

Inhalt:

Editorial: 10 Jahre Sozialpsychiatrie-Vereinbarung <i>Margarete von Rhein</i>	2
Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Persönliche Erinnerungen <i>Reinhard Schydlo</i>	5
10 Jahre SPV aus Sicht der Klinik – ein essayistischer subjektiver Glück-Wunsch <i>Renate Schepker</i>	10
Das hätte der Erwachsenenpsychiater auch gern <i>Nikolaus von Rhein</i>	17
Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aus der Sicht des Teams <i>Sigrid Runschke</i>	20
Integrative Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychi- schen Störungen in Nishnij Novgorod (Russland) <i>Tatjana Dmitrieva</i>	30
Sozialpsychiatrische Arbeit und Gemeinwesenorientierung 10 Jahre sozialpsychiatrische Arbeit – Ein Erfahrungsbericht <i>Dagmar Hoehne</i>	40
Erfahrungen mit der sozialpsychiatrischen Arbeitsweise im Land Brandenburg <i>Kerstin Kühl</i>	49
Änderung von Richtlinien und Maßnahmen in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit psychischen und / oder körperlichen Erkrankungen <i>Renate Voll</i>	51
Bion für Beginner - Eine Einführung <i>Ulrich Rüth</i>	66
<i>Zur Diskussion gestellt:</i> Zur Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung am Beispiel des ADHS <i>Hans Kowerk</i>	82
<i>Buch- und Testbesprechungen:</i> Ver-rückte Kinderwelten	95
Kinder mit Rechenschwäche erfolgreich fördern	97
Halbe Portion	99
RZD 2 - 6	102
Hinweise für Autoren	105

Editorial: 10 Jahre sozialpsychiatrische Vereinbarung

Nun haben wir eine „Große Koalition“ - was das für uns Kinder- und Jugendpsychiater wohl für Auswirkungen haben mag - und für unsere Patienten?

Das heiße Ringen um eine Reform des Gesundheitswesens hat in der Vergangenheit bei einem großen Teil unseres Berufsstandes für sehr viele Besorgnisse, Ängste und Aufregungen gesorgt, wenn in einem der Bundesländer die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung plötzlich mit (Bayern) oder ohne Vorankündigung (Westfalen-Lippe) gekündigt wurde, wenn die Kollegen aus den neuen Bundesländern erst keine, dann aber teilweise eine halbe oder eine „diagnostische“ und eine „Behandlungs“-SPV genehmigt bekamen. Dabei hat diese Sozialpsychiatrische Vereinbarung der Krankenkassen für viele Patienten erst eine neue Therapiemöglichkeit eröffnet, die vorher nicht gegeben war.

Mehr als 10 Jahre ist es her, dass diese Vereinbarung unterzeichnet und rechtswirksam wurde. Sie hat nachhaltige Auswirkungen auf unseren Arbeitsstil in der freien Praxis gehabt und wird sich unter der Maßgabe der rechtlich vorgegebenen Inhalte in unseren Praxen immer noch weiter entwickeln. In der Gruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater wurden zwei Untergruppen herausgebildet, nämlich die Kinder- und Jugendpsychiater ohne und mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.

Ich möchte in diesem Heft und dann in weiterer loser Folge Kollegen zu Wort kommen lassen, die sich sehr intensiv mit diesem Zweig unserer Arbeit beschäftigt haben. Ich möchte versuchen aufzuzeigen, wie sich sozialpsychiatrische Arbeit in der Praxis „anfühlt“, ist beispielsweise ein Unterschied spürbar bei der sozialpsychiatrischen Arbeit in Bayern oder in Schleswig-Holstein, in Brandenburg oder in der Pfalz, in Russland, Österreich oder in anderen Teilen Europas?

Ich möchte den Stellenwert im gesundheitspolitischen und gesamtpolitischen Kontext vor dem Erfahrungshintergrund der Kollegen mit und ohne SPV unterstreichen.

Die wissenschaftliche Aufarbeitung der SPV ist in mehreren Modellpraxen untersucht worden, und auch dieser Teil soll weiterhin im Forum dargestellt werden.

Eine Kollegengruppe aus Schleswig-Holstein hat z.B. die SPV-Arbeit in einem systemischen Setting evaluiert, auch auf die Ergebnisse dieser Arbeit dürfen wir gespannt sein.

Die in den Kliniken tätigen Kinder- und Jugendpsychiater haben schon lange den mehrdimensionalen oder multimodalen Behandlungsansatz nutzen können. In der Praxis war auch schon seit längerem die Notwendigkeit der multimodalen Arbeitsweise offenkundig, aber es gab keine politische oder gesetzliche Vorgabe, unter der diese Arbeit zu realisieren gewesen wäre. Die kranken oder gestörten Kinder waren schlichtweg unter- oder nicht versorgt.

Dem Verhandlungsgeschick und der Beharrlichkeit der Kollegen Schydlo und Moik als Pioniere (diese Namen werden genannt, aber viele weitere „Geburtstshelfer“ sollen sich hier eingereicht fühlen) ist es zu verdanken, dass der sozialpsychiatrische Gedanke auch in einem Teil der KJP-Praxen Platz finden konnte. Herr Schydlo hat im Folgenden seine persönlichen Erinnerungen für diese „schwere Geburt“ zusammengefasst.

Frau Kühl hat dargestellt, wie es sich in der ostdeutschen Region sozialpsychiatrisch arbeiten lässt.

Aber auch der Blick ins Ausland soll gewagt werden. Wir möchten im Forum einen Erfahrungsaustausch auf möglichst vielen Ebenen installieren, der Transparenz schafft für das Anliegen, unseren Patienten mehrdimensional helfen zu können.

Und letztendlich soll dieser Rahmen genutzt werden, um die politische Akzeptanz unserer Arbeit zu verstärken, uns nicht nur bei den Patienten und in den eigenen Reihen „bekannt zu machen“, sondern Raum zu gewinnen für eine gesunde Weiterentwicklung.

Wichtig ist es uns, denjenigen Kollegen, die als Kinder- und Jugendpsychiater ohne SPV arbeiten, ebenfalls an dieser Stelle eine Reflektionsebene zu eröffnen.

Fühlen Sie sich eingeladen, ihre Arbeit im Forum darzustellen und zwar ohne Rechtfertigungsdruck, weil sie sich für die Arbeit ohne SPV entschieden haben. Wir alle würden gern an ihren Kenntnissen und Erfahrungen über Unterschiede partizipieren und damit die Arbeit „ohne“ SPV besser verstehen.

Ihre

Margarete von Rhein

Zur Geschichte der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Persönliche Erinnerungen

Reinhard Schydlo

Als wir, mein Kollege Dr. Heubach und ich, uns 1977 in der ersten Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik niederließen, gab es kaum Vor-Erfahrungen in diesem Bereich. Wir hatten nach einer Woche zwar bereits eine Wartezeit von über einem halben Jahr, nach einer weiteren Woche jedoch merkten wir, dass wir von den bestehenden Gebührenordnungsziffern kaum existieren konnten. Es gab weder Gebührenordnungsziffern für die zeitaufwendige kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, noch für kinderpsychiatrische oder familientherapeutische Gesprächsleistungen, geschweige denn für irgendwelche Leistungen nichtärztlicher Mitarbeiter. Dennoch versuchten wir, solche Mitarbeiter, wie Heilpädagogen oder Motopäden, von vornherein in unser Behandlungs- Team einzubeziehen.

So stand in den ersten 10 Jahren nach unserer Niederlassung neben der täglichen Arbeit zunächst auch die existenzielle Absicherung unserer Arbeit im Vordergrund. In erster Linie ging es hierbei um die Durchsetzung notwendiger fachärztlicher Gebührenordnungsleistungen in die Gebührenordnungen. Da wir als Einzelkämpfer kaum eine Chance sahen, gründeten wir unter Mithilfe von Dr. Förster und anderen Kollegen 1978 in unserer Praxis den Berufsverband für Kinder – und Jugendpsychiatrie.

Als Vorsitzender unseres Berufsverbandes führte ich die wesentlichen Verhandlungen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jahrelang allein, wurde jedoch später auch von den Vorsitzenden unserer Wissenschaftlichen Gesellschaft unterstützt, hier vor allem von Prof. Nissen, Prof. Müller- Küppers und Prof. Remschmidt. Die Hauptwidersacher gegen die Einführung kinderpsychiatrischer Leistungen waren die psychoanalytischen Berufsgruppen.

Parallel zu der Einführung der Gebührenordnungsleistungen kämpften wir für Möglichkeit, ähnlich wie in kinderpsychiatrischen Kliniken oder Ambulanzen auch in der freien Praxis in einem multiprofessionellen Team arbeiten zu können. Wir wiesen immer wieder darauf hin, dass ein völlig allein in seiner Praxis arbeitender Kinderpsychiater vielleicht bei bestimmten Krankheitsbildern psychotherapeutische oder medikamentöse Hilfestellungen geben könne, jedoch hier nur begrenzt auf die in der Regel komplexen Bedingungsgefüge psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen einwirken könne. Wir wiesen weiter darauf hin, dass neben entwicklungstherapeutischen Maßnahmen, die durch Ergotherapeuten,

Krankengymnasten oder Sprachtherapeuten möglichst im Team der Praxis oder eng angebunden an die Praxis durchgeführt werden sollten, in einem solchen Team vor allem auch Heilpädagogen und Sozialarbeiter benötigt werden, um notwendige sozialpsychiatrische Hilfestellungen durchführen zu können, wie Hausbesuche, Besuche in Schule oder Kindergarten, oder Kontakte mit Jugendämtern oder anderen Behörden, besonders bei psychisch schwer kranken oder behinderten Kindern, vor allem aus sozial schwachen Familien, weiterhin z.B. bei misshandelten Kindern, dissozialen oder ausländischen Kindern.

Ein Glück für unser Fachgebiet war es, dass unsere Praxis als einzige Praxis niedergelassener Ärzte in die 'Psychiatrie - Enquête' und damit in das 'Modellprogramm Psychiatrie' eingebunden wurde. Schon 1979 hatte die Bundesregierung in ihrer 'Stellungnahme zum Bericht der Sachverständigen - Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland' die Ansicht vertreten, dass „Ausgangspunkt einer optimalen psychiatrischen Versorgung in erster Stufe ein auch im ländlichen Bereich zu verdichtendes Netz niedergelassener Fachärzte für Psychiatrie und Nervenheilkunde sowie für Kinder - und Jugendpsychiatrie seien muss.

Daneben bedarf es des intensiven Zusammenwirkens - wie auch immer institutionalisiert - verschiedenster Heilberufe und Sozialberufe aus dem sozialpsychiatrischen Bereich“. Auf diese Aussage der Bundesregierung konnten wir uns bei den folgenden Kämpfen um eine bessere multiprofessionelle und sozialpsychiatrische Arbeitsmöglichkeit in den Praxen niedergelassener Kinderpsychiater immer wieder berufen.

Wesentliche Ergebnisse des von 1980 bis 1985 in unserer Praxis laufenden 'Modellprogramms Psychiatrie' waren, dass der Anteil stationärer Einweisungen von etwa 10% auf unter etwa 1% gedrückt werden konnte. Das unabhängige PROGNOSE - Institut, das von 1983 bis 1984 über tausend Patienten, die in einem Jahr unserer Praxis behandelt wurden, wissenschaftlich begleitete, konnte weiterhin belegen, dass die Jahresfallkosten in unserer Praxis bei weitem am günstigsten im Verhältnis zu allen anderen verglichenen Institutionen lagen.

Dennoch konnte nach Ablauf dieses ersten 'Modellprogramms Psychiatrie' keine Anschlussfinanzierung vereinbart werden. Das hatte fatale Folgen für die bis dahin heilpädagogisch oder sozialpädagogische mitbetreuten Patienten, von denen ein Teil anschließend in Kliniken oder Heime eingewiesen werden musste.

Die wenigen niedergelassenen Kinderpsychiater hatte man bis dahin von politischer Seite leider noch kaum zur Kenntnis genommen, sodass 1986 durch das „Gesetz zur Verbesserung der ambulanten psychiatrischen Versorgung“ lediglich den kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen ermöglicht wurde, die notwendigen nichtärztlichen Mitarbeiter über eine Pauschale der Krankenkassen zu finanzieren. Die niedergelassenen Kinder – und Jugendpsychiater, die ja in erster Linie die ambulante Versorgung sicherstellen sollten, waren demgegenüber benachteiligt, obwohl sämtliche wissenschaftlichen Ergebnisse für die besondere Wirtschaftlichkeit einer solchen multiprofessionellen Praxis sprachen.

Da wir dem Bundesgesundheitsministerium diese Diskrepanzen verdeutlichen konnten, wurde unsere kinder- und jugendpsychiatrische Gemeinschaftspraxis Ende 1986 zu einer weiteren wissenschaftlichen Begleit - Untersuchung in den sogenannten „Modellverbund Psychiatrie“ aufgenommen. Neben unserer Praxis wurde auch die kinderpsychiatrische Praxis von Frau Dr. Bertling in Weilerswist in dieses Modellprojekt eingebunden. In ihrer Praxis sollte speziell die ambulante interdisziplinäre Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit hyperkinetischen Störungen und Legasthenie, auch durch Hausbesuche und Home – Treatment, untersucht werden in unserer Praxis die Einbindung eines Heilpädagogen und einer Sozialarbeiterin.

Beide wissenschaftliche Untersuchungen, ergaben durchweg positive Ergebnisse, sowohl was den Erfolg, aber auch, was die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmaßnahmen betraf. Als vorrangig zu diskutierende Möglichkeit zur Finanzierung notwendiger sozialpsychiatrischer Maßnahmen in kinderpsychiatrischen Praxen wurde eine Übernahme der bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen für Instituts - Ambulanzen über Pauschalen angestrebt. Auch dieses Ziel war als Einzelkämpfer bei Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KVB) und Krankenkassen nicht zu erreichen.

Nachdem das erste Ziel, die Durchsetzung kinderpsychiatrischer Gebührenordnungspositionen, erreicht war, wurde auch, nachdem Herr Moik 1988 den Vorsitz des Berufsverbandes übernommen hatte, die Ermöglichung der multiprofessionellen Arbeit in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis als nächstes vorrangiges berufspolitisches Ziel definiert. Hierbei unterstützten uns weitere Mitglieder des Vorstands, vor allem auch Frau Dr. Eppe aus Heilbronn und später Herr Dr. Schumann aus Pirna, der die Erfahrungen mit kleineren sozialpsychiatrischen Teams in der ehemaligen DDR einbringen konnte.

Bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung pochten wir vor allem auf die Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes von 1988, in dem im § 85 Abs.2 SGB V festgelegt worden war, dass die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen, nicht nur im Rahmen sozialpädiatrischer sondern auch sozialpsychiatrischer Tätigkeiten, vereinbaren sollten. Bei der entscheidenden Verhandlung mit der KBV wurden wir zusätzlich unterstützt durch Herrn Rechtsanwalt Watersleben unterstützt, der die Kassenärztliche Bundesvereinigung in scharfen Worten auf die Umsetzung dieses Gesetzes drängte. Ein weiterer glücklicher Umstand war die Tatsache, dass der damalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. Schorre, als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie in Köln niedergelassen war. Nachdem wir ihm die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleituntersuchungen in unserer Praxis vorgelegt hatten, war er der erste, der unser Anliegen von fachlicher Seite verstand und unterstützte. Zum Durchbruch kam es, als der Verband der Angestellten – Krankenkassen schließlich 1994 bereit war, bundesweit die „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Eratzkassenbereich (Sozialpsychiatrie – Vereinbarungen)“ mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließen. Bei der Berechnung und der

Durchsetzung der damals festgelegten Pauschale hatte vor allem auch Frau Dr. Eppler einen wesentlichen Anteil.

Anschließend mussten jedoch in jedem Bereich der Landes-KVen diese Vereinbarungen noch mit den einzelnen Primärkassen erneut verhandelt und abgeschlossen werden, was zum einen von dem Geschick der Verhandler und zum anderen von der Bereitschaft der Krankenkassen-Vertreter abhing. Auch hier waren z.B. im Bereich Nordrhein nochmals harte Verhandlungen mit den Vertretern des AOK-Landesverbandes und den anderen Primärkassen notwendig, bis auch diese schließlich dem Vertrag zustimmten. Leider ist dies bis heute noch nicht in allen Landes-KVen gelungen, was die ambulante kinderpsychiatrische Versorgung in diesen KV - Bereichen erheblich beeinträchtigt. Dennoch hat sich durch Einführung der Sozialpsychiatrie - Vereinbarung im Jahre 1994 die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssituation durch niedergelassene Fachärzte erheblich gebessert. Während in den ersten 25 Jahren nach Einführung des Facharztes für Kinder - und Jugendpsychiatrie zunächst nur etwa 150 Kollegen eine Niederlassung wagten, stieg die Zahl der niedergelassenen Fachärzte in den 10 Jahren nach Einführung der Sozialpsychiatrie - Vereinbarung auf über 500. Der gesamte Bedarf an niedergelassenen Kinderpsychiatern in der BRD wird immer noch auf über 1.000 geschätzt.

Leider wurde die Höhe der Pauschale für die sozialpsychiatrischen Leistungen seit Beginn der Sozialpsychiatrie – Vereinbarung bis heute nicht den gestiegenen Personalkosten und den allgemein gestiegenen Praxiskosten angepasst. Sollte die Sozialpsychiatrie - Vereinbarung in einigen KVen vom Inhalt und von der Kostenstruktur weiter beschnitten werden, drohen erneute Einschnitte und Verschlechterungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung.

So ist zu fordern, dass die Sozialpsychiatrie - Vereinbarung endlich in allen KV Bereichen auch bei den Primärkassen eingeführt wird, und dass die Höhe der Pauschale nach über 10 Jahren auch den wirtschaftlichen Erfordernissen angepasst wird.

Literatur:

- Modellverbund Psychiatrie: Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung. Interdisziplinäre Betreuung in Praxen niedergelassener Kinder - und Jugendpsychiater. Band 7 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Nomos Verlag Baden – Baden, 1992
- PROGNOS-AG: "Untersuchungsbericht zur Reform psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung", Köln, 1986
- Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen Kommission über die Lage in der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 88/2565, 1979, des Deutschen Bundestages, Universitätsbuchdruckerei Bonn
- Schydlo R.: Teamarbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Der Deutsche Arzt 22,28, 1979
- Schydlo R. 'Kinder – und Jugendpsychiatrie aus der Sicht eines niedergelassenen Kinder – und Jugendpsychiaters' in R. Lempp und A. Veltin: "Kinder und

Jugendpsychiatrie, eine Bestandsaufnahme“ Tagungsbericht, Band 12 der Aktion Psychisch Kranke, Rheinland Verlag, Köln, 1985

- Schydlo R.: 'Psychotherapie in einer kinder – und jugendpsychiatrischen Praxis' in Remschmidt H: ‚Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien‘, Enke, Stuttgart' 1984
- Schydlo R.: 'Ambulante Psychotherapie in der Praxis', in Remschmidt H., Psychotherapie im Kindes und Jugendalter', Thieme, Stuttgart 1997
- Wendes, F.G.: 'Die Malaise der Kinder und Jugendpsychiater', Der Deutsche Arzt, 5,23, 1987
- 'Die Sozialpsychiatrie - Vereinbarung', Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 28/29, 1994
- Schydlo R.: 'Die Sozialpsychiatrie Vereinbarung', Kommentar, Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 30, 1994

Kontaktadresse:

Dr. med. Reinhard Schydlo
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin
und Kinderheilkunde
Herzogstraße 89-91
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/383701

Fax 0211/3850330

10 Jahre SPV aus Sicht der Klinik – ein essayistischer subjektiver Glück-Wunsch

Renate Schepker

Ohne Zweifel – unser Fachgebiet definiert sich primär ambulant und arbeitet primär ambulant. Mit der Ergänzung dass es „Einzelpraxen“ und SPV-Praxen gibt, die auch in sich das ambulante Arbeiten sehr unterschiedlich gestalten.

Im ambulanten Feld gibt es auch unsere Institutsambulanzen mit Kinder- und Jugendpsychiatern, und es existieren auch Beratungsstellen mit Kinder- und Jugendpsychiatern, selbst Behörden wie Gesundheitsämter oder Jugendämter.

Aus Sicht der Kliniken ist der ambulante Bereich dennoch sehr lange wenig beachtet worden. So hat sich das primär ambulante Arbeiten in der Sozialisation von uns Kinder- und Jugendpsychiatern nur langsam verbreitet, und aus meiner Sicht ist es erst in den letzten 10 Jahren zu einer deutlichen Veränderung gekommen.

Als die SPV kam war vielen unserer Kollegen das wichtigste Argument genommen, lieber weiter in einer Klinik arbeiten zu wollen:

- im Team arbeiten,
- multiprofessionell arbeiten,
- Patienten in allen Dimensionen oder Achsen ihrer Störungen behandeln zu können –

das war möglich.

Näher betrachtet, ist es begrenzt möglich, denn intensive Kontakte mit Schulen oder Vereinen oder Aktivitäten im psychosozialen Arbeitskreis etc. sind über den EBM nur sehr eingeschränkt bis gar nicht finanzierbar. Sofern es kommunale oder schulseitige Interventionen erfordert sind die Grenzen der SPV strikt.

Dennoch: Arbeiten auf einem hohen fachlichen Niveau mit allen Vorteilen die fachlichen Standards in einem Team gemeinschaftlich

und langfristig zu gestalten, mit Budget- und Zeitautonomie – das wär's doch, oder?

Selbst einteilen zu können, wie viel Psychotherapie man sich im Arbeitstag „leistet“ (was allgemein als die netteste Seite unseres Berufes gilt) und das ohne Strukturvorgaben und Zwänge eines Klinikbetriebs, ist ein weiterer Vorteil.

Aufsuchend, nachgehend und langfristig arbeiten zu können und dabei überschaubare Netzwerke zu haben, ist das wonach man sich in der Klinik oft sehnt.

Und so viele KollegInnen haben sich niedergelassen und tun dies noch, dass bei uns Klinikern der Oberarzt- und Chefarztmangel groß ist. Also muss man der SPV als Mitbewerberin um die besten Köpfe Respekt zollen.

Kann man nicht alles was eine Niederlassung mit SPV bietet ebenso in einer psychiatrischen Institutsambulanz haben?

Man kann – je nach Finanzgrundlage der PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) – natürlich im multiprofessionellen Team arbeiten, das man aber oft nicht selbst aussucht. Man kann in PIA und Praxis

- Früh- und Notfallinterventionen machen (warum tun Praxen solches eigentlich nicht flächendeckend?),
- medizinische Fragen mit abklären,
- Nachsorgeprogramme nach stationärer Behandlung etablieren,
- Jugendhilfeeinrichtungen beraten und
- Gutachten erstellen.

Man kann das ganze breite Therapiespektrum in beiden ambulanten Kontexten anbieten (Gruppentherapie, Elterntrainings, Entspannungsverfahren....) bis hin zum, sofern verhandelt und finanzierbar, „home-treatment.“

Man kann aber laut gesetzlicher Vorgabe in der PIA nicht die prognostisch günstigen, wenig schwer erkrankten Patienten behandeln. Man kann nicht „IGELn“ und kaum – das geht nur über Sonderkonstrukte - primärpräventiv arbeiten.

PIAs müssen das ganze Einzugsgebiet einer Klinik bedienen können und oft noch Patienten darüber hinaus versorgen sofern Spezialangebote (wie etwa eine Suchtambulanz) bestehen, auch je nach Dichte der Niedergelassenen sind es sehr viele Einbindungen und Verflechtungen einer PIA, somit ist die Zahl potentieller Ansprechpartner viel größer.

Man kann je nach Konzept einer PIA eine personelle Betreuungskontinuität zur stationären Behandlung etablieren. Unstrittig ist die gemeinsame Aktenführung und –einsicht zwischen stationärem und ambulantomem Bereich über die PIA.

Worum beneide ich die SPV-Kollegen?

Sie können viele, direkte Kontakte in eine Kommune haben und sind damit gemeindenah.

Verglichen mit dem Faserwurzelwerk von bis zu mehr als 20 verschiedenen Jugendämtern im Umfeld großer Kliniken kann eine PIA oft nicht gemeindenah genug arbeiten. Sie können über viele Jahre Familien mit mehreren Kindern begleiten und beraten. Sie können dichte Beratungskontexte mit einzelnen Institutionen aufbauen und dann besser Frühstinterventionen vereinbaren und durchführen. Sie sind die „Frontarbeiter“ unseres Faches.

Sie können über Jahre eine „corporate identity“ als Arbeitgeber im Kleinen mit einem schlagkräftigen und kontinuierlichen Team entwickeln und sind darin flexibler in der Gestaltung als die meisten Klinikärzte.

Ist auch nicht alles Gold - (Kritik und Wünsche zur SPV-Umsetzung)

Eine SPV ohne die breite Möglichkeit zur aufsuchenden Arbeit im Sinne von home-treatment ist m.E. zahnlos – alle neuen Möglichkeiten des EBM 2000 werde ich mit Spannung verfolgen.

Kommunale Beratungsstrukturen durch Kinder- und Jugendpsychiater vor allem für das Bildungssystem mit primär- und sekundärprä-

ventiver Wirkung wären angesagt, hier sollten wir die Möglichkeiten des Präventionsgesetzes offensiv nutzen.

Ein flächendeckender jugendpsychiatrischer Notdienst durch SPV-Praxen und ambulante Kriseninterventionen würden das Kliniksystem enorm entlasten.

Zukunftsträchtig ist m.E. ein Näherrücken von Kliniken und SPV-Praxen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle, ein Überwinden der so genannten Schnittstellenprobleme, abgesprochene Spezialisierungen, Absprachen zur Falldefinition, Abschwächen der Diskontinuitäten im Versorgungssystem und Aufbau einer möglichen Betreuungskontinuität und Falldefinition über die Sektoren hinweg.

Dazu gehört auch eine kurzfristige Terminvergabe nach stationärer Entlassung – in weniger dicht versorgten Regionen kann es immer noch Monate dauern, bis ein entlassenes Kind oder Jugendlicher trotz Voranbahnung aus der Klinik eine Weiterbehandlung im erforderlichen Umfang angeboten bekommen kann. Das führt dazu dass viele Weiterbehandlungen gar nicht umgesetzt werden oder differenzielle Pharmakotherapien von Primärärzten übernommen werden müssen.

Sicher schwächt hier auch der relative Facharztmangel den durchschlagenden politischen Erfolg der SPV – ist dies ein Mangel in der generativen Funktion der Kliniken? Ist den Zufallsentscheidungen der Niederlassungsfreiheit hier doch etwas mehr Steuerung entgegenzusetzen?

Andersherum: Wenn niedergelassene Kollegen über KVen Dependancen von Institutsambulanzen verhindern können (und dies aus welchen nachvollziehbaren Existenzängsten auch immer heraus tun) ohne dabei den „Sicherstellungsauftrag“ auszufüllen – ist das im Interesse der Patientenversorgung und des Ernstnehmens des Fachgebietes produktiv?

Warum bin ich selbst nicht niedergelassen?

Nur die Tatsache dass es die SPV zu Zeiten meiner Facharztprüfung noch nicht gab? Das gereicht nicht zur Erklärung.

Vielleicht macht es Spaß, mehrere Teams zu entwickeln und eine ganze Reihe von Assistenzärzten weiterzubilden.

Vielleicht ist es der Reiz, die schwersten Störungsbilder und Krisensituationen nicht abgeben zu müssen, sondern Patienten deutlich gebessert andersherum den niedergelassenen Kollegen zu überantworten – der Klinikchef als Extremsportler quasi.

