrich Schuman aus Pirna, der ab 1991 Mitglied im Vorstand des BKJP war, Frau Ina Schairer aus Stadtroda, die lange Zeit Obfrau der thüringischen Regionalgruppe des BKJP, war und Dr. Erik Mueller aus Meißen, der mir half, für den BKJP bei der Deutschen Kreditbank in Meißen ein Konto einzurichten. Die Ost-Kollegen wollten auf den gemeinsamen Tagungen nicht als die ar-

KONTOAUSZUG			
5 001-38-1068		132190	BLATT: 001/001
Betrag	Zahlungsgrund		KIJU PSYCHIATRIE
2.524,82	857		Auftraggeber
			Gegenkonto
			Erf.-Tag
		0 DT-KRED ITBANK MEISS.	5001-95-75250 1511
0,00		2.524,82	
Alter Saldo	Σ Sollumsätze	Σ Habenumsätze	Neuer Saldo

men Verwandten dastehen, sondern auch ihren Beitrag leisten, wenn auch in MDN (Mark der Deutschen Notenbank). Als am 01.07.1990 die DM (Deutsche Mark) auch in der DDR eingeführt wurde, wurde auch das Ost-Konto des BKJP in DM umgerechnet.

In verschiedenen Regionalkonferenzen war der BKJPP bemüht, die östlichen Kollegen über die anstehenden Veränderungen und die westlichen Verhältnisse zu informieren. Das Interesse und die wechselseitige Unterstützung waren groß.

U.a. konnten wir endlich die Kollegen aus Mitteldeutschland zu unserer Jahrestagung am 14. bis 16. Juni 1990 nach Lübeck einladen. Diese war von den Drs. Kleinke organisiert worden, stand unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr und hatte das Tagungsthema „Süchtiges Verhalten im Kindes- und Jugendalter“. Das Wichtigste bei dieser Tagung war aber die kollegiale Begegnung von Ost und West!

In einem Symposium am 6./7.09.1991 in Burg/Kreis Lübben, das vor allem von Dr. med. habil. Wolfram Kinze organisiert worden war, wurde die Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen eingehend dargestellt. Mit der Tagung residierten wir im Hotel „Zur Bleiche“, das damals noch den Charme eines FDGB-Heimes hatte. So wurden wir bis auf die obligatorische Spreefahrt nicht von der Arbeit abgelenkt.

Die Annäherung der beiden über 44 Jahre getrennten Deutschlands war oft freudig und hoffnungsfroh, oft aber auch mühsam und ist bis heute nicht vollständig gelungen.

Weshalb in einem Land, in dem „Friedenserziehung“ und „Völkerfreundschaft“ Staatsdoktrin/Staatsräson waren, besonders große Ängste vor Fremdheit und Veränderung herrschen und was staatlich verordnete Völkerfreundschaft erreicht, sollte uns heute zu denken geben.

Anfang 1992 hatten die Kollegen Dr. Jenny Junghanß, Dr. Edwin Fischer und Dr. Ulrich Schumann eine „Stellungnahme zur Lage von Kindern, Jugendlichen und Familien in den neuen Bundesländern“ erarbeitet.

Am 16.09.1992 fand ein Gespräch von BKJP, DGKJP und BAG mit der parlamentarischen Staatssekretärin Dr. Sabine Bergmann-Pohl zur psychosozialen Versorgung in der gesamten BRD statt.

KINDERNEUROPSYCHIATRISCH - PSYCHOLOGISCHE ABTEILUNG MEISSEN

Sitz z. Zt.: **Loosestraße 13**
 Dresdener Str. 51
künftig: **Dresdener Str. 42**



Mit dem Kauf einer dieser Plaketten unterstützen Sie unser neues Kinderzentrum in Meißen. Es entsteht auf Beschuß des Runden Tisches der Stadt Meißen im ehemaligen Stasikomplex auf der Dresdener Straße.
Die Plaketten wurden von der Porzellanmanufaktur in einer limitierten Auflage von 10'000 Stück gespendet.
Diese Spendenaktion wurde von der Bürgerbewegung initiiert und getragen.



Aus heutiger Sicht betrachtet ist auch in diesem Bereich der Fortschritt eine Schnecke.

Arbeitsalltag des Vorsitzenden und Jahrestagungen des BKJP/BKJPP

Die Arbeit als Vorsitzender des BKJP/BKJPP war schon damals umfangreich. Durchschnittlich einmal pro Woche waren Sitzungen bei KBV, Krankenkas- sen, benachbarten Berufsverbänden und Ministerien. Schreibarbeiten wurden am Wochenende erledigt. Erst nach einiger Zeit war es wirtschaftlich möglich zunächst für 2 Stunden, später für $\frac{1}{2}$ Tag pro Woche eine Sekretärin einzustellen. Anfangs wurde alles auf der elektrischen Schreibmaschine geschrieben und kopiert. Der Tipp-ex-Verbrauch war hoch. So entstanden auch die ersten „Mitglieder-Rundbriefe“, die als eine vervielfältigte Sammlung diverser In- formationen am Wochenende kuvertiert und verschickt wurden.

Um ein günstiges Porto zu erzielen, wurde ab Anfang 1991 die Mitglieder- rundbriefe als Quartalsheft gestaltet. Daraus wurde 1993 das „Forum der Kin- der- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ mit ISSN und allem, was zu einer ordentlichen Zeitschrift gehört.

Bis 1992 hatten DGKJ und BKJP nominell eine gemeinsame Geschäftsstelle in Marburg, geführt von Frau Anita Dehnert. Da die berufspolitische Arbeit es jedoch notwendig machte, dass der Vorsitzende des BKJP zeitnah auf Anfra- gen, neue berufspolitische Entwicklungen etc. reagierte, wurde von der MV 1992 eine eigene Geschäftsstelle für den Vorsitzenden bewilligt, ausgestattet mit 530 DM pro Monat für Personalkosten und 100 DM pro Monat für Sach- kosten.

