

## Inhalt

### *Editorial:*

Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte im Koalitionsvertrag  
*Ingo Spitzcok von Brisinski* ..... 2

Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren  
von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter  
*Heidi Kuttler, Olaf Reis, Hanna Pradel, Cornelius Groß, Ulrich S.  
Zimmermann, Ludwig Kraus, Daniela Piontek, Eva Maria Bitzer* ..... 15

Psychisch kranke Eltern – psychisch kranke Kinder  
*Martin Stolle, Lisa Fritz, Annekatrien Thies, Sabine Domin,  
Matthias Lemke, Christian Fricke* ..... 35

Betriebswirtschaftliches Grundwissen  
für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis  
*Gundolf Berg* ..... 53

Die letzten 10 Jahre in der Sektion für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
der UEMS – was ist aus den Visionen der Anfänge geworden?  
*Christa Schaff* ..... 61

*Ausschreibungen*  
DGSF-Forschungspreis 2014 ..... 67

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter – Förderpreis 2014 ..... 69

*Testrezension*  
WAIS-IV ..... 71

*Buchrezension*  
BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie ..... 76

*Hinweise für Autoren* ..... 79

## *Editorial:*

# **Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte im Koalitionsvertrag**

Zwölf Seiten sind dem Thema „Gesundheit und Pflege“ im 185 Seiten umfassenden Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD gewidmet (<http://www.tagesschau.de/inland/koalitionsvertrag136.pdf>). Im Folgenden zähle ich einige für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wichtige Aspekte auf.

### **Ambulante Versorgung**

Im Abschnitt „Ambulante Gesundheitsversorgung“ wird postuliert (S. 75): „Die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist unverzichtbares Element für die flächendeckende ambulante Versorgung. Sie ist ein Garant für die Diagnose- und Therapiefreiheit und für die freie Arztwahl.“ – Eine rasche Umwandlung der ausdifferenzierten Versorgungslandschaft aus Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Polikliniken, Ermächtigungs- und Institutsambulanzen in eine alleinige Versorgung durch Kliniken ist demnach nicht vorgesehen.

„Zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung wollen wir die Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten weiter verbessern. Darum werden wir unnötige bürokratische Anforderungen abbauen und die Rahmenbedingungen für Zulassungen für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten flexibilisieren“ (S. 75) untermauert ebenfalls eine suffiziente Versorgung durch Praxen. Aber auch die Ambulanzen werden gestärkt (S. 75): „Die Möglichkeit zur Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten wird verbessert. Dazu wird bei der Ermächtigung in § 116 a SGB V das Wort „kann“ durch „muss“ ersetzt und eine jährliche verbindliche Überprüfung eingeführt. Die Förderung von Praxisnetzen wollen wir verbindlich machen und ausbauen. Die ge-

setzlichen Vorgaben zum Abbau von Überversorgung durch den Aufkauf von Arztsitzen werden von einer „Kann“ in eine „Soll“-Regelung überführt.“

Bisheriger Wortlaut von § 116a SGB V Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung: „Der Zulassungsausschuss kann zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“

*Wortlaut von § 100 Unterversorgung:*

- (1) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt die Feststellung, daß in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht. Sie haben den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen.
- (2) Konnte durch Maßnahmen einer Kassenärztlichen Vereinigung oder durch andere geeignete Maßnahmen die Sicherstellung nicht gewährleistet werden und dauert die Unterversorgung auch nach Ablauf der Frist an, haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.
- (3) Den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen obliegt nach Maßgabe der Richtlinien nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a die Feststellung, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.
- (4) Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 gelten nicht für Zahnärzte.

*Wortlaut von § 101 Überversorgung:*

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über
1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,
  2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,
    - 2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,
    - 2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,
  3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken,
    - 3a. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können,
  4. Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung ausüben will und sich die Partner der Berufsausübungsgemeinschaft gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichten, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, dies gilt für die Anstellung eines Arztes in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und in einem medizinischen Versorgungszentrum entsprechend; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der Arzt nicht mitzurechnen,
  5. Regelungen für die Anstellung von Ärzten bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, mit derselben Facharztbezeichnung in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen ange-

ordnet sind, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuß zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet, und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist; bei der Ermittlung des Versorgungsgrades sind die angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.

Sofern die Weiterbildungsordnungen mehrere Facharztbezeichnungen innerhalb desselben Fachgebiets vorsehen, bestimmen die Richtlinien nach Nummer 4 und 5 auch, welche Facharztbezeichnungen bei der gemeinschaftlichen Berufsausübung nach Nummer 4 und bei der Anstellung nach Nummer 5 vereinbar sind. Überversorgung ist anzunehmen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 10 vom Hundert überschritten ist. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist erstmals bundeseinheitlich zum Stand vom 31. Dezember 1990 zu ermitteln. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist die Entwicklung des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung seit dem 31. Dezember 1980 arztgruppenspezifisch angemessen zu berücksichtigen. Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag mit dem Faktor 0,5 sowie die bei einem Vertragsarzt nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Ärzte, die in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Erbringen die in Satz 7 genannten Ärzte spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b, ist dies bei der Berechnung des Versorgungsgrades nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2a zu berücksichtigen. Die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen nach Satz 1 Nummer 2b.

- (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies erforderlich ist
  1. wegen der Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
  2. weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1000 übersteigt oder

3. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung; dabei ist insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.
- (3) Im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 4 erhält der Arzt eine auf die Dauer der gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung. Die Beschränkung und die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 enden bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 3, spätestens jedoch nach zehnjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit. Endet die Beschränkung, wird der Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet. Im Falle der Praxisfortführung nach § 103 Abs. 4 ist bei der Auswahl der Bewerber die gemeinschaftliche Praxisausübung des in Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 genannten Arztes erst nach mindestens fünfjähriger gemeinsamer vertragsärztlicher Tätigkeit zu berücksichtigen. Für die Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Satz 1 gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.
- (3a) Die Leistungsbegrenzung nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 endet bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen. Endet die Leistungsbegrenzung, wird der angestellte Arzt bei der Ermittlung des Versorgungsgrades mitgerechnet.
- (4) Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 1. Januar 1999 zu ermitteln. Zu zählen sind die zugelassenen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach § 95 Abs. 10 zugelassen werden. Dabei sind überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen. In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2015 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist. Ab dem 1. Januar 2016 gelten die in Satz 5 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann; zudem können innerhalb des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile vorgese-

hen werden. Bei der Feststellung der Überversorgung nach § 103 Abs. 1 sind die in Satz 5 bestimmten Versorgungsanteile und die ermächtigten Psychotherapeuten nach § 95 Abs. 11 mitzurechnen.

- (5) Hausärzte (§ 73 Abs. 1a) bilden ab dem 1. Januar 2001 mit Ausnahme der Kinderärzte eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2; Absatz 4 bleibt unberührt. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 1995 zu ermitteln. Die Verhältniszahlen für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten sind zum Stand vom 31. Dezember 1995 neu zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum 31. März 2000 zu beschließen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2000 zu treffen. Ein Wechsel für Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung in die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung ist nur dann zulässig, wenn dafür keine Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 angeordnet sind.
- (6) Absatz 1 Satz 1 Nummer 2a, 2b, 3, 4 und 5 und die Absätze 3 und 3a gelten nicht für Zahnärzte.

### *Stärkung der Richtlinienpsychotherapie*

„Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung Wartezeiten reduzieren und mehr Betroffenen ein zeitnahes Angebot für eine Kurzzeittherapie eröffnen. Hierzu werden wir das Antrags- und Gutachterverfahren entbürokratisieren, die Gruppentherapie fördern und den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, in einer gesetzlich definierten Frist die Psychotherapierichtlinie zu überarbeiten. Die bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten werden wir überprüfen“ (S. 75).

### *Kurze Wartezeiten*

„Für gesetzlich Versicherte wollen wir die Wartezeit auf einen Arzttermin deutlich reduzieren. Sie sollen sich zukünftig bei Überweisung an einen Facharzt an eine zentrale Terminservicestelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wenden können. Diese vermittelt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin. Für den Termin soll im Regelfall eine Wartezeit von vier Wochen nicht überschritten werden. Gelingt dies nicht, wird von der Termin-

servicestelle ein Termin – außer in medizinisch nicht begründeten Fällen – zur ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus angeboten. Die Behandlung erfolgt dann zu Lasten des jeweiligen KV-Budgets. Diese Terminservicestellen können in Kooperation mit Krankenkassen betrieben werden“ (S. 75).

### *Hausarzt – Facharzt – Angestellte*

„Die Vertreterversammlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassen-ärztlichen Vereinigungen werden zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärztinnen und -ärzten gebildet. Über rein hausärztliche Belange entscheiden die hausärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung, über rein fachärztliche Belange die fachärztlichen Mitglieder der Vertreterversammlung. Für angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung werden wir verpflichtend einen beratenden Fachausschuss vorsehen“ (S. 76).

### *Regress*

„Wir werden für Arznei- und Heilmittel gesetzlich vorgeben, dass die heutigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2014 durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Selbstverwaltung ersetzt werden. Unberechtigte Regressforderungen bei Retaxationen gegenüber Heilmittelerbringern wollen wir zu-dem unterbinden“ (S. 76).

### *Entlassmanagement*

„Leistungslücken beim Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich wollen wir überwinden, indem das Entlassungsmanagement durch eine gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen ergänzt wird. Die Möglichkeiten der Krankenhäuser, bei einer Entlassung Leistungen zu verordnen, werden ausgeweitet. Krankenhäuser können eine pflegerische Übergangsvorsorge veranlassen. Wirtschaftlichkeitsvorgaben sind zu beachten, eine vorrangige Berücksichtigung von Einrichtungen der verordnenden Krankenhäuser ist auszuschließen.“

*Leider keine Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Minderjährige und keine explizite Nennung der Erwachsenenpsychiatrie bei Erwachsenen bzgl. Patienten mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen*



„Für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen werden medizinische Behandlungszentren analog zu den sozialpädiatrischen Zentren zur (zahn-) medizinischen Behandlung (neuer § 119c SGB V) geschaffen.“

### *Werden Ärzte weitgehend entbehrlich?*

„Der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen, die delegierte ärztliche Leistungen erbringen, soll flächendeckend ermöglicht und leistungsgerecht vergütet werden. Modellvorhaben zur Erprobung neuer Formen der Substitution ärztlicher Leistung sollen aufgelegt und evaluiert werden. Je nach Ergebnis werden sie in die Regelversorgung überführt“ (S. 76).

### *Integrierte und selektive Versorgung*

„Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können. Für die verschiedenen Möglichkeiten zur Vereinbarung von integrierten und selektiven Versorgungsformen (§§ 63 bis 65, 73a, 73b, 73c, 140a ff. SGB V) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt. Gleichartig geregelt werden insbesondere die Evaluation integrierter und selektiver Versorgungsformen durch eine Vereinbarung der Vertragspartner sowie der Nachweis der Wirtschaftlichkeit gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde nach jeweils vier Jahren. Wir werden Regelungen zur Mindestdauer und zur Substitution der Regelversorgung aufheben und die Bereinigungsverfahren vereinfachen. Versorgungsformen, deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist, sollten in geeigneter Weise in die Regelversorgung überführt werden.“

### *Qualitätssicherung*

„Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Wir werden gesetzlich ein Institut begründen, das dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen.“

### *Innovative Sektor übergreifende Versorgungsformen*

Zur Förderung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung wird ein Innovationsfonds geschaffen. Dafür werden 300 Mio. Euro von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt; dafür erhalten die Krankenkassen 150 Mio. Euro an zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Aus dem Innovationsfonds werden für Versorgungsleistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, Mittel in Höhe von insgesamt 225 Mio. Euro und für Versorgungsforschung Mittel in Höhe von insgesamt 75 Mio. Euro verwendet. Für die Vergabe der Mittel legt der Gemeinsame Bundesausschuss Kriterien fest. Die Vergabe erfolgt durch ein jährliches Ausschreibungsverfahren, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt wird. Eine Evaluierung erfolgt nach vier Jahren“ (S. 77-78).

### **Krankenhausversorgung**

„Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein.

Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).

In dem neu zu gründenden Qualitätsinstitut werden sektorenübergreifend Routinedaten gesammelt, ausgewertet und einrichtungsbezogen veröffentlicht. Die Anforderungen der Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sind zwingend einzuhalten. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen soll zur Überprüfung der Vorgaben des GBA zur internen und externen Qualitätssicherung zukünftig unangemeldet Kontrollen in den Krankenhäusern durchführen. Die Befugnis des GBA zur Festlegung von Mindestmengen wollen wir rechtssicher gestalten. Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt.

Die jährlich zu erstellenden Qualitätsberichte der Krankenhäuser müssen verständlicher, transparenter und als Grundlage für die Patientenentscheidung präziser werden. Der GBA wird beauftragt, in seinen Vorgaben die Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zu verbessern und Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientenbefragungen zu integrieren. Dazu soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen und die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Die teilweise in Krankenhäusern bereits genutzten OP-Sicherheits-Checklisten werden allgemeiner Standard der Qualitätssicherung.“

### *Qualität soll sich finanziell lohnen*

„Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen. Die Menge soll künftig nur da berücksichtigt werden, wo sie entsteht. Das heute bestehende System der Mehrleistungsabschläge wollen wir dabei differenzieren: Leistungen mit nachgewiesener hoher Qualität können von Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden, für besonders gute Qualität sind Zuschläge möglich. Umgekehrt sollen bei unterdurchschnittlicher Qualität für einzelne Leistungen auch höhere Abschläge möglich sein. Die Qualität soll dabei risikoadjustiert und anhand wesentlicher Indikatoren gemessen werden. Die Degression des Landesbasisfallwertes bei landesweiten Mengensteigerungen wird entsprechend vermindert.

Zur weiteren Stärkung der Qualität in der Versorgung wird für vier vom GBA ausgewählte planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen. Die Kriterien für Qualitätsverträge werden von den Krankenkassen auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt. Die freie Krankenhauswahl bleibt dabei unberührt. Danach erfolgt eine Evaluierung“ (S. 78-79).

### *Krankenhäuser ‚jwd‘*

„Nicht nur in Ballungsräumen, sondern auch in ländlichen Regionen muss die wohnortnahe Krankenhausversorgung der Bevölkerung gewährleistet sein. Hierzu wollen wir sicherstellen, dass auch Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen ihren Versorgungsauftrag wahrnehmen können“ (S. 79).

### *Stärkung von DRG und InEK*

„Die Einführung des Systems diagnosebezogener Fallgruppen (DRG-System) als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig. Künftig kann das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus Kalkulationskrankenhäuser adäquat repräsentativ auswählen. Gesunkene Sachkosten sind zeitnah bei der Kalkulation abzubilden“ (S. 79).

### *Bedarfsplanung*

„Wir wollen die Länder bei der Weiterentwicklung der Krankenhausplanung von einer standortbasierten hin zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung unterstützen. Dazu sollen die Möglichkeiten, Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren, gesetzlich konkretisiert werden. Die Festlegung von Kriterien erfolgt zukünftig durch den GBA. Werden diese erfüllt, ist nach Zustimmung des Landes ein Sicherstellungszuschlag zu zahlen. Es ist auch zu überprüfen, ob für Krankenhäuser die Vorhaltekosten, insbesondere für die Notfallversorgung, aktuell ausreichend finanziert werden“ (S. 79).

### *Zweitmeinung*

„Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, dass nur Operationen durchgeführt werden, die auch tatsächlich medizinisch notwendig sind. Daher haben Patienten zukünftig regelhaft die Möglichkeit, eine Zweitmeinung bei einem weiteren Facharzt oder Krankenhaus einzuholen. Dies betrifft vom GBA zu definierende mengenanfällige planbare Behandlungen. Die Ärzte müssen bei Indikationsstellung die Patienten über deren Recht zur Einholung einer Zweitmeinung verbindlich aufklären. Diese Aufklärung muss mindestens zehn Tage vor der Operation erfolgen. Die Kosten übernehmen die Krankenkassen“ (S. 79).

### *Personal*

„Eine sichere Behandlung ist letztendlich nur dort möglich, wo das ärztliche und pflegerische Personal nicht über Gebühr belastet wird. Wir wollen gewährleisten, dass auf Ebene der DRG-Kalkulation die Personalkosten, insbesondere die der Pflege, in ausreichender Höhe und Gewichtung berücksichtigt werden. Dass die Krankenhäuser diese Mittel auch tatsächlich für Personal-

kosten eingesetzt haben, müssen sie in den Budgetverhandlungen in geeigneter Weise unbürokratisch nachweisen“ (S. 79).

### *Berücksichtigung spezifischer Gegebenheiten bei der Preisentwicklung*

„Die Kosten der Krankenhäuser sollen mit der Fortentwicklung der Krankenhauspreise über den Orientierungswert besser berücksichtigt werden; dieser muss deshalb auch stärker auf die spezifischen Gegebenheiten im Krankenhausbereich abstellen. Gleichzeitig bleibt es Aufgabe der Krankenhäuser, effizient und wirtschaftlich zu arbeiten“ (S. 80).