Vielleicht bietet ein Chefarztstatus mehr narzisstische Befriedigung. Vielleicht ist es die aus meiner Sicht größere Vielfältigkeit des Arbeitens in der Klinik, die stete Unruhe und die steten komplexen Anforderungen, die neben den Belastungen auch etwas Lebendigkeit transportieren.

Vielleicht sind es die Endgültigkeit einer Niederlassung, oder die Widrigkeiten des Finanzierungssystems, die erschreckender wirken als die Widrigkeiten der Psych-PV-Unterenerfüllung.

Vielleicht wirkt es nicht lohnend, die Unsicherheit über den Fortbestand der SPV und die Begrenzung auf einzelne Kassenarten und Fallzahlen sowie gedeckelte Medikamentenbudgets einzutauschen gegen die Unsicherheit des Fortbestandes der Psych-PV, gedeckelte Klinikbudgets und MDK-Anfragen.

Politisch ist es aus meiner Sicht enorm wichtig, für den Fortbestand der SPV ebenso wie für den Fortbestand der Psych-PV zu kämpfen – mit dem Ziel dass das, was an Ressourcen im System Kinder- und Jugendpsychiatrie derzeit drin steckt, angesichts steigender kinderpsychiatrischer Morbidität zu erhalten und darüber hinaus im Dreieck Kliniken-PIAs-SPV-Praxen zu neuen Synergien zu kommen.

Erforderlich ist aus meiner Sicht ein gemeinsames Neu-Aufstellen im Feld der psychiatrischen Versorgung über alle Altersgruppen allgemein.

Der Zukunftstrend zur Familienpsychiatrie scheint mir im Feld der ambulanten Versorgung noch eine allzu zarte Pflanze zu sein. Die Auseinandersetzung mit den Erwachsenenpsychiatern und der Politik um die Zukunft der Finanzierung steht an – dort wird noch einige Lobbyarbeit zu Strukturen und Vorteilen der SPV-Praxen erforderlich sein.

Es wird Energie und Personen erfordern, die dieses tun. Aber letztlich glaube ich nicht an den Satz vom Kinderpsychiater als professionell unpolitischem, in den Alltagsbeziehungen verstrickten Gutmenschen.

Kontaktadresse:

Prof. Dr. med. Renate Schepker

ZfP Weissenau

Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie
für Kinder und Jugendliche

Weingartshofer Str. 2, D88214vWeissenau

Tel.0751-7601-2789

Das hätte der Erwachsenenpsychiater auch gern

Nikolaus von Rhein

Seit nunmehr 10 Jahren besteht die "Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Ersatzkassenbereich" (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung).

Ein Ziel war die Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung mit dem Ausbau entsprechender Behandlungsangebote, die den komplexen sozialpsychiatrischen- und psychiatrischen Behandlungsproblemen des betreffenden Klientels gerecht werden sollte. Ein weiteres Ziel war es andererseits aber auch, stationäre Behandlungen zu vermeiden, nicht zuletzt um den Anstieg der teuren stationären Behandlungskosten zu verlangsamen.

Teilnehmende Ärzte sind in erster Linie Kinder- und Jugendpsychiater, aber auch Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit einer entsprechenden Qualifikation.

Als Nervenarzt, der die Voraussetzungen der sozialpsychiatrischen Vereinbarung erfüllt, sich jedoch auf die Behandlung von Erwachsenen im Hinblick auf die vorhandene Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung am Ort konzentriert, habe ich diese Vereinbarung und das Leben mit dieser Vereinbarung mit seinen zweifelsfrei positiven Aspekten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen seit Jahren mit großem Interesse aber auch mit einem gewissen Neid verfolgt.

Es handelt sich hier um einen Vertragsentwurf, der eigentlich diagnostische und therapeutische Aufgabengebiete beschreibt, die relativ zwanglos auf den Erwachsenenbereich zu übertragen wären. Wenn die Kostenträger nur den entsprechenden Willen und die Bereitschaft dazu hätten. Es steht sicherlich außer Frage, dass die engen finanziellen Ressourcen speziell für uns Nervenärzte - und die

Situation hat sich nach Einführung des EBM 2000 noch verschärft - nicht geeignet sind, dem notwendigen komplexen diagnostischen und therapeutischen Inventar für die Erwachsenenpsychiatrie Rechnung zu tragen.

Die psychiatrischen Krankheitsbilder im Erwachsenenalter mit ihren vielfältigen psychosozialen, interaktionellen, finanziellen und beruflichen Auswirkungen bedürften dringend eines ähnlichen Instrumentariums, das dem der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entspricht.

In der Anlage zur Sozialpsychiatrievereinbarung ist z.B. die Diagnostik unter Einbeziehung aller klinisch relevanten somatischen Befunde, des Sozialverhaltens, einschließlich der Verhaltensbeobachtung im sozialen Umfeld, die Beziehungs- und Interaktionsdiagnostik und eine spezifische Testdiagnostik vorgesehen. Dieses sind diagnostische Maßnahmen, die im Gesamtpaket dieser Vereinbarung extrabudgetär vergütet werden.

Inhalt und Zielsetzung dieser Vereinbarung können wir als Erwachsenenpsychiater nur bejahen; unser Bemühen um die Erweiterung des Geltungsbereiches auf den Erwachsenenbereich war in der Vergangenheit meistens vergeblich.

Auch unter der therapeutischen Konzeption könnten wir uns jederzeit inhaltlich wieder finden und diese nur befürworten. Zwar ist grundsätzlich auch im neuen EBM eine Koordination psychosozialer Aktivitäten und Dienste, eine Miteinbeziehung der Bezugspersonen und insbesondere der Familie vorgesehen, doch kann im Hinblick auf die beschränkten Budgets und die zuletzt auch noch drastisch reduzierten Punktwerte nur noch eine 'Light-Version' verwirklicht werden. Wir laufen in diesem Bereich Gefahr, Kranke nur noch zu verwalten, ohne ihren individuellen Ansprüchen, Bedürfnissen und Erfordernissen gerecht werden zu können.

Auch Kranke im Erwachsenenalter bedürfen häufig des koordinierten interdisziplinären Einsatzes von Psychiatern, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen und Heilpädagogen.

Die Beratung der Bezugspersonen mit Anleitung zur Verhaltensänderung, die Sozialberatung des Patienten und seiner Bezugspersonen, sicherlich auch unter Einbeziehung des beruflichen Umfeldes, die Intervention bei psychosozialen Krisen einschließlich der erforderlichen Kontaktaufnahmen z.B. zu Behörden und Betrieben, ist eine sinnvolle, effiziente und letztendlich kostengünstige Option.

Stattdessen sehen wir uns als Erwachsenenpsychiater inzwischen mit der Realität konfrontiert, dass die stationären Einweisungen mit den damit verbundenen Belastungen der Kranken häufiger werden, und der Kostenaufwand für die Krankenkassen immer steigt.

In der Vergangenheit ist hier ein Weg zu mehr diagnostischer- und therapeutischer Effizienz außer Acht gelassen worden. Auch der Wunsch der Politik nach integrativer Versorgung wird durch die fehlende Übertragung der Sozialpsychiatrievereinbarung auf den Erwachsenenbereich regelrecht konterkariert.

Zwar haben der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), der Berufsverband deutscher Psychiater (BVDP) und der Dachverband Gemeindepsychiatrie eine Kooperationsvereinbarung am 13.05.2005 unterzeichnet, deren Ziel es ist, "diejenigen Menschen, Arbeitsansätze und Konzepte zu stärken, die sich an Bedürfnissen, Ressourcen und Perspektiven seelisch belasteter und psychisch erkrankter Menschen orientieren", doch warten wir auf regionaler und lokaler Ebene immer noch auf die Realisierung eines Projektes, das in vielerlei Hinsicht aus dem Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich übernommen und weiterentwickelt werden könnte.

Kontaktadresse:

Dr. med. N. von Rhein
Neurologe und Psychiater
Psychotherapie
Hansastr.12
46236 Bottrop
Tel.02041-18760

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung aus der Sicht des Teams

Sigrid Runschke

Seit etwa 10 Jahren arbeiten zunehmend mehr Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen nach den Richtlinien der sozialpsychiatrischen Vereinbarung.

Das Profil unserer Praxis zeichnet sich durch ein multiprofessionelles Mitarbeiterteam aus, in dem ich als Diplom-Sozialarbeiterin seit den Anfängen der Entwicklung mitarbeite.

Die personelle Zusammensetzung, Ausstattung und Struktur der Praxis werden durch die Bestimmungen der sozialpsychiatrischen Vereinbarung vorgegeben und stellen eine Erweiterung der herkömmlichen ambulanten Kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitsweise dar.

Fortbildung, Unterweisung und Motivierung der Mitarbeiter gehören ebenso wie ein gesundes Arbeitsklima, interessante Arbeitsgestaltung, hohe Eigenverantwortung, alternative Arbeitszeitmodelle und Arbeitszeiten zu einem Angebot für die Mitarbeiter.

In unserer Praxis kam es in den letzten Jahren kontinuierlich zu personellen und räumlichen Erweiterungen; nach dem anfänglich kleinen, aus einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einer Diplom-Psychologin, einer Diplom-Sozialarbeiterin, einer Pädagogin mit geringer Stundenzahl, einem Diplom-Heilpädagogen, einer Diplom-Sozialarbeiterin, einer Arzthelferin und Schreibkraft bestehenden Team entwickelte sich bis heute das leistungsstarke, patientenorientierte Praxisunternehmen der Region unter der Leitung von 2 Ärzten und mitarbeitender Diplom-Sozialarbeiterin, 2 Diplom-Sozialpädagoginnen, 2 Heilpädagoginnen sowie einer Diplom-Psychologin (einige davon in Teilzeit-Arbeit)

Der Front-Office Bereich musste entsprechend personell erweitert werden; inzwischen sind allein hier 4 Medizinische Fachangestellte tätig. Darüber hinaus wird in unserer Praxis ausgebildet. Eine Aus-

zubildende für den Beruf der Arzthelferin bereichert seit diesem Sommer unser Team.

Eine konsequente Erweiterung der Praxisräumlichkeiten war mithin notwendig.

Die Räume werden zum einen schwerpunktmäßig von 1 – 2 Therapeutinnen verantwortlich genutzt, zum anderen nach Absprache und Bedürfnis flexibel eingesetzt. Ein „Bewegungsraum“ steht nach Absprache allen Mitarbeitern zur Verfügung.

Als Synergieeffekt der größeren personellen Ausstattung der Praxis finden sich bei der Arbeitsweise fundierte, breit gefächerte Methoden und Schwerpunkte, die nebeneinander und miteinander Bestand haben.

Erheblich mehr Patienten können aufgenommen und behandelt werden, wobei es leider noch immer zu recht langen Wartezeiten kommt und somit der tatsächliche Bedarf an Therapie / Beratung zeitnah nicht immer abgedeckt werden kann.

Die therapeutisch tätigen Mitarbeiterinnen bieten eigenständig Einzeltermine, Elternarbeit und Gruppentherapie an und führen Testungen mit teils unterschiedlichen, teils gemeinsamen Schwerpunkten durch.

Zur Vermittlung eines möglichst umfassenden Bildes der Arbeit unseres Teams stelle ich die Mitarbeiter / innen im Einzelnen vor:

➤ **Sigrid Runschke**, Jahrgang 1955, Diplom-Sozialarbeiterin, seit 1995 in der Praxis tätig

Aufgabenschwerpunkte bei entsprechender laufender und abgeschlossener Fortbildung:

- Diagnostik, Tests.
- Ganzheitliche sozialarbeiterische Entwicklungsförderung. Persönlichkeitsförderung, Beratung auf der Grundlage der personenzentrierten Spieltherapie und der lösungsorientierten Gesprächsführung, im Einzelsetting mit Kindern und Jugendlichen, auch in Kombination mit Eltern- Kind-

Stunden, in denen die Eltern als Kotherapeuten eingesetzt werden können.

- Gruppenarbeit. Hierbei habe ich neue Konzepte zur Verbesserung der Gruppenarbeit und zur Schließung von Versorgungslücken mitentwickelt.
- Neben gemischtgeschlechtlichen Gruppen biete ich seit ca. 4 Jahren auch getrennte Jungen- und Mädchengruppen für Jugendliche ab 12 Jahren an.
- Im Laufe meiner Tätigkeit entwickelten sich weitere Aufgabenschwerpunkte; hierzu zählt die Hilfe bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse, Arbeit mit Opfern sexuellen Missbrauchs. Darüber hinaus habe ich Erfahrungen im Umgang mit okkulten Themen.

- **Margarete Dorothea von Rhein**, Jahrgang: 1948, Ärztin für Kinder –und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Aufgaben:

- Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischer leitliniengestützter Diagnostik und Behandlung aller vorkommenden Kinder- und Jugendpsychiatrischer Störungsbilder
- Therapie im Einzel- und Gruppenrahmen auf Grundlage tiefenpsychologisch fundierter Kenntnisse
- Spieltherapie
- Familientherapie
- Psychopharmakotherapie

- **Karsten Jördens**, Jahrgang 1961, Arzt für Kinder –und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Aufgaben:

- Durchführung von kinder- und jugendpsychiatrischer leitliniengestützter Diagnostik und Behandlung aller vorkommenden Kinder- und Jugendpsychiatrischer Störungsbilder
- Therapie im Einzel- und Gruppenrahmen auf Grundlage tiefenpsychologisch fundierter Kenntnisse

- Spieltherapie
 - Familientherapie
 - Psychopharmakotherapie
- **Caroline Jung**, Jahrgang 1971, Diplom-Heilpädagogin, seit 1998 in der Praxis tätig

Aufgaben:

- Diagnostik, Tests
- Einzelarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Arbeit mit Eltern/Bezugspersonen
- heilpädagogische Spieltherapie
- Entwicklungsbegleitung (Zertifikat Entwicklungsbegleitung Aufbaustufe des Instituts Doering in Bremen)

- **Kirstin Knauff-Roosen**, Jahrgang 1968, Diplom-Sozialpädagogin, seit 1994 in der Praxis tätig, in systemischer Therapieausbildung

Aufgaben:

- Diagnostik, Tests
- ganzheitliche sozialpädagogische Entwicklungsförderung und Beratung
- Elternarbeit / -Seminare zu problemorientierten Themen
- Erarbeitung erzieherischer Konzepte in Kooperation mit der Elternarbeit
- Hilfe bei der Verarbeitung von traumatisierenden Erlebnissen, Aufarbeitung bestehender Interaktionsstörungen - sozialer Inkompetenzen
- Kooperation mit anderen Institutionen / Fachkollegen
- Spielbehandlung mit Kind und Bezugspersonen
- Vernetzung der beteiligten Institutionen
- Puppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Förderung von Teilleistungsschwächen
- Beratung bei Schulproblemen

- **Susanne Ansteeg**, Jahrgang 1961, Diplom-Sozialpädagogin, seit 2002 in der Praxis tätig, in systemischer Therapieausbildung

Aufgaben:

- Diagnostik, Tests
- Einzelarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Gruppenarbeit mit Jungen und Mädchen
- Beratung
- Elternarbeit, Arbeit mit Bezugspersonen
- Hilfestellung bei sozialen Problemen
- Behandlung von Teilleistungsschwächen
- Kooperation mit Schulen und anderen Institutionen
- Ganzheitliche sozialpädagogische Entwicklungsförderung und Beratung
- Verarbeitung traumatischer Erlebnisse
- Förderung bei Kindern
 - die nicht altersgemäß entwickelt sind
 - die verhaltensauffällig sind
 - die wahrnehmungsbedingte Schulprobleme haben
 - die körperliche und / oder seelische Misshandlungen erfahren haben
- Entspannungstraining

- **Dr. Claudia Schauerte**, Jahrgang 1975, Diplom-Psychologin, seit 2003 in der Praxis tätig, in systemischer Therapieausbildung

Aufgaben:

- Schwerpunkt Entwicklungspsychologie
- Testdiagnostik: Leistungs- und sozial-emotionale Testungen
- Einzelarbeit mit Kindern und Jugendlichen und deren Eltern
- Beratung, Förderung, Spieltherapeutisches Arbeiten
- Gruppentraining für ängstliche und sozial unauffällige Kinder
- Entspannungsübungen

- **Jasmina Böckenkemper**, Jahrgang 1968, Heilpädagogin, seit 2002 in der Praxis tätig

Aufgaben:

- Diagnostik, Tests
- Heilpädagogische Spieltherapie
- Psychomotorische Übungsbehandlung
- Sensorische Integrationsbehandlung
- Motopädische Spielangebote
- Heilpädagogische Entwicklungsdiagnostik, Testdiagnostik
- Heilpädagogische Einzelförderung
- Beratung von Eltern und Bezugspersonen
- Soziale Gruppenarbeit
- Familiengespräche

Meine Arbeitsschwerpunkte / Vorteile der sozialpsychiatrischen Vereinbarung:

Die Freude an der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat in meiner beruflichen Tätigkeit durchaus persönliche Schwerpunkte gebildet. Hierzu zählt die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen.

Der autonome Aufbau von Therapieplänen ist ein bedeutender Bestandteil meiner Arbeitsweise, ebenso wie der Beziehungs- und Vertrauensaufbau, das gemeinsame Suchen von Ressourcen und nachfolgend das Erproben und Reflektieren der erarbeiteten Schritte.

Fachkompetenz und hohes Verantwortungsbewusstsein tragen zur Arbeitszufriedenheit bei. Der eigene Stellenwert im Team wird anerkannt, es kommt somit zu einer starken Identifizierung mit der eigenen Arbeit.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung bei Eskalation oder anderen auftretenden Problemen während der Sitzung im Einzelsetting ist ein großer Vorteil der sozialpsychiatrischen Vereinbarung.

Kurze Wege und Erreichbarkeit der Ärzte und Teammitglieder bieten Sicherheit im Umgang mit schwierigen Patienten; stellt sich während des Therapiegespräches heraus, dass die Gabe eines Medikaments zur Unterstützung z. B. einer Depression notwendig sein könnte, reicht ein internes Telefonat aus, einen Arzt zu invol-

vieren, mit dem gemeinsam die richtige und notwendige Entscheidung getroffen wird.

Besondere Bedeutung erlangt diese Möglichkeit im Zusammenhang mit einer suizidalen Gefährdung.

Demokratische Problemlösungen und Abstimmungswege tragen zu einer Minimierung überflüssiger Auseinandersetzungen bei, gemeinsame Entscheidungen können getroffen werden, damit die Arbeit effektiv auf den Patienten ausgerichtet von jedem einzelnen Mitarbeiter eigenständig seiner Profession und Kompetenz entsprechend erledigt werden kann.

Wir müssen uns jedoch organisieren, damit das, wofür der Patient uns letztendlich bezahlt, im Zentrum der Aufmerksamkeit steht und von dort nicht wieder verschwinden kann.

Die personelle Erweiterung des Teams stellt bei den Fallbesprechungen und den internen Fortbildungen eine Bereicherung dar, als sie den eigenen Blickwinkel erweitert und damit auch der Arbeit mit dem Patienten zugute kommt.

Flexibilität, soziale Mobilität, hohe Belastbarkeit, Eigenständigkeit und die Bereitschaft sich stets beruflich fortzubilden, sind wichtige Elemente unserer Arbeit.

Sozialpsychiatrische Praxen stellen für psychisch kranke, behinderte, traumatisierte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien und Bezugspersonen eine umfassend und wichtige Versorgung dar.

In der Regel werden Kinder und Jugendliche zwischen dem 1. bis 18. Lebensjahr mit

- Störungen der Impulskontrolle (HKS),
- Neurotischen Störungen,
- Psychosen,
- Psychosomatosen,
- Pubertätskrisen,
- Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen,
- Emotionalen Störungen und Entwicklungsverzögerungen,
- Störung des Sozialverhaltens,
- Interaktionsproblematik (Eltern / – Kinder),
- Schul- und Anpassungsschwierigkeiten

behandelt.

Häufig kommen die Patienten nicht mit eigener Motivation in die Sprechstunde. Sie werden von Eltern, anderen Bezugspersonen oder auf Anraten der Lehrer, Erzieher oder des Jugendamtes vorgestellt.

Ich mache nach wie vor die Erfahrung, dass Kinder und Jugendliche genau wie betroffene Eltern und Bezugspersonen, häufig vor ihrem Entschluss professionelle Hilfe zu beanspruchen, einen langen und schwierigen Leidensweg zurücklegen mussten, der unter anderem durch latente Schuldgefühle, Scham, Ohnmacht und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist.

Das Problembewusstsein eines Kindes oder Jugendlichen ist bedeutend vom Alter und der Reife abhängig.

Häufig wissen Kinder oder Jugendliche jedoch sehr genau, aus welchem Grund sie eine Behandlung beanspruchen, suchen auch sogar selbständig die Praxis auf; andere wiederum haben keinerlei Bezug dazu.

Eine gewisse Selbstkontrolle und eigene Zielvorstellungen, vor allem bei älteren Kindern und Jugendlichen, sind für eine erfolgreiche Arbeit unabdingbar.

Resümierend betrachtet kommt es nach meiner Auffassung zu einer weiteren Zunahme der Schwere aller kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder.

Die Praxis übernimmt somit eine bedeutsame Clearing-Funktion mit der Entscheidung, welche Hilfsmöglichkeiten im Einzelnen wichtig oder sinnvoll sind;

- ist ein sofortiger Beginn einer Einzeltherapie indiziert oder kann der Patient nach gewissen Wartezeiten behandelt werden.

- Ist gegebenenfalls eine Delegation an eine andere Stelle oder eine Krankenhauseinweisung / -behandlung notwendig.

Die Auswahl des entsprechenden Therapeuten obliegt in erster Linie den Ärzten.

Viele stationäre Behandlungskosten können durch die ambulante sozialpsychiatrische Arbeit in der Praxis eingespart werden, ein durchaus nennenswerter Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen.

Die durch die Praxis gewährleistete nachstationäre Behandlung der Patienten ist ebenfalls von besonderer Bedeutung.

Ein wichtiger und wesentlicher Bestandteil der Arbeitsgestaltung in unserer sozialpsychiatrischen Praxis ist die Kooperation mit ande-

ren Institutionen. Unser Team ist bei Bedarf um eine Zusammenarbeit mit Beiständen aus dem sozialen Umfeld bemüht.

Kooperationspartner sind andere Ärzte und Fachärzte, Kliniken, Erziehungsberatungsstellen, Ergotherapeuten, Logopäden, Heime, Wohngruppen, E-Schulen, Frühförderung, Schulen und Kindergärten.

Wir sichern uns externe Kompetenz und stellen uns der Kontrolle von Juristen, Jugendämtern, Versorgungsämtern, Gesundheitsämtern, Schulämtern, ebenso der Gerichtsbarkeit wie den Ordnungsbehörden.

Mit vielen Kooperationspartnern konnten im Laufe der Jahre ausgeglichene gute Kontakte und Austauschmöglichkeiten hergestellt, mithin eine selbstverständliche und konstruktive Zusammenarbeit im Sinne und zum Wohle der Patienten geleistet werden.

Leider ist die konstruktive Zusammenarbeit im Sinne eines Netzwerkes noch nicht für alle Mitwirkenden selbstverständlich. Kliniken, Schulen und Jugendämter mit nicht ausreichend engagiertem Personal erschweren aus meiner Sicht häufig die relevante Unterstützung oder gewähren sie gar nicht. Ein bedeutender Aspekt der Integration weiterer professioneller Helfer der ganzheitlich zu beachtenden bzw. zu behandelnden Bedürfnisse der Patienten wird hier in unverantwortlicher Weise vernachlässigt.

Akzeptanz und Transparenz und Wertschätzung der sozialpsychiatrischen Arbeit sind unabdingbare Voraussetzungen für den notwendigen weiteren Ausbau aktiver Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Die vernetzte Versorgung und Kooperation sowie die Arbeit mit immer schwierigeren Klienten erfordert ein ebenso hohes Maß an persönlichem Engagement aller Teammitglieder wie auch einen hohen zeitlichen Aufwand, zum Teil auch für nach der Gebührenordnung nicht abrechnungsfähige Einzelleistungen.

Die Neuordnung des EBM im Jahr 2005 hat hier sinnvoller Weise flexiblere und günstigere Bedingungen geschaffen.

Der knapp bemessene Zeitrahmen verzögert nicht nur unmittelbare Notwendigkeiten, wie Telefonate, Hausbesuche oder Gespräche, sondern durchaus auch einmal die Vorbereitung der Patientenkontakte entsprechend eigener Vorstellungen und Reflektionen.

Dagegen vertrete ich allerdings dennoch die Auffassung, dass wir als Team den Ansprüchen der Patienten überwiegend gerecht werden können.

Die stets wiederkehrende Diskussion hinsichtlich des Fortbestandes der sozialpsychiatrischen Vereinbarung, einem aus meiner Sicht unverzichtbarem gesellschaftspolitischem Arbeitsinstrument, wird mir wohl auch weiterhin unverstündlich bleiben.

Dennoch habe ich zum Wohle und im Sinne unserer betroffenen Kinder und Jugendlichen die Hoffnung eines Fortbestandes unserer Arbeit unter dem Dach der sozialpsychiatrischen Vereinbarung.

Kontaktadresse:

Sigrid Runschke
Dipl.-Sozialarbeiterin
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Schützenstr.9a
46236 Bottrop
Tel. 02041-18720

Integrative Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Nishnij Novgorod (Russland)

Tatjana Dmitrieva

Zuerst möchte ich über die Versorgungssituation in unserer Stadt informieren und diese mit der allgemeinen Situation in Russland vergleichen, die aus der offiziellen Statistik bekannt ist. Nishnij Novgorod ist eine der größten industriellen Städte Russlands. Die Stadt hat heute 1 344 000 Einwohner, davon zur Zeit nur 17.3% Kinder und Jugendliche (von Geburt bis 18 Jahre alt) - 232 000. Die Anzahl von Kindern und Jugendlichen hat wesentlich abgenommen wie auch in ganz Russland (es gibt z.B. in N.N. ungefähr 30% weniger Kinder und Jugendliche als vor 10 Jahren).

Die Inzidenzrate von psychischen Störungen in Russland (die Anzahl der Neu- oder Ersterkrankungen) hat nach offiziellen Statistikdaten zwischen 1992 und 2002 zugenommen: um 50% bei Kindern und um ein 30% bei Jugendlichen (Woloschin et al., 2002). Es gibt natürlich Unterschiede zwischen den administrativen und realen Prävalenzraten (es gibt Kinder, die trotz psychischer Auffälligkeiten keine Einrichtungen in Anspruch nehmen). Aus einer der jüngsten Studien ist bekannt geworden, dass etwa 45% aller Kinder im Grundschulalter an psychischen Störungen leiden (Bezrukich, 2003).

Die epidemiologische Forschung im Bereich der Psychiatrie zeigt eine wesentliche Zunahme der psychischen Störungen bei kleinen Kindern - in der Altersgruppe von 0 bis 3 Jahre (Kozlowskaja, 2002). Nach Ergebnissen einer umfassenden Studie litten am Anfang der 80-er Jahre 9 von 100 (oder: 9% der) Kleinkinder an psychischen Störungen. Ende der 90-er Jahre konnte man diese Prävalenz schon mit 15,5 einschätzen (die meisten darunter gehören zu den nicht psychotischen Störungen). Darüber hinaus konnte man 35 von 100 kleinen Kindern als Risikogruppe bezeichnen (schlechte psychosoziale Situation in der Familie, genetische oder organische Belastungsfaktoren).