Die erste Teilzeit-Sekretärin war Frau Birgit Buchholz, die dem BKJP und mir über Jahrzehnte treu geblieben ist,

Um eine effektive Arbeit zu ermöglichen, schaffte ich auf eigene Kosten ei- nen PC samt Monitor und Drucker für ca. 11.000 DM an und leaste ihn an den Berufsverband, da damals die Anschaffungskosten für den Verband zu hoch waren.

Ein Ausgleich zu diesen Mühsalen waren die Jahrestagungen, auch wenn die- se ebenfalls mit Arbeit verbunden waren, da die meisten weiterhin vom häus- lichen Büro und von der Praxis aus organisiert wurden.

Sie waren jedoch das Sahnehäubchen auf der Arbeit als Vorsitzender.

Nach der überraschend großen Tagung 1988 lagen die späteren Teilnehmer- zahlen meist bei 300 bis 400. Damals gab es auch noch nicht so viele Kinder- und Jugendpsychiater wie heute und nicht so viele nichtärztliche Mitarbeiter.

Neben den schon erwähnten Tagungen in Lübeck und Burg sind mir beson- ders die Tagungen 1992 Bayreuth, 1993 in Eisenach, 1994 erneut in Aachen und 1995 in Dresden in lebhafter Erinnerung.

In Bayreuth war „Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen“ das Tagungsthema. Dafür ließen wir extra den damaligen „Mißbrauch-Guru“, Prof. Dr. Tilmann Furniss, aus Münster einfliegen. Zum erholsamen Ausgleich gab es im Markgräflischen Opernhaus einen Liederabend „Merk-Würdige Menschen“ mit Prof. Uta Spreckelsen, Sopran, Dr. Wilhelm Rotthaus, Baß-Bariton, und Prof. Rainer Hoffmann, Klavier.

Der Begriff Work-Life-Balance war damals noch nicht en vogue, aber wir haben ihn gelebt.

Die Jahrestagung 1993 in Eisenach war mit dem Thema „Aufgaben und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Verbund von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Sozialhilfe“ gezielt berufspolitisch in unserem Ringen um die SPV. Prof. Dr. Reinhart Lempp hielt das Einführungssreferat. Schirmherrin war die damalige Bundesgesundheitsministerin, Dr. Angela Merkel.

Die Tagung 1994 in Aachen war dadurch besonders, dass diese gemeinsam mit der DGKJ durchgeführt wurde. Während die DGKJ auf einem Wissenschaftsforum „Neue Forschungsergebnisse der Kinder und Jugendpsychiatrie“ vorstelle, lautete das Thema des Symposions des BKJPP: „Alle Gewalt geht vom Volke aus“ und versuchte, die Komplexität des Gewaltproblems darzustellen. Schirmherr war der Bundesminister für Gesundheit, Horst Seehofer. Signet des Tagungsheftes war der „wehrhafte Schmied“, ein Schlagetot, dem in Aachen ein Denkmal gesetzt wurde, weil er in der Gertrudisnacht 1278 zusammen mit anderen den Grafen Wilhelm von Jülich samt seiner Söhne erschlagen hat.

Besonders bewegend war der Vortrag von Dr. Karl Christian von Braunschweig „Erfahrung von Gewalt – ein Anschlag der RAF und ein Versuch von Angehörigen, darauf zu reagieren“. Dieser Bericht kann im Forum-IV/94, S. 34-44 nachgelesen werden.

Am Vorabend war eine öffentliche Diskussion zum Thema „Jugend und Gewalt – Familie, Schule Freizeit“ unter großer öffentlicher Beteiligung durchgeführt worden.

Von der Mitgliederversammlung 1994 des BKJPP wurde erstmals Dr. Christa Schaff als stellvertretende Vorsitzende in den Vorstand gewählt.

1996 richteten Dr. Ulrich Schumann und Prof. Dr. habil. Michael Scholz unter der Schirmherrschaft des Staatsministers für Soziales, Gesundheit und Familie, Dr. Hans Geisler, die Jahrestagung zum Thema „Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder- und Jugend-

psychiatrie und Jugendhilfe“ aus. Trotz des anspruchsvollen Themas erlebten wir eine lebensfrohe Tagung im sich neu erfindenden Elbflorenz, auch wenn die Spuren des Krieges und der Mangelwirtschaft noch unübersehbar waren. Und obwohl es bei der Tagung an nichts gefehlt hat, führte die sparsame Haushaltsführung der beiden Organisatoren zu einem Plus in der Kasse des BKJPP.

Auch zu allen anderen Tagungen gäbe es viel zu berichten. Zum Schluss nur noch ein Dank an Dr. Rotthaus, der nicht nur mir die große Freude bereitete, bei meiner Abschlusstagung 1999 in Aachen im Hohen Dom noch einmal einen unvergesslichen Liederabend zu gestalten.

EBM, GOÄ und Sisyphos oder Die Mühen der Ebenen

Als ich Ende 1985 meine eigene kinder- und jugendpsychiatrische Praxis eröffnete, hatten die Pioniere der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, neben Dr. Reinhard Schydlo und Dr. Hans-Jürgen Heubach in Düsseldorf, Dr. Elmar Müller in Hamburg, Dr. Helmut Eller in Bonn noch ca. 70 weitere gemeinsam mit dem Berufsverband bereits wichtige Abrechnungsmöglichkeiten für die ärztlichen Leistungen erreicht. Was fehlte, war die SPV. Aber auch die im EBM, den es seit 1977 gab, der aber immer wieder modifiziert wurde, und die in der GOÄ kodifizierten Leistungen waren keinesfalls in Stein gemeißelt. Gerade, wenn wir dachten, die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist endgültig in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung etabliert, kam irgendeine Änderung, die alles wieder in Frage stellte. Diese Verwerfungen entstanden oft durch Entscheidungen, bei denen die zuständigen Gremien einfach nicht bedacht hatten, zu welchen Auswirkungen dies für unsere kleine Fachgruppe und unseren Versorgungsauftrag führen würde.

Immer wieder gab es Situationen, wo schwerwiegende Verschlechterungen drohten oder zunächst auch eintraten. So war es nach einer EBM-Reform plötzlich nicht mehr zulässig, neben der kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung auch die anschließende Behandlung abzurechnen. Nicht nur wegen der oft langen Anfahrtswege war jedoch die Kombination von Diagnostik und Therapie durchaus sinnvoll, teilweise dringend geboten.