### *Notfallversorgung*

„Die ambulante Notfallversorgung konzentriert sich außerhalb der allgemeinen Praxissprechzeiten auf die Krankenhäuser. Das macht eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der entsprechenden Vergütung erforderlich. Wir streben dabei eine regelhafte Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhäuser zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung an. In eine solche Kooperation soll der Notdienst der Apotheken einbezogen werden. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.“

### *Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen*

„Ein neues Vergütungssystem in der Psychiatrie und Psychosomatik darf schwerst psychisch Erkrankte nicht benachteiligen, muss die sektorenübergreifende Behandlung fördern und die Verweildauer verkürzen, ohne Drehtüreffekte zu erzeugen. Dazu sind systematische Veränderungen des Vergütungssystems vorzunehmen. An dem grundsätzlichen Ziel, mehr Transparenz und Leistungsorientierung und eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen in diesen Bereich zu bringen, halten wir fest.“

### *Medikamente, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht werden dürfen*

„Der GBA wird mit der Erarbeitung einer sogenannten Substitutionsliste beauftragt, auf der Medikamente aufgeführt sind, die im Rahmen von Rabattverträgen nicht ausgetauscht werden dürfen. Erfolgt die Festlegung nicht in

einer gesetzlich vorgegebenen Frist, wird die Liste im Rahmen einer Ersatzvornahme festgesetzt.“

### *Gesundheitsberufe und Medizinstudium*

„Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen ‚Masterplan Medizinstudium 2020‘ entwickeln“ (S. 81-82).

### *Psychotherapeutengesetz*

„Wir werden das Psychotherapeutengesetz samt den Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung überarbeiten“ (S. 82).

### *Prävention und Gesundheitsförderung*

„Wir werden noch 2014 ein Präventionsgesetz verabschieden, das insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten wie Kita, Schule, Betrieb und Pflegeheim und die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt und alle Sozialversicherungsträger einbezieht“ (S. 82).

### *Vorsorgeuntersuchungen*

„Darüber hinaus werden wir die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen bei Erwachsenen stärken.“

Es bleibt abzuwarten, welche positiven und negativen Aspekte sich tatsächlich manifestieren.

*Ihr Ingo Spitzok von Brisinski*

# Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA)

*Kuttler<sup>1</sup>, Heidi; Reis<sup>2</sup>, Olaf; Pradel<sup>3</sup>, Hanna; Groß<sup>4</sup>, Cornelius; Zimmermann<sup>4</sup>, Ulrich S. Kraus<sup>5,6</sup>, Ludwig, Piontek<sup>5</sup>, Daniela ; Bitzer<sup>3</sup>, Eva Maria*

<sup>1</sup> Villa Schöpflin, Zentrum für Suchtprävention, 79541 Lörrach

<sup>2</sup> Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

<sup>3</sup> Pädagogische Hochschule Freiburg, Institut für Alltagskultur, Bewegung und Gesundheit, Fachrichtung Public Health & Health Education, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg

<sup>4</sup> Universitätsklinikum Carl-Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

<sup>5</sup> Institut für Therapieforschung, Parzivalstraße 25, 80804 München

<sup>6</sup> Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm University, Sveaplan, SE - 106 91 Stockholm, Schweden

## Zusammenfassung

*Hintergrund:* Bisher gibt es wenige Erkenntnisse zur weiteren Entwicklung von Jugendlichen, die mit einer akuten Alkoholintoxikation im Krankenhaus (Diagnose F10.0) behandelt werden. Einschlägige Studien zeigen, dass es sich um eine heterogene Zielgruppe handelt, in der psychiatrisch auffällige Kinder und Jugendliche überdurchschnittlich häufig vertreten sind. Um Entwicklungsgefährdungen und Ressourcen von Jugendlichen nach Alkoholver-

giftung im Krankenhaus systematisch zu erfassen und zielgruppenspezifisch zu intervenieren, soll ein Kurzfragebogen zu Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter (RiScA) entwickelt werden, der in der Routineversorgung einsetzbar ist.

*Method:* Das Bundesministerium für Gesundheit fördert seit 2011 eine zweiteilige Studie zur Thematik. Im prospektiven Teil sollen 400 Jugendliche im Alter von 13-17 Jahren mit der Diagnose akute Alkoholintoxikation mit einer umfangreichen Testversion (RiScA- $\beta$ ) zunächst am Krankenbett nach akuter Intoxikation (T0) und nach 6-8 Monaten telefonisch nachbefragt werden (T1). Im retrospektiven Studienarm zum Langzeitverlauf nach Alkoholintoxikation sollen 400 ehemalige Patienten mit einer 6-13 Jahre zurückliegenden F10.0-Diagnose telefonisch befragt werden. Die Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren orientiert sich am Konzept der Salutogenese. Die Studie endet im Juni 2014.

*Erste Ergebnisse:* Die Literaturrecherche zur Entwicklung des im prospektiven Arm eingesetzten RiScA- $\beta$  Fragebogens zeigt, dass die systematische Betrachtung von Schutzfaktoren in der Forschungsliteratur unterrepräsentiert ist und Erhebungen zu Risikofaktoren dominieren. Die Vergleichbarkeit der Studien wird zudem durch die Vielzahl von unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zur Erfassung von Einflussgrößen und abhängigen Variablen erschwert. Der RiScA- $\beta$  integriert die für die spezifische Zielgruppe und das Kliniksetting am besten geeigneten Instrumente und erfasst Einflussfaktoren in den Bereichen Individuum, Familie, Peers, Schule und Kommune. Eine relativ geringe Ablehnungsquote von ca. 10% gibt nach den ersten Studienmonaten Hinweise auf die Akzeptanz und Machbarkeit einer systematischen Befragung von Jugendlichen. Für die Telefoninterviews im retrospektiven Teil wurde mit dem RiScATI (RiScA - Computer Aided Telefon Interview) ein computerbasiertes und standardisiertes MS-ACCESS-basiertes Frageninventar entwickelt, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert. Es werden Gefährdungen in den Bereichen Lebenssituation, Familie, Substanzkonsum, Gesundheitsstatus (körperlich, psychisch), Freunde und Soziales erfragt. Die Erreichbarkeit der ehemaligen Patienten/innen in der Intoxikations- und Kontrollgruppe 6 bis 13 Jahre nach einem Klinikaufenthalt gestaltet sich auf Grund der hohen Mobilität bislang schwierig.



## Einleitung

Die mit exzessivem Alkoholkonsum im Jugend- und jungen Erwachsenenalter assoziierten unmittelbaren Folgen betreffen akute gesundheitliche Gefährdungen wie etwa Asphyxien, Unfälle, Kriminalität und Gewalt (Kraus et al. 2011; Kuhn et al. 2011; Stolle et al. 2009). Aufgrund der toxischen Wirkung des Alkohols drohen Nierenversagen, Kreislaufschock sowie bleibende Hirnschäden, falls die oft starke Unterzuckerung nicht behandelt wird (Wolstein 2008). Alkoholisierte Personen werden nicht nur häufiger zu Tätern, sondern auch zu Opfern von Gewalt (Kuntsche 2007). Ein Drittel aller tödlichen Verkehrsunfälle bei 15-20-Jährigen steht in Verbindung mit Alkohol (Stolle et al. 2009). Das Risiko, zu sexuellen Handlungen gezwungen zu werden, vervielfacht sich bei Trunkenheit um den Faktor 7 (Kuhn et al. 2011). Weiterhin steigt unter Alkoholeinfluss die Zahl von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden (Stolle et al. 2009). Mittel- und langfristig gilt früher und exzessiver Alkoholkonsum als Risikofaktor für Schulprobleme, Suchtmittelmissbrauch und delinquentes Verhalten in der späten Adoleszenz (Spirito et al. 2001; Uhl & Kobra 2012) sowie für die verzögerte Erfüllung von Entwicklungsaufgaben (Blomeyer & Laucht 2009). Diese Folgen sind möglicherweise mit Veränderungen von Hirnfunktion und -anatomie verbunden, wie sie als Konsequenz von exzessivem Alkoholkonsum im Tiermodell nachgewiesen wurden (Coleman et al. 2011; Zahr et al. 2010).

Es ist bekannt, dass sich erste Anzeichen von Alkoholstörungen bereits vor dem zwanzigsten Lebensjahr zeigen (Behrendt et al. 2008). Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für Alkoholabhängigkeit assoziiert sind, sind u.a. alkoholabhängige Eltern (Wagner et al. 2007), hohe Alkoholverträglichkeit (Schuckit et al. 1997; Zimmermann et al. 2009), niedriges Alter bei Erstkonsum (Buchmann et al. 2009), Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), v.a. in Kombination mit Sozialverhaltensstörungen (Zimmermann et al. 2007), Depressionen und Angsterkrankungen (Zimmermann et al. 2003) sowie eine hohe Zahl belastender Lebensereignisse (Laucht et al. 2009).

## Unterstützungsbedarf von Jugendlichen nach stationär behandelter akuter Alkoholintoxikation

Die Zahl der 10-20jährigen, die in Deutschland mit der Diagnose F10.0 „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (akute Intoxikation,

akuter Rausch)“ in ein Krankenhaus eingeliefert wurden, ist während der letzten Jahre stark angestiegen. Während im Jahr 2000 von 100.000 Personen dieser Altersgruppe 101 alkoholbedingt im Krankenhaus versorgt werden mussten (Fälle absolut 9.500), waren es im Jahr 2011 bereits 325 pro 100.000 (Fälle absolut 26.000, Statistisches Bundesamt, Destatis 2011). Aufgrund der genannten Risiken frühen Alkoholmissbrauchs erhalten Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär behandelt werden, im Rahmen des vom Bundesgesundheitsministerium 2003 initiierten Modellprojektes *Hart am Limit – HaLT* (Reis et al. 2009; Kuttler 2009; Wolstein et al. 2011) eine Frühintervention am Krankenbett. Das heute bundesweit verbreitete Programm verknüpft lokal abgestimmte Alkohol-Prävention mit einer Kurzintervention für betroffene Jugendliche und ihre Eltern und gegebenenfalls einer Weitervermittlung in therapeutische oder kurative Angebote.

Aus der Begleitforschung zum *HaLT*-Projekt ist bekannt, dass es sich bei diesen Jugendlichen um eine heterogene Zielgruppe handelt. Eine alkoholbedingte Krankenhausbehandlung an sich stellt keinen aussagekräftigen Indikator für habituell problematischen Alkoholkonsum dar (Kraus et al. 2013) und es handelt sich bei diesen Jugendlichen auch keineswegs ausschließlich um Problemjugendliche. Vielmehr liegen bei der überwiegenden Mehrzahl alterstypische Trinkmotive und Begleitumstände vor (Kuttler 2009; Reis et al. 2009). Zwischen 13 und 30 % der behandelten Jugendlichen werden allerdings als gefährdet eingestuft bzw. haben umfassenden Hilfebedarf (Kraus et al. 2010; Reis et al. 2009; Uhl & Kobra 2012). In Rostock, wo die akut intoxikierten Kinder und Jugendlichen im *HaLT*-Projekt von einer Kinder- und Jugendpsychiaterin befragt wurden, zeigten 35% (n = 63) aller intoxikierten Kinder und Jugendlichen psychiatrische Auffälligkeiten. Prominent waren hierbei Störungen des Sozialverhaltens und Anpassungsstörungen, gefolgt von depressiven Störungen (Reis et al. 2009). Befunde aus Längsschnittstudien belegen, dass das bei Jugendlichen zu einem einzigen Zeitpunkt erfasste Trinkverhalten allerdings kaum in einem Zusammenhang mit späteren (alkoholbezogenen) Problemen steht. Entscheidend ist vielmehr die Steigerung und Aufrechterhaltung des Konsums in Kombination mit Suizidalität, Ängstlichkeit, Depressivität und sozialen Problemen (Weichold et al. 2008). Diese Ergebnisse decken sich mit Erkenntnissen aus der Entwicklungspsychologie. Gemeinsames (exzessives) Trinken von Alkohol kann im Jugendalter wichtige soziale Funktionen erfüllen, Prozesse der Identitätsentwicklung und Zugehörigkeit zur Peer-Group werden über gemeinsames Trinken subjektiv sinnhaft gesteuert (Stumpff et al. 2009). In bestimmten Jugendmilieus

ist Alkoholmissbrauch Teil des Lebensstils und Trinkmotive sind nicht individuell, sondern milieuspezifisch begründet (Becker 2010; Stumpp et al. 2009). Exzessiver Alkoholkonsum stellt für viele Jugendliche eine Form von Risikoverhalten dar und wird häufig als Unterstützung bei der Bewältigung anstehender Entwicklungsaufgaben erlebt (Franzkowiak 2002; Klein 2007; Reis 2011). Daher ist es die vordringliche Aufgabe der Prävention, eine Verfestigung riskanter Trinkmuster über das Jugendalter hinaus zu verhindern. Ziel ist nicht nur eine Behandlung Gefährdeter, sondern auch die pädagogische Begleitung von Konsumierenden (Franzkowiak 2002). In Fällen einer vorliegenden Entwicklungsgefährdung kommt der Prävention die Aufgabe der Früherkennung und Integration in weiterführende Hilfen zu. Zu den weiterführenden Hilfen können auch kinder- und jugendpsychiatrische Interventionen gehören.

Inwieweit akute Alkoholintoxikationen im Jugendalter ein Risiko für eine spätere Suchtentwicklung oder andere schwerwiegende Probleme darstellen, wurde bislang weder in der internationalen noch der nationalen Forschung untersucht. Gelingt es, zu einem frühen Zeitpunkt in der Entwicklung relevante Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren – mit dem Fokus auf die Faktoren, die sich mit realistischem Aufwand modifizieren bzw. anstoßen lassen – steigt die Wahrscheinlichkeit einer gesunden Entwicklung.

Mit dem im prospektiven Arm entwickelten RiScA-Fragebogen soll sicherer als bisher abgeschätzt werden, welcher Beratungsbedarf bei betroffenen Jugendlichen besteht, ob gegebenenfalls Maßnahmen zur Abwehr von Kindeswohlgefährdung getroffen werden müssen oder ob eine sozialpädagogische Kurzintervention ausreicht. Maßgebend für diese Beurteilung ist nicht nur das Ereignis an sich, sondern, wie weit das Rauschtrinken in Verbindung mit zusätzlichen psychosozialen Risiken oder psychischen Erkrankungen steht. Dabei sind mögliche kontraproduktive Effekte von (Selbst-) Stigmatisierung und Ausgrenzung einzubeziehen. Ein Verweis auf eine konkrete Gefährdung kann Selbstvertrauen, Autonomie und Kohärenzsinn auch schwächen (Kuhn et al. 2011; Sting 2010). Im Zentrum von Interventionen steht daher nicht die Information über die Gefährdung an sich, sondern die Unterstützung beim Ausbau geeigneter Bewältigungskompetenzen.

## **Konzeptionelle Basis des Kurzfragebogens RiScA- $\beta$ : das Konzept der Salutogenese**

In den 80er Jahren publizierte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Antonovsky sein Modell der Salutogenese, der Entstehung von Gesundheit. Er forderte, sich nicht nur auf die Vermeidung von Krankheitsauslösern (Risiken) zu konzentrieren, sondern die Möglichkeiten der Gesunderhaltung in den Fokus zu rücken (Antonovsky, 1987). Das Konzept beschreibt nicht nur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, sondern vor allem positive Veränderungen auf einem Krankheits-Gesundheitskontinuum. Die US-amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner kam mit ihrem Konzept der „Resilienz“ Antonovskys Ansatz nahe (Werner & Smith 1982). Werner war im Rahmen einer 32 Jahre dauernden Längsschnittstudie auf der hawaiianischen Insel Kauai aufgefallen, dass ein Drittel der etwa 200 Kinder, die unter stark belastenden Bedingungen aufgewachsen waren, trotz aller Widrigkeiten gesund geblieben waren. Ihnen allen gemein war eine positive, verantwortungsvolle, durch Optimismus gekennzeichnete Lebenseinstellung (Bengel et al. 2009). Als besonders wirksam erwiesen sich eine gute Intelligenz, belastbare Bindungen zu mindestens einer konstanten Person, Selbstvertrauen, die Fähigkeit, Probleme zu lösen und eine gute soziale Integration (Werner & Smith 1982).

Die noch im Detail zu präsentierende Literaturanalyse zeigt, dass der Blick auf vorhandene Schutzfaktoren breitere Ansatzmöglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention eröffnet, da das Ausschalten aller Risikoeinflüsse durch kritische Lebensereignisse und schwierige psychosoziale Lebensumstände unrealistisch ist. Trotz seiner Plausibilität und der hohen Akzeptanz, welches das Modell aufgrund seiner ressourcenorientierten Perspektive genießt, fehlt nach wie vor eine differenzierte theoretische Fundierung. Die hohe Komplexität des Forschungsbereiches mit seiner Vielzahl an Risiko- und Schutzfaktoren führt dazu, dass bisher nur wenige eindeutige Aussagen zur Wirkung einzelner Schutzfaktoren getroffen werden können. Ein Grund hierfür ist, dass Schutzfaktoren in unterschiedlichen Risikobereichen unterschiedlich wirken und sich gegenseitig beeinflussen und zudem in Abhängigkeit des Lebensalters unterschiedliche Wirksamkeit entfalten. Weiterhin können manche Faktoren sowohl schützend als auch belastend wirken (Bengel et al. 2009). Angesichts der noch unsicheren Datenlage stützt sich der RiScA daher vorwiegend auf diejenigen Einflussgrößen, welche sich in Studien als wirksam erwiesen haben und zu denen validierte Instrumente vorliegen. Für

die Modellierung des Verhältnisses von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung einer Alkoholstörung orientierten sich die Autoren des RiScA daher am Modell von Bengel et al. (2009, siehe Abbildung 1).

