

Inhalt

Editorial:

Entwicklungsalter, Jahreszeiten, psychische Störungen & Ressourcen

Ingo Spitzcok von Brisinski 2

Der Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Franz Wienand 8

Tiergestützte Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ingo Spitzcok von Brisinski 41

Nachruf:

Prof. Dr. Reinhart Lempp (1923 – 2012)

Renate Schepker & Ingo Spitzcok von Brisinski 93

Testrezension:

WISC-IV Teil 2 103

Hinweise für Autoren 108

Editorial:

Entwicklungsalter, Jahreszeiten, psychische Störungen & Ressourcen

„Diagnose ADHS – Vorschnell abgestempelt“ schreibt die Süddeutsche Zeitung als Schlagzeile, „Früh eingeschulte Kinder tapen in die ADHS-Falle“ die Welt und „Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizitsstörung ‚trifft‘ Jüngere“ 3sat (ZDF, ORG, SRG, ARD). Bezug genommen wird dabei auf die April 2012 im CMAJ (Canadian Medical Association Journal) erschienene Originalarbeit „Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children“ von Morrow und Mitarbeitern. Die Autoren berechneten das absolute und relative Risiko, die Diagnose ADHS zu erhalten bzw. eine entsprechende Medikation bei 937.943 Kindern in British Columbia im Alter von 6 bis 12 Jahren.

Im kanadischen British Columbia werden Kinder, die bis zum 31. Dezember geboren sind, im folgenden Jahr eingeschult. Demzufolge sind im Januar Geborene die Ältesten einer Schulklasse und die im Dezember Geborenen die jüngsten. Die Studie sollte Aufschluss geben über den Einfluss des relativen Alters innerhalb einer Schulklasse auf Diagnose und Behandlung.

Die Autoren berichten, dass Jungen, die im Dezember geboren waren, um 30% häufiger (relative risk [RR] 1.30, 95% confidence interval [CI] 1.23–1.37) eine ADHS Diagnose erhielten als Jungen, die im Januar geboren waren, und um 41% häufiger (RR 1.41, 95% CI 1.33–1.50) eine Medikation. Im Dezember geborene Mädchen hatten eine um 70% erhöhte Häufigkeit (RR 1.70, 95% CI 1.53–1.88), eine ADHS-Diagnose zu erhalten, im Vergleich zu im Januar geborenen Mädchen, und eine um 77% erhöhte Häufigkeit (RR 1.77, 95% CI 1.57–2.00) für eine Medikation. Daraus leiten die Autoren eine erhöhte Besorgnis ab, dass Fehldiagnosen und daraus folgende kontraindizierte Verschreibungen zu Schädigungen bei Kindern führen, die nicht unter ADHS leiden. Zu diesen Schäden zählen sie unerwünschte Wirkungen auf Schlaf, Appetit und Wachstum sowie ein erhöhtes Risiko kardiovaskulärer

Komplikationen, obwohl die aktuelle Datenlage bzgl. kontrollierter empirischer Studien nicht ernsthafte Schädigungen belegt.

Dazu ist zunächst einmal anzumerken, dass das „um 30% erhöhte ADHS-Diagnose-Risiko“ bei Jungen bedeutet, dass unter den im Januar Geborenen 5,7% der Jungen eine ADHS-Diagnose erhielten und im Dezember 7,4% – also lediglich ein Unterschied von 1,7%, oder, anders ausgedrückt: 94,3% der im Januar geborenen Jungen erhielten keine ADHS-Diagnose und 92,6% der im Dezember geborenen. Bei den Mädchen liegt der Unterschied bei 1,6% ADHS-Diagnosen, wenn sie im Januar geboren waren, im Vergleich zu 2,7% im Dezember – also ein Unterschied von nur 1,1%.

| Month of birth | Boys | | | Girls | | |
|--|---------------|-------------------------|-------------------------|---------------|-------------------------|-------------------------|
| | Children, no. | Received diagnosis, % | Received treatment, % | Children, no. | Received diagnosis, % | Received treatment, % |
| January | 39 136 | 5.7 | 4.4 | 37 448 | 1.6 | 1.1 |
| February | 36 586 | 5.9 | 4.6 | 34 791 | 1.8 | 1.3 |
| March | 41 512 | 6.0 | 4.7 | 38 658 | 1.9 | 1.4 |
| April | 40 605 | 6.1 | 5.0 | 38 529 | 1.9 | 1.4 |
| May | 42 724 | 6.5 | 5.2 | 40 621 | 1.9 | 1.4 |
| June | 40 720 | 6.7 | 5.3 | 38 808 | 2.2 | 1.7 |
| July | 41 829 | 7.3 | 5.8 | 40 149 | 2.3 | 1.7 |
| August | 40 859 | 7.3 | 5.9 | 38 670 | 2.4 | 1.8 |
| September | 41 111 | 7.6 | 6.2 | 38 739 | 2.6 | 1.9 |
| October | 39 773 | 7.9 | 6.2 | 37 967 | 2.6 | 1.9 |
| November | 37 409 | 7.8 | 6.2 | 35 535 | 2.6 | 1.9 |
| December | 38 977 | 7.4 | 6.2 | 36 787 | 2.7 | 1.9 |
| Overall | 481 241 | 6.9 | 5.5 | 456 702 | 2.2 | 1.6 |
| Trend test (p value)* | | -19.7 (< 0.0001) | -19.3 (< 0.0001) | | -16.5 (< 0.0001) | -14.1 (< 0.0001) |
| RD (95% CI) Dec. v. Jan.† | | 1.71 (1.36 to 2.05) | 1.80 (1.48 to 2.11) | | 1.09 (0.88 to 1.30) | 0.84 (0.66 to 1.01) |
| RR (95% CI) Dec. v. Jan.† | | 1.30 (1.23 to 1.37) | 1.41 (1.33 to 1.50) | | 1.70 (1.53 to 1.88) | 1.77 (1.57 to 2.00) |
| Note: CI = confidence interval, RD = risk difference, RR = relative risk. *Cochran-Armitage trend test with one-sided p value. †Risk of receiving a diagnosis of or treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder for children born in December compared with children born in January. | | | | | | |

Tabelle 1: Prozentsätze von Jungen und Mädchen im Alter von 6 bis 12 Jahren, die eine ADHS-Diagnose erhielten bzw. eine entsprechende Behandlung einer Kohorte von 937.943 Kindern, differenziert nach Geburtsmonat (aus Morrow et al. 2012)

Zu beachten ist auch, dass bei Stichproben, die die Größe von nahezu einer Million erreichen, auch klinisch nicht bedeutsame Unterschiede ein beeindruckendes Signifikanzniveau erreichen können.

Bei der statistischen Bewertung ist auch zu berücksichtigen, dass die Zahl der Kinder pro Geburtsmonat zwischen 36.586 und 42.724 schwankt, also um 17%. Außerdem lässt sich aus den erhobenen Daten nicht unterscheiden, ob bei den im Dezember geborenen Kindern die Diagnose ADHS zu häufig oder bei den im Januar geborenen zu selten gestellt wurde oder ob nicht tatsächlich bei den im Dezember Geborenen häufiger ein ADHS vorliegt.

Zudem will zu der Hypothese der Autoren, dass bei jüngeren Kindern in der Klasse die physiologisch geringere Reife mit ADHS verwechselt wird, nicht so recht passen, dass nicht bei den im Dezember geborenen Jungen, also den Jüngsten, am häufigsten eine ADHS-Diagnose gestellt wurde, sondern bei den im Oktober geborenen, während im November und Dezember die relativen Häufigkeiten wieder kontinuierlich abnehmen. Bei den absoluten Häufigkeiten kam es über das ganze Jahr zu im Wesentlichen offenbar unsystematischen Schwankungen.

Der Effekt des relativen Alters innerhalb einer Schulklasse scheint nicht für ADHS spezifisch zu sein. Vielmehr scheinen jüngere Kinder innerhalb eines Schuljahrgangs allgemein ein höheres Risiko zu haben emotionale und Verhaltensprobleme zu entwickeln. Goodman et al. (2003) untersuchten 10.438 Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 15 Jahre und fanden bei jüngeren Kindern innerhalb eines Schuljahres signifikant häufiger stärker ausgeprägte Symptome und psychische Störungen.

Außer dem relativen Entwicklungsalter im jeweiligen Schuljahrgang könnten auch jahreszeitliche Schwankungen kontextueller Bedingungen bei Empfängnis, Schwangerschaft und perinataler Phase eine Rolle spielen bei der Entstehung psychischer Störungen. Die meisten Studien zu dieser Fragestellung fanden Länder übergreifend in mehrere tausend Probanden umfassenden Stichproben bzgl. Schizophrenie ein erhöhtes Risiko bei Geburten im Winter und zu Beginn des Frühlings (Davies et al. 2003; Cohen & Najolia 2011; Schwartz 2011). Aber auch bei bipolaren Störungen, major depression und suizidalem Verhalten ließen sich bzgl. des Geburtsdatums Schwankungen

finden (Torrey et al. 1996; Tsuchiya et al. 2003; Salib & Cortina-Borja 2006; Joiner et al. 2002; Dome et al. 2010; Rihmer et al. 2011).

Atladóttir et al. (2007) fanden bei 669.995 dänischen Kindern keine signifikanten jahreszeitlichen Schwankungen bzgl. des Geburtsdatums bei Autismusspektrumstörungen, ADHS, Tourette Syndrom, und Zwangsstörungen. Auch von Kolevzon et al. (2006) wird keine Assoziation zwischen Geburtsmonat und Prävalenz für Autismusspektrumstörung berichtet. Dagegen verweisen die Ergebnisse von Zerbo et al. (2011) aus der Untersuchung von 19.238 Kindern mit Autismus bzgl. des Monats der Empfängnis auf signifikante Unterschiede: Eine Empfängnis im Dezember, Januar, Februar oder März war mit einem höheren Autismus-Risiko verbunden als eine Empfängnis im Juli. In der Stichprobe von Riala et al. (2007) trat bei 144 Jugendlichen mit selbstverletzendem Verhalten im Alter von 12 bis 17 Jahren bei den Mädchen eine signifikante Häufung von Geburtsdaten im Herbst (September bis November) auf. Hebert et al. (2010) untersuchten 86 Kinder mit Autismusspektrumstörung und fanden ein erhöhtes Risiko bei Geburt im Sommer. Kowalyk et al. (2012) fanden bei Erwachsenen mit ADHS-Symptomen weder jahreszeitliche Unterschiede bzgl. des Geburtsdatums noch des relativen Alters. Disanto et al. (2012) werteten die Geburtsmonate von 57.971 psychiatrischen Patienten (Schizophrenie, bipolare affektive Störungen and rezidivierende depressive Störungen) aus. Als Kontrollgruppe dienten 3.545 Patienten mit Morbus Parkinson sowie 29.183.034 Geburten der Englischen Allgemeinpopulation zwischen 1950 und 1990. Während sich bei allen untersuchten psychischen Störungen signifikante Unterschiede in der Geburtenverteilung fanden im Vergleich zur Allgemeinpopulation, ließ sich bei Morbus Parkinson kein Unterschied zur Allgemeinbevölkerung finden. Der Geburtsmonat Januar trat am häufigsten bei Schizophrenie und bipolaren affektiven Störungen auf, während bei rezidivierenden depressiven Störungen der Peak im Geburtsmonat Mai auftrat. Die geringste Häufigkeit bzgl. Schizophrenie bestand im Geburtsmonat Juli, bzgl. bipolarer affektiver Störungen im August und September, bzgl. rezidivierender depressiver Störungen im November.

Doch nicht nur die Häufigkeit des Auftretens psychischer Störungen ist abhängig vom Geburtsmonat, sondern auch Reifungsvariablen und besondere Fertigkeiten: Bei von McGrath et al. (2006) untersuchten 22.123 reifen Neugeborenen, die im Alter von 8 Monaten sowie 4 und 7 Jahren nachuntersucht wurden, waren im Winter oder Frühling geborene Kinder signifikant länger bei der Geburt und im Alter von 7 Jahren schwerer, größer und hatten einen

größeren Kopfumfang. Sie erreichten bessere Werte im Bayley Motor Score mit 8 Monaten, im Graham-Ernhart Block Test mit 4 Jahren und im Wechsler Intelligence Handlungsteil sowie im Gesamt-IQ mit 7 Jahren, jedoch niedrigere Werte als im Sommer bzw. Herbst Geborene im Bender-Gestalt Test im Alter von 7 Jahren. McPhillips & Jordan-Black (2009) führten standardisierte Lese- und Buchstabiertests sowie Motoriktests durch. Für Grundschüler ergaben sich sowohl Hinweise auf einen Jahreszeiteffekt bzgl. des Geburtsmonats als auch hinsichtlich der Altersposition innerhalb der Klasse für alle kognitiven Maße, insbesondere in den ersten Schuljahren. Bzgl. der motorischen Entwicklung weisen die Ergebnisse jedoch nur auf einen Effekt der Altersposition.

Sogar unter Schachspielern sind Jahreszeiteffekte auszumachen – Gobet & Chassy (2008) berichten, dass ‚expert chess players‘ der nördlichen Hemisphäre häufiger am Ende des Winters und zu Beginn des Frühlings geboren werden.

Ihr Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

- Atladóttir HO, Parner ET, Schendel D, Dalsgaard S, Thomsen PH, Thorsen P* (2007) Variation in incidence of neurodevelopmental disorders with season of birth. *Epidemiology* 18(2),240-245
- Cohen AS, Najolia GM* (2011) Birth characteristics and schizotypy: evidence of a potential “second hit”. *J Psychiatr Res* 45, 955–961
- Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J* (2003) A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull* 29,587–593
- Disanto G, Morahan JM, Lacey MV, DeLuca GC, Giovannoni G, Ebers GC, Ramagopalan SV* (2012) Seasonal distribution of psychiatric births in England. *PLoS One*. 2012;7(4):e34866. Epub 2012 Apr 4.
- Dome P, Kapitany B, Ignits G, Rihmer Z* (2010) Season of birth is significantly associated with the risk of completed suicide. *Biol Psychiatry* 68, 148–155
- Gobet F, Chassy P* (2008) Season of birth and chess expertise. *J Biosoc Sci* 40(2), 313-316
- Goodman R, Gledhill J, Ford T* (2003) Child psychiatric disorder and relative age within school year: cross sectional survey of large population sample. *BMJ* 327(7413), 472

- Hebert KJ, Miller LL, Joinson CJ* (2010) Association of autistic spectrum disorder with season of birth and conception in a UK cohort. *Autism Res* 3(4):185-190
- Joiner TE, Pfaff JJ, Acres JG, Johnson F* (2002) Birth month and suicidal and depressive symptoms in Australians born in the Southern vs. the Northern hemisphere. *Psychiatry Res* 112, 89–92
- Kolevzon A, Weiser M, Gross R, Lubin G, Knobler HY, Schmeidler J, Silverman JM, Reichenberg A* (2006) Effects of season of birth on autism spectrum disorders: fact or fiction? *Am J Psychiatry* 163(7):1288-1290
- Kowalyk TV, Davis C, Wattie N, Baker J* (2012) No Link Between Date of Birth and ADHD Symptoms in Adults. *J Atten Disord* 2012 May 24. [Epub ahead of print]
- McGrath JJ, Saha S, Lieberman DE, Buka S* (2006) Season of birth is associated with anthropometric and neurocognitive outcomes during infancy and childhood in a general population birth cohort. *Schizophr Res* 81(1), 91-100
- McPhillips M, Jordan-Black JA* (2009) The effect of month of birth on the attainments of primary and secondary school pupils. *Br J Educ Psychol* 79(Pt 3):419-438
- Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, Maclure M, Taylor S, Dormuth CR* (2012) Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ* 184(7), 755-762
- Riala K, Hakko H, Räsänen P; STUDY-70 Workgroup* (2007) Birth during autumn is a risk for adolescent self-mutilative behavior. *Neuropsychobiology* 56(1):14-18
- Rihmer Z, Erdos P, Ormos M, Fountoulakis KN, Vazquez G, Pompili M, Gonda X* (2011) Association between affective temperaments and season of birth in a general student population. *J Affect Disord.* 132, 64–70
- Salib E, Cortina-Borja M* (2006) Effect of month of birth on the risk of suicide. *Br J Psychiatry* 188, 416–422
- Schwartz PJ* (2011) Season of birth in schizophrenia: a maternal-fetal chronobiological hypothesis. *Med Hypotheses* 76, 785–793
- Torrey EF, Rawlings RR, Ennis JM, Merrill DD, Flores DS* (1996) Birth seasonality in bipolar disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder and stillbirths. *Schizophr Res* 21, 141–149
- Tsuchiya KJ, Byrne M, Mortensen PB* (2003) Risk factors in relation to an emergence of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord* 5, 231–242
- Zerbo O, Iosif AM, Delwiche L, Walker C, Hertz-Picciotto I* (2011) Month of conception and risk of autism. *Epidemiology*.22(4),469-475

Der Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Franz Wienand

Zusammenfassung

Thema der nachfolgenden grundsätzlichen Betrachtung ist die Bedeutung des Arztbriefs für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Zunächst wird die Bandbreite des Umgangs mit dem Arztbrief umrissen, dann werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Ärzte und Vertragspsychotherapeuten dargestellt. Die Schweigepflicht als zentrales Element unserer Profession kontrastiert dabei mit dem Einsichtsrecht von Patienten und ihren Sorgeberechtigten. Der Aufsatz geht weiter auf die formalen und inhaltlichen Anforderungen an einen guten Arztbrief in der ambulanten KJPP ein. Einen Schwerpunkt meiner Überlegungen stellt die Bedeutung schriftlicher Befundberichte für die Außendarstellung der Praxis, für die Zusammenarbeit mit anderen Fachgruppen und für die interne Kooperationskultur dar. Der Schluss befasst sich mit organisatorischen Problemen und stellt auf der Grundlage eigener Erfahrungen in der Praxis des Autors mögliche Lösungen vor. Die Besonderheiten der elektronischen Datenübermittlung werden nicht erörtert.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich in diesem Aufsatz abgesehen von rechtlichen Rahmenbedingungen und Zitaten meine eigene Meinung vertrete und nicht die offizielle Haltung des BKJPP. Allerdings würde es mich freuen, wenn meine Gedanken über den Berufsverband hinaus zu einer breiten Diskussion des Themas Anlass gäben. Es ist nicht mein Ziel (und vielleicht weder möglich noch sinnvoll), eine allgemein verbindliche Richtlinie oder Leitlinie zu generieren. Auch wenn die Erstellung zusammenfassender schriftlicher Arztberichte in die Facharztweiterbildung gehörte (und nicht nur Gutachten

oder Befunddokumentation; im allgemeinen Teil der Weiterbildungsordnung z. B. Baden-Württembergs findet man diese Kompetenz nicht).

Der Begriff „Ärzte“ ist in diesem Zusammenhang eine Genusbezeichnung und schließt selbstverständlich auch Ärztinnen mit ein.

Einleitung

Kaum ein Thema führt in Kollegenkreisen zu solch engagierten Gesprächen wie die Frage, wie man es mit dem Arztbrief halte. Die erlebte Anforderung (oder Zumutung), neben der täglichen Arbeit und der ausufernden Bürokratie noch routinemäßig Arztbriefe zu schreiben, scheint nur vergleichbar mit der Last, als die viele Vertragspsychotherapeuten das Schreiben von Anträgen zur Richtlinienpsychotherapie empfinden.

Das verwundert nicht, wenn man sowohl die schiere Menge zu erstellender Berichte angesichts des Patientendurchlaufs in einer SPV-Praxis wie die inhaltlichen Anforderungen an einen durchdachten, in sich schlüssigen und nachvollziehbaren kinder- und jugendpsychiatrischen Arztbrief bedenkt – zumal der EBM den in unserem Fachgebiet erforderlichen Aufwand nicht annähernd honoriert.

Während noch vor zwanzig Jahren Kinderpsychiater, soweit sie überhaupt in Kollegenkreisen bekannt waren, als die Arztgruppe galten, die keine Briefe schreibt, hat sich inzwischen nach meinem Eindruck eine Vielfalt im Umgang mit dem Thema entwickelt. Hört man sich um, so reicht die Bandbreite von Praxen, die Briefe nur auf Anforderung schreiben, über andere, die nur beim Vorliegen einer Überweisung berichten, bis zu SPV-Praxen, in denen das Praxisprogramm aus den im System gespeicherten Protokollen und Befunden der beteiligten Mitarbeiter einen sehr ausführlichen Bericht kompiliert.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dagegen betrachten das Verfassen von Verlaufs- oder Abschlussberichten an den zuweisenden Konsiliararzt offenbar nicht als ihre Aufgabe – was sich in letzter Zeit allenfalls bei Verhaltenstherapeuten etwas zu ändern scheint. Psychotherapeuten überhaupt berufen sich dabei nach meiner Erfahrung routinemäßig auf die Schweigepflicht und das fehlende Einverständnis des Patienten, meist ohne sich ernsthaft darum zu bemühen. Von Kliniken wiederum bekommen selbst einweisende

Fachärzte Konvolute von acht bis zehn Seiten zugesandt, in denen sogar simple Symptomlisten wie die CBCL in aller Breite erläutert werden.

Dabei lassen die rechtlichen Grundlagen keinen Zweifel, dass das Verfassen von Befund- und Verlaufsberichten zu den originären Aufgaben von Ärzten und insbesondere von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten gehört. Die Frage, ob Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll sind (Raitzig 2012), erfasst das Problem also nicht vollständig.

Rechtliche Grundlagen

Ärzte und ihre Mitarbeiter unterliegen einerseits der ärztlichen Schweigepflicht, andererseits gibt es eine Verpflichtung zur Kooperation. Diese betrifft approbierte Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (vgl. Bundesärztekammer 2008).

Abbildung 1: Verpflichtung zur Kooperation:

„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Soweit sich die Vorschriften dieses Kapitels auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Zahnärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.“ (SGB V, § 72, Abs. 1)

Die ärztliche Schweigepflicht

ist im Strafgesetzbuch und der Musterberufsordnung geregelt und dient dem Schutz des Patienten.

Abbildung 2: Umfang der ärztlichen Schweigepflicht:

„Die ärztliche Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen, die nur einem bestimmten, abgrenzbaren Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung der Patient ein verständliches, also sachlich begründetes und damit schutzwürdiges Interesse hat. Sie ist grundsätzlich auch gegenüber anderen Ärzten, Familienangehörigen des Patienten sowie eigenen Familienangehörigen zu beachten. Auch nach dem Tod des Patienten besteht die ärztliche Schweigepflicht fort.“ (BÄK 2008, 2.2)

Abbildung 3: Verletzung der Schweigepflicht ist strafbar:

„Nach § 203 Abs. 1 StGB macht sich strafbar, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Nach § 9 MBO haben Ärzte über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen.“ (BÄK 2008, 2.1)

Eine **Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht** ist also eine Straftat und für Ärzte und „Berufspsychologen mit anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung“ (§203 StGB) nur auf der Grundlage gesetzlicher und mit der ausdrücklichen oder konkludenten (stillschweigenden) Einwilligung des Patienten möglich.

Abbildung 4: Durchbrechung der Schweigepflicht:

„Eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht ist zulässig, wenn gesetzliche Vorschriften dem Arzt eine Pflicht oder ein Recht zur Offenbarung auferlegen bzw. geben. Der Arzt ist des Weiteren berechtigt, Informationen weiterzugeben, wenn der Patient seine Einwilligung ausdrücklich oder konkludent erteilt hat. Eine konkludente bzw. stillschweigende Einwilligung liegt immer dann vor, wenn der Patient aufgrund der Umstände von einer Informationsweitergabe durch den Arzt an Dritte ausgehen muss.“ (BÄK 2008, 2.4)

Gegen den Willen des Patienten darf die Schweigepflicht nur zum Schutz eines höherwertigen Rechtsguts durchbrochen werden:

Abbildung 5: Befugnis zur Offenbarung:

„Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.“ (BÄK 2006, § 9 Abs. 2)

Ein **Bruch der Schweigepflicht** erfordert einen sog. „**rechtfertigenden Notstand**“:

Abbildung 6: Schweigepflicht und Gefahr im Verzug:

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“ (§ 34 StGB)

Grundsätzlich begründet die Kenntnis geplanter Straftaten nicht den Bruch der Schweigepflicht. Aus § 34 StGB ergibt sich eine **Offenbarungsbefugnis**, sofern eine konkrete Gefahr besteht, eine gründliche Abwägung erfolgte und keine andere Möglichkeit existiert, die Gefahr abzuwenden. Wissen um bereits abgeschlossene Straftaten berechtigt oder verpflichtet im Allgemeinen nicht zur Offenbarung, sofern keine konkrete Wiederholungsgefahr besteht (Frederichs 2003).

Eine **Offenbarungspflicht** ergibt sich daraus nur, wenn das Leben oder die Gesundheit eines Menschen unmittelbar bedroht ist und der Schaden nicht anders abgewendet werden kann. So wird die Nichtanzeige geplanter Straf-

taten nach § 138 mit Geld- oder Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren sanktioniert. Die Anzeigepflicht betrifft neben Delikten wie Hoch- und Landesverrat und Geld- oder Scheckkartenfälschung beispielsweise die Planung folgender Straftaten:

Abbildung 7: Offenbarungspflicht:

| |
|---|
| Raub, räuberische Erpressung Straftaten gegen die persönliche Freiheit Brandstiftung Mord und Totschlag (aus StGB § 138) |
|---|

In der KJPP-Praxis wird beispielsweise in Fällen von fortgesetztem sexuellem Missbrauch von Kindern oder anhaltender familiärer Gewalt das Schutzgut der ungestörten sexuellen Entwicklung und körperlichen und seelischen Unversehrtheit das höherwertige Rechtsgut gegenüber der Schweigepflicht darstellen. Voraussetzung ist jedoch nach dem StGB, dass die drohenden Gefahren konkret und unmittelbar bevorstehen und nicht auf anderem Wege, etwa durch Warnung oder Beeinflussung des Täters, abgewendet werden können (Frederichs 2003). Die moralische und ethische Verantwortung des Arztes oder Psychotherapeuten allerdings kann nicht in all ihren Dimensionen vom Strafrecht erfasst und geregelt werden.

Einsichtsrecht von Patienten in Arztunterlagen und Berichte

Das Einsichtsrecht von Patienten und ihren gesetzlichen Vertretern in ärztliche, insbesondere psychiatrische Aufzeichnungen bezog sich bislang in Übereinstimmung mit den medizinethischen Grundsätzen des Fürsorge- und des Nicht-Schadens-Prinzips (Beauchamp und Childress 1987) auf objektive Daten und Befunde. Subjektive Beurteilungen und Aufzeichnungen, die möglicherweise zu Belastungen oder sogar Gefährdungen für den Patienten oder Dritte führen könnten, waren davon ausgenommen. Davon ließ sich auch ableiten, dass Berichte von Arzt zu Arzt nicht an Patienten weitergegeben werden durften. Inzwischen haben aber Überlegungen zur Würde und Selbstbestimmung des Menschen schon 2006 zu einer Neubewertung und Änderung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts BVerfG zunächst für das Fach Psychiatrie geführt (BVerfG, NJW 2006, 1116), die von der medizini-

schen Fachöffentlichkeit noch wenig zur Kenntnis genommen wurden (Hausner et al. 2008). Das BVG hat Zweifel geäußert, ob die Trennung in objektive und subjektive Aufzeichnungen vertretbar ist. Hausner et al. (l. c.) vertreten die Meinung, dass der faktisch im Ermessen des Arztes stehende „therapeutische Vorbehalt“ künftig wegfallen könnte, „sollte sich diese Rechtsauffassung verstetigen“. Vertreter des Datenschutzes (z. B. Weichert 2012) sind der Meinung, dass sich das Einsichtsrecht des Patienten grundsätzlich auf **alle** ärztliche Aufzeichnungen bezieht. Dieser Meinung schließt sich auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung an: Danach haben Patienten (bzw. ihre gesetzlichen Vertreter) das Recht, auch Arztbriefe an den weiterbehandelnden Arzt einzusehen und zu bestimmen, wer ihn erhält (KBV, Patientenrechte, 2011). Ausnahmen wie mögliche Selbstgefährdung oder Gefährdung Dritter sind im Einzelfall konkret zu begründen, was für abgeschlossene Behandlungen schwerer fallen dürfte als für laufende Therapien. „Wegen des ‚objektiven Charakters‘ von Arztbriefen, Befunden und Epikrisen können diese auch im Bereich der Psychiatrie nicht vom Einsichtsrecht ausgeschlossen werden“... Im Krankenhaus ist alles objektiv: „Für die Behandlung im Krankenhaus spielt die Unterscheidung subjektiv/objektiv keine relevante Rolle, da dort die Dokumentation so weit vergegenständlicht und objektiviert ist, dass man nicht von subjektiven Daten sprechen kann“ (Weichert 2012).

Datenschutz schlägt Fürsorgeprinzip

„Der (einsichtsfähige, F. W.) Patient hat die Freiheit, sich durch die Kenntnisnahme von der Wahrheit zu schädigen, wenn er das will“. Ebenso hat der Patient bzw. sein gesetzlicher Vertreter das Recht auf Datenkorrektur bzw. Einfügung einer Gegendarstellung „bei objektiv nicht haltbaren oder ehrverletzenden Angaben“, auch in Arztbriefen: „Werden dann (nach Einspruch, F. W.) Daten übermittelt, darf dies nicht ohne diese Gegendarstellung erfolgen (§ 35 Abs. 6 S. 2, 3 BDSG)“. (alle Zitate in diesem Abschnitt aus Weichert 2012).