Mir selbst war die Streichung der Leistungen im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung zunächst gar nicht aufgefallen, zumal dies nicht automatisch sondern nur auf Anforderung von der KV mitgeteilt wurde. Jedoch Kollege Dr. Stosch, der bereits mit EDV abrechnete, hatte bemerkt, dass Leistungen, die erbracht worden waren, ohne weitere Mitteilung gestrichen wor-

den waren. Nach wiederholter Intervention wurden die Leistungen wieder akzeptiert und auch nachträglich vergütet.

Oder es wurde stillschweigend die Abrechnung der neurologischen Untersuchung gestrichen, weil in der Leistungslegende nur die Nervenärzte und Neurologen aufgeführt waren und nicht wir Kinder- und Jugendpsychiater als „Kinderneuropsychiater“.

Zu existentiellen Sorgen führte in einigen Regionen, z. B. in Südbaden, 1996 die Einführung der Praxisbudgets. Durch die Gleichsetzung mit den Nervenärzten/Psychiatern, die ganz andere Behandlungszeiten und Patientenzahlen hatten, drohte einigen Praxen der Konkurs.

Insgesamt waren die Turbulenzen und die Verunsicherung durch EBM-Änderungen und Budgetierung so groß, dass die Mitgliederversammlung 1996 auf Vorschlag des Vorstandes die Errichtung eines „Solidaritätsfonds“ beschlossen hat. Dieser Fond, der heute noch besteht, soll dazu dienen, rechtliche Klärungen von grundsätzlichem Interesse, die niedergelassene Kollegen wegen Leistungs- und Abrechnungsfragen mit den KVen oder Krankenkassen führen, finanziell zu unterstützen. Dazu waren alle gebeten, einen freiwilligen Betrag in Höhe von 500 DM, ggf. in 2 Teilbeträgen, einzuzahlen. Von den damals inzwischen 300 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern folgten ca. 60 diesem Aufruf.

Schwerwiegend war, dass ebenfalls in Rahmen einer EBM-Revision plötzlich die kinder- und jugendpsychiatrischen Gruppenleistungen nicht mehr verfügbar waren. Zwar gelang es in Zusammenarbeit mit der DGKJP, vertreten durch Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl, zumindest für Jugendliche ab 12 Jahren die Gruppentherapie wieder einzuführen. Für den Bereich der jüngeren Kinder gab es zwar positive Erfahrungen, jedoch keine validen Studien.

Die Anhörung bei der KBV und den Spaltenverbänden der Krankenkassen hatte mir die Tatsache, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr vieles Erfahrungswissen vorhanden, dieses aber großen Teils nicht wissenschaftlich validiert war, so eindrücklich klar gemacht, dass dies schließlich 1997 zur Gründung der „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ geführt hat.

Im Forum-II/98 finden Sie auf den Seiten 11 bis 17 einen Vorschlag des BKJPP zur Novellierung des „EBM 2000+X“ mit DM-Vergütung. (Das „X“ stand dafür, dass sich der angekündigte EBM 2000 beständig verzögerte und schließlich als EBM 2000plus am 01.04.2005 in Kraft trat.)

Dieser Vorschlag lehnte sich an einen Vorschlag zur Neufassung des Kapitels G der GOÄ für das Unterkapitel III – Kinder- und Jugendpsychiatrie“ an (s. Forum-II/98, S. 18-20), das vom Arbeitskreis „Weiterentwicklung der GOÄ“ der Bundesärztekammer 1997/1998 in mehreren Sitzungen erarbeitet worden war. Besonders bemerkenswert war, dass es im gemeinsamen Ringen gelungen war, analoge Gliederungen und Formulierungen für alle Neuro-Psycho-Fächer zu erarbeiten. Dieser fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen Prof. Dr. Andreas Warnke und mir und unseren Vorständen erinnere ich mich sehr gern. Leider wurde das Ergebnis dieser konzertierten Aktion nie in eine gültige GOÄ umgesetzt.

Um in den künftigen Verhandlungen mit KV/KBV, GKV und Ministerien besser gerüstet zu sein, führte der BKJPP 1997/98 mit Bezugsjahr 1996 unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Dr. Notger Carl eine Leistungs- und Kostenanalyse der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen durch. An dieser nahmen 143 (48%) der damals ca. 300 niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater teil. Eine Überraschung war, dass der durchschnittliche Gewinn der Praxen-Ost (N=11) deutlich über dem der Praxen-West (N=92) lag. Allerdings lag auch die Fallzahl der Ost-Praxen deutlich über der der West-Praxen, vermutlich auch deren Arbeitszeit.

Diese Zahlen gibt es noch und können durchaus zum Nachdenken anregen.

Psychotherapie / -psychotherapie und das Psychotherapeutengesetz

Schon früh gehörte für die meisten Kinder- und Jugendpsychiater die anfangs in der Weiterbildungsordnung nicht obligate psychotherapeutische Weiterbildung zum beruflichen Selbstverständnis. In einer Promotionsarbeit zeigte Sibylle Winter in der „Untersuchung zum Berufsverständnis der Kinder- und Jugendpsychiater/innen in Westdeutschland einschließlich Berlin-West“ schon 1991, dass die große Mehrheit der Kinderpsychiater den Zusatztitel Psychotherapie erworben hatte oder in einer entsprechenden Weiterbildung war. Psychoanalyse war nur zu ca. 20 % vertreten, Verhaltenstherapie damals ähnlich selten (s. auch Forum III/1991, S. 43-60).

Zum damaligen Zeitpunkt haben die meisten ihre psychotherapeutische Weiterbildung an einem psychotherapeutischen Institut für Allgemeine bzw. Erwachsenen-Psychotherapie absolviert, nur wenig für spezielle Kinderpsychotherapie/-analyse.