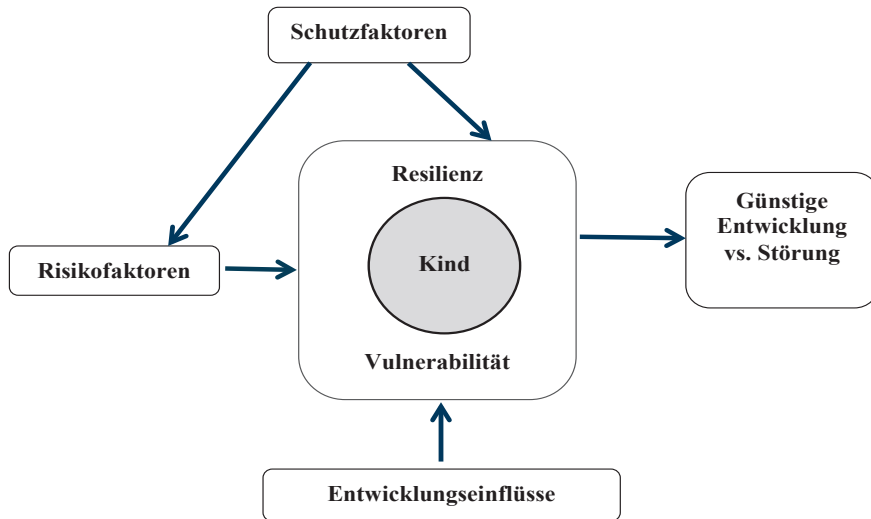


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Entstehung von Störungen (Bengel et al. 2009, S. 24)

Die Erfassung von Prädiktoren (Risiko- und Schutzfaktoren) für problematische Entwicklungen gilt als Voraussetzung wirksamer präventiver Interventionen (Arthur et al. 2002). Als „Risikofaktoren“ werden Einflussgrößen bezeichnet, die das Auftreten von Störungen bei einer Person wahrscheinlicher machen als bei einer zufällig aus der Gesamtbevölkerung ausgewählten Person. Schutzfaktoren reduzieren die Eintrittswahrscheinlichkeit von Problemen entweder direkt oder indem sie (indirekt) den Effekt von Belastungen reduzieren (Arthur et al. 2002; Bengel et al. 2009; Reis 2011). Bis heute wurden eine Reihe von Schutzfaktoren identifiziert, welche die Gesundheit schützen und zur Widerstandskraft gegenüber Stressoren beitragen. Schutzfaktoren können problematische Entwicklungsbedingungen moderieren, aber auch unabhängig von Belastungen die Entwicklung positiv beeinflussen (Bengel et al. 2009). Schutzfaktoren werden in biologische/genetische Faktoren, Persönlichkeitsmerkmale, familiäre und Schutzfaktoren im sozialen Umfeld klassifiziert. Personale Schutzfaktoren sind beispielsweise das Geschlecht (weiblich), eine positive Wahrnehmung der eigenen Person, internale Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung sowie gute kognitive

Fähigkeiten. Zu den familiären Schutzfaktoren zählen eine sichere Bindung und positive Beziehung zu den Eltern, ein autoritativer Erziehungsstil und ein insgesamt positives Familienklima. Unterstützung außerhalb der Familie sowie Erwachsene, welche als positive Rollenmodelle fungieren, sind wichtige soziale Schutzfaktoren (Bengel et al. 2009).

### **Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen prognostizieren**

Mit der Entwicklung des Befragungsinstrumentes RiScA soll ein Modell zur effektiven Vorhersage einer Entwicklungsgefährdung bei Jugendlichen nach Alkoholintoxikation konstruiert werden. Neben der Bestimmung einzelner Risikofaktoren soll das Instrument die möglichst präzise Schätzung des absoluten Risikos für eine mittelfristig eintretende Entwicklungsgefährdung erlauben. Die Schätzung der Relevanz verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren für die genannte Zielgruppe erfolgt sowohl prospektiv (6 Monate) als auch retrospektiv (6-13 Jahre) im zweiarmigen Studiendesign. Die jeweils besten Prädiktoren einer mittelfristigen Entwicklungsgefährdung im Zuge exzessiven Konsums sollen in einem Vorhersageinstrument zusammen geführt werden, welches es Praktiker/innen erlauben soll, bereits am Krankenbett Entwicklungsgefährdungen zu erkennen, passende Maßnahmen einzuleiten und inner- und außerpersonale Ressourcen systematisch zu berücksichtigen. Die Studie endet im Juni 2014. Sie wird vom Bundesministerium für Gesundheit unter dem Kennzeichen IIA5-2511DSM220 gefördert. Die Finanzierung ist nicht mit Auflagen verbunden.

### **Prospektiver Studienteil zum mittelfristigen Verlauf nach Alkoholintoxikation**

#### *Stichprobe:*

Studienpopulation im prospektiven Studienteil sind Jugendliche, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt werden und ein Präventionsangebot wahrnehmen. An der Rekrutierung beteiligen sich 10 HaLT-Standorte und kooperierende Kliniken in 7 Bundesländern (Bad Homburg, Berlin, Bielefeld, Kassel, Leipzig, Lörrach, Rastatt, Schweinfurt, Wiesbaden, Worms). Angestrebt wird ein Stichprobenumfang von  $n=400$  Jugendlichen im Alter von 13-17 Jahren und für die Nachbefragung  $n > 200$ .

*Method:*

Die Rekrutierung der Jugendlichen sowie die Durchführung der Eingangsbefragung erfolgt durch geschulte Fachkräfte vor der bei HaLT üblichen Kurzintervention am Krankenbett (T0). Voraussetzung ist neben der Zustimmung der Jugendlichen die schriftliche Einwilligung der Eltern. Die an der Befragung teilnehmenden Jugendlichen werden 6-8 Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus telefonisch nachbefragt (T1). Das Telefoninterview dauert ca. 15 Minuten. Als Anreiz für das Ausfüllen des Fragebogens im Krankenhaus erhalten die Jugendlichen einen USB-Stick, für ihre Bereitschaft am Telefoninterview teilzunehmen einen 10-Euro Gutschein. Die Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg begutachtete die Studie positiv (F-2012-035).

Das Erhebungsinstrument wurde in einem mehrstufigen Prozess entwickelt. Die Langversion des RiScA (RiScA- $\beta$ ) basiert auf einer systematischen Aufarbeitung des bestehenden Wissens um Risiko- und Schutzfaktoren für eine gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auf individueller, familialer und sozialer Ebene. Die Recherche konzentrierte sich auf das Auffinden von bevölkerungsbezogenen Primärstudien, systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen von prognostischen Studien (Kohortenstudien) zu den Themen 1.) Kindeswohlgefährdung, 2.) psychosoziale Faktoren, 3.) Erziehungsverhalten der Eltern/Eltern-Kind-Beziehung sowie 4.) alkoholbezogenes Risikoverhalten. In die Literaturanalyse einbezogen wurden Primärstudien der letzten 10 Jahre mit einer Mindeststichprobengröße von  $n=200$ , die über mindestens sechs Monate die Entwicklung von Jugendlichen beobachteten. Die Literaturrecherche ergab, dass eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Erhebungsinstrumente zu Risiko- und Schutzfaktoren bei Jugendlichen eingesetzt werden und Instrumente dominieren, die sich auf einzelne Problembereiche und Domänen konzentrieren (z.B. Erziehungsstil und Depressivität, normative Überzeugungen und Delinquenz). Zudem wird vorwiegend zu Risikokonstellationen geforscht und deutlich seltener zu protektiven Faktoren. Aufgrund seiner ganzheitlichen Perspektive – dezidierte Erfassung nicht nur von Risiko- sondern auch Schutzfaktoren auf den Ebenen Individuum, Familie, Peers, Schule und Gemeinde – wurde der „Communities That Care Youth Survey“ (CTC) (Arthur et al. 2002) in seiner übersetzten Version „Sozialräumliche Prävention in Netzwerken“ (SPIN) (Groeger-Roth & Schubert 2012) als Grundlage für den RiScA- $\beta$  mit 164 Items daraus ausgewählt. Weiterhin flossen 45 Items aus dem Kinder- und Jugendsurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS, RKI 2011) ein. Erfragt werden neben protektiven Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartung auch Hinweise auf eine

mögliche Kindeswohlgefährdung nach dem Childhood Trauma Questionnaire (deutsche Version nach Wingenfeld et al. 2010). Der RiScA- $\beta$  in seiner Langversion umfasst insgesamt 272 Items (Tabelle 1).

In Abstimmung mit den HaLT-Fachkräften der beteiligten Studienstandorte wurde der RiScA- $\beta$  hinsichtlich Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit geprüft und dann anhand eines Pretests mit zwei Jugendlichen (männlich/weiblich) mit zurückliegender Erfahrung einer Alkoholintoxikation auf seine Verständlichkeit und schlüssige Abfolge anhand der Methode des Comprehension-Problings (Collins 2003) getestet.

Zur Erhöhung der Validität werden die Selbstauskünfte der Jugendlichen aus T0 und T1 durch eine Fremdeinschätzung der HaLT-Fachkräfte zur psychosozialen Belastung und sozialen Unterstützung durch eine 5-stufige Rating-Skala (von „stark unterdurchschnittlich“ bis „stark überdurchschnittlich“) sowie Informationen zu den durchgeführten (Beratung, Gruppe) bzw. eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Familientherapie, stationäre Behandlung) ergänzt.

Für den Leitfaden des Telefoninterviews (T1) wurden 84 Items aus dem RiSCA- $\beta$  extrahiert. Er erfasst nur weiter bestehende oder gegebenenfalls neu aufgetretene schwere Entwicklungsgefährdungen im Bereich Konsumverhalten, Familie, belastende Ereignisse, psychische Probleme, Schule und Kontakte zu Hilfeeinrichtungen. Das Interview wurde anhand eines Pretests mit zwei Jugendlichen (männlich/weiblich) hinsichtlich Zeitbedarf und Verständlichkeit getestet.

Instrument	Autor/Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen					gesamt
		Individuum	Familie	Peers	Nachbarschaft	Schule	
Communities That Care Youth Survey" (CTC); Sozialräumliche Prävention in Netzwerken (SPIN)	Arthur et al. 2002; Zimmermann et al. 2009	89 (2)*	30	(8)	27	18	164
Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts	Robert-Koch-Institut 2011	45	0	0	0	0	45
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	(Häuser et al. 2011, Klinitzke et al. 2012, Wingenfeld et al. 2010)	2	4	0	0	0	6



Instrument	Autor/Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen					gesamt
		Individuum	Familie	Peers	Nachbarschaft	Schule	
Adversity Index	Schwarz, Silbereisen 1992	4	0	0	0	0	4
Big Five Inventory	Rammstedt John 2007	10	0	0	0	(1)	10
Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption (AUDIT-C)	Babor et al. 2001, Franzko-wiak 2002	3	0	0	0	0	3
Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)	Kraus 2011	2 (4)					2
Rostocker-Suchtstärke-Index für Kinder- und Jugendliche (ROSI-KJ)	Reis et al. 2008	(3)	0	0	0	2	2
CRAFFT-d	Knight et al. 2002	4	1	0	1	0	6
Originäre Fragen		12	10	8	0	0	30
gesamt		171	45	8	28	20	272

\*Items des RiScA, die in mehreren Instrumenten verwendet werden, werden beim ersten Mal gezählt und danach in Klammern ( ) aufgeführt.

Tabelle 1: Anzahl und Provenienz der Items der Langversion des RiScA

## Katamnestic Erhebung zum langfristigen Verlauf nach Alkoholintoxikation

### Stichprobe:

Für den retrospektiven Arm der Studie wurden bislang 1444 ehemalige Patienten/innen aus Kinderkliniken an drei Standorten (506 aus Dresden, 547 aus Rostock, 391 aus München) anhand Aufnahmediagnose „Alkoholintoxikation“ (ICD-10: F10.0 bzw. T51.0) und Geburtsdatum identifiziert. Die Intoxikationsstichprobe bilden Patienten/innen, die zwischen 2000 und 2007 alkoholbedingt im Krankenhaus behandelt wurden und die zur Zeit der Katamnese mindestens 20 Jahre alt sind. Dies ermöglicht die Untersuchung eines Langzeitverlaufs ab dem Intoxikationsereignis von 6 bis 13 Jahren. Parallel zur Intoxikationsstichprobe wird eine Kontrollstichprobe (n = 500) gezogen,

die hinsichtlich des Behandlungszeitraumes (Jahr der Aufnahme und Behandlungsdauer von 1-2 Tagen), Alter und Geschlecht identisch ist, jedoch keine alkoholbezogene Diagnose aufweist. Hierzu gehören beispielsweise Patienten, die aufgrund von äußeren Verletzungen oder unklaren Schmerzzuständen stationär behandelt wurden (Ausschluss: chronische Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10-F19). Die Stichproben wurden so geplant, dass bereits ein kleiner Effekt im Sinne eines Mittelwertunterschieds von einem Skalenpunkt auf dem AUDIT (als beispielhafte Outcome-Variable) zwischen beiden Studiengruppen entdeckt werden kann (Power = .95). Bei einem angestrebten Rücklauf von 25% werden 375 Studienteilnehmer/innen aus der Intoxikations- und 125 aus der Kontrollgruppe erwartet.

Die identifizierten Personen wurden durch das seinerzeit behandelnde Krankenhaus angeschrieben, um die ehemaligen Patienten/innen über die Absicht der Untersuchung zu informieren und um die Teilnahme an der Katamnese zu bitten. Die Adressaten/innen können eine beigefügte Einverständniserklärung und Kontaktdaten an das Studienzentrum zurücksenden. Die Studie wurde von der Ethikkommission an der Technischen Universität Dresden genehmigt (EK 48022012).

#### *Methode:*

Die Teilnehmer/innen werden von Studienmitarbeitern zurückgerufen und am Telefon für ca. 45 Minuten interviewt, wofür sie 35,- € erhalten. Für die Telefonbefragung wurde das computergestützte Interview RisCATI (Risiko + Computer Aided Telephone Interview) entwickelt, welches die aktuelle Entwicklungsgefährdung abbilden soll. Das RisCATI wurde aus dem ROSI-KJ (Rostocker Sucht Index Kinder und Jugendliche, Reis et al. 2008) weiterentwickelt, welches sich seinerseits am European Addiction Severity Index für Erwachsene (EuropASI, Gsellhofer et al. 1999) und der Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD, Friedman & Utada 1989) orientiert. So werden Gefährdungen in den Lebensbereichen „Aktuelle Lebenssituation“, „Familiärer Hintergrund“, „Drogenkonsum“, „Körperlicher Status“, „Psychischer Status“, „Rechtliche Situation“ und „Freunde und Soziales“ erfragt. Für die Erhebung des aktuellen Konsumstatus wurden gängige standardisierte Maße in das RisCATI aufgenommen (s. Tabelle 2).

Instrument	Autor/ Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen							gesamt
		Lebenssituation	Familie	Drogenkonsum	Körperlicher Status	Psychischer Status	Rechtliche Situation	Freunde, Soziales	
ESA	Kraus, Pabst 2010	10	1	21	1	0	0	0	33
Personenfragebogen Sozi- oökonomisches Panel (SOEP)	Wagner et al. 2007	10	0	0	0	0	0	0	10
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Wittchen, Pfister 1997	1	0	45	0	7	0	0	53
Self-Rating of the Effects of Alcohol (SRE)	Schuckit et al. 1997	0	0	4	0	0	0	0	4
Enriched Social Support Inventory (ESSI) – unsere Übersetzung?	Kendel et al. 2011	0	0	0	0	0	0	5	5
Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD)	Kraus et al. 2012	0	0	0	0	0	0	2	2
Rostocker Suchtinventar für Kinder- und Jugendliche (ROSI-KJ)	Reis et al. 2008	1	7	3	1	5	4	1	22
Originäre Items (Rostock, Dres- den, München)	RISCA- Group	4	4	18	1	2	1	6	36
DISYPS	Döpfner et al. 2008	0	0	0	0	0	0	11	11
EuropASI	Gsellhofer et al. 1999	3	2	6	3	0	0	0	14

Instrument	Autor/ Jahr	Anzahl der verwendeten Items aus den Bereichen							gesamt
		Lebens situation	Familie	Drogenkonsum	Körperlicher Status	Psychischer Status	Rechtliche Situation	Freunde, Soziales	
RISCA-β	aktuelle Studie	10	0	0	0	0	0	0	10
AUDIT-Münchener-Version	(Babor et al., 2001)	0	0	10	0	0	0	0	10
gesamt		39	14	107	6	14	5	25	210

Tabelle 2: Anzahl und Provenienz der Items im Telefoninterview RisCATI

Vom RisCATI wurden sowohl an alkoholbelasteten als auch an unbelasteten Pilotgruppen zwei aufeinander folgende Versionen an anfallenden Stichproben getestet. Es wurde Wert darauf gelegt, dass sowohl die Interviewer als auch die Interviewten für die Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Erfahrungen mit Alkohol“ möglichst der Untersuchung entsprechen sollten. Aus diesem Grund wurde das RisCATI von fünf verschiedenen Untersuchern (4 weiblich, 1 männlich) an 14 Personen durchgeführt. Die Pilotstudie für die erste Version umfasste 7 Personen, die im Durchschnitt 24,7 Jahre alt waren (5 weiblich, 2 männlich). Die Pilotstudie für die zweite Fassung umfasste ebenfalls 7 Personen (3 weiblich, 4 männlich), die durchschnittlich 28.5 Jahre alt waren. Am Ende des Entwicklungsprozesses stand ein MS-ACCESS-basiertes Frageinventar, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert, und den Erhebungsprozess standardisiert.