Mag man auch aus ärztlicher und medizinethischer Sicht die zunehmende Ökonomisierung und Verrechtlichung der Beziehung zwischen Arzt und Patient bedauern: es wird keine Rückkehr von einer defensiven zu einer paternalistischen Medizin geben. Zu den vier Prinzipien der Medizinethik (Beauchamp und Childress 1987) gehört eben auch das Autonomieprinzip, die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Außerdem gilt: Verstöße gegen das Datenschutzgesetz sind auf Antrag strafbar und möglicher Anlass für Schadensersatzansprüche. Die absehbare Folge ist selbstverständlich, dass als Folge der resultierenden Selbstzensur des Arztes seine Aufzeichnungen und Berichte immer steriler und inhaltsärmer werden. Vielleicht noch schlimmer: die Beziehung zwischen Arzt und seinen Patienten ist nicht mehr durch das Geheimnis geschützt: kein Arzt kann einem Gesprächspartner für die Zukunft absolute Verschwiegenheit garantieren, da spätestens bei einem Prozess dem Gericht alle Unterlagen zur Verfügung gestellt werden müssen. Nostalgikern unter uns sei die Lektüre von Krankenhausaufzeichnungen aus der Psychiatrie bis weit in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts empfohlen.

Verpflichtung zur Kooperation

Die Pflicht zur **Dokumentation** von Patientendaten ergibt sich sowohl aus der Berufsordnung wie aus dem Vertragsarztrecht (§ 10, Abs. 1 MBO; § 57 Abs. 3 BMV-Ä bzw. § 13 Abs. 10 EKV) und aus dem Behandlungsvertrag mit dem Patienten oder dessen rechtlichen Vertretern, unabhängig davon, ob er schriftlich, mündlich oder implizit durch Übernahme der Behandlung abgeschlossen wurde.

Die Verpflichtung zur **Information von Zuweisern und Weiterbehandlern** ergibt sich aus dem Vertragsarztrecht, dem Sozialgesetzbuch und dem Berufsrecht. Die Approbation unterwirft approbierte Ärzte und Psychotherapeuten der Berufsordnung, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen dem Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutenrecht, Vertragspsychotherapeuten sind in rechtlicher Hinsicht den Vertragsärzten gleichgestellt (SGB V, § 72 Abs. 1).

Nebenbei bemerkt: Die Gleichstellung von Psychotherapeuten und Ärzten verpflichtet nach meinem Verständnis beide Berufsgruppen (und vielleicht insbesondere die Mediziner) zu gegenseitiger Wertschätzung der fachlichen Kompetenz und (vielleicht insbesondere die Psychotherapeuten und KJPP) auch zum Verfassen von Berichten.

Die Musterberufsordnung (MBO) befreit die denselben Patienten behandelnden Ärzte in dessen Interesse und mit seiner Zustimmung von der Schweigepflicht.

Abbildung 8: Kooperation befreit von Schweigepflicht:

„Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen und behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.“ (BÄK 2006, § 9 Abs. 4)

Die Schriftform ist danach nicht unbedingt Voraussetzung – in der Praxis auch nicht immer möglich, etwa in Notfällen, bei Minderjährigen, die sich ohne Sorgeberechtigte vorstellen oder wenn die Sorgeberechtigten infolge Trennung oder anderer Umstände nicht erreichbar sind. Allerdings sollte sich im Interesse der Praxis die Annahme des Einverständnisses dann aus der Dokumentation erschließen lassen.

Die MBO betont die **Symmetrie zwischen Praxis und Klinik** und den **zeitlichen Aspekt**:

Abbildung 9: Rechtzeitige Übermittlung von Befunden:

„Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.“ (BÄK 2006, §7, Abs. 7)

Auch das Vertragsarztrecht verpflichtet den Facharzt, den Hausarzt zu informieren.

Abbildung 10: Facharzt muss Hausarzt informieren:

„Nimmt der Versicherte einen Facharzt unmittelbar in Anspruch, ist dieser verpflichtet, den Patienten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem - mit schriftlicher Einwilligung des Patienten - die betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.“ (EMB 01600)

Nach dem Sozialgesetzbuch ist die **Berichtspflicht dabei nicht an eine Überweisung gebunden.**

Abbildung 11: Bericht auch ohne Überweisung:

„Die einen Versicherten behandelnden Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihm gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die in Satz 1 genannten Daten zum Zwecke der bei diesem durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.“ (SGB V, § 73, 1b)

Die **Verpflichtung zur zügigen Berichterstattung** wird sowohl in der neuen Musterberufsordnung von 2011 (§7, Abs. 7, s. Abb. 9) sowie im EBM 01600 geregelt.

EBM 01600 ist in der Grundpauschale 14210/14211 enthalten und fordert: „...muss ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Untersuchung des abrechnenden Arztes und dem Versand“ des Berichts bestehen, der von den Gerichten ernst genommen wird:

Abbildung 12: Was heißt „unverzüglich“?:

„Unverzüglich“ bedeutet in diesem Fall, dass der behandelnde Arzt die Übermittlung nicht schuldhaft verzögern darf – was aber eine angemessene Bearbeitungszeit nicht ausschließt.“ (Ärztezeitung für Neurologen und Psychiater 2011)

Das Sozialgericht Stuttgart hält zeitliche Abstände von vier Wochen lediglich in Ausnahmefällen noch für tolerierbar (SG Stuttgart, S11KA2267/02 vom 14. Mai 2003), in der Regel müssen die Abstände wesentlich kürzer sein. Auch die Landesärztekammer Baden-Württemberg vertritt diese Haltung (persönliche Mitteilung).

Anderenfalls sind durchaus haftungsrechtliche Konsequenzen möglich.

Abbildung 13: Arzt haftet bei Fehlern oder Verzögerung:

„Der Behandler haftet, wenn der Arztbrief Unrichtigkeiten enthält, unvollständig, unklar oder verspätet abgefasst ist und dem Patienten dadurch Schaden entsteht.“ (ÄK Nordrhein, 2010)

Besondere Bedeutung bekommt dieser Aspekt beispielsweise bei der Einweisung von Notfällen, etwa bei Suizidalität oder nach Medikamentengabe.

Bericht als Voraussetzung für Abrechnung

Die Erstellung eines schriftlichen Berichts ist die **Voraussetzung für die Abrechnung** der Ziffer 01600. Die KBV hat 2006 die Abrechenbarkeit der Nr. 01600 auch für Psychologische Psychotherapeuten und KJP eingeführt und damit die Berichtspflicht auch für diese Berufsgruppen verbindlich gemacht – und zwar einmal im Behandlungsfall. Anderenfalls sind die Psychotherapieleistungen nicht vollständig erbracht und können nicht abgerechnet werden. Über Sinn und Unsinn eines psychotherapeutischen Verlaufsberichts in jedem Quartal kann man streiten. **Abschlussberichte (durchaus kurz gefasste!) über Verlauf, Erfolg oder Abbruch einer Psychotherapie an den überweisenden Facharzt und den Hausarzt sollten nach meiner Auffassung allerdings eine Selbstverständlichkeit sein.**

Die Übermittlung von Befunden setzt die **Einwilligung des Patienten** oder seines Sorgeberechtigten voraus, wobei es Aufgabe des Arztes ist, sich um diese Einwilligung zu bemühen. Im Interesse des behandelnden Arztes bzw. Psychotherapeuten liegt es, sowohl die Zustimmung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten wie auch die Ablehnung einer Weitergabe schriftlich bestätigen zu lassen und zu dokumentieren.

Inhaltliche Anforderungen an ärztliche Berichte

Dass ärztliche Berichte nicht nur überhaupt erstellt und zügig zugestellt, sondern auch mit angemessener **Sorgfalt** abgefasst werden müssen, lässt sich aus der Berufsordnung ableiten.

Abbildung 14: Sorgfaltspflicht:

„Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen.“ (BÄK 2006, § 25)

Da Arztbriefe durchaus Anlass für unangenehme juristische Auseinandersetzungen sein können, sollte bei ihrer Abfassung dieselbe Sorgfalt wie bei Gutachten aufgewendet werden.

Die **Verantwortung für ärztliche Berichte** liegt beim behandelnden Facharzt bzw. dem Praxisinhaber. Diese Verantwortung beinhaltet die Vertretung der Praxis nach außen, die rechtliche Haftung, die Verantwortung gegenüber den Kostenträgern für veranlasste Maßnahmen und die Zuständigkeiten bei Rückfragen.

Die rechtlichen Regelungen spiegeln Notwendigkeiten, Bedürfnisse und Interessen der beteiligten Kooperationspartner, durchaus auch die der Patienten und ihrer Bezugspersonen. Die überweisenden Allgemein- und Kinderärzte sind nicht nur angewiesen auf die Kenntnis unserer Befunde, Maßnahmen und Empfehlungen, sondern im Allgemeinen auch interessiert daran, die Denk- und Handlungsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie kennen zu lernen, die ihnen in der Regel aus der eigenen medizinischen Ausbildung nicht bekannt sein dürfte.

Abbildung 15: Allgemeinärzte brauchen den Überblick:

„Nur der Arztbrief macht für den Hausarzt und dessen Patienten das Wissen und Können aus 42 Fachgebieten und über 200 Zusatzqualifikationen zugänglich“ (ÄK Nordrhein 2010)

Selbstverständlich liegt die Dokumentation und Weitergabe wichtiger Befunde auch im **Interesse** der Patienten und ihrer Familien. Für die behandelnde Praxis stellen zusammenfassende Berichte die Notwendigkeit und die Möglichkeit dar, die Diagnostik und das therapeutische Handeln auch im Hinblick auf künftige Behandlungen zu reflektieren (Spitzcok von Brisinski 2006, S. 285). Sie sind die Grundlage für die Zusammenarbeit im Team über den zeitlichen Verlauf sowie für die Kooperation mit anderen an der Behandlung Beteiligten und damit auch die Möglichkeit, Empfehlungen zu übermitteln. Sie bieten eine hervorragende Gelegenheit, immer wieder die Arbeits- und Denkweise eines Praxisteam und die Qualität der Arbeit in der Praxis nach außen zu vermitteln und so für die Praxis zu werben.

Abbildung 16: Wozu Arztbriefe schreiben?

- Im Interesse der Patienten und Bezugspersonen
- Im Interesse der Mit-/Weiterbehandler (die wollen/müssen informiert werden)
- Kooperation im Team über die Zeit (interne Kommunikation)
- Kooperation mit anderen Beteiligten (Hinweise der Praxis - externe Kommunikation)
- Reflexion über Diagnostik und Therapie
- Qualitätsnachweis und
- Werbung für die Praxis

Als mögliche **Adressaten ärztlicher Berichte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie** kommen Kollegen in Praxis und Klinik, die Eltern bzw. Familien, Jugend- und Sozialämter, Schulen bzw. Lehrer und der medizinische Dienst von Krankenkassen und Versicherungen in Frage. Jede Adressatengruppe hat unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse:

Überweisende oder weiterbehandelnde **Fachkollegen** erwarten einen prägnanten, schlüssigen Bericht, um die Diagnose und daraus abgeleitete Empfehlungen nachvollziehen und berücksichtigen zu können, die Formulierungen entsprechen der medizinischen bzw. psychologisch-psychotherapeutischen Fachsprache.

Briefe an die **Eltern** bzw. (adoleszente) **Patienten** erfordern eine verständliche Sprache ohne allzu komplizierte Fachausdrücke und nachvollziehbare

Erklärungen über die diagnostischen Ergebnisse bzw. den therapeutischen Prozess, an dem sie teilgenommen haben, sowie konkrete und praktische Empfehlungen für die Zukunft. Diese Berichte bieten die Chance, auch nach dem Ende der Behandlung therapeutischen Einfluss auszuüben, die Kompetenzen und Ressourcen der Familie zu stärken und die erreichten Fortschritte zu würdigen (vgl. Spitzzok von Brisinski 2006, Seite 280 f.). Beachtet werden sollte dabei die Sensibilität und Kränkbarkeit Angehöriger durch als wertend erlebte Feststellungen, ja selbst durch anamnestische Angaben, die vor allem von getrennten Elternteilen als diffamierend erlebt werden können.

Jugend- und Sozialämter erbitten oder verlangen Berichte und Gutachten, um die Indikation und damit die Kosten für bestimmte Hilfemaßnahmen (wie Integrationshilfen, Schulbegleitung, Legastheniefördermaßnahmen, vollstationäre Heimunterbringung) begründen und ggf. bei der Amtsleitung durchsetzen zu können. Da Ämter im Allgemeinen die Kosten für eigens erstellte Berichte scheuen, werden nicht selten Kopien der Arztbriefe angefordert. Da sich die Hilfe suchenden Sorgeberechtigten dem Druck zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht schwer entziehen können, stellt sich selbst bei Vorliegen einer Schweigepflichtsentbindung dem Arzt die Frage, ob er seine Berichte auf Dauer in den Akten von Sachbearbeitern wissen möchte. Andererseits ist die Festschreibung der Hinzuziehung von Kinder- und Jugendpsychiatern im Rahmen der Hilfeplanung nach dem SGB V aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Fortschritt zu verbuchen, dieser Aufgabe können wir uns auch nicht verweigern. Eine Lösung ist eine Vereinbarung der Praxis mit dem regionalen Jugendamt über schriftliche Anfragen mit spezifischer Fragestellung und eine angemessene Kostenregelung, am besten auf der Grundlage der GOÄ.

Schulen bzw. die unterrichtenden Lehrer wünschen bzw. erwarten sich von einem ärztlichen Bericht Aufschluss darüber, welchen Anforderungen ein Schüler mit einer psychischen Störung in der Schule ausgesetzt werden kann und wie weit pädagogische Maßnahmen daran angepasst werden müssen und möchten nicht selten konkrete Hinweise und Tipps für den Unterricht erhalten, etwa bei Kindern mit ADHS. Dies gilt insbesondere, wenn sie dem Arzt auf Bitten der Eltern einen Schulbericht zur Verfügung gestellt haben. Hier ist es sinnvoll, den Eltern reine Befundberichte zur Weitergabe an die Schule zur Verfügung zu stellen (siehe unten, eigene Erfahrungen).

Der Medizinische Dienst von Versicherung und Krankenkassen, nicht selten auch Sachbearbeiter, fordern Informationen, die ihnen die Nachvollziehbarkeit veranlasster oder beantragter Kosten ermöglichen. Dies gilt insbesondere für den stationären Bereich und im ambulanten Bereich für die private Krankenversicherung. Hier ist der Arzt gegenüber den Krankenkassen (§ 284 I.V.M § 295 SGB V) und dem Medizinischen Dienst (§§ 276, 277 GSB V) zur Auskunft verpflichtet. Informationen an private Krankenversicherungen sollten über die Patienten bzw. Sorgeberechtigten geleitet werden.

Aus diesen unterschiedlichen Interessen resultieren unterschiedliche Anforderungen an die Ausgestaltung ärztlicher Berichte in Bezug auf Inhalt, Formulierungen und Umfang. Die Viersener Klinik hat unter der Leitung von Wilhelm Rotthaus Entlassbriefe in Form eines detaillierten Therapieberichts direkt an die Eltern geschickt und den überweisenden Arzt darüber sowie über wesentliche Aspekte des Aufenthalts in einem kurzen Bericht informiert. Inzwischen ist die Klinik dazu übergegangen, meist nur einen Abschlussbericht zu erstellen, der an den einweisenden Arzt bzw. weiterbehandelnden Therapeuten, in Kopie an die Familie und ggf. auch an den MDK versandt wird (ausführliche Diskussion bei Spitzcok von Brisinski 2006, 281 ff.). Die Verfasser dieser Berichte müssen allerdings dann die schwierige Aufgabe lösen, sprachliche Verständlichkeit, fachlich-wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit, systemische Sichtweise, Ressourcenorientierung und weiteren therapeutischen Nutzen für die Familie unter einen Hut zu bringen. Kritisch diskutiert Spitzcok von Brisinski insbesondere den dann auftretenden Zielkonflikt zwischen der Notwendigkeit störungs- oder defizitorientierter Fachsprache gegenüber den Kostenträgern und der ressourcenorientierten Sicht- und Ausdrucksweise der systemischen Therapie.

Ein Brief für alle birgt allerdings die Gefahr von Redundanz, wie das folgende Beispiel zeigt:

Die Analyse eines durchschnittlichen Arztbriefes aus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilung an den einweisenden Facharzt für KJPP nach vier Wochen Behandlungszeit ergibt folgende Ergebnisse: Der Brief datiert am Tag nach der Entlassung, ein sehr erfreulicher Umstand, und geht in der Praxis zehn Tage später ein. Sein Umfang beträgt neun Seiten mit 332 Zeilen Text (100 %), davon entfallen auf Anamnese und psychiatrisch-psychologische und körperliche Befunde: 12 %, auf testpsychologische

Untersuchungen 70 %, auf Therapie und Verlauf 11 % und auf Diagnose und Empfehlung 7 %. Analysiert man die testpsychologischen Untersuchungen, also 70 % des abschließenden Arztbriefes nach einwöchiger Behandlung, entfallen auf Beschreibung der Tests einschließlich der Skalen der CBCL 77 %, während der patientenspezifische Anteil incl. Verhaltensbeobachtung maximal 23 %, d.h. ein knappes Viertel erreicht.

Abbildung 17: Analyse eines typischen Klinikberichts:

| | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|------|
| Brief datiert: | 1 Tag nach Entlassung | |
| Eingang: | 10 Tage nach Entlassung | |
| Umfang: | 9 Seiten mit 332 Zeilen Text: | 100% |
| Testpsychologische Untersuchungen: | | 70% |
| davon | | |
| relevante Ergebnisse: | | 23% |
| Beschreibung der Tests: | | 77% |
| Anamnese und psych./körperl. Befunde: | | 12% |
| Therapie und Verlauf: | | 11% |
| Diagnose/Empfehlung: | | 7% |

Die Abteilungsleitung erklärte auf Nachfragen die Redundanz und den ausufernden Umfang ihrer Berichte mit der Notwendigkeit der Rechtfertigung gegenüber dem MDK der Krankenkassen, die regelmäßig und in immer kürzeren Abständen Verlaufsberichte anforderten.

Als Facharzt erwarte ich allerdings etwas anderes von einer Fachklinik oder -abteilung: einen zusammenfassenden, übersichtlichen und knappen, aber vollständigen Bericht mit Diagnose, Anamnese, Befunden, Psychodynamik bzw. Lerngeschichte oder systemischen Bezügen, Methoden, Verlauf und Empfehlung.

Abbildung 18: die häufigsten Ärgernisse in Arztbriefen – keine Gewähr für Vollständigkeit:

- Redundanz: Wer liest 8 Seiten?
- Nichtbeachtung des Adressaten: Beschreibung einfacher Tests im Brief an einen Facharzt
- Jeder ist hochbegabt: Überinterpretation von Befunden
- Beschreiben statt Erklären: fehlende Psychodynamik bzw. Verhaltensgenese
- Narrative Briefe ohne Übersichtlichkeit
- Fehlende Zusammenfassung /Empfehlung

Die notwendigen Inhalte eines Arztbriefes sind nach den **EBM-Ziffern** 01600 (hausärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung) und 01601 (ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. den Krankheitszustand des Patienten) geregelt und umfassen minimal: Anamnese, Befunde, epikritische Bewertung und schriftliche Informationen zur Therapieempfehlung. Beide EBM-Ziffern sind in der Grundpauschale 14210 / 14211 enthalten und werden mit 110 bzw. 210 Punkten bewertet.

Bei **Privatversicherten** gehören zu dem ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht nach Nr. 75 GOÄ neben Angaben zu den Befunden weitere Angaben zur Vorgeschichte, eine epikritische Würdigung und ggf. Angaben zur Therapie. „Die Epikrise bzw. epikritische Bewertung ist definiert als ein zusammenfassender kritischer Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach Abschluss des Falles oder nach endgültiger Diagnosestellung“ (Pieritz 2005). Die Abrechnung eines ärztlichen Berichts nach Nr. 80 oder 85 GOÄ erfordert „dass der Arzt aufgrund von ihm erhobener oder übermittelter Befunde Fragen beantwortet, die ausschließlich aufgrund ärztlichen Sach- oder Fachverständes zu beantworten sind (Pieritz, a. a. O.).

Aus diesen Minimalanforderungen und den impliziten Standards unseres Fachgebiets (eine Leitlinie „Arztbrief“ gibt es bislang nicht) ergeben sich folgende **Inhalte eines Arztbriefes in der KJPP**:

Abbildung 20: Inhaltliche Struktur eines Arztbriefs in der KJPP:

- Diagnose
- Vorstellungsanlass / Symptomatik
- Familiäre und soziale Situation / Anamnese
- Wesentliche Befunde je nach Fragestellung
- (Entwicklungsstand, Teilleistungs- und Fähigkeitendiagnostik,
- psychischer Befund, emotionale Verfassung, Bindungssituation,
- Konflikte, Ressourcen)
- Differentialdiagnostische Überlegungen
- Beurteilung
- Empfehlung

Der Zusammenhang zwischen Symptomatik, Anamnese, relevanten Befunden, Interpretationen bzw. Einordnung der Befunde und verordneten bzw. empfohlenen Maßnahmen muss problemlos, vollständig und rasch nachvollziehbar sein. Das kann je nach theoretischer Orientierung als kurze Psychodynamik, Lerngeschichte oder Skizzierung der systemischen Zusammenhänge erfolgen. Dies ist nur möglich, wenn der Arztbrief die folgenden **formalen Anforderungen** erfüllt:

Abbildung 21: formale Anforderungen:

- Tempo
- Gliederung
- Übersichtlichkeit
- Vollständigkeit
- Kürze, Prägnanz
- Sprache
- Stil, Grammatik, Orthographie

Das **Tempo** der Zustellung eines Arztbriefes wird vom Anlass bestimmt: „Die Schnelligkeit des Arztbriefes muss in jedem Fall der Dringlichkeit des Handelsgeschehens beim individuellen Patienten entsprechen“ (Zimmer 2010). Eine **Gliederung** in übersichtliche Abschnitte erleichtert dem Leser die Orientierung. Narrative Arztbriefe können mitunter beachtliche literarische Qualitäten aufweisen, werden jedoch vom meist eiligen Leser selten gewürdigt oder geschätzt. **Vollständigkeit** bedeutet, dass der Brief diejenigen Informa-

tionen enthält, die eine Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Damit ergibt sich ein Zielkonflikt zur Forderung nach Prägnanz, also Zusammenfassung und Verdichtung der wesentlichen Aspekte zu verständlichen Sprachmustern. So gehören wörtliche Zitate nur dann in einen Brief, wenn sie den gemeinten Sachverhalt auf den Punkt bringen. Die Sprache und verwendete **Begrifflichkeit** richtet sich nach dem Empfänger, der sie verstehen und umsetzen soll. Dabei ist zu bedenken, dass Allgemeinmediziner und Pädiater nicht unbedingt alle Feinheiten psychiatrischer bzw. psychoanalytisch-verhaltenstherapeutischer Fachjargons verstehen können. Im Zweifel wären sie zu erläutern, dies gilt auch für (möglichst zu vermeidende) Abkürzungen. Korrekte Orthographie (Orthografie) ist eine Selbstverständlichkeit.

An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass ein Brief insofern **korrekt** zu sein hat, als zwischen Gehörtem (Anamnese), Beobachtungen und erhobenen Daten, Befunden (eigene und Fremdbefunde, Interpretation, Wissen und Meinungen) sprachlich klar unterschieden werden muss.

Abbildung 22: Korrektheit:

Unterscheidung zwischen und Kennzeichnung von:

| | |
|---------------------|---|
| Hörensagen: | Anamnese, indirekte Rede! |
| Wissen: | Befunde (eigene, Fremdbefunde), Beobachtungen, Daten |
| Begründete Meinung: | Interpretation, Schlussfolgerungen |

In der medizinischen, insbesondere **psychiatrischen Fachsprache** wurde und wird zu Recht kritisiert, dass sie unreflektiert verwendet defizit- und pathologieorientiert wirken kann. Dies ist zum Teil auch ein vom Kostenträger induziertes Problem: „Die Logik, mit der über Anträge bei Krankenkassen entschieden wird, zwingt Einrichtungen dazu, pathologieorientiert und defizitorientiert zu berichten (Schweitzer et al. 2005 nach Spitzcok von Brisinski 2006, S. 276). Eine die Menschenwürde achtende und neben den Defiziten auch die Ressourcen beachtende Sprache steht gerade unserem Fachgebiet, in dem sich das meiste noch verändert und entwickelt, gut zu Gesicht. Abwertungen allerdings haben in Arztbriefen nichts zu suchen. Hierzu ein Beispiel aus dem Bericht eines fachärztlichen Kollegen über eine Einschulungsuntersuchung: „Sein gesamtes Verhalten ist von Defiziten und absurd anmuten-

den Kompensationsversuchen geprägt“. Das ganze „Gutachten“ ist in diesem Duktus verfasst. Nachvollziehbar, dass die Angehörigen Beschwerde eingelegt haben.

Befunde, Interpretationen und Empfehlungen sollten eine **nachvollziehbare innere Logik** enthalten und die Empfehlungen auf den Befunden aufbauen. Widersprüche wären gegebenenfalls zu erklären. Wenn etwa bei einer Schülerin der 6. Gymnasialklasse an einem G8-Gymnasium mit Kopfschmerzen, psychosomatischen Beschwerden, abfallenden Leistungen und sozialem Rückzug ein lediglich durchschnittlicher IQ festgestellt wird und nicht zu einem schulischen Beratungsverfahren bzw. einem Schulwechsel geraten wird, wäre dies zu begründen.

Aufwand, Zeit, Honorar und Organisation

Wenn es nun zweifellos zu den Aufgaben einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis gehört, Arztbriefe zu schreiben, bleibt es jeder Praxis überlassen, einen Weg zu finden, wie sie dieses Problem löst. Zu Bedenken ist dabei die schiere Menge von Patienten in einer SPV-Praxis, der überbordende (irrsinnige) Aufwand für Dokumentation, Diagnosenkodierung, Qualitätssicherung Abrechnung, Beachtung von Budgetgrenzen für Regelleistungsvolumina, Zeitaufwand pro Tag, Woche und Quartal, abgerechnete Ziffern, Heilmittel- und Arzneimittelverordnungen und die Grenzen der personellen, finanziellen und ideellen Ressourcen im Praxisteam.

Welchen Aufwand erfordert ein Arztbrief in der Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Anders als in anderen Fächern wie etwa der Orthopädie lässt sich ein Brief in der KJPP nicht so ohne weiteres derart operationalisieren, formalisieren und digitalisieren, dass der Computer am Ende der Befunderhebung den fertigen Brief ausdrucken kann. Es sei denn, der Arzt tippt während des Gesprächs mit dem Patienten oder der Familie fortlaufend direkt in den PC und kommuniziert mehr mit der Maschine als mit seinem Gegenüber. Es gibt Psychiater, die so vorgehen und das als moderne Form des Mitschreibens vertreten. Vielleicht ist ja virtuelle Kommunikation für die kommenden Generationen

eine Selbstverständlichkeit geworden und reale Kontakte gehören vergangenen Zeiten an. Noch möchte ich zumindest das aufmerksame und achtsame Gespräch mit Menschen nicht derart verfremden und damit belasten.

Das Erstellen eines Arztbriefes (als Diktat oder direkt getippt) erfordert das Durchsehen, Bewerten, Interpretieren und Zusammenfassen von Anamnese und Befunden, das Durchdenken der Zusammenhänge und die Formulierung des Textes. Wenn das für den Brief zu verwendende Material gut aufbereitet wurde, braucht es mit viel Routine für ein Diktat mindestens 10, durchschnittlich 15 Minuten, in Einzelfällen sehr viel mehr. Dazu kommt der Aufwand für die Schreibkraft, für Durchsehen, Korrektur, Druck, Papier und Porto.

Wenn wir in einer Beispiel-SPV-Praxis von 400 neuen Patienten im Jahr ausgehen und der Einfachheit halber annehmen, die Praxis arbeitet 40 Wochen, dann sind nach Durchlaufen der Diagnostik pro Woche durchschnittlich zehn Arztbriefe zu erstellen. Hinzu kommen noch die Berichte über beendete Therapien und gesonderte Anfragen, etwa von Jugendämtern, das addiert sich auf ungefähr 16 Briefe in der Woche. Bei 15 Minuten Diktat, also vier Briefen in der Stunde, sind das vier Stunden oder ein halber durchschnittlicher Arbeitstag. Bei einem den Berechnungen der KV zugrunde liegenden Arzthonorar von € 80.- pro Stunde ist das eine ärztliche Leistung im Wert von € 320.-. Rein die ärztliche Leistung für einen durchschnittlichen Arztbrief in der KJPP entspricht somit € 20.-. Hinzu kommen noch die sonstigen Personal-, Sach- und Portokosten.

Honorierung ärztlicher Leistungen

Es ist aufschlussreich, sich klar zu machen, wie gering im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM** der Aufwand für die Erstellung ärztlicher Berichte honoriert und damit geachtet wird:

Abbildung 23: Honorierung nach EBM:

EBM 01600

Ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung:
110 Punkte

EBM 01601

Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Patienten

obligater Leistungsinhalt:

- Anamnese,
- Befund(e)
- Epikritische Bewertung
- Schriftliche Information zur Therapieempfehlung: 210 Punkte

Beide Ziffern sind in der Grundpauschale enthalten. Bei einem Orientierungspunktwert von ungefähr 3,5 Cent sind das für Nummer 01600 € 3,85 und für 01601 € 7,70.

Die Gebührenordnung für Ärzte GOÄ honoriert Arztbriefe nach drei unterschiedlichen Gebührenpositionen (vgl. Pieritz 2005):

Nummer **70 GOÄ** bezieht sich auf den einfachen Befundbericht und die einfache Befundmitteilung und ist mit der Gebühr für die Untersuchung abgegolten (das gilt für alle Leistungen der GOÄ, siehe Anmerkungen zu Nr. 75 GOÄ Allgemeine Bestimmungen Abschnitt M Ziffer 1 und Abschnitt O Ziffer 3, nach Pieritz 2005).