Auf die schlechte Situation für die Kinder weist auch hin, dass die Anzahl der vollzogenen Suizide bei Kindern und Jugendlichen seit 1990 stark zugenommen hat (Severnij, 2000; Igumnov und Gri-

gorjeva, 2003). Die hohe Anzahl der Suizide (mehr als 20 pro 100,000) ist ein wichtiger Indikator für die schlechte soziale Situation. Die Suizidenten sind auch jünger geworden.

Es gibt ebenfalls epidemiologische Studien, die auf den Einfluss der schlechten wirtschaftlichen Situation auf die Prävalenz von neurotischen und Anpassungsstörungen hinweisen: etwa 21-22%, einschließlich 6.9% von Angst- und depressiven Reaktionen in den Regionen mit schweren wirtschaftlichen Problemen (Suchotina, 2001).

Einer der Hauptgründe der hohen Suizidraten ist die Verschlechterung des Lebensmilieus und der daraus folgende Zuwachs der Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Die Anzahl der Depressionen bei Kindern und Jugendlichen im Laufe der letzten 15 Jahre hat zugenommen. Eine epidemiologische Studie hat darauf hingewiesen, dass die Prävalenz von Depressionen in der Gruppe der 12-16-jährigen Jugendlichen etwa 19.5% beträgt (Iowtschuk, 2003). Es gibt enge Zusammenhänge zwischen affektiven Störungen und der Aggressivität in dieser Altersgruppe. Etwa 25% depressiver Kinder zeigen auch Verhaltensstörungen (Gorjunov, 2001). Dabei hat auch die Anzahl der verhaltensgestörten Jugendlichen in den stationären psychiatrischen Einrichtungen im Laufe der letzten 10 Jahre wesentlich zugenommen.

Für die Kinder ist auch die vorhandene Lernsituation an den Schulen sehr wichtig. Die Schulpsychologen sprechen von pädagogischer Gewalt (dem extrem autoritären Verhalten der Lehrer den Kindern gegenüber), der allgemeinen Neurotisierung durch die Lernsituation und durch die Informationsüberflutung. Unsere jüngste Studie in NN zeigte, dass etwa 9.5% der Schüler die Schule regelmäßig schwänzen; diese Kinder haben Lernprobleme, finden keinen Halt in der Schule und in der Familie und suchen diesen oft in der Clique. Sie haben oft emotionale Probleme, wobei die affektiven Störungen bei diesen Kindern oft nicht erkannt und nicht behandelt werden (Dmitrieva, 2004). Nach unserer eigener Studie liegt die Prävalenz von Depression bei den Schulkindern etwa zwischen etwa 5 und 8 %.

Zur Diagnosestruktur der Patienten: sie ist in letzten Jahren stabil geworden. Nicht- psychotische Störungen sind am häufigsten zu diagnostizieren (66%), Lern- und geistige Behinderung zu 31%, Psychosen zu 3%. Der größte Teil unter institutionell bekannt gewordenen Erkrankungen - wie bereits erwähnt - gehört zu den so ge-

nannten nicht-psychotischen Störungen (neurotische, emotionale, Entwicklungs- und somatoforme Störungen). Zu den nicht-psychotischen Störungen sind auch sehr aktuell die Anpassungs- und Verhaltensstörungen und die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen zu zählen. Die Tendenz der Zunahme psychischer Störungen (besonders der nicht-psychotischen Störungen) ist auch in Nishnij Novgorod zu beobachten.

Was setzen wir den beschriebenen Problemen entgegen? Die hohe Prävalenz der nicht-psychotischen Störungen macht eine dringende Entwicklung der Psychotherapie-Behandlung erforderlich. Genau das war schon vor einigen Jahren (in 1999) einer der wichtigen Gründe für den Aufbau unseres städtischen Beratungs- und Diagnostikzentrums für den Schutz der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nishnij Novgorod. Ein anderes Ziel war, das vorhandene Vorurteil der Eltern gegen Psychiatrie zu überwinden. Eine unserer Aufgaben war eine möglichst frühe Diagnostik der vorhandenen Entwicklungs- und Verhaltensprobleme bei Kindern, um präventive Interventionen gegen aggressive und suizidale Handlungen rechtzeitig einzusetzen.

Es war sehr wichtig eine multidisziplinäre Hilfe für diese Kindern und ihre Familien aufzubauen. In diesem Sinne können psychiatrische Einrichtungen als wichtiger Teil der allgemeinen präventiven Strategie angesehen werden. Wir versuchten unsere kinderpsychiatrische Einrichtung als gut erreichbares, attraktives und nicht-stigmatisierendes Versorgungsmodell zu entwickeln. Aus diesem Grunde war der Name des Zentrums sehr wichtig. Darüber hinaus hatte die Mitwirkung von verschiedenen Fachleuten (Psychologen, Neuropsychologen, Kinderneurologen, Logopäden, Fachärzten für die funktionale Diagnostik (EEG und REG) zusammen mit KJ-Psychiatern und Psychotherapeuten in einem Team) auch einen wesentlichen Anteil an der Destigmatisierung.

Außer der diagnostischen Abteilung ist auch in 2002 eine psychotherapeutische Abteilung (die in Prinzip einer Tagesklinik ähnlich ist) in unserem Zentrum aufgebaut worden mit Schwerpunkt auf intensive Psychotherapie. Auch hier steht ein multidisziplinäres Team unseren Patienten zur Verfügung (Psychiater, Psychotherapeut, Neurologe und klinischer Psychologe). So können wir in einem multidisziplinären Team gemeinsam die Diagnostik und Therapie für unsere Patienten diskutieren und die Therapieplanung vornehmen. Diese psychotherapeutische Abteilung wird täglich von etwa 30 Pa-

tienten besucht: in zwei Schichten (auch am Samstag) - in Uebereinstimmung mit der Schule, weil die Kinder auch in unseren Schulen in zwei Schichten lernen.

Nach 5 Jahren können wir schon sicher sein, dass ein solches Modell als gutes Beispiel der Desensibilisierung gegenüber psychiatrischen Einrichtungen dienen kann. Die 5-jährige Erfahrung dieses Zentrums konnte auch auf den großen Psychotherapiebedarf in unserer Stadt hinweisen. Aus der Abb.1 ergibt sich zunächst, dass die Anzahl der Patienten in Laufe dieser Jahre ständig zugenommen hat: von 628 Neuerkrankungen in 1999 auf 2390 in 2004. Etwa 10400 (4.2%) der KJ-Bevölkerung in NN sind in unserem Zentrum diagnostiziert und behandelt worden. Die allgemeine Besucherzahl hat auch wesentlich zugenommen: von etwa 3000 in 1999 auf mehr als 23.000 in 2004 (Abb.2). Wir vermuten, dass für die grosse Zuwachsrate zwei Gründe verantwortlich sind: 1) dass unsere Einrichtung neu war und 2) dass psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen wirklich zunehmen.

Abb.1

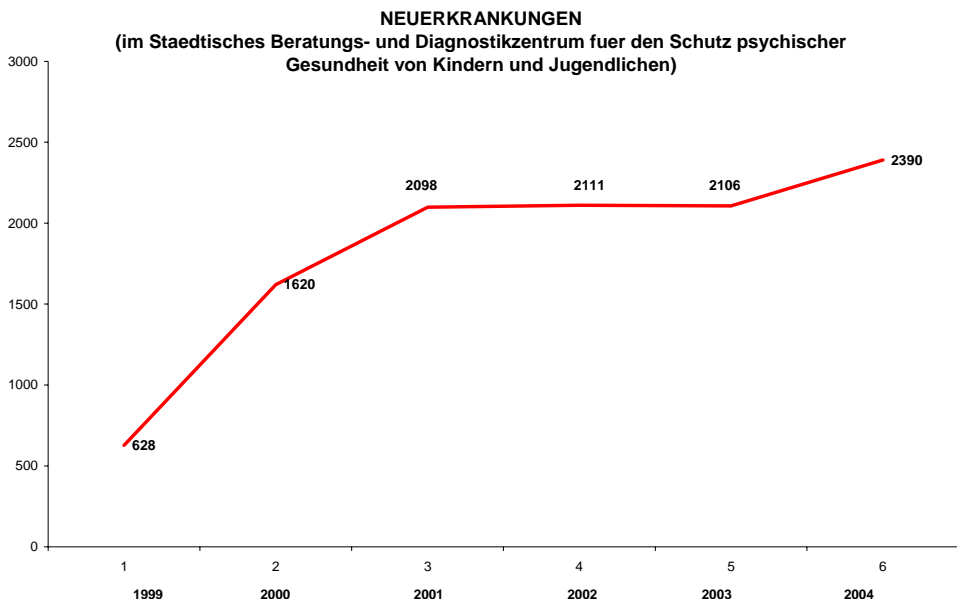
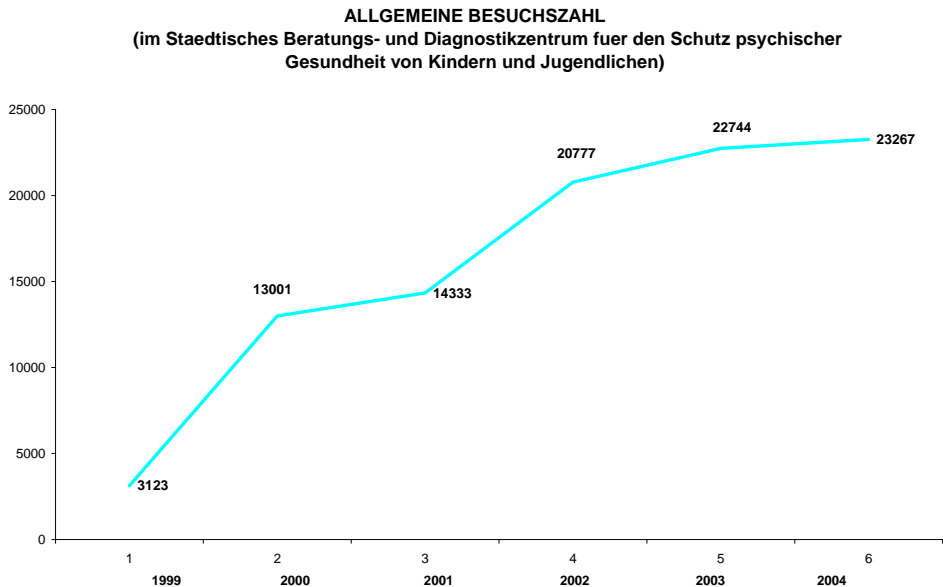


Abb.2



Die wachsende Anzahl der Patienten und besonders die der jüngeren Gruppe (bis 3 Jahre alt) zeigt das zunehmende Vertrauen der Bevölkerung und die Reduktion der Ängste und der vorhandenen Vorurteile gegen die Psychiatrie. Etwa die Hälfte aller Patienten sind im Zentrum psychotherapeutisch behandelt worden oder werden noch behandelt. Die Patienten bekommen auch andere Hilfen wie z.B. psychologische Trainings oder medikamentöse Behandlung.

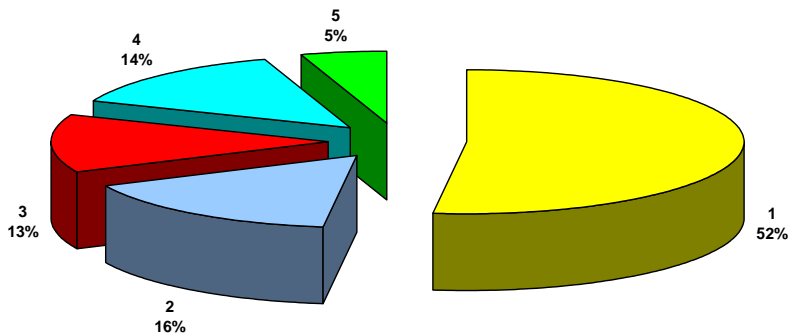
Wie finden uns die Patienten (die Eltern)? 25% aller Patienten werden von anderen Ärzten und Kliniken überwiesen, weitere 25% - von Schulpsychologen und von Psychologen der Kindergärten. Etwa 50% kommen aus eigener Initiative der Eltern.

Die Diagnosestruktur der Patienten in unserem Zentrum kann man auf der Abbildung 3 sehen: unter verschiedenen psychischen Störungen, die hier diagnostiziert und behandelt werden, kann man auf folgende als wichtigste hinweisen: am häufigsten sind mit 52 % Verhaltensstörungen und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend zu diagnostizieren, neurotische-, Anpassungs- und somatoforme Störungen mit 16%, seltener sind Entwicklungs-

und organische Störungen (mit 13% und 14%) und andere Störungen (mit 5%) zu beobachten.

Abb.3

DIAGNOSESTRUKTUR
(Neuerkrankungen, 2003 im Staedtischen Beratungs- und Diagnostikzentrum fuer den Schutz psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen)
1-F9, 2-F4, 3-F8, 4-F0, 5-sonstige(F2,F3,F5,F7)



Als wichtigste Behandlungsmethoden, die in unserem Zentrum angewendet werden, kann man Psychotherapie und psychologische Trainings mit minimalem Einsatz medikamentöser Methoden nennen. Zu den psychotherapeutischen Methoden zählen als wichtigste die Verhaltenstherapie, die Gesprächspsychotherapie, die kindzentrierte Spieltherapie, die Familientherapie, bei den älteren Kindern und Jugendlichen auch tiefenpsychologisch fundierte PT und psychoanalytische Verfahren. In unserem Zentrum werden häufig aus verschiedenen Gründen gruppentherapeutische Methoden angewendet.

Es ist wichtig, dass die Behandlungsmethoden dem Alter und Entwicklungsstand des Patienten angemessen sind. Daher ist eine ausreichende psychotherapeutische Ausbildung der Therapeuten erforderlich, sowie der integrative und flexible Zugang zu den Patienten und auch eine sorgfältige Einschätzung der Rahmenbedingungen (Setting). Von großer Bedeutung ist deswegen die permanente Weiterbildung, die wir in unserem Zentrum für alle KJ-Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen unserer Stadt

einmal in Monat durchführen. Insbesondere sind dies Vorlesungen und Seminare zu aktuellen Themen und Fallbesprechungen. Wir versuchen auch, die Koordination mit anderen Fachleuten (z.B. Schulpädagogen, Schulpsychologen) zu erreichen und auszubauen, sowie gemeinsam Seminare und Konferenzen zu organisieren, die für alle von großem praktischen Interesse sind: Themen sind z.B. Baby- (oder Säugling oder Kleinstkind) Psychiatrie, frühkindlicher Autismus, feedings (oder Fütterungs-) und Ess-Störungen, affektive Störungen bei Kleinkindern. Jedes Jahr kommen Fachleute aus Deutschland und aus Moskau um die Weiterbildungsseminare durchzuführen. Diese Kontakte helfen uns, moderne Konzepte und Behandlungsmethoden in unserer Stadt einzusetzen.

Von sehr großer Bedeutung ist auch der psychoedukative Anteil unserer Arbeit: unsere Kinder- und Jugendpsychiater nehmen systematisch an TV- und Radiosendungen teil und haben immer enge Kontakte mit der Presse zur Verbeugung psychischer Störungen bei Kindern. Wir informieren die Bevölkerung, die Eltern und Schulen, damit sie mehr auf psychische Auffälligkeiten achten. Es ist sehr wichtig eine adäquate psychiatrische Versorgung für die Babys aufzubauen und die Eltern über die ersten psychopathologischen Symptome und mögliche Ursachen (einschließlich gestörter Kind-Eltern-Beziehungen) zu informieren. Es ist wichtig die Eltern möglichst früh zu informieren, um Erziehungsfehlern vorzubeugen.

Ein wichtiger Schwerpunkt unserer Bemühungen ist die Schule geworden: die Schule kann eine sehr wichtige Rolle bei der Prävention spielen. Unsere Fachleute versuchen enge Kontakte mit den Schulpsychologen zu entwickeln. Z.Z. sind wir schon am Ende eines präventiven Programms mit dem Schwerpunkt school dropout - Schulschwänzen, das wir in NN in Rahmen des Präsidenten-WPA-Programms durchführen.

Als wichtigsten Prinzipien der Prävention und Behandlung kann man folgende nennen:

- psychische Störungen bei Kindern so früh wie möglich zu erkennen;
- so früh wie möglich die Eltern über die ersten Symptome psychischer Störungen zu informieren, um die Elternkom-

- petenzen zu entwickeln und Erziehungsfehlern sowie Elternmisshandlungen vorzubeugen;
- die ausreichende psychiatrische Versorgung für Babys und die Frühförderungshilfe zu organisieren;
 - spezielle Weiterbildungsprogramme einzusetzen mit dem Schwerpunkt der Baby-Psychopathologie (für alle Fachleute, die in KJP-Bereich tätig sind);
 - die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen auch durch spezielle Studien und Trainingsprogramme zu verbessern;
 - präventive Programme in der Schule einzusetzen.

Kontaktadresse:

Tatjana Dmitrieva MD

Zentrum für den Schutz der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Nishnij Novgorod,
603005 Nishnij Novgorod/Russland
email: tndmitr@sandy.ru

Literatur

Bezrukich M.M. Die Schule und psychische Gesundheit der Kinder // 2.Internationaler Kongress "Junge Generation des 21 Jahrhunderts : aktuelle Probleme sozial-psychologischer Gesundheit", Minsk, 2003. – S. 9.

Gorjunov A.W. Fenomenologische Züge der ersten depressiven Episoden im Kindesalter // Kinderpsychiatrischer Kongress, Moskau, 2001. – S. 176.

Dmitrieva T.N. A pilot study of school dropout in adolescents // 16 World Congress of the JACAPAP. Berlin, Germany, 22-26 August 2004. – p. 172.

Igumnov S.A., Grigorjeva N.K. Suizidales Verhalten bei Erwachsenen und Jugendlichen in der Russischen Federation und in der Republik Weissrussland // 2 Internationaler Kongress "Junge Generation des 21 Jahrhunderts: aktuelle Probleme sozial-psychologischer Gesundheit", Minsk, 2003. – S. 59 - 60.

Iowtschuk N.M. Psychopathologische Faktoren der Schulanpassungsstörungen // 2 Internationaler Kongress "Junge Generation des 21. Jahrhunderts: aktuelle Probleme sozial-psychologischer Gesundheit", Minsk, 2003. – S. 31 - 34.

Kozlowskaja G.W. Der Zustand psychischer Gesundheit im Frökindalter und aktuelle Probleme der Mykropsychiatrie // Soziale und klinische Psychiatrie, 2002. – S. 27 – 30.

Severnij A.A. Suizidale Risiko bei Kindern und Jugendlichen und Kinderpsychiatrische Versorgung // 13. Kongress der Psychiater in Russland, 2000. – S. 142.

Suchotina N.K. Der Einfluss der mikrosozialen Faktoren auf psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen // Kinderpsychiatrischer Kongress, Moskau, 2001. – S. 207-208.

Woloschin W.M, Kazakovzev B.A, Schewtschenko J.S, Severnij A.A. Der Zustand und Perspektiven der Entwicklung der Kinderpsychiatrischen Versorgung in Russland // Soziale und klinische Psychiatrie, 2002. – S. 5 – 9.

Sozialpsychiatrische Arbeit und Gemeinwesenorientierung

10 Jahre sozialpsychiatrische Arbeit – Ein Erfahrungsbericht

Dagmar Hoehne

1) Ausgangspunkt

Die Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie gründete sich 1995 neu als sozialpsychiatrische Praxis in einer Kreisstadt mit 70.000 Einwohnern, in der die Praxisinhaberin zuvor bereits seit 15 Jahren lebte und bereits stark durch verschiedene Ehrenämter im unmittelbaren sozialen Umfeld bekannt und tätig war.

Der Bodenseekreis ist flächenmäßig eher lang gezogen, in der Breite eher schmal, südlich begrenzt durch den See und politisch bestehend aus einem badischen und württembergischen Teil, was sich auf der Ebene der sozialen Träger widerspiegelt.

Die Arbeitslosenquote liegt bei ca. 5 %, die Scheidungsrate entspricht dem der Großstädte mit über 40 %. Das örtliche Jugendamt bemüht sich seit Jahren um präventive Arbeit in Familientreffs und ähnlichen niedrigschwelligen Angeboten, um die Heimeinweisungsrate konstant als die Zweitniedrigste im württembergischen Teil des Landes Baden-Württemberg zu halten. Traditionell befinden sich im Raum Oberschwaben überdurchschnittlich viele Behinderteneinrichtungen verschiedenster Träger mit teilweise sehr langer Tradition und großem überregionalem Einzug. Um die Stadt Überlingen herum im Hinterland bildeten sich seit Jahrzehnten zahlreiche anthroposophische Schulen und Einrichtungen, mit ebenfalls bundesweitem Einzug.

Oberschwaben ist relativ befriedigend mit Kinder- und Jugendpsychiatern besetzt, durch das nahe gelegene Zentrum für Psychiatrie in Ravensburg ist die Dichte der Therapeuten recht groß, sowohl im psychotherapeutischen Setting als auch bei den Heilmittelerbringern.

Oberschwaben hat seit 20 Jahren eine absolut führende Rolle in Baden-Württemberg bezüglich der gemeindepsychiatrischen Arbeit, in diesem Bereich bestehen eine sehr gute Angebotspalette sowie ein sich ständig ausweitender Markt. Es existierte ein Psy-

chiatieplan, der allerdings die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mitbehandelte sowie einen Suchthilfeplan für diesen Bereich.

Die Praxisinhaberin war bei ihrer Niederlassung durch ihre verschiedenen haupt- und nebenamtlichen Tätigkeiten den Behörden sowie den Einrichtungen der Jugendhilfe vor Ort bekannt. So entstand mit dem zu versorgenden Landkreis eine enge Vernetzung in vielfältigen Bereichen sowohl auf fachlicher Ebene als auch auf politischer Ebene als Kreisrätin.

2) Entwicklung der sozialpsychiatrischen Arbeit über 10 Jahre.

Begonnen hat alles mit der Idee „*Ambulant vor Stationär*“ und der Erkenntnis aus vielen Jahren klinischer Arbeit, dass frühes Eingreifen in problematische Entwicklungen eventuell die Chance in sich birgt, spätere stationäre Aufnahmen und mögliche dramatische Entwicklungen zu verhindern. Die sozialpsychiatrische Idee mit der Möglichkeit, sich im Team ähnlich der stationären Versorgung multiprofessionell zu vernetzen beherrschte von Anfang an meine Niederlassungswünsche, entsprach meiner gesamten Haltung und Einstellung zur Psychiatrie. Inspiriert war dies sicherlich durch zahlreiche Diskussionen an meiner Ausbildungsstätte, dem Zentrum für Psychiatrie „Die Weissenau“ in Ravensburg, in dem insbesondere unter Professor Hole sozialpsychiatrisches Denken bereits viele Jahre im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie Raum griff und sich auch aus der Psychiatrie heraus gemeindepsychiatrische Ableger bildeten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie war hierin nicht per se eingeschlossen, jedoch gab es immer wieder Initiativen in diesen Bereich hinein.

So plante ich von Seiten der Räumlichkeiten aus meiner damaligen Sicht großzügig, begann mit 2 Psychologinnen und einer Heilpädagogin sowie einer Sekretariatskraft, der die Organisation unterlag, meine Praxistätigkeit. Die anfänglichen Befürchtungen, eventuell zu wenig Arbeit zu haben, gingen recht bald in die Befürchtung über, die Arbeit wohl so nicht bewältigen zu können! Von Anfang an versuchte ich ein sehr enges Verhältnis zu den lokalen Kinderärzten aufzubauen, da ich mich auch als Dienstleister für die Kollegen verstand und durch den von mir gebotenen Service mich zu einem unentbehrlichen Partner machen wollte. Dies beinhaltet, dass ich großen Wert darauf lege, dass

Patienten möglichst vom Kinderarzt geschickt werden, dieser eine Vorauswahl trifft.

Ich biete eine ausführliche Diagnostik, im Bedarfsfall therapeutische Angebote oder Vermittlung derselben sowie einen ausführlichen Arztbrief, der konkrete Empfehlungen enthält. Diese enge Zusammenarbeit sehe ich als Kernstück der ärztlichen Kooperation an. Hierzu gehören auch gemeinsame Fortbildungen, Telefonische Beratungen bei Medikamentenfragen und ein gemeinsames Notfallmanagement bei psychiatrischen Krisen. Es entwickelte sich im weiteren Verlauf auch eine sehr enge Zusammenarbeit mit der hiesigen Kinderklinik, die wir zeitweilig auch konsiliarisch betreuten, was momentan aufgrund personeller Engpässe auf den notwendigen Bedarfsfall reduziert ist. Eine Kooperation bezüglich der Diabetes-Versorgung mit einer psychologischen Mitarbeiterin meiner Praxis besteht nach wie vor.

Natürlich überrannte auch mich, wie vermutlich viele Kolleginnen und Kollegen die Problematik der Versorgung der AD(H)S-Kinder, welche einen sehr großen Raum einnahm. Die Bewältigung dieses Ansturms sowie die Einrichtung sinnvoller Behandlungs- und Verfahrensabläufe bezüglich der akuten Versorgung, aber auch der Langzeitbetreuung dieser Patienten, nahm in den ersten Jahren sehr viel Raum ein. Inzwischen hatte sich die Praxis rasant vergrößert, eine zweite Wohnung musste dazu gemietet werden, Mitarbeiter hatten gewechselt und ich hatte mich entschlossen, mehr auf angestellte Mitarbeiter zu setzen, um insbesondere auch die inhaltliche Weiterentwicklung im Sinne einer Corporate Identity besser fortführen zu können. Neben den vielfältigen internen Entwicklungsprozessen vernetzten wir uns immer stärker mit allen für Kinder und Jugendliche relevanten Systemen, beginnend bei den Kindergärten und Frühförderstellen, den Beratungsstellen, den Heilmittelerbringern, den Schulen, den Schülern, der Schulsozialarbeit, dem Jugendamt sowie dem Arbeitsamt und diversen Behinderteneinrichtungen der Umgebung. Die Durchführung pädagogischer Tage, spezifischen Elternabenden zu bestimmten Themen, Fortbildungen für Kindergärtnerinnen und Lehrern sowie Teilnahme an Podiumsdiskussionen und verschiedenen anderen Veranstaltungen führten zu einem hohen Bekanntheitsgrad, einer klaren psychiatrischen Positionierung. Wie wohl überall, ließen insbesondere die Themen

AD(H)S und Legasthenie aber auch das Thema Essstörungen oder die Gewaltdiskussion die Wogen teilweise höher schlagen.

Durch ein recht großes Einzugsgebiet musste mit 5 Jugendämtern eine Zusammenarbeit gesucht werden, auch hier galt es, Positionen auszutauschen, inhaltlich zu diskutieren sowie Abgrenzungen zu treffen bezüglich der gegenseitigen Erwartungen. In meinem Heimatlandkreis arbeitete ich intensiv an einem Arbeitskreis „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ mit, der durch meine Initiative vom Kreistag den Auftrag erhielt, einen Kinder- und Jugendpsychiatrieplan für den Bodenseekreis zu erstellen. Wir arbeiteten fast 2 Jahre an diesem Plan, der „Ist-Zustände“ beschreibt und versucht Lösungen aufzuzeigen und präventive Maßnahmen zu beschreiben, welche geeignet wären, Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Jetzt, 2 Jahre später scheinen erste Schritte sich möglicherweise langsam zu verwirklichen.