## Erste Ergebnisse und Limitationen

Bei der Entwicklung des RiScA-β für die Befragung von stationär behandelten Jugendlichen im prospektiven Studienteil wurde im Zuge der Literaturrecherche deutlich, dass die salutogenetische Perspektive in Prävention und Gesundheitsförderung zwar große Akzeptanz genießt, die Betrachtung von Schutzfaktoren in der aktuellen Forschungsliteratur jedoch unterrepräsentiert ist und Erhebungen zu Risikofaktoren dominieren. Diese Dominanz bildet sich auch im Aufbau des RiScA-β ab. Zwei Drittel der Fragen adressieren explizit Risikofaktoren wie Schulschwänzen, Delinquenz, Akzeptanz von an-

tisozialem Verhalten in der Peer-Group, geringes Selbstwertgefühl oder Gewaltopferschaft (Schläge, sexuelle Gewalt). Als Schutzfaktoren werden z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, familiäre Unterstützung oder eine erwachsene Ansprechperson auch außerhalb der Familie erhoben. Bei der Auswertung der ersten Fragebögen, die von den Jugendlichen im Krankenhaus ausgefüllt werden, zeigte sich, dass bei einigen Teilnehmern Hinweise für eine (drohende) Entwicklungsgefährdung vorliegen. Daher erfolgt die telefonische Nachbefragung durch geschultes sozialpädagogisches Fachpersonal, um in akuten Krisen und bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung adäquat reagieren zu können. Der bisherige Verlauf des prospektiven Studienteils legt nahe, dass in Zusammenarbeit mit Präventionsfachkräften eine Befragung von jungen Patienten/innen vor der üblichen Kurzintervention im Krankenhaus mit der umfangreichen Testversion des RiScA- $\beta$ -Fragebogens (Dauer ca. 30 Minuten) möglich ist. Ca. 90% der Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt, auch in Fällen mit bestehender Entwicklungsgefährdung. Von den Jugendlichen, welche an der Standardintervention teilnehmen, nahmen etwa die Hälfte an der katamnestischen RiScA-Studie teil. Bei ca. 10% lehnen die Eltern eine Teilnahme ab, kleine Selektionseffekte können hier nicht ausgeschlossen werden. Die insgesamt hohe Teilnahmebereitschaft und die hohe Datenqualität geben Hinweise auf die Akzeptanz einer systematischen Befragung von Jugendlichen, wie sie auch zukünftig im Kontext der Routineversorgung im Krankenhaus erfolgen soll.

Im retrospektiven Studienteil konnten seit Studienbeginn nahezu alle identifizierten Krankenakten sowohl der Intoxikations- als auch der Kontrollgruppe ausgewertet werden. Die Telefoninterviews stützen sich auf ein MS-ACCESS-basiertes Frageinventar, welches SPSS-lesbare anonymisierte Dateien generiert und den Erhebungsprozess standardisiert. Die Rekrutierung der Intoxikations- und der Kontrollgruppe für die Telefoninterviews wurde durch zwei Faktoren erschwert. Zum einen konnte für etwa ein Drittel der ehemaligen Patienten kein aktueller Wohnort identifiziert werden. Zum zweiten lag die Antwortquote bei den erreichten ehemaligen Patienten nur bei etwa 18%. Limitationen im retrospektiven Studienteil beziehen sich damit auf potentielle Selektionseffekte für die Patienten, die sich bereit erklären an der Studie teilzunehmen im Gegensatz zu denen, die kein Interesse an einer Teilnahme haben. Diese Effekte sollen nach Abschluss der Datenerhebung in einer Selektivitätsanalyse untersucht werden. Für die nicht ermittelten Adressen kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob das Nichtvorliegen einer

Antwort auch gleichzusetzen ist mit fehlendem Interesse oder ob die Adressaten das Schreiben aus diversen Gründen nicht erhielten.

Die Autoren/innen danken den beteiligten HaLT-Fachstellen und Kliniken (Pilot St. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach, Team um H. Fahnenstich und M. Fedorcak) sowie den Jugendlichen und jungen Erwachsenen für die Mitwirkungsbereitschaft, ebenso den Studienkliniken in München (Direktor A. Grübl), Pirna und Dresden-Neustadt (Direktor G. Heubner), Universitätsklinikum Dresden (Direktor R. Berner) und der Universitätskinderklinik Rostock (komm. Direktorin M. Wigger).

### **Korrespondenzadresse:**

Dr. phil. Olaf Reis

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie  
im Kindes- und Jugendalter

Universität Rostock

Gehlsheimer Str. 20

18147 Rostock

olaf.reis@med.uni-rostock.de

### **Literaturverzeichnis**

- Antonovsky, A.* (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness, *Advances*, 4, 47-55
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., Baglioni Jr., A. J.* (2002). Measuring Risk And Protective Factors For Substance Use, Delinquency, And Other Adolescent Problem Behaviors: The Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26, 575–601
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G.* (2001). AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test (Guidelines for Use in Primary Care)
- Becker, T.* (2010). Jugend-Milieus und ihre spezifische Suchtmittelgefährdung - Erkenntnisse aus der Sinus-Jugendmilieu-Studie. In: Sarrazin, D. (Hg.) *Jugend zwischen Abstinenz und Abhängigkeit : sozialwissenschaftliche Erkenntnisse zum Suchtmittelkonsum junger Menschen : 12. Wissenschaftliches Gespräch der DG-Sucht 2009* Hamm: DG Sucht, 21-24
- Behrendt, S., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Lieb, R., Low, N. C. P., Rehm, J., Beesdo K.* (2008). Risk and speed of transitions to first alcohol dependence symptoms in adolescents: a 10-year longitudinal community study in Germany. *Addiction*, 103, 1638–1647
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N.* (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und

Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 35). Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

- Blomeyer, D. & Laucht, M.* (2009). Riskanter Alkoholkonsum im Jugendalter. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. *Psychotherapeut*, 54, 179–186
- Buchmann, A. F., Schmid, B., Blomeyer, D., Becker, K., Treutlein, J., Zimmermann, U. S., Jennen-Steinmetz, C., Schmidt, M. H., Esser, G., Banaschewski, T., Rietschel, M., Schumann, G., Laucht, M.* (2009). Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1205–1212
- Coleman, L. G., He, J., Lee, J., Styner, M., Crews, F. T.* (2011). Adolescent binge drinking alters adult brain neurotransmitter gene expression, behavior, brain regional volumes, and neurochemistry in mice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 671–688
- Collins, D.* (2003). Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, 12, 229–238
- Döpfner, M., Görtz-Dorten, A., Lehmkuhl, G.* (2008). DISYPS-II, Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche – II. Bern: Huber.
- Franzkowiak, P.* (2002). Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung - Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) Drogenkonsum in der Partyszene. Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand. Köln: 107-124
- Friedman, A. S., Utada, A.* (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *Journal of Drug Education*, 19, 285–312
- Groeger-Roth, F., Schubert, H.* (2012). „Das kommt aus Amerika, das geht hier nicht ...“ – Erfahrungen mit CTC in Niederachsen, In: Kerner, H. J., Marks, E. (Hg.), Sicher leben in Stadt und Land. Ausgewählte Beiträge des 17. Deutschen Präventionstages. Bad Godesberg: 329-344
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M., Weiler, D.* (1999). European Addiction Severity Index, Manual für Training und Durchführung. Hohengehren: Schneider
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., Glaesmer, H.* (2011). Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt*, 108, 287–294
- Kendel, F., Spaderna, H., Sieverding, M., Dunkel, A., Lehmkuhl, E., Hetzer, R., Regitz-Zagrosek, V.* (2011). Eine deutsche Adaptation des ENRICH Social Support Inventory (ESSI). *Diagnostica*, 57, 99–106
- Klein, M.* (2007). Risikoverhalten und Risikokompetenz Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. *Ajsinformationen (III)*, 7–12

- Klinitzke, G., Romppel, M., Häuser, W., Brähler, E., Glaesmer, H.* (2012). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – psychometrische Eigenschaften in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 47–51
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S., Chang, G.* (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156, 607–614
- Kraus, L., Hannemann, T.-V., Pabst, A., Müller, S., Kronthaler, F., Grübl, A., Stürmer, M., Wolstein, J.* (2013). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Die Spitze des Eisbergs? *Gesundheitswesen* 75, 456-464
- Kraus, L., Müller, S., Stürmer, M., Grübl, A., Kronthaler, F., Tretter, F., Wolstein, J.* (2010). Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation. Auswertung einer Befragung im Rahmen des Präventionsprojektes „Hart am Limit HaLT, Institut für Therapieforchung, Bayerische Akademie für Suchtfragen & Universität Bamberg. München, Bamberg
- Kraus, L., Pabst, A.* (2010). Epidemiologischer Suchtsurvey 2009. *Sucht*, 56, 309–384
- Kraus, L., Pabst, A., Piontek, D.* (2012). Die Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2011 (ESPAD). Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, München: Institut für Therapieforchung, [http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd\\_181\\_Espad-2011.pdf](http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Bd_181_Espad-2011.pdf)
- Kraus, L., Piontek, D., Pabst, A., Bühringer, G.* (2011). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Mortalität, Morbidität, soziale Probleme und Folgekosten in Deutschland. *Sucht*, 57, 119–129
- Kuhn, S., Trenkler, F., Kalke, J.* (2011). Empfehlungen für Eltern im Umgang mit dem Alkoholkonsum ihrer Kinder: Wissenschaftlicher Kenntnisstand. Ein Ratgeber für Fachkräfte der Suchtprävention. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- Kuntsche, E.* (2007). Alkoholkonsum und Gewaltverhalten im Jugendalter. Ein Überblick über Theorien und Forschungsarbeiten sowie Empfehlungen für die Prävention. *Ajsinformationen(III)*, 13–18
- Kuttler, H.* (2009). Hart am Limit - HaLT. Ein bundesweites Präventionsprojekt gegen den riskanten Alkoholkonsum von Jugendlichen. *Konturen*, 30, 10–18
- Laucht, M., Treutlein, J., Schmid, B., Blomeyer, D., Becker, K., Buchmann, A. F., Schmidt, M. H., Esser, G., Jennen-Steinmetz, C., Rietschel, M., Zimmermann, U., Banaschewski, T.* (2009). Impact of psychosocial adversity on alcohol intake in young adults: moderation by the LL genotype of the serotonin transporter polymorphism. *Biological Psychiatry*, 66, 102–109
- Rammstedt, B., John, O. P.* (2005). Kurzversion des Big Five Inventory (BFI-K): Entwicklung und Validierung eines ökonomischen Inventars zur Erfassung der fünf Faktoren der Persönlichkeit. *Diagnostica*, 51, 195-206



- Reis, O. (2011). Risiko- und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungs-dynamische Aspekte. In: Batra, A., Bilke-Hentsch, O. (Hg.) Praxisbuch Sucht, München: Thieme, 8–15
- Reis, O, Pape, M., Häßler, F. (2008). ROSI-KJ. Das Rostocker Suchtinventar für Kinder und Jugendliche, und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Manuskript, Rostock: Universität, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik
- Reis, O., Pape, M., Häßler, F. (2009). Ergebnisse eines Projektes zur kombinierten Prävention jugendlichen Rauschtrinkens, Sucht, 55, 347–356
- Robert-Koch-Institut (2011). KiGGS Welle 1. Verfügbar unter <http://edoc.rki.de>.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Tipp, J. E. (1997). The Self-Rating of the Effects of alcohol (SRE) form as a retrospective measure of the risk for alcoholism. *Addiction*, 92, 979–988
- Schwarz, B. & Silbereisen R. K. (1992). Maße für abträgliche Belastungen (Adversity-Index) und wahrgenommenes Tempo der Entwicklungsübergänge. In: A Fischer und Jungwerk der Deutschen Shell (Hg.). Jugend '92. Band 4: Methodenberichte-Tabellen-Fragebogen. Opladen: Leske+Budrich, 41-54
- Spirito, A., Barnett, N., Lewander, W., Colby, S., Rohsenow, D., Eaton, C., Monti, P. M. (2001). Risks associated with alcohol-positive status among adolescents in the emergency department: A matched case-control study. *The Journal of Pediatrics*, 139, 396–402
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2011). F10.0 - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol - Akute Intoxikation (akuter Rausch). Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle 2000 – 2011)
- Sting, S. (2010). Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter. Potenziale und Grenzen der verschiedenen Ansätze zur Suchtprävention im Hinblick auf Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung der Lebens- und Risikolagen und der Suchtgefährdung von Kindern und Jugendlichen., München: Deutsches Jugendinstitut (<http://www.dji.de>)
- Stolle, M., Sack, P., Thomasius, R. (2009). Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter, Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, 19, 323–328
- Stumpp, G., Stauber, B., Reinl, H. (2009). Jugendliche und Rauschtrinken, Einflussfaktoren, Motivation und Anreize zum Rauschtrinken bei Jugendlichen. Tübingen: Institut für frauenpolitische Sozialforschung
- Uhl, A., Kobrna, U. (2012). Rauschtrinken bei Jugendlichen - Medienhype oder bedenkliche Entwicklung. *Suchttherapie*, 13, 15–24
- Wagner, G. G., Frick, J. R., Schupp, J. (2007). The German socio-economic panel study (SOEP): *Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, 127, 139–169
- Weichold, K., Bühler, A., Silbereisen, R. (Hg.) (2008). Konsum von Alkohol und illegalen Drogen im Jugendalter (Bd. 5). Göttingen: Hogrefe
- Werner, E., Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible. A study of resilient children*, New York, McGrawHill

- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., Driessen, M. (2010). Die deutsche Version des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Erste Befunde zu den psychometrischen Kennwerten. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 60, 442–450
- Wittchen, H.-U., Pfister, H. (1997). *Instruction Manual for the DIA-X-Interview*. Frankfurt: Swets&Zeitlinger.
- Wolstein J. (2008). Gefahren des Rauschtrinkens aus medizinischer Sicht. *proJugend*, 3, 9–11
- Wolstein, J., Wurdak, M., Stürmer, M. (2011). *Evaluation des Alkoholpräventionsprojektes HaLT - Hart am Limit in Bayern*. München: Universität Bamberg & Bayerische Akademie für Suchtfragen
- Zahr, N. M., Mayer, D., Rohlfing, T., Hasak, M. P., Hsu, O., Vinco, S., Orduna J, Luong R., Sullivan E. V., Pfefferbaum A. (2010). Brain injury and recovery following binge ethanol: evidence from in vivo magnetic resonance spectroscopy. *Biological Psychiatry*, 67, 846–854
- Zimmermann, P., Wittchen, H. U., Höfler, M., Pfister, H., Kessler, R. C., Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33, 1211–1222
- Zimmermann, U. S., Blomeyer, D., Laucht, M., Mann, K. F. (2007). How gene-stress-behavior interactions can promote adolescent alcohol use: the roles of predrinking allostatic load and childhood behavior disorders. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86, 246–262
- Zimmermann, U. S., Heidrich, L., Kalkbrenner, M., Lachnit, A., Kabus, M., Gahr, M. (2009). Alkoholtoleranz und mittelfristige Folgeschäden bei alkoholintoxizierten Jugendlichen. *Suchttherapie*, 10, 1

## **Psychisch kranke Eltern – psychisch kranke Kinder: Gemeinsame Behandlung scheint erfolgreich**

Vier Jahre Eltern-Kind-Projekt am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA) im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut (WOI) in Hamburg

*Martin Stolle<sup>1</sup>, Lisa Fritz<sup>2</sup>, Annekatriin Thies<sup>1</sup>,  
Sabine Domin<sup>3</sup>, Matthias Lemke<sup>3</sup>, Christian Fricke<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut

<sup>2</sup> Ehem. psychologische Diplomandin am EKA/WOI

<sup>3</sup> Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

### **Einleitung**

Schätzungen zu Folge leben in Deutschland zwischen 175.000 und 3 Millionen Kinder mit mindestens einem psychisch kranken Elternteil (Mattejat 2011). Es konnte vielfach belegt werden, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein erhöhtes Risiko haben, selbst eine psychische Störung zu entwickeln. Hierbei erscheint das Risiko zwischen zwei- bis dreifach (Lenz 2005) bzw. drei- bis siebenfach erhöht (Wiegand-Grefe et al. 2009). Neben dem erhöhten Risiko für die Entwicklung eines Vollbildes einer psychischen Störung können Entwicklungsauffälligkeiten im subklinischen Bereich beobachtet werden (z.B. schlechtere Sprachentwicklung, kognitive Entwicklungsverzögerung, auffälliges Sozialverhalten mit vermehrter Aggressivität und Hyperaktivität, geringere soziale Kompetenzen und erhöhte emotionale Irritabilität (Laucht et al. 2002; Kühnel & Bilke 2004).