Die Abrechnung von Nummer **75 GOÄ**: „Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht, einschließlich Angaben zu Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie“ erfordern über den einfachen Befundbericht hinaus einen zusammenfassenden kritischen Bericht über den Ablauf einer Krankheit nach endgültiger Diagnosestellung oder nach abgeschlossener Behandlung und/oder des Vergleichs mit Vorbefunden oder sonstigen Informationen (Pieritz 2005). Nummer 75 ist mit 130 Punkten bewertet, Einzelsatz € 7,58, 2,3-fach € 17,43.

Nummer **80 GOÄ** („Schriftliche gutachterliche Äußerung“) erfordert einen schriftlichen Gutachtauftrag und setzt voraus, dass der Arzt „aufgrund von ihm erhobener oder übermittelter Befunde Fragen beantwortet, die ausschließlich aufgrund ärztlichen Sach- oder Fachverständes zu beantworten sind. Nr. 80 GOÄ lässt sich daher nicht ohne weiteres für routinemäßige Arztbriefe ansetzen. Nr. 80 wird mit 300 Punkten bzw. € 17,49 im Einzelsatz bewertet, 2,3-fach € 40,23.

Die Abrechnung von Nummer **85 GOÄ**: „Schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand“ erfordert eine wissenschaftliche Begründung und/oder eine benötigte Arbeitszeit von 15 Minuten oder mehr (siehe Kommentar zu Nr. 80). Die Bewertung beträgt 500 Punkte oder einfach € 29,14 bzw. 2,3-fach € 67,02 je angefangene Stunde Arbeitszeit. Hinzu kommen wie bei Nr. 70, 75 und 80 gem. § 10 GOÄ Porto und Versandkosten.

(Die aktuell gültigen Gebührensätze der GOÄ entsprechen der vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. Dezember 1995. Eine Überarbeitung steht nach 17 Jahren jetzt bevor. Die Gebührensätze für Rechtsanwälte wurden im gleichen Zeitraum mehrfach und kräftig erhöht.)

Nach dem **Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz JVEG** wird ein „Befundschein oder das Erteilen einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung“ (Ziffer 200) mit € 22,- oder, wenn die Leistung besonders umfangreich ist (Ziffer 201), mit bis zu € 44,- vergütet.

Zeit sparen

Abgesehen von den Kosten liegt das Hauptproblem im erforderlichen Zeitaufwand. Bei Routineaufgaben lohnt es sich, auf die Kleinigkeiten zu achten, weil das Zeit spart. So bereite ich die abschließende Besprechung der Diagnostik mit der Familie anhand eines Formulars (einer Maske) vor, das der Struktur des Arztbriefes entspricht. Es handelt sich um ein Din A4- Übersichtsblatt mit folgender Gliederung:

Abbildung 24: Übersichtsblatt zur Vorbereitung der Diagnostikbesprechung mit Team/Patient/Familie:

Patient: Name, Geburtsdatum, Datum der Vorstellung

Fragestellung:

Anamnese:

Familiäre Situation:

Befunde:

Verhalten:

Fragebogen:

Projektive Verfahren:

Entwicklungs-, Teilleistungs- und Intelligenzdiagnostik:

Körperlicher Befund/Neurologie:

Sonstige Befunde:

Übertragung/Gegenübertragung:

Psychodynamik/Beurteilung:

Diagnose:

Empfehlung:

Die Begrenzung des Blattes zwingt zur Prägnanz, die Strukturierung dient als Vorlage für das Diktat.

Wichtig ist, beim Ausfüllen noch Platz zu lassen für Ergänzungen, die sich aus dem abschließenden Gespräch ergeben. Die Reaktionen der Eltern und Patienten können die aus den Befunden abgeleiteten Hypothesen validieren, ergänzen oder in Frage stellen. In jedem Fall sind sie hilfreich und die Diagnostik ist vor diesem Gespräch für mich nicht abgeschlossen.

Auf der Grundlage dieser Übersicht diktiere ich dann den Arztbrief, der eine Zusammenfassung der wesentlichen Inhalte darstellt und einen Umfang von durchschnittlich einer bis eineinhalb Seiten hat.

Alternativen zum ausführlichen Arztbrief sind Kurzbriefe, Formularbriefe, sowie bei digitaler Dokumentation die Verwendung von Textbausteinen und die Erstellung eines Berichts aus der diagnostischen bzw. Behandlungsdokumentation. Beide Varianten haben Vor- und Nachteile.

Der Kurzbrief (besser als gar kein Brief) hat eine klare Gliederung, kann die wichtigsten Informationen enthalten und spart Zeit, lässt jedoch nur knappe Formulierungen zu mit dem Risiko zu geringen Informationsgehalts und ist doch sehr schematisch.

Abbildung 25: Beispiel für einen Kurzbrief:

| | |
|--|--------|
| Sehr geehrte/r Frau Kollegin/HerrKollege, | Datum: |
| besten Dank für die Überweisung von | |
| Ich berichte Ihnen über den gemeinsamen Patienten / die gemeinsame Patientin, der/die mir erstmals am von..... vorgestellt worden war. | |
| Diagnose: | |
| Vorstellungsanlass/Symptomatik: | |
| Familiäre Situation/Anamnese: | |
| Wesentliche Befunde: | |
| Differentialdiagnostische Überlegungen: | |
| Beurteilung: | |
| Empfehlung: | |
| Mit freundlichen Grüßen | |
| Dr. Franz Wienand | |

Kurzbrieife können durchaus so gestaltet werden, dass sie die notwendige Information enthalten und ihren Zweck voll und ganz erfüllen. Ein Beispiel stellt für mich der Abschlussbericht meiner Praxis am Ende der sozialpsychiatrischen Behandlung dar:

Abbildung 26: Abschlussbericht der SPV-Behandlung:

Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand
 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Psychotherapie – Psychoanalyse – Sozialpsychiatrie
 Sprechstunden nach tel. Vereinbarung
 Mo – Do 11.30 – 12.30 Uhr

71034 Böblingen
 Berliner Straße 31
 Telefon: 07031/224476
 Telefax: 07031/224165
 www.praxis-wienand.de

An

Nachrichtlich an:

Sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Frau Kollegin,

ich berichte Ihnen abschließend über den Verlauf der sozialpsychiatrischen Behandlung von

.....
 der/die mir erstmals am wegen
 vorgestellt worden war, vgl. meinen Bericht vom

In der Zwischenzeit erfolgte eine sozialpsychiatrische Behandlung durch Frau

- unter Einbeziehung der Bezugspersonen

von insgesamt Sitzungen undKooperationsgesprächen mit

- Schule
- Ergotherapie
-

Therapieziele:

.....

Der Verlauf war

- schwierig
- wechselhaft
- positiv

.....

Aktuelle Situation:

.....

Kommentar:

.....

Das Ende der Therapie erfolgte

- in gegenseitiger Übereinstimmung
- vorzeitig aufgrund äußerer Umstände
- durch Abbruch

Das Behandlungsergebnis wird beurteilt als

| | aus unserer Sicht | von den Eltern | vom Kind |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| deutlich gebessert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| etwas gebessert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| unverändert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verschlechtert | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Die Prognose erscheint günstig offen ungünstig

Abschließende Diagnose:

Empfehlung:

- Wiedervorstellung im Bedarfsfall
-

(Unterschrift)

Dieses Formular wird von der für die Behandlung zuständigen Mitarbeiterin nach der abschließenden Sitzung ausgefüllt, von mir durchgesehen, ggf. ergänzt oder korrigiert, diktiert und im Sekretariat geschrieben. Für die Evaluierung des Therapieerfolgs verwenden wir routinemäßig die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung FBB von Matzejat und Remschmidt (1999).

Formulare und Tabellen: Noch mehr Zeit spart unter Umständen das Ausfüllen von Formularen. Allerdings werden die Informationen dabei noch weiter verdichtet und auf Zahlen- oder Bereichsangaben verkürzt, so dass solche Übersichten nur für spezielle Zwecke wie etwa die Leistungsdiagnostik in Frage kommen. Formulare ersetzen in keiner Weise einen Arztbrief. Hierzu zwei Beispiele aus meiner Praxis zur Vermittlung von Befunden an Lehrer:

Abbildung 27 und 28: Tabellarische Befundübersicht zur raschen Information:

Dr. Wienand ~ Facharzt f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 31 ~ 71034 Böblingen
 Tel. 07031-224476 ~ Fax 07031-224165 ~ www.praxis-wienand.de

Tabellarischer Befundbericht Patient: _____

| Untersuchter Bereich | | Ergebnis | | | |
|----------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|
| | | Unterdurchschnittlich < PR 17 | Unteres Mittelfeld PR 18-50 | Oberes Mittelfeld PR 50-82 | Überdurchschnittlich PR > 83 |
| Kognitive Entwicklung | | Kognitive Entwicklung Insgesamt (K-ABC) | | | |
| | | Einzelheitlich-sequentielles Denken (Konzentration/ Gedächtnis) | | | |
| | | Ganzheitlich-simultanes Denken (Auffassung) | | | |
| | | Konzentration | | | |
| | | Arbeitstempo | | | |
| Sprach- entwicklung | | Leistungsmotivation | | | |
| | | Wortschatz | | | |
| | | Sprachverständnis | | | |
| | | Grammatik | | | |
| | | Artikulation | | | |
| Wahr- nehmung | | Visuell | | | |
| | | Auditiv | | | |
| Motorik | | Körperkoordination | | | |
| | | Feinmotorik | | | |
| Schulische Fertigkeiten | | Lesen | | | |
| | | Rechtschreibung | | | |
| | | Rechnen | | | |
| | | Emotionale Entwicklung | | <input type="radio"/> Nicht altersentsprechend | <input type="radio"/> altersentsprechend |
| | | Soziale Entwicklung | | <input type="radio"/> Nicht altersentsprechend | <input type="radio"/> altersentsprechend |

Diagnose: _____

Empfehlung: Jugendhilfemaßnahmen Erziehungsberatung
 Schulische Maßnahmen medikamentöse Therapie
 Ergotherapie Logopädie
 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
 Betreuung in meiner Praxis durch Fr.
 Sonstige

Datum _____
 Tabellarische Befundübersicht-Kinder.doc 2008 Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

Dr. Wienand ~ Facharzt f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Berliner Straße 31 ~ 71034 Böblingen
 Tel. 07031-224476 ~ Fax 07031-224165 ~ www.praxis-wienand.de

Tabellarischer Befundbericht

Patient: _____

| Untersuchter Bereich | | Ergebnis | | | | |
|----------------------------|--|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| | | Unterdurchschnittlich < PR 17 | Unteres Mittelfeld PR 18-50 | Oberes Mittelfeld PR 50-82 | Überdurchschnittlich PR > 83 | |
| Allgemeine Intelligenz | | Gesamt-IQ (nach Hamburg-Wechsler) | | | | |
| | | Sprachkompetenz (Verbal-IQ) | | | | |
| | | Praktisch-technische Intelligenz (Handlungs-IQ) | | | | |
| | | Konzentration | | | | |
| | | Daueraufmerksamkeit | | | | |
| | | Arbeitstempo | | | | |
| Motorik | | Körperkoordination | | | | |
| | | Feinmotorik | | | | |
| Schulische Fertigkeiten | | Lesen | | | | |
| | | Rechtschreibung | | | | |
| | | Rechnen | | | | |
| Emotionale Diagnostik | | Angst | | | | |
| | | Depression | | | | |
| | | Emotionale Stabilität | | | | |
| | | Konfliktbewältigung | | | | |
| | | Leistungsmotivation | | | | |
| | | Selbstüberzeugung | | | | |

Diagnose: _____

- Empfehlung:**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfemaßnahmen <input type="checkbox"/> Schulische Maßnahmen <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie <input type="checkbox"/> Betreuung in meiner Praxis durch Fr. <input type="checkbox"/> Sonstige | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung <input type="checkbox"/> medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> Logopädie |
|--|--|

Datum _____

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand

Trotz des Vorteils der Übersichtlichkeit sind die Tabellen in dieser Form zu meiner Überraschung selbst für Lehrer nicht ohne weiteres verständlich, so dass ich sie nur noch als Gedächtnisstütze für Bezugspersonen verwende, mit denen ich sie persönlich besprechen konnte.

Textbausteine werden für die Erstellung von Arztbriefen üblicherweise so verwendet, dass zuvor definierte Abschnitte der Dokumentation der am Fall beteiligten Teammitglieder im Praxis-PC (wie multiaxiale Diagnose, Anamnese, Befunde und Empfehlung) vom Sekretariat zu einem Text zusammengesetzt werden. Das erleichtert natürlich die Erstellung komplexer Berichte enorm. Allerdings verführt diese Methode zu sehr umfangreichen Berichten, die aus miteinander unverbundenen Einzelinformationen bestehen. Die einzelnen Textabschnitte stammen von verschiedenen Autoren und können sich sprachlich sehr unterscheiden. Man kann das natürlich in Kauf nehmen, weil die Vorteile überwiegen. Berichte aus einem gedanklichen und sprachlichen Guss, die den Geist der Praxis nach außen vermitteln, entstehen so nur ausnahmsweise. Dies erforderte entweder die Überarbeitung durch einen Autor, also doch Arbeit, oder einen hohen Grad an Formalisierung und damit Reduktion von Information.

Eigene Erfahrungen

In den zwanzig Jahren meiner Praxistätigkeit habe ich mit unterschiedlichen Formen ärztlicher Berichte unterschiedliche Erfahrungen gesammelt. In der Anfangsphase der Organisationsfindung der neu gegründeten Praxis erhielten die überweisenden Ärzte selbstgetippte, auf Stichpunkte beschränkte Berichte im DIN A5-Format, die außer Diagnose und Empfehlung nur die allernotwendigsten Informationen enthielten. Bald wurde mir allerdings klar, dass der Arztbrief eine einzigartige Möglichkeit darstellt, die Denk- und Arbeitsweise, die Qualitätsstandards und die fachliche Kompetenz der Praxis nach außen darzustellen und damit für die Praxis zu werben. Seit dieser Zeit, also seit etwa 18 Jahren, erhalten die überweisenden und weiterbehandelnden Kollegen nach dem Abschluss einer jeden Diagnostik und nach dem Ende einer jeden Behandlung auch in der SPV-Praxis einen Arztbrief. Es folgte eine Phase, in der ich diese Briefe nachrichtlich regelmäßig auch an die Sorgeberechtigten weitergegeben habe. Während ein Teil der Eltern damit zufrieden war, kam es immer wieder zu Auseinandersetzungen mit vor allem

getrennt lebenden Elternteilen über einzelne Formulierungen insbesondere in der Anamnese. Widerspruch erfolgte ohne Berücksichtigung indirekter Rede oder der Tatsache, dass die Daten als Zitat gekennzeichnet wurden, die notwendige Klärungsarbeit erwies sich doch als anstrengend. Inzwischen gehen die Arztbriefe an die Überweiser, die weiterbehandelnden Ärzte und Psychotherapeuten, während den Eltern auf ihren Wunsch hin ein Befundbericht über ihr Kind überlassen wird, der sich auf die erhobenen Befunde, die Diagnose und die Empfehlungen beschränkt und den sie für ihre Zwecke verwenden können. Dieser Bericht wird auf der Grundlage des vorliegenden Arztbriefes eigens erstellt, als Befundbericht gekennzeichnet und den Eltern gegen die Verwaltungsgebühr von 5 € zur Verfügung gestellt.

Abbildung 29: heutiges Vorgehen meiner Praxis:

| |
|--|
| Arztbrief an Ärzte und Psychotherapeuten Befundberichte an die Bezugspersonen |
|--|

Auf diese Befundberichte können auch Jugend- und Sozialämter sowie die Lehrer zurückgreifen. Aus meiner Praxis gehen Arztbriefe nicht an die Schulen und von wenigen Ausnahmen abgesehen auch nicht an Jugend- und Sozialämter. Angeforderte Gutachten werden auf der Grundlage einer Kostenübernahmeerklärung erstattet und nach GOÄ vergütet.

Abschließende Überlegungen

Es gibt verschiedene jeweils plausible Wege, das Problem der Fülle zu erstellender Berichte zufriedenstellend zu bewältigen. Wenn die Arbeit schon unvermeidlich ist, dann sollte sie sich auch für die Praxis in irgendeiner Weise lohnen. Das setzt nicht nur voraus, dass die Verantwortlichen auf Zeit, Kosten und Ökonomie achten, sondern dass sie auch in dieser Frage die Interessen der Praxis bedenken. Arztbriefe von hoher inhaltlicher, gedanklicher und sprachlicher Qualität sind die Visitenkarte einer Praxis. Sie stellen ein wichtiges Arbeitsmittel innerhalb des Teams über die Zeit dar, vermitteln komprimiert die wesentlichen Informationen über einen Behandlungsfall nach außen, geben einen Einblick in die Arbeits- und Denkweise, also über den Geist der Praxis und achten die Würde der Patienten und ihrer Bezugspersonen genauso wie die Rechte der Kooperationspartner. Bedenkt man diese „weichen“ Faktoren,

die über Ruf und Ansehen eines Praxisteamts entscheiden, so lohnt sich die Mühe letztlich doch.

Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Workshops
auf der Jahrestagung des BKJPP 2011 in Friedrichshafen

Autor

Dr. med. Dipl.-Psych. Franz Wienand
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Psychoanalyse - Sozialpsychiatrie
Berliner Straße 31
71034 Böblingen
www.praxis-wienand.de

Literatur

Ärztammer Nordrhein (2010): Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht. Rheinisches Ärzteblatt, Dezember 2010 <http://www.aekno.de/page.asp?pageId=8678&noredir=True>

Ärztzeitung für Neurologen und Psychiater (2011): Verhaltensregeln: Überweisung von Patienten. August 2011, S. 3 (mn)

Beauchamp, Tom L., James Childress (1987): Principles of Biomedical Ethics, *Oxford University Press*

Bundesärztekammer (2006): (Muster-) Berufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>

Bundesärztekammer (2008): Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis. Deutsches Ärzteblatt 105, Heft 1 (09.05.2008), S. A-1026 – A-1030 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Empfehlung_Schweigepflicht_Datenschutz.pdf

Bundesärztekammer (2011): Anlage 1 zum Beschlussantrag III – 01 des Vorstands der Bundesärztekammer <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114DAETBeschlussAnlageIII-01.pdf>

Frederichs, Jan (2003): Gibt es Ausnahmen von der Schweigepflicht? Report Psychologie Heft 7/8 http://www.bdpbw.de/backstage2/baw/documentpool/report_texte/2003_report_frederichs_schweigepflicht.pdf

Hausner, Helmut, Göran Hajak, Hermann Spießl (2008): Wer darf Einsicht nehmen? Eine Analyse unter dem Blickwinkel der neueren Rechtsprechung. Dtsch. Ärztebl. 2008; 105(1–2): A 27–29

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2006): Mitteilungen – zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Dtsch. Ärztebl. 2006; 103(46): A-3134

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Patientenrechte. III: Patientenrechte in der Behandlung: Einsichtsrecht. www.kbv.de/patienteninformation/408.html

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM. www.kbv.de/ebm2011/EBMGesamt.htm

Mattejat, Fritz, Helmut Remschmidt (1999): Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung. Testzentrale. Manual: Hogrefe, Göttingen

Pieritz, Anja (2005): GOÄ-Ratgeber: Abgrenzung 70 – 75 – 80. Deutsches Ärzteblatt 102, Heft 26 (01.07.2005), Seite A-1909 / B-1613 / C-1517

Raitzig, Marion (2012): Sind Arztbriefe in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sinnvoll? Was wünschen sich die Kollegen? Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 22. Jahrgang, Heft 1/2012, 22-28

Rixen, Stephan (2005): Sozialrecht als öffentliches Wirtschaftsrecht: Am Beispiel des Leistungserbringerrechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Mohr Siebeck, Tübingen, Jus publicum; Bd. 130. Zugl.: Köln, Univ., Habil.-Schr.

Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/1.html>

Spitzok von Brisinki, Ingo (2006): Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie & Krankenkassen: Eine Reflexionsliste zur systemischen Berichterstattung. Kontext 3, 275 - 296

Schweitzer, J.; Nicolai, E.; Hirschenberger, N. (2005): Wenn Krankenhäuser Stimmen hören. Lernprozesse in psychiatrischen Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht

Weichert, Thilo (2012): Datenschutzrechte der Patienten. V: Recht auf Einsicht in Patientenakte. Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein www.datenschutz-zentrum.de/medizin/arztprax/dsrdpat2.htm vom 27.5.2012

Tiergestützte Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ingo Spitzcok von Brisinski

Einleitung

Der Einsatz von Tieren in der Therapie von somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen wird seit langem international und auch in Deutschland praktiziert und vielfach als hilfreich angesehen. Dies gilt insbesondere für die Therapie von Kindern. International wird tiergestützten Therapien eine nicht geringe Bedeutung beigemessen (Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Karch et al. 2008). Zumindest für Pferd und Hund gestützte Therapie liegen mittlerweile mehrere kontrollierte Studien vor, die therapeutische Effekte belegen, so dass diese Verfahren zumindest bzgl. bestimmter Symptomkomplexe und Settings als Evidenz basiert bezeichnet werden können, auch wenn bisher noch nicht der höchste Evidenzgrad erreicht ist.

Definitionen

LaJoie (2003) fand in der Literatur 20 verschiedene Definitionen Tier gestützter Therapie (animal-assisted therapy, AAT) und 12 verschiedene Bezeichnungen für dasselbe Phänomen (z. B. pet therapy, pet psychotherapy, pet-facilitated therapy, petfacilitated psychotherapy, four-footed therapy, animal-assisted therapy, animalfacilitated counseling, pet-mediated therapy, pet-oriented psychotherapy, companion-animal therapy, und co-therapy with an animal). Zur Vereinheitlichung und Standardisierung hat einer der bedeutendsten Verbände zur Zertifizierung von Tieren für therapeutische Zwecke in den USA, die Delta Society (www.deltasociety.org) folgende breit zitierte Definitionen Tier gestützter Interventionen (animal-assisted interventions, AAI) publiziert:

1. *Tiergestützte Aktivitäten (animal-assisted activities, AAA)*: Hierzu zählen Aktivitäten mit Tieren im therapeutischen, pädagogischen und pflegerischen Kontext, die nicht einem vorab klar definierten therapeutischen Ziel folgen und nicht unbedingt durch speziell geschulte therapeutische Fachpersonen durchgeführt werden, jedoch nützlich sind bzgl. Motivation, Lernen, Freizeit, Erholung und/oder Therapie zur Verbesserung der Lebensqualität. Hierzu gehören auch Tierbesuchsdienste, bei denen Menschen ehrenamtlich oder kommerziell mit ihren Tieren Besuche bei alten, kranken, behinderten oder anderweitig bedürftigen Personen durchführen.
2. *Tiergestützte Therapien (animal-assisted therapy, AAT)*: Gemäß Delta Society müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:
 - Definition konkreter spezifischer therapeutischer Ziele, die in der tiergestützten Therapie erreicht werden sollen, im Rahmen eines Behandlungsplans
 - Die Therapie wird durch eine geschulte Fachperson (Psychotherapeuten, Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden oder andere Mitarbeiter der Heilberufe) durchgeführt oder begleitet. Diese Personen müssen eine zusätzliche Qualifikation auf dem Gebiet der tiergestützten Therapie erworben haben bzw. erwerben.
 - Der Therapieverlauf wird explizit gesondert dokumentiert und der Behandlungserfolg wird gemessen.
3. *Tiergestützte Pädagogik (animal assisted education, AAE)*: Hierunter sind pädagogischen Ansätze einzuordnen, in denen Tiere als Hilfsmittel im Unterricht eingesetzt werden. Das kann themenspezifisch z.B. im Sachkunde- oder Biologieunterricht sein. Es können aber auch Tiere als gruppendynamisches Hilfsmittel in der Klasse eingesetzt werden. Tiergestützte Pädagogik kann im Klassenzimmer oder außerhalb stattfinden. Es können spezifische Ziele unter Supervision eines Pädagogen gesetzt werden (Fine 2010, <https://sites.google.com/a/msad51.org/deniseallen/Greely-High-School/animal-assisted-education>).

In einer Studie an österreichischen Grundschulen zeigte sich, dass sich in den Schulklassen, in denen Tiere (Kleinsäuger oder ein Hund) anwesend waren, eine wesentlich bessere Unterrichtsatmosphäre mit spürbar weniger Aggressionen und Lautstärke im Klassenzimmer einstellte (Hergovich et al. 2002, Kotschal & Ortbauer 2003).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie als multimodale und multiprofessionelle Disziplin kommen sowohl tiergestützte Aktivitäten als auch tiergestützte Therapien und tiergestützte Pädagogik (letztere allerdings nicht nur im Unterricht einer Schule für Kranke, sondern auch von Erziehern, Sozial- und Diplom-Pädagogen durchgeführt im Rahmen von Milieutherapie und Erziehung) zum Einsatz.

Die Übergänge zwischen den einzelnen Formen tiergestützter Arbeit können zwar fließend sein (Prothmann 2012), dennoch lassen sich anhand dieser Klassifikation Therapien von tiergestützten Aktivitäten oder tiergestützter Pädagogik abgrenzen (Karch et al. 2008). Teilweise wird statt einer Aufteilung in AAA, AAT und AAE (Kruger & Serpell 2010) als dritter Bereich neben AAA und AAT „service animal programs“ (SAP) benannt (Muñoz Lasa et al. 2011). Damit sind vor allem Hunde gemeint, die Menschen mit Behinderung im Alltag assistieren (z. B. Blindenhunde).

Im Bereich Pferd gestützte Aktivitäten und Therapien (equine-assisted activities and therapies, EAAT) unterteilt die ‚Professional Association of Therapeutic Horsemanship International‘ (PATH Intl.) in deutlich mehr Kategorien (www.pathintl.org):

1. *Pferd gestützte Aktivitäten (Equine-Assisted Activities, EAA)*: jede spezifische Aktivität in einer Einrichtung, z. B. Therapeutisches Reiten, Aktivitäten auf dem Pferd oder auf dem Boden, Pferdepflege und Stallarbeiten, Shows, Paraden, Vorführungen, etc., an der die Klienten, Teilnehmer, freiwilliger Helfer, Lehrende und Pferde der Einrichtung beteiligt sind.
2. *Pferd gestützte Therapie (Equine-Assisted Therapy, EAT)*: jede Behandlung, die Aktivitäten mit einem Pferd und/oder in seinem Umfeld einbezieht. Die rehabilitativen Ziele beziehen sich auf die Bedürfnisse des Patienten und die medizinischen Behandlungsstandards.
3. *Pferd gestütztes Lernen (Equine-Facilitated Learning, EFL)*: ist ein Erlebnis orientierter Ansatz zum Lehren und Lernen, bei dem mit Hilfe von Pferden Wachstum und Entwicklung von Menschen gefördert werden. Lehrende können entsprechend qualifizierte Lehrer, lizenzierte Therapeuten, Pferdeexperten, Pferdetrainer, Tierärzte und andere Personen, die eine Ausbildung in EFL haben

4. *Pferd gestützte Psychotherapie (Equine-Facilitated Psychotherapy, EFP)*: Eine Form von Erlebnis orientierter Psychotherapie mit einem oder mehreren Pferden. Sie kann eine Reihe von Aktivitäten mit gegenseitigem Benefit wie Umgang, Pflege, Longieren, Reiten, Fahren und Voltigieren beinhalten, beschränkt sich jedoch nicht darauf. EFP ist ein Behandlungsansatz innerhalb der Pferd gestützten Therapien (EAT), der dem Klienten Gelegenheiten zur Erweiterung der Selbstwahrnehmung bietet und zur Umgestaltung dysfunktionaler Verhaltensweisen, Gefühle und Einstellungen. EFP umfasst eine laufende therapeutische Beziehung mit klar vereinbarten Behandlungszielen und Zielen, die vom Therapeuten gemeinsam mit dem Klienten entwickelt werden. Der Therapeut muss über eine adequate psychotherapeutische Qualifikation verfügen und zusätzlich in EFP weitergebildet sein.
5. *Hippotherapie*: Laut „Deutsches Kuratorium für Therapeutisches Reiten“ (DKThR) eine physiotherapeutische Einzelbehandlung auf neurophysiologischer Grundlage mit und auf dem Pferd. Ein Physiotherapeut mit einer Zusatzausbildung in Hippotherapie führt die krankengymnastische Behandlung auf dem Pferd durch. Während der Behandlung wird das Pferd von einem ausgebildeten Pferdeführer auf Anweisung der Hippotherapeutin am Langzügel geführt. Besonders geeignet ist die Behandlung bei Schädigungen oder Funktionsstörungen des Zentralnervensystems und des Stütz- und Bewegungsapparates. Durch die Hippotherapie können vor allem neurologische Krankheitsbilder wie z.B. Spastik und Multiple Sklerose günstig beeinflusst werden. Hippotherapie wird grundsätzlich ärztlich verordnet und als Einzelbehandlung durchgeführt (www.dkthr.de).
6. *Interaktives Voltigieren*: Voltigieren heißt laut ‚Deutscher Reiterlicher Vereinigung‘ (Fédération Equestre Nationale, FN), turnerisch-gymnastische Übungen auf dem Pferd auszuführen. Der Longenführer als dritte Partei im Team sorgt dafür, dass Mensch und Pferd im Gleichklang sind. Der Longenführer longiert das Pferd auf einer großen Zirkellinie, die Voltigierer führen ihre Übungen im Einklang mit den Bewegungen des Pferdes aus (www.pferd-aktuell.de). Interaktives Voltigieren ist laut PATH Intl. eine Aktivität, bei der die Personen Bewegungen auf dem Pferd oder um es herum durchführen. Diese Bewegungen können sehr einfach sein, wie z. B. Sitzen ohne Festhalten am Voltigiergurt, oder eine

ausgefeilte Pflichtübung wie Knien oder Stehen auf dem Pferd. Interaktives Voltigieren fördert Teamwork, lehrt Respekt vor dem Pferd, fördert Selbstständigkeit, baut Vertrauen auf, ermutigt zu sozialer Interaktion, bietet individualisierte Anleitung auf dem Pferd, und führt alle Gangarten ein innerhalb kurzer Zeit.