Entsprechend des therapeutischen Selbstverständnisses und der bereits erfolgenden Weiterbildung bemühten sich BKJP und DGKJ bei den zustän-

digen Gremien, insbesondere der Bundesärztekammer, um eine Integration der Psychotherapie in unser Fachgebiet im Rahmen der anstehenden Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung. Entgegen der damaligen Weiterbildungsrealität, den ursprünglichen Erwartungen und der Forderung des BKJP gelang es jedoch nicht, die gesamte Psychotherapie in unser Fachgebiet zu integrieren. Programmatisch hatte die Mitgliederversammlung 1992 den Begriff „Psychotherapie“ in die Bezeichnung unseres Berufsverbandes integriert. Dieser hieß ab dem Zeitpunkt „Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V.“ (BKJPP). Im Rahmen der Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung billigte uns der Deutsche Ärztetag nur die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu mit der künftigen Gebietsbezeichnung „Arzt/Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“. Wer Genaueres dazu nachlesen will, kann dies im Forum IV-1993, S. 8-9, tun.

Auch in einem weiteren Bereich verlief die Entwicklung aus meiner Sicht nicht glücklich, nämlich bei der Verabschiedung und Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998. Zu dessen Geschichte siehe die Übersicht von Dr. Christa Schaff im Forum I/98, S. 8/9, zu den Auswirkungen für die Kinder- und Jugendpsychiater ihren Beitrag im Forum-II/98, S. 49-58. Dort findet sich auch ein Auszug aus dem 1. Mitgliederrundbrief von Dr. Reinhard Schydlo vom 08.11.1978: „Herr Dr. Schydlo, Frau Dr. Schulte-Holthausen und Herr Dr. Förster nahmen an der Anhörung der Verbände durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit am 19.9. und 25.10.78 zum Entwurf des Psychotherapeutengesetzes teil...“ So lange ging das schon!

Bei der Debatte und Abstimmung durch die Vertreterversammlung der KBV über die Integration der nichtärztlichen Psychotherapeuten wurden nach meiner Erinnerung die Delegierten durch die KBV, namentlich durch deren damaligen Vorsitzenden, Dr. Schorre, bewusst oder unbewusst in die Irre geführt. Die Zahlen der prognostizierten Zulassungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden inzwischen um das mehrfach übertroffen. Der Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten, Dipl. Psych. Hans-Jochen Weidhaas, verhielt sich auf der Vertreterversammlung außerordentlich klug, sagte wenig und verbreitete Sympathie. Später war er Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV und hat 2015 das Bundesverdienstkreuz erhalten.

Immerhin gelang es vor allem durch das Wissen, das Verhandlungsgeschick und den immensen Einsatz von Dr. Christa Schaff, die arbeitsteilig den Be-

reich der Psychotherapie im Vorstand übernommen hatte, die Kinder- und Jugendpsychiatrie in den diversen psychotherapeutischen Gremien als feste Größe zu etablieren. So wurden sie, Dr. med. habil. Wolfram Kinze und ich selbst in den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und in den Fachausschuss für Psychotherapie gewählt. Darüber wird Dr. Schaff vielleicht demnächst selbst berichten.

Danke!

Es gäbe noch manches aus den 12 Jahren zu berichten, woran ich nur fördernd beteiligt war, so über die Erarbeitung der Basisdokumentation zur Leistungsevaluation durch Dr. Le Lam und Dr. Franz Wienand in Zusammenarbeit mit BAG und DGKJP.

Die zunehmende Bedeutung der Regionalgruppen und die Unterstützung durch deren Vorsitzende im Beirat wären ein eigenes Kapitel wert.

Wichtig, arbeitsintensiv und für uns Kinder- und Jugendpsychiater hilfreich war auch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Ärzteverbünden außerhalb von Ärztekammern und KVen, insbesondere mit dem Hartmannbund und der GFB. Diese Allianzen hatte bereits Reinhard Schydlo geschmiedet. Und besonders in der Zeit, als wir als sehr kleine Fachgruppe leicht übersehen wurden, brauchten wir dringend diese Unterstützung. Vor allem in den Gründerjahren wäre manches ohne sie nicht erreicht worden.

Auch die Zusammenarbeit mit der „AKTION PSYCHISCH KRANKE“ einschließlich der Beteiligung an den jeweiligen Tagungen hat wechselseitig zu Ermutigung und fruchtbare Arbeit geführt. Schon 1985, dem Jahr meiner Niederlassung, brachte die Aktion unter Federführung von Prof. Dr. Reinhard Lempp und A. Veltin den Tagungsband „Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Bestandaufnahme“ heraus.

Meine Arbeit als Vorsitzender wäre nicht möglich und nicht erfolgreich gewesen ohne die Vorleistungen des Gründungsvorstandes und der beiden früheren Vorsitzenden, Dr. Reinhard Schydlo und Dr. Eckart Förster, und auch nicht ohne die Unterstützung durch die stellvertretenden Vorsitzenden, die übrigen Vorstandmitglieder und die Obleute unserer Regionalgruppen.

Dr. Helmut Eller, Dr. Helga Epple, Dr. Joachim Kleinke, Dr. Walter Landsberg, Dr. Wilhelm Rothaus, Dr. Christa Schaff, Dr. Ute Schulte-Holthausen, Dr. Ulrich Schumann, Dr. Reinhard Schydlo, den Ehrenmitgliedern des BKJPP, die sich um den Berufsverband und die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung verdient gemacht habe,

den Obleuten und vielen weiteren Kolleginnen und Kollegen danke ich aus ganzem Herzen, dass ich fast 12 Jahre lang Vorsitzender des BKJP und mit Ihnen gemeinsam für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien tätig und erfolgreich sein durfte!

An Geburtstagen darf man sich auch etwas wünschen:

In den 50 Jahren, in denen es unser Fachgebiet gibt, und in den 40 Jahren, in denen der Berufsverband existiert, ist vieles erprobt, untersucht, geprüft, weiterentwickelt oder auch verworfen worden. Für unseren berufspraktischen Bereich ist etliches davon seit 1991 in den „Mitgliederrundbriefen“, jetzt „forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ festgehalten worden. Es würde sich lohnen, diesen Erfahrungsschatz zu bewahren und fortzuführen.