Es zeigt sich, dass die psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile die Entwicklung einer psychischen Störung bei den Kindern begünstigen oder aufrechterhalten sowie deren Behandlung erschweren kann. Hierbei spielen in den Vermittlungsprozessen zwischen elterlicher und kindlicher psychischer Erkrankung genetische, physiologische und psychosoziale Faktoren eine Rolle. Bezogen auf die psychosozialen Belastungen korreliert das Merkmal „psychische Erkrankung eines Elternteils“ positiv mit vielen anderen psychosozialen Belastungsfaktoren, wie Armut, soziale Marginalisierung, niedriger Bildungsstand und Arbeitslosigkeit der Eltern, Verlust von wichtigen Bezugspersonen, insbesondere eines Elternteils, etc.. Kinder psychisch kranker Eltern haben ein zwei bis fünffach erhöhtes Risiko für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch (Ihle et al., 2001). Bezogen auf die Auswirkung genetischer Einflüsse zeigt sich, dass diese vor dem Hintergrund einer Gen-Umwelt-Interaktion zu bewerten sind. Hierbei bestimmt die genetische Ausstattung mit darüber, ob sich bestimmte Lebensereignisse bzw. -bedingungen pathogen auswirken oder nicht. Genetische Voraussetzungen moderieren somit die Umwelteffekte (Caspi et al. 2003). Dementsprechend sind gerade bei Menschen mit hoher erblicher Vulnerabilität die Umwelteinflüsse besonders wichtig, im negativen wie auch im positiven Sinne (Mattejat & Remschmidt 2008).

## Das Erleben der Kinder

In verschiedenen Interviewstudien wurde das subjektive Erleben der Kinder qualitativ analysiert. Die wichtigsten Probleme, denen Kinder psychisch kranker Elternteile unterworfen werden, sind:

- Desorientierung: Die Probleme der Eltern können nicht eingeordnet und verstanden werden.
- Schuldgefühle: Die Überzeugung, durch ein vermeintliches Fehlverhalten an den psychischen Problemen der Eltern schuld zu sein.
- Tabuisierung: Die Kinder haben den Eindruck, nicht mit Außenstehenden über die Familienprobleme sprechen zu dürfen, da sie dann ihre Eltern verraten würden.
- Isolierung: Die Kinder wissen nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen wenden können und fühlen sich alleine gelassen (nach Mattejat 2005).

## Kinder depressiver Mütter

Da im Eltern-Kind-Projekt am EKA/WOI ein Großteil der elterlichen Erkrankungen aus depressiven Störungsbildern besteht, und Mütter mit Depressionen im Kontext von Elternschaft am häufigsten untersucht wurden, sollen beispielhaft einige der spezifischen Aspekte der Eltern-Kind-Beziehung bzw. -Interaktion beschrieben werden. In der Interaktion mit ihrem Säugling unterscheiden sich depressive von nicht-depressiven Müttern: Depressive Mütter sehen ihr Kind weniger an, berühren es weniger und sprechen weniger mit ihm. Zudem zeigen sie mehr negative Affekte, wie z.B. Ärger und Übergriffigkeit (Cohn et al. 1986 & 1990). Die Säuglinge zeigen ähnlich wie die Mütter ein geringeres Aktivitätsniveau, lautieren weniger und haben häufiger einen negativen affektiven Ausdruck während der Interaktion mit ihren depressiven Müttern (Field 1995). Sie wenden ihren Blick häufiger ab, protestieren zumindest anfangs mehr und schauen häufiger misstrauisch-wachsam. Im Kindergarten- und Grundschulalter nehmen die erkrankten Mütter ihre Kinder häufig als besonders schwierig wahr und haben im Zusammenhang mit neuen Entwicklungsaufgaben Schwierigkeiten, sich gegenüber den Kindern durchzusetzen bzw. diesen eine adäquate Orientierung zu geben. Positive Kommentare, die das kindliche Selbstwertgefühl stärken, kommen weniger vor. In der mittleren Kindheit und im Jugendalter werden nicht selten den Kindern erwachsenentypische Aufgaben und Verantwortung übertragen bzw. werden durch diese unbewusst wahrgenommen (Parentifizierung). Auf der anderen Seite ist die Identifikation der Kinder/Jugendlichen mit den erkrankten Elternteilen aufgrund deren eingeschränkter Vorbildfunktion beeinträchtigt. Es wird deutlich, dass die Eltern-Kind-Interaktion und die Eltern-Kind-Beziehung über sämtliche bio-psycho-soziale Entwicklungsphasen des Kindes- und Jugendalter beeinträchtigt sein kann (Mattejat & Remschmidt 2008). Je nach Erkrankungszeitpunkt der Mütter sind die Auswirkungen auf die Kinder unterschiedlich gravierend (Lovejoy et al. 2000). Jüngere Kinder sind stärker von einer mütterlichen Depression betroffen als Ältere, die bereits ein größeres Verhaltensrepertoire aufbauen konnten, um selbstständig positive Interaktionen zu beginnen und aufrechtzuerhalten.

Die sich dem Kind vermittelnden Einschränkungen in der Interaktion und der Beziehungsfähigkeit durch die psychische Erkrankung des Elternteils sind abhängig von der elterlichen Diagnose (Hipwell & Kumar 1996). Hierbei wirkte sich eine unipolare Depression weniger problematisch auf die kindliche Entwicklung und dessen psychische Gesundheit aus als eine bipolare oder manische Störung. Am ungünstigsten für die seelische Gesundheit der

Kinder erschien das Interaktionsverhalten schizophrener bzw. schwer persönlichkeitsgestörter Elternteile.

## Das Eltern-Kind-Projekt

Durch die Umwidmung sozialpädiatrischer in kinder- und jugendpsychiatrische Betten entstand 2005 in den Räumlichkeiten des Werner-Otto-Institutes (WOI) die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA) im Verbund mit dem WOI. Hier werden auf zwei Stationen aktuell insgesamt 16 Behandlungsplätze für Kinder von 0 bis 12 Jahren bereitgestellt. Regelhaft wird ein Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen und in die Behandlung mit einbezogen. Zum Behandlungsspektrum gehören u.a. frühkindliche Regulations- und Interaktionsstörungen (z.B. Fütter-, Ess- und Schlafstörungen, Sondenentwöhnungen), chronifizierte Ausscheidungsstörungen, emotionale und affektive Störungen, komplexe Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen mit Komorbiditäten sowie Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen. Zudem werden psychische Störungen bei Kindern mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, körperlichen- und/oder geistigen Behinderungen und Epilepsie behandelt. Die Behandlung erfolgt multimodal und Psychotherapieschulen übergreifend in einem multiprofessionellem Team aus Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten, Pädiatern sowie Kinderkrankenpflegepersonal, Erziehern und Fachtherapeuten (Ergo-, Kunst- und Physiotherapeuten, Logo- und Motopäden). Lehrer der internen Klinikschule ergänzen das Versorgungsangebot.

Aus der Erfahrung, dass die mit aufgenommenen Elternteile der psychisch kranken Kinder vielfach stark psychisch belastet oder selbst erkrankt sind, ihnen aber kein adäquates eigenes Behandlungsangebot gemacht werden konnte, resultierte 2009 die gemeinsame Initiative der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Abteilung für Psychiatrie, fünf Betten für ein sog. Eltern-Kind-Projekt zu beantragen. Hier sollte in Kooperation der beiden Abteilungen mit entsprechend qualifiziertem Personal die gemeinsame und zeitlich parallele Behandlung psychisch erkrankter Eltern mit ihren psychisch erkrankten Kindern möglich gemacht und ein Schwerpunkt auf die Beziehungs- und Interaktionsproblematik gelegt werden.

Am 1. Juni 2009 wurden die fünf Betten des Eltern-Kind-Projektes durch die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburgs

bewilligt, die Finanzierung der Behandlung erfolgt über die Krankenkassen. Damit ist ein im deutschsprachigen Raum weitgehend einzigartiges Behandlungsangebot entstanden, welches über die Behandlungen vorwiegend postpartaler psychischer Störungen bzw. der gemeinsamen Behandlung von Elternteilen mit ausschließlich sehr jungen Kindern hinausgeht.

Durch die gemeinsame Behandlung psychisch erkrankter Eltern und ihrer Kinder werden unserer Erfahrung nach folgende spezifische Problemstellungen deutlich:

- Der überwiegende Anteil der Eltern hatte vor Aufnahme keinen Kontakt zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten, d.h. es handelt sich in der Regel um undiagnostizierte und unbehandelte, teils chronisch und/oder komorbid erkrankte, Patienten, bei denen Störungseinsicht und Behandlungsmotivation noch gering ausgebildet sind. Oft haben diese Elternteile und ihre Kinder schon Jahre bestehende kindbezogene Hilfen (Familienhilfe, Familienlotse, entwicklungsfördernde Therapien, etc.), die die seelische Problematik der Eltern nicht ausreichend als ursächlich bzw. beeinflussend wahrnehmen und entsprechenden Hilfen/Fachärzten zuleiten.
- Die manifeste kindliche psychische Störung erschwert oftmals das Verständnis in die eigene psychische Problematik der Elternteile, da oft das Kind als „das Problem“ gesehen wird, welches alleine einer Behandlung bedarf. Bei psychiatrisch/hausärztlich vorbehandelten Eltern fällt auf, dass in den Vorbehandlungen der Blick auf die betroffenen Kinder noch zu gering ausgeprägt ist. So erfolgt meist keine ausreichende Psychoedukation darüber, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern besondere Entwicklungsrisiken haben und es sinnvoll ist, psychisch noch weitgehend gesunde bzw. unauffällige Kinder in spezifischen Beratungsstellen vorzustellen und in ihrer Entwicklung zu begleiten, um so der Ausbildung einer kindlichen psychischen Störung vorzubeugen.
- Die gemeinsame Interaktionsbeobachtung und Behandlung von betroffenen Eltern und ihren Kindern ermöglicht es, wesentliche störungsaufrechterhaltende Faktoren zu identifizieren und therapieren. Auf Elternseite sind hier z.B. anhaltende Schuldgefühle, Selbstentwertungen, Hilflosigkeit, negative Grundannahmen aufgrund der defizitär erlebten elterlichen Erziehungsfähigkeit, Triggerung traumatischer Missbrauchserfahrungen durch aggressiv-oppositionelles kindliches Verhalten bei emotional-instabilen/traumatisierten Eltern u.a. zu nennen.

Die Behandlungsplätze im Eltern-Kind-Projekt waren von Beginn an sehr gut ausgelastet und es besteht eine hohe Nachfrage, auch über Hamburg und Norddeutschland hinaus. Im Jahr 2012 wurden bei der bestehenden Kapazität von fünf Betten insgesamt 61 Patienten (60 Mütter, ein Vater) gemeinsam mit ihren Kindern behandelt.

## **Erste Evaluation**

Im Zuge einer Evaluation wurden im Rahmen der psychologischen Diplomarbeit von Frau Lisa Fritz im Zeitraum von August 2011 bis zum Mai 2012 insgesamt 23 Elternteile mit ihren Kindern im Rahmen eines Prä-Post-Designs untersucht. Der Schwerpunkt der Evaluation lag in der Untersuchung der psychischen Störung der Elternteile sowie der Beziehungsqualität zu den Kindern. Die Entwicklung der kindlichen Psychopathologie im Verlauf der Behandlung wurde in dieser Studie nur orientierend untersucht. Die Erhebung der Daten erfolgte jeweils in der ersten Woche sowie innerhalb der letzten drei Tage der Behandlung. Befragt wurden drei Personengruppen: Die behandelten Elternteile, die Therapeuten der Elternteile und die Therapeuten der Kinder.

## **Ergebnisse**

### *Stichprobenbeschreibung Eltern*

Insgesamt konnten 23 Elternteile und ihre Kinder in die Evaluation eingeschlossen werden: Die mittlere Behandlungsdauer betrug 37,6 Tage. 95% der Elternteile waren Mütter, die im Mittel 36 Jahre alt waren. Es konnte nur ein Vater im Rahmen der Evaluation untersucht werden. Gerundet 40% der Elternteile waren im eigenen Haushalt beschäftigt, 22% arbeitssuchend und 30% berufstätig. Als höchsten Schulabschluss geben 38% einen Haupt- und 47% einen Real- bzw. Handelsschulabschluss an. Knapp 48% der Elternteile lebten alleine im eigenen Haushalt, 52% mit ihrem (Ehe-)Partner zusammen. Als Hauptdiagnosen wurden bei den Elternteilen zu 83% (rezidivierende) mittelgradige depressive Störungen diagnostiziert. Bei den Nebendiagnosen dominierten Persönlichkeitsstörungen, vor allem vom emotional-instabilen Typ, sowie Belastungs- und Essstörungen.



### Stichprobenbeschreibung Kinder

Unter den 23 Kindern befanden sich 13 Mädchen und 10 Jungen. Das durchschnittliche Alter lag bei 7 Jahren, das jüngste Kind war 1 Jahr, das älteste 13 Jahre alt (Abb. 1). Nach dem multiaxialen Diagnosesystem (MAS) wurden folgende Achse 1 Störungen gestellt: Fütter-/ Regulationsstörungen, Bindungsstörungen, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens und andere expansive Verhaltensstörungen und affektive- und Angst- sowie Belastungsstörungen.

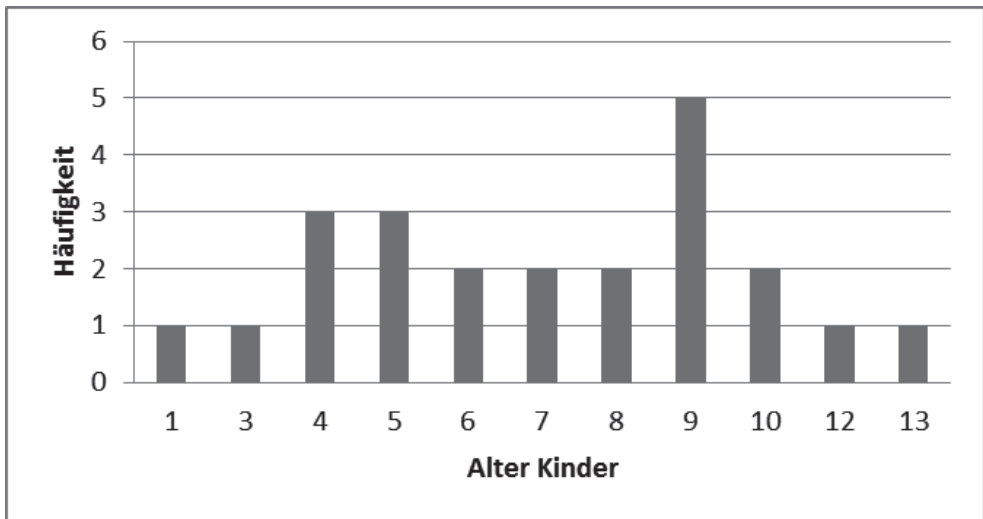


Abbildung 1: Altersverteilung der behandelten Kinder

### Entwicklung der elterlichen Psychopathologie

Am Ende der Behandlung gaben die Eltern in der Selbstbeurteilung signifikant weniger depressive Symptome an und erfüllten im Mittel nur noch die Kriterien einer leichten Depression (Becks Depression Inventory-II:  $M=14,25$ ;  $SD=10,59$ ). Der mittlere Punktwert der Stichprobe bei Aufnahme entsprach dem einer mittelschweren Depression (BDI-II:  $M=25,27$ ;  $SD=11,56$ ). Auch in der Therapeuteneinschätzung sank die Belastung durch depressive Symptome signifikant, die Belastung gemessen am Punktwert der Hamilton Depression Scale (HAMD) lag aber weiterhin oberhalb eines Punktebereiches, der als asymptotisch betrachtet wird (Prä:  $M=17,18$ ;  $SD=4,26$ , Post:  $M=10,18$ ,  $SD=5,81$ ).

Am Ende des Stationsaufenthaltes gingen im Elternselbsteurteil die Werte des Global Severity Index (GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) signifikant zurück (Prä:  $M=68,68$ ;  $SD=13,86$ , Post:  $M=62,00$ ;  $SD=15,37$ ), woraus sich eine verminderte Belastung durch psychische und somatische Symptome schlussfolgern lässt. Gestützt wird dieses Ergebnis durch die Therapeutenbewertung in der Clinical Global Impression Scale (CGI, 1996), die zum Ende der Behandlung eine signifikant niedrigere Belastung durch die psychische Erkrankung nahelegte.

Im Fragebogen zur Lebenszufriedenheit der Eltern haben sich die Bereiche „Gesundheit“ und „Beziehung zu den eigenen Kindern“ signifikant verbessert. Keine signifikante Verbesserung ergab sich in den Bereichen „Ehe und Partnerschaft“ sowie „Eigene Person“.