7. *Therapeutisches Kutschefahren:* Mit den Leinen in der Hand werden im Fahrspport Einspänner, Zweispänner, Vierspänner, Tandem, Random, Pferde oder Ponys gefahren. Es gibt Dressurprüfungen, Geländeprüfungen, Hindernisfahren und kombinierte Wertung (www.pferd-aktuell.de). Therapeutisches Kutschefahren bietet Menschen mit körperlichen, geistigen und/oder seelischen Behinderungen Interaktion mit und Kontrolle von Pferd oder Pony, ggf. auch im eigenen Rollstuhl in einer modifizierten Kutsche. Kutschefahren ist eine Alternative für alle, die nicht reiten können aufgrund von Übergewicht, Bewegungsstörungen, Höhenangst, usw. Therapeutisches Fahren vermittelt über Teamwork Kindern und Erwachsenen Wissen über Sicherheit, Pferde, Aufzäumen und Fahrfertigkeiten.

In der Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Karch et al. 2008) werden lediglich 2 Formen Tier gestützter Interventionen (TGI) bzw. animal-assisted interventions (AAI), unterschieden:

1. Tiergestützte Aktivitäten (Animal-Assisted-Activity), womit Tier-Mensch Interaktionen bezeichnet werden, die ohne spezifische therapeutische Zielsetzung erfolgen. Hierzu gehören beispielsweise Tierbesuchsdienste in Heimen usw.
2. Tiergestützte Therapien (Animal-Assisted-Therapy), bei denen therapeutische Ziele definiert und in einen Behandlungsplan eingebracht werden müssen. Die Therapien werden von fachlich geschulten Personen wie z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten oder Logopäden durchgeführt. Dazu gehören auch therapeutische Settings, bei denen die Tiere nicht direkt mit den Menschen arbeiten oder kommunizieren, sondern lediglich anwesend sind. Der Einsatz von Tieren im pädagogischen Umfeld, wie z.B. zur Unterstützung von erzieherischen Maßnahmen oder zur Förderung der Lernmotivation sowie der Einsatz von „Blindenhunden“, gehört gemäß der o. g. Stellungnahme ebenfalls zu dieser Kategorie.

Aktueller Stand der Entwicklung weltweit

Forschungsergebnisse

Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Nach Dimitrijević (2009) ist empirisch belegt, dass die Interaktion zwischen Patient, Tier und Therapeut einen Kontext zur Verfügung stellt, der Kommunikation, Selbstwertgefühl und die Lebensqualität verbessert sowie Symptome von Erkrankungen mildert. Hunde, Katzen, Pferde und Vögel werden am häufigsten eingesetzt. Kurzzeitige Kontakte mit Tieren werden genauso genutzt wie langfristige, bei denen Patienten nach einer bestimmten Methode betreut werden. Bisherige Einsatzgebiete sind Patienten mit Depression, Schizophrenie, Phobien, Demenz oder Abhängigkeitserkrankungen, aber auch mit kardiovaskulären Erkrankungen, infantilen Zerebralpareesen, rheumatoider Arthritis, AIDS oder anderen Erkrankungen. Nach Dimitrijević zeigen die Forschungsergebnisse eine schnellere Reduktion der Symptome vieler Erkrankungen, wenn Tiere in den therapeutischen Prozess einbezogen werden.

Der Review von Muñoz Lasa et al. (2011) erbrachte bzgl. therapeutischer Outcomes bei tiergestützten Aktivitäten eine Reduktion von Stress, Angst und Einsamkeit sowie Verbesserung der Stimmungslage, des allgemeinen Wohlbefindens und sozialer Aspekte sowie von Freizeit und Erholung.

In der Metaanalyse über 49 einbezogene Studien von Nimer und Lundahl (2007) zeigte sich ein mittlerer Gesamteffekt für positive Entwicklung durch tiergestützte Therapie. Hohe Effekte konnten in der Veränderung von autistischem Verhalten (Effektstärke = 0.72, Anzahl der Studien = 4, 95%-Konfidenzintervall = 0.23-1.22), mittlere bis gute Effekte für Verhaltens- (Effektstärke = 0.51, Anzahl der Studien = 23, 95%-Konfidenzintervall = 0.38-0.65) und somatische (Effektstärke = 0.59, Anzahl der Studien = 8, 95%-Konfidenzintervall = 0.26-0.77) Variablen sowie leichte bis mittlere Effekte für Befindlichkeitsverbesserungen (Effektstärke = 0.39, Anzahl der Studien = 27, 95%-Konfidenzintervall = 0.29-0.50) gezeigt werden. Es fand sich kein Einfluss für Eigenschaften der Teilnehmer und der Studien, sodass tiergestützte Therapie offenbar für verschiedene Patienten in verschiedenen Settings hilfreich ist.

In der systematischen Übersicht von Selby (2009) bzgl. psychosozialer Interventionen mit Einbeziehung von Pferden fanden sich zwar keine randomisierten klinischen Studien, 2 Studien zeigten jedoch ein moderates Evidenzniveau bzgl. Wirkung und 9 Studien zeigten statistisch signifikante positive Effekte.

Insgesamt gibt es bisher keine einheitliche theoretische Grundlage, jedoch eine Reihe diskutierter plausibler Wirkmechanismen wie Therapietiere als sozialer Vermittler, Medium für emotionale Themen, Fokus von Aufmerksamkeit und Mittel zur Beruhigung, als Bindungsobjekt, Quelle sozialer Unterstützung, und als lebendiges Instrument zum Erlernen neuer Fertigkeiten, Denk- und Verhaltensweisen (Kruger et al. 2004).

Ausgewählte Originalarbeiten

Kern et al. (2011) konnten in ihrer prospektiven Studie zu Pferd gestützten Aktivitäten bei Autismusspektrumstörung nachweisen, dass während der 3 bis 6 Monate dauernden Wartezeit vor Beginn des Reitens keine Veränderungen des Schweregrads autistischer Symptome in der Childhood Autism Rating Scale (CARS) auftraten, jedoch signifikante Verbesserungen nach 3 und 6 Monaten Reiten. Auch in der Eltern-Kind-Interaktion, beurteilt durch die Timberlawn Parent-Child Interaction Scale, zeigten sich signifikante Verbesserungen.

Gabriel et al. (2012) fanden signifikante Verbesserungen bzgl. Irritabilität, Lethargie, stereotypem Verhalten und Hyperaktivität nach 10 Einheiten wöchentlichen therapeutischen Reitens bei 42 Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 16 Jahren mit Autismusspektrumstörungen im Vergleich zu Veränderungen bei einer Untergruppe von 16 dieser Kinder und Jugendlichen während einer 10wöchigen Wartezeit.

Martin & Farnum (2002) verglichen bei Kindern mit tiefgreifender Entwicklungsstörung Effekte der Exposition einen Balls, eines ausgestopften Hundes und eines lebenden Hundes während Interaktionen mit einem Therapeuten. Die Kinder zeigten in Anwesenheit eines Therapiehundes ein spielerisches Verhalten, waren fokussierter und aufmerksamer für ihr soziales Umfeld.

Gathmann & Leimer (2004) untersuchten die Wirksamkeit von heilpädagogischem Voltigieren auf das Körperbild und spezifische Persönlichkeitsmerkmale bei Anorexia Nervosa.

Es wurde eine Prä-Post-Studie mit einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe durchgeführt. Als Messinstrumente wurden sieben standardisierte und zwei selbst konzipierte Tests herangezogen. Insgesamt nahmen 60 anorektische Frauen an der Untersuchung teil. Die Ergebnisse zeigten deutliche Verbesserungen durch das Heilpädagogische Voltigieren in den Bereichen «Körperbildstörung», «Ängstlichkeit», «Umgang mit Aggressionen», «interpersonelles Kontaktverhalten» und besonders «Befindlichkeit».

Fachgesellschaften

IAHAIO

Die 1990 gegründete IAHAIO (International Association of Human-Animal Interaction Organizations) hat zum Ziel, international Aktivitäten hinsichtlich Verbesserung von Verständnis und Anerkennung von Mensch-Tier-Interaktion zu bündeln, die theoretischen Grundlagen zu ordnen und zu erweitern, Therapiestudien anzuregen und das Interesse in relevanten internationalen Gremien für die Therapie zu wecken (www.iahaio.org, Karch et al. 2008).

ISAAT

2006 wurde die International Society for Animal Assisted Therapy (ISAAT) in Zürich durch Vertreter von Universitäten und Privatinstitutionen aus Japan, Deutschland, Luxemburg und der Schweiz offiziell gegr. Die Ziele der Gesellschaft sind

1. Qualitätskontrolle der Institutionen, die berufliche Weiterbildungen in tiergestützter Therapie, tiergestützter Pädagogik und tiergestützter Fördermaßnahmen zum Wohle des Menschen anbieten, durch ein unabhängiges Akkreditierungsverfahren zu sichern,
2. offizielle Anerkennung
 - a) tiergestützter Therapie als therapeutische Intervention
 - b) tiergestützte Pädagogik als eine bewährte Methode
 - c) tiergestützte Fördermaßnahmen als einfache, in der Geschichte der Menschheit stets genutzte Aktivität zur Salutogenese, zu fördern

3. offizielle Anerkennung von Personen zu erlangen, die sich auf diesen Gebieten in akkreditierten Institutionen weitergebildet haben, entweder als tiergestützte Therapeuten/Berater, tiergestützte Pädagogen oder Fachpersonen für tiergestützte Fördermaßnahmen (<http://aatla.de/content/view/26/53>).

Die ISAAT hat einen 9 Seiten umfassenden Beurteilungsbogen zu Kriterien der Intervision bzgl. Qualitätssicherung in der Praxis tiergestützter Intervention publiziert. Er ist gegliedert in die Abschnitte „Grundlegende berufliche Qualifikation und berufsbegleitende Weiterbildung“, „Konzeption und Methodik der tiergestützten Arbeit“, „Verlauf, Zwischenbilanzen und Ergebnisse“, „Tiere“, „Tierärztliche Kontrollen“, „Klienten“, „Hygiene, Risikobewertung und Risikomanagement“, „Recht und Versicherung“, sowie „Dokumentation für Leistungsträger und Forschung“ (www.aat-isaat.org/download/Beurteilungsbogen%20-Qualitaetssicherung%20Praxis-.pdf)

TDI

Therapy Dogs International (TDI[®]) ist eine gemeinnützige Organisation zur Regulierung, Prüfung und Registrierung von Therapiehunden und ihren ehrenamtlichen Hundeführern für den Besuch von Pflegeheimen, Krankenhäusern und anderen Institutionen, in denen Therapiehunde benötigt werden (www.tdi-dog.org). Die Anerkennung als Therapiehund durch TDI setzt die Prüfung durch einen von TDI-zertifizierten Prüfer voraus, die allerdings bisher nur in den USA und wenigen weiteren Staaten vorhanden sind, jedoch nicht in Europa.

FRDI

FRDI (Federation of Riding for the Disabled International) bzw. zukünftig: Federation of Horses in Education and Therapy (HETI)
www.frdi.net/about.html

ESAAT

ESAAT (European Society for Animal Assisted Therapy) ist ein Europäischer Dachverband für tiergestützte Therapie (www.esaat.org). Er wurde 2004 gegründet zur Erforschung und Förderung der therapeutischen, pädagogischen

und salutogenetischen Wirkung der Mensch/Tier-Beziehung. Die Hauptaufgaben der ESAAT sind die Erforschung und Förderung der tiergestützten Therapie sowie die Hervorhebung der therapeutischen, pädagogischen und salutogenetischen Wirkung der Mensch/Tier-Beziehung. ESAAT wurde gegründet um die Ausbildung auf dem Gebiet der tiergestützten Therapie einheitlicher zu gestalten und EU-weit zu vereinheitlichen und wenn möglich auch in anderen Ländern. Ein weiteres Anliegen der ESAAT ist die Erreichung der Anerkennung der tiergestützten Therapie als anerkannte Therapieform. Die Schaffung eines eigenen Berufsbildes zählt ebenfalls zu den vorrangigen Zielen der ESAAT.

FATP

Das Forum der Ausbildungsträger einer Therapie mit dem Pferd (FATP) ist ein Zusammenschluss von Organisationen für therapeutisches Reiten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden und wurde 2000 gegründet (www.forum-atp.eu).

Fachzeitschriften

Anthrozoös ist ein internationales multidisziplinäres Journal zu Interaktionen von Menschen und Tieren. Die Zeitschrift wird herausgegeben von der International Society for Anthrozoology (ISAZ) und ist Mitteilungsorgan der IAHAIO.

Portal tiergestützter Aktivitäten/Pädagogik/Therapie

Das Projekt www.tiergestuetzte-therapie.de soll als unabhängiges Informationsportal eine Plattform für Fachleute aus dem pädagogischen und therapeutischen Bereich für berufsspezifische Informationen und den fachlichen Austausch, aber auch für Interessierte und Therapiesuchende darstellen und wurde 1999 gegründet. Außer einem Adressenverzeichnis zu in der tiergestützten Therapie Tätigen in Deutschland, Österreich und der Schweiz finden sich ein Verzeichnis von themenspezifischen Diplom-, Examens-, Fach- und Abschlussarbeiten, ein Diskussionsforum, ein Literaturverzeichnis, Links, Texte und ein Veranstaltungskalender.

Weiterbildungen

Die meisten Aus- bzw. Weiterbildungsstätten sind bisher an privaten Instituten oder eingetragenen Vereinen verortet, nur vereinzelt an staatlichen Einrichtungen. Für beide Organisationsformen sei hier jeweils ein deutschsprachiges, nicht in Deutschland ansässiges Beispiel genannt, darüber hinaus ein internationales, das auch deutschsprachige Angebote umfasst:

Universitätslehrgang Tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen (Veterinärmedizinische Universität Wien)

Ziel dieses Universitätslehrganges (Kurzbezeichnung „TGT“) ist die Qualifikation zur akademisch geprüften Fachkraft für den professionellen Einsatz von Tieren in der Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, im Besonderen von Menschen mit einem erhöhten Förderbedarf (z.B. verhaltensauffällige, behinderte, kranke Menschen) im Sinne der Gesundheitsförderung, sowie zur Hebung der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Lehrgangabsolventen sollen qualifiziert sein für ein eigenverantwortliches, tiergestütztes, therapeutisches und/oder pädagogisches sowie gesundheitsförderndes Arbeiten im Rahmen von Institutionen oder in der freien Praxis. Das vermittelte Wissen basiert auf (natur-)wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Zugelassen werden können Personen, die über eine allgemeine Hochschulreife verfügen. Von dieser Voraussetzung kann abgesehen werden, wenn der Zulassungswerber eine mehrjährige einschlägige praktische Tätigkeit nachweist und im Auswahlverfahren eine weit überdurchschnittliche Qualifikation erkennen lässt. Zielgruppen sind insbesondere Personen mit abgeschlossenem Studium in einem pädagogischen, sozialen, medizinischen oder biologischen Bereich, wie z. B. Pädagogen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Therapeuten, Ärzte, Psychologen, Biologen und Tierärzte, aber auch Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung in einem entsprechenden Berufsfeld (z.B. Kleinkind- und Hortpädagoginnen, Altenpflegekräfte, Krankenpflegekräfte, Tierpfleger) sowie Personen mit großer praktischer Erfahrung in einem entsprechenden Berufsfeld, wobei gegebenenfalls Kenntnisse für den Umgang mit Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten bzw. -störungen, geistigen, körperlichen und sprachlichen Behinderungen nachzuweisen sind.

Die Dauer beträgt 4 Semester, die Lehrveranstaltungen werden überwiegend an Wochenenden und ganztägig abgehalten. Im Laufe der 4 Semester sind

außerdem mindestens 160 Stunden Praktika an mindestens 6 verschiedenen Einrichtungen mit mindestens 3 verschiedenen Tierarten sowie eine Hausarbeit zu absolvieren. Der Universitätslehrgang schließt mit der Bezeichnung „akademisch geprüfte Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen“ ab. Die Gebühr für die Teilnahme am Universitätslehrgang beträgt € 5.000,-- und ist zur Gänze vor Beginn des Lehrganges zu entrichten (www.vu-wien.ac.at/uploads/media/curriculum_TGT2010.pdf).

Schweizer Gruppe für Therapeutisches Reiten (SG-TR)

Die Ausbildung zur Reitpädagogin bzw. Reittherapeutin SG-TR ist eine berufs begleitende Zusatzausbildung, die auf einer staatlich anerkannten beruflichen Qualifikation und auf Berufserfahrung aufbaut, welche die Auszubildenden in Pädagogik, Heilpädagogik, Sozialpädagogik (für Heilpädagogisches Reiten) bzw. in Psychologie, Therapie, Medizin, Pflege (für Therapeutisches Reiten) erworben haben.

Nicht reiterliche Ausbildung, sondern individuelle Betreuung und Förderung in engem Bezug zum Pferd mit dem Ziel der positiven Beeinflussung des Befindens, des Sozialverhaltens und der Persönlichkeitsentwicklung mittels ganzheitlicher Therapieformen steht bei dieser Ausbildung im Vordergrund, weswegen die reiterlichen Qualifikationen vor Beginn der Ausbildung (anerkannte Reiterprüfungen: Reitabzeichen IPZV Silber, Reitabzeichen IGV Bronze, Reitabzeichen DRA III Bronze, EWU Westernreitabzeichen Bronze, Gelände- und Wanderrittführer VFD) und vor Beginn des Lehrgangs II (SG-TR Longierlehrgang, Kleines Longierabzeichen DLA IV, Trainer C Voltigieren) erworben werden müssen (www.sgtr.ch).

Die 510 Stunden umfassende Ausbildung ist in Phasen gegliedert, deren Reihenfolge zwingend ist:

| Phase 1 | Phase 2 | Phase 3 | Phase 4 | Phase 5 | Phase 6 | Phase 7 |
|--|---------------|--|------------|--------------------|-------------|--------------|
| Grundlagenkurs (Pferdeeinsatz im TR) | Selbststudium | Vorpraktikum Praktikumsvereinbarung | Lehrgang I | Praxisausbildung * | Lehrgang II | Diplomarbeit |

*inkl. Lager- oder Betriebshelfer-Woche

Innerhalb bzw. am Ende jeder Phase findet eine Prüfung statt, von deren Ergebnis die weitere Fortsetzung der Ausbildung abhängt. Die gesamte Ausbildung soll längstens innerhalb von 2 Jahren absolviert und abgeschlossen werden. Die Kosten der Ausbildung belaufen sich auf CHF 3.800,- bzw. € 3167,- (Stand 1.1.2012).

Forum der Ausbildungsträger einer Therapie mit dem Pferd (FATP)

Das FATP ist ein Zusammenschluss von Organisationen für therapeutisches Reiten aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und den Niederlanden. Inhalte der Aus- und Weiterbildungskurse der FATP-Organisationen sind

- Beziehungsgestaltung Mensch-Pferd
- Hospitationen, z.B. in bestimmten Institutionen, die therapeutisches Reiten/Voltigieren praktisch durchführen
- Selbsterfahrung mit und auf dem Pferd
- Planung, Durchführung und Reflexion der praktischen Arbeit
- Vorstellung von Zielgruppen Therapeutischen Reitens
- Reflexion des Pädagogen/Therapeutenverhaltens
- Auswahl, Ausbildung und Gesunderhaltung des Therapiepferdes
- Aufgabe und Rolle des Therapiepferdes
- Unfallverhütung und Versicherungsfragen
- Fortbildungsmöglichkeiten
- Ziel ist eine gegenseitige Verständigung, Zusammenarbeit und die Möglichkeit des Austausches von Referenten in den jeweiligen Aus- und Weiterbildungskursen. (www.forum-atp.eu).

Deutschland

Leppermühle

Das seit Jahrzehnten bundesweit renommierte Kinder- und Jugendwohnheim Leppermühle betreut Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen im nachklinischen Bereich in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universitätsklinik Marburg. In den verschiedenen Einrichtungen stehen insgesamt ca. 300 Plätze zur Verfügung.

Leppermühle verfügt über eine eigene Reitanlage mit Reithalle, Reitplatz und Stallungen. Zwei vom DKThR (s. u.) lizenzierte Fachkräfte arbeiten, unterstützt von einer Pferdepflegerin, mit 5 bis 7 Pferden, die nach Charakter und Eignung ausgewählt und ausgebildet wurden. Die Anlage ist von der Deutschen Reiterlichen Vereinigung (FN) als Reit- und Voltigierschule zertifiziert und vom DKThR für die Bereiche „Heilpädagogisches Voltigieren und Reiten“ und „Reiten als Sport für Menschen mit Behinderungen“ anerkannt (Melms 2008). Leppermühle ist außerdem Lehrgangsort für die DKThR-Weiterbildungsgänge „Staatlich geprüfte Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd“ und „Reiten als Sport für Menschen mit Behinderungen“. Seit den 80‘er Jahren wurde das Reiten als therapeutische Methode etabliert. Reittherapie wird in erster Linie als Einzeltherapie angeboten, es finden jedoch auch Aktivitäten im Kleingruppenbereich statt. Das heilpädagogische Reiten ist ein wichtiger Bestandteil des gesamttherapeutischen Konzeptes der Leppermühle und steht allen interessierten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen offen (www.leppermuehle.de).

Forschungsergebnisse

Übersichtsarbeiten und Metaanalysen

Hippotherapie als krankengymnastische Behandlung mit und auf dem Pferd bei Schädigungen oder Funktionsstörungen des Zentralnervensystems und des Stütz- und Bewegungsapparates (s. o.) ist seit 1981 nicht mehr als Heilmittel im ambulanten Sektor der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig. Da sich in der Folge nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen Hinweise auf die Wirksamkeit der Hippotherapie bei bestimmten Indikationen und im Rahmen eines physiotherapeutischen Gesamtkonzeptes ergaben, nahm der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 2003 ein systematisches Verfahren zur Überprüfung des Nutzens, der Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Hippotherapie als Heilmittel auf. Insgesamt wurden 18 Publikationen, davon zwei Evidenzsynthesen, systematisch ausgewertet. In den meisten Studien wurde der Effekt der Hippotherapie auf zerebralparietische Störungsmuster bei Kindern untersucht. Zwar wurden in einigen Studien Hinweise für Funktions- bzw. Fähigkeitsverbesserungen durch die Hippotherapie gefunden, doch war die Validität der Ergebnisse durchgängig als gering einzustufen. Auf Grund der mangelhaften inhaltlichen und metho-

dischen Qualität der vorliegenden wissenschaftlichen Literatur ließ sich keine zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit oder zum Nutzen der Hippotherapie aus den Studienergebnissen ableiten. Daher war weder eine sichere Beurteilung von Über- oder Unterlegenheit im Vergleich zu den in den Studien aufgeführten Kontrollinterventionen möglich, noch konnte der Stellenwert der Hippotherapie als begleitendes physiotherapeutisches Verfahren verlässlich eingeschätzt werden. In Abwägung der vorgenannten Erkenntnisse und unter Berücksichtigung von weiteren Stellungnahmen von den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene und von der Bundesärztekammer gelangte der G-BA in seinem Abschlussbericht (2006) zu der Auffassung, dass aus den derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen sich keine zuverlässigen Aussagen zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit der Hippotherapie im Vergleich zu anderen bereits angewandten Heilmitteln des Heilmittelkatalogs ableiten lassen.

Die verschiedenen Formen der tiergestützten Therapie führen offensichtlich bei den Kindern zu einer positiven Veränderung der Grundstimmung und damit auch des Verhaltens. Hierdurch können auch Verbesserungen der Grunderkrankung, zumindest kurzfristig, erzielt werden. Die große Akzeptanz dieser Behandlungsangebote bei Kindern und Angehörigen ist daher verständlich. Allerdings ist es möglich, dass es sich um unspezifische Effekte handelt, die auch durch andere Settings erreichbar wären, wie z.B. Anschaffung von Haustieren, regelmäßige Kontakte mit Tieren in Gehegen oder Reitstall, Besuch von Feriencamps, gemeinsamer Familienurlaub in interessanter Umgebung usw.. Eine spezifische und nachhaltige Wirkung der tiergestützten Therapien konnte bis 2008 aus pädiatrischer Sicht nicht durch methodisch einwandfreie Studien belegt werden (DGSPJ 2008, S. 19-20).

Besonders umfassend sind Aspekte tiergestützter Therapie im kinder- und jugendpsychiatrischen Kontext in Deutschland von Dr. Anke Prothmann 10 Jahre lang an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Leipzig beforscht worden (Übersichten bei Prothmann 2009, Prothmann & Fine 2010, in ihrer mittlerweile in 3. Auflage 2012 erschienenen Monografie und unter www.tiere-als-therapie.de). Mittlerweile setzt sie ihre Arbeit an der Kinderklinik der Technischen Universität München fort. Exemplarisch sind im folgenden Abschnitt zwei Studien ihrer Arbeitsgruppe erwähnt.

Originalarbeiten

Prothmann et al. (2005) untersuchten mittels eines Prä-Post-Designs den Einfluss tiergestützter nondirektiver Spieltherapie auf die Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen, die sich in stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung befanden. Als Messinstrument wurde die Basler Befindlichkeitsskala (BBS) eingesetzt. Die Ergebnisse zeigten hochsignifikante Verbesserungen der Befindlichkeit in der Testgruppe (n=61), die in einer Kontrollgruppe (n = 39) ohne Kontakt zum Hund nicht nachweisbar waren (mittelgradige Effektstärke von 0,38). Die Änderung der Befindlichkeit fiel umso stärker aus, je geringer der Ausgangswert war. Bei 7 Patienten kam es im Mittel zu einer Verschlechterung. Tiergestützte Therapie ist ihrer Untersuchung nach besonders bei psychosomatischen, emotionalen und affektiven Störungen wirkungsvoll.

In einer weiteren Studie zu Hund gestützter Therapie (Prothmann et al. 2009) wurden 14 Kinder im Alter von durchschnittlich 11;4 Jahren mit autistischen Störungen untersucht. Zur Verhaltensanalyse wurden Reaktionen auf Interaktionsinitiativen von Seiten des Kindes und von Seiten des Hundes erfasst und davon nicht-soziales Verhalten abgegrenzt, d.h. Nichtreaktion auf Person, Distanzierung von Hund und von Person, Nichtreaktion auf Spielangebote des Hundes sowie Nichtreaktion auf Spielanforderung von Person. Die 60-minütige Therapie erfolgte in einem Videoraum, die Beurteilung der Videoaufnahmen erfolgte durch fremde Rater, denen die Hypothesen nicht bekannt waren. Es zeigte sich, dass im Laufe der insgesamt 5 Therapiesitzungen das nicht-soziale Verhalten weniger häufig auftrat und kürzer war im Vergleich zu den Ausgangswerten, die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Dagegen beobachtete man eine signifikante Zunahme der Zuwendung zum Hund, während sich die Zuwendung zur Person nicht veränderte; am deutlichsten zeigten dies die Kinder mit Asperger Syndrom und am wenigsten die Kinder mit atypischem Autismus.

Henning et al. (2005) führten eine bundesweite Bestands- und Bedarfsanalyse zu Tieren in der stationären Kinderpsychiatrie durch mittels Befragung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland. Bei einer Rücklaufquote von 62,5% (105 von 168 Einrichtungen) gaben 67 der 105 antwortenden Kliniken an, ihren Patienten einen Kontakt mit Tieren zu ermöglichen. An 59 Einrichtungen wurde tiergestützten Therapie im engeren

Sinne durchgeführt, Heimtierhaltung sowie tiergestützte Aktivitäten fanden sich in je 25 Einrichtungen.

Von allen eingesetzten Tierarten wurden Pferde mit rund 90% am häufigsten genannt, gefolgt von Fischen (25%), Hunden (21%), Nagetieren (13%), Katzen (9%), Vögeln (7,5%), Reptilien (3%) und anderen Tierarten (12%) wie Schafen, Ziegen, Eseln, Kühen, Hirschen.

Fachgesellschaften

Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft

Der 1988 gegründete Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft (www.mensch-heimtier.de) beschäftigt sich insbesondere mit den sozialen Beziehungen zwischen Menschen und Heimtieren. Die Ergebnisse werden in Form von Broschüren publiziert.

DKThR

Das 1970 gegründete Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten e.V. (DKThR) hat ca. 3000 Mitglieder und versteht sich als Fachverband aller Berufsgruppen im Therapeutischen Reiten und für die Institutionen, die Therapeutisches Reiten anbieten. Außer Förderung und fachlicher Unterstützung aller in Deutschland tätigen Fachkräfte, Kliniken, Therapiezentren, Reit- und Fahrvereine, Reit- und Fahrschulen und anderer zweckmäßiger Institutionen sowie intensiver Kooperation mit Fachverbänden wie FN (Deutsche Reiterliche Vereinigung e.V.), Verband der Physiotherapeuten, Behindertensportverband usw. ist die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen und Förderung wissenschaftlicher Publikationen von großer Bedeutung einschließlich Regelungen von Kostenfragen mit den entsprechenden Instanzen. Die internationale Zusammenarbeit manifestiert sich in Weltkongressen, die alle drei Jahre stattfinden. Das DKThR bietet berufliche Qualifikationen drei Fachrichtungen des Therapeutischen Reitens an und betreibt Qualitätssicherung in Prüfung und Vergabe von Qualitätsmaßstäben bzw. Anerkennung von Qualitätsstandards in Zusammenarbeit mit der FN (www.dkthr.de)

FAPP

Die 2001 gegründete Fachgruppe Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie (FAPP) ist ein Zusammenschluss qualifizierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschiedener Richtungen, die die Arbeit mit dem Pferd in die Psychotherapie integrieren. Die Gruppe hat sich zum Ziel gesetzt, die Vielfalt der praktischen Arbeit mit dem Pferd in der Psychotherapie zu sammeln, zu beschreiben, zu reflektieren und weiterzuentwickeln (www.fapp.net).