Ein wichtiger Bereich war und ist mir die Betreuung der Heimeinrichtungen vor Ort, die es gilt in ihrer immer schwieriger werdenden Arbeit zu unterstützen, einmal in der konkreten Betreuung der Kinder- und Jugendlichen vor Ort, aber auch politisch in den Gremien des Kreistages. Es ist manchmal nicht einfach, einem politischen Gremium, welches vor allem sparen muss zu verdeutlichen, dass Investition in präventive Maßnahmen und ambulante Angebote möglicherweise langfristig Kosten erspart, sich aber momentan als vermehrter finanzieller Aufwand bemerkbar macht! Insbesondere etabliert hat sich die sehr enge Kooperation mit der Heimeinrichtung „Linzgau“, einem Kinder- und Jugendheim in freier Trägerschaft, welches sehr eng mit dem lokalen Jugendamt zusammenarbeitet und das sich in den letzten 6 Jahren - auch mit meiner Mithilfe - inhaltlich und strukturell intensiv weiterentwickelt hat. Es haben sich dort zahlreiche pädagogische Module entwickelt, die flexibel einsetzbar sind und in fließenden Übergängen von ambulant zu teilstationär und stationär angewendet werden können. Durch starke inhaltliche Überzeugungsarbeit des zuweisenden Jugendamtes ist eine inzwischen sehr enge, vernetzte und kooperative Zusammenarbeit entstanden, die flexibel auf die jeweiligen Bedarfe des Einzelfalls reagieren kann. Meine kinder- und jugendpsychiatrische Einschätzung ist dabei ein wichtiger Baustein als Grundlage für pädagogische Entscheidun-

gen. Ein zusätzliches Kriseninterventionsmodell mit der zuständigen Psychiatrie ergänzt und unterstützt die Zusammenarbeit.

Neben allen anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern hat sich in meiner Praxis, aufgrund meines persönlichen Interesses an diesem Klientel, die Besonderheit herausgebildet, dass Kinder und Jugendliche mit Asperger Syndrom von uns intensiv betreut werden. Vielleicht wird an diesem Störungsbild besonders deutlich, was ich persönlich unter sozialpsychiatrischem Arbeiten verstehe:

Der Rektor einer nahe gelegenen Realschule ruft an, da ein Schüler der 8. Klasse von den Gleichaltrigen gemobbt wird und immer wieder sich merkwürdig, teilweise auch ohne Anlass aggressiv verhält. Der Rektor hat die Eltern aufgefordert, sich bei uns bezüglich einer diagnostischen Abklärung zu melden. Die Erstgespräche bei mir erbringen den Verdacht auf einen Asperger Autismus, die nachfolgende testdiagnostische Untersuchung durch die Diplom-Psychologin in der Praxis zeigt entsprechende Befunde, so dass im Testbesprechungstermin mit den Eltern die Diagnose erklärt und das weitere Vorgehen abgesprochen wird. In der Folge findet eine Aufklärung des Lehrerkollegiums durch mich über die Symptomatik eines Asperger Syndroms statt, die Lehrer sind interessiert, fragen nach und haben vielfältige Beispiele typischer Merkmale und Reaktionen. Die Schule ist bereit, S. weiter zu betreuen, überlegt sich Maßnahmen zu seinem Schutz in den Pausen sowie vor und nach der Schule. Aufgrund einer beginnenden Lernverweigerung wird beim Jugendamt ein Antrag auf Schulbegleitung gestellt über § 35a, KJHG. Ein Round-Table-Termin mit Eltern, Klassenlehrerin, meiner Person sowie dem in der Praxis zuständigen Einzeltherapeuten findet statt, die Ziele für eine Schulbegleitung werden festgelegt, mögliche weitere unterstützende Maßnahmen besprochen. Im weiteren Verlauf nehmen die Eltern an einem Elternseminar zum Asperger Syndrom teil und erweitern hierdurch ihr Wissen um die Störung ihres Sohnes. Sie fassen Mut und besuchen die praxisinterne Selbsthilfegruppe, die sich alle 2 Monate trifft und nehmen Kontakt mit einem anderen betroffenen Elternpaar auf, mit dem sie sich treffen und zahlreiche Fragen klären können. Die Schulbegleitung wird mit 12 Stunden pro Woche genehmigt, der

Schulbegleiter kann neben der konkreten Unterstützung von S. auch immer wieder Missverständnisse im schulischen Rahmen aufklären und wird nach anfänglicher Skepsis bald selbstverständlich akzeptiert.

Alle 4 Monate findet ein Round-Table-Termin statt, an welchem von allen Beteiligten mögliche Fortschritte aber auch Hindernisse besprochen werden und neue Zielsetzungen festgelegt werden. Parallel dazu wird S. zunächst einzeltherapeutisch betreut zur Erweiterung seiner Wahrnehmung, seiner sozialen Kompetenz und Einübung neuer Muster, insbesondere im Umgang mit seinen Gefühlen. Im weiteren Verlauf nimmt er an einer Gruppe für Asperger Jugendliche teil, welche von 2 Mitarbeitern meiner Praxis geleitet wird.

Durch diese Maßnahme konnte eine schulische Eskalation verhindert werden, S. kann zunehmend in die Klasse re-integriert werden, die Mitschüler lernen mit ihm umzugehen und seine Andersartigkeit zu respektieren. Durch die intensive Unterstützung der Eltern lernen diese, positiv mit ihrem Sohn umzugehen, seine Besonderheiten in den Alltag einzubeziehen und seine Andersartigkeit anzunehmen.

Aus meiner Sicht geht es in einem solchen sozialpsychiatrischen Prozess vor allem darum, das medizinische, psychologische und pädagogische sowie sozialarbeiterische Know-how in einer respektvollen, für den Klienten förderlichen Art und Weise miteinander zu verbinden und mit den jeweiligen vorhandenen Methoden einerseits ein Umfeld zu schaffen, welches von Akzeptanz geprägt ist, andererseits aber auch realistische Bedingungen zu formulieren, die diese Arbeit ermöglichen.

Vor 2 Jahren entschied ich mich dann, Qualitätsmanagement in der Praxis einzuführen, um die vielschichtigen Abläufe, die aufgrund der Vielfalt immer komplexer wurden zu strukturieren und dadurch noch transparenter zu machen. Neben der allgemeinen Grundversorgung hatten sich inzwischen zahlreiche spezialisierte Angebote herausgebildet, die es galt in ihrer Komplexität zu erfassen und sie für Eltern und Überweiser durchsichtig zu machen. Dies war in den letzten beiden Jahren ein sehr wichtiger Prozess, der zahlreiche Veränderungen im Praxisablauf initiierte

und andererseits das Selbstverständnis der alltäglichen Arbeit nochmals deutlich machte und auch vertiefte.

Nachfolgend meine „Praxis-Philosophie“, die nochmals die Haltung verdeutlicht:

„Die psychische Gesundheit und das Wohl der uns anvertrauten Kinder und Jugendlichen steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

Trotz vorgegebener Rahmenbedingungen legen wir stets Wert auf die individuellen Bedürfnisse der individuellen Patientenpersönlichkeit. Wirtschaftliches Arbeiten und das Eingehen auf die Wünsche unserer Patienten ist uns hierbei kein Gegensatz.

Wir haben einen Versorgungsauftrag und arbeiten auf der Basis einer sozialpsychiatrischen Vereinbarung.

Wir nehmen uns Zeit, um die vielschichtigen Aspekte möglicher Ursachen und Einflussfaktoren erfassen und beschreiben zu können.

Hierauf stimmen wir unsere therapeutischen Angebote ab. Um diese zu optimieren ist eine Zusammenarbeit aller Bereiche – Familie, Schule, Kindergarten, Jugendhilfe – unabdingbar. Wir legen Wert auf gegenseitige Ehrlichkeit und Offenheit im Rahmen des Behandlungsauftrages sowie die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht im Austausch mit den Außensystemen. Stets pflegen wir einen kollegialen Austausch mit den Haus- und Kinderärzten. Wir arbeiten im multiprofessionellen Team – Ärzte, Psychologen, Pädagogen und andere Heilberufe. Gemeinsame Grundlage unseres Handelns sind die Leitlinien unseres Fachgebietes sowie die Grundhaltung einer ganzheitlichen und entwicklungsorientierten Sichtweise psychischer Probleme und ihrer Verursachungen.

Um stets eine qualitativ hochwertige Arbeit sicherzustellen, nehmen alle Mitarbeiter regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil. Hierdurch ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung aller diagnostischen und therapeutischen Methoden gewährleistet. Wir befinden uns in einem fortwährenden fachlichen Austausch innerhalb des Teams sowie im Rahmen von Qualitätszirkeln.

Dabei arbeiten wir mit hoher Autonomie des Einzelnen, jedoch klarer Hierarchie im Sinne der Fallverantwortung.

Wir pflegen untereinander eine Atmosphäre von gegenseitigem Vertrauen und Respekt, hoher Zuverlässigkeit und partnerschaftlicher Zusammenarbeit.

Dabei stehen wir Veränderungen offen gegenüber und sehen die Praxis und ihre Abläufe stets im Wandel der Zeit.

Wir verstehen unsere Aufgabe zum Wohl der Kinder neben der diagnostischen und therapeutischen Arbeit auch im Rahmen der Präsenz in sozialpolitischen Gremien sowie dem Engagement in der Aus- und Weiterbildung von pädagogischen Fachkräften. Wir tragen hierdurch zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bei“.

Die Praxisleitung verpflichtet sich selbst, die Praxisphilosophie einzuhalten. Ebenso sorgt die Praxisleitung für die Bekanntmachung (vor allem auch bei neuen Mitarbeitern) und die Einhaltung der Praxisphilosophie in der Praxis.

3. Hindernisse und Hilfen

Die größten Hilfen waren intern wie extern Menschen, die von derselben Idee überzeugt waren und bereit, sich auf eine solche sehr vielfältige und meiner Ansicht nach auch anspruchsvolle Arbeit einzulassen.

Geholfen hat mir auch stets jede gelungene Kooperation, die Kindern und Jugendlichen eine positive Entwicklung ermöglichte. Jeder überzeugte Lehrer, jeder engagierte Rektor, jeder kooperative Jugendamtsmitarbeiter usw. Geholfen haben viele inhaltliche Diskussionen mit verschiedensten Fachkräften unterschiedlichster Berufsgruppen, sowie die zahlreichen Rückmeldungen von Eltern und den Betroffenen selbst.

Ein wesentliches Hindernis ist und bleibt die mangelhafte Finanzierung, die immer wieder auf unsicheren Füßen steht, nicht nur bezüglich der Sozialpsychiatrievereinbarung, sondern auch bezüglich der Finanzierung der Maßnahmen die über das medizinische System hinausgehen und von der Jugendhilfe bezahlt werden müssten. Gerade die Übergänge „Medizin-Pädagogik“ oder „Medizin-Jugendhilfe“ zeigen immer wieder erhebliche Reibungsverluste, die häufig aufgrund unterschiedlicher „Ursache-Wirkungs-Diskussionen“ entstehen.

Hier eröffnen sich immer wieder neue „Baustellen“, deren Bearbeitung viel Zeit und Nerven kosten. Reibungsverluste entstehen

oft an Übergängen wie „ambulant-stationär“ oder umgekehrt, „Kindergarten-Schule“, „Schule-Berufswelt“ usw. Nach wie vor ist in Baden-Württemberg das Prinzip der „Aussonderung“ in Sondereinrichtungen eher verbreitet als das Prinzip der „Integration“, so dass auch hier oft erhebliche Konfliktpotentiale enthalten sind.

4. Ausblick

Wenn eine Fee käme und mir 3 Wünsche erfüllen würde, wären dies folgende:

- 1) Alle Systeme, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, lernen kooperativ miteinander umzugehen und im Sinne des Kindeswohls Entscheidungen zu treffen.
- 2) Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat einen anerkannten Platz in diesem System und trägt ihren Teil des Wissens und der Unterstützung zum Gelingen bei.
- 3) Dies passiert auf einer adäquaten finanziellen Grundlage, egal aus welchem Hilfesystem die Leistung gespeist wird.

Da ich allerdings ein Realist bin, freue ich mich, dass ich gerade heute in einer Sozialausschusssitzung einen Schritt im sozialpsychiatrischen Handeln weitergekommen bin, indem wir eine Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie aus der Taufe gehoben haben!

Dies sind die kleinen Erfolge, die es S. in ein paar Jahren eventuell ermöglichen, trotz seiner Behinderung in einem normalen Arbeitsmarkt zurecht zu kommen und sein Leben eigenbestimmt zu gestalten.

Anschrift der Autorin:

Dr. med. Dagmar Hoehne
Kinder- und Jugendpsychiaterin
Allmandstraße 6
88045 Friedrichshafen
Telefon: 0 75 41 – 38 47 0
Fax: 0 75 41 – 38 47 22
e-mail: info@praxis-hoehne.com

Erfahrungen mit der sozialpsychiatrischen Arbeitsweise im Land Brandenburg

Kerstin Kühl

Im Land Brandenburg bietet die sozialpsychiatrische Arbeitsweise eine wichtige Möglichkeit zur Gewährleistung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung.

Von 13 niedergelassenen FachärztInnen für KJPP arbeiten 11 KollegInnen in der Grundversorgung, davon 7 in sozialpsychiatrischen Praxen. Der ambulante fachärztliche Versorgungsgrad beträgt in der Region 50%.

Dementsprechend erleben alle KollegInnen einen enormen Arbeits- und Verantwortungsdruck aus verschiedenen Zuweisungsbereichen mit sozialen Brennpunkten: Schulen, Eltern, Erziehungsstellen, Haus- und Kinderärzten.

Erstzugänge in den KJPP- Praxen zeigen meist komplexe seelische Störungen mit deutlichen Anpassungsproblemen oder gar Abbrüchen in mehreren sozialen Gefügen.

Auch der Markttrend lerntherapeutischer Einrichtungen, meist in Finanzierung durch die Jugendhilfe, trägt wenig zur Entlastung und Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher bei. Er erschließt jedoch einen steten Zugang zu KJPP- Diagnostikanforderungen, im Eindruck einer Verlagerung von Bildungsproblemen.

Von den ambulanten KJPP wird hier eine zeitökonomische interdisziplinäre Diagnostik mit zügiger Einleitung und Weichenstellung geeigneter Hilfen für das psychisch kranke Kind erwartet.

In den SPV- Praxen vom kleinen bis mittleren Praxistyp, mit 2 bis 3 therapeutischen Mitarbeitern, gelingen durch Nutzung der synergistischen Effekte parallel geschalteter psychodiagnostischer, heilpädagogischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen in recht kurzer Zeit, meist nach 3 bis 6 Monaten, emotionale Stabilisierungen, z.B. mit Anschluss oder Verbleib in Entwicklungsgefügen von Schule oder Familie.

Behandlungstrends der internen sozialpsychiatrischen Arbeitsweise bilden Eltern- und Kindertherapiegruppen, bei der externen Arbeit

vorrangig Umfelddiagnostik und Moderationstätigkeit in Bildungs- und Erziehungseinrichtungen.

Die Kostenerstattung der SPV-Pauschale erfolgt im Land Brandenburg durch alle Ersatzkassen und alle BKKs, durch die IKK Brandenburg auf Einzelantrag für 1Jahr, nicht durch die AOK Brandenburg.

Trotz der noch unbefriedigenden Kostenerstattung können wir den erfreulichen Trend erleben, dass sich KollegInnen zu dieser Arbeitsweise weiter und neu entschließen.

Als großen Vorteil schätzen wir die Möglichkeit der Lastenverteilung der emotionalen Sorgen unserer Patienten auf den Schultern der Teams, nicht zuletzt im Dienst unserer eigenen Psychohygiene und „Burn-out-Prävention“.

Es gelingt uns so, Patientenzahlen von ca. 300 bis 400 im Quartal qualifiziert zu versorgen, mit der ärztlichen Befriedigung, etwas bewegt zu haben.

Kontaktadresse:

Dr. med. Kerstin Kühl
Hauptstr. 58
D-14776 Brandenburg
Tel.03381-229044
e-mail: Dr.Kerstin.Kuehl@t-online.de

Änderung von Richtlinien und Maßnahmen in der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche mit psychischen und / oder körperlichen Erkrankungen

Renate Voll

Die Rehabilitationsrichtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben sich geändert (1). Betroffen sind hiervon nicht Kinder, die Frühförderung benötigen und von Behinderung bedroht sind, sondern Jugendliche und junge Erwachsene. In Zukunft muss bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewandt werden.

Nach dem IX. Sozialgesetzbuch (2) ist psychosoziale Rehabilitation Teil der medizinischen Rehabilitation. Folgende Ziele psychosozialer Rehabilitation werden im Gesetzestext benannt:

- 1) Hilfen zur Krankheitsverarbeitung und Bewältigung von Behinderung
- 2) Förderung der sozialen Kompetenz durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten
- 3) Reduktion von Handicaps
- 4) Teilnahme am sozialen Leben und am Arbeitsleben
- 5) Verwirklichung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben

Psychosoziale Hilfen zur Rehabilitation können nur erteilt werden, wenn eine rehabilitationsspezifische Diagnostik und multiaxiale Bewertung stattfindet. Hierbei muss die Rehabilitationsfähigkeit, die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsprognose erarbeitet werden, ferner individuelle Rehabilitationsziele bestimmt werden.

1. Rehabilitationsdiagnostik

1.1 Rehabilitationsziele

Rehabilitationsziele müssen mit der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme vom Antragsteller benannt werden. Sie müssen realistisch und für den Betroffenen erreichbar sein. Sie müssen in Übereinkunft mit den Jugendlichen und deren Eltern entwickelt und während der Rehabilitation umgesetzt werden. Während längerer schulischer oder beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen erfolgen Entwicklungsgespräche über erreichte und zukünftige Rehabilitationsziele in regelmäßigen, meist halbjährlichen Abständen mit dem Rehabilitationsteam, dem Rehabilitanden und dessen Eltern sowie dem Kostenträger. In diesen Entwicklungsgesprächen werden ggf. neue Entwicklungsziele formuliert und die Durchführungspraxis der Rehabilitation modifiziert.

1.2 Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit besteht, wenn der jugendliche Rehabilitand aufgrund der kognitiven, psychischen und körperlichen Verfassung die notwendige emotionale und körperliche Belastbarkeit sowie Motivation besitzt, um bei der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen mitwirken zu können. Stationäre Rehabilitationsfähigkeit nach SGB V setzt ausreichende soziale Gruppenfähigkeit sowie kognitive, emotionale und motivationale Ressourcen voraus. Ferner muss der Patient über eine ausreichende Mobilität verfügen. Ein jugendlicher Rehabilitand sollte fähig sein, die zusammen mit ihm und seinen Eltern ausgesuchte Rehabilitationsmaßnahme bewältigen zu können. Noch bestehender, häufiger Drogenabusus oder akute Suizidalität, zu niedriges Gewicht bei Anorexia nervosa oder akute psychotische Symptomatik sind mit einer Rehabilitationsfähigkeit im Sinne medizinischer, schulischer oder beruflicher Rehabilitation nicht vereinbar. Hier ist kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Kliniken der Primärversorgung angezeigt. Mangelnde Compliance bei Einnahme von Psychopharmaka oder Antiepileptika kann ein Ausschlusskriterium für die Rehabilitationsfähigkeit sein (3,4).

Zuletzt besteht bei der Rehabilitation eine gesetzliche Mitwirkungspflicht des Rehabilitanden nach §60ff. SGB I. Hierzu gehört auch mit der Antragstellung zur Rehabilitation die Schweigepflichtsentscheidung über persönliche Daten, die dem zuständigen Rehabilitati-

onsteam, das nicht nur aus medizinischem Personal besteht, offenlegt werden müssen. Wirkt der Rehabilitand beim Rehabilitationsprozess nicht mit oder kann er krankheitsbedingt über längere Zeit nicht mitwirken, kann deswegen die Rehabilitationsmaßnahme sowohl vom Kostenträger als auch von der Einrichtung abgebrochen werden.

1.3 Rehabilitationsbedürftigkeit

Bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit müssen rehabilitationsrelevante Schädigungen, nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe im Bereich der Kommunikation, der Mobilität, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der interpersonellen Aktivitäten und der bedeutenden Lebensbereiche wie Arbeit und Beschäftigung eingeschätzt werden. Ergebnisse aktueller Assessments sind bei der Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu berücksichtigen. Die rehabilitationsrelevanten Kontextfaktoren wie persönliches und familiäres Umfeld (Achse V der ICD 10) ebenso wie familiäre und psychosoziale Ressourcen und berufliches / schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation) und soziales Umfeld müssen in der Verordnung medizinischer Rehabilitation im Formblatt 61 Teil B ausgefüllt werden (1). Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund der seelischen und / oder körperlichen Erkrankung eines Kindes oder Jugendlichen voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität vorliegen, durch die eine Beeinträchtigung der Teilhabe am sozialen Leben oder Arbeitsleben zustande kommen. Die normale Entfaltung alltagsrelevanter Aktivitäten sowie die Teilhabe am sozialen Leben und Arbeitsleben ist bedroht oder kann nicht stattfinden. Die Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen ist dadurch gefährdet. Rehabilitationsbedürftigkeit besteht dann auch über den kurativen Ansatz hinaus, wenn aufgrund der Erkrankung oder Behinderung ein mehrdimensionaler Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, z.B. bei der Rehabilitation schädel-hirn-verletzter Kinder und Jugendlicher mit neuropsychiatrischen Erkrankungen (5).

1.4 Rehabilitationsprognose

Bei der Einschätzung der Rehabilitationsprognose bei der Beantragung medizinischer Rehabilitation muss beurteilt werden, ob eine positive Rehabilitationsprognose besteht bezüglich der Körperfunk-

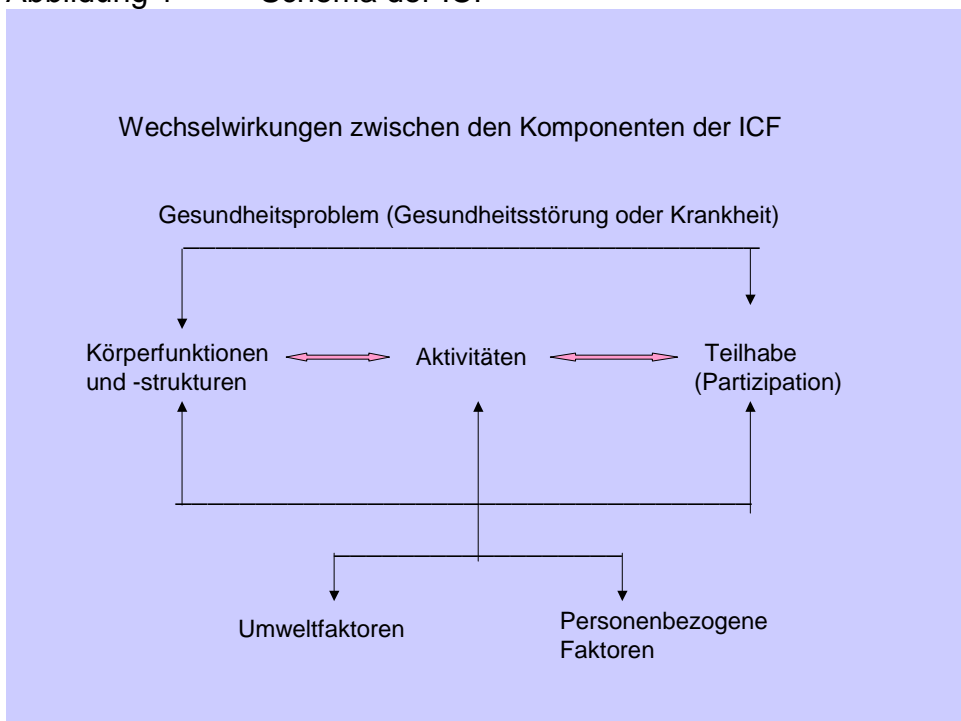
tionen und -strukturen, der Aktivitäten und Teilhabe, der Kontextfaktoren und der Ziele aus Sicht des Patienten.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch dem Kostenträger gegenüber begründete Wahrscheinlichkeit für den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Sie basiert auf den Daten der ICF des Hilfesuchenden und auf den Untersuchungen zur Rehabilitationsdiagnostik. Sie berücksichtigt den bisherigen Verlauf der Erkrankung, Komplikationen oder Rückbildung und beachtet individuelle Ressourcen und individuelle Rehabilitationsziele sowie psychosoziale Kontextfaktoren. Die Rehabilitationsprognose bezieht sich auf einen definierten Zeitraum, in dem das gewählte Rehabilitationsziel durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme erreicht werden soll.

2 Multiaxiale Diagnostik

Bei der multiaxialen Diagnostik muss nach dem Analyseschema der ICF (6) die Anpassungsleistung untersucht werden, ferner eine Verhaltensanalyse erfolgen. Fähigkeiten, Aktivität und Partizipation müssen untersucht werden.

Abbildung 1 Schema der ICF



Wie aus Abbildung 1 zu ersehen ist, beeinflussen Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren die Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe. Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren werden oft als Kontextfaktoren benannt und zusammengefasst. Personenbezogene Faktoren umfassen Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Bildung, Ausbildung und Beruf, Biographie und Erziehung, Lebensstil, Persönlichkeitsfaktoren und Coping-Faktoren. Psychosoziale gefährdende und belastende Umweltfaktoren im Kindes- und Jugendalter können mit der Achse V der ICD-10 erfasst werden. Neben den gefährdenden Lebensumständen sollten zusätzlich Ressourcen und schützende Faktoren im psychosozialen Umfeld beschrieben werden, da sie bei der Rehabilitation unterstützend genutzt werden können. Der psychosoziale Hilfeplan orientiert sich an der multiaxialen Diagnostik.

Im Folgenden wird diese multiaxiale Diagnostik mit Anpassungsleistung und Verhaltensanalyse, Fähigkeiten, Aktivitäten und Partizipation erläutert. Anhand einer Kasuistik werden diese Begriffe für den klinischen Alltag erläutert. Zuletzt werden Möglichkeiten schulischer, vorberuflicher und beruflicher Rehabilitation dargestellt, insbesondere aber die neuen BvB-Maßnahmen (7).

2.1 Anpassungsleistung und Verhaltensanalyse

Um Anpassungsleistung und Verhaltensanalyse vornehmen zu können, ist zunächst insbesondere bei chronisch kranken Jugendlichen eine Analyse der Krankheitsverarbeitung notwendig. Hierzu können Assessments wie der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung nach Muthny (8) oder die Trier Skalen zur Krankheitsverarbeitung (9) angewandt werden. Für psychisch erkrankte Jugendliche sind je nach Erkrankung Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen des Krankheitsverlaufs und der Symptomatik heranzuziehen. Krankheitsverarbeitung ist nach einer Definition von Heim (10) die Gesamtheit aller Prozesse, um bestehende und erwartete Belastungen in Zusammenhang mit Krankheit emotional, kognitiv und aktional aufzufangen, auszugleichen und zu meistern. Die Mehrzahl der Assessments zur Krankheitsverarbeitung basiert auf der Dreiteilung des Verarbeitungsgeschehens. Bei Eintritt einer Behinderung ist die Analyse der Bewältigung von Behinderung notwendig. Erfasst werden müssen die Gesamtheit der Bewältigungsprozesse, die darauf abzielen, Einschränkungen bei der Ausübung

von Aktivitäten des täglichen Lebens zu verbessern, soziale und berufliche Integration zu leisten und eine umfassende Anpassung des Betroffenen zu bewerkstelligen. Nach Moos und Tsu (11) ist es eine der wichtigsten Anpassungsaufgaben nach Eintritt einer Behinderung, ein positives Selbstbild und ein emotionales Gleichgewicht zu erhalten.