Ganz am Anfang hatte der Berufsverband weder Computer noch Sekretärinnen und vor allem auch nicht die finanziellen Mittel, um ein digitales Archiv aufzubauen. Der Gedanke dazu bestand schon bei der Einrichtung einer Homepage, die wir vor allem Dr. Ingo Spitzok von Brisinski zu verdanken haben. Damals waren wir aber schon froh, dass die erste Homepage mit geringen Kosten in Indien konfiguriert werden konnte. Vielleicht können wir uns inzwischen etwas mehr leisten und auch die nächste Generation von Kinder- und Jugendpsychiatern an unserer heutigen Arbeit teilhaben lassen!

Christian K. D. Moik

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Zum 15. Geburtstag des Berufsverbandes wurden im wissenschaftliche Teil des „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie – III/1993“ Vorträge aus Anlass der Jahrestagung des BKJPP am 19./20. März 1993 in Eisenach und der Frühjahrssitzung der BAG am 13./14.05.1993 in Bad Reiboldsgrün/Vogtland referiert:

RD Dr. med. Christiane Redel vom BMG: *Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Gesundheitswesen aus Sicht des Gesetzgebers*

Prof. Dr. med. Andres Warnke und Wolfgang Heid, Würzburg: *Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

MR Dr. Reinhard Wiesner vom BMFJ: *Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinderpsychiatrie / Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus Sicht der Jugendhilfe*

RD Ursula Friedrich vom BMFS: *Sozialpsychiatrische Versorgung behinderter Kinder und Jugendlicher nach BSHG/KJHG*

Dr. med. Wilhelm Rotthaus, Viersen: *Die „Schule für Kranke“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Dr. med. habil. Wolfram Kinze, Lübben: *Zur Situation der Beschulung von stationär in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen behandelten Kindern und Jugendlichen in den neuen Bundesländern*

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Im Mitgliederrundbrief des Vorsitzenden wurde zunächst an die Anfänge unseres Berufsverbandes erinnert und dem Gründungsvorstand gedankt. Dieser hat in unermüdlicher Arbeit die Grundlagen für ein wirtschaftliches Überleben der sich zunehmend etablierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen geschaffen. Neben Fragen der Gebührenordnung und der Honorierung nichtärztlicher Leistungen war schon 1978 auch das geplante Psychotherapeutengesetz ein Thema.

In den ersten 15 Jahren hatte sich die ambulante Versorgung in den verschiedenen Regionen Deutschlands sehr unterschiedlich entwickelt. Während es relativ gut versorgte Städte gab wie München und Bonn, mit 1 Kinder- und Jugendpsychiater auf 100.000 Einwohner, waren anderen Orts 1 Million Einwohner zu versorgen, d.h., es blieben konkret sehr viele Kinder, Jugendliche und Familien unversorgt oder hatten weite Entfernung zu überwinden. Diese Situation hat sich gebessert, die Disparität zwischen verschiedenen Regionen ist jedoch geblieben und wird durch die derzeitige Bedarfsregelung noch zementiert.

Dass Kliniken sich dieses Bedarfs annahmen und in freien Räumen ambulante Versorgungsmöglichkeiten etablierten, wurde von manchen niedergelassenen KollegInnen sehr kritisch gesehen, war jedoch überwiegend eine Folge des Versorgungsmangels.

Die Konflikte zwischen Niedergelassenen und Klinikern waren auch wichtige Themen zwischen BKJPP und DGKJP, inzwischen ergänzt durch die BAG. Nachdem die Gründungsphase des Berufsverbandes von der DGKJ/DGKJP anfangs fördernd begleitet wurde, weckte die wachsende Bedeutung des BKJP auch Besorgnis und Kritik. Vor allem die sich erfreulich entwickelnden Jahrestagungen, die sich aus dem Schatten der großen Schwester lösten, wurden beargwöhnt. So war es umso erfreulicher, dass es gelang, für den Herbst 1994 eine gemeinsame Jahrestagung von BKJPP und DGKJP zum Thema „Gewalt“ zu planen.

Ausdruck der positiven Entwicklung des Berufsverbandes war auch die zunehmende Regionalisierung, die den föderalen Strukturen der BRD folgte. Um dies zu fördern und gleichzeitig eine Zersplitterung zu vermeiden, wurde am 18.09.1992 in Frankfurt/Main das erste ganztägige Obleute-Treffen durchgeführt.

Dr. med. Reinhard Schydlo berichtete als Delegierter und Präsident der „Facharztsektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der UEMS über deren Jahrestagung 1993. Es hatten aus 11 EG- und 5 EFTA-

Ländern 31 Delegierte teilgenommen. Herr Dr. Schydlo wurde als Präsident wiedergewählt, Dr. Nini Smedegaard aus Aalborg, Dänemark, als Vizepräsidentin bestätigt.

Zur künftigen Harmonisierung der kinder- und jugendpsychiatrischen Weiterbildung in den europäischen Mitgliedsländern wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, bestehend aus Prof. van Engeland, Niederlande, Prof. Hill, England, Dr. Sontag, Frankreich, Prof. Piha, Finnland und Prof. Rothenberger, Deutschland.

In einem 2. Beitrag berichtete Dr. Schydlo über die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Finnland.

Was berufspolitisch Ende 1993 wichtig war und was alles im Forum IV/1993 stand, das erfahren Sie im „*forum* 4/2018“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Testrezension:

Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fifth Edition (WISC-V)

Teil 2

Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fifth Edition (WISC-V).

Bearbeitung der deutschen Fassung: F. Petermann. NCS Pearson, Inc.

Adaptation und Druck durch die Pearson Deutschland GmbH.

Technisches Manual ISBN: 978-3-943274-15-8

Durchführungs- und Auswertungsmanual ISBN: 978-3-943274-16-8

Gesamtsatz 1519,00 € inkl. USt.

Im 2. Teil der Testrezension des WISC-V geht es in den Abschnitten I und II um verschiedene Möglichkeiten der Testauswertung im Anschluss an die traditionelle Form der Testdurchführung. Im Abschnitt III wird eine neuartige Testdurchführung mittels zweier Laptops dargestellt, wobei die Auswertung ebenfalls EDV-basiert erfolgt. Im Abschnitt IV berichtet der Rezensent über seine Erfahrung mit dem Pearson-Seminar.