### *Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung*

Die Beziehungsstörungen zwischen Elternteil und Kind wurden anhand der Achse II der diagnostischen Klassifikation „Zero to Three: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern“ erfasst. Die Achse II umfasst folgende Beziehungsstörungen: Über- bzw. Unterinvolviert, Ängstlich-Gespannt, Zornig-Feindselig und Missbrauchend. Die Kategorie „Gemischte Beziehungsstörung“ repräsentiert inhaltlich kein eigenes Störungsbild, sondern liegt vor, sobald mehr als eine der Beziehungsstörungen vorhanden ist. Nach Beendigung der Behandlung sank die Anzahl der Beziehungsstörungen signifikant. Die einzelnen Ergebnisse im Prä-Post-Vergleich ergeben sich aus Abbildung 2.

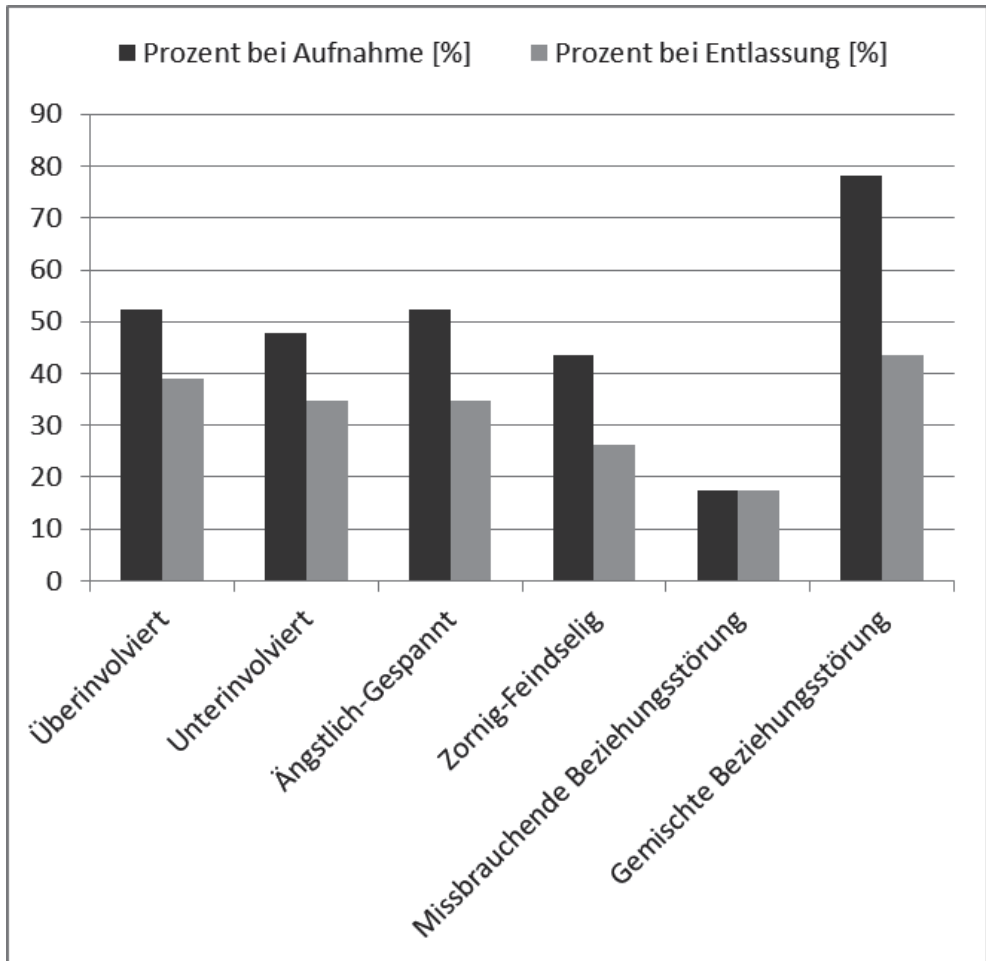


Abbildung 2: Veränderungen der Beziehungsstörungen im Prä-Post-Vergleich nach Zero to Three, 1999

Nach Zero to Three (1999) werden insgesamt 9 Schweregrade der Beziehungsqualität unterschieden, und zwar „Gut adaptiert“, „Ausgeglichen“, „Etwas unausgewogen“, „Stark aus dem Gleichgewicht“, „Deutlich gestresst“, „Dysfunktional“, „Gestört“, „Schwer gestört“ und „Massiv und extrem beeinträchtigt“. Der Median des Schweregrades der Beziehungsqualität lag zu Beginn der Behandlung bei  $Md=40$ , was inhaltlich der Kategorie „Dysfunktional“ entspricht. Zum Ende der Behandlung hatte sich die Beziehungsqualität signifikant verbessert und entsprach im Median  $Md=60$ , was der Kategorie „Stark aus dem Gleichgewicht“ zuzuordnen ist. Abbildung 3 verdeutlicht in einer Übersicht die Prä-Post-Entwicklung. Dabei wurden die neun Schwere-

grade nach der Einteilung von v. Hofacker und Papousek (1998) zusammengefasst zu den Kategorien „Adaptiert“, „Gestresst“ und „Gestört“.

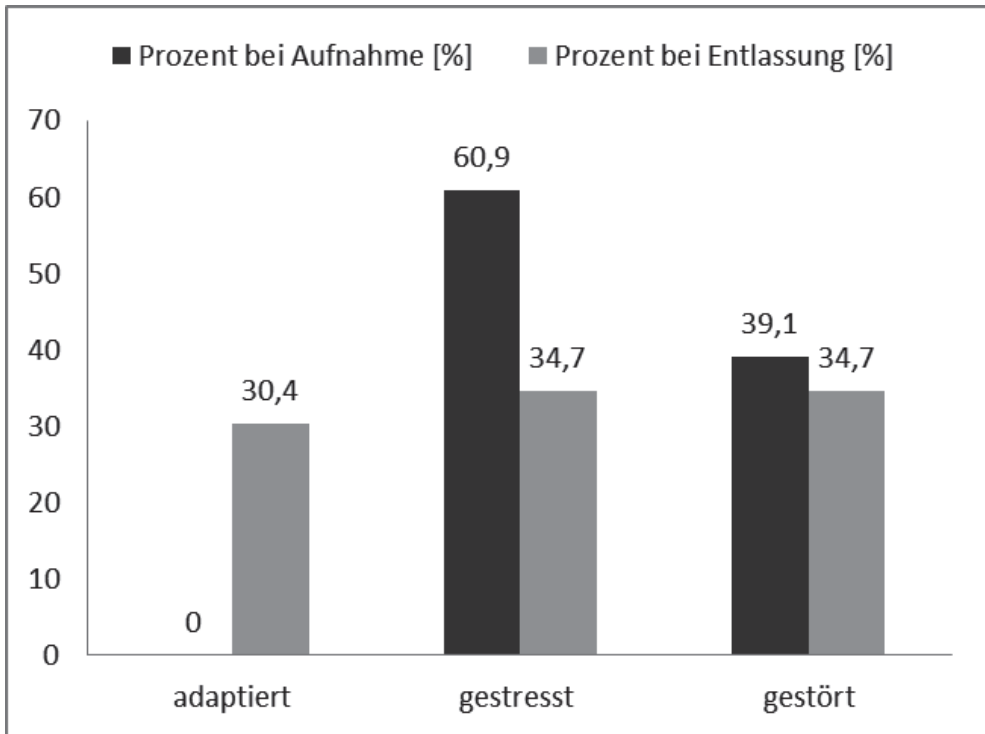


Abbildung 3: Entwicklung der Beziehungsqualitäten nach Zero to Three (1999) im Prä-Post-Vergleich

## Diskussion

In der Betrachtung der soziodemographischen Rahmendaten der untersuchten psychisch kranken Elternteile zeigt sich, dass diese schwierigen Bedingungen ausgesetzt sind. Lebten zum Zeitpunkt der Geburt des behandelten Kindes noch knapp 96% in einer festen Partnerschaft, so geben zu Beginn der Behandlung im Eltern-Kind-Projekt 39,1% an, geschieden oder getrennt zu sein. Knapp 48% geben an alleine zu leben. Diese Anzahl erscheint hoch, verglichen damit, dass im Jahre 2010 31,2% der Familien in Hamburg aus Alleinerziehenden bestanden, darunter 28,2% Mütter (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2011). Die Eltern der Stichprobe haben

überwiegend ein niedriges bis mittleres Bildungsniveau. Zum Zeitpunkt der Erhebung gehen nur etwa 30% einer regulären Berufstätigkeit nach.

In Hinblick auf die Diagnosen der Elternteile stehen chronifizierte depressive Erkrankungen im Vordergrund, häufig verkompliziert durch die Nebendiagnose einer (meist emotional-instabilen) Persönlichkeitsstörung. Manifeste Suchtstörungen waren ebenso von der Behandlung ausgeschlossen wie floride psychotische Störungen. In diesen Fällen wurde zunächst eine psychiatrisch/psychotherapeutische Einzelbehandlung des betroffenen Elternteils empfohlen bevor eine Eltern-Kind-Behandlung möglich und erfolgsversprechend erschien.

Mit im Mittel knapp 38 Tagen war die Behandlungsdauer vergleichsweise kurz. Längere Krankenhausaufenthalte sind, obwohl zumindest in einzelnen Fällen indiziert, bisher nicht mit den Kostenträgern verhandelt. Häufig führen auch strukturelle Rahmenbedingungen wie z.B. die notwendige Versorgung eines Geschwisterkindes oder arbeitsplatzbezogene Gründe dazu, dass längere Aufenthalte von Seiten der Eltern nicht möglich waren.

Die Evaluation zeigt im Prä-Post-Vergleich, dass sich die Psychopathologie der Elternteile signifikant verringert hat, und zwar sowohl im Selbst- als auch im Therapeutenurteil. Letztere sahen ebenfalls eine signifikante Verbesserung im Funktionsniveau. Die Lebenszufriedenheit der Elternteile verbesserte sich signifikant in den Bereichen „Gesundheit“ und „Beziehung zu den eigenen Kindern“, nicht aber in den Bereichen „Eigene Person“ und „Ehe und Partnerschaft“. Die Behandlung ihres Kindes und der Eltern-Kind-Beziehung beurteilten über 80% der Elternteile als „gut“ oder „sehr gut“. Das Urteil der Therapeuten fiel skeptischer aus. Hiernach wurde in knapp über 50% der Behandlungsfälle der Therapieerfolg als „gut“ bewertet, in 39% als mäßig. Eltern und Therapeuten scheinen sich hier an unterschiedlichen Kriterien zu orientieren. Der Erfolg einer Behandlung wurde durch die Therapeuten möglicherweise eher am konkreten Symptomrückgang gemessen, wohingegen bei den Eltern mehr eine aktuelle Entlastung durch die Behandlung und das Verständnis durch den Therapeuten im Vordergrund standen. Auch die Erwartungen an die Behandlung mögen unterschiedlich gewesen sein.

## Beziehungsstörungen und Beziehungsqualität

Während zu Beginn der Behandlung von den Kindertherapeuten bei mehr als zwei Dritteln der Elternteile eine gemischte Beziehungsstörung zu ihren Kindern diagnostiziert wurde, war dies am Ende der Behandlung nur bei weniger als der Hälfte der Fall. Bei gut einem Viertel der Stichprobe war keine Beziehungsstörung mehr vorhanden. Die relative Veränderung liegt bei den Beziehungsstörungen „Zornig-feindselig“ und „Ängstlich-Gespannt“ höher als bei den Beziehungsstörungen „Unter“- bzw. „Überinvolviert“.

Zu Beginn der Behandlung ist – bezogen auf die Beziehungsqualität – keine der Eltern-Kind-Beziehungen als adaptiert zu bezeichnen. Etwa 61% gelten als gestresst, 39% als gestört. Zum Ende der Behandlung sind im Therapeutenurteil 30% als adaptiert anzusehen, 35% als gestresst und ebenfalls 35% als gestört. Es hat im Zuge der Behandlung eine signifikante Verschiebung zu einer funktionaleren Beziehungsqualität stattgefunden.

## Entwicklung der Psychopathologie der Kinder

Die Gruppe der behandelten Kinder unterschied sich stark sowohl im Alter als auch in den vergebenen Diagnosen, so dass es schwierig war, den Behandlungserfolg standardisiert zu messen. Im Elternurteil sahen knapp 60% die Behandlung bezogen auf die kindlichen Symptome als „überwiegend“ (32%) oder „vollständig erfolgreich“ (27%) an (deutliche bzw. sehr gute Fortschritte). 23% beurteilten den Behandlungserfolg der Kinder als nur „teilweise erfolgreich“, 9% als „überwiegend erfolglos“ und ebenfalls 9% als „völlig erfolglos“. Das Therapeutenurteil fiel auch hier skeptischer aus: 9% „vollständig erfolgreich“, 39% „überwiegend“ und 35% „teilweise erfolgreich“. In 17% der Fälle gingen die Kindertherapeuten davon aus, dass die Therapie „überwiegend erfolglos“ war.

## Limitationen und Ausblick

In der vorliegenden Evaluation wurde aus Praktikabilitäts- und ethischen Gründen im Rahmen des Ein-Gruppen-Prä/Post-Designs auf eine Kontrollgruppe verzichtet. Leider konnte aus organisatorischen Gründen keine kammernestische Nachbefragung der Elternteile durchgeführt werden. So lässt

sich derzeit keine Aussage über die Nachhaltigkeit der therapeutisch erzielten Effekte tätigen. Folgeevaluationen sollten diesen Punkt unbedingt berücksichtigen und eine Katamnese in das Untersuchungsdesign einbauen.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße war es kaum möglich, inhaltlich interessante und aussagekräftige Subgruppenanalysen durchzuführen. Auch dies wäre für folgende Untersuchungen wünschenswert.

Nichtsdestotrotz zeigt bereits diese erste Evaluation des Eltern-Kind-Projektes, dass im Rahmen der gemeinsamen Behandlung psychisch erkrankter Elternteile mit ihren psychisch kranken Kindern in Hinblick auf Symptomreduktion und Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung vielversprechende Ergebnisse erwartet werden können. Ein Manko ist die bisher geringe Zahl von fünf Behandlungsplätzen, die schon heute zu sehr langen Wartezeiten führt. Geplant ist, dieses spezifische und in Hamburg und Umgebung einzigartige Behandlungsangebot zukünftig auszubauen und parallel ambulante Kapazitäten zur sorgfältigen Indikationsklärung und ambulanten Nachsorge anzubieten.

### **Fallvignette (Frau M. und Sohn N.)**

Auf Initiative der Kinderärztin erfolgt im Jahr 2012 nach Vorstellung des 9;8jährigen Jungen in der WOI-Ambulanz die Indikation zur stationären Eltern-Kind-Behandlung. Frau M. wird zunächst als Begleitmutter ohne eigenen Patientenstatus mit aufgenommen. Aufgrund einer anhaltenden depressiven Symptomatik wird die erwachsenenpsychiatrische Vorstellung in die Wege geleitet, bei der eine stationäre Aufnahmeindikation gestellt wird. Die Einweisung erfolgt durch den Hausarzt.

Die 31jährige Mutter berichtet bei Aufnahme über eine deutlich gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit, Durchschlafstörungen und Überforderungsgefühle, die immer wieder zu einer Vernachlässigung des Haushaltes führen würden. Zusätzlich sei sie belastet durch wiederkehrende Gedanken an intrafamiliäre sexuelle und physische Missbrauchserlebnisse aus der Kindheit sowie wöchentlich auftretende Panikattacken. Aufgrund von Angstgefühlen habe sie Schwierigkeiten, ihr unbekannte Menschen anzusprechen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, mitunter nehme sie ihren Sohn als Unterstützung für außerhäusige Termine mit. Teilweise verlasse Frau M. wochen-

lang kaum das Haus. Psychopathologisch zeigt sich neben der gedrückten Stimmung eine starke Affektarmut, verminderter Antrieb, leichte formalgedankliche Verlangsamung und Hypomimie. Es besteht kein Anhalt für psychotisches Erleben oder Suizidalität.

Aus der mütterlichen Biographie lässt sich eine hochbelastete Kindheit mit wechselnden Bezugspersonen und Übernahme elterlicher Aufgaben für mehrere Halbgeschwister erheben. Nach einer von Hänseleien in der Grundschule geprägten Kindheit kann die Patientin einen Hauptschulabschluss erreichen, eine Lehre im Einzelhandel wird wegen Prüfungsängsten nicht beendet. Die ungeplante Schwangerschaft und das erste postpartale Jahr sind durch häufige Streitereien mit dem Kindsvater belastet. Noch im ersten Jahr kommt es zur Trennung. Der alkoholabhängige Kindsvater übernimmt kaum väterliche Verantwortung und zieht im Verlauf in eine entfernt gelegene Stadt.