2.2 Anpassungsaufgaben

Bei stationärer Rehabilitation in Institutionen gilt es für Jugendliche Rehabilitanden, zahlreiche Anpassungsaufgaben zu leisten. Zu den Hauptkategorien von Anpassungsaufgaben zählen: Auseinandersetzung mit den unmittelbaren Auswirkungen der Erkrankung oder Behinderung, Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Behandlungsinstitution, Entwicklung positiver Beziehungen zum Rehabilitationsteam, Erhalten des emotionalen Gleichgewichts und eines positiven Selbstbilds.

2.3 Anpassungsstörungen und kinder- und jugendpsychiatrische Auffälligkeit

Nach Budde (12) können folgende Anpassungsstörungen beobachtet werden: erhöhte Angstwerte, depressive Symptome, Gefühle reduzierten Selbstwerts, Körperbildstörungen, Wahrnehmung eigener Hilflosigkeit, abnorme Irritierbarkeit, hoher Drogen- und Alkoholkonsum, Partnerschaftsprobleme und Sexualstörungen und Reduktion von Sozialbeziehungen. Es kann zu kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen und Erkrankungen kommen. Der Überschneidungsbereich kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankung und chronischer körperlicher Erkrankung im Kindes- und Jugendalter beträgt 13-30%, je nach zugrundeliegender Erkrankung. Kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen können infolge einer körperlichen Erkrankung auftreten, sie können aber auch präexistent vorhanden sein, und z.B. wie hyperkinetische Erkrankungen oder Drogenkonsum infolge einer erhöhten Unfallgefahr zu einer Körperbehinderung führen.

2.4 Fähigkeiten, Aktivität und Partizipation

Unter **Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)** werden nach der ICF 9 Bereiche angegeben:

- 1) Lernen und Wissensanwendung
- 2) Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen
- 3) Kommunikation
- 4) Mobilität
- 5) Selbstversorgung
- 6) Haushaltsführung
- 7) interpersonelle Interaktionen und größere Lebensbereiche wie finanzielle Eigenständigkeit, Berufstätigkeit etc.
- 8) soziales Leben und bürgerliches Leben in der Kommune
- 9) Freizeitgestaltung

Die Beeinträchtigung der Bereiche 1-9 wird als Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe bezeichnet. Die Aktivitäten und Partizipation nach der ICF werden in Tabelle 1 dargestellt. Jeder der neun Bereiche des ICF setzt sich aus vielen Teilbereichen zusammen. Die neun Bereiche und die sie definierenden Teilbereiche sind im ICF für Kinder und Jugendliche der WHO beschrieben. Teilbereiche können aufgrund ihres inhaltlichen Umfangs in Tabelle 1 nur beispielhaft genannt werden. Der ICF ist vierstufig skaliert: Ein Problem ist nicht vorhanden, geringfügig ausgeprägt, besteht mittelmäßig, ist ausgeprägt, ist extrem stark vorhanden.

Tabelle 1 Bereiche der ICF und Beispiele für die dazugehörigen Teilbereiche

Bereiche der ICF	Teilbereiche (Beispiele)
1) Lernen und Wissensanwendung	Sensorische Erfahrungen, Beobachten, Problemlösen, Entscheidungsfindung, Erlernen von Kulturtechniken
2) Allgemeine Aufgaben und Leistungsanforderungen	Tägliche Bewältigung von Aufgaben und Pflichten, Aufgabendurchführung, Zeiteinteilung, Stressbewältigung
3) Kommunikation	Verstehen von Zeichen, Symbolen,

	Bildern, Gesten, Körpersprache
4) Mobilität	Transfers wie Fortbewegung vom Liegen ins Sitzen (vom Bett auf den Stuhl)
5) Selbstversorgung	Waschen, Körperpflege, Anziehen, Essen, Trinken
6) Haushaltsführung	Einkaufen von Nahrung, Kleidern, Putzen, Aufräumen, Reparaturen
7) Interpersonelle Interaktionen	Sozial angemessene Interaktionen mit Familienmitgliedern, Freunden, Fremden
8) größere Lebensbereiche wie finanzielle Eigenständigkeit, Berufstätigkeit	Berufsausbildung, Arbeit und Beschäftigung
9) Soziales und bürgerliches Leben in der Kommune, Freizeitgestaltung	Religion, politisches Leben

3 Kasuistik

Andreas war mit 15 Jahren unter Drogeneinfluss auf eine fahrende U-Bahn aufgesprungen. Als körperliche Unfallfolgen trug er eine Trümmerfraktur des Beckens und des Hüftkopfes davon. Nach Abschluss der stationären Behandlung konnte er an einer Unterarmstockstütze gehen.

Nach Abklingen einer psychotischen Episode stellten sich folgende **Anpassungsstörungen** ein:

- gelegentlicher Drogenkonsum
- posttraumatische Belastungsstörung mit vermeidendem Verhalten
- Busfahrten werden vermieden
- Negatives Selbstbild infolge der Körperbehinderung

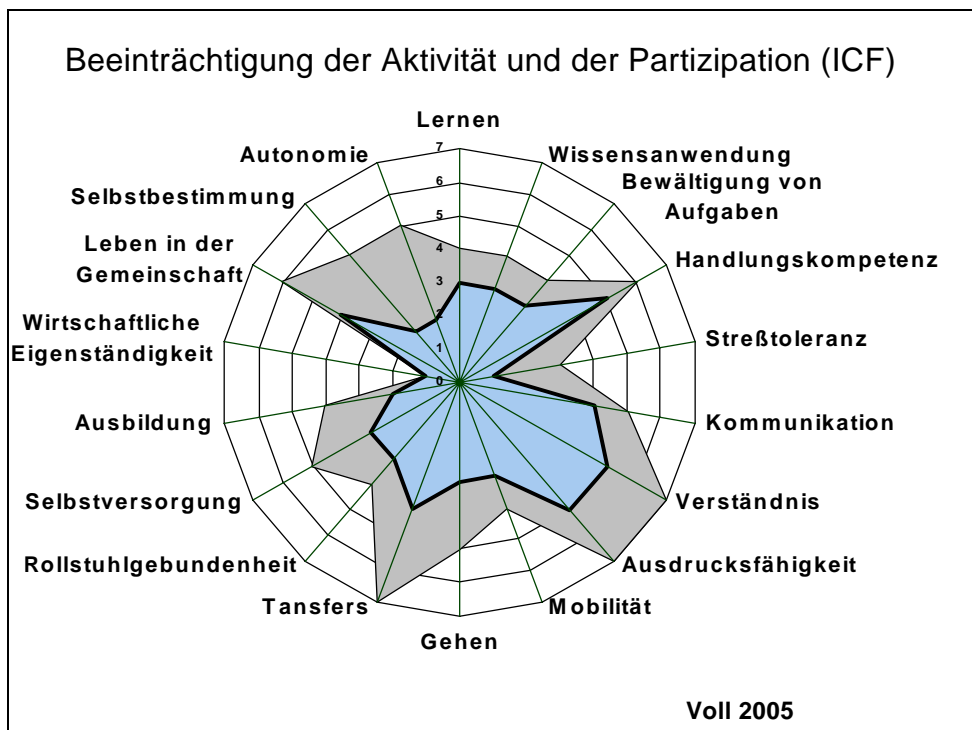
Folgende **Fähigkeiten** wies Andreas auf:

- gute praktische Begabung und handwerkliches Geschick

- Motivation zur Mitarbeit, Pünktlichkeit bei der Wahrnehmung von Terminen
- Lernschwäche, aber keine Lernbehinderung

Die Analyse der **Beeinträchtigung der Aktivität und Partizipation (ICF)** zeigt Abbildung 2: die innere, schwarz umrandete Figur zeigt den Befund am ersten Aufnahmetag in der Rehabilitationsklinik. Die psychotische Symptomatik war bereits zurück gebildet, eine Behandlung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik war zuvor erfolgt. Die äußere graphische Figur zeigt den Befund von Aktivität und Partizipation nach Ende der klinischen Behandlung. Danach wurde eine vorberufliche Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen.

Abbildung 2 Beeinträchtigung der Aktivität und Partizipation von Andreas



Die gefährdenden Lebensumstände wurden nach den zutreffenden Kategorien der Achse V der ICD-10 bestimmt (13). Er hat seinen leiblichen Vater nie kennen gelernt. Die Mutter hatte wenig Zeit für ihn, da sie ganztags als Verkäuferin arbeitete. Im ersten Lebensjahr wuchs er bei den Großeltern auf, bis die Mutter wieder heiratete. Mit diesem Mann bekam die Mutter noch 3 Kinder. Andreas wurde vom Stiefvater von Anfang an abgelehnt. Andreas sei der „Prügelknabe“ gewesen. Der Stiefvater habe ihn geschlagen, auch mit umher liegenden Gegenständen. Der Stiefvater hat sich Andreas gegenüber nie anders als durch negative Reaktionen angenähert. Der leibliche Vater von Andreas war Alkoholiker, auch der Stiefvater hatte Alkoholprobleme. Die Ehe bezeichnet die Mutter als „16jährigen Krieg“.

Es zeigten sich ein(e):

- Mangel an Wärme in der Eltern-Kind-Beziehung (1.0)
- Disharmonie in der Familie (1.1)
- Feindliche Ablehnung oder Sündenbockzuweisung dem Kind gegenüber (1.2)
- Körperliche Kindesmisshandlung (1.3)
- Psychische Störung – abweichendes Verhalten eines Elternteils (2.0)
- Unzureichende elterliche Aufsicht oder Steuerung (4.1)
- Abweichende Elternsituation (5.1)

4 Interventionen

4.1. Auswahl des Interventionssettings:

Maßnahmen zur Teilhabe am vorschulischen und schulischen Leben sowie am Arbeitsleben

4.1.1 Maßnahmen zur Teilhabe im Vorschulalter

Im Vorschulalter kann Frühförderung mehrfachbehinderter Kinder in geeigneten Frühförderzentren die Integration und Teilhabe dieser Kinder verbessern (14). Ebenso stehen Sonderkindergärten (Sprachheilkindergärten, heilpädagogische Kindergärten etc.) zur Eingliederung zur Verfügung. Bei der Rehabilitationsbehandlung im Krankenhaus eines Kindes im Vorschulalter wird die Mitaufnahme einer Begleitperson in der Regel finanziert (§43, Abs.3 SGB V).

4.1.2 Maßnahmen zur Teilhabe im Schulalter

Solange Berufsschulpflicht gegeben ist, erfolgt schulische und vorberufliche Rehabilitation über die Kostenträger der schulischen Rehabilitation. Man unterscheidet zwischen folgenden Maßnahmen: Berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsvorbereitungsjahr (BVJ) und Lebensvorbereitungsjahr (LBVJ), wenn noch keine Ausbildungsfähigkeit gegeben ist. Diese Maßnahmen werden nicht über das Arbeitsamt finanziert und sind Teil der schulischen Rehabilitation. Schulische Rehabilitation als mehrjährige Maßnahme zwecks Erreichen eines qualifizierten Schulabschlusses kann als Maßnahme zur Teilhabe mit Internatsunterbringung an dafür geeigneten Rehabilitationszentren überregional und jenseits der Landesgrenzen stattfinden. Diese Form der schulischen Rehabilitation wird in Zusammenarbeit mit den Behörden der jeweiligen Bundesländer beantragt. Die Eltern können selbst mit dem Sozialdienst eines solchen Rehabilitationszentrum und den jeweilig zuständigen Kostenträgern eine mehrjährige schulische Rehabilitation beantragen, Genehmigungen von Schulbehörden in den jeweiligen Bundesländern sind dazu nicht notwendig. Schulen für Kranke an Kliniken obliegen der Länderhoheit und der damit verbundenen Schulaufsicht; es gelten die Regelungen des jeweiligen Bundeslandes, in dem die Einrichtung liegt; gegebenenfalls mit individuellen Sonderregelungen.

4.1.3 Maßnahmen zur Teilhabe nach abgeschlossener Schulzeit und Berufsschulpflicht: Vorberufliche und berufliche Rehabilitation

Bisher wurden nach abgeschlossener Schulzeit Maßnahmen wie Arbeitserprobung und Berufsfindung, berufliche Rehabilitation mit zwei- bis dreijähriger Ausbildung beim Behindertenberater des Arbeitsamtes für die Jugendlichen beantragt. Wenn noch keine Ausbildungsfähigkeit bestand, wurden berufliche Förderlehrgänge oder arbeitstherapeutische Förderung in Berufs- und Trainingszentren in die Wege geleitet. In der letzten Phase der beruflichen Ausbildung an einem Rehabilitationszentrum erfolgt die Vermittlung in Betriebe über den Sozialdienst der Rehabilitationszentren.

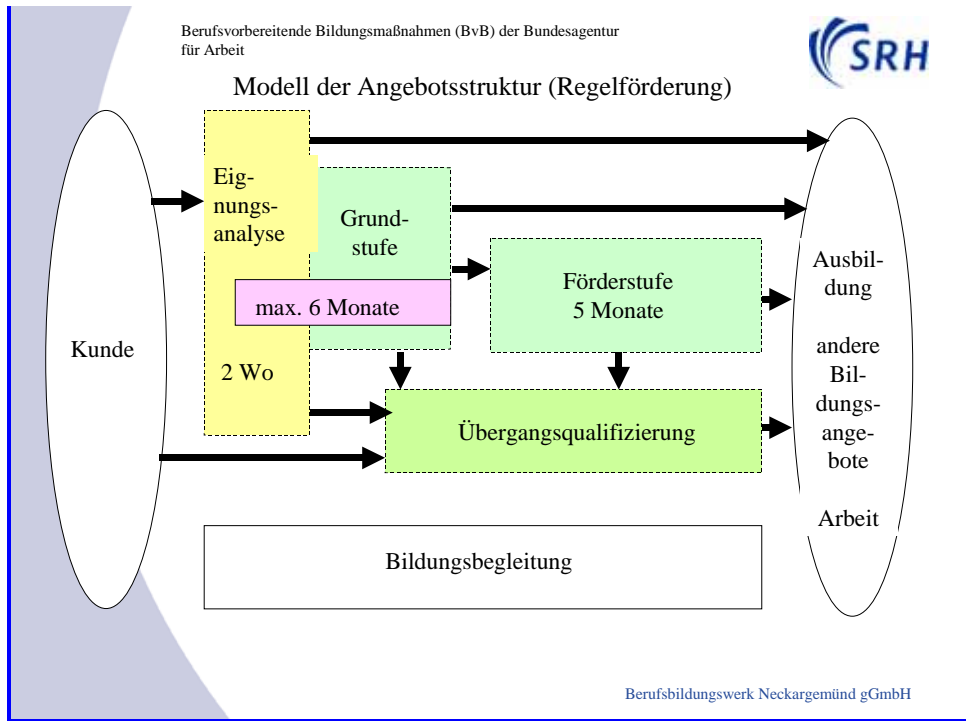
Zum 1.1. 2005 haben sich die vorberuflichen Maßnahmen geändert. Das neue Fachkonzept der Bundesanstalt für Arbeit, das zu Beginn

2005 bundesweit umgesetzt wurde, umfasst neue Förderkonzepte für berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB). Ziel dieses neuen Förderkonzeptes ist die Vermeidung oder schnelle Beendigung von Ausbildungs- und Arbeitslosigkeit, die Verbesserung der beruflichen Handlungsfähigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen und die Erhöhung des Qualifizierungsniveaus.

Die berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) sind gedacht für „lernbeeinträchtigte, behinderte und sozial benachteiligte Personen, deren Entwicklungsstand eine erfolgreiche Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder eine gleichwertige Berufsausbildung noch nicht erwarten lässt“. Diese Maßnahmen werden entsprechend den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises durch sozialpädagogische Unterstützung betreut und begleitet.

Im einzelnen erfolgt in Zukunft im Rahmen der BvB-Maßnahmen eine Eignungsanalyse (maximal 2 Wochen), dann die Grundstufe (maximal 6 Monate), die Förderstufe (maximal 5 Monate), die Übergangsqualifizierung, die Bildungsbegleitung und eine Qualifizierungsplanung. Die Grundstufe umfasst folgende Module: allgemeiner Grundlagenbereich, Berufsorientierung, Grundfertigkeiten, Kulturtechniken, Lerntechniken, Sozialkompetenz, Medienkompetenz und Arbeitsverhalten. Als Ergebnis nach Absolvieren der Grundstufe kann der Übergang in die Ausbildung erfolgen. Falls Ausbildungsreife besteht, aber noch keine Ausbildungsaufnahme möglich ist, erfolgt eine Übergangsqualifizierung. Falls eine Ausbildungsreife nicht besteht, erfolgt im Anschluss an die Grundstufe die Förderstufe. Die Bausteine der Eignungsanalyse, der Grundstufe und der Förderstufe sind nicht notwendigerweise miteinander verknüpft und können separat für den Rehabilitanden beantragt werden.

Abbildung 3 zeigt das vom Berufsbildungswerk Neckargemünd entwickelte Modell der Angebotsstruktur für die BvB-Maßnahmen



5 Einrichtungen, Kostenträger und Antragstellung

5.1 Adressen geeigneter Einrichtungen

Die Adressen der Frühfördereinrichtungen und der Berufsbildungswerke und Rehabilitationszentren werden vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben (14) und können dort angefordert werden. Zu beachten ist, dass die Berufsbildungswerke in Deutschland unterschiedliche Angebotsleistungen hinsichtlich der vorberuflichen Förderung und der auszubildenden Berufe haben. Es gibt Berufsbildungswerke für lernbehinderte Jugendliche, die handwerkliche Berufe ausbilden. Es gibt ferner Berufsbildungswerke für den Personenkreis der blinden Personen.

Die schulische Rehabilitation mit Zuweisung in geeignete Sonderschulen wird in Zusammenarbeit mit örtlichen sonderpädagogischen

Beratungsstellen in die Wege geleitet, kann aber auch in Zusammenarbeit mit anerkannten Klinikschulen beantragt werden. Entsprechende Adressen und Verzeichnisse sind vor Ort von den Schulämtern zu erhalten. Die Einbeziehung der zuständigen Jugendämter ist unbedingt notwendig, da die entstehenden Kosten für schulische Rehabilitation eine Leistung nach §35a darstellen.

5.2 Service-Stellen für Rehabilitation

Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie ihren Vertrauenspersonen Beratung und Unterstützung anzubieten (§22 SGB IX). Die Servicestellen für Rehabilitation, die in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eingerichtet wurden, sind gesetzlich dazu verpflichtet, trägerübergreifend und anbieterneutrale, umfassende Hilfen anzubieten. Sie stehen jedem Rat- und Hilfesuchenden in Fragen der Rehabilitation zur Verfügung. Die Servicestellen helfen bei der Antragsstellung zur Rehabilitation. Sie sind verpflichtet, die sozialrechtliche Zuständigkeit eines Kostenträgers rasch und ggf. parallel zu klären. Es ist gesetzlich geregelt, dass bei vorliegendem Rehabilitationsbedarf der erstangegangene Kostenträger Vorleistungen erbringen muss, um zu verhindern, dass im Falle eines Streits der Kostenträger ungebührliche Wartezeiten zum Nachteil für die betroffene Person entstehen, die Rehabilitationsmaßnahmen ersucht.

5.3 Kostenträger

Krankenkassen sind zuständige Kostenträger für medizinische Rehabilitation, wenn z.B. die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bei eingeschränkter Teilhabe aufgrund einer Krankheit im Vordergrund steht. Für die schulische Rehabilitation sind bei Kindern und Jugendlichen bei primärer körperlicher oder bei geistiger Behinderung Träger der überörtlichen Sozialhilfe zuständig. Rentenversicherungsträger sind leistungspflichtig bei Kinderheilverfahren. Rentenversicherungsträger, je nach regionalen Besonderheiten auch die Träger der Jugendhilfe, sind für Maßnahmen der stationären Suchtentwöhnung zuständig, was u.a. damit zu erklären ist, dass viele Entwöhnungseinrichtungen keine Belegungsverträge mit Krankenkassen haben. Unter Umständen muss bei nicht erfüllten Anspruchsvoraussetzungen bzgl. Leistungen der Rentenversicherung

eine besondere Vereinbarung getroffen werden. Maßnahmen ambulanter Suchtentwöhnung für Jugendliche sind aus inhaltlichen Gründen leistungsträgertechnisch bisher bundesweit nicht entwickelt.

Bei vorrangiger seelischer Behinderung sind die Jugendämter für die Maßnahmen der schulischen Rehabilitation als Kostenträger zuständig. Arbeitsämter sind als Kostenträger für Berufsfindung, Arbeitserprobung und berufliche Förderlehrgänge und berufsvorbereitende Maßnahmen sowie berufliche Rehabilitation zuständig. Unfallkassen oder Gemeindeunfallversicherungsverbände kommen als Kostenträger bei Kindern und Jugendlichen in Frage, die infolge von Unfällen Rehabilitation benötigen.

5.4 Prinzip der Regionalität

Zeitlich längerfristige Rehabilitationsmaßnahmen (schulische und berufliche Rehabilitation) müssen das Prinzip der Regionalität berücksichtigen. Dies wird von den Kostenträgern verlangt, da zum einen der Kontakt zur Familie besser gewahrt werden kann, zum anderen sich Kosten für Wochenendheimfahrten reduzieren. Die jeweilige Regionalität schulischer und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen ist bei der Beantragung unbedingt zu beachten, da sonst eine Ablehnung des Antrags erfolgen kann.

6. Literatur

1. Deutsches Ärzteblatt Jg. 101, Heft 17, (4/2004)
Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitationsrichtlinien) nach § 92 Abs.1 Satz Nr.8 SGB V in der Fassung vom 16. März 2004 (B.Anz. S. 6769)
2. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (4/2002): Fragen und Antworten für die Praxis zur Umsetzung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (1998) Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Frankfurt
4. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken – Alkohol – Drogen – Medikamente, Frankfurt 1996

5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Schriftenreihen (1993) Arbeits-hilfen für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher.
6. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesund-heit (ICF) 2001 www.who.ch
7. Bundesagentur für Arbeit (1/2004)
Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) der Bundesanstalt für Arbeit (BA), neues Fachkonzept, BA-Rundbrief
8. Muthny FA (1986) Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Beltz, Weinheim
9. Klauer Th, Filipp SH (1993) Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung. Test-zentrale, Hogrefe, Göttingen Bern
10. Heim E (1986) Krankheitsauslösung – Krankheitsverarbeitung. In Heim E und Willi J (Hrsg.) Psychosoziale Medizin – Gesundheit und Krankheit aus biopsychoso-zialer Sicht, Bd.2 Klinik und Praxis, Springer Berlin Heidelberg New York, 343-390
11. Moos RH, Tsu VD (1977) The crisis of physical illness. In Moos RH (ed.) Coping with physical illness. Plenum, New York
12. Budde (1988) Auswirkungen und Bewältigung von Behinderung. In Koch U, Lucius-Hoene G, Stegie R (Hrsg.) Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Springer Berlin Heidelberg New York, S. 101-119
13. Poustka F, van Goor Lambo G (2000) Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände von Kindern nach Kapitel V (F) der ICD-10. Verlag Hans Huber Bern
14. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
Einrichtungen und Stellen der Frühförderung in der Bundesrepublik Deutschland, wird fortlaufend herausgegeben

Anschrift der Verfasserin:

PD Dr. med. Renate Voll, Bereich Psychosomatik, Fachkran-kenhaus Neckargemünd, Im Spitzerfeld 25, 69151 Neckargemünd, re-nate.voll@fkn.srh.de

Bion für Beginner

Eine Einführung zu Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979): Leben und Werk

Ulrich Rüth

1. Einleitung

Manche bezeichnen Bion als den genialsten Psychoanalytiker nach Sigmund Freud. Gleichzeitig sind seine Schriften kryptisch, schwer zu verstehen und bedürfen aufgrund ihres intellektuellen Anspruchs höchster Eigenaktivität des Lesers. Dies wiederum erschwert trotz des tiefen Humanismus Wilfred R. Bions den Zugang zu seinem Denken und es lässt manchen Interessierten eine Abwendung vollziehen. Das ist umso bedauernswerter, als Bions Gedanken auch für die praktische Arbeit des Nicht-Psychoanalytikers fruchtbar sein können.

Bions Gruppenmodelle haben wesentlich zum Erfolg psychoanalytischer Organisationsberatung beigetragen (vgl. Obholzer & Roberts 1994; Kernberg 1998; Lohmer 2000). Die Gruppenmodelle und Bions psychoanalytisches Gedankengut lassen auf organisationsdynamischer Ebene die Funktion des Oberarztes und die durch ihn ausgeübte Anleitung und Supervision durchsichtig und nachvollziehbar werden (Rüth 2003). Bions Ideen zur Entstehung von Denken machen rezeptiv sprachgestörte Kinder und deren problematische Entwicklung auf einer psychoanalytisch begründeten Ebene verstehbar (Rüth 2004). Phänomene in Balintgruppen und die Wirksamkeit der Balint-Arbeit werden zugänglicher auf der Basis bionischer Modellbildungen (Rüth 2005).

Mit der hier gegebenen Einführung sollen Bion und seine Gedanken dem in der kleinianischen Psychoanalyse (Hinshelwood 1993; Lazar 1999) weniger Bewanderten näher gebracht werden, um im Sinne Bions zum Weiterdenken und Weiterdiskutieren anzuregen.

2. Lebensdaten:

Es liegt eine umfassende Biographie zu Bion auf Englisch vor (Bléandonu 1994). Eine Einführung zu seinem Lebensweg (ebenfalls in Englisch) findet sich sowohl bei Symington & Symington (1990) wie bei Lopez-Corvo (2003).

Bion wurde am 8. September 1897 als Sohn britischer Eltern im Kolonialdienst in Muttra, Indien geboren. Nach den ersten Jahren auf dem Subkontinent, geprägt von einer indischen Nanny, die ihm die Mythen und das Denken Indiens nahe brachte, musste er als achtjähriger Schüler nach England auf ein Internat. Früh zeigte sich so als Signatur seines weiteren Lebens das <Abwesende>, hier zunächst in Gestalt der Abwesenheit seiner Eltern und eines Rückhalts in einer ihn tragenden Familie.

1916-1918 nahm Bion am 1. Weltkrieg teil und erlebte in dessen Schrecknissen die Abwesenheit des Humanen – wenn auch der Krieg Bion ein weiteres Mal das <Aushalten> lehrte. In späteren Jahren meinte Bion, ein Psychoanalytiker müsse ebenso gut denken können wie ein Offizier im Kugelhagel. Nach dem Krieg studierte Bion zunächst 1919-21 auf dem Queens College in Oxford Geschichte und war kurze Zeit als Lehrer tätig, um dann von 1924-1930 am University College Hospital, London seine medizinische Ausbildung zu erhalten. Wenngleich sich Bion im Weiteren der Psychiatrie und Psychoanalyse zuwandte, gewann er getreu seinem Motto, alles dem er sich zuwende, gründlich zu tun, einen Preis in Chirurgie.

Nach Beendigung seines Medizinstudiums qualifizierte sich Bion zunächst als Psychiater weiter, unternahm seine erste Lehranalyse und hatte als Ausbildungskandidat den späteren Literaturnobelpreisträger Samuel Beckett zum Patienten. Beckett brach die Behandlung ab, weil sie aus seiner Sicht nicht wirklich effektiv war.

Im 2. Weltkrieg war Bion von 1940-45 Militärpsychiater, hier machte er Erfahrungen in der Gruppenbehandlung im berühmt gewordenen Northfield Experiment, welches nach Bions Ausscheiden von Foulkes in veränderter Form weitergeführt wurde (Harrison 2000). Während des Kriegs starb Bions erste Frau Betty kurz nach der Geburt der gemeinsamen Tochter, weshalb Bion bis zu seiner zweiten Ehe alleinerziehender Vater war.