Berufsverband Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen

Der Berufsverband (www.tiergestuetzte.org/Verein/aktivitaeten.html) ging am 11.03.2012 aus dem Förderverein des Instituts für Soziales Lernen mit Tieren e. V. hervor. Zweck des Vereins ist die Förderung der Wissenschaft und des Tierschutzes im Bereich der Tiergestützten Pädagogik, Therapie und Fördermaßnahmen. Diese Zwecke sollen insbesondere realisiert werden durch

- die Ausrichtung von Weiterbildungen, Vorträgen, Symposien, etc. zu Themen der Tiergestützten Pädagogik, Therapie und Fördermaßnahmen
- die wissenschaftliche Betreuung und Beratung Tiergestützter pädagogischer und therapeutischer Projekte, zum Beispiel im Bereich der Jugend-, Behinderten- und Altenhilfe, wobei auch die Schaffung art- und tiergerechter Haltungs- und Einsatzbedingungen Berücksichtigung finden soll
- die Entwicklung, Erprobung und Evaluierung neuer wissenschaftlicher Methoden und Ansätze
- den regelmäßigen wissenschaftlichen Austausch durch die Zusammenarbeit mit Hochschulen und Vereinigungen auf nationaler und internationaler Ebene
- die Publikation der gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Kreis der Vereinsmitglieder hinaus
- die Öffentlichkeitsarbeit zu Themen der Tiergestützten Pädagogik, Therapie und Fördermaßnahmen
- Qualitätssicherung der Tiergestützten Pädagogik, Therapie und Fördermaßnahmen
- finanzielle Unterstützung von Tiergestützten Projekten und von Personen mit pädagogisch-therapeutischem Förderbedarf in Tiergestützten Maßnahmen

Gemäß Satzung kann jeder, der in einem durch die ISAAT zertifizierten Institut, in einem durch ESAAT in der nach 2011 gültigen Form zertifizierten Institut oder einer Hochschule seinen Abschluss in einer Weiterbildung erreicht hat oder als Dozent in einer solchen Institution tätig ist, ordentliches Mitglied werden. Darüber hinaus kann jede natürliche oder juristische Person Fördermitglied werden, die den Verein uneigennützig bei der Erfüllung seiner satzungsgemäßen Ziele ideell oder materiell unterstützt. Fördermitglieder haben kein Stimmrecht. Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 40,00€ für ordentliche und 30,00€ für die Fördermitgliedschaft.

Fachzeitschriften

Mensch&Tier wird vom ‚Forschungskreis Heimtiere in der Gesellschaft‘ herausgegeben und informiert über Ergebnisse der nationalen und internationalen Forschung im weiteren Umfeld der Mensch-Heimtier-Beziehung (Gesundheit, Pädagogik, Psychologie, Soziologie, Gerontologie), ergänzt um Veranstaltungshinweise, beispielhafte Initiativen und Praxisberichte (www.mensch-heimtier.de/publikation-menschtier.html).

tiergestützte Therapie, Pädagogik & Fördermaßnahmen wird vom Berufsverband Tiergestützte Therapie, Pädagogik und Fördermaßnahmen herausgegeben, informiert über fachliche Neuigkeiten aus der Szene und möchte den Dialog von Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis im deutschsprachigen Raum fördern. Sie soll Forum und Plattform sein, um einen organisierten Austausch der so vielfältigen Tiergestützten Arbeit zu ermöglichen (www.tiergestuetzte.org/zeitschrift.html).

Therapeutisches Reiten ist die Mitgliedszeitschrift des DKThR, erscheint quartalsweise und bearbeitet als wissenschaftliches Fach- und Verbandsorgan Fachthemen, Kongresse, Literaturneuererscheinungen. Hinzu kommen Informationen zu Ausbildung, Turniersport, Rechtsfragen, internationalen Ereignissen und Seminaren.

Mensch und Pferd ist eine internationale Zeitschrift für Förderung und Therapie mit dem Pferd vom Ernst Reinhardt Verlag, erscheint vierteljährlich. Die Fachzeitschrift richtet sich an Fachpersonen und Institutionen mit pädagogischem, psychologischem, medizinischem, sportwissenschaftlichem und bewegungstherapeutischem Hintergrund sowie an Reiter mit Handicap.

Weiterbildungen

Es existiert in Deutschland eine Vielzahl von Qualifizierungsmöglichkeiten, die hier nicht vollständig aufgezählt werden können. Um dennoch einen Eindruck von Art, Umfang und Kosten zu geben, werden einige Aus- bzw. Weiterbildungsgänge beispielhaft dargestellt:

Fachkraft für tiergestützte Therapie (FITT)

Ziel ist die Qualifikation zur geprüften Fachkraft für tiergestützte Therapie und tiergestützte Fördermaßnahmen für den professionellen Einsatz von Tieren (insbesondere Hunden) in der Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, im Besonderen von Menschen mit einem erhöhten Förderbedarf (z.B. verhaltensauffällige, behinderte, kranke Menschen) im Sinne der Gesundheitsförderung, sowie zur Hebung der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Lehrgangabsolventen sollen qualifiziert sein für ein eigenverantwortliches tiergestütztes therapeutisches und/oder pädagogisches sowie gesundheitsförderndes Arbeiten im Rahmen von Institutionen oder in der freien Praxis. Sie sollen befähigt werden, theoretische Kenntnisse zur tiergestützten Therapie zu erwerben, den therapeutischen Einsatz von Tieren, insbesondere Hunden, zu initiieren, zu planen, ausgehend von Praxisbeispielen die Umsetzung einzuüben und die therapeutische Intervention zu bewerten und zu evaluieren. Inhalte sind im

- Fachgebiet Psychologie
 - Einsatz von Tieren bei Menschen in schwierigen Lebensumständen
 - Entwicklungspsychologie
 - Grundlagen und Aufgabenstellungen der Psychologie
 - Psychohygiene für helfende Berufe
 - Psychologische Grundlagen der Mensch-Tier-Beziehung

- Kommunikation und Beziehung zwischen Klient, Hund, Therapeut
- Therapieplanung und Therapieevaluation

- Fachgebiet Medizin
 - Einsatz von Tieren in der Geriatrie und in Seniorenheimen
 - Grundlagen der Geriatrie und Gerontologie
 - Überblick der häufigsten Krankheiten im Alter
 - Hygiene im Umgang mit Tieren
 - Psychische Erkrankungen des Erwachsenen und des Kinder- und Jugendalters
 - Grundlagen wichtiger somatischer Krankheiten
 - Möglichkeiten der Rehabilitation durch Tiere
 - Salutogenetische Aspekte

- Fachgebiet Veterinärmedizin, Biologie und Hundeeziehung
 - Erste Hilfe für Tiere (insbesondere Hund)
 - Hygiene
 - Tiere & Ethik
 - Verhaltensforschung
 - Artgerechte Erziehung von Hunden
 - Sozialpartnerschaft Mensch-Hund
 - Lernverhalten & Grundlagen zur Ausbildung von Therapie-Hunden
 - Ausbildung von Hunden für die tiergestützte Therapie

- Fachgebiet Pädagogik
 - Grundsätze der Pädagogik im Überblick
 - Grundlagen der Pädagogik
 - Heilpädagogik
 - Lerntheorien & Unterrichtsprinzipien
 - Pädagogischer und therapeutischer Einsatz von Tieren bei Kindern und Jugendlichen
 - Planung und Evaluation von Fördermaßnahmen

- Sonstige Fachgebiete
 - Rechtliche Grundlagen
 - Organisation von Maßnahmen der tiergestützten Therapie

Die Fortbildung wurde in Zusammenarbeit mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg entwickelt und durch die European Society for Animal Assisted Therapy (ESAAT) akkreditiert (www.tiere-begleiten-leben.de/fortbildung). Die Ausbildung umfasst einen Zeitraum von ca. 11 Monaten. Unterricht findet in 3 Blöcken mit jeweils 3 Tagen und 8 Blöcken mit jeweils 2 Tagen statt, zusätzlich entfallen auf die unterrichtsfreie Zeit ein Praxisprojekt, die Aufarbeitung des Praxisprojektes und Literatuarbeit. Die gesamte Ausbildung hat einen Umfang von insgesamt ca. 300 Stunden. Die Kosten der Fortbildung inklusive schriftlicher Unterlagen, Zugang zum online learning platform und Pausengetränke betragen insgesamt 3.500,- € (Stand 19.03.2012).

Ausbildung zum Besuchshunde-/Therapiebegleithunde-Team (FITT)

Das Therapiebegleithunde-Team ist ein ausgebildetes, geprüftes Team macht seine Besuche nach Absprache in einer sozialen, medizinischen oder pädagogischen Institution. Speziell geschulte Teams können auch zur direkten Mitarbeit mit Ergo-, Physio-, Sprachtherapeuten, Ärzten und Psychiatern eingesetzt werden. Bei der Zertifizierung wird nach der beruflichen Qualifizierung der Ausbildungsteilnehmer unterschieden: alle therapeutischen, pädagogischen und medizinischen Berufsgruppen können nach erfolgreicher Absolvierung des Seminars den Titel „zertifiziertes Therapiebegleithund-Team“ erhalten, interessierte Menschen ohne berufliche Fachqualifizierung im therapeutischen-pädagogischen-medizinischen Bereich erhalten nach erfolgreichem Abschluss des Seminars den Titel „zertifiziertes Besuchshund-Team für therapieunterstützende Aktivitäten“. Das Zertifikat muss einmal im Jahr durch eine Nachkontrolle verlängert werden. Dies ist notwendig, da auch geprüfte Hunde durch Unfälle, Traumen oder Krankheiten sich in ihrem Verhalten ändern können und möglicherweise dadurch die Eignung nicht mehr gegeben ist. Die Nachkontrollen können in autorisierten Hundeschulen vorgenommen werden.

Eine Akkreditierung durch die Europäische Gesellschaft für tiergestützte Therapie ist beantragt.

Ziel der Ausbildung ist es, dass der Ausgebildete und sein Hund in der Lage sind, als Team zu kommunizieren, die vielseitigen Möglichkeiten und Grenzen des tiergestützten Einsatzes mit Klienten zu erkennen, und dies für den Hund artgerecht umzusetzen. Des Weiteren sollen grundlegende notwendige

theoretische Kenntnisse im hundefachbezogenen und organisatorischen Bereich im tiergestützten Einsatz, sowie die praktische Umsetzung des Erlernten vermittelt werden. Wichtig ist

- Vermeidung von Überforderung des Hundes
- Stärkung der Bindung zwischen Mensch und Hund
- Stärkung des Vertrauens des Hundes zu seinem Menschen
- Keine Instrumentalisierung des Hundes
- Beachtung der natürlichen Bedürfnisse des Hundes
- Individuelle Betreuung der zukünftigen Therapiehundeteams und deren Fragen
- Eingehen auf rassebedingte Unterschiede (z.B. Lernverhalten, Aktivitätsgrad)

Theoretische Inhalte:

- Mein Job als Therapiehund - Ausbildung und Einsatz
- Vom Welpen zum Junghund
- Hunde und ihr Verhalten: Sozialverhalten und Kommunikation
- Hunde und ihr Verhalten: Lernverhalten, Stress
- Anatomie und Erste Hilfe
- Allgemeine Informationen
- Demonstration Therapiehundeteams im Einsatz
- Pädagogik 1 - Kindergarten / Anwendung TgP
- Pädagogik 2 - Schule / Anwendung TgP
- Kommunikation in therapeutischen Situationen
- Körperliche Krankheitsbilder / Anwendung TgT
- Psychische Krankheitsbilder / Anwendung der TgT
- Recht, Hygiene, Ethik
- Organisation einer tiergestützten Therapie

Praxisbezogene Inhalte:

- Akzeptanz von Nähe und Bedrängen
- Arbeiten unter Ablenkung
- Übungen zu Nähe & Distanz
- Umgang/Verhalten in und mit Gruppen
- Gewöhnung an ungewohnte Bewegungsmuster
- Gewöhnung an ungewohnte Umweltreize

Die Ausbildung umfasst 36 Stunden Theorie, 36 Stunden Praxis, theoretische und praktische Prüfung sowie 3 begleitete Assistenzbesuche. Die Gesamtkosten betragen € 840,- (www.tiere-begleiten-leben.de/ausbildung-therapiebegleithund-team).

TTA

Die Fortbildung zum Therapeuten für tiergestützte Therapie im Tiergestützte Therapie Ausbildungszentrum NRW (TTA) dauert ca. 15 Monate und umfasst 14 Module, ein Modul monatlich, jeweils Samstag und Sonntag von 9h – 16h. Zudem finden 2 schriftliche Prüfungen statt. Jeder Teilnehmer erstellt eine schriftliche Facharbeit und eine praktische Projektarbeit. Als Grundlagenfächer werden Aspekte der Mensch-Tier Beziehung sowie der tiergestützten Arbeit aus psychologischer, soziologischer, medizinischer, ethologischer und juristischer Perspektive erarbeitet. Überwiegend beschäftigt sich die Fortbildung mit der Durchführung tiergestützter Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen, z.B. Schule, Kindergarten, Seniorenheimen, etc., sowie mit tiergestützten Förderungsmöglichkeiten bei den benannten Zielgruppen. Die Fortbildungsgebühr beträgt 1.995€, die Prüfungsgebühr 90€ (www.tta-nrw.de).

DKThR

Die Weiterbildung zur Staatlich geprüften Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd (DKThR) baut auf einer schon vorliegenden pädagogischen oder psychologischen Grundausbildung sowie einer Trainerqualifikation im Reit- und/oder Voltigiersport auf. Die Aufgabe der „staatlich geprüften Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd“ ist es, Menschen mit Hilfe des Pferdes ganzheitlich in unterschiedlichen Settings in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Die heilpädagogische Förderung mit dem Pferd nimmt dabei Bezug auf die individuelle Persönlichkeit des Menschen und basiert auf den Elementen Bewegungsdialog, Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Motorik und Bindungsverhalten. Fachkräfte für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd finden ihre Betätigungsfelder in Schulen, Jugendhilfeeinrichtungen, Beratungsstellen, Vereinen, Kliniken, freien Praxen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Die Weiterbil-

derung wird berufsbegleitend in Form von Modulen angeboten. Es erfolgen Teilprüfungen in jedem Modul. Die Prüfung am Ende der Weiterbildung erfolgt in Form einer Projektarbeit. Aufnahmevoraussetzungen:

- Abschluss eines einschlägigen Fachschulbildungsganges des Sozialwesens oder einer mindestens gleichwertigen pädagogischen/psychologischen Vorbildung
- Trainer C gemäß Bestimmungen der Deutschen Reiterlichen Vereinigung

Der Pflichtunterricht der Studierenden beträgt 600 Unterrichtseinheiten. In den Stunden sind enthalten:

- Vermittlung der theoretischen Inhalte
- Hospitation in heilpädagogischen Fördermaßnahmen mit dem Pferd – praktische Umsetzung
- Selbsterfahrung, Kollegiale Beratung und Supervision
- Praktikum, Selbstlernphasen
- Schreiben der Projektarbeit

Themen der Weiterbildung:

- Artspezifische Eigenschaften und Verhaltensweisen des Pferdes
- Auswahl, Ausbildung und Gesunderhaltung (artgerechte Haltung) der Therapiepferde, Trainingspläne für Therapiepferde
- Kommunikation mit dem Pferd, Rangordnung Mensch – Pferd
- Gewöhnung des Pferdes an seine speziellen Aufgaben
- Die Rolle des Pädagogen – die pädagogische Haltung in der sachorientierten Partnerschaft – das Beziehungsdreieck
- Beziehungs- und Prozessgestaltung in der heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd
- Erst- und Verlaufsgespräche mit Klienten und ihren Bezugspersonen
- Entwicklung der Problembeschreibung (Diagnose), der Zielsetzung und der Besprechung des Prozesses
- Methodische Konzepte aus den Bereichen Heilpädagogik, Pädagogik, Psychologie, Psychomotorik und die Übertragung auf den Bereich der heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd
- Planung von heilpädagogischen Maßnahmen mit dem Pferd in unterschiedlichen Settings (Einzelarbeit an der Hand, Bodenarbeit, Voltigieren, geführtes Reiten, freies Reiten) und mit unterschiedlichen Zielsetzungen
- Reflektion der eigenen Arbeit, Kollegiale Beratung, Supervision
- Dokumentation

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Arbeit in multiprofessionellen Teams
- Erlebnispädagogische Maßnahmen
- Rechtliche Rahmenbedingungen, Unfallverhütung, Erste Hilfe Maßnahmen
- Betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse
- Konzepterstellung für heilpädagogische Fördermaßnahmen mit dem Pferd

Die Gebühr inkl. Prüfung beträgt bei Buchung bis fünf Monate vor Kursbeginn für DKThR-Mitglieder € 4.070,- und für Nichtmitglieder € 4.470,- sowie danach für DKThR-Mitglieder € 4.300,- und für Nichtmitglieder € 4.700,- (www.dkthr.de/downloads/wbb_2012.pdf).

Weiterbildung pferdegestützte Psychotherapie und Coaching (IPTh)

Die einjährige, berufsbegleitende Weiterbildung besteht aus einer Präsenzphase mit 4 Blockveranstaltungen à 3 Tagen und einem eintägigen Abschlusskolloquium (insgesamt 136 Unterrichtseinheiten) sowie eigenverantwortlicher Fallarbeit bzw. Projektarbeit. Diese Weiterbildung richtet sich an Psychologen (Diplom oder Master) mit beraterischer oder psychotherapeutischer Weiterbildung oder mindestens 3jähriger Berufserfahrung in Beratung oder Psychotherapie, Diplom- bzw. Sozialpädagogen mit Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie oder Psychosomatische Medizin oder mit psychotherapeutischer Weiterbildung. Zudem muss bis zum Ende der Weiterbildung eine reiterliche Qualifikation durch DRA IV bzw. eine entsprechende Qualifikation sowie das Longierabzeichen IV bzw. ein 2tägiger Longierlehrgang nachgewiesen werden, darüber hinaus ein Auffrischkurs Erste Hilfe/Lebensrettende Sofortmaßnahmen (mindestens 8 UE). Die Teilnahmegebühren betragen € 3.520,- (IPTh Konzeption 2012).

Die Weiterbildung ist in Teilen mit Fortbildungspunkten (50 Punkte) bei der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

Weiterbildung Reittherapie (IPTh)

Die Zusatzausbildung zum Reittherapeuten (IPTh) wird als 1½jährige, berufsbegleitende Weiterbildung angeboten, umfasst insgesamt 600 Unterrichtseinheiten und richtet sich an Personen mit abgeschlossener sozialer,

pädagogischer oder therapeutischer Berufsausbildung (Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen, Heilerziehungspfleger, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Psychiatriekrankenschwestern und -pfleger, Psychologen und Psychotherapeuten (HPG)). Sie besteht aus Praktikum, 6 Präsenzphasen, Selbststudium und Reittherapeutische Praxis sowie Abschlussarbeit (www.ipth.ch/reittherapie.html).

von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer anerkannte Fortbildungsmöglichkeiten

Im Bundesland Brandenburg werden von der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (www.opk-info.de) anerkannte Fortbildungsmöglichkeiten zu „Psychotherapie mit Pferd“ (Dipl.-Psych. Christiane Schaper, www.christiane-schaper.de) und „Pferdegestützte Psychotherapie“ (Dipl.-Soz.Päd Marion Kläschen, www.centro-hipico.de) angeboten.

Beispiel: Bundesland NRW

von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Seit 30 Jahren werden in Bethel Therapiepferde eingesetzt, mittlerweile 9 Warmblüter, Ponys und Freiburger (Kaltblüter). Rund 120 Menschen kommen jede Woche in die Reithalle. Das Therapeutische Reiten umfasst 3 Bereiche: Heilpädagogische Förderung mit dem Pferd unterstützt die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit Behinderung und/oder emotionalen sowie sozialen Problemen; Hippotherapie als ärztlich verordnete Krankengymnastik auf dem Pferderücken für Menschen mit neurologischen Erkrankungen wie z. B. Haltungstörungen und Koordinationsproblemen; und Reiten als Freizeitbeschäftigung und Sport für Menschen mit Behinderung. Das Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen hat das Berufskolleg Bethel mit dem Aufbau eines zweijährigen Ausbildungsganges zur staatlich anerkannten „Fachkraft für die heilpädagogische Förderung mit dem Pferd“ (s. u.) beauftragt in Kooperation mit dem Deutschen Kuratorium für Therapeutisches Reiten (DKThR) und dem Therapeutischen Reiten Bethel. 2010 erhielten die ersten 18 Teilnehmer einen Abschluss (www.bethel.de).

LWL-Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marl-Sinsen

Die Haardklinik ist mit 12 Stationen eine der größten Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Deutschlands. Das Angebot der tiergestützten Therapie findet auf einem Gelände von ca. 1 ha statt. Auf dem eingezäunten Waldgelände befinden sich Unterstände, Wasserstellen, Futterstellen und eine Offenstallung mit unterschiedlichen Kleintieren (Esel, Ziegen, Kaninchen und Meerschweinchen). Die Patienten betreten gemeinsam mit Mitarbeitern der tiergestützten Therapie das Tiergelände. Die Therapiestunden beinhalten gemeinsames Ankommen, Besprechung der Zielsetzung, Ablauf der Stunde festlegen, Spaziergang mit den Tieren, Putzen der Tiere, Ställe säubern sowie Belohnung der Tiere, um die Beziehung zu stützen. Therapieziele sind verantwortungsvolles Handeln, Aufbau von positiver Spannung, Therapiemotivation, Steigerung der Sinne, Nachlassen psychischer und körperlicher Anspannungen, Strukturierung des Tagesablaufs, Förderung motorischer Fähigkeiten, Akzeptanz durch Tiere, Förderung der sensorischen Integration und Selbstwertsteigerung, Förderung der Beziehungsfähigkeiten, Abbau von Ängsten, Wiedergewinnung von Instinkten, Trauerbewältigung, Empathiefähigkeit, eigene Grenzen erkennen, Stärken und Schwächen erfahren, direkte Rückmeldung, Einhaltung von Regeln. Eingesetzt wird tiergestützte Therapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen, Ängsten, Zwangserkrankungen, AD(H)S, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Borderline-Störungen, Psychosen, Autismus, Dissozialen Persönlichkeitsstörungen, Lernschwierigkeiten, schwerst geistiger Behinderung, körperlichen Beeinträchtigungen sowie Auto- oder Fremdaggressionen (www.jugendpsychiatrie-marl.de/therapieangebote/tiergestth).

Darüber hinaus wird Heilpädagogisches Voltigieren angeboten. Im Vordergrund steht für die Kinder und Jugendlichen spielerisches Kennenlernen eigener Fähigkeiten ohne Leistungsstress. Dabei werden die Patienten in verschiedenen Bereichen berührt: in ihrer Körperlichkeit und Beweglichkeit, Wahrnehmungsfähigkeit und Sensibilität, Beziehungs- und Auseinandersetzungsfähigkeit sowie bezüglich der Übernahme von Eigen- und Fremdverantwortung und realitätsbezogener Selbsteinschätzung. Die Pflege und das fachgerechte Satteln und Zäumen der Pferde dienen der Kontaktaufnahme, dem Kennenlernen der Eigenheiten und natürlicher Reaktionen und dem Abbau von Berührungängsten. Es stehen Pferde unterschiedlicher Größe und Farbe zur Verfügung (www.jugendpsychiatrie-marl.de/therapieangebote/reittherapie).

Weiterbildungen

Staatlich geprüfte Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit Pferd

Das Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen hat 2008 einen ‚Lehrplan zur Erprobung‘ in Kraft gesetzt: Fachschulen des Sozialwesens können einen Aufbaubildungsgang „Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd“ anbieten, der Theorie und Praxis der heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd und der Therapiepferdeausbildung, Methoden der heilpädagogischen Förderung mit dem Pferd sowie damit im Zusammenhang wichtige Themen von Organisation, Recht, Verwaltung umfasst.

Voraussetzung für das Studium ist der Abschluss eines einschlägigen Fachschulbildungsganges des Sozialwesens oder den Nachweis einer mindestens gleichwertigen pädagogischen/psychologischen Vorbildung. Darüber hinaus ist aufgrund der besonderen fachlichen Bezügen zum Reit- und Voltigiersport der Nachweis weiterer reiterlicher/voltigierfachlicher Qualifikationen (Trainerlizenz C Reiten oder Voltigieren gemäß APO der Deutschen Reiterlichen Vereinigung oder eines der Anschlussverbände) erforderlich. Die Ausbildung erfolgt in der Regel berufsbegleitend. Der Pflichtunterricht der Studierenden beträgt 600 Unterrichtsstunden.

Als Abschluss ist eine fächerübergreifende Projektarbeit im Umfang von 60 Stunden durchzuführen und im Rahmen eines Kolloquiums zu präsentieren. Mit dem erfolgreichen Abschluss wird ein Zeugnis erteilt, mit dem die Berechtigung zum führen der Berufsbezeichnung „Staatlich geprüfte Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd“ verliehen wird (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen 2008).

Aktivitäten des Landschaftsverbands Rheinland (LVR)

2008 führte das LVR-Amt für Klinikplanung eine Podiumsdiskussion zum Thema „Tiergestützte Therapie und Pädagogik in verschiedenen psychosozialen, psychiatrischen und pädagogischen Arbeitsfeldern“ durch, aus der der 2009 erschienene Themenband „Tierische Therapeuten. Die Wirkungen tiergestützter Therapie und Pädagogik in psychiatrischen, psychotherapeutischen, pädagogischen und sozialen Zusammenhängen in ambulanten und stationären Einrichtungen der Psychiatrie, in der Heilpädagogik, in Schulen,

in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Altenhilfe oder in der Forensik“ hervorging (www.lvr.de/app/resources/tierische_therapeuten_komplett_intranet_klein.pdf).

LVR-Klinik Bedburg-Hau

Seit 1972 bietet die LVR-Klinik Bedburg-Hau Reittherapie für Patienten aus der Allgemeinen Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der sozialen Rehabilitation und der Forensischen Psychiatrie an. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden außerdem auch Hunde in der Therapie eingesetzt (WIR im LVR NEWSLETTER, Ausgabe Dezember 2011, <http://wirnewsletter/app/wirnewsletter/Detail.aspx?AG=12&AR=295>, Flyer „Reittherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“, www.klinik-bedburg-hau.lvr.de/06diagtherapeinr/therapie/40jahreireiththerapieinderkiju.pdf).

Viersen und Umgebung

Das Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW untersucht zurzeit in Kooperation mit der Viersener Hundeschule „Doglove“ Effekte Hund gestützter Aktivitäten auf Menschen mit geistiger Behinderung. Eine fünfköpfige Gruppe aus der Mönchengladbacher Behinderteneinrichtung Hephata erhält seit September 2011 einmal in der Woche für je zwei Stunden ein Angebot in der Viersener Hundeschule. Mitarbeiter von Hephata bewerten anhand des „Löwener Beobachtungsbogens“ das Verhalten der Teilnehmer in der Behinderteneinrichtung. In der Vorauswertung ließen sich bereits positive Auswirkungen auf Sprache, Körperkoordination und Selbstvertrauen (Becker 2011).

Der in Mönchengladbach ansässige Fachkreis Therapiebegleithunde West (FK TBH) ist gegründet worden, um allen in pädagogischen, therapeutischen, psychologischen oder medizinischen Berufen tiergestützt Tätigen eine Austauschplattform und Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten. Der Fachkreis steht zudem auch jedem in den o.g. Tätigkeitsfeldern arbeitenden Interessierten offen. Anliegen ist eine Qualitätssicherung der tiergestützten Thera-

pie, ein offener Austausch, Fallbesprechungen und Weiterbildungen, sowie Nachprüfungen der ausgebildeten Therapiebegleithunde. Des Weiteren sollen Ausbildungsstandards erarbeitet und versucht werden, diese an den Ausbildungsinstituten zu etablieren (www.therapiebegleithunde.info). Die Mitglieder sind u. a. in Viersen, Mönchengladbach, Neuss, Grevenbroich, Düsseldorf und Aachen ansässig.

Im Forum <http://tiergestuetzearbeitmithund.de> findet themenbezogener Austausch online statt.

LVR-Klinik Viersen

Tiergestützte Aktivitäten (animal-assisted activities, AAA)

Hierzu zählen gemäß o. g. Definitionen Aktivitäten mit Tieren im therapeutischen, pädagogischen und pflegerischen Kontext, die nicht einem vorab klar definierten therapeutischen Ziel folgen und nicht unbedingt durch speziell geschulte therapeutische Fachpersonen durchgeführt werden, jedoch nützlich sind bzgl. Motivation, Lernen, Freizeit, Erholung und/oder Therapie zur Verbesserung der Lebensqualität.