I - Testauswertung mit der Praxis-EDV

Auswertungsprogramm 362,00 € inkl. USt.

Netzwerkvollversion 1 bis 3 PCs 592,00 € inkl. USt.

Lizenzerweiterung für 1 zusätzlichen PC 110,00 € inkl. USt.

Upgrade auf Netzwerkversion bis 3 PCs 258,00 € inkl. USt.

Am Ende des Teils 1 der Rezension des WISC-V im *forum* 2-2018 (S. 86-93) wurde darauf hingewiesen, dass es bei der klassischen Papier-Stift-Version des Testes nach der traditionellen Testdurchführung neben der manuellen Auswertung des Testes auch die Möglichkeiten gibt, den Test EDV-basiert entweder mittels des auf dem eigenen PC installierten Programms auszuwerten oder via Internet auf der Plattform Q-global.

Wer sehr selten testet, wird den Test vielleicht per Hand auswerten. Das ist relativ zeitaufwendig.

Auch bei der EDV-gestützten Testauswertung haben wir zunächst die Rohdaten der Testung in den üblichen Protokollbogen eingetragen. Dies war zumindest für uns praktischer und schneller, als die Daten unmittelbar in die EDV einzugeben. Wir erlebten es auch eine Absicherung bezüglich der Richtigkeit der ermittelten Daten.

Nach der Übertragung der Rohdaten in das Auswerteprogramm erhält man quasi nebenbei außer IQ und primären Indexwerten die Zusatzinformationen der Sekundäranalyse mit den sekundären Indexwerten, die Prozessanalyse, alles mit tabellarischer und graphischer Darstellung, und einen Kurzreport. Diese zusätzlichen Informationen sind bei der Handauswertung nur recht mühsam aus dem Durchführungs- und Auswertungsmanual zu ermitteln. Sie erlauben jedoch eine zusätzliche Leistungseinschätzung der Probanden und sind insbesondere auch bei gutachterlichen Fragestellungen nützlich.

Wenn man sich schon den nicht eben billigen WISC-V anschafft, lohnt die digitale Auswertung!

Allerdings hat die manuelle Auswertung doch einen kleinen Vorteil: Man kann die erhaltenen Daten direkt in die Praxis-EDV-Akte der Probanden/ Patienten eintragen. Die unmittelbare Verknüpfung von Patientenakte in der Praxis-EDV mit dem Testauswertesystem gibt es bisher leider nicht für die Auswerteversionen von WISC und Co. Solch eine Schnittstelle hat der Rezessent seit Jahrzehnten immer wieder bei den Testverlagen und den Praxisystemanbietern nachgefragt. Vielleicht können demnächst die testaffinen Berufsverbände in einer konzentrierten Aktion da mehr erreichen.

Ob man sich für die Auswertung auf dem eigenen PC entscheidet oder auf der Internetplattform Q-global (s. unten) ist bezüglich der Kosten ein Rechenexample. Daneben ist es jedoch auch eine Frage der tatsächlichen oder gefühlten Datensicherheit. Die Daten im eigenen Praxis-PC werden ausschließlich von den autorisierten Nutzern dieses PCs verwaltet und sind damit relativ sicher. Bei der Nutzung von Q-global werden die Rohdaten verschickt, auf einer externen Plattform verrechnet und die Ergebnisse an den Absender zurückgeschickt. D. h., grundsätzlich könnten auch Interessenten außerhalb der Praxis Zugriff auf diese sensiblen Daten haben.

Und es gibt eine zusätzliche Abhängigkeit von einer Institution außerhalb der Praxis.

II – Auswertungsplattform Q-global

WISC-V – Lizenz Auswertungsplattform Q-global für 5 Jahre und 1 Nutzer zur unbegrenzten Auswertung von Paper & Pencil Testungen 249,00 €

WISC-V – Lizenz erweiterung Auswertungsplattform Q-global für 5 Jahre und 1 zusätzlichen Nutzer 49,00 €

Auch bei der Auswertung mit Q-global erfolgt zunächst die Durchführung des WISC-V in gewohnter Weise.

Pearson bietet mit Q-global eine webbasierte Plattform zur Testauswertung. Diese Plattform ist in Kanada stationiert und soll den Datenschutzbestimmungen der EU einschließlich der aktuellen EU-Datenschutz-Grundverordnung entsprechen. Die Daten würden in keiner Cloud gespeichert. Die Übertragung der Daten vom Testleiter bzw. der Testperson zur Plattform erfolgt mit einer TLS(Transport Layer Security - Version 1.2)-Verschlüsselung und würde damit einem Internet-Höchststandard entsprechen. Trotzdem sollte sicherheitsshalber der Name der Testperson mittels eines Codes pseudonymisiert werden.

Das von der Plattform rückgemeldete Ergebnis entspricht den Daten und Tabellen, die man mit der PC-Version erhält.

Da auf Q-global nicht nur verschiedene psychometrische Tests sondern auch mehrere Rating-Skalen ausgewertet werden können, hat man es ermöglicht, dass diese Fragebögen von der Plattform zur Verfügung gestellt und direkt vom Probanden über eine Freischaltung am häuslichen PC ausgefüllt werden können. Dies ist mit einer zusätzlichen Absicherung verbunden, so dass der Proband keinen Zugriff auf den PC des Testleiters oder bei Nutzung von dessen PC auf die sonstigen Daten erhält. Das Ergebnis wird in jedem Fall auf das EDV-System des Testleiters gesendet.

Derzeit können folgende psychometrische Tests per Q-global ausgewertet werden:

- WISC-V (Wechsler Intelligence Scale for Children – Fifth Edition)
- WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Forth Edition)

Außerdem sind laut Info-Broschüre von Pearson folgende Rating-Skalen per Q-global verfügbar:

- BHS (Beck-Hoffnungslosigkeits-Skala) (ab 14 Jahre)
- BSS (Beck-Suizidgedanken-Skala) (ab 17 Jahre)
- BSI (Brief Symptom Inventory) (ab 14 Jahre)
- SP 2 (Sensory Profile) (0 – 14;11 Jahre)
- SCL-90-R (Symptom-Checklist-90-R) (ab 14 Jahre)

Bei den Fragebögen kann man wählen, ob man diese ohne eine Lizenz direkt am PC digital für 1,50 € pro Fragebogen inklusive Auswertung durchführen will oder für 1 oder 3 Jahre eine Lizenz erwirbt.