Der körperlich-neurologische Untersuchungsbefund ist unauffällig, die Labordiagnostik zeigt keine pathologischen Werte. In der weiteren psychiatrischen Diagnostik bestätigt sich neben der Diagnose einer depressiven Störung der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und eine dissoziative Symptomatik. Zusätzlich wird deutlich, dass durch aggressives Verhalten des Sohnes flashback-artig Gedanken an Missbrauchserfahrungen getriggert werden und diese die Einnahme einer konsequenten, Grenzen-setzenden Rolle dem Sohn gegenüber verhindern. Frau M. benötigt anhaltend psychoedukativ geprägte Einzelgespräche zur Entwicklung und Annahme eines Krankheitsmodells und eines Verständnisses der wechselseitigen Beeinflussung der elterlichen und kindlichen Störung. Die Patientin nimmt an den begleiteten Eltern-Kind-Aktivitäten, der Ergotherapie und am Yoga teil. Zusätzlich kann Frau M. zu einer antidepressiven Medikation motiviert werden. Im Verlauf erlebt sich Fr. M. als Mutter zunehmend selbstwirksamer, gewinnt dadurch Selbstvertrauen und nimmt ihren Sohn weniger als belastend und überfordernd wahr. Bei Entlassung liegt eine deutlich verbesserte Stimmung und affektive Modulierbarkeit vor; das Wahrnehmen eigener Bedürfnisse, Aufbau von Selbstfürsorge ohne gleichzeitiges Aufgeben der Mutterrolle fällt Fr. M. noch schwer. Es wird ein ambulanter psychiatrischer Vorstellungstermin in Wohnortnähe vereinbart und über den Sozialdienst Kontakt zu einem ambulanten psychosozialen Träger zur weiteren ambulanten Begleitung hergestellt. Die Einleitung einer ambulanten Psychotherapie wird empfohlen.



Der 9;8 Jahre alten Sohn von Frau M. wird mit dem Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens vorgestellt. Bereits seit dem Vorschulalter zeige er gegenüber der Mutter und anderen Kindern starke körperliche und verbale Aggressionen. Er akzeptiere Regeln und Grenzen kaum, habe keine festen Freunde und viele Konflikte in der Nachbarschaft. Die Mutter beschreibt ihren Sohn als ablenkbar, sprunghaft und verträumt, er habe einen großen Bewegungsdrang und sei motorisch unruhig. Trotz Wiederholung der 2. Klasse zeigen sich Leistungsschwierigkeiten, vor allem Probleme beim Lesen und Schreiben.

Der Junge selbst berichtet in der Einzeltherapie von Beginn an sehr offen über seine Konflikte, Gewalt- und Mobbing Erfahrungen in der Schule und seiner bisherigen Nachbarschaft, seine Angst vor dem Rausgehen – und der mangelnden Unterstützung durch seine Mutter. Deutlich thematisiert er seine Wünsche und Bedürfnisse nach gemeinsamer Zeit, Zuwendung und Unterstützung durch seine Mutter.

Die Beziehung zwischen dem Jungen und seiner Mutter zeigt sich im Stationsalltag sehr belastet. Sie war zu Beginn durch große Distanz und fast völlig fehlenden Kontakt von Mutter und Sohn geprägt. Beide bewegen sich oft wie zwei Fremde über die Station, die Mutter wirkt z. T. nur körperlich anwesend. Die seltenen Spiel- und Kontaktwünsche ihres Sohnes weist sie oft zurück, zeigt kaum Empathie und macht ihm kaum Angebote zu gemeinsamer Aktivität. In Konfliktsituationen ist die Mutter sehr unsicher, fast sprachlos, starr, passiv und verlangsamt. Sie tendiert dazu, sich zurückzuziehen, die Konfliktregulierung anderen zu überlassen oder – ohne Konsequenzen anzukündigen oder umzusetzen – auf ihren Sohn einzureden. Der Junge zeigt z. T. eine sehr vorwurfsvolle Haltung gegenüber seiner Mutter und nimmt ihre mütterliche Autorität nicht ernst: Er will die Situation dominieren, verweigert sich bei alltäglichen Anforderungen, diskutiert und schimpft herrisch mit ihr. Kann er sich auf diese Weise nicht durchsetzen, zeigt er körperliche Aggressivität gegenüber seiner Mutter mit Zuschlagen, Treten und Beißen, gegen die sich die Mutter zu Beginn nicht wehren kann.

In der testpsychologischen Untersuchung bestätigt sich das Vorliegen einer Leserechtschreib-Schwäche bei durchschnittlicher Intelligenz. Auf Symptombene kann eine ADHS-Diagnose gestellt werden, im Verlauf der stationären Behandlung wird unterstützend eine medikamentöse Therapie begonnen.

Zur multimodalen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gehören neben dem obligatorischen Elterntaining und dem therapeutischen Gruppen-setting, kinderpsychotherapeutische und kunsttherapeutische Sitzungen, ein soziales Kompetenztraining (Stärkung angemessener Selbstbehauptung und Konfliktlösungsfähigkeit), die Erprobung eines verhaltenstherapeutischen Belohnungsentzugsystems (Abzüge für aggressives Verhalten und Verweigerungen), hochfrequente kindertherapeutische Sitzungen bezogen auf die Mutter-Kind-Interaktion mit der Mutter und familientherapeutische Sitzungen mit Mutter und Sohn.

Im Verlauf verbessert sich die Mutter-Kind-Beziehung deutlich mit mehr gemeinsamem Spiel, mütterlicher Zuwendung, Zärtlichkeit und Kontaktangeboten und verbesserter Empathie seitens der Mutter. Unverändert ist die Mutter in ihrer Zuwendung, ihrem Trost, ihrer Verlässlichkeit und Deutlichkeit gegenüber dem Sohn jedoch noch nicht sehr stabil. Tagesstrukturierung und Wochenendgestaltung fallen ihr schwer, es besteht weiterhin großer Unterstützungsbedarf bzgl. mütterlicher Empathie und Kompromissfähigkeit.

Der Sohn zeigt eine Verbesserung seiner Konfliktfähigkeit sowohl gegenüber Gleichaltrigen, erwachsenen Bezugspersonen als auch gegenüber seiner Mutter. Eskalationen mit fremdgefährdender Aggressivität lassen stark nach, werden immer kürzer, er ist immer besser und schneller erreichbar und zeigt eine bessere Frustrationstoleranz. Er beginnt sich Hilfe zu holen und kann immer häufiger nicht nur seine Bedürfnisse zeigen und artikulieren, sondern seine Stärken als freundlicher, kreativer, liebevoller und fürsorglicher Junge zeigen. Bei Hinweisen auf Somatisierungstendenzen scheint er z. B. über Kopfschmerzen zu versuchen, sich die Zuwendung und gemeinsame Zeit mit seiner Mutter zu sichern.

Bei Entlassung wird eine ambulante kinderpsychiatrische und –psychotherapeutische Behandlung empfohlen, die Schule wird sowohl über die ADHS-Diagnose und –Behandlung als auch über die Lese-Rechtschreib-Schwäche informiert. Schulische und außerschulische Fördermöglichkeiten werden initiiert. Mit dem zuständigen Jugendamt wird eine Aufstockung der sozialpädagogischen Familienhilfe zur weiteren Unterstützung und Beratung der Mutter vereinbart.

*(Fallführende Therapeutinnen: Sabine Domin & Ann-Christin Segner)*

## Literatur

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E. et al. (2003).* Influence of life stress on depression: Moderation by polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Chon, J.F., Campbell, S.B., Matias, R. & Hopkins, J. (1990).* Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at 2 month. *Developmental Psychology*, 26, 15-23.
- Field, T. (1995).* Infants of depressed mothers. *Infant Behaviour Development*, 18, 1-13.
- Hipwell, A.E., & Kumar, R. (1996).* Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *The British Journal of Psychiatry*, 169, 655-661.
- Ihle, W., Esser, G., Martin, M.H., Blanz, B., Reis, O., Meyer-Probst, B. (2001).* Prevalence, course, and risk factors for mental disorders in young adults and their parents in east and west Germany. *Am. Behav. Sci.*, 44, 1918-36.
- Krohn, L., Deneke, C. & Wiegand-Grefe, S. (2008).* Kinder depressiver und psychiatrisch auffälliger Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine vergleichende Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 536-554.
- Kühnel, S. & Bielke, O. (2004).* Kinder psychisch kranker Eltern: Ein interdisziplinäres Präventionsprojekt in der Ostschweiz. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 14, 60-74.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2002).* Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 127-134
- Lenz, A. (2005).* Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E. & Neumann, G. (2000).* Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592.
- Mattejat, F. (2011).* Kinder mit psychisch kranken Eltern: Was wir wissen und was zu tun ist. In F. Mattejat & B. Lisowsky (Hrsg.), *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (3., korr. Aufl.; S. 68-95). Bonn: Balance Buch + Medien.
- Mattejat, F., Remschmidt, H. (2008).* Kinder psychisch kranker Eltern. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(23), 413-418.
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (2011).* Statistische Berichte: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit in Hamburg und Schleswig-Holstein 2010 . Zugriff am 28.07.2012 unter [http://www.statistik-nord.de/uploads/tx\\_standdocuments/MIKRO\\_j10\\_01.pdf](http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standdocuments/MIKRO_j10_01.pdf) .
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Plaß, A., Petermann, F. & Riedesser, P. (2009).* Kinderpsychisch kranker Eltern: Zusammenhänge zwischen subjektiver elterlicher Beeinträchtigung und psychischer Auffälligkeit der Kinder aus Elternsicht. *Kindheit und Entwicklung*, 18, 111-121.

**Korrespondierender Autor:**

Dr. med. Martin Stolle

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Eltern-Kind-Klinik

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gemeinnützige GmbH  
im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut gGmbH

Bodenschwinghstraße 23, 22337 Hamburg

Tel.: 040/ 5077-3146, E-mail: mstolle@werner-otto-institut.de

**Weitere Autoren:**

Dipl. Psych. Lisa Fritz, ehem. Diplomandin im EKA/WOI

Dipl. Psych. Annekatri Thies, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut gGmbH

Dr. med. Sabine Domin, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

Prof. Dr. med. Matthias Lemke, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf und Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus

Dr. med. Christian Fricke, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut gGmbH

Dipl. Psych. Ann-Christin Segner, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf im Verbund mit dem Werner-Otto-Institut gGmbH

## Betriebswirtschaftliches Grundwissen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

*Gundolf Berg*

„Ich muss mich immer mehr mit Verwaltung und Bürokratie auseinandersetzen! Ich will doch eigentlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten.“ Solche und ähnliche Sätze werden vielen in den Sinn kommen, wenn sie an Betriebswirtschaftslehre und Praxisalltag denken. Komplizierte Abrechnungsbescheide, scheinbar kaum zu durchschauende Honorarverteilungsverträge, steigende Kosten in der Praxis bei sinkenden Punktwerten, die Angst vor Wirtschaftlichkeits- oder Plausibilitätsprüfungen und Regressen, der Umgang mit Regelleistungsvolumina, das ZI-Praxis-Panel und vieles mehr, das als „betriebswirtschaftlich“ einzuordnen ist, begegnet dem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in seiner täglichen Praxis. Betriebswirtschaftslehre ist jedoch mehr als das Verwalten von Zahlenwerken, als Steuererklärungen, Buchhaltung, Personalverwaltung und ähnliches. Betriebswirtschaftslehre ist auch Entscheidungstheorie, Innovationsmanagement, Wissensmanagement, Controlling, Personalentwicklung, Projektmanagement, Unternehmensführung, Marketing, Finanzwirtschaft und vieles mehr. (Vahs & Schäfer-Kunz, 2007) Wahrscheinlich haben die meisten Niedergelassenen viele dieser betriebswirtschaftlichen Dinge „outsourcet“ und der Steuerberater kümmert sich hoffentlich zuverlässig darum. Es ist in der Regel sicher auch besser, seine Zeit mit den Dingen zu füllen, die man wirklich gut kann und gern tut, also Kinder- und Jugendliche behandeln, als zu glauben, man müsste die genannten Dinge tatsächlich alle selbst können und persönlich erledigen. Warum sollte man dann aber den folgenden Artikel lesen? Wozu könnte es nützlich sein, sich mit betriebswirtschaftlichen Fragestellungen näher zu befassen? Zunächst dazu einige Grundbegriffe. Wirtschaftliches Handeln wird immer dann erforderlich, wenn es darum geht, knappe Güter sinnvoll einzusetzen. Solange ein Gut im Überfluss vorhanden ist, wird man sich in der Regel wenig Gedanken um dessen Einsatz bzw. Verbrauch machen. Sobald es aber knapp wird, bekommt es einen Wert beigemessen, es wird möglicherweise auch handelbar. Ist es ein essentielles, also in definierten Kontexten unver-

zichtbares Gut, so steigt die Bereitschaft bestimmter Personengruppen, einen Preis für das Gut zu bezahlen. Man denkt dabei wahrscheinlich zunächst an einen materiellen Gegenstand und an einen monetären Wert, letztlich kann aber alles Mögliche zum Gegenstand wirtschaftlichen Denkens und Handelns oder zum Zahlungsmittel werden. Gesundheit, mit explizitem Einbezug der psychosozialen Gesundheit hat in den letzten Jahren eine enorme Bedeutung bekommen. Sie gilt als Nachfolger der Informationstechnologie als der wesentliche Motor für Prosperität entwickelter Gesellschaften für die nächsten 50 Jahre (Nefiodow, 2006). Das Thema Gesundheit ökonomisch noch höher aufzuhängen geht nicht.

Wirtschaftliches Handeln im ökonomischen Sinne zielt in der Regel auf Optimierungen: Man möchte z.B. mit geringstmöglichem Aufwand, mit niedrigsten Kosten eine bestmögliche Leistung erzielen oder aber mit einer gedeckelten Gesamtvergütung die beste Gesundheitsversorgung einer Gesamtgesellschaft erreichen. Vielleicht möchte man mit einem persönlich definierten Arbeitsaufwand das höchstmögliche Einkommen erwirtschaften oder mit einem persönlich als ausreichend definierten Einkommen die größtmögliche Freizeit sicherstellen, alles das sind letztlich ökonomische Fragestellungen. Betriebswirtschaftliche Methoden können helfen, diese Optimierungsaufgaben zu durchdringen, ihre Komplexität zu reduzieren, bzw. handhabbar zu machen. Betriebswirtschaftliche Maßnahmen dürfen dabei niemals Selbstzweck sein. Jede eingesetzte Methode und Maßnahme sollte stets kritisch auf ihren Nutzen hin hinterfragt werden, bevor man sie anwendet.

## 1. Marktbedingungen im Gesundheitssystem

Bislang findet die Vergütung der niedergelassenen Ärzte ganz überwiegend im Kollektivvertragssystem statt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verhandeln mit den gesetzlichen Krankenkassen über die Höhe des Gesamthonorars und verteilen es nach den Regelungen der Honorarverteilungsverträge. Der einzelne Arzt hat kaum Möglichkeiten, an der Preisgestaltung der einzelnen Leistung oder an der möglichen Leistungsmenge mitzuwirken, die Marktbedingungen sind an vielen Stellen stark reguliert. Dadurch gab und gibt es für den einzelnen Arzt bislang nur eingeschränkte Möglichkeiten, sein Angebot sehr individuell auszugestalten. Damit verbunden bestand bislang aus Sicht vieler Niedergelassener auch keine besondere Notwendigkeit, sich als Einzelner proaktiv um seinen Markt und die Marktbedingungen zu kümmern.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie war die Zahl der tätigen Ärzte so niedrig, dass man ökonomisch von Marktbedingungen eines Anbietermarkts sprechen konnte: Innerhalb der vorgegebenen Regelungen des Gesundheitssystems konnte der einzelne Arzt die Bedingungen für sein Angebot recht gut durchsetzen, es bestand keine wesentliche Konkurrenz. Auch die gesamte Arztgruppe konnte wichtige Marktbedingungen relativ gut voranbringen. Unterstützt wurde dies durch ein gesellschaftliches Umfeld, in welchem Kinder zunehmend zu einem knappen Gut wurden und damit die Bereitschaft, in sie zu investieren stieg. Ein Umfeld, in welchem Gesundheit und zuletzt auch insbesondere seelische Gesundheit einen deutlich höheren Stellenwert bekam. Diese Entwicklungen nutzten letztlich den Patienten, da sich die Versorgung wesentlich verbesserte. Sie nutzten damit ebenso den Leistungserbringern. Die Zahl der Praxen ist stetig angestiegen, ebenso stieg die Zahl der Klinikbetten, der teilstationären Angebote und der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen. Durch das Psychotherapeutengesetz sind als große Anbietergruppe die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinzugekommen, Kinder- und Jugendärzte kümmern sich zunehmend auch um psychische Erkrankungen, Erziehungsberatungsstellen, Lerntherapeuten, Heilmittelerbringer und viele weitere Player konkurrieren inzwischen um die Patienten.

Gesetzliche Regelungen der letzten Jahre zielen auf eine Aufweichung des Kollektivvertragssystems, auf weitere Ambulantisierung der Behandlungsansätze, so dass man inzwischen auch im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ökonomisch von den Marktbedingungen eines Käufermarktes ausgehen muss: Der Kunde bestimmt zunehmend die Marktbedingungen, die Verhandlungsposition des Anbieters wird schwieriger.