- Ein Kinderkrankenpfleger auf einer Kinderstation für 12 Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren, betreut auf der Station zusammen mit den Patienten ein Aquarium. Ziele sind u. a. Verantwortung übernehmen für abhängige Lebewesen, Hygienegrundlagen, Technikfunktionen. Der Umfang liegt bei 2 bis 3 Stunden pro Woche.
- Eine Diplom-Psychologin auf einer Station für Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren setzt einen Hund zur positiven Beeinflussung des Therapieklimas 1x pro Woche in der Gruppentherapie für Jugendliche mit Essstörung (durchschnittlich 7 Patienten, Dauer 60 Minuten) ein. Darüber hinaus findet Hund gestützte Therapie im Einzelsetting statt (s. u.).
- Eine Erzieherin führt auf einer Station für Jugendliche im Alter von 13 bis 16 Jahren mit den Patienten Therapie unterstützendes Reiten durch in einem externen Pferdestall in der Nähe der Klinik. Die Grup-

pengröße liegt zwischen 1 und 2 Patienten, der Umfang bei 2x pro Woche je 1,5 Stunden. Hinzu kommen Elterngespräche. Ziele sind u. a. Kontakt aufnehmen, eine Vertrauensbasis aufbauen, Ängste überwinden, Konzentration und Körpergefühl, ggf. auch Körperhaltung verbessern.

- Eine Erzieherin führt auf einer Jugendhilfegruppe für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren Reittherapie im Einzelkontakt in einem Umfang von 2 Stunden pro Woche durch. Ziele sind u. a. konstruktiver Umgang mit Aggressivität, dabei auch den Körper spüren, beobachten, was passiert, wie sich die Erregung zurückbilden kann, selbstständiger werden, Einschätzung der aktuellen Verfassung des Pferds und Berücksichtigung dieser Einschätzung bei der Gestaltung der Anforderungen, flexibles Reagieren, Umplanen.

Tiergestützte Therapien (animal-assisted therapy, AAT)

Gemäß o. g. Definitionen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Definition konkreter spezifischer therapeutischer Ziele, die in der tiergestützten Therapie erreicht werden sollen, im Rahmen eines Behandlungsplans. Die Therapie wird durch eine geschulte Fachperson (Psychotherapeuten, Ärzte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden oder andere Mitarbeiter der Heilberufe) durchgeführt oder begleitet. Diese Personen müssen eine zusätzliche Qualifikation auf dem Gebiet der tiergestützten Therapie erworben haben bzw. erwerben. Der Therapieverlauf wird explizit gesondert dokumentiert und der Behandlungserfolg wird gemessen.

- Eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Therapiehundteam-Ausbildung führt in einer Tagesklinik für Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren Hund gestützte Therapie durch (überwiegend draußen, überwiegend in Kleingruppen mit je 2 bis 3 Patienten). Neue Patienten bekommen zunächst Einzelsitzungen, bevor auf Kleingruppe umgestellt wird. Die Dauer beträgt je Sitzung pro Kind mindestens 15 Minuten, so dass sich eine Gesamtdauer von 15 bis 45 Minuten pro Sitzung ergibt. Die Sitzungen finden an 2 Nachmittagen pro Woche statt, jeder Patient erhält 1x pro Woche eine Sitzung. Die Behandlungsziele richten sich nach dem individuellen Gesamtbehandlungs-

plan jedes Patienten. Darüber hinaus sind allgemeine Ziele Erlernen von eindeutiger Kommunikation, Übernahme von Verantwortung, Handlungsplanung, zeitgerechtes Reagieren, Rücksichtnahme, Beobachtung dessen, was der Hund ausdrückt, Unterschiede erkennen, Verbesserung der Konzentration.

- Eine approbierte Psychologische Psychotherapeutin mit Therapiehundteam-Ausbildung führt in der Kindergruppe einer Tagesklinik sowie in der Ambulanz mit Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren Hund gestützte Therapie teils in den Gruppenräumen, teils draußen durch, sowohl im Einzelsetting als auch in Gruppen mit bis zu 7 Patienten. Die Dauer beträgt 30 Minuten, die Frequenz 1x pro Woche. Insgesamt findet die Hund gestützte Therapie an 2 bis 3 Nachmittagen pro Woche jeweils für 1 Stunde statt. Die Behandlungsziele richten sich nach dem individuellen Gesamtbehandlungsplan jedes Patienten. Darüber hinaus sind allgemeine Ziele Kooperation der Kinder untereinander (z. B. Wettlauf gegen den Hund), dem Hund etwas beibringen durch Zerlegen einer komplexen Handlung in kleine Einzelschritte, Beobachtung, woran zu erkennen ist, dass sich der Hund konzentriert, Erzeugen von Blickkontakt, Selbstreflexion durch Beobachtung des eigenen Verhaltens und in Beziehung setzen zum Verhalten des Hundes, Fürsorge, Entspannungsübungen (Hund hat Körperkontakt mit den auf dem Boden liegenden Patienten, Vorlesen von Hund-Entspannungsgeschichten, Bewegungsspiele.
- Eine Diplom-Pädagogin mit systemischer Ausbildung, zurzeit in Ausbildung zur Therapeutin für tiergestützte Therapie, führt auf der Eltern-Kind-Station (Kinder und Jugendliche von 1,5 bis 18 Jahren mit ihren Eltern) Hund gestützte Therapie für alle Patienten 1x während der Behandlung in der Gruppe mit einer Dauer von 30 bis 45 Minuten durch. Ziele sind Kontrolle der eigenen Hände, Geduld üben, Mut haben, Regeln und Absprachen einhalten. Autistische Patienten lernen durch Anweisungen wie „Sitz!“ oder „Such!“ verbal etwas zu erreichen. Zusätzliche Behandlungsziele richten sich nach dem jeweiligen individuellen Gesamtbehandlungsplan und werden etwa 2 bis 3x pro Woche im Rahmen der Familientherapien in den Therapieräumen oder draußen umgesetzt mit einer Dauer von jeweils ca. 45 Minuten.

- Eine Diplom-Psychologin führt auf einer Station für Jugendliche im Alter von 13 bis 14 Jahren Hund gestützte Therapie im Einzelsetting durch. Die Dauer beträgt 50 bis 60 Minuten. Die Behandlungsziele richten sich nach dem individuellen Gesamtbehandlungsplan jedes Patienten. Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung sind häufig Themen, bei denen insbesondere sozial unsichere Patienten profitieren. Zusätzlich wird der Hund im Rahmen tiergestützter Aktivitäten (animal-assisted activities, AAA) zur positiven Beeinflussung des Therapieklimas 1x pro Woche in der Gruppentherapie für Jugendliche mit Essstörung (durchschnittlich 7 Patienten, Dauer 60 Minuten) eingesetzt. Insgesamt wird der Hund an 1 bis 2 Nachmittagen pro Woche jeweils für 2 bis 3 Sitzungen eingesetzt.

Tiergestützte Pädagogik (animal assisted education, AAE)

Gemäß o. g. Definitionen sind hierunter pädagogischen Ansätze einzuordnen, in denen Tiere als Hilfsmittel im Unterricht eingesetzt werden. Tiergestützte Pädagogik kann im Klassenzimmer oder außerhalb stattfinden.

- Eine Sonderschullehrerin an der Schule für Kranke auf dem Klinikgelände mit Zusatzausbildung für Hund gestützte Pädagogik führt an 2 Tagen pro Woche Lerngruppen in einer Größe von durchschnittlich 6 bis 7 Schülern durch, im Rahmen derer sowohl innerhalb der Unterrichtsräume als auch außerhalb ein Hund eingesetzt wird. Ziele sind u. a. Übernahme von Verantwortung, Begleitung und Betreuung. Die Schüler lernen den artgerechten und respektvollen Umgang mit einem Tier und dadurch gleichzeitig den Respekt gegenüber anderen Mitschülern. Der Hund fördert die Freude am Schulalltag und hilft so, beispielsweise Schulangst zu vermindern oder erst gar nicht aufkommen zu lassen. Hunde lehren neue Wege des Umgangs mit Aggressionen, denn sie reagieren auf rücksichtsloses Verhalten mit vorsichtigem Rückzug. Damit zeigen sie Schülern auf neutrale Weise, dass ihnen unkontrollierte Aktionen selbst schaden. Durch soziale Katalysatoren, wie zum Beispiel einem Hund, fällt es besonders schüchternen Kindern oft leichter, mit anderen Kindern in Kontakt zu treten. Im Fachunterricht wird der Schulhund zunächst überwiegend in freier Interaktion einfach nur anwesend sein, was zu einer ruhigen und

angenehmen Arbeitsatmosphäre führt. Später, wenn sowohl Schüler als auch der Hund sich aneinander gewöhnt haben, kann er in der gelenkten Interaktion gezielt eingesetzt werden, um bestimmte Lerninhalte zu transportieren. Darüber hinaus kann der Hund gemeinsam mit seiner Lehrerin auf Anfrage zu Besuch in andere Klassen kommen. Dies kann im Rahmen einer Vorstellung als spezieller Hundetag geschehen, aber auch stundenweise in einer Klassenlehrerstunde, im Biologieunterricht, oder im Wahlpflichtunterricht. Außerdem besteht die Möglichkeit eine Einzelförderung in der jeweils ersten Stunde mit Schülern der Primarstufe, den Lernbereichen oder für sehr introvertierte Schüler anzubieten.

Grenzen, Kritik und Kontraindikationen

In der von Henning et al. (2005) durchgeführten bundesweiten Bestands- und Bedarfsanalyse zu Tieren in der stationären Kinderpsychiatrie wurden von den Einrichtungen, in denen keine Tiere eingesetzt werden, als Hindernisse Hygieneauflagen, Gesundheitsrisiken, Tierschutzbestimmungen, ungeklärte Wirksamkeit, Mangel an Therapierichtlinien, Mangel an geeigneten Tieren bzw. Tierhalten sowie finanzieller Aufwand und zusätzliche Belastung für das Personal benannt.

Die Einhaltung grundlegender Rahmenrichtlinien für tiergestützte Therapieformen wird von den Autoren mit „mangelhaft“ eingestuft (nur die Hälfte der antwortenden Einrichtungen halte diese ein). Wichtig auch mit Blick auf den Schutz von Patient und Tier in der Therapie erscheint den Autoren eine spezielle Ausbildung der Tiere. In über zwei Dritteln der tiergestützt arbeitenden Einrichtungen war diese vorhanden, jedoch „zumeist isoliert auf Pferde“.

Allein die Anwesenheit eines Tieres garantiert noch keine grundsätzlich positiven Effekte: In der Studie von Rellum et al. (2011) zur Wirksamkeit von Tiertherapie bei Kindern hatte die Anwesenheit eines Therapiehundes keinen signifikanten Einfluss auf die initiale Therapieerwartung.

Die Risiken einer tiergestützten Therapie sind offensichtlich grundsätzlich gering, wenn die geforderten Kriterien bei der Auswahl der Tiere eingehalten und die Therapeuten zusätzlich ausgebildet werden (DGSPJ 2008, S. 20). Andererseits kann, wie bei allen Therapieformen, offenbar auch bei tiergestütz-

ter Therapie ein negativer Effekt nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden: In der Studie von Prothmann et al. (2005) kam es bei 7 von 61 stationär behandelten kinderpsychiatrischen Patienten (11%) zu einer Verschlechterung in der Basler Befindlichkeitsskala.

Die Art des psychischen Störung beeinflusst möglicherweise den Effekt tiergestützter Therapie: Prothmann et al. (2005) sehen tiergestützte Therapie besonders bei psychosomatischen, emotionalen und affektiven Störungen als wirkungsvoll an, also offenbar eher bei internalen als bei externalen Störungen wie etwa ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens. Dies könnte allerdings auch an anderen Variablen der stationären Behandlung gelegen haben oder an der Tatsache, dass die tiergestützte Therapie in Form einer nondirektiven Spieltherapie durchgeführt wurde, da nondirektive Therapieformen allgemein in der Literatur oftmals als bei externalen Störungen weniger wirksam als bei internalen angesehen werden.

Kontraindikationen der Hippotherapie sind gemäß DGSPJ (2008, S. 7): Ausgeprägte, evtl. schmerzhafte Bewegungseinschränkungen, insbesondere der Hüftgelenke, erhebliche Muskelschwäche, insbesondere der rumpfnahen Muskulatur und der für die Kopfkontrolle, entzündliche Knochenkrankungen oder spezielle Fehlstellungen der Wirbelsäule, drohende Komplikationen durch andere Erkrankungen, wie z.B. Herz-Kreislaufstörungen, Allergie auf Pferdehaare oder aktive Epilepsie mit häufigen epileptische Anfälle, erhebliche psychische Auffälligkeiten, wie z. B. Ängste oder „Kontrollverluste“ sowie Überforderung des Patienten. Die meisten dieser Kontraindikationen dürften auch für die anderen Formen Pferd gestützter Aktivitäten zutreffen.

Als mögliche Gesundheitsgefährdung durch Tiere allgemein sowie durch deren Einstreu und Futter ist das Auslösen oder Verschlimmern allergischer Reaktionen durch Tierhaare oder andere tiergebundene Antigene (Speichelbestandteile, Hautschuppen und gelegentlich Urinbestandteile) zu berücksichtigen. Die Haltung von Nagetieren schafft dabei häufiger Probleme als die Haltung von Katzen, wobei letztere jedoch wesentlich häufiger als Hunde Allergien auslösen. Das Risiko für respiratorische Symptome durch felltragende Haustiere liegt bei etwa 5%. Allergische Reaktionen einzelner Bewohnerinnen und Bewohner müssen deshalb bei der Einführung von Tieren in Praxen bzw. Einrichtungen berücksichtigt werden – auch dann, wenn der Tierkontakt abgelegen von den Hauptaufenthaltsräumen stattfindet und ein

direkter Kontakt der Betroffenen mit dem Tier vermieden wird. Allergene können auch über die Kleidung von Personen, die Kontakt mit dem Tier hatten, verschleppt werden. Stark allergische Menschen werden so indirekt mit dem Allergen konfrontiert und spüren Beschwerden. In solchen Fällen muss entweder auf Tiere verzichtet oder auf eine andere Tierart ausgewichen werden (Robert Koch-Institut 2003).

Auf der Website der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LVR-Klinik Bedburg-Hau werden als Kontraindikationen für tiergestützte Therapie „große Abneigung, Hassgefühle, krankhafte Ängstlichkeit“ gegenüber Hunden sowie somatische Erkrankungen wie z. B. bestimmte Allergien benannt (www.klinik-bedburg-hau.lvr.de/02kliniken/kinder-+und+jugendpsychiatrie/02tageskliniken/61ecb6bf-60b8-456c-b2b5-b748383f62e4.htm). Einschränkend muss ergänzt werden, dass zur Behandlung spezifischer Tierphobien zu Beginn der Behandlung möglicherweise auf die Anwesenheit des betreffenden Tieres verzichtet werden muss, jedoch nicht im Verlauf. Auch die zuvor genannten Aspekte ‚große Abneigung‘ und ‚Hassgefühle‘ können u. U. im Therapieverlauf einer Bearbeitung bedürfen, sofern dies im Rahmen des gesamten Behandlungsprozesses sinnvoll erscheint.

Zu berücksichtigen sind auch Tierschutz und Tierrechte. People for the Ethical Treatment of Animals (PETA) mit mehr als 3 Millionen Mitgliedern und Anhängern ist weltweit die größte Organisation für Tierrechte (www.peta.org). Auf der Website von PETA Deutschland e.V. (www.peta.de) wird erläutert, was mit ‚Tierrechten‘ gemeint ist: „Menschen, die die Rechte der Tiere unterstützen, sind der Ansicht, dass wir als Menschen kein Recht haben, Tiere für Nahrung, Kleidung, Unterhaltung, Versuche oder andere Zwecke zu benutzen, und dass Tiere eine Berücksichtigung ihrer ureigensten Interessen verdienen, egal, ob sie niedlich oder für den Menschen nützlich sind, eine gefährdete Art darstellen oder irgendeinem Menschen überhaupt etwas an ihnen liegt.“ Der Unterschied zwischen ‚Tierrechte‘ und ‚Tierschutz‘ wird auf der Website folgendermaßen definiert: „Tierschutztheorien akzeptieren, dass Tiere Interessen haben, ordnen diese aber den Interessen des Menschen unter, wenn sie der Ansicht sind, dass der Nutzen für den Menschen dieses Opfer rechtfertigt. Tierrechtstheorien besagen, dass Tiere, wie Menschen, Interessen haben, die man nicht denen anderer unterordnen oder opfern darf. Die Tierrechtsbewegung meint jedoch nicht,

dass diese Rechte absoluten Charakter haben – auch die Rechte der Tiere, wie die der Menschen, können gewisse Grenzen haben und sicherlich in Konflikt miteinander geraten. Diejenigen, die die Tierrechtsbewegung unterstützen, sind der Ansicht, dass wir kein Recht haben, Tiere für Nahrung, Kleidung, Unterhaltung oder Versuche zu benutzen, während Tierschützer der Ansicht sind, dass man Tiere sehr wohl dafür benutzen darf, solange es ‚human‘ zugeht“. PETA Deutschland e.V. spricht sich gegen das Halten von Fischen in Aquarien aus („Fische in Aquarien: Nein Danke! ... Bitte kaufen Sie kein Aquarium. Fische gehören in die Freiheit und nicht hinter ‚Gitter‘.“), gegen die Zucht von Pferden und für das Stoppen der Produktion von Haustieren, durch die „immer wieder solche Tiere erzeugt werden, die zum Überleben auf den Menschen angewiesen sind.“). „Wegen ihres Rechts auf Freiheit ist es nicht richtig, die Delfine in Delfinarien zu halten, wo sie in Shows auftreten müssen. Das sei wie Sklaverei. Und auch das Schwimmen mit Delfinen, eine Touristen-Attraktion, und die medizinische Delfin-Therapie sollten aus diesem Grund verboten werden.“ Aus der Perspektive eines Tier-Aktivisten entspricht die Einbeziehung von Tieren in die therapeutische Arbeit mit Menschen nicht den PETA-Forderungen bzw. deren philosophischen Kriterien. James A. Serpell, Direktor des Center for the Interaction of Animals and Society, Tiermedizinische Fakultät der University of Pennsylvania, weist darauf hin, dass Verhaltensmodifikation und das Beibringen „nicht-natürlicher Fertigkeiten“ in den meisten Fällen tiergestützter Therapie offensichtlich ist und somit in den natürlichen Daseinszustand des Tieres eingreift (Serpell et al. (2000). Daher muss jeder Therapeut, der darüber nachdenkt, tiergestützte Therapie durchzuführen, klären, ob tiergestützte Therapie zu seinem Werte- und Glaubenssystem bzgl. Tierrechte und Tierschutz passt (Cole 2009).

Anforderungen an die Tiere und an den Umgang mit ihnen

Tierschutz

Gesetzliche Grundlage stellt das deutsche Tierschutzgesetz dar. In § 2 TierSchG heißt es: „Wer ein Tier hält, betreut oder zu betreuen hat, 1. muss das Tier seiner Art und seinen Bedürfnissen entsprechend angemessen ernähren, pflegen und verhaltensgerecht unterbringen, 2. darf die Möglichkeit des Tieres zu artgemäßer Bewegung nicht so einschränken, dass ihm Schmerzen oder vermeidbare Leiden oder Schäden zugefügt werden, 3. muss über die für eine

angemessene Ernährung, Pflege und verhaltensgerechte Unterbringung des Tieres erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen.“ Die American Veterinary Medical Association (AVMA) definiert, dass Tierschutz gestaltet, wie ein Tier mit den Bedingungen, unter denen es lebt, zurecht kommt: Ein Tier unter guten Tierschutzbedingungen ist gesund, gut ernährt, wohlbehalten, fähig, angeborenes Verhalten zu zeigen, fühlt sich wohl und leidet nicht unter unangenehmen Zuständen wie Schmerz, Angst und Elend. Guter Tierschutz erfordert Prävention von Krankheiten, tierärztliche Betreuung, angemessene Unterkunft, Führung, Ernährung, humanen Umgang und humanes Schlachten. Tierschutz bedeutet, für die physischen und mentalen Bedürfnisse des Tieres sorgen (www.avma.org/issues/animal_welfare).

„Prager Richtlinien“ der IAHAIO

Den ‚Prager Richtlinien‘ der IAHAIO von 1998 zufolge sind die Ausbilder der Tiere und jene, die die Fähigkeiten dieser Tiere anderen Menschen als Dienstleistung anbieten, in besonderem Maße für die Lebensqualität der Tiere verantwortlich. Programme, die zum Nutzen anderer den Einsatz von Tieren bei tiergestützten Aktivitäten und Therapien anbieten, sollten sicherstellen, dass qualifizierte Mitarbeiter eingesetzt und bestimmte Regeln eingehalten werden, die einer regelmäßigen Kontrolle unterliegen. Vor diesem Hintergrund wurden folgende Richtlinien festgelegt:

1. Es werden nur Heimtiere eingesetzt, die durch Methoden der positiven Verstärkung ausgebildet wurden und artgerecht untergebracht und betreut werden.
2. Es werden alle Vorkehrungen getroffen, damit die betroffenen Tiere keinen negativen Einflüssen ausgesetzt sind.
3. Der Einsatz von Tieren in helfender bzw. therapeutischer Funktion sollte in jedem Einzelfall begründete Erfolgsaussichten haben.
4. Es sollte die Einhaltung von Mindestvoraussetzungen garantiert sein, und zwar im Hinblick auf Sicherheit, Risiko-Management, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Gesundheit, Vertraulichkeit sowie Entscheidungsfreiheit. Ein angemessenes Arbeitspensum, eine eindeutig auf Vertrauen ausgerichtete Aufgabenverteilung sowie Kommunikations- und Ausbildungsmaßnahmen sollten für alle beteiligten Personen klar definiert sein.

5. Organisationen, die sich verpflichten den vorgenannten vier Richtlinien zu folgen, können als assoziierte Mitglieder in die IAHAIO aufgenommen werden.

(www.mensch-heimtier.de/uploads/media/prager_iahaio_richtlinien_eb9_c.html)

Grundsätze für tiergestütztes Arbeiten mit Heimtieren' der ESAAT

Die ESAAT hat ein 6 Seiten umfassendes Papier mit Grundsätzen für tiergestütztes Arbeiten mit Heimtieren verabschiedet, das neben Details zu Kleinsäugetieren und Hunden auch Rahmenbedingungen für Pferde konkret benennt. Im allgemeinen Teil wird u. a. ausgeführt: „Der/Die TierhalterIn trägt die Verantwortung für die tierschutzkonforme Unterbringung und Betreuung des Tieres. Die Person, die tiergestützt arbeitet, ist für das umfassende Wohlergehen des Tieres während des tiergestützten Einsatzes verantwortlich. Sie hat Häufigkeit, Dauer und Intensität des Einsatzes so zu bestimmen, dass das Wohlbefinden des Tieres nicht beeinträchtigt wird; insbesondere ist sie verpflichtet, den Einsatz bei den ersten Anzeichen von Distress zu unterbrechen.“ (www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Grundsaeetze_ESAAT.pdf)

Auswahl des Tieres abhängig vom Setting und vice versa

Fragen zur Eignung von Tieren für therapeutische Arbeit entstehen oftmals besonders bzgl. Risikomanagement (z. B. Patientensicherheit, Haftung) und Tierschutz. Diese Aspekte reichen jedoch nicht aus, um Kriterien einer therapeutischen Wirksamkeit zu benennen (Kruger & Serpell 2010). Nach Grawe (2005) lassen sich folgende grundlegende Wirkfaktoren der Psychotherapie nachweisen:

1. *Therapeutische Beziehung*: Die Qualität der Beziehung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten trägt signifikant zu einem besseren oder schlechteren Therapieergebnis bei.
2. *Ressourcenaktivierung*: Eigenarten, der Patient in die Therapie mitbringt (motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten und Interessen), werden als positive Ressource für das therapeutische Vorgehen genutzt.

3. *Problemaktualisierung*: Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden unmittelbar erfahrbar. Das kann z.B. dadurch geschehen, dass Therapeut und Klient reale Situationen aufsuchen, in denen die Probleme auftreten, oder durch therapeutische Techniken wie intensives Erzählen, Imaginationsübungen, Rollenspiele o. ä.
4. *Motivationale Klärung*: Die Therapie fördert mit geeigneten Maßnahmen, dass der Patient ein klareres Bewusstsein der Determinanten (Ursprünge, Hintergründe, aufrechterhaltende Faktoren) seines problematischen Erlebens und Verhaltens gewinnt.
5. *Problembewältigung*: Die Behandlung unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen (direkt oder indirekt) darin, positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit seinen Problemen zu machen.

Zwar verfügt die Literatur zu tiergestützter Therapie über eine Fülle von anekdotischen Schilderungen und Postulierungen zu Aspekten, die diese fünf Wirkfaktoren mehr oder weniger betreffen, systematische empirische Studien hierzu sind jedoch bisher nicht publiziert worden.

Überall dort, wo tiergestützte Aktivitäten erfolgen, müssen die Patienten und ihre Angehörigen bei Aufnahme nach entsprechenden Allergien, Ängsten und/oder Ablehnung gegen diese Tierart befragt werden. Werden Probleme in diesen Bereichen bekannt, müssen angemessene Strategien greifen. Dort, wo eine Tierart neu eingesetzt wird, muss das Personal befragt werden, ob entsprechende Allergien, Ängste und/oder Ablehnung gegen diese Tierart beim Personal bestehen. Werden Probleme in diesen Bereichen bekannt, müssen angemessene Strategien greifen (Mallon et al. 2010).

Untrennbar verbunden mit moderner Psychotherapie sind zudem Supervision, Intervention und Selbsterfahrung sowie allgemein Fragen zur Psychohygiene. Die Frage, wie dies für Tiere, die im Rahmen tiergestützter Therapie eingesetzt werden, realisiert werden kann, bleibt ebenfalls vorerst unbeantwortet und muss Gegenstand zukünftiger Forschung sein.

Therapie in den Räumen einer Klinik oder Praxis

Für tiergestützte Therapie in den Räumen einer Klinik oder Praxis müssen die Tiere stubenrein bzw. trainierbar sein, dass sie nur an festen Plätzen außerhalb von Gebäuden koten, oder sie halten sich überwiegend in abgegrenzten Räumen wie Aquarium oder Käfig auf.

„Der Einsatz von Heimtieren im Rahmen tiergestützter Arbeit setzt voraus, dass die Tiere sozialverträgliches Verhalten gegenüber Menschen zeigen. In der Regel ist diese Voraussetzung nur dann erfüllt, wenn die Tiere bereits in einer frühen Lebensphase an den positiven Kontakt mit Menschen und anderen Tieren sowie an verschiedene Umweltreize gewöhnt wurden“ (www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Grundsätze_ESAAT.pdf).

Fische, Kleinsäuger, Ziervögel, Katzen

Fische, Kleinsäuger wie Kaninchen, Degus, Mäuse oder Ziervögel und auch Katzen eignen sich gut für die Tierhaltung auf einer kinderpsychiatrischen Station.

Hunde

Hunde benötigen unbedingt eine kontinuierliche Bezugsperson und sollten nicht dauerhaft auf einer Station untergebracht sein. Dauerhafte Haltung in Klinikräumen mit wechselnden Bezugspersonen ist nicht artgerecht. Hunde gehen intensive Bindungen zu Einzelpersonen ein und diesem Bedürfnis muss Rechnung getragen werden. Wenn das Personal von zu Hause geeignete Tiere mitbringt, können diese Tiere nach der Arbeitszeit die Klinik bzw. Praxis verlassen und haben eine feste Bezugsperson haben (Prothmann 2012).

„Zur Therapie können nur ausgewählte, berechenbare und speziell geschulte Hunde eingesetzt werden, zu denen auch ängstliche Kinder schnell Vertrauen finden. Empfohlen wird eine Haftpflichtversicherung, da im Einzelfall aggressive Interaktionen nicht ausgeschlossen werden können“ (DGSPJ 2008, S. 3). Aussagen wie „Ein jeder Hund kann sich zum Therapiehund entwickeln“ (Röger-Lakenbrink 2010, S. 22) sind in Zweifel zu ziehen, zumal Eignungstests mittlerweile von vielen Fachgesellschaften gefordert werden.

„Um das sozialverträgliche Verhalten zu gewährleisten, muss den Tieren bereits in der Präge- und Sozialisierungsphase (d.h. bis zur 12. Lebenswoche) ausreichend positiver Kontakt mit Menschen, Artgenossen, anderen Tieren und Umweltreizen geboten werden“ (www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Grundsaeetze_ESAAT.pdf).

Als Mindestalter zu Beginn einer Ausbildung zum Therapiehund wird zwischen 12 (www.tta-nrw.de, www.sattt.de) und 18 (www.socialdogs.de) Monaten bzw. bei der Abschlussprüfung mit 18 Monaten (www.tiere-begleiten-leben.de) angegeben, als Höchstalter bei der Abschlussprüfung 6 Jahre (www.tiere-begleiten-leben.de) bzw. zu Beginn einer Ausbildung 7 Jahre (www.socialdogs.de, www.tta-nrw.de). Bei der Aufzucht von Hunden muss der Sozialisation im 1. und 2. Lebensjahr besondere Beachtung geschenkt werden. Welpen und Junghunde brauchen regelmäßig Kontakt zu Artgenossen, um während der Sozialisationsphase die innerartliche Kommunikation zu lernen. Die Lebenserwartung eines Hundes liegt bei ca. 14 Jahren, wobei große Hunde eher kürzer leben und kleine Hunde deutlich älter werden können (Prothmann 2012).

In den ersten 2 Lebensjahren und damit vor Beginn einer Ausbildung zum Therapiehund muss ein Gehorsamstraining bzw. eine fundierte Grundausbildung erfolgt sein.