Nach Kriegsende ging Bion in Lehranalyse zu Melanie Klein, der ein Desinteresse an Bions Gruppenbehandlungen nachgesagt wird. Sie habe daran gedacht, dass Bion durch die Beschäftigung mit Gruppen von tieferer psychoanalytischer Arbeit abgehalten werde. Anfang der 50er Jahre traf Bion auf seine spätere Ehefrau Francesca, mit der er zwei Kinder bekam und die ihn in den verbleibenden Jahren als Partnerin seelisch-geistig begleitete.

Bion war von 1956 bis 1962 Direktor der London Clinic of Psychoanalysis und von 1962 bis 1965 Präsident der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft. Er wanderte 1968 nach Kalifornien aus, wohl auch, um nicht die Leitung der kleinianischen Gruppe der britischen Psychoanalytiker übernehmen zu müssen.¹ Auf seinen anschließenden Reisen nach Südamerika traf er auf große Resonanz, sodass sich bis heute südamerikanische Analytiker als die wahren Erben Bions ansehen.

1979 kehrte Bion nach Oxford zurück, wo er unerwartet erkrankte. Er starb am 8. November 1979 im Radcliffe Hospital, Oxford an akuter myeloischer Leukämie. Es wird über ihn berichtet, er habe die Nachricht seiner tödlichen Erkrankung kommentiert mit: „Das Leben hält immer wieder Überraschungen bereit, und meistens sind es unangenehme.“

Zum Verständnis Bions erscheint wichtig, dass er keine Schule gründete und stets das Eigen-Denken in Freiheit als wesentlichstes Ziel psychoanalytischer Arbeit ansah (vgl. Symington 1990).

3. Keine Theorien sondern Modelle

Bions Denken basiert auf der wechselseitigen Beeinflussung von psychoanalytischer Theoriebildung und psychoanalytischer Beobachtung. Seine Ideen werden am ehesten verständlich, wenn man sie nicht als abstrakte Theorien, sondern als vom Konkreten abstrahierende Modelle auffasst, denen ein wechselseitiger, dynamischer Hintergrund zugrunde liegt. Dieser dynamische Hintergrund bildet sich aus beobachtbarer Realität und (daraus folgender) Konzeptbil-

¹ Es gab nach dem 2. Weltkrieg einen massiven Kampf unterschiedlicher Gruppen von Psychoanalytikern in England mit Kleinianern auf der einen Seite – geführt von Melanie Klein -, Freudianern auf der Anderen – geführt von Anna Freud -, und einer „independent group“, zu der u.a. Michael Balint gehörte.

dungen. Bion geht davon aus, dass denkerische Konzepte und Modelle nach Realisationen dieser Konzepte suchen, oder aber umgekehrt, dass Beobachtbares als Realisation vorhandener Konzepte oder Modelle aufgefasst werden kann. Die von Bion beschriebenen Modelle müssen sich also an den beobachtbaren Realitäten messen und von diesen selbst ableitbar sein.

4. Bion als früher Gruppentheoretiker

Bion gehört zu den frühen Gruppentheoretikern, wenngleich er seine Arbeiten über Gruppen zum größten Teil erst zu einem Zeitpunkt veröffentlichte (Bion 1961), als er sich längst von der Beschäftigung mit Gruppen angewandt hatte.

Bion unterscheidet in seinem Gruppenmodell sogenannte Arbeitsgruppen (*work groups*) von „Grundannahmengruppen“ (*basic assumption groups*). Die Arbeitsgruppe widmet sich einer gestellten Aufgabe und erfüllt diese mit den ihr eigenen Kompetenzen und Funktionen. Demgegenüber dienen Grundannahmengruppen nicht der Bewältigung einer Arbeitsaufgabe, sondern der Befriedigung von psychischen Bedürfnissen der Gruppenmitglieder.

Bion differenziert unterschiedliche Funktionszustände dieser den regressiven Bedürfnissen ihrer Mitglieder dienenden Grundannahmengruppen.

In der „*Abhängigkeitsgruppe*“ erwarten die Gruppenmitglieder von ihrem Leiter Befriedigung und Versorgung. In der „*Kampf-Flucht-Gruppe*“ ist die Gruppe auf einen Feind ausgerichtet, vor dem entweder geflohen wird, oder der bekämpft werden muss. Beides verschafft der Gruppe Kohärenz. In der „*Paarbildungsgruppe*“ wird mittels phantasierter oder realer Paarbildungen innerhalb oder auch außerhalb der Gruppe die Lösung von Problemen erhofft, ohne dass dabei die eigentliche Arbeitsaufgabe bewältigt wird.

Kernberg (1978) verwies darauf, dass sich im institutionellen Kontext regredierte Gruppenzustände im Sinn der Grundannahmengruppen dann einstellen, wenn die Arbeitsstruktur der Gruppe zusammenbricht.

In der oberärztlichen Supervision kann bei Fallbesprechungen im Team immer wieder beobachtet werden, wie unterschiedliche Identifikationen mit Patienten, Eltern oder beteiligten Dritten oder aber verwirrende Informationen ein konkretes Vorgehen erschweren oder behindern. Die Arbeitsgruppe droht dann, in einen regredierten Zustand zu geraten. Hier ist die Fokussierung auf den Auftrag, also die Arbeitsaufgabe sinnvoll, um die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen. Der Auftrag im Sinn einer Arbeitsaufgabe kann dabei differenziert werden zwischen dem Auftrag der Sorgeberechtigten, beteiligter Dritter wie dem Jugendamt, dem Patienten selbst und dem Auftrag, welchen sich das Team selbst stellen will. Werden die unterschiedlichen Standpunkte dann unter diesem Arbeitsaspekt der Aufträge neu beleuchtet, reduzieren sich die regressiven Aspekte und die Arbeitsfähigkeit wird entweder wieder hergestellt oder Störungen werden sicherer benannt.

5. Die Container-contained – Beziehung

Alle menschlichen Beziehungen – aber letztlich auch jedes Denken – basieren auf dem Prinzip von *container* (Behälter) und *contained* (Inhalt). Es kann keine tragfähige Beziehung geben ohne einen diese Beziehung haltenden Rahmen, keinen kommunizierbaren Gedanken, der nicht von einem Denker gedacht oder von einem Gegenüber verstanden wird. Das Kind bedarf der Eltern, die es halten, ernähren und fördern. Freundschaft und Liebe bedürfen der wechselseitigen Anerkennung und des wechselseitigen Halts. Der Arbeitnehmer bedarf eines ihn unterstützenden Rahmens, um seine Arbeitsleistung optimal zu erreichen. Die hier angeführten Beispiele beziehen sich auf ein glückliches „Containment“.

Container<->*contained* führt aber nicht in jedem Fall zu Wachstum und Förderung von Leistung und Austausch. Bion differenziert mehrere Formen von *container*<->*contained*.

In der „*kommensalen Beziehung*“ ist diese Beziehung zum Nutzen Beider, die wiederum ein Drittes miteinander teilen.

Funktionierende Elternschaft kann als glückliches Beispiel einer *kommensalen container*<->*contained*-Beziehung gelten: Die wech-

selseitige Unterstützung in unterschiedlichen Aufgaben geschieht unter dem Aspekt des gemeinsamen Kindes oder der Aufgabe für dieses Kind und die Partnerschaft. Letztlich handelt es sich um glückliche Triangulierungen.

Die „*symbiotische Beziehung*“ ist dyadisch, schließt den Dritten aus, kann aber unter günstigen Bedingungen Wachstum fördern.

Die Beziehung zwischen Mutter und Säugling ist in weiten Strecken dyadisch, ermöglicht aber dem Säugling wie auch der Mutter unter günstigen Bedingungen ein inneres Wachstum. Ähnliches gilt für die enge Liebesbeziehung, welche zu ausgeprägten Veränderungen in inneren Strukturen im Sinn eines Wachstums führen kann, solange das Containment anhält.

Die „*parasitäre Beziehung*“ entsteht bei wechselseitiger Abhängigkeit. In ihr entsteht ein Drittes, wobei jeweils mindestens einer oder auch alle drei daran zugrunde gehen. Es wird hier vom jeweiligen Gegenüber ein Containment erwartet, ohne dieses selbst anbieten zu wollen oder zu können.

In der suizidalen Krise entsteht ein Rückzug auf sich selbst, weil die Umgebung tatsächlich oder vermeintlich kein Containment anbietet. Ist durch die ambulante Krisenintervention keine Veränderung dieses Zustands möglich – durch Anbieten eines Containments in der Patient-Therapeut-Beziehung – kann ein ausreichendes Halten nurmehr durch die schützende Umgebung der Klinik gewährleistet werden. In eskalierenden Krisensituationen sind Eltern wie jugendliche Patienten häufig gemeinsam überfordert und geraten in sich aufschaukelnde Destruktivität, die nur durch den Dritten, die Klinik, überwunden werden kann. Es entsteht eine Überführung in eine kommensale Beziehung. – In der eskalierenden Trennungssituation in Liebesbeziehungen führt Abhängigkeit im Extremfall zur Partnertötung oder zum erweiterten Suizid.

6. Grundlagen des Denkens

Bion entwarf Modelle zur Entwicklung von Denken, die aber ihrem Charakter nach als Modelle die Realität nie abschließend oder umfassend beschreiben können.

Modelle versuchen immer eine abstrahierende Beschreibung eines konkret <Abwesenden>. Sie müssen jeweils auf fassbare Realitäten übertragen werden, um dann ihre Übereinstimmung mit dieser Realität prüfbar zu machen. Um den zunächst komplex erscheinenden Denk-Vorgang vom abstrahierenden Modell zur Realität – und umgekehrt – zu vereinfachen, verwendet Bion an Mathematik erinnernde Zeichen. Diese Zeichen repräsentieren die <abwesenden Objekte>, sind aber selbst nur Statthalter und müssen mit Konkretisierungen gefüllt werden. Genannt seien hier zunächst beispielhaft:

- *äußere Realität (R)*
- *psychische Realität (Ψ)*

„Äußere Realität“ (R) ist ebenso unkonkret wie „psychische Realität“ (Ψ) und muss „gefüllt“ werden mit Inhalt, der aber aufgrund der begrifflichen Abstraktion noch „abwesend“ ist.

6.1. Bion als Denker des Abwesenden

Bion geht davon aus, dass Denken erst aufgrund einer Abwesenheit von Objekten entsteht. Erst die abwesende Brust und der daher gefühlte Hunger lässt im Säugling den Gedanken „keine Brust“ entstehen. Die fütternde, befriedigende Brust impliziert keine Notwendigkeit zu denken. Gedanken transportieren nach Bion also Frustrationen – zunächst in Gestalt von Abwesenheit, aber auch in Gestalt jener Frustration, welche mit der Abwesenheit des Objekts verbunden ist.

Da Gedanken Frustrationen transportieren, wird zunächst versucht, entstandene Gedanken nicht zu denken und sie „loszuwerden“. Ohne Gedanken = keine Frustration.

Bion geht davon aus, dass Gedanken ebenso wie Frustrationen „ausgeschieden“ werden. Einen solchen Vorgang der Ausscheidung von Gedankeninhalten und Gefühlen kennen wir vom Phänomen der projektiven Identifikation, bei der Gefühlszustände im Gegenüber direkt im Sinn eines kommunikativen Prozesses induziert werden.

In der nicht-pathologischen Form dient projektive Identifikation dem Säugling dazu, seinen Gefühlszustand (bzw. Frustration) der Mutter (oder Pflegeperson) direkt und ohne Verwendung verbaler Sprache mitzuteilen. Diese Mitteilung wirkt gleichzeitig als eine Art „Ausscheidung“: Es ist die Intention des Säuglings, seine Pflegeperson zur Änderung der vorhandenen Frustration zu bewegen, um eine Besserung oder Befriedigung herzustellen. Dieser Prozess nicht-sprachlicher Kommunikation im Sinn eines „Loswerdens“ und der anschließenden Auflösung der Frustration gelingt regelmäßig bei einer gesunden Mutter-Kind-Beziehung und der Abwesenheit von kindlichen Regulationsstörungen. In der nicht-pathologischen Form dient also die projektive Identifikation der Kommunikation, aber auch Ausscheidung von Gedanken, wobei die „losgewordenen“ Gedanken gleichzeitig einer erfolgreichen Transformation von Leiden dienen.

In der pathologischen Form projektiver Identifikation, insbesondere bei frühgestörten Patienten auf Borderline-Funktionsniveau, ist der Aspekt der Veränderung von Frustration und Leiden im Sinn erfolgreicher kommunikativer Prozesse in den Hintergrund getreten. Die „Ausscheidung“ von frustrierenden Inhalten spielt die wesentlichere Rolle im Sinn eines „Loswerden“ ohne jene Transformation von Leiden, welche in einer gegläckten container-<->contained-Beziehung stattfindet. Die „Ausscheidung“ der Gedanken bei pathologischer projektiver Identifikation ist vielmehr ein Angriff auf den Container, auf das Objekt oder auch auf sich selbst.

Bion unterscheidet den Denkapparat von den Gedanken. Der Denkapparat stellt eine Matrix dar, in der Gedanken gebildet werden. Er entsteht aber erst, wenn Gedanken tatsächlich gebildet und gedacht werden – ähnlich wie Muskeln, die nur durch ihre Betätigung zum Muskelapparat auswachsen. Andernfalls verkümmert er und die Tendenz, entstehende Gedanken „auszuscheiden“ oder loswerden zu wollen, nimmt zu.

Der Gedanke selbst kann verglichen werden mit einem Foto-Negativ des von ihm abgebildeten Objekts. Die Grundlage des Denkens liegt in der Abwesenheit von Objekten und in der Fähigkeit, diese Abwesenheit auszuhalten und in diesem Zustand Gedanken zu bilden.

6.2. Emotionale Verbindungsglieder

Bion postuliert drei wesentliche „Verbindungsglieder“ psychischer Aktivität: *Lieben*, *Hassen* und *Kennen* (letzteres im Sinne von Kennenlernen, „state of getting to know“). Getreu seiner „psychischen Mathematik“ benennt er sie mit Buchstaben (*L*, *H*, *K*) und postuliert sogleich deren Negation (*-L*, *-H*, *-K*), ohne diese exakt zu definieren. Er betont, dass die Negation bzw. Abwesenheit von Liebe, also *-L*, nicht gleich Hass sei, und die Negation bzw. Abwesenheit von Hass, also *-H*, nicht gleich Liebe. Besonderes Augenmerk schenkt Bion *-K*, da dies jene Aktivität sei, in der Gedanken nicht gedacht, sondern ausgeschieden und so „*Verbindungen*“ nicht hergestellt werden. Psychotherapeutische und insbesondere psychoanalytische Arbeit versucht die Herstellung von emotionalen Verbindungen und ist deshalb mit der Abmilderung von *-K* („*Nicht-kennen-Wollen*“, „*Nicht-spüren-Wollen*“) in *K* („*emotional kennenlernen*“) befasst.

6.3. Elemente psychischen Lebens

Unter Elementen psychischen Lebens versteht Bion Grundgegebenheiten, welche zur psychischen Aktivität gehören. Elemente psychischen Lebens ermöglichen psychische Aktivität.

Bion kategorisiert verschiedene Elemente psychischen Lebens: *β-Elemente* stellen nach Bion „unverdaute“ Sinnesdaten dar, die noch keinen Sinn haben und keine erkennbaren sinnvollen Zusammenhänge mit psychischen Inhalten haben. Er nennt sie „bizarre Objekte“ und geht davon aus, dass sie nicht verwendbar sind um zu träumen oder zu denken. *β-Elemente* sind lediglich „ausstoßbar“ im Sinne eines Loswerdens, was z.B. mit Hilfe projektiver Identifikation geschehen kann.

α-Elemente stellen visuelle Bilder und akustische Muster dar, sie sind assimilierte bzw. „verdaute“ Inhalte. *α-Elemente* sind deshalb verwendbar für Traumgedanken, unbewusstes Wachdenken und als Gedächtnisspur. *α-Elemente* sind die Grundlage, um psychische Verbindungen zu denken und innere Zusammenhänge zu bilden. Mit Hilfe der *α-Funktion*, der inneren psychischen Tätigkeit, werden Sinnesdaten (*β-Elemente*) transformiert und dem Denken verfügbar

gemacht. In der frühen container<->contained-Beziehung zwischen Mutter und Säugling stellt die Mutter ihre eigene α -Funktion zur Verfügung, um so die inneren Zustände ihres Babys zu erfassen, zu verstehen und zu transformieren. Das intuitiv anmutende Wissen der Mutter um den inneren Zustand ihres Kindes ist dabei für den weniger einfühlsamen Beobachter oft gar nicht nachvollziehbar und grenzt an Magie.

Die „Kontaktschranke“ (*contact barrier*) – ein leider im Deutschen nicht sehr geglückt zu übersetzender Begriff, stellt die Verbindungsfunktion zwischen Bewusstem und Unbewusstem mit selektiven Übergängen dar. Die Kontaktschranke entsteht auch durch die Zufuhr und Assimilation von α -Elementen. Mit ihrer Hilfe ist ein „bino-kulares Sehen“ möglich, d.h. ein umfassendes Wahrnehmen, indem Bewusstes und Unbewusstes wie ein Augenpaar funktionieren und zu einem z.T. intuitiven, z.T. sehr bewussten Begreifen der Realität führen.

Sprache spielt eine wesentliche Bedeutung bei der Umwandlung von Sinneseindrücken in α -Elemente und Gedanken. Bion verweist auf die abstrahierende Funktion von Sprache und auf die Bildung von Begriffen als Repräsentanten des abwesenden, aber über Sprache gedanklich verfügbaren Objekts. Bion führt beispielsweise an, dass „Daddy“ der Name einer Hypothese ist, nach der bestimmte Elemente konstant miteinander verbunden sind. Bei rezeptiv sprachgestörten Kindern stellt deren Sprachproblematik einen konstanten Angriff auf deren Denken dar, der nach Bions Modellen psychoanalytisch erklärlich wird (Rüth 2004).

Rezeptiv sprachgestörten Kinder gelingt u.a. die sichere Identifizierung von Objekten nicht, die Paarung von Namen und Realisation ist erheblich gestört. Die Denkfähigkeit wird eingeschränkt, da abstrahierende Begriffe wie z.B. „bis um 6 Uhr“ nicht erfasst werden können. Über Sprache abrufbare gedankliche Modelle von Erfahrungen stehen nicht oder verzerrt zur Verfügung. Es besteht die Tendenz weg von der Modellbildung zur Konkretisierung. Das rezeptiv sprachgestörte Kind lebt in einer Welt bizarrer β -Elemente, vorhandene α -Elemente werden in den Zustand von β -Elementen zurückgedrängt, weil sie sprachlich nicht verfügbar sind. Ein „bino-kulares“ Sehen mittels der Kontaktschranke wird erheblich einge-

schränkt. Es stellt sich ein psychisches Funktionsniveau mit einer Nähe zur Borderline-Symptomatologie ein.

Phänomene in der Balintgruppenarbeit sind gleichfalls mit bionischen Modellen erklärbar (Rüth 2005). Das klassische Balint-Setting kennt den Fallbericht des Vortragenden, die sachlichen Nachfragen und das anschließende Assoziieren und Diskutieren der Gruppe ohne direkte Beteiligung des Vortragenden. Auf diesem Weg stellt die Gruppe ihre eigene α -Funktion zur Verfügung, um die unverdauten Sinneseindrücke und Erfahrungen des Vortragenden, also die präsentierten β -Elemente zu transformieren und in α -Elemente und Gedanken umzuwandeln.

7. Wachstum Y (+Y, -Y)

Bion betont die Wichtigkeit seelischen Wachstums, dem er das Zeichen Y zuerkennt. Was aber ist seelisches Wachstum im bionischen Sinn?

7.1. Wachstum als Zunahme von Leidensfähigkeit

Wachstum kann als Zunahme jener Fähigkeit gesehen werden, Realität zu erfassen und auszuhalten. Dies heißt mit anderen Worten, dass bei Wachstum die Fähigkeit zu leiden zunimmt. Gleichzeitig nehmen aber Illusionen über die Wirklichkeit und „Verblendungen“ (delusion) ab.

Wachstum geht nach Bion immer mit einer anfänglichen Destrukturierung und einer Erschütterung einher. Ihr folgt eine Neustrukturierung nach. Im kleinianischen Sinn handelt es sich um ein Oszillieren zwischen paranoider und depressiver Position, wobei die depressive Position als die Widersprüche integrierende Haltung angesehen wird.

Bion definiert zwei Arten des Wachstums: positives (+Y) und negatives (-Y) Wachstum.

Bei positivem Wachstum (+Y) richtet sich Wachstum auf die primäre Qualität des Objekts und ist damit sozial bezogen. Menschen, welche sich ein großes inneres Wachstum errungen haben, werden

aufgrund ihrer sozialen Bezogenheit und ihres inneren Reichtums häufig verehrt.

Negatives Wachstum (-Y) bleibt egozentrisch, narzisstisch. Menschen mit starkem negativem Wachstum mögen zu heldenhaftem Verhalten fähig sein. Eine tiefe innere Verbundenheit mit ihrer Umgebung geht von diesen Menschen nicht aus, und die ihnen entgegengebrachte Verehrung entspricht eher Ehrfurcht.

Die Fähigkeit zu leiden – im Sinn inneren Wachstums – bedarf eines Bewusstseins von Zeit. Wir müssen unser Leid in einem zeitlichen Zusammenhang von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft denken können. Ein Leiden, das vor einem solchen zeitlichen Hintergrund denkerisch nicht erträglich gemacht werden kann, muss über projektive Identifikation oder aber Evakuierungen abgewehrt werden.

7.2. Die Bedeutung von Wahrheit für Wachstum

Lernen und damit Wachstum hängt von der Fähigkeit ab, Kenntnisse und Erfahrungen zu bewahren und diese so zu rekonstruieren, dass neue Ideen aufgenommen werden können. Die Rekonstruktion von Kenntnissen und Erfahrungen und ihre Übertragung auf gleichartige Geschehnisse hängt aber von deren „Wahrheitsgehalt“ ab.

Bion postuliert, dass seelisches Wachstum auf Wahrheit beruht, ja nahezu ein „Hunger nach Wahrheit“ natürlich sei. Wenn Wahrheit fehlt oder unzureichend ist, wird laut Bion die Persönlichkeit Schaden nehmen („deteriorates“). Bion geht davon aus, dass Wahrheit („*truth*“) keines Denkenden als Container bedarf, sondern aus sich selbst heraus existiert und gilt.

Hieraus ergibt sich eine von Bion genannte, äußerst interessante Folgerung: Nur die Lüge bedarf eines Denkers. Eine Lüge kann nicht existieren ohne eine sie denkende Person.

8. Modell der „negativen Fähigkeit“

Bion postuliert die „negative Fähigkeit“ als Kapazität, Neues aufzunehmen. Es handelt sich um einen psychischen Zustand mit der Fähigkeit,

- > Unwissenheit, Unsicherheit, Geheimnis, Zweifel auszuhalten,
- > offen zu sein für „Nicht-Gewusstes“,
- > nicht nach Fakten, Gründen, Vernunft suchen zu müssen,
- > und dabei weiterhin seiner selbst (und der Situation) sicher zu sein.

Negative Fähigkeit ist also zu verstehen als die Möglichkeit, Informationen aufzunehmen ähnlich dem unbelichteten Negativfilm.

Geglückte Leitungsfunktion auf oberärztlicher Ebene mit psychodynamischer Grundlage setzt eine ausreichende „negative Fähigkeit“ voraus, also die Kapazität, innerhalb des Teams für alle möglichen Gedanken, Vorschläge und Beobachtungen offen zu sein und eigene Konzepte dabei in der Schwebelage zu halten. Eine gute „negative Fähigkeit“ ermöglicht eine zeitweise „heterarchische Führung“ und den Wechsel zu hierarchischer Verantwortungsübernahme in Entscheidungsprozessen (Rüth 2003).

Ohne vorhandene negative Fähigkeit wird nach Bion Angst entstehen. Diese Angst wird durch Aktion abgewehrt. In der Arbeit im Team wird aufgrund der entstandenen Angst dann die Arbeitsgruppenhaltung verlassen. Es werden Zustände gemäß der Grundannahmengruppen induziert. Dies kann geschehen z.B. durch Identifikation eines Feindes, durch abhängige Unterordnung unter den Leiter oder in Gestalt von unrealistischen Heilsphantasien.

10. Modell der ausgewählten Tatsache („selected fact“)

Neue Ideen oder auch Ergebnisse entstehen, indem lange bekannte, aber verwirrende, nicht zusammenhängende Informationen, Wahrnehmungen, Tatsachen durch eine „ausgewählte Tatsache“ in einer neuen Weise geordnet werden, sodass die bisher unverbundenen Informationen, Wahrnehmungen und Tatsachen sinnvoll geordnet werden.

Die ausgewählte Tatsache spielt im psychodynamisch-psychotherapeutischen Vorgehen eine wesentliche Rolle, da sie die Destrukturierung bisheriger Erfahrungen und die Rekonstruktion inneren Erlebens unter neuen Gesichtspunkten ermöglicht. Analog kann in Supervisionsprozessen immer wieder erlebt werden, wie

wesentliche Aspekte des psychodynamischen Geschehens zunächst wie unsichtbar erscheinen, um dann über eine „ausgewählte Tatsache“ in den zuvor schon lange vorhandenen, aber nicht erfassbaren Zusammenhang zu rücken. Die ausgewählte Tatsache hat insgesamt eine Nähe zur Fokusformulierung (Lachauer 2004), wengleich der Fokus mit seinen Aspekten der mehrschrittigen Zentrierung darüber hinausgeht.

11. Zuhören ohne Gedächtnis und Wunsch („without memory or desire“)

Bion wünscht sich vom Psychoanalytiker ein Zuhören im Zustand völliger Offenheit („*state of „pellucidity“*). Dieser Zustand ermögliche die Wahrnehmung und das intuitive Erfassen der Realität. Das „Unbekannte“ könne dann über die Realisationen aufgesucht werden. Wengleich ein solcher Zustand völliger Offenheit wohl selten ganz erreicht werden kann, führt Offenheit und Nicht-Wissen vor Therapiestunden oder Elternkontakten immer wieder zu fruchtbaren Überraschungen und damit zu einem inneren Wachstum bei Patienten und Eltern, welches ohne diesen Zustand nicht erreicht worden wäre. Letztlich benennt Bion hier einen Zustand, bei dem es ihm um eigene gedankliche Freiheit geht, aber insbesondere um die gedankliche Freiheit seines Gegenübers.

Symington (1990) betonte das Anliegen Bions, Eigen-Denken aller Beteiligten zu ermöglichen. In diesem Sinn sollten seine Modelle zur Diskussion und zu Nachfragen anregen, um auf diesem Weg das Maß innerer Freiheit zu vergrößern.

Überarbeitete Fassung eines Vortrags am Institut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in München am 15. Oktober 2004.

Literaturempfehlungen:

Eine vollständige Veröffentlichungsliste der Werke von W.R. Bion findet sich bei Grinberg et al. (1993) sowie bei Symington & Symington (1996).

Als Einführung in das Werk Bions ist Symington & Symington (1996): „The clinical thinking of Wilfred Bion“ sicher sehr gut geeignet. Die Biographie von Bléandonu

(1994) gibt einen Einblick in Leben und aus der jeweiligen Lebenssituation entspringenden klinischen Überlegungen. Wer Bion im Original „wagen“ möchte, sollte sich mit „Lernen durch Erfahrung“ (1990) befassen, es findet sich dort zusätzlich ein sehr instruktives Vorwort von Erika Krejci .