Im Internet werden unter www.pearsonclinical.ca/en/products/product-master.html/item-556 noch zahlreiche weitere Testverfahren aufgeführt, die ebenfalls per Q-global auswertbar seien.

Außer der umfassenden und differenzierten Testauswertung erlaubt Q-global die Nutzung einer digitalen Testbibliothek, die derzeit die oben ausgeführten Testverfahren samt der Manuale enthält. Zur Einsicht ist eine Freischaltung erforderlich. Darüber hinaus kündigt der Verlag an, dass diese Bibliothek künftig erweitert werden würde.

Um Q-global zu nutzen, empfiehlt Pearson den Browser „Google Chrome“. Außerdem sind noch weitere Browser nutzbar, u. a. „Mozilla Firefox“, „Explorer 11“ und „Edge“. Vor der Entscheidung, Q-global zu verwenden, sollte man also sein Praxis-EDV-System und die aktuellen Empfehlungen von Pearson überprüfen!

Bei der Installation und Nutzung von Q-global gibt es 4 verschiedenen Funktionsebenen:

- *Konto-Inhaber (obligatorisch)*: Demjenigen, der das Benutzerkonto erstellt, wird automatisch die Rolle des Kontoinhabers zugeteilt mit diversen Verwaltungsrechten.
- *Konto-Administrator (optional)*: Dieser hat dieselben Rechte wie der Konto-Inhaber.
- *Test-Administrator (optional)*: mit Zugriff auf die vollständige Personen- und Testverwaltung
- *Mitarbeiter Dateneingabe (optional)*: Dieser darf Testpersonen hinzufügen und bearbeiten und Testverfahren zuweisen.

Ob die EDV-gestützte Testauswertung mit der auf dem Praxis-PC installierten Auswertesoftware oder auf der Q-global-Plattform erfolgt, ist hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes und des Ergebnisses gleich. Wirtschaftliche Unterschiede können sich aus der Häufigkeit der Nutzung ergeben.

Emotional würde sich der Rezensent für die Auswertung auf dem eigenen PC entscheiden.

III – Q-interactive

WISC-V - Lizenz Q-interactive für 1 Jahr und 1 Nutzer zur digitalen Testdurchführung via iPad 150,00 €

ab 5 Lizenzen 20 %, ab 25 Lizenzen 33% Rabatt

WISC-V – Untertest Einzeldurchführung Q-interactive 1,50 €

ab 751 Einzeltests 17%, ab 5001 Einzeltests 33% Rabatt

Die tatsächlichen Kosten für die Tests addieren sich aus den Kosten für die jährliche Lizenz und die Anzahl der durchgeführten Einzeltests. Dabei ist die jährliche Lizenz nur einmal zu bezahlen, auch wenn verschiedenen Testverfahren (s. unten) durchgeführt werden.

Wenn nur Fragebogen-Tests durchgeführt werden, ist keine Lizenz erforderlich. Es werden lediglich die Einzeltests abgerechnet. Die Unter-/Einzeltests können im Voraus (Pre-Paid) mit Mengenrabatt oder nach Verbrauch bezahlt werden.

Da der „Mosaik-Test“ und der „Durchstreich-Test“ des WISC-V nicht per iPad durchgeführt werden können, sind außer den beiden iPads noch folgende Testmaterialien erforderlich:

- Würfel-Set für den Mosaik-Test (obligatorisch) 90,00 €
- Aufgabenheft 2 für den „Durchstreich-Test“ bei digitaler Testung (optional) 25 Stück 115,00 €
- Auswertungsschablone 2 für Q-interactive zur Durchführung des „Durchstreich-Tests“ bei digitaler Testung (optional) 25 Stück 60,00 €

Für die Auswahl der beiden iPads gibt es unter www.personassessment.de und in dem bei Pearson erhältlichen Info-Heft eine derzeit 15 Modelle umfassende Liste, von denen 5 für Testleiter und Testperson empfohlen werden, 4 weitere wären für den Testleiter akzeptabel.

Die Durchführung des WISC-V mit Q-interactive unterscheidet sich grundlegend von der Papier-Stift-Version.

Zwar sind die Testkonstruktion und die Testaufgaben gleich. Der Dialog zwischen Testleiter und Testperson unterscheidet sich aber dadurch, dass bis auf 2 Aufgaben (Mosaik-Test und Durchstreich-Test) die Testung mittels zweier über Bluetooth verbundener iPads erfolgt.

Auf die iPads von Testleiter und Testperson werden von der webbasierten Plattform „Central“, die ebenso wie „Q-global“ in Kanada stationiert ist, per

WLAN die Applikation „Assess“ geladen, wobei sich die Versionen für Testleiter und Testperson unterscheiden.

Wie bei Q-global erfolgt die Übermittlung der Daten mit einer TLS-Verbindung. Auf diesem Weg werden zunächst auch die Daten bezüglich der Testperson und zur Testkonfiguration übermittelt und später die Ergebnisse rückgemeldet. Während der Testung ist keine Internetverbindung erforderlich. Da können die Ergebnisse zunächst lokal auf „Assess“ gespeichert und erst nach Abschluss der Testung mit der Plattform synchronisiert und ausgewertet werden. Audio-Aufnahmen werden grundsätzlich nicht auf die „Central“-Plattform übertragen.

Auf dem iPad des Probanden erscheinen die Aufgaben in gewohnter Form, wenn auch „stylischer“.

Der Testleiter erhält neben den einzelnen Aufgaben auch Hinweise zur Durchführung der Aufgabenstellung z. B. hinsichtlich Einstiegsalter/Startpunkt und Abbruchkriterien. Die Bewertung erfolgt in Echtzeit.

Durch Audioaufnahmen können bei verbalen Tests die Antworten der Probanden später ggf. noch einmal überprüft werden.

Die interaktive und digitale Testdurchführung soll zu einer Zeitersparnis von ca. 1/3 führen.