Bereits vor Beginn einer Ausbildung zum Therapiehund muss eine enge Bindung zur Bezugsperson bestehen, das Tier muss über einen guten Grundgehorsam verfügen sowie eine hohe Aggressionshemmung, eine hohe Reizschwelle und einen gering ausgeprägten Schutztrieb besitzen. Der Hund sollte freundlich und aktiv Kontakt zu Menschen aufnehmen, sich gerne anfassen und streicheln lassen, wenig stressanfällig sein, nicht extrem bellfreudig sein, über ein niedriges bis mittleres Aktivitätsniveau verfügen und apportieren können (www.socialdogs.de). Das Freiburger Institut für tiergestützte Therapie (F.I.T.T) beschreibt folgende Voraussetzungen für den Hund (www.tiere-begleiten-leben.de): „Der Hund sollte alle Fertigkeiten beherrschen, die einen wohlherzogenen, menschenfreundlichen Hund kennzeichnen, den man überall hin mitnehmen kann. Je besser die vorhandene Basis ist, umso leichter können spezielle Fertigkeiten für die Schulhunde-Einsätze eingeübt werden“ ... „Der Hund beherrscht die Grundsignale (Sitz, Platz, Bleib, usw.), geht an

lockerer Leine mit seinem Besitzer oder einer Fremdperson, kann ohne zu knurren, ausdauerndes Bellen oder Angriffslust zu zeigen, andere Hunde treffen, verhält sich ruhig, wenn die Bezugsperson eine andere Person begrüßt, diese sich die Hände reichen und kurz plaudern, verhält sich ruhig an der Seite seines Besitzers in einer Gruppe von Kindern bzw. Jugendlichen, die lärmern, spielen und toben, bleibt weitgehend ruhig, wenn ihn eine Fremdperson überall am Körper berührt und die Lefzen hebt, kann unerwartete Geräusche ertragen und zeigt sich dabei nur wenig ängstlich-verstört, zeigt keine aggressiven oder beschützerischen Reaktionen, kann aus Spielsituationen abgerufen werden, gibt Essen, das er gefunden hat, problemlos ab, kann einige Minuten unangeleint sitzen oder liegen bleiben, wenn die Bezugsperson sich von ihm entfernt.

Prüfkriterien für Therapiehunde sind u. a. von der Delta Society (www.deltasociety.org) und von Therapy Dogs International (www.tdi-dog.org) publiziert worden.

Therapie außerhalb einer Klinik oder Praxis

Pferde

Laut KJP-Umfrage von Henning et al. (2005) sind ca. 90 % der an kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Abteilungen therapeutisch eingesetzten Tiere Pferde. Die wenigsten Einrichtungen halten jedoch selbst Pferde, sondern meist stehen die Tiere auf Reiterhöfen und die Therapeuten fahren mit den Patienten dorthin.

Pferde brauchen trockene, wetterfeste Ställe mit ausreichend großen Boxen, ausreichend Weidefläche im Freien und Flächen, die für die therapeutische Arbeit an der Longe etc. geeignet sind. Für die kalte und nasse Jahreszeit muss eine Reithalle zur Verfügung stehen. Dieses Equipment kann eine Einrichtung im Gesundheitswesen in der Regel nicht bieten. Eine Ausnahme ist z. B. die Kinderklinik des Klinikums Augsburg, die in einem Pferdeprojekt Reitpferde und Ponys auf dem Klinikgelände halten (Prothmann 2012).

„Um das sozialverträgliche Verhalten zu gewährleisten ist Kontakt mit Jungtieren bis zum 4. Lebensjahr zu fördern“ ... „Der therapeutische Einsatz von Pferden soll nicht vor dem 4. Lebensjahr der Tiere erfolgen“ ... „Allen Pferden muss mindestens ein Ruhetag pro Woche gewährt werden; darüber hinaus

ist jedem Tier jene Anzahl von Ruhephasen bzw. Ruhetagen einzuräumen, die im Hinblick auf sein Alter, seine Konstitution und seinen Gesundheitszustand angemessen ist“

(www.esaat.org/fileadmin/medien/downloads/Grundsaeetze_ESAAT.pdf).

Therapieitpferde müssen besondere Eigenschaften wie Ruhe, Belastbarkeit, Gelassenheit etc. aufweisen. Für die tiergestützte Therapie mit Pferden bietet das Deutsche Kuratorium für Therapeutisches Reiten (DKThR) umfangreiche Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten an und hat eine Prüfung zur Anerkennung eines Reithofes entwickelt (Prothmann 2012). In der Weiterbildung pferdegestützte Psychotherapie und Coaching des IPTh (www.ipth.ch) hat ein eigener Seminarblock die Ausbildung von Therapiepferden zum Inhalt.

„Entscheidend ist allerdings die individuelle Übereinstimmung von Tier und Mensch mit den angestrebten Zielen der Therapie. Die ‚Gesunderhaltung‘ des Pferdes ... muss ebenso beachtet werden wie die Belastbarkeit des Patienten... Die Führweise soll entsprechend den aktuellen Therapiezielen und zur aktuellen Kooperationsbereitschaft des Pferdes erfolgen“ (DGSPJ 2008, S. 6).

Hygienevorschriften

Hinweise des Robert Koch-Instituts

„Neben der Prävention von Unfällen im Umgang mit Tieren, welche sich in der Regel durch artgerechten Umgang und artgerechte Haltung verringern lassen, liegt der Präventionsschwerpunkt bei der Haltung von Haustieren in den Bereichen der Verhütung von Infektionen und der Prävention von Allergien.

Verhütung von Infektionen

Die Infektionsprävention im Umgang mit Tieren sollte zweigleisig erfolgen – zum einen durch Schulung und Verhalten der Menschen, zum anderen durch Gesundheitsfürsorge für das Tier. Menschen, die Tiere halten, betreuen und versorgen, müssen sich über die rassenspezifischen Bedürfnisse und Eigenheiten der Tiere im Klaren sein.

Zu den wichtigen Aspekten der Tierhygiene gehören saubere und desinfizierbare Käfige, Lagerplätze, Körbe, Decken und hygienisch einwandfreie Futter- und Trinkwassergefäße sowie Spielzeuge.

Eine saubere Haltung geht einher mit der täglichen Entfernung von Kot sowie der Reinigung von Liegeplatz, Futter- und Trinkwassergefäßen.

Ein Gesundheitsrisiko für Menschen geht insbesondere von kranken, aber auch von gesund erscheinenden, jedoch infizierten Heimtieren aus. Daher hilft eine entsprechende Fürsorge, Zwischenfälle zu vermeiden. Die Gesundheitsfürsorge für das Tier umfasst:

- Vollständige Impfung gemäß aktuellem ortsbezogenem Impfkalender
- Zeitnahes Entfernen von Ektoparasiten wie Flöhen, Zecken, Lausen und Milben
- Tierarztbesuch bei Krankheitsanzeichen
- Regelmäßige Entwurmung
- Artgerechte Haltung mit ausreichend Auslauf und Frischluft
- Regelmäßige Reinigung des Aufenthaltsbereiches

Prävention von Allergien

Die Prävention von Allergien besteht im Wesentlichen in einer Verringerung der Exposition zu möglichen Allergenen. Dies kann neben den oben genannten Verhaltensmaßnahmen durch die Beachtung der folgenden Punkte geschehen:

- Das Tier sollte nicht im Bett von Menschen schlafen; der Schlafplatz des Tieres sollte möglichst nicht im Schlafzimmer sein.
- Das Lager des Tieres, aber auch Decken, Polstermöbel und Teppiche in der Wohnung sollten regelmäßig abgesaugt werden.
- Beim Auftreten von Ekzemen, z. B. durch Hauterkrankungen wie Neurodermitis, sollte der Tierkontakt zeitweise minimiert werden“

... „Zusammenfassend erlaubt die Auswertung der verfügbaren Daten den Schluss, dass der positive Einfluss der Heimtierhaltung auf Menschen die mögliche Gefährdung übersteigt. Das Risiko der Übertragung von viralen, bakteriellen, mykotischen oder parasitären Zoonosenerregern von Heimtieren auf Menschen kann durch Einhaltung hygienischer Maßnahmen sowie

durch tierärztliche Überwachung, verbunden mit bestimmten Impfungen der Tiere (z. B. Tollwutimpfung), erheblich reduziert werden. Das Risiko einer Allergie muss bei entsprechend disponierten Menschen im Einzelfall gegen den Gewinn an Lebensqualität abgewogen werden“ (Robert Koch-Institut 2003, S. 19-21).

Kosten und Finanzierung

Tierbezogene Kosten

Pferd

Die Kosten für eine Reitbeteiligung sind unterschiedlich und hängen u. a. vom wöchentlichen Nutzungsumfang ab (Spannbreite von 50,- bis ca. 300,- € pro Monat). Nachteil einer Reitbeteiligung ist, dass nur ein bestimmtes Pferd zur Verfügung steht.

Eine Alternative ist das stundenweise Mieten eines oder mehrerer Pferde (z. B. 35,- € plus Mwst. pro Doppelstunde in der Reitanlage Straeten in Süchteln). Vorteil ist, dass unter verschiedenen Pferden ausgewählt werden kann (z. B. je nach Größe des Patienten) und flexibler bedarfsgerecht auch mehr als ein Pferd gleichzeitig zur Verfügung steht. Außerdem können die Reittherapieterminale flexibler gestaltet werden, da die Ruhezeiten für die Pferde und die Reitzeiten anderer Personen aufgrund der Möglichkeit, zwischen verschiedenen Pferden zu wählen, weniger einengen. Nachteilig ist eine geringere Vertrautheit von Pferd und Reittherapeutin und oftmals ist die Qualität der Pferde nicht auf dem Niveau von Pferden, die über eine Reitbeteiligung zur Verfügung gestellt werden können.

Bei Einsatz eines Pferdes in der Reittherapie, das der Reittherapeutin gehört, müssten die durch das Tier entstehenden Kosten anteilig übernommen werden:

- Versicherungen: Beispiel „PferdeHaftpflicht PREMIUM PLUS“ (www.uelzener-generalagentur.de) umfasst Pferde-OP-Kranken-, Reiter-Unfall- und Pferdehalter-Rechtsschutzversicherung sowie Pferdehalter-Haftpflichtversicherung. Versichert sind Unfälle, die sich beim

Reiten, Auf- und Absitzen oder im Umgang mit dem Pferd ereignen: € 10.000 bei Tod, € 50.000 bei Invalidität, € 100.000 bei Vollinvalidität, € 2.500 Bergungskosten, € 10 Unfall-Krankenhaustagegeld. Pferde-Rechtsschutz bis € 500.000,-. Pferdehalter-Haftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme 15 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Beitrag: 410,66 € jährlich. Pferdehaftpflicht allein ca. 100,- €.

- Die Grundausrüstung inklusive Reitzubehör kostet ca. 1000 bis 3000,- €.
- Die Gesamtkosten (Unterkunft, Futter, Hufbeschläge/Hufpflege, Tierarzt, Ausrüstung, Versicherung, etc.) für ein Pferd sind mit ca. 400 bis 1000,- € pro Monat zu veranschlagen.
- Bei Mitnutzung einer Reitbeteiligung der Reittherapeutin ist die Reitbeteiligung anteilig zu berücksichtigen.

Anteilig sind ca. 1200 bis 2165,- € pro Jahr für 1 Einzelbehandlungsplatz bzw. für eine Kleingruppe von 2 Patienten anzusetzen.

„Start small is a good maxim“ ist ein Motto, das Mallon et al. (2010) im Laufe ihrer langjährigen Erfahrung bzgl. Implementierung tiergestützter Programme immer wieder bestätigen konnten.

Hund

Die Finanzierung tiergestützter Therapie ist sehr unterschiedlich. Teils bringen Mitarbeiter der Kliniken flankierend zu ihrer sonstigen Tätigkeit ihr eigenes Tier mit. Teils werden externe Angebote über einen Förderverein finanziert (LVR 2009, S. 50).

„Die mehr als zehn Jahre an der Universitätsklinik Leipzig praktizierte Hundetherapie mit einem externen Besuchsdienst verursachte außer den Kosten für Leckerbissen für die Hunde und einem Fahrtkostenzuschuss für den Hundeführer keine weiteren finanziellen Aufwendungen“ (Prothmann 2012, S. 154-155). Aus der Sicht Prothmanns wäre es andererseits am einfachsten und günstigsten, wenn „qualifizierte Therapeuten und Pflegepersonal eigene geprüfte Tiere in ihre therapeutische Arbeit einbeziehen“ (S. 155).

In einer anderen Kinder- und Jugendpsychiatrie werden die Kosten für die Anschaffung eines Hundes, Erstausrüstung, Futter, Hundeschule, Versicherung und tierärztliche Maßnahmen im Erstattungsverfahren übernommen.

Ein externer Therapiehund ist mit ca. 45 bis 80,- € pro Stunde zu veranschlagen. Nachteilig ist die fehlende Beziehung zwischen therapeutischem Mitarbeiter der Klinik und externem Hund. Ein externer Therapiehund samt externem Therapeut kostet bis zu 160,- € pro Stunde.

Für regelmäßige therapeutische Leistungen erscheint eine regelhafte Finanzierung durch einen Förderverein bzw. eine ausschließlich oder überwiegend ehrenamtliche Ausübung nicht angemessen. Vielmehr sollte den Tierhaltern die im Zusammenhang mit dem Tier entstehenden Kosten anteilig entsprechend der Nutzung in der Klinik erstattet werden.

Die Anschaffungskosten für einen geeigneten Welpen sind mit ca. 500,- bis 1.200,- € anzusetzen, die Kosten für die Erstausrüstung mit ca. 100 bis 450,- €. Die Unterhaltskosten betragen jährlich ca. 500 bis 1.000,- € für Futter. In den ersten 3 Lebensjahren fallen ca. 80,- € für Impfungen an. Weitere Kosten umfassen Arztkosten (Kastration ca. 350,- €, HD-Röntgen ca. 100,- €, etc.), 130,- € Floh- und Zeckenschutz, Wurmkuren, ca. 60 - 80,- € Hundesteuer.

Für Hunde muss eine Tierhalterhaftpflichtversicherung abgeschlossen werden. Die Versicherungsgesellschaft sollte über den Einsatz des Hundes in der Therapie informiert werden. In der Regel sind Therapieeinsätze durch die Privathundehaftpflicht mit gedeckt. Eine Rücksprache mit dem Versicherer wird aber empfohlen (Prothmann 2012).

Versicherungsbeispiel: „HundeHaftpflicht PREMIUM PLUS“ (www.uelzener-generalagentur.de) umfasst Hunde-OP-Schutz-, Unfall-Krankenhaustagegeld- und Hunde-Rechtsschutzversicherung sowie Hundehalter-Haftpflichtversicherung. Führen Unfälle dazu, dass für den Tierhalter ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird, erhält er € 20,- Unfall-Krankenhaustagegeld für die Betreuung des Hundes. Hunde-Rechtsschutz bis € 500.000,-. Hundehalter-Haftpflichtversicherung mit einer Deckungssumme 15 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden. Beitrag: € 289,12 jährlich. Hundehaftpflicht allein ca. 80,- €.

Ausbildungskosten: Gehorsamstraining 20,- € pro Woche bis zum 24. Lebensmonat. Therapiehundeausbildung von 900,- € (zusätzlich zur Hundethe-

rapeutenausbildung beim selben Institut) bis 2085,- € (ohne Hundetherapeutenausbildung beim selben Institut),

Da nicht bei allen Ausbildungen zu tiergestützter Therapie Extrakosten für die Ausbildung des Tieres anfallen, besteht eine weitere Möglichkeiten darin, werden bei der Ermittlung der Gesamtkosten, die dem Hundehalter entstehen, lediglich die Kosten für das vor der Therapieausbildung notwendige Basistraining anteilig zu berücksichtigen. Demnach ergeben sich pro Hund ohne Berücksichtigung von Kosten für Anschaffung und Erstausrüstung als durchschnittliche Unterhaltskosten für Futter, Steuer, Versicherungen und medizinische Maßnahmen ca. 1.000,- € pro Jahr. Bei einer Nutzung an 1 bis 3 Tagen pro Woche für therapeutische Zwecke ergibt sich ein nutzungsbedingter Anteil von 143 bis 429,- € pro Jahr, der durch die Klinik bzw. Praxis im Erstattungsverfahren übernommen werden könnte.

Literaturverzeichnis

Becker, N. (2011) Die Partner haben vier Beine, Rheinische Post C2 Stadt Viersen 18.1.2012. www.rp-online.de/niederrhein-sued/viersen/nachrichten/die-partner-haben-vier-beine-1.2676278

Cole, Mary Louise (2009) Literature Review and Manual: Animal-assisted Therapy. <https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/758/cole,%20mary.pdf;jsessionid=A7340CE218F81442267A4C350B04691B?sequence=1>

Dimitrijević I (2009) Animal-assisted therapy--a new trend in the treatment of children and adults. *Psychiatr Danub* 21(2), 236-241

Fine, Aubrey H. [Hrsg.] (2010) Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. San Diego: Academic Press; 3rd revised edition

Fredrickson-MacNamara, Maureen; Butler, Kris (2010) The Art of Animal Selection for Animal-Assisted Activity and Therapy Programs. In: Fine, Aubrey H. [Hrsg.] Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice. San Diego: Academic Press; 3rd revised edition, 111-147

Gabriel, Robin L.; Agnew, John A.; Holt, Katherine D.; Shoffner, Amy; Zhaoxing, Pan; Ruzzano, Selga; Clayton, Gerald H.; Mesibov, Gary (2012) Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6(2), 578-588

Gathmann P, Leimer G. [Hrsg.] (2004) Heilpädagogisches Voltigieren bei Anorexia Nervosa. Eine Studie über die Wirksamkeit von Reittherapie auf das Körperbild und spezifische Persönlichkeitsmerkmale bei Anorexia Nervosa. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie. Bd. 727. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Brüssel, New York, Oxford, Wien: Peter Lang

- Gemeinsamer Bundesausschuss* (2006) Hippotherapie als Heilmittel. Zusammenfassende Dokumentation über die Bewertung der Hippotherapie als Heilmittel des Unterausschusses „Heil- und Hilfsmittel“ des Gemeinsamen Bundesausschusses. www.g-ba.de/downloads/40-268-126/2006-11-13-Abschluss-Hippo.pdf
- Grawe, Klaus* (2005) Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7/8, 311
- Henning K, Reschke K, Ettrich C, Prothmann A* (2005) Tiere in der stationären Kinderpsychiatrie in Deutschland – eine Bestands- und Bedarfsanalyse. 4th Leipzig Research Festival of Life Sciences, 3. Juni 2005, Abstract book, 179
- Hergovich, Andreas; Monshi, Bardia; Semmler, Gabriele; Zieglmayer, Verena* (2002) The effects of the presence of a dog in the classroom. *Anthrozoös: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 15(1), 37-50
- Karch D, Rating D, Bode H, Boltshauser E, Plecko B, Sprinz A* (2008) Tiergestützte Therapien. Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin. www.dgspj.de/media/Stellungnahme-Tiertherapie.pdf
- Kern JK, Fletcher CL, Garver CR, Mehta JA, Grannemann BD, Knox KR, Richardson TA, Trivedi MH* (2011) Prospective trial of equine-assisted activities in autism spectrum disorder. *Altern Ther Health Med* 17(3), 14-20
- Kotrschal, K.; Ortbauer, B.* (2003) Behavioral effects of the presence of a dog in a classroom. *Anthrozoös: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals* 16(2), 147-159
- Kruger, Katherine A.; Serpell, James A.* (2010) Animal-Assisted Interventions in Mental Health: Definitions and Theoretical Foundations. In: Aubrey H. Fine [Hrsg.] *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. San Diego: Academic Press; 3rd revised edition, 21-38
- Kruger, Katherine A.; Trachtenberg, Symme W.; Serpell, James A.* (2004) Can Animals Help Humans Heal? Animal-Assisted Interventions in Adolescent Mental Health. http://research.vet.upenn.edu/Portals/36/media/CIAS_AAI_white_paper.pdf
- LaJoie, K R* (2003) An Evaluation of the Effectiveness of Using Animals in Therapy. Unpublished doctoral dissertation, Spalding University, Louisville, KY
- Mallon, Gerald P.; Ross, Samuel B. Jr.; Klee, Steve, Ross, Lisa* (2010) Designing and Implementing Animal-Assisted Therapy Programs in Health and mental Health Organizations. In: Aubrey H. Fine (Hg.) *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice*. San Diego: Academic Press; 3rd revised edition, 135-148
- Martin F, Farnum J* (2002) Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. *West J Nurs Res* 24(6), 657-670
- Melms, Birgit* (2008) Der Weg ist das Ziel. Zwei Fallbeispiele aus der Arbeit im „psychotherapienahen Kontext“. *Therapeutisches Reiten* 4, 18-21 www.leppermuehle.de/bericht_reittherapie.pdf
- Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen* (2008) Richtlinien und Lehrpläne zur Erprobung – Fachschule für Sozialwesen – Aufbaubildungsgang Fachkraft für heilpädagogische Förderung mit dem Pferd. Auszug aus dem Amtsblatt des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen Nr. 6/08. www.berufsbildung.schulministerium.nrw.de/cms/upload/_lehrplaene/e/heilpaed_reiten.pdf

Muñoz Lasa S, Ferriero G, Brigatti E, Valero R, Franchignoni F (2011) Animal-assisted interventions in internal and rehabilitation medicine: a review of the recent literature. *Panminerva Med* 53(2), 129-36

Nimer J & Lundahl B (2007). Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Antrozooes*, 20 (3), 225-235.

Selby, Alison (2009) A Systematic Review of the Effects of Psychotherapy Involving Equines. University of Texas at Arlington. http://dspace.uta.edu/bitstream/handle/10106/1695/Selby_uta_2502M_10248.pdf?sequence=1

Prothmann A (2009) *Tiergestützte Interventionen in der Humanmedizin*. In: Rosenberger M & Otterstedt C (Hg.). *Gefährten · Konkurrenten · Verwandte. Die Mensch-Tier-Beziehung im wissenschaftlichen Diskurs*. Vandenhoeck & Ruprecht

Prothmann A, Bienert M, Hening K und Ettrich C (2005). Tiergestützte Therapie – ein neuer Therapieansatz bei Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen? *Kinder- und Jugendmedizin* 6, 299-304

Prothmann, Anke; Ettrich, Christine; Prothmann, Sascha (2009) Preference for, and Responsiveness to, People, Dogs and Objects in Children with Autism. *Anthrozoos: A Multidisciplinary Journal of The Interactions of People & Animals*, Volume 22, Number 2, June 2009 , pp. 161-171(11)

Prothmann A, Fine A (2010) Animal-assisted Interventions in child psychiatric treatment In: McCardle P, McCune S & Griffin J (Hg.). *Animals in our lives: Human-animal interaction in family, community and therapeutic settings*. Brookes Publishing

Rellum T, Pellarin M, Gehrman J (2011) Zur Wirksamkeit von Tiertherapie bei Kindern: die Anwesenheit eines Therapiehundes hat keinen signifikanten Einfluss auf die initiale Therapieerwartung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 21(2), 16-23

Robert Koch-Institut [Hrsg.] (2003) Heimtierhaltung – Chancen und Risiken für die Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 19, http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reUzuR53Jx9JI/PDF/25uDLpnVUj7Y_53.pdf

Serpell, J., Coppinger, R., Fine, A. (2000) The welfare of assistance and therapy animals: An ethical comment. In A. Fine (Ed., *Animal assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. NY: Academic Press, 415-430

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Chefarzt, Fachbereichsarzt

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik-Viersen, Horionstr. 14

D-41749 Viersen

Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

Internet: www.klinik-viersen.lvr.de

**Prof. em. Dr. med. Dr. paed.h.c.
Reinhart Lempp †**

1923 – 2012

Reinhart Lempp war und ist einer der Väter unseres Faches – er war der Inhaber des ersten Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach der Etablierung unseres Facharztes. Mit ihm ist am 20. Februar 2012 jemand von uns gegangen, der viel Wärme und Humanität ausstrahlte und lebte und damit die Arbeit unseres Faches nachhaltig geprägt hat.

Geboren 1923 in Esslingen/Neckar, wurde Lempp im Gymnasium im Biologieunterricht Ende der 30er Jahren der Stammbaum einer Familie gezeigt, der unter anderem beweisen sollte, dass Kriminalität ebenso wie Schwachsinn erblich sind. Er dachte später, dass dies eine fingierte Darstellung aus der Nazi-Ideologie gewesen sei, konnte aber 2008 im Internet feststellen, dass 1912 ein US-amerikanischer Psychologe namens Herbert Goddard über diesen Stammbaum weltweit veröffentlicht hatte (Lempp 2008).

1942 machte Lempp in Stuttgart Abitur. Es folgten Kriegsdienst, Verwundung und Gefangenschaft bis August 1945, danach Studium der Medizin in Tübingen und Freiburg/Breisgau. Staatsexamen und Promotion „Über die Fehlerbreite der van Slyke’schen Kupfersulfatmethode zur quantitativen Serumeiweißbestimmung im Vergleich zu anderen Verfahren“ 1951 in Tübingen, gefolgt von Praxisvertretung und Pflichtassistentenzeit am pathologischen Institut des Katharinenhospitals in Stuttgart und an der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Ludwigsburg. Am 1. Juli 1953 fing Lempp an der Tübinger Nervenklinik als zunächst noch unbezahlter Gastarzt seine Facharztausbildung unter Ernst Kretschmer an auf der geschlossenen Frauenabteilung. Megaphen® war gerade als erstes Psychopharmakon eingeführt worden, Elektrokrampf- und Insulinschocktherapie waren üblich. Jeden Vor-

mittag hatte Lempp die Aufgabe, die bewusstlosen Insulinpatienten der Privatstation „auszulösen“, das heißt, nach Kontrolle, ob der Schlauch auch sicher richtig im Magen lag, wurde eine Zuckerlösung zugeführt. Die Elektrokrampftherapie war durch die Einführung von Suxinylpräparaten nicht mehr so dramatisch und gefährlich. Die Einführung der Psychopharmaka bedeutete eine große Revolution in der Psychosenbehandlung mit einer Lockerung der strengen Sicherheitsmaßnahmen. Die Station wurde erstmals ein wohnlicher Aufenthaltsraum. Gerade die Psychopharmaka bestätigten damals auch offenbar die Organogenese der Psychosen. Aus diesen Vorstellungen kam auch seine Habilitationsschrift über „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“. Ab 1954 war Lempp auf der Kinderstation der Klinik tätig und erhielt 1957 die Facharztanerkennung für Nerven- und Geisteskrankheiten. Ihm war es in den Untersuchungen zu seiner Habilitationsschrift über „Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose“ darum gegangen, auch statistisch nachzuweisen, dass bei den kindlichen Neurosen, also den reaktiven Verhaltensstörungen, eine früh erworbene, leichtgradige Schädigung des Gehirns während seiner frühen Entwicklung eine wesentliche Mitursache sei, dass die Reizaufnahme- und Verarbeitungsstörungen dieser Kinder zur unangemessenen Reaktionen der Umwelt Anlass geben und so zu diesen psychischen Auffälligkeiten führen könne. Dies war auch ein Versuch Organogenese und Psychogenese zu verbinden. Die als Buch veröffentlichte Habilitationsschrift fand großes Interesse und der Begriff der „leichtgradigen frühkindlichen Hirnschädigung“, der späteren „minimal brain dysfunction“ und des „frühkindlich exogenen Psychosyndroms“ wurde zum festen Begriff. Diese Lehre bot auch vielen Eltern und Erziehern eine Schuldentlastung vom Vorwurf, sie seien schlechte Eltern und Erzieher. Von Genetik wurde allerdings in der psychiatrischen Wissenschaft damals wenig gesprochen als Reaktion auf deren Überbewertung und Missbrauch im 3. Reich und in der ersten Hälfte des Jahrhunderts (Lempp 2008).

Lempp erhielt 1963 die Habilitation für Neurologie und Psychiatrie unter Walter Schulte. 1966 wurde Lempp ärztlicher Direktor der selbständigen wissenschaftlichen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum der Universität Tübingen, 1968 außerplanmäßiger Professor, 1970 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 1971 Ordinarius für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1972 erhielt er den Zusatztitel Psychotherapie.

Die 68er Jahre brachten die sozialen Bedingungen und die Umwelt als kausale Faktoren für psychische Störungen in die Diskussion und sie gewannen sehr an Beachtung (Lempp 2008). Immer wieder zu beobachtende Wechsel in der Bewertung organischer und psychoreaktiver Wirkungen waren auch in dieser Zeit zu beobachten. Dieser Wechsel wurde sowohl von Christian Müller aus Lausanne wie auch von Asmus Finzen – von letzterem unter dem Titel „Das Pinelsche Pendel“ anschaulich beschrieben. Finzen war in der Tübinger Nervenlinik Oberarzt in der Zeit, als Lempp die Nervenlinik nach dem plötzlichen Tod von Walter Schulte zwei Jahre lang kommissarisch vertrat. Als ein erkannter „Linker“ konnte Finzen Lempp damals öfters den Rücken frei halten (Lempp 2008).

Wir verdanken Reinhart Lempp vor allem die Ver-Menschlichung der Sicht des Faches und das soziale Engagement, die von ihm immer gesuchte Nähe zur Pädagogik und das stete Eintreten für Kinderrechte. Seine Sicht auf Kinder und Jugendliche als eigenständige, urteilsfähige und durch soziale Einflüsse geprägte Individuen beeinflusste zahlreiche gesellschaftspolitische Debatten, u. a. im Schulwesen, beim Sorgerecht oder im Jugendstrafvollzug.