Internetadressen:

Eine interessante Web-page zu W.R. Bion mit unterschiedlichen links findet sich unter

www.sicap.it/~merciai/bion/en/bion97.htm mit links zu Online-Publikationen über Bion. Link zur Bibliographie (in Englisch) unter:

www.sicap.it/~merciai/bion/en/biobiblio.htm

Zu W.R. Bions Tochter Pathenope Bion, ebenfalls Analytikerin, tödlich verunglückt bei an einem Autounfall, finden sich Informationen unter www.sicap.it/~merciai/parthenope/left.htm , dort links zu Online-Publikationen.

Literatur

- Bion, W.R.* (1961): *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.
Deutsch: *Bion, W.R.* (1971): *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bion, W.R.* (1990): *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt: Suhrkamp 1990; auch Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 1992
- Bion, W.R.* (1992): *Elemente der Psychoanalyse*, Frankfurt Suhrkamp
- Bion, W.R.* (1997): *Transformationen*. Frankfurt: Suhrkamp,
- Bléandonu, G.* (1994): *Wilfred Bion. His life and works 1897-1979*. Foreword by R.D. Hinshelwood. New York : Other Press
- Grinberg, L.; Sor, D.; Tabak de Bianchedi, E.* (1993): *W.R. Bion. Eine Einführung*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Fromann-holzboog
- Harrison, T.* (2000): *Bion, Rickman, Foulkes and the Northfield Experiments. Advancing on a different front. Therapeutic Communities 5*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers
- Kernberg, O.* (1978): *Leadership and organized functioning: Organizational regression*. *International Journal of Group Psychotherapy*: 3-25
- Kernberg, O.* (1998): *Ideology, Conflict and Leadership in Groups and Organizations*. New Haven: Yale University Press
- Hinshelwood, R.D.* (1993): *Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Lachauer, R.* (2004): *Der Fokus in der Psychotherapie. Fokalansätze und ihre Anwendung – nicht nur in der analytischen Kurztherapie*. 3. erweiterte Auflage. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Lazar, R.* (1999): *Mrs. Klein und WRB. Die Kleinianischen Wurzeln des Bionischen Denkens*. *Kinderanalyse 7*: 189-222
- Lopez-Corvo, R.* (2003): *The dictionary of the work of W.R. Bion*. London: Karnac

- Obholzer, A.; Roberts, V.Z., Hrsg.* (1994): The unconscious at work. Individual and organizational stress in the human services. London: Routledge
- Rüth, U.* (2003): Psychoanalytische und organisationsdynamische Aspekte oberärztlicher Führung und Supervision. *Dynamische Psychiatrie* 36: 149-171
- Rüth, U.* (2004): Rezeptive Sprachstörungen und Wilfred R. Bions „Lernen durch Erfahrung“ – Zusammenhänge sprachlicher Dysfunktionen mit bionischen Denkfiguren. *Kinderanalyse*, 12: 46-69
- Rüth, U.* (2005): Wichtige Konzepte Bions und Gedanken zur Balintgruppenarbeit. *Balint Journal*, in Druck
- Symington, N.S.* (1990): The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). *International Journal of Psychoanalysis*, 71: 95-196
- Symington, J. & N.* (1996): The clinical thinking of Wilfred Bion. London: Routledge, Reprinted Brunner-Routledge 2001

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. U. Rüth

Heckscher-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Bezirks Oberbayern,
Deisenhofener Straße 28, D-81539 München.

Email: ulrich.rueth@heckscher-klinik.de

FAX: 089-9999-1111

Kurzvita: Dr. med. Ulrich Rüth, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Balintgruppenleiter und Supervisor für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen der Bayerischen Landesärztekammer. Seit 1993 klinischer Oberarzt an der Heckscher-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München.

Zur Diskussion gestellt:

Zur Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung am Beispiel des ADHS

Hans Kowerk

Zusammenfassung

Es wird das „Aufmerksamkeits-Defizit-und-Hyperaktivitäts-Syndrom“ (ADHS) in einen Zusammenhang von sensomotorischer Beeinträchtigung gestellt und von da ausgehend eine spezifische Psychodynamik der psychosozialen Folgen in unterschiedlichen Lebenssituationen dargestellt und diskutiert. Vor einer Vernachlässigung der umfassenderen, körperlichen, sensomotorischen Problematik bei Durchführung einer Psychotherapie wird gewarnt.

1. Einleitung: Die Morgenthaler-Anekdote

Der schweizer Psychoanalytiker Morgenthaler war als junger Arzt in einer neurologischen Klinik angestellt und machte seinerzeit dort als einziger - und zwar gegen den Willen des Chefs - eine psychoanalytische Ausbildung. Um ihm den Unsinn der Psychoanalyse vorzuführen, ließ ihn sein Chef bei einem geistig behinderten Patienten eine Psychoanalyse durchführen.

Morgenthaler berichtet in einer autobiografischen Notiz, daß dieser Patient über ein Jahr

lang regelmäßig die Sitzungen bei ihm besuchte und konsequent schwieg. Dann fing er irgendwann einmal plötzlich an zu weinen und teilte ihm mit, dass er glaube, dass er behindert sei. Das war das Wesentliche, was in dieser Behandlung passierte.

Diese etwas skurrile Anekdote könnte man unter verschiedenen Aspekten diskutieren. Einen Teil davon werde ich im Folgenden aufgreifen.

2. Zur nosologischen Einordnung des ADHS

Es soll hier um die Psycho-Dynamik von Behinderung gehen, und zwar am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit- und -Hyperaktivitäts-Syndroms ADHS bei Kindern und Jugendlichen. Die Kenntnis des ADHS kann vorausgesetzt werden und wird hier nicht weiter ausgeführt. Die Frage ist dann, was ein ADHS mit Behinderung zu tun haben könnte, und auch der Begriff der "Behinderung" könnte hinterfragt werden. In welcher Art man das hinterfragt, hängt davon ab, wie man sich entscheiden will, das ADHS nosologisch einzuordnen:

- Die Verhaltenstherapie und die Pharma-Industrie isolieren die Symptome ADH als eigene Krankheitseinheit ADHS, betrachten es als isoliert bestehende, somatisch begründete Störung und konzipieren höchstens disparate, sogenannte komorbide Störungen, die aber nicht miteinander in Beziehung gesetzt werden: So, wie es auch im ICD-10 konzipiert ist (kritisch dazu s. Blech 2004).
- Psychoanalytiker stecken das Symptom in der Regel in einen rein psychogenen Deutungszusammenhang, entweder ohne einen somatischen Kontext zu würdigen oder indem sie diesen als rein psychogen deklarieren (Einzige mir bekannte Ausnahme ist die Vorsitzende des Instituts f. Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie in Heidelberg, Frau Dr. Eva Rass, s. Rass 2002 und 2004).

Aus meiner empirischen Praxis mit 4500 Patienten in 10 Jahren, davon 70% ADHS-Fälle, hat sich eine etwas andere Herangehens- und Betrachtungsweise als sinnvoll erwiesen:

In 80 - 90 % der Fälle hat sich gezeigt, daß das ADHS Bestandteil einer übergreifenden hirnorganischen Symptomatik und meist im Zusammenhang mit einer sensomotorischen Entwicklungsverzögerung zu sehen ist.

Das ist nichts Neues, nur die Namen, die Bezeichnungen und die Begrifflichkeiten sind je nach Bedarf der damit befassten Interessengruppen in den letzten 30 Jahren immer wieder verändert worden (vgl. MCD etc.). Die inhaltlichen Fragen sind über die Jahre dieselben geblieben.

Ich halte es für sinnvoll, an den psychiatrischen Begriff des Hirnorganischen Psychosyndroms (HoPS) anzuknüpfen, der neuropsychologisch definiert ist und m. M. nach am besten in der Beschreibung von Ruf-Bächtiger, einer emeritierten Baseler Neuropädiaterin, unter der Bezeichnung "Psycho-Organisches

Syndrom (POS)" dargestellt wurde (Ruf-Bächtiger 1991 sowie ergänzend Goldenberg 2002).

In der Praxis zeigt sich, wie schon gesagt, dass ca. 80-90% aller Kinder, die wegen eines ADHS zur Behandlung kommen, eine sensomotorische Störung als Ausdruck eines HoPS zeigen, die sich u. a. darin manifestieren kann, dass die Betroffenen kein Gleichgewicht halten, die Finger nicht gezielt bewegen können, die Koordination der Extremitäten nicht hinbekommen. Sie können ihre Kräfte nicht dosieren, das Gedächtnis funktioniert nicht zuverlässig, die optische und akustische Wahrnehmung ist gestört bzw. verändert, das Tast- und Schmerzempfinden sowie die Körpereigenwahrnehmung (Propriorezeption) funktionieren nicht und vieles andere mehr (s. a. op. cit.).

Diese Funktionen lassen sich gut und einfach mit dem Untersuchungsschema nach Ruf-Bächtiger überprüfen (Ruf-Bächtiger et al. 1998). Das ADH kann zwanglos als integraler Bestandteil der hirnanorganischen Störung gesehen werden und nicht als disparates Syndrom.

Zur Genese dieser Störungen gibt es oftmals Hinweise auf eine Frühgeburt oder auf eine Sauerstoffmangelgeburt (meist Nabelschnurumschlingung), einen in Teilen oder insgesamt komplizierten Geburtsverlauf oder auf exogene Schädigungen während der Schwangerschaft; ggf. auch genetische Hinweise insofern, als man eine familiäre Häufung als solche verstehen wollte.

Die daraus folgenden sensomotorischen Probleme lassen sich anamnestisch bei genauer Befragung der Eltern meist bis in das Säuglingsalter zurückverfolgen und sie zeigen einen typischen, wenn auch vielfältigen Verlauf sowohl in den körperlichen Problemen als auch in den daraus folgenden zwischenmenschlichen (familiären und anderen sozialen) und intrapsychischen Reaktionen, um die es im Weiteren hier gehen soll:

Meine Ausführungen sollen sich dementsprechend hier auf die hirnanorganisch begründete Form des ADHS beschränken.

3. Umstände der spezifischen Psychodynamik

Je nach dem, in welchem Ausmaß die einzelnen sensomotorischen bzw. neuropsychologischen Funktionen und die sonstige somatische Ausstattung sowie die Intelligenz eines Kindes betroffen sind (die

sich übrigens durchaus getrennt von der Sensomotorik entwickeln kann) , d.h. wie das Selbst- und Fremdhilfepotential des Kindes beschaffen ist - auch in Abhängigkeit davon, in welchem Ausmaß das primäre sensomotorische Problem verdeckt und verborgen wurde und somit unbehandelt blieb oder insuffizient bzw. fehlbehandelt wurde - und in welchem sozialen Kontext dieses Kind sich zu welchem Zeitpunkt seines Lebens befindet, kommt es zu äußerst unterschiedlichen Weiterentwicklungen und diversen psychischen und sozialen Sekundär- und Tertiärphänomenen.

Die primär hirnorganischen bzw. sensomotorischen Symptome werden in vielfältiger Hinsicht vom Patienten selber verfremdet, abgewandelt und kompensiert, dann von der Umwelt (Eltern, Familienangehörige, Schule, Ärzte, Psychotherapeuten, usf.) je nach Eigeninteresse interpretiert, funktionalisiert und traktiert und unterliegen dann schließlich einer eigenständigen Dynamik bis dahin, dass später kaum noch Verweise auf das primäre somatische Geschehen zu erkennen sind, also bis das primäre Geschehen dann schon selber sekundär oder tertiär erscheint und auch in der sozialen Wahrnehmung verdrängt und völlig verdeckt wird.

Zu diesen primären sensomotorischen Problemen können in unterschiedlichem Maße alle anderen Einflüsse, Konflikte, Krankheiten etc. hinzukommen, mit denen auch jedes gesunde Kind im Laufe seines Lebens konfrontiert sein kann, z.B. Trennung der Eltern, alleinerziehende Mütter oder Väter, alkoholabhängige Eltern, Eltern mit ADHS, Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch, usf.

D.h. alles, was einem Kind mit optimaler sensomotorischer Ausstattung im Leben passieren kann, kann einem geschädigten Kind natürlich auch passieren, nur dass es dann mit beschränkten Möglichkeiten bzw. Behinderungen in diese Situationen hineingehen und diese Probleme dann **zusätzlich** zu den anderen bewältigen muss. Das ADHS ist unter diesen Aspekten also keineswegs als isoliertes Krankheitsbild, als eigenständig existierendes Symptom bzw. Syndrom anzusehen, sondern als Bestandteil und im Kontext einer von individueller Geschichte und Dynamik begleiteten Besonderheit auf dem Wege der hirnorganischen, neurologischen, sensomotorischen und psychosozialen Entwicklung eines Kindes.

4. Aspekte der Psychodynamik der sensomotorischen Behinderung beim ADHS

Bei der Psychodynamik der hier beschriebenen Form des ADHS soll auf die folgenden fünf Aspekte näher eingegangen werden:

4.1 den Selbstaspekt

4.2 den sozialen Aspekt

4.3 auf die kompensatorischen Mechanismen

4.4 auf die Reaktionen auf das Bewusstwerden des Problems sowie

4.5 auf das, was ich - in Anlehnung an die sich seit einigen Jahren ausbreitende Jugendmode der militärischen Tarnanzüge, die von den betroffenen Kindern gern getragen werden - Camouflage-Strategie nennen möchte; in psychoanalytischer Terminologie: Die spezifischen Abwehrmechanismen.

4.1 Der Selbstaspekt

Kinder mit ADHS im Rahmen einer sensomotorisch verzögerten Entwicklung machen eine wesentliche Erfahrung: Ihr Körper macht nicht das, was man von ihm will. Er gehorcht nicht. Er führt ein Eigenleben. Es besteht keine vollständige Kontrolle über die sensorischen und motorischen Funktionen.

Da das Kind erkenntnistheoretisch kein eigenes Bewusstsein oder keine Erkenntnis darüber haben kann, dass dieses überhaupt jemals anders sein könnte (es kann ja nicht aus seiner Haut bzw. seiner Wahrnehmung mal eben so heraustreten), kann es die im sozialen Rahmen getroffene Feststellung nicht angemessen, d.h. kontextbezogen deuten, dass andere Kinder Dinge können, die es selbst nicht kann. Das Kind wird davon ausgehen müssen, dass alle anderen Kinder zunächst einmal ebenso funktionieren, wie es selber und dass diese anderen trotzdem alles besser können. Dieses über Selbstreflexion im Vergleich der eigenen Fähigkeiten mit denen anderer Kinder festzustellen, ist an sich schon eine Fähigkeit, die nicht jedes Kind mit einem sensomotorischen Problem besitzt. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist oftmals eine Funktion der Intelligenz. Diese kann sich - notabene - unabhängig von den übrigen sensomotorischen Fähigkeiten entwickeln, was ggf. zu einer ständig größer wer-

denden Schere zwischen Intelligenz und der Möglichkeit zu deren praktischer Umsetzung führt (s. a. Differenz zwischen Verbal- und Handlungsteil im HAWIK), was wieder eigene Probleme aufwirft. Die betroffenen Kinder zeigen meist eine der folgenden Sekundärreaktionen:

4.1.1 Wut auf sich selbst, dass es Handlungen, die es durchführen will, nicht durchführen kann (mglw. eine der Quellen für spätere Autoaggressivität bzw. Automutilation)

4.1.2 Neid und Wut auf andere Kinder, die intendierte Handlungen problemlos durchführen können (dieses mglw. eine der Quellen für späterer Fremd-Aggressivität)

Oder auch

4.1.3 ein Gefühl des Versagens und der Benachteiligung gegenüber anderen Kindern bzw. das Gefühl, zu kurz gekommen zu sein (als eine der möglichen Quellen für spätere Depressionen sowie kindliche Suizidwünsche)

4.1.4 Dieses Gefühl der Benachteiligung wiederum generiert oft auch persistierende und überzogen wirkende Versorgungswünsche und eine Anspruchshaltung ohne Eigenleistung, sozusagen als „gerechten Lastenausgleich“, auf den man ein immerwährendes Recht zu haben glaubt (eine der möglichen Quellen für fehlendes Schuldbewusstsein und Delinquenz). Parallel dazu entsteht ein hochempfindlicher Gerechtigkeitssinn, der aber meist nur auf die eigene Person bezogen und selten altruistisch ausgeformt wird.

4.1.5 Ein Gefühl der Ohnmacht und der sequentiellen (narzißtischen) Kränkung aufgrund der Wahrnehmung dieser Benachteiligungen geht über in

4.1.6 depressive Reaktionen und Resignation, eventuell bei persistierender wütender Reaktionsbereitschaft und gleichzeitiger Frustrationsintoleranz, weil an der Behinderung nichts oder nur sehr langsam und mühsam etwas verändert werden kann.

4.1.7 Außerdem entstehen vielfältig ausgeformte und rationalisiert Ängste aus dem Gefühl heraus, nicht und niemals wirklich je alleine existieren zu können, meist als Trennungsängste aufgefasst mit dem Wunsch nach Anlehnung und Orientierung an den Erwachsenen.

Dieses Gefühl entsteht auch deswegen, weil eine Integration in peer-Gruppen selten gelingt (auch nicht in den sogenannten "Integrationsklassen") und meist keine Freundschaften entstehen und weil

die betroffenen Kinder oft gemobbt werden. Deswegen entsteht meist ein besonderes Bedürfnis nach Anlehnung an Erwachsene, die weniger gefährlich erscheinen. Allenfalls gelingt eine Kontaktaufnahme zu anderen Kindern mit demselben Problem, zu deutlich jüngeren Kindern oder zu ähnlich problembehafteten Randgruppenkindern.

4.1.8 Aus den Ängsten, die auf den sensomotorischen Unsicherheiten beruhen, kann das Bedürfnis nach einem immer konstanten, wohlbekannten Kontext entstehen, der ein Gefühl von Vorhersehbarkeit und Sicherheit vermittelt und nicht verändert werden darf um den Preis noch schlimmerer Ängste und panikartiger, wütend-aggressiver Verteidigung des besetzten und bekannten Territoriums. Das vermittelt dann den Eindruck einer Zwangsstörung und kann gelegentlich zu einem regelrechten System von Zwangsgedanken und Zwangshandlungen ausgebaut werden bzw. zum zwangsartigen Haften oder Festhalten an einer gewohnten Umgebung und Ritualen, hinter denen der ursprüngliche Anlass völlig verloren geht.

4.2 Der soziale Aspekt

Kinder mit ADHS im Rahmen einer sensomotorisch verzögerten Entwicklung machen grundsätzlich die Erfahrung, dass sie anders sind, als andere Kinder und dass sie deswegen in weiten Teilen auf soziale Ablehnung stoßen, ohne dass sie dafür zunächst eine Erklärungsmöglichkeit haben. Die Ablehnung beruht oftmals auf einer Reaktion der betroffenen Kinder auf eine sensorische Überforderung, die meist einen akustischen Aspekt hat. Um mit Ruf-Bächtiger zu reden: Der akustische Kanal ist überlastet und blockiert durch die permanenten akustischen Reize, die in einer Gruppe ständig erzeugt werden, so dass die betroffenen Kinder sich entweder zurückziehen, sich von den anderen isolieren oder in eine aggressive Überforderungsreaktion ausbrechen. Ein weiterer sozialer Ablehnungsgrund besteht in der unkontrollierten Motorik, die oft zusammen mit einer propriozeptiven Wahrnehmungsstörung zu einem sehr rabiatischen, sehr groben und von der Kraft her überschießenden körperlichen Umgang mit anderen Kindern führt, der als grundlose Aggression empfunden und entsprechend beantwortet wird. Ein zusätzlicher sozialer Ablehnungsgrund beruht auf der Frustrationsintoleranz der Kinder, die auch hirnorganischen Ursprungs sein kann, der Unfähigkeit zur intentionalen Kontrolle entspringt und zu sponta-

nen, unkontrollierten und im nachhinein als ungewollt empfundenen, aggressiven Handlungen gegenüber Anderen führt. Auch die Tendenz zu einer Problembewältigung durch das willkürliche Ändern von (Spiel-)Regeln zu eigenen Gunsten, das Abbrechen von Spielen, wenn es für den Betroffenen nicht gut auszugehen scheint und das hartnäckige Verleugnen von eigenen Fehlern schafft keine Freunde.

Wie die Kinder diese Erfahrung ausgestalten und was sie damit anfangen, wie sie damit umgehen, hängt m. E. weitgehend von ihrer sozialen Unterstützung in der Familie, der Toleranzmöglichkeit in der Schule und dem Grad ihrer Intelligenz ab und damit von der Möglichkeit, über sich selbst und die eigene Situation reflektieren zu können. Diese Fähigkeit ist natürlich auch vom Alter abhängig, so dass ältere Kinder, meist im Pubertätsalter, eher zu Selbstreflexionen neigen als Jüngere, die nicht reflektieren (können). Weniger intelligente Kinder bleiben länger im Stadium des Nichtwissens über sich selbst und ihre soziale Situation. Kinder, die reflektieren können, werden sich ihrer Situation bewusst.

4.3 Bewusstwerden

Das Bewusstwerden führt zum Erschrecken, zur Verzweiflung, zu Scham und Depression. Die Kinder halten das Leben für nicht bewältigbar, sie erschrecken in der Reflexion ihrer sensomotorischen Probleme über ihr Anderssein und fühlen sich (in ihren eigenen Worten) als "Aliens" und "Zombies". Verzweiflung kommt auf mit der Idee, dass dieser Zustand nicht zu ändern sein könnte. Sie schämen sich darüber und sie finden das Leben nicht mehr lebenswert. Sie schämen sich aber nicht nur über sich, sondern auch in Bezug auf ihre Eltern. Es entstehen Vorwürfe an die Eltern, wie die es haben zulassen können, dass das Kind so ein Problem hat; wieso die Eltern das Kind so wie es ist produziert haben, wieso sie ihm so etwas angetan haben und warum gerade diesem Kind. Es entsteht ein Gefühl der Verzweiflung, der Ohnmacht und der Wut. Je nach dem, ob nun eine geeignete Behandlung oder Unterstützung einsetzt oder nicht, gibt es unterschiedliche psychodynamische und soziale Sekundärreaktionen, z.B. im Ausbau der Anpassungsmechanismen oder der Tarnung. Mit beidem sind wir als Therapeuten genauso wie die Eltern permanent konfrontiert. Beides erschwert die realistische Einschätzung der Situation der Kinder, was oftmals zu Kontroversen

mit sozialen Diensten oder der Schule führt, aber auch zu Kontroversen zwischen Eltern und Therapeuten oder Therapeuten und Ärzten untereinander über geeignete Umgangs- und Behandlungsformen.

4.4. Kompensatorische Mechanismen

Ein Kind mit eingeschränkter Sensomotorik wird bestrebt sein, immer diejenigen Handlungs- und Wahrnehmungsbereiche auszubauen, die ihm uneingeschränkt zur Verfügung stehen: Es weicht auf das aus, was es kann und vermeidet, was es nicht kann.

4.4.1 Es gibt dabei solche Kinder, die ohne aktive Kommunikation die Erwartungen der Umwelt aufnehmen, sie antizipieren und sich darauf einstellen. Die Sensibilität für Fremd-Erwartungen wird beständig verfeinert. Das Kind versucht vorweg zu ahnen, was von ihm verlangt werden wird und sich im Sinne einer vorweggenommenen sozialen Erwartung auszurichten. Wenn diese Fähigkeit altruistisch gerichtet wird, prädestiniert sie zu einem späteren Helfersyndrom. Die Sensibilität für soziale Erwartungen kann so gut funktionieren, dass über viele Jahre - auch schon vom Säuglingsalter an - keine Auffälligkeiten explizit werden, zumal die Kinder nach Außen hin nichts über die eigene Befindlichkeit mitteilen. Dies geschieht einerseits, weil die entsprechenden Selbstwahrnehmungen fehlen, andererseits aber eben auch als Anpassungsstrategie, um nichts Verkehrtes zu sagen und sich in seiner Andersartigkeit nicht zu offenbaren. Das erfordert eine permanente Anstrengungsleistung, die nie gewürdigt wird, weil sie nicht mitteilbar ist und deswegen niemandem auffällt, zumal die Leistung ja gerade darin besteht, nicht aufzufallen. Wenn also diese enorme Anpassungsleistung gelingt, ist sie dazu verdammt, nicht gewürdigt zu werden. Unter anderem nährt dieser Vorgang in dem Kind das Gefühl, dass die Gesellschaft ihm etwas schuldet, dass es dafür eine soziale Kompensation zu erwarten hätte, die aber nie eintritt.

4.4.2 In den verbliebenen, gut funktionierenden Teilbereichen der sensomotorischen Funktionen bilden die Kinder extreme Fähigkeiten aus, indem sie versuchen, mit diesen verbliebenen Funktionen diejenigen sensomotorischen Bereiche auszugleichen, quasi überzukompensieren, die nicht funktionieren oder in denen sie unsicher

sind. Es kann dadurch zu einer enormen Aufblähung der theoretischen Intelligenz und von Leistungen kommen, die als extreme Sonderbegabungen erscheinen und oftmals als Hochintelligenz interpretiert werden, und zwar besonders gerne von narzißtisch involvierten Eltern und Lehrerinnen. Allerdings handelt es sich bei dieser Art von „Hochintelligenz“ eher um einen notfallmäßigen Kompensationsversuch, ähnlich wie die Nottriebe und Notblüten an einer gefährdeten Pflanze und sie führt selten zu einer Umsetzung in sozial erfolgreiches Handeln. Fehleinschätzungen haben später in der Schule katastrophale Folgen, die sich meist im Übergang von der Grundschule zu anderen Schulformen zeigen oder beim Übergang von der 9. in die 10. Klasse, wenn die „naturbelassenen“ kompensatorischen Mechanismen des Kindes überstrapaziert werden und zu versagen beginnen: Die Kinder lernen nicht systematisch, sondern durch Konfrontation in der Praxis, was bei steigenden Anforderungen zum erfolgreichen Lernen nicht mehr ausreicht und schließlich in eine völlige Überforderung mündet. Dann setzt zunehmend ein Schulversagen ein mit Leistungseinbrüchen, begleitet von eskalierenden sozialen Konflikten, die letztlich zu Katastrophen mit Schulverweigerung und Schulabbrüchen besonders in höheren Klassenstufen führen, die dann als depressive Krisen und Versagenszustände erscheinen, zu handfesten Depressionen mit Suizidalität führen und ggf. in eine lang anhaltende, depressive Entwicklung einmünden können.

Auch der Beginn einer Drogenkarriere, der Anschluss an eine Randgruppe oder an die kriminelle Szene ist in dieser Situation nicht selten. Der sensomotorische Hintergrund des Problems geht dann meist völlig verloren und kann später auch nur selten in hilfreicher Weise psychotherapeutisch rekonstruiert werden.

4.4.3 Im direkten sensomotorischen Bereich werden Unsicherheiten u. U. durch Schnelligkeit kompensiert: Das Kind entwickelt ein ungeheures motorisches Tempo, wodurch es trotz bestehender Gleichgewichtsstörungen wie bei einem Kreisel stabil gehalten wird. Prüft man die Motorik bei langsamem Tempo, dann funktioniert das nicht mehr und der „Brummkreisel“ fällt um.

4.4.4 Ein weiterer Coping-Mechanismus wird von dem Wunsch angetrieben, um jeden Preis als normal zu erscheinen, nie Hilfe in Anspruch zu nehmen und in jeder Situation cool zu sein. Das kollidiert

regelmäßig mit den meist verbal aggressiv oder auch gewalttätig ausagierten Kontrollverlusten und mündet zeitweilig in eine Attitüde, in der der Patient kontraphobisch und paradoxer Weise als Provokateur des Normalen und oberster Normalitätswächter erscheint, der alles Abweichende massiv und in aggressiver Form diskriminiert (was z.B. einen Teil der Attraktivität der Neonazibewegung für solche Menschen erklären könnte).