Bisher gibt es keine spezielle Validierung für die digitalisierte Durchführung des WISC-V. Bis auf weiteres gelten die Normen der Paper-Pencil-Version.

Denkbar ist, dass die Normen jedoch angepasst werden müssen. Technik-begeisterte Kinder und Jugendliche werden evtl. durch das modische Kleid der Digitalversion zusätzlich stimuliert und könnten bessere Leistungen erzielen als bei der trockenen Papierversion.

Probanden mit Teilleistungsschwächen, Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen und intellektueller Beeinträchtigung könnten u. U. schwächere Leistungen erbringen.

Bis dazu spezielle Untersuchungsergebnisse vorliegen, sollten die Ergebnisse digitaler Testung mit anderen Untersuchungsverfahren verglichen werden.

Und vor allem sollten sich die NutzerInnen der digitalen Testung untereinander über ihre diesbezüglichen Erfahrungen austauschen und diese auch publizieren!

Der Rezensent hat angeregt, dass auf der kommenden Jahrestagung des BKJPP vom 15. bis 17. November 2018 in Magdeburg ein Anwendertreffen oder ein Fortbildungsseminar zum WISC-V angeboten wird. Ob dies der Fall sein wird, ist derzeit noch nicht entschieden.

IV – Seminare der Pearson-Akademie

Am 30.06.2018 nahm der Rezensent an einem Ganztags-Seminar mit 7 Unterrichtseinheiten der Pearson-Akademie in Düsseldorf unter Leitung von Dr. Franz Pauls, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Zentrums für Klinische Psychologie und Rehabilitation, Universität Bremen, teil. Dr. Pauls hat an der Normierung und Validierung des WISC IV und des WISC V mitgearbeitet.

Insgesamt gab es 18 Teilnehmerinnen und 1 Teilnehmer, was vermutlich die Gender-Realität bei der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen einschließlich deren Testdiagnostik realistisch abbildet.

Nach der eingehenden Erläuterung der testtheoretischen Grundlagen des WISC-V samt der Begründung der Neuerungen gegenüber dem WISC-IV wurden im 2. Teil die einzelnen primären und sekundären Untertests mit den zugehörigen Testanweisungen, Startpunkten und Abbruchkriterien dargestellt.

Im 3. Teil konnte in Kleingruppen die Eingabe von Rohwert-Testergebnissen und deren Auswertung als Primär- und Sekundär-Analyse mit Gesamt-IQ, primären und sekundären Indexwerten geübt werden.

Die Darstellung der Testgrundlagen und der Testkonstruktion war kompetent und didaktisch klar. Es war zu spüren, dass der Referent mit diesem Test aufs innigste vertraut ist.

Die Zeit reichte jedoch nicht, um auch nur einige der primären oder sekundären Untertests selbst wechselseitig durchzuführen. Dies wird in dem zweitägigen Seminar am 30.11./01.12.2018 in Frankfurt/Main mit 12 UE möglich sein.

In der Seminarausschreibung wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die eintägigen Seminare Kenntnisse und Erfahrungen in der Testdiagnostik und möglichst auch mit dem WISC-IV voraussetzen, weil in diesen Seminaren aus Zeitgründen die Einzeltests nicht erprobt werden können.

Auf die digitale Testauswertung, insbesondere auf Q-interaktive, wurde nur kursiv verwiesen unter Bezug auf die Veröffentlichung von Pearson in einer diesbezüglichen Broschüre und YouTube-Beiträge. Diese sind wirklich se-

henswert und können bei der Entscheidung, ob man künftig vernetzt testen will, durchaus hilfreich sein.

Der Rezensent hat bereits früher an Pearson-Seminaren zur WNV und zur KABC-II teilgenommen. All diese Seminare hatten hervorragende, kompetente ReferentInnen und waren bis auf das teils zu gering vorhandenen Testmaterial sehr gut organisiert. Bei den beiden letzten Seminaren wären mehr Testmaterial und weniger Catering besser gewesen.

Beim WNV-Seminar konnten die nur 5 TeilnehmerInnen (4+1) die Testverfahren umfassend gegenseitig selbst erproben (s. *forum*-3/2017, Testrezension KABC-II, S. 71).

Der Umgang miteinander war in allen Seminaren empathisch-kollegial, und die Übungsaufgaben waren so angelegt, dass niemand Sorge haben musste, wegen geringerer Erfahrungen gegenüber anderen negativ abzuweichen.

Neben den ein-, bzw. zweitägigen Grundlagenseminaren zum Preis von 176,47 bzw. 311,76 € gibt es für den WISC-V auch ein Supervisionsseminar für fortgeschrittene Anwender („WISC-Supervision“) zum Preis von 176,47 €.

Als Ergänzung zum Studium des Technischen Manuals und des Durchführungs- und Auswertungsmanuals kann der Rezensent allen AnwenderInnen des WISC-V die Teilnahme an solch einem Seminar sehr empfehlen, unbedingt aber jenen, die mit diesem Testverfahren neu beginnen.

C. Moik

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 Heften 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 Kopf-zeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2018/19

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 1.350 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 (96 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich. Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen. Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

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

Bitte senden Sie 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 13% angeboten.

Geschäftsstelle BkJPP e.V.

Rhabanusstraße 3 8.000

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



130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 1.200,- Euro

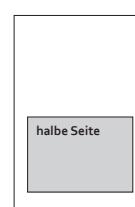
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 600,- Euro

Mitglieder 290,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

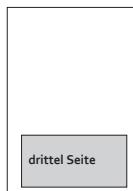
Firmenanzeigen 700,- Euro

Stellenanzeigen, Fortbildung, etc

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 350,- Euro

Mitglieder 200,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

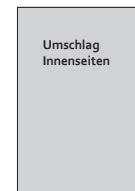
Firmenanzeigen 500,- Euro

Stellenanzeigen, Fortbildung, etc

Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro

Mitglieder 150,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 320,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2018/19:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2018	14. Dezember 2018	1. KW 2019
1-2019	14. März 2019	14. KW 2019
2-2019	13. Juni 2019	27. KW 2019
3-2019	12. September 2019	40. KW 2019

* 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 für 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.