Seine Klinik in Tübingen war lange Zeit Vorbild im Baulichen – den Abschied von weißen Klinikfluren hin zur Wohnlichkeit und von weißen Kitteln hin zur Beziehungsarbeit, damit auch die Hinwendung zum Primat der Psychotherapie in unserer klinischen Behandlung hat er früh vollzogen und war insofern Stil bildend. Aber auch in der Mitarbeiterführung war er Wegweisend: „Sein Glaube an die Fähigkeiten der Mitarbeiter und daran, dass die besten Ergebnisse dann entstehen, wenn es gelingt, in der Sache zu überzeugen, ließ ihn auch in der Führung der Klinik neue Wege gehen. Jede professorale Attitüde, gar gepaart mit autoritärem Gehabe, war ihm ein Gräuel. Reinhart Lempp verstand es, in einer unnachahmlichen Mischung aus Vertrauensvorschuss und der Vermittlung des Gefühls von Sicherheit, dass er auch in schwierigen Situationen hinter seinen Mitarbeitern stehen werde, hohes Engagement und Verantwortung bei den Mitarbeitern zu erzeugen. Auch in dieser Hinsicht war Reinhart Lempp seiner Zeit voraus: heute würde man dies einen ‚kooperativen Führungsstil‘ nennen, damals wurde er für diese persönliche Prägung, die er der Klinik gab, heftig angegriffen (Günter 2012, Sozialwissenschaftliche Ansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, <http://www.uni-tuebingen.de/aktuelles/newsletter-uni-tuebingen-aktuell/2012/2/leute/16.html>).

Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Tätigkeit waren u. a. organische Psychosyndrome, endogene Psychosen und frühkindlicher Autismus sowie gerichtliche und pädagogische Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Reinhart Lempp propagierte aber auch das Konzept der MCD und der „sekundären Neurotisierung“, das unsere frühe Wahrnehmung von Teilleistungsstörungen prägte, und das positiverweise Generationen von Pädagogen beigebracht hat, aus dem „er/sie kann doch wenn er nur will“ ein „er/sie kann wenn er sich maximal anstrengt und dafür braucht er/sie Unterstützung“ zu machen – bevor verfeinerte Konzepte von ADHS, LRS, und diversen Entwicklungsstörungen diese Grundeinstellung differenzierten.

Gemeinsam mit Hubert Harbauer, Gerhardt Nissen und Peter Strunk brachte er 1971 das erste große Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie im deutschsprachigen Raum heraus.

Er, der selbst im Krieg einen Arm verloren hatte, ist daraus nicht etwa verbittert hervorgegangen – im Gegenteil hat er sich sehr für diejenigen eingesetzt, die als Kinder durch Naziterror traumatisiert wurden, und hat wesentlich zur Anerkennung der Spätfolgen nach Verfolgung, Verstecktleben, KZ-Erfahrungen beigetragen. Das geschah bereits in den 70er Jahren (u. a. im 1979 erschienenen Buch über „Extrembelastungen im Kindes- und Jugendalter“), hellsichtig, lange bevor Posttraumatische Belastungsstörungen nach Extrembelastung für Kinder in der Fachwelt allgemein anerkannt waren, nicht zuletzt aufgrund seiner Überzeugung einer gesellschaftlichen Verantwortung für die psychischen Folgen des Holocaust und der Naziverfolgung von Kindern.

Lempp arbeitete auch mit Intelligenzgeminderten – lange war er in der Lebenshilfe sehr aktiv und setzte sich sehr früh, bereits vor der Reform des Jugendwohlfahrtsgesetzes und Neuformulierung des KJHG 1990, für die „große Lösung“ im Sozialrecht ein, damals leider vergeblich. Das überfällige Thema kam erst mit dem letzten, dem 13. Kinderbericht an die Bundesregierung neu zum Tragen.

Er hat sich einen großen Namen hinsichtlich der Begutachtung straffälliger Jugendlicher gemacht und gab 1983 das erste Lehrbuch der Forensischen Jugendpsychiatrie heraus. Fundamental waren seine Arbeiten zu jugendlichen Tötungsdelikten. Er beschrieb die Sonderstellung dieser Taten als Kurzschlussreaktion ohne eigentlichen Krankheitswert, als situative Über-

forderung, häufig ausgelöst durch eine Vortat, die innerlich nicht verkräftet wurde. Er trat vehement für einen an Entwicklung, Erziehung und (Re-)sozialisierung orientierten Umgang mit jugendlichen Gewaltstraftätern ein. Seine Bemühungen gegen die Ausgrenzung des Forensischen aus dem Fach hat er mehrfach formuliert und stets Positionen gegen eine übergroße Spezialisierung vertreten. Letztendlich ist es seinem Wirken zu verdanken, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bei einem Facharzt für seelisch gestörte Kinder blieb und nicht zusätzlich in „Psychosomatiker“ und „Forensiker“ zersplittert wurde.

Er realisierte interdisziplinäre Forschung gemeinsam mit Pädagogen, Juristen und Kriminologen, baute auch zur Sozial- und Familienpolitik Brücken. Bereits 1964 setzte er sich dafür ein, Kinder bei Scheidungen zu fragen, bei welchem Elternteil sie leben möchten. Zehn Jahre später wurde in der Reform des Sorgerechts das Kindeswohl aufs Engste mit dem Kindeswillen zusammengefügt.

Die Akzeptanz unseres Faches bei Pädagogen und Soziologen hat er – über die Grabenkämpfe der 70er und 80er Jahre hinweg – wesentlich mitgeprägt. Durch seine liberale Grundhaltung und seinen Einsatz für die Rechte von Kindern konnte er die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Arbeiten erfolgreich in der Öffentlichkeit vermitteln und hatte somit maßgeblichen Anteil an der Reform des Kindschaftsrechts in den 1970er-Jahren und der daraus folgenden Stärkung der Rechte des Kindes bzw. an der Reformierung des Familienrechts mit Anhörung des Kindes und Berücksichtigung des Kindeswillens. Aber auch für die Zuordnung der Eingliederungshilfe zur Jugendhilfe setzte sich Lempp Jahrzehnte lang ein: So bezeichnet ihn Reinhard Wiesner im Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Heft 1/1997 als Pionier: „In seiner langjährigen Praxis als Gutachter war Reinhart Lempp immer wieder mit der Frage nach dem zuständigen Leistungsträger und den dafür maßgeblichen Schlüsselbegriffen, wie Erziehungsdefizit, Behinderung und Verhaltensstörung befaßt. In vielen Publikationen, vor allem aber als Mitglied der Sachverständigenkommission zum Fünften Jugendbericht 1980 hat Reinhart Lempp auf die Zuordnungsprobleme hingewiesen und die Kriterien ‚Behinderung und Verhaltensauffälligkeit‘ als untauglich zur Abgrenzung zwischen zwei Leistungsträgern bezeichnet. Kritisch setzte er sich mit seiner eigenen Zunft auseinander, wenn er im Fünften Jugendbericht formuliert: „Die vor einigen Jahrzehnten erstmals erkannte Bedeutung medizinischer Faktoren bei der Entstehung einzelner Behinderungsformen war

seinerzeit insofern ein großer Fortschritt, als dadurch die moralische Tendenz zu strikter gesellschaftlicher Ausgrenzung verringert, wenn auch nicht ganz aufgehoben wurde. Auf der anderen Seite hatte die medizinische Betrachtungsweise jedoch dazu geführt, daß die pädagogischen und psychosozialen Aspekte der Behinderung zu wenig berücksichtigt wurden. Diese Tendenz wurde von den Eltern der betroffenen Kinder in einer problematischen Weise unterstützt, weil die Zuständigkeit der Krankenkasse bzw. des BSHG finanziell günstigere Lösungen mit sich brachte als eine Einschaltung der Jugendhilfe. Darüber hinaus fiel in diesem Fall die Beeinträchtigung des elterlichen Ansehens durch das scheinbar praktische Eingeständnis, pädagogisch versagt zu haben und deshalb die Jugendhilfe in Anspruch nehmen zu müssen, weg.“ So forderte Reinhart Lempp konsequent und unermüdlich die Zuständigkeit der Jugendhilfe für die Eingliederungshilfe, in jedem Fall aber eine alle Einzelmaßnahmen koordinierende Funktion der Jugendhilfe.

Mit der Zuordnung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen zur Jugendhilfe wurde nur ein erster Schritt hin zu einer ‚großen‘ Lösung getan, der Übertragung der Eingliederungshilfe für alle behinderten jungen Menschen auf die Träger der Jugendhilfe. Diese große Lösung, für die sich Reinhart Lempp und andere seit langem stark gemacht hatten, wurde jedoch bisher nicht verwirklicht.

1974 gründete Lempp zusammen mit Freunden und Fachkollegen den Tübinger Verein für Sozialtherapie bei Kindern und Jugendlichen e.V., der Träger einer dezentral organisierten Einrichtung der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe ist, und war bis 1989 Vorstandsvorsitzender.

Reinhard Lempp war 1967 – 1974 Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie und von 1974 – 1976 ihr Vorsitzender. Des weiteren war er korrespondierendes Mitglied der schweizerischen und österreichischen Fachgesellschaften und mehrere Jahre Vizepräsident der Union européenne de paedopsychiatrie. 1988 wurde er zum Ehrenmitglied des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP) ernannt.

Nach der Emeritierung 1989 war Lempp in seiner Privatpraxis in Stuttgart sowie weiter als Gutachter tätig.

1997 wurde er zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie ernannt, 1995 erhielt er die Verdienstmedaille des Landes Baden-Württemberg, und 1998 den Ehrendoktor der pädagogischen Fachhochschule Ludwigsburg.

Lempp war auch Vater von 6 Kindern und 13 Enkelkindern und hatte ein sehr gutes Gespür für die Popularisierung pädagogischer wie kinder- und jugendpsychiatrischer Themen, so dass er eine Reihe erfolgreicher populärwissenschaftlicher Bücher bzw. Eltern- und Großelternratgebern (u. a. „Kinder für Anfänger“, „Eltern für Anfänger“ und „Großeltern für Anfänger“) veröffentlichte, die oftmals von Lorient, mit dem Lempp eine lebenslange enge Freundschaft verband, humorvoll und treffend illustriert wurden.

Methoden- und gesellschaftskritisch resümiert Lempp 2008 (S. 78): „In der wissenschaftlichen Forschung in der Psychiatrie fand wegen der neuen Möglichkeiten fast nur noch die große, möglichst weltweite Verbundforschung Anerkennung. Diese weist in aufwendigen Untersuchungen nach, was man aus klinischer Erfahrung eigentlich schon lange ziemlich sicher weiß.

Die Ergebnisse interessieren im Grunde nur die Gesundheitsbehörden, die Krankenkassen und die Pharmaindustrie, wogegen sie dem Arzt in der Sprechstunde wenig nützen, weil er nie wissen kann, zu welcher statistisch ausgewiesenen Gruppe der Patient vor ihm gerade gehört. Mit Befriedigung habe ich kürzlich gelesen, dass entgegen der gegenwärtigen „Diktatur der randomisierten kontrollierten Studie“ der frühere Chefredakteur des *British Medical Journal* jetzt das *Cases Journal* herausbringe und seltenen Einzelfällen – wie früher üblich – ein Forum biete, da „jeder Fall wichtig“ sei. Aber mit Einzelfallberichten, auch wenn sie noch so interessant sind, kann man als Wissenschaftler keine Anerkennung finden und vor allem keine Drittmittel einwerben. Und dies ist heute das entscheidende Kriterium für eine wissenschaftliche Karriere geworden. Es ist heute die Wirtschaft und die technische Entwicklung, welche die Wissenschaft und Forschung bestimmt.“

Die ‚Tübinger Psychiaterschule‘ sieht Lempp durch Hirnforscher, die feststellen, dass der Pathogenese vieler psychischer Erkrankungen höchstwahrscheinlich nicht genetisch bedingte, sondern umweltinduzierte prae-, peri- und postnatale Fehlentwicklungen der limbischen Emotionsschaltkreise im Gehirn zugrunde liegen (Braun & Bock 2008), bestätigt und bezieht diese Erkenntnisse im Hinblick auf die gegenwärtige politische Diskussion um

die Frühbetreuung der Kleinkinder: „Das bedeutet nicht nur, dass das Kind die positiven wie auch die negativen Erfahrungen der Mutter miterlebt und dass damit das Kind mitgeprägt wird, wie die Mutter in dieser Zeit von ihrer Umwelt behandelt wird und wie sie sich selbst behandelt. Mutter und Kind haben demnach bei der Geburt bereits eine acht Monate lange gemeinsame Lebenserfahrung“ (Lempp 2008, S. 79). Im selben Atemzug mahnt er an, als Kinder- und Jugendpsychiater nachdrücklicher öffentlich zu solchen Themen Stellung zu beziehen.

Lempp beklagt als tragisch, dass die psychiatrische Wissenschaft sich entgegen der normalen psychischen Entwicklung vom Erwachsenen zum Kind hin entfaltet hat. Seiner Meinung nach ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Basiswissenschaft der Erwachsenenpsychiatrie und er fordert, dass jeder Psychiater eine zeitlang kinderpsychiaterisch tätig ist, denn es gibt keinen Erwachsenen, der nicht einmal eine Kindheit erlebt hätte, die ihn geprägt hat (Lempp 2008).

2009 legte er in seinem Buch „Nebenrealitäten – Jugendgewalt aus Zukunftsangst“ innovative Thesen zur aktuellen Zunahme der Gewalttätigkeit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor. Aus dem Blickwinkel seines kinder- und jugendpsychiatrischen Lebenswerks und mit seiner umfassenden Erfahrung als Gerichtsgutachter beleuchtete er die menschliche Fähigkeit, sich in eine Phantasie-, Gedanken- oder Glaubenswelt zurückzuziehen.

Bis zuletzt hielt er Vorträge, veröffentlichte Aufsätze und Bücher und schrieb auch im Internet als Blogger zu aktuellen fachlichen bzw. gesellschaftlichen Themen.

In seinem zur Jahreswende 2011/2012 erschienenen Buch „Generation 2.0 und die Kinder von morgen: aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters“ vertritt er die Auffassung, dass wir nicht nur die Kinder unserer Eltern, sondern auch die Kinder unserer Zeit sind, und dass von den Kriegskindern zur Generation Facebook Vieles geändert hat: Die Familien sind kleiner geworden, die klassische Rollenverteilung hat sich verschoben und technische Erfindungen haben unseren Alltag revolutioniert. Werte und Erziehung mussten sich wandeln, um mit dieser Entwicklung Schritt zu halten. Die umwälzenden technischen und soziologischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte resümiert Reinhart Lempp in diesem Buch und leitet Prognosen

und Desiderate für die Erziehung unserer Kinder und Enkel ab. Dabei gibt er Einblicke in seine eigene Kindheit und seine Erfahrungen als Vater und Großvater. Bestandsaufnahme und Ausblick erfolgen dabei mit viel Verständnis und Zuversicht, eher optimistischer Einschätzung zur Integrationsfähigkeit Jugendlicher und mit entdramatisierender Einschätzung des PC-Gebrauchs, augenzwinkernd illustriert durch Lorient.

Reinhart Lempp wird durch seine Hellsichtigkeit und seinen unerschütterlichen menschlichen Optimismus weit über seinen Tod hinaus prägen. Wir werden ihn gerade deshalb vermissen.

Renate Schepker & Ingo Spitzcok von Brisinski

Literatur

Braun, A. K., J. Bock (2008) Hirnstrukturelle Konsequenzen perinataler Stress- und Deprivationserfahrungen. Mschr. Kinderheilk. 156(7), 629-632

Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P. (1971) Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin: Springer

Lempp, R. (2012): Generation 2.0 und die Kinder von morgen: aus der Sicht eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Stuttgart: Schattauer

Lempp, R. (2009) Nebenrealitäten. Jugendgewalt aus Zukunftsangst. Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft

Lempp, R. (2008) Die Psychiatrie im 20. Jahrhundert – ein Rückblick. Forum für Kinder- und Jugend psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 4, 72-84

www.bkjpp.de/forum/forum_2008_4.pdf

Lempp, R. (2007) Kinder für Anfänger. Mit Zeichnungen von Lorient. Neuaufl., Zürich: Diogenes

Lempp, R. (2007) Eltern für Anfänger. Mit Zeichnungen von Lorient. Neuaufl., Zürich: Diogenes

Lempp, R. (2007) Enkel für Anfänger. Mit Zeichnungen von Lorient. Neuaufl., Zürich: Diogenes

Lempp, R. (2006) Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. 5., überarb. Aufl., Stuttgart: Richard Boorberg Verlag

Lempp, R. (2006) Kinder können nerven. Ein Handbuch für gestresste Eltern. Zürich: Diogenes

Lempp, R. (2000) Sexualität und Behinderung. In: Färber, H.-P., Lipps, W., Seyfarth, T. (Hg.) Sexualität und Behinderung: Umgang mit einem Tabu. Tagungsberichte. Herausgegeben für die Körperbehindertenförderung Neckar-Alb, Tübingen: Attempto Verlag

- Lempp, R.* (1996) Die autistische Gesellschaft. Geht die Verantwortlichkeit für andere verloren? München: Kösel
- Lempp, R.* [Hg.] (1993) Teilleistungs-Störungen im Kindesalter. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1992) Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betrachten. Eine entwicklungspsychologische Erklärung der Schizophrenie und des Autismus. Bern: Huber
- Lempp, R.* [Hg.] (1984) Psychische Entwicklung und Schizophrenie. Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1983) Gerichtliche Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Lehrbuch für Ärzte, Psychologen und Juristen. Bern: Huber
- Lempp, R.* [Hg.] (1981) Adoleszenz. Biologische, sozialpädagogische und jugendpsychiatrische Aspekte. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1980) Ist Erziehung Glückssache? Gespräche (mit Manfred Brauneiser). München: Kösel
- Lempp, R.* (1979) Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter. Über psychosoziale Spätfolgen nach nationalsozialistischer Verfolgung im Kindes- und Jugendalter anhand von Aktengutachten. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1979) Hat das Kind denn einen Hirnschaden? Ein Ratgeber. München: Kösel
- Lempp, R.* (1977) Jugendliche Mörder. Eine Darstellung an 80 vollendeten und versuchten Tötungsdelikten von Jugendlichen und Heranwachsenden. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1976) Die Ehescheidung und das Kind. Ein Ratgeber für Eltern. München: Kösel
- Lempp, R.* (1973) Psychosen im Kindes- und Jugendalter, eine Störung des Realitätsbezugs. Eine Theorie der Schizophrenie. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1967) Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern: Huber
- Lempp, R.* (1964) Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. Bern: Huber
- Lempp, R.; Demoulin-Lempp, F.* (2009) Was ist eigentlich Schizophrenie? Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3, 68-75
http://www.bkjpp.de/forum/forum_2009_3.pdf
- Lempp, R., Schütze, G., Köhnken, G.* [Hg.] (2003) Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. 2. überarb. Aufl., Darmstadt: Steinkopff
- Lempp, R., Veltin, A.* [Hg.] (1985) Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine Bestandsaufnahme. Tagungsbericht, Band 12 der Aktion Psychisch Kranke, Rheinland Verlag, Köln, 1985

Testrezension – 2. Teil

Franz Petermann/Ulrike Petermann (Hrsg.)

WISC-IV

Wechsler Intelligence Scale for Children® - Fourth Edition

Deutschsprachige Adaptation nach D. Wechsler

PEARSON – PsychCorp.

Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/Main

kompletter Satz (ohne EDV-Auswertung) 1.150,00 Euro zzgl. 7 % UST

exkl. Versandkosten

ISBN: 978-3-943274-00-4

WISC-IV-Auswertungsprogramm 1.0

220,00 Euro zzgl. 19 % UST exkl. Versandkosten

Im vorigen Heft wurde der WISC-IV, der seit dem 1. August 2011 von Pearson herausgegeben wird, rezensiert. Zum Rezensionszeitpunkt war das WISC-IV-Auswerteprogramm 1.0 noch nicht verfügbar, weshalb in diesem Beitrag eine Rezensionsergänzung folgt, ergänzt durch zusätzliche Erfahrungen, die wir inzwischen bei der praktischen Anwendung des WISC-IV gesammelt haben.

Dafür haben wir bei 8 Patienten im Alter von 8;8 Jahren bis 16;11 Jahren geprüft, inwieweit das bisherige HAWIK-IV-Auswerteprogramm zur Auswertung von WISC-Protokollen geeignet ist und umgekehrt. Das intellektuelle Leistungsniveau der Probanden lag zwischen leichter geistiger Behinderung und gut-durchschnittlicher Begabung. Bei dieser Überprüfung handelte es sich um eine orientierende Stichprobe, nicht jedoch um eine statistisch aussagekräftige Untersuchung. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind in der nachfolgenden Tabelle ausgeführt, die auch noch um einige praxisrelevante Kennzahlen ergänzt wurde.

Unterschiede zwischen HAWIK-IV und WISC-IV bei der Anwendung in der testdiagnostischen Praxis

| | HAWIK-IV Auswertung | HAWIK IV Papiervorlage | WISC- IV Auswertung | WISC- IV Papiervorlage |
|---------------------------|---|---------------------------|---|--|
| Mosaik- Test | identisch | | identisch | |
| Gemeinsamkeiten finden | identisch | | identisch | Abbruchkriterium steht auf der 2. Seite oben noch mal zur Erinnerung (übersichtlicher!) |
| Zahlen nachsprechen | identisch | | identisch | |
| Bildkonzepte | Teilweise unterschiedlich => fällt schlechter aus | | Teilweise unterschiedlich=> 1 Wertepunkt besser | Unterteilung der Antwortmöglichkeiten in den jeweiligen Zeilen durch senkrechte Trennstriche, dadurch besser zu erkennen, ob jeweils ein Objekt aus jeder Zeile ausgewählt wird. Allerdings sind beim Item 18 die Trennstriche falsch gesetzt. |
| Zahlen-Symbol- Test | identisch | | identisch | Für alle Altersklassen in einem Heft zusammen |
| Wortschatz-Test | Teilweise unterschiedlich=> fällt schlechter aus | | Teilweise unterschiedlich=> 1 Wertepunkt besser | Abbruchkriterium steht auf der 2. Seite oben noch mal zur Erinnerung |
| Buchstaben-Zahlen- Folgen | | | | |
| Matrizen-Test | | | | |
| Allgemeines Verständnis | Teilweise unterschiedlich => fällt schlechter aus | | Teilweise unterschiedlich=> 1 Wertepunkt besser | Abbruchkriterium steht auf der 2. Seite oben noch mal zur Erinnerung |

| | HAWIK-IV Auswertung | HAWIK IV Papiervorlage | WISC- IV Auswertung | WISC- IV Papiervorlage |
|--|--|---|--|--|
| Symbol-Suche | Teilweise unterschiedlich => fällt schlechter aus | | Teilweise unterschiedlich=> 1 Wertepunkt besser | Für alle Altersklassen in einem Heft zusammen |
| Bilder ergänzen | identisch | | identisch | |
| Durchstreich-Test | identisch | | identisch | |
| Allgemeines Wissen | identisch | | identisch | |
| Rechnerisches Denken | | Beginn Alter: 6-7: Item 3; 8- 9: Item 9; 10- 12: Item 12 | Item 22: falsches Ergebnis! 10 statt 20 | Beginn Alter: 6- 8: Item 3; 9- 11: Item 9; 12- 16: Item 12 (im Buch stehen die <i>STARTS</i> noch vom <i>alten</i> Hawik IV) |
| Begriffe erkennen | identisch | | identisch | |
| Sprachverständnis | Fällt teilweise schlechter aus | | Fällt teilweise besser aus | |
| Wahrnehmungsgeladenes Logisches Denken | Fällt teilweise schlechter aus | | Fällt teilweise besser aus | |
| Arbeitsgedächtnis | Fällt teilweise schlechter aus | | Fällt teilweise besser aus | |
| Verarbeitungsgeschwindigkeit | Fällt teilweise schlechter aus | | Fällt teilweise besser aus | |
| Gesamt | Fällt teilweise schlechter aus | | Fällt teilweise besser aus | |
| Diskrepanzvergleiche | | | | Spalte Testalteräquivalente fehlt |
| Bestimmung Stärke/ Schwäche | Teilweise leicht unterschiedlich bei einigen Patienten | | Teilweise leicht unterschiedlich bei einigen Patienten | |
| Skalenmittelwerte | identisch | | identisch | |
| Prozessanalyse | identisch | | identisch | |

Zusammenfassend lässt sich folgendes sagen:

1. Auch beim WISC-IV-Auswerteprogramm 1.0 handelt es sich um eine nicht serverfähige Einplatzversion, was z.B. in der SPV-Praxis des Rezensenten nachteilig ist, da die Arbeitsräume regulär mit den zwar leistungsschwachen, deshalb aber auch geräuschlos, über einen Server vernetzten Thin-Clients ausgestattet sind. Für die Auswertung von Tests, die es nur als Einplatzversion gibt, muss ein separater Arbeitsplatz mit einem vollwertigen PC vorgehalten werden, was durchaus manchmal zu Reibungen im Praxisablauf führt.
2. Das Eingabeschema des EDV-Auswerteprogramms des WISC-IV entspricht weitgehend dem des HAWIK-IV. Dies gilt auch für die verschiedenen Ergebnistabellen.
3. Angenehm ist die inhaltliche und sprachliche Gestaltung des „Kurzreports“, der sich durchaus eignet, in einen ausführlichen Arztbrief oder in ein Gutachten übernommen zu werden, selbstverständlich nach vorheriger kritischer Prüfung und Einordnung in das Gesamtergebnis einer kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung.
4. Besonders zu beachten ist, dass trotz gleicher numerischer Ergebnisse in den Rohwerten die Bewertung bzw. Einstufung der Testergebnisse graduell abweicht. Hier ist besonders das eigene Urteil des Untersuchers gefragt.
5. In den Untertest „Bildkonzepte“ und „Rechnerisches Denken“ fanden wir (Druck-?) Fehler, die wohl in Kürze korrigiert werden dürften.
6. Die Ergebnisse der WISC-IV-Testung können ohne in der Praxis bedeutende Ergebnisabweichungen auch mit dem bisherigen HAWIK-IV-Auswerteprogramm ausgewertet werden. Auch können bei der Durchführung des HAWIK-IV die Testprotokollbögen des WISC-IV benutzt werden. Beides ist bedeutsam, weil die HAWIK-IV-Protokolle von der Testzentrale nicht mehr geliefert werden. Von dieser werden inzwischen nur noch die WISC-IV-Bögen vertrieben, allerdings geringfügig teurer als bei Pearson.
7. Für die Routinediagnostik in der praktischen Alltagsarbeit ist es also nicht notwendig, den HAWIK-IV oder dessen Auswerteprogramm gegen den WISC-IV auszutauschen. Damit kann man bis zur vorgesehenen Neunormierung des WISC und bis zur Erarbeitung des serverfähigen Auswerteprogramms warten. Für Forschungsarbeiten mögen andere Kriterien gelten. Bei gutachterlichen Fragestellungen müsste zumindest das gewählte Vorgehen dargestellt und begründet werden.

8. Der Rezensent bedauert es weiterhin, dass im Ergebnisprotokoll des WISC-IV die Tabelle C zwar überschrieben ist „Umrechnung der Wertpunktsummen in Index-Werte und Gesamt-IQ“, in der Tabelle selbst aber nicht „IW“ sondern „IQ“ angegeben ist. Es ist sprachlich problematisch, die Verarbeitungsgeschwindigkeit mit einem IQ zu beziffern. Außerdem ist der Begriff „IQ“ bei zahlreichen Eltern, aber auch vielen Patienten, Lehrern und Sozialpädagogen so stark emotional belegt, das allein schon deshalb der neutralere Begriff des Indexwertes wohlthuend entlastend wirkt. Wir werden ihn in der praktischen Arbeit auch beim WISC weiter verwenden.

Abschließend danke ich meinen beiden Mitarbeiterinnen, Frau Christine Gerdsen, Bachelor of Science of Psychology, und Frau Lena Rütgens, Bachelor of Science of Psychology, für die Unterstützung der Rezension, in dem sie bereit waren, in unserer Praxisroutine mit beiden Testsystemen zu arbeiten und die vorhandenen Unterschiede in der oben wiedergegebenen Tabelle zusammenzufassen.

Christian K. D. Moik, Aachen

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

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

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. 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;

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Informationen für Anzeigenkunden

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



Mediadaten 2012

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp und im Abonnement. Zusätzlich Versand an 300 Kliniken.

Auflage 1.300 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,- Euro, das Jahresabonnement kostet 44,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

Format 170 x 240 mm, Klebebindung (96 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.

Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bei mehrfacher Veröffentlichung der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

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

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

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

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

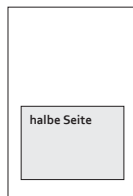


130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Firmenanzeigen | 1.600,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 515,- Euro |
| Mitglieder | 260,- Euro |

Farbanzeigen 4c plus 450,- Euro

auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Firmenanzeigen | 945,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 305,- Euro |
| Mitglieder | 175,- Euro |

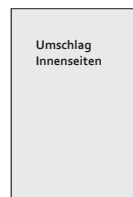
Farbanzeigen 4c plus 330,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

| | |
|--------------------------------------|------------|
| Firmenanzeigen | 775,- Euro |
| Stellenanzeigen, Fortbildung, etc | |
| Nichtmitglieder, Institute, Kliniken | 195,- Euro |
| Mitglieder | 130,- Euro |

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U₂+U₃ 2.100,- Euro

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

Termine 2012:

Ausgabe Forum

1-2012
2-2012
3-2012
4-2012

Anzeigenschluss

1. März 2012
1. Juni 2012
1. September 2012
1. Dezember 2012

Erscheinungstermin*

13. KW 2012
26. KW 2012
39. KW 2012
51. KW 2012

* Änderungen vorbehalten

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.

Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, Christian K. D. Moik

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 16 91 84 23, Fax: 02 21 / 16 91 84 22, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin

E-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,- € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

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

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.