4.5 Camouflage-Strategien

Verbergen und Verleugnen, Tarnen und Täuschen. Versuche, ein sensomotorisches Problem vor den Mitmenschen zu verbergen und zu verheimlichen, gibt es bei diesen Kindern schon im Säuglingsalter.

4.5.1 Man sieht es teilweise auch schon bei der Untersuchung, wenn die Kinder wegen einer Gleichgewichtsstörung umkippen und dann eine Clownerie daraus machen, so, als ob sie dieses unwillkürliche Versagen der vestibulär gesteuerten Motorik gewollt herbeigeführt hätten, als wenn es ein beabsichtigter Witz gewesen wäre. Diese Clownerien sind aus der vermeintlich bevorstehenden sozialen Katastrophe der möglichen Offenbarung eines sensomotorischen Handicaps geboren. Es geht also den Kindern bei der Clownerie keineswegs um den vielfach unterstellten Wunsch, im Mittelpunkt stehen oder auffallen zu wollen. Das ist eine oft vorgenommene Unterstellung, die an dem - aus der existentiell empfundenen psychischen Not heraus entstandenen - akrobatisch-clownesken Drahtseilakt des Kindes vorbeigeht und der zugrunde liegenden Notsituation keineswegs gerecht wird.

4.5.2 Ähnlich erscheint es mir bei der Camouflage von Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, die demselben Muster wie beim alkoholbedingten Korsakow-Syndrom folgt: Die Gedächtnislücke wird zufabuliert. „Konfabulation“ heißt das beim Korsakow-Syndrom. Im sozialen Feld des Kindes heißt das dann „Lügen“.

4.5.3 Die Unterschiede zu anderen Menschen zu verbergen, zu verstecken und zu verleugnen geht - wie schon erwähnt - bis hin zum agent provocateur des Normalen mit aktiver und offensiver Diskriminierung alles Auffälligen und Abweichenden und dem Mobben aller

„Spastis“ und „Psychos“, wie es in der Schülersprache heute heißt. Im Zweifelsfall öffnet diese Diskriminierung des Abweichenden den Zugang zu Neonazigruppen und damit in eine Gruppe von peers, in der die eigene Abweichung vom sozial Normalen ihrerseits zur Norm oder gar zur Auszeichnung wird, zu Anerkennung und peer-Status führt und damit offen ausgelebt werden kann.

Die in solchen Gruppen entfaltbare brutalste Gewalttätigkeit erinnert an das Fehlen propriozeptiver Wahrnehmung, an das fehlende Gefühl für die eigene Kraft, das Unverständnis für eigene Gewalttätigkeit aus Mangel an Eigenwahrnehmung und der damit verbundenen Unmöglichkeit zu Empathie und Identifikation. Ein ähnlicher Mechanismus ergibt sich, wenn sich ein solcher Jugendlicher als peer Zugang zu einem kriminellen Milieu verschafft.

4.5.4 Camouflage ist auch die Ablehnung und Diskriminierung jeder eigenen und gar psychiatrischen oder psychotherapeutischen Hilfe, deren Wahrnehmung ja den Anschein des Normalen in Frage stellen könnte. Von vorneherein abgelehnt werden eben vor allem psychiatrische, psychotherapeutische und ggf. auch medikamentöse Unterstützung, die im sozialen Rahmen auf ein psychisches Problem verweisen könnten.

4.5.5 Erwünschte Folge einer gelungenen Camouflage-Strategie ist - wie auch immer - soziale Anerkennung, Wertschätzung und narzißtisches Gleichgewicht durch Vermeiden von eigener Diskriminierung. Fatale Folge einer gelungenen Camouflage-Strategie ist die fehlende Hilfe: Es kann keine Unterstützung, keine Hilfe gegeben werden, sondern das Kind bleibt sich selber überlassen und ist seinem Problem quasi „naturbelassen“ ausgeliefert.

5. Ausblick

Gerade die oben geschilderte Situation gibt vielfältigen Anlass zu unzähligen Fehlinterpretationen, in deren Folge es zu sozialer Traumatisierung und sequentiellen Retraumatisierungen und entsprechenden Reaktionen kommt, auch was gut gemeinte, aber unpassende Psychotherapieversuche und psychoanalytische Deutungen anbetrifft, wenn das sensomotorische Problem dabei nicht touchiert wird.

Zum Glück ist es aber auch oft so, dass die Camouflage-Strategie nicht gelingt und dieses kann dann - wenn ein geeigneter Zeitpunkt getroffen wird und ein paar andere günstige Bedingungen auch in der Therapeutenperson vorhanden sind - zu nützlichen psychotherapeutischen Maßnahmen führen. Und das umso mehr, je mehr Psychotherapeutinnen und -therapeuten sich über das Sensomotorik-Problem und dessen Psychodynamik rechtzeitig Gedanken machen.

Bereits das Erkennen des Musters der geschilderten spezifischen Psychodynamik könnte dazu veranlassen, gezielt nach einem sensorischen Hintergrund zu suchen und diesen mit geeigneten körperlich orientierten Methoden (zumeist ergotherapeutischen Maßnahmen oder einer medikamentösen Behandlung) soweit es geht zur Kompensation zu verhelfen.

Vortrag gehalten vor der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie Hamburg (APH) am 17.2.2005.

Literatur:

Blech, J. (2004): Die Krankheitserfinder. S.Fischer, Frankfurt/Main, 5.Aufl.

Goldenberg, G. (2002): Neuropsychologie. Urban & Fischer, München - Jena

Rass, E. (2001): Kindliches Erleben bei Wahrnehmungsproblemen. Dissertation an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Peter Lang Verlag, Frankfurt/Main

Rass, E. (2004): Auswirkungen subliminaler Wahrnehmungsstörungen auf die psychische Entwicklung. Referat vor der AP H, Hamburg, 18.6.2004

Ruf-Bächtiger, L. (1991): Das frühkindliche psychoorganische Syndrom Thieme, Stuttgart, New York

Ruf-Bächtiger, L., Baumann, Th.; Burkhardt, M. (1998): Untersuchungskurs: Kindliche Entwicklungsdiagnostik. CD-ROM. Thieme, Stuttgart, New York.

Verfasser:

PD Dr. med. Hans Kowerk

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie

Privatdozent für Kinder- und Jugendpsychiatrie am FB Medizin der Universität Hamburg

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Sophienallee 24, 20257 Hamburg

e-mail: hans.kowerk@t-online.de

Buchrezensionen

Georg Schnieders (Hg.): **Ver-rückte Kinderwelten. Expertenwissen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Ibicura Verlag, Unterostendorf. ISBN: 3-9809304-9-1. 178 S., 18,50 €

Ein ungewöhnliches Buch das sich an Neueinsteiger und Mitarbeiter des PED/ Pflege- und Erziehungsdienstes mit dem Einsatzgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wendet.

In eingehender Form beschreibt ein multiprofessionelles Team von basisnahen Experten Zusammenhänge, Alltagszwänge und Krisenmanagement in einer „ver-rückten Kinderwelt“.

Das Buch erschließt dem Leser die Welt der stationären Auseinandersetzung mit alltäglichen kleinen und großen Herausforderungen denen sich die Mitarbeiter/Innen des Pflege- und Erziehungsdienstes immer wieder stellen müssen.

Nach einem kurzen Blick über den „Zaun“ in den Bereich der Erwachsenenpsychiatrie mit der Fragestellung was sie denn von der KJP unterscheidet, streift Georg Schnieders Ursprung und Anpassungsprozess der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Das Rollenverständnis der Mitarbeiter kommt ebenso zur Sprache wie der Bezug zu Nähe und Distanz.

Der zweite Teil des Buches beschäftigt sich mit Grundsatzfragen gerichtet an Mitarbeiter des PED, was sie bewegt hat sich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie als Arbeitsfeld zu entscheiden und welche Anforderungen an sie gestellt werden.

Anschaulich werden Rollendefinition und sich daraus ergebende Konfliktsituationen besprochen. „Vorbild als Rolle in der KJP“.

Der Leser erfährt in Form beispielhafter Darstellungen etwas über den Umgang mit eigenen Gefühlen und einer professionellen Beziehungsarbeit im Rahmen des therapeutischen Teams.

Bei der Betrachtung der klassischen Pflegesysteme wird dem Bezugspersonensystem als Pflegesystem der Wahl ausreichen Raum gegeben.

Der dritte Teil des Buches vertieft die Eingangs gestellte Grundsatzfrage nach den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit in der KJP.

Hier kommen Zeitzeugen zu Wort deren Lebenswege sehr unterschiedlich verlaufen sind. Allen gemeinsam ist, heute in der Kinder und Jugendpsychiatrie ihren Arbeitsplatz gefunden zu haben.

Ungeschminkt beschreiben Mitarbeiter Bedingungen ihres Arbeitsumfeldes, welches das für sie schwierigste Klientel ist und mit welchen Störungen bzw. Krankheitsbildern sie konfrontiert werden. Die Praxisbeispiele verhelfen dem Leser zu einem Einblick in das Krankheitserleben der kleinen und großen Klienten der KJP.

Die Konzeptionelle Arbeit des Pflege- und Erziehungsdienstes wird unter dem Aspekt der von Peplau definierten psychodynamischen Krankenpflege betrachtet. Es werden interessante Rollendefinitionen vorgenommen, die eine unterschiedliche Fallbetrachtung zulassen.

In der weiteren Ausführung wird der Leser über die ATLS nach Abderhalden an die umfassenden Aufgabenstellungen des PED herangeführt.

Die Autoren Schnieders und Leutert beschäftigen sich mit dem pflegerisch-pädagogischen Stationskonzept einer typischen Aufnahme-Station für Jugendliche. Die in Listenform gefassten Abläufe verschaffen einen Tagesstrukturierten Überblick.

Eine Beschreibung über den Umgang mit Verstärkerprogrammen anhand eingehender Fallbeispiele findet ebenso Berücksichtigung wie der Umgang mit Gewalt und Entweichungssituationen im Stationsalltag einer KJP. Der Leser findet praxisnahe Handlungsbegleitende Ansätze.

Den vierten und letzten Teil des Buches bilden multiprofessionelle Fachbeiträge. Hier wird Expertenwissen aus den Bereichen des PED, der Heilpädagogik, der Motopädie, Theater, Psychologie und der Sozialarbeit vermittelt. Die unterschiedlichen Ansätze berühren wichtige Betrachtungsweisen und Grundsätze für eine erfolgreiche Arbeit im therapeutischen Team. Wichtige Leitsätze wie „Eltern wertschätzen“ oder „Eltern haben für ihr Handeln immer gute Gründe. Wir sind dazu da, diese zu erkennen“, helfen alte/neue Standpunkte zu finden und/oder zu überdenken.

Joachim Abraham, Viersen

Armin Born, Claudia Oehler: **Kinder mit Rechenschwäche erfolgreich fördern. Ein Praxisbuch für Eltern, Lehrer und Therapeuten**, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005. 165 Seiten. Preis 19 €

Nach dem seit 2002 bereits in dritter Auflage erschienen „kinderpsychiatrischen Bestseller“ „Lernen mit ADS Kindern“ erscheint jetzt eine weitere wichtige Publikation des erfolgreichen Autorenduos aus Würzburg. Dieses Buches richtet sich wieder an Eltern, Lehrer, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater und andere Therapeuten, die mit rechenschwachen Kindern beschäftigt sind. Es ist ein weiterer Baustein eines soliden psychoedukativen Konzeptes, von dem die betroffenen Kinder, Familienangehörige und professionelle auf vielfältige Weise profitieren können.

Der erste Teil des Buches vermittelt Grundlagenwissen zum Thema Rechenstörung und Rechenschwäche und beschreibt sie als einen Teufelskreis, der von Misserfolgen zur Lernabneigung, Selbstabwertung und Entmutigung führen kann. In den weiteren Kapiteln werden die Erkenntnisse der Lernpsychologie und der aktuellen Gehirnforschung in Bezug auf die Fähigkeit, Informationen zu speichern, dauerhaft zu behalten und im Alltag zu verwenden sowie des Rechnens als Prozess und seiner Abbildung im Gehirn gut verständlich referiert. Der zweite Teil des Buches setzt sich kritisch mit den unterschiedlichen Mythen der praktizierten Fördermaßnahmen auseinander: 1. Verbesserung der mathematischen Kompetenzen sind nur bei Kenntnis der Ursachen möglich. 2. Es gilt, die noch nicht entwickelten Basisfunktionen zu suchen und dann zu trainieren 3. Bei einer Rechenschwäche braucht es noch mehr Veranschaulichungen 4. Rechnen lernen bedarf nur des Verstehens und der Einsicht 5. Kinder mit Rechenschwäche müssen noch mehr Aufgaben schriftlich üben.

Es folgen allgemeine Tipps zum Lernen mit rechenschwachen Kindern. Hier gilt z.B., dass Einsicht und Automatisierung beim Erlernen des Rechnens in einem ausgewogenem Verhältnis stehen sollen und dass „weniger“ manchmal „mehr“ sein kann. Die Arbeit mit Kärtchen und der Lernbox nutzt die Möglichkeiten und Vorteile der visuellen Informationsverarbeitung und wird als nützliche Hilfe beim Erlernen und dem Automatisierungsprozess für die grundlegenden Rechenoperationen propagiert. Die Idee eines „Mathetrainers“ oder „Mathepaten“, der mit einem rechenschwachen Kind auch bei den nur wenig kooperativen Eltern täglich üben könnte, wurde aufge-

nommen und könnte v.a. in der Ganztagschule sinnvoll eingesetzt werden.

Der weitere Teil des Buches beschäftigt sich mit konkreten Lernmethoden. Hier gilt es, die Grundrechenfertigkeiten zu automatisieren, Lernen durch Veranschaulichung zu ermöglichen und hilfreiche Tricks zu entwickeln. Von den im Buch dargestellten Übungen können am ehesten Grundschüler bis zur vierten Klasse profitieren. Im letzten Teil des Buches werden Prüfungsängste als ein in unserem Schulsystem wichtiges Thema aufgegriffen und Hilfen zu deren Bewältigung entwickelt. Die Lektüre dieses durchgehend an der Praxis orientierten Buches kann allen Eltern von rechenschwachen Kindern, Lehrern sowie anderen professionellen Helfern ohne Einschränkungen empfohlen werden. Die klare Struktur, gute Verständlichkeit und die gelungene graphische Gestaltung sorgen dafür, dass auch komplexe Zusammenhänge dem Leser gut vermittelt werden können. Dieses Buch bietet sich als Brücke zwischen Forschung und Praxis an und kann in Familie und Schule wirksame Hilfe zur Selbsthilfe leisten.

Dr.med. Bodo Christian Pisarsky, Berlin

Nigel Slater (2005): **Halbe Portion. Wie ich lernte, die englische Küche zu lieben.** München: Kabel by Piper Verlag. 336 S., 18.90 €

Warum erscheint eine Rezension dieses Buches in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachzeitschrift? Zwar ist Nigel Slater in Großbritannien derzeit neben Jamie Oliver der angesagteste Koch, Untertitel und Klappentext des Buches führen jedoch in die Irre: Es dreht sich *nicht* alles ums Essen und Schmecken, und von einer „wundervollen Welt des Essens“ lässt sich in diesem Buch kaum etwas finden. Stattdessen berichtet Slater über zahlreiche intime Details seiner eigenen Jugend, die offenbar von viel Leid geprägt war, zumindest was Mutter, Vater und Stiefmutter angeht. Entstanden ist das Werk aus seiner wöchentlichen Kolumne im Londoner Observer. Die jeweils 1- bis 6seitigen Episoden sind kaum als zusammenhängende Lektüre hintereinander genießbar: Die einzelnen Geschichtchen sind zwar teilweise intensiv, jedoch recht ähnlich, so dass der Rezensent während der ersten drei Viertel des Buches immer wieder versucht war, das Buch nicht zu Ende zu lesen. Ein übergreifender Spannungsaufbau erschließt sich erst, wenn man es „schon fast geschafft“ hat. Und eine wirklich lustige Story gibt's auch erst weit hinten. Dennoch sei das Buch zur Lektüre empfohlen. Aber warum nur? Jedenfalls nicht wegen der Schilderung verkohlter Toasts oder schuhsohlenartiger Lammkoteletts, die offenbar den kulinarischen Alltag des Autors darstellten, solange seine Mutter noch lebte. Auch nicht wegen der ausführlichen Beschreibung britischer Bonbons wie „Buttered Brazils“ oder Fertigmöhlen wie „Cadbury's MiniRolls“. Doch erinnern Sie sich an „Kraft-Scheibletten“ und „TRiTOP“? Richtig, diese Delikatessen waren auch bei uns in Deutschland vor 30 Jahren bei Kindern (und nicht nur bei diesen) schwer angesagt! In der Tat führt die Lektüre in eine Welt, wie sie nicht nur in Great Britain, sondern auch in manch anderem westeuropäischen Land in recht ähnlicher Weise als Realität erlebt worden sein dürfte: Eltern und Großeltern, die heute in den Vierzigern stehen, haben damals in ganz ähnlicher Weise Bekanntschaft gemacht mit der Vorgabe, zu essen „was die Kelle gibt“, ggf. bis zum Erbrechen. Sexualität fand heimlich statt, war eher ein Schmuttelthema und wurde gern ausgeschwiegen, ganz ähnlich wie so manches andere emotional besetzte Thema/Problem. Doch Slaters autobiografische Skizzen gehen über den Selbsterfahrungsaspekt der Schilderung einer durchschnittlichen westeuropäischen Pubertät

hinaus: Als Slater 8 Jahre alt ist, stirbt seine Mutter, die offenbar zeitlebens nicht sonderlich begabt war, emotionale Nähe zu ihrem Sohn herzustellen. Sie war zuvor schwer erkrankt, doch niemand sprach mit ihm über den bevorstehenden Tod der Mutter, so dass er annahm, sie sei schwanger. Die Vorstellung, einen kleinen Bruder oder eine kleine Schwester zu haben gefiel ihm. Er ging nicht zur Beerdigung, wusste nicht einmal, dass sie stattfand. Sein Vater blieb sprachlos und servierte ihm zwei Jahre lang Marshmallows auf dem Nachttischchen: „Ich weiß doch, dass du die am liebsten magst“. Das stimmte nicht, und er wusste es, aber kurz vor dem Tod der Mutter hatte Slater in einem Schulaufsatz geschrieben, sie seien in puncto Essen das, was einem Kuss am nächsten komme. Essen statt sprechen oder Liebe. Liegt hier ein Risikofaktor für Essstörungen oder andere psychische Erkrankungen bei den Kindern oder gar Enkeln infolge der Unfähigkeit, emotionale Konflikte verbal auszutragen? Die Horrorstory geht jedenfalls weiter: Menschen, die ihm lieb sind, wie z. B. der junge Gärtner, der sich in seiner Gegenwart immer ungeniert umzieht, werden umgehend entfernt, sobald Slater etwas Emotionales verlauten lässt. Der Vater will aus seinem mittlerweile neunjährigen „weibischen Muttersöhnchen“ einen „strammen Sohn“ machen, auf „den man stolz sein kann“: Unwichtig war, dass dem Muttersöhnchen bisher jedes Ei, das es zu schlucken versucht hatte, wieder hochgekommen war. Laut Vater machten „die Eier den Mann“. Wenn der Vater an seiner Diagnose noch irgendwelche Zweifel hatte, räumte die staatliche Werbekampagne für Eier sie aus. In der Fernsehwerbung sah man einen süßen blonden Frechdachs sein Frühstücksei aufklopfen, ganz zur Freude seiner pausbäckigen Tante. Genau die Art von Junge, die sich der Vater vorstellte. Jahrelang hatte die Mutter für Slater gelogen. Kein Problem, da er ja zu Abend aß, bevor der Vater nach Hause kam. Nach Angaben der Mutter hatte Slater zwei gekochte Eier verschlungen oder zwei verlorene auf Toast. Slater hatte bei den Rühreiern Nachschlag verlangt und sogar noch ein Spiegelei in Angriff genommen, wenn auch nicht ganz geschafft. Der Vater zweifelte nicht eine Sekunde an den Worten der Mutter. Wahrscheinlich hielt er sie gar nicht für fähig, ihn anzulügen. Aber: „Es stand schwabbelnd da – das Essen, das aus der Hölle kam. Bei dem Eiweiß schnürte es einem die Kehle zusammen. Bei dem Eigelb kam einem das Kotzen“.

Nach Einschätzung Slaters wurde das Essen nach dem Tod der Mutter weder schlechter noch besser: Vater machte Käsetoast auf eine seltsame Art und sprach ebenso wenig über Gefühle wie die Mutter zuvor. Die neue Reinemachfrau wurde allmählich Partnerin des Vaters und holterdiepolter Stiefmutter für Slater: Keine Spur von Gespräch darüber, dass „die Neue“ an die Stelle der Mutter treten sollte, aber immerhin kochte sie besser. Emotionale Nähe blieb jedoch wiederum aus.

Auf Seite 280 stirbt der Vater. Slater hat das Gefühl, er sollte weinen. Aber es kommen keine Tränen. In seinem Bauch flattern aufgeregte Schmetterlinge, und er spürt, wie etwas anderes als Tränen in ihm hochsteigt. Er spürt ein Prickeln und eine Wärme, wie wenn etwas Wunderbares passiert. Wie wenn ihm die Glieder einschlafen. Er beißt sich fest auf die Lippe, nicht, damit er nicht weint, sondern um sich zu versichern, dass all dies wirklich geschieht.

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

C. Jakobs & F. Petermann (2005): **RZD 2 - 6 - Rechenverarbeitungs- und Zahlenverarbeitungsdiagnostikum für die 2. bis 6. Klasse.** Hogrefe Verlag. Göttingen. 298.- €

Das RZD ist ein individualdiagnostischer Rechentest, der insbesondere für eine differenzierte Erfassung von Rechenleistungen im unteren Bereich konzipiert wurde. Das Verfahren kann von der 43. Woche des zweiten Schuljahres bis zur 24. Woche des sechsten Schuljahres angewendet werden.

In Abhängigkeit zur zu wählenden Teststufe werden dem Kind zwischen 16 und 17 Untertests vorgelegt, die verschiedene mathematische Teilaspekte erfassen. Ähnlich dem Zareki (Testverfahren zur Dyskalkulie; v. Aster, M., 2001) wird mit einfachen Aufgaben zum Zahlen- und Mengenwissen begonnen - es finden sich die schon bekannten Aufgaben darunter, wie Abzählen, Zahlenlesen, Zahlenstrahl, perzeptive und kognitive Mengenbeurteilung, die der Beurteilung kulturvermittelten Zahlenwissens und visuell-analoger Zahlenrepräsentanz dienen sollen.

Neu ist, dass getrennt von der Powerkomponente, das heißt der einfachen Quantifizierung der Rechenleistung, bei verschiedenen Subtests durch Zeiterfassung eine Speedkomponente ermittelt werden kann, die den Einstieg in eine qualitative Bearbeitungsanalyse ermöglicht und zusätzliche Hinweise zur Leistungsmotivation, Leistungsängstlichkeit und Aufmerksamkeit des Kindes geben kann.

Im Verlauf des Tests werden die Anforderungen im Vergleich zum Zareki zunehmend komplexer: die Kopfrechen- und Textaufgaben erfordern nun auch Rechenfertigkeiten im Bereich der Multiplikation und Division, zudem wird das Analogie- und Transferverständnis bereits erlernter mathematischer Regeln erfasst. Damit ermöglicht das RZD eine direktere Überprüfung der in den Leitlinien der DGKJP (2003) geforderten Leistungen zur Diagnostik von Rechenstörungen.

Normen liegen aufgeteilt nach Klassenzugehörigkeit bisher nur für 497 Kinder aus Bremen und Niedersachsen vor. Ausländeranteil und Geschlechtergewichtung stimmen laut der Autoren mit den An-

gaben des Statistischen Bundesamtes Deutschland (2003/2004) hinreichend überein. Überlegungen zu möglichen länderspezifischen Unterschieden der schulischen Leistungsanforderungen und einer damit problematischen Übertragung der Normen auf das gesamte Bundesgebiet fehlen jedoch.

Für den Testleiter erscheinen Durchführung und Auswertung des RZD zunächst sehr komplex. Als Arbeitsmaterialien stehen neben der Durchführungsanleitung auch ein begleitendes theoretisches Buch zur Diagnostik von Rechenstörungen zur Verfügung (Jacobs & Petermann, 2005). Gearbeitet wird mit 4 Stimulusblöcken, die dem Testaufbau jedoch nicht chronologisch folgen. Zudem gilt es unterschiedliche Einstiegs- und Ausstiegsaufgaben für die verschiedenen Teststufen zu beachten. In den Protokollbögen finden sich zu jedem Untertest kurze Hinweise zur Bewertung und den Abbruchkriterien, oft ist dies aber unübersichtlich gestaltet. Da verschiedene Kriterien und Ablaufmodi für die Untertests gelten, ist häufiges Nachlesen in der Durchführungsanleitung erforderlich.

Auch vom Testleiter wird mathematische Leistung erwartet: so gilt es für die zu wählende Teststufe die exakte Schulwoche auszurechnen und zur Bestimmung gewichteter Zeitwerte Power- und Speedkomponente miteinander abzugleichen.

Die Auswertung erfolgt mittels Profilkbogen. Es können Prozentränge für alle Untertests und ein Gesamtwert getrennt für Power und Speed ermittelt werden. Letzterer aber nur, wenn in jedem Untertest mit Speedkomponente mindestens eine Aufgabe richtig gelöst wurde.

Zur Feststellung einer möglichen Dyskalkulie wird für den Gesamtwert Power ein kritischer Prozentrang von 10 angegeben, außerdem muss eine Diskrepanz von 12 T-Wert Punkten zum IQ bestehen.

Die angegebene Durchführungs- und Auswertungsdauer, veranschlagt mit 29-44 bzw. 15-20 Minuten, scheint man insbesondere bei fehlender Automatisierung nicht zu erreichen.

Möglichkeiten für eine zukünftige Erleichterung in der Durchführung und Auswertung bestehen z.B. durch Hinzufügen einer Vergleichs-

tabelle für IQ-, T-Wert und Prozentränge oder durch zusammenfassende Hinweise und Instruktionen auf der Rückseite der Stimuliblöcke. Insbesondere bei den Textaufgaben, die dem Kind verbal und visuell dargeboten werden sollen, bietet sich dies an.

Trotz der angesprochenen Probleme, die sich v.a. aus der Komplexität des RZD ergeben, ist die Anwendung des Verfahrens sehr lohnenswert. Im Vergleich zu den bekannten Rechentests bietet das RZD ein sehr viel breiteres Spektrum an erfassbaren Rechenfertigkeiten und einen angemessenen Schwierigkeitsgrad. Da neben der Abklärung einer Rechenstörung auch Hinweise auf weitere Teilleistungsstörungen gegeben werden können, eignet sich die Anwendung des Verfahrens sowohl in der Schulberatung als auch in der Klinischen Kinder- und Kinderneuropsychologie.

Dipl.-Psych. Stefanie Kademann; Praxis Dr. Pisarsky, Berlin

Hinweise für Autoren

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

Die Zeitschrift erscheint in 4 Heften pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/9631, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.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:

- a. 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;
- b. 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;
- c. 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;
- d. 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;
- e. 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 (auf Diskette oder per E-Mail) und als Ausdruck auf Papier eingereicht werden. Schrifttyp: Arial. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ 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 Leitfadens für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.