Professionelles Management wird in einem solchen Marktumfeld für den einzelnen Arzt wie auch für die Fachgruppe zunehmend bedeutend, weil es hilft, in komplexen Situationen reflektiert und sinnvoll zu handeln. Betriebswirtschaftslehre kann so zu einer Orientierungs- und Strukturierungshilfe werden. Auch in stark regulierten Märkten wie dem Gesundheitssystem gilt es, unternehmerische Spielräume zu nutzen, um betriebliche wie auch Versorgungsziele bestmöglich zu erreichen (Graf von der Schulenburg, 2008).

## 2. Managementziele

Ziele erfüllen im Rahmen des Managements unterschiedliche Funktionen. Sie bieten eine wesentliche Grundlage, um Tätigkeiten und Teilaktivitäten zu koordinieren. Im Rahmen von Entscheidungsfindungsprozessen dienen sie als Kriterien zur Bewertung von möglichen Alternativen. Ziele sollten herausfordernd sein, um Motivationswirkungen zu entfalten. Sie informieren über künftige Aktivitäten und haben eine Kontrollfunktion. Ihr Erreichungsgrad sollte messbar und beschreibbar sein.

Ziele können in unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen. Man unterscheidet Interdependenzrelationen, Präferenzrelationen und Instrumentalrelationen. Interdependenzrelationen geben an, wie sich Ziele gegenseitig beeinflussen: Zielsetzungen können sich komplementär ergänzen, sie können miteinander konkurrieren oder neutral zueinander stehen. Präferenzrelationen lassen Zielhierarchisierungen zu, was insbesondere bei Zielkonflikten bedeutsam wird. Instrumentalrelationen beschreiben Ziel-Mittel-Verhältnisse: Unterziele werden wichtig, um Oberziele erreichen zu können (Bea et al. 2011).

Ziele sollten **SMART** sein:

- Spezifisch formuliert
- Messbar
- Attraktiv
- Realistisch
- Terminiert

Beispiel: „Bis zum 31.01.2014 haben wir erreicht, dass 95% unserer Arztbriefe spätestens 10 Tage nach erfolgter Diagnostik beim zuweisenden Arzt sind.“

Dazu in einem konkurrierenden Interdependenzverhältnis stünde etwa das Ziel: „Die Zeit für Schreibtischarbeit wird bis zum 31.01.2014 um 20% gekürzt.“

## 3. Strategien

Strategien koordinieren Maßnahmenbündel, um Oberziele zu erreichen. Es lassen sich auch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Bereiche



abgrenzen, für die dann strategische Überlegungen angestellt werden können, um damit Planungen zu koordinieren.

Beispiele:

- Marktstrategien:
  - Allgemeines, breit umfassendes kjpp-Versorgungsangebot vs. Spezialisierung auf bestimmte Bereiche.
- Infrastruktur- und Kooperationsstrategien:
  - Ärztehaus, Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ, SPV-Praxis, klassische Praxis,...
- Mitarbeiter- und Kompetenzstrategien, Entwicklungsstrategien:
  - Personalentwicklung, Einstellungspolitik, Investition in Mitarbeiter,...
- Ausstattungsstrategien:
  - EEG, diagnostische Ausstattung, besondere Praxisräume und –ausstattung,
- Kommunikationsstrategien:
  - Werbung, Öffentlichkeitsarbeit, bewusste Außendarstellung, Vorträge z.B. in Schulen, Mitarbeit in lokalen Netzwerken, Qualitätszirkel, ...
- Finanzierungsstrategien

#### **4. Balanced Scorecard:**

Das Instrument der Balanced Scorecard wurde in den 1990er Jahren entwickelt, um die betriebliche Leistungsmessung zu verbessern. (Dillerup & Stoi, 2008) Die Unternehmensleistung, Strategien und Ziele werden dabei aus vier Perspektiven betrachtet:

1. Finanzwirtschaftliche Perspektive (Welche finanziellen Ergebnisse werden erreicht, sollen erreicht werden?)
2. Kundenperspektive (Wie werden die Erwartungen unserer Kunden erfüllt? Welche Dienstleistungen wollen unsere Kunden von uns?)
3. Perspektive der internen Geschäftsprozesse (Wie laufen interne Prozesse? Welchen Einfluss haben sie auf unsere Arbeitsergebnisse?)

#### 4. Lern- und Entwicklungsperspektive (Welche Kompetenzen wollen wir erwerben? Wo wollen wir in 5 Jahren stehen?)

Kunden einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sind dabei nicht nur die Patienten. Man sollte den Begriff weiter denken, etwa im Sinne des Stakeholderbegriffs. Stakeholder sind die Anspruchsgruppen eines Unternehmens. Relevant für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis sind hier sicher neben den Patienten und deren Eltern auch die verschiedensten Zuweiser, also z.B. Kinderärzte, Jugendämter, Schulen, Beratungsstellen etc, aber auch Krankenkassen, Medien oder die Gesellschaft als Ganzes haben Ansprüche an das Angebot eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters. Es lohnt sich, darüber nachzudenken, um rationale Entscheidungen zum eigenen Handeln zu finden. Die Balanced Scorecard versucht, verschiedene, für ein Unternehmen zentrale Aspekte zu verbinden. Balanced ist hierbei durchaus wichtig und wörtlich zu nehmen, denn es soll versucht werden, tatsächlich alle vier Punkte ausgewogen zueinander in ein Gleichgewicht zu bringen. Das Konzept der Balanced Scorecard wird in Ansätzen z.B. im Qualitätsmanagementsystem der Kassenärztlichen Vereinigungen QEP, Qualität und Entwicklung in Praxen® umgesetzt.

#### 5. SWOT-Analyse

Ein Hilfsmittel zur Entwicklung marktorientierter Strategien stellt die sog. SWOT-Analyse dar. (Dillerup & Stoi, 2008) Dabei werden Stärken (Strengths), Schwächen (Weaknesses), Chancen (Opportunities) und Bedrohungen (Threats) des eigenen Unternehmens bzw. für das Unternehmen aufgelistet und daraus Strategien abgeleitet.

Beispiel: LRS-Diagnostik

Vorab sei darauf hingewiesen, dass das Beispiel nur der Illustration der SWOT-Analyse dienen soll. Es müsste ansonsten inhaltlich sicher weiter diskutiert werden.

In Bezug auf eine Beispielpraxis (siehe Abbildung 1) wird z.B. festgestellt, dass man über gut qualifiziertes Personal verfügt, um LRS-Diagnostik anzubieten. Als Schwäche muss die Praxis aber eine zu lange Bearbeitungsdauer für Arztbriefe feststellen. Der Bedarf an LRS-Diagnostik in der Umwelt wird als groß eingeschätzt, hier bestehen also Chancen für das Unternehmen. Als Bedrohung wird gesehen, dass in der Umgebung zahlreiche Lerntherapeuten

ebenfalls LRS-Diagnostik anbieten. Mittels der SWOT-Analyse können nun Strategien abgeleitet werden: Bereiche eigener Stärken, die mit Chancen (Opportunities) in der Umwelt zusammentreffen, sollten ausgebaut werden. Im Beispiel hieße dies möglicherweise, dass man weitere Mitarbeiter qualifiziert, oder die vorhandenen noch gezielter zur LRS-Diagnostik einsetzt. Treffen Chancen aus der Umwelt auf eigene Schwächen, dann sollte man in diesem Bereich ggf. versuchen aufzuholen, im Beispielfall also etwas das Berichtswesen umorganisieren, um die bestehende Schwäche abzubauen. Treffen eigene Stärken auf Bedrohungen in der Umwelt, sollte man die eigene Leistung absichern. Denkbar wäre hier z.B., die Alleinstellungsmerkmale stärker zu kommunizieren. Das könnte bedeuten, dass man die Kompetenzen der Praxis im Bereich umfassender kinderpsychiatrischer Differenzialdiagnostik breiter kommuniziert und in Abgrenzung zu Lerninstituten klar herausstellt. Treffen eigene Schwächen auf Bedrohungen aus der Umwelt, sollte man i.d.R. diesen Leistungsbereich vermeiden und sich ggf. eher auf andere Geschäftsfelder zurückziehen, da andere die Leistung wahrscheinlich erfolgreicher anbieten können, bzw. der Aufwand, aufzuholen zu groß wäre, bei zu unsicherer Aussicht auf Erfolg am Markt.

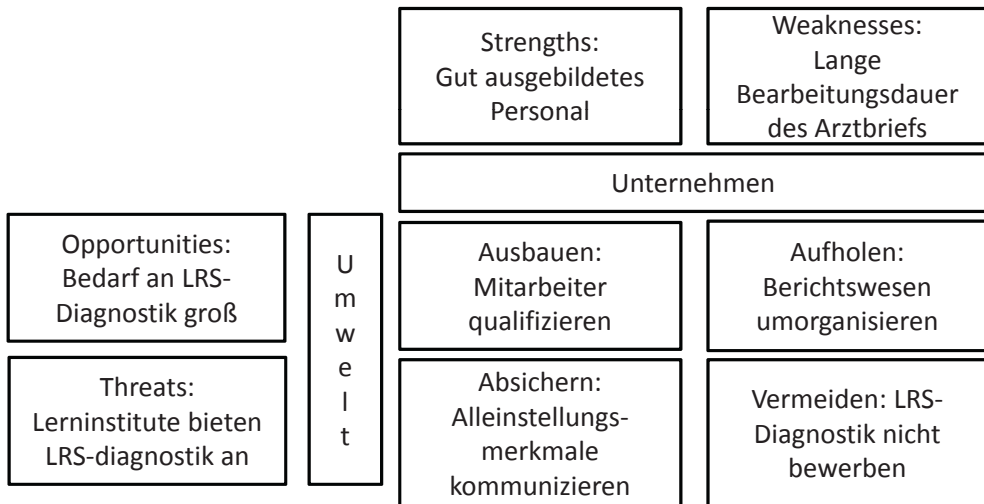


Abb. 1: SWOT-Analyse

**Autor:**

Dr. med. Dipl.-Kaufm. (FH) Gundolf Berg  
Zentrum für ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie  
Rhabanusstraße 3  
55118 Mainz

**Literaturverzeichnis**

- Bea, F., Scheurer, S., & Hesselmann, S.* (2011). Zielpräzisierung. In *Projektmanagement* (S. 111-128). Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Dillerup, R., & Stoi, R.* (2008). Strategische Planung und Kontrolle. In R. Dillerup, & R. Stoi, *Unternehmensführung* (S. 358-379). München: Verlag Franz Vahlen.
- Graf von der Schulenburg, J.* (2008). Gesundheitsbetriebslehre als Teil der Wirtschaftswissenschaften. In W. Greiner, J. Graf von der Schulenburg, & Vauth, Christoph, *Gesundheitsbetriebslehre. Management von Gesundheitsunternehmen* (S. 1-14). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Nefiodow, L.* (2006). *Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. Sankt Augustin: Rhein-Sieg-Verlag.
- Vahs, D., & Schäfer-Kunz, J.* (2007). *Einführung in die Betriebswirtschaftslehre*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

## Die letzten 10 Jahre in der Sektion für Kinder- und Jugendpsychiatrie der UEMS – was ist aus den Visionen der Anfänge geworden?

*Christa Schaff*

Es ist der großen Weitsicht und der europäischen und internationalen Verbundenheit von Reinhard Schydlo zu verdanken, dass wir Kinder- und Jugendpsychiater in Deutschland schon 10 Jahre nach Gründung unserer Fachgesellschaft einen eigenen Berufsverband bekommen haben und seit 20 Jahren auch eine Sektion für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Europäischen Gemeinschaft der Fachärzte, der UEMS („Union Européenne des Médecins Spécialistes“ oder „European Union of Medical Specialists“)!

Für diese herausragenden Initiativen und Deine große berufliche Lebensleistung möchte ich Dir, lieber Reinhard, an dieser Stelle von ganzem Herzen danken – und das nicht nur für unsere Fachgruppe, sondern auch ganz persönlich! Schließlich ist auch mein berufliches Leben nun schon seit 1996, seit 17 Jahren, durch die Arbeit für unseren Berufsverband und in der UEMS-Sektion ganz wesentlich geprägt.

Während meiner Zeit als Vorsitzende des Berufsverbandes (2000 bis 2008) durfte ich Dich ab 2003 zur UEMS-Sitzung begleiten, ein Treffen in Berlin ausrichten und Deine Position ab 2004 übernehmen. Inzwischen bin ich seit zwei Jahren Sekretärin der Sektion, organisiere unsere Treffen der UEMS-Sektion in verschiedenen Ländern Europas und versuche die Kommunikation und Kooperation mit unseren europäischen Kollegen in den EU-Ländern aufrechtzuerhalten und zu fördern.

Du hast Deine Visionen aus der Zeit der Anfänge unseres Berufsverbandes und der UEMS-Sektion in einem eigenen Aufsatz beschrieben – ich möchte nachdenken, was in den letzten 10 Jahren in der europäischen Perspektive daraus geworden ist:

## **Du wolltest nach 15 Jahren Berufspolitik für unser Fachgebiet Verbündete in anderen europäischen Ländern finden um unsere Position im eigenen Land zu stärken!**

In den ersten 10 Jahren des Bestehens unserer eigenen UEMS-Sektion ist Dir das hervorragend gelungen! Das konnte ich vor allem bei unserer Tagung in Berlin 2003 feststellen, bei der ich eine Art „europäische Familie der Kinder- und Jugendpsychiater“ erlebt habe. Es wurde intensiv diskutiert und in herzlicher Freundschaft gefeiert. Ich erinnere mich an die Professoren Thomas von Salis aus der Schweiz, Peter Hill aus England, Jorma Piha aus Finnland und Aribert Rothenberger als weiteren Vertreter der UEMS aus Deutschland. Mit ihnen und anderen Kolleginnen und Kollegen hast Du gemeinsam für die Anerkennung unseres Faches in Europa gekämpft, aber auch Strukturen für die Weiterbildung und für die Qualität der Versorgung geschaffen.

Vordringliche Aufgabe der UEMS war damals wie heute – wie von Dir schon beschrieben - die Harmonisierung der Weiterbildung mit Weiterbildungszeiten und -inhalten um Kolleginnen und Kollegen einen einfacheren Wechsel innerhalb der EU-Länder zu ermöglichen. Die wesentlichen Schritte in diese Richtung waren vor allem mit der Entwicklung des europäischen Weiterbildungskonzepts im sog. Log-Book unter der Federführung von Prof. Aribert Rothenberger in den ersten 10 Jahren geschafft.

Ich bin sicher, dass bei Deiner gelungenen Suche nach Verbündeten Dein persönlicher Einsatz und die Freundschaft mit Deinen europäischen Kolleginnen und Kollegen sehr viel bewirkt hat, denn manches ging nach Deinem Ausscheiden und einem Wechsel der Personen im Vorstand bzw. bei den Delegierten leider verloren. Die Kommunikation wurde schwieriger – es gab weniger Beteiligung an Themen und Arbeitsgruppen, bei manchen Jahrestreffen nicht einmal ein gemeinsames Abendessen. Es fehlten Kommunikation und Zusammenhalt, was sicher nicht den einzelnen Personen im Vorstand, den Professoren John Tsiantis aus Griechenland, Bruno Hagloff aus Schweden, Georg Spiel aus Österreich, Irma Moilanen aus Finnland zuzuschreiben war, sondern einer gewissen Orientierungslosigkeit bzgl. der Aufgaben der Sektion und zu wenig Zeit zur Aussprache miteinander. Belastend war auch, dass einige Kollegen eine Europäische Akademie mit der ESCAP gründen wollten, was einzelnen Personen mehr Macht gegeben hätte, gleichzeitig aber auch die Eigenständigkeit der UEMS-Sektion in Frage gestellt hätte.

Da hat gut getan, dass die UEMS-Zentrale in Brüssel seit mehreren Jahren klarere Regeln und Statuten entwickelt hat, welche eine enge Anbindung der Sektionen an die Gesamtorganisation fordern, andererseits aber auch ermöglichen bei zweimal im Jahr stattfindenden Präsidiumssitzungen das Votum der Sektionen einzubeziehen. Diese klare Professionalisierung der Gesamtorganisation UEMS fordert jetzt auch eine klarere Struktur und Aufgabenorientierung in den Sektionen, was das Miteinander, den Arbeitseinsatz und die inhaltliche Diskussion fördert. Gemeinsam mit Frau Prof. Renate Schepker habe ich vor allem an den Themen „Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und „Rahmenvorgaben für die Weiterbildung“ gearbeitet. Beide Themen wurden intensiv in der Sektion und ihren Arbeitsgruppen diskutiert und die Rahmenvorgaben für die Weiterbildung in unserem Fachgebiet wurden im Juli 2013 in der Sektion verabschiedet. Die Sektion arbeitet inhaltlich auch an ethischen Voraussetzungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, entwickelt eine neue eigene Homepage und kooperiert mit den Sektionen Psychiatrie und Pädiatrie, z.B. zum Thema der Übergänge zwischen den Altersgruppen.

Insofern erleben wir in der Sektion in den letzten Jahren wieder zunehmend konstruktive inhaltliche Arbeit und ein gemeinsames Ringen um Weiterbildung und Qualität unseres Faches im europäischen Kontext. Nach der gerade stattgefundenen Vorstandswahl habe ich die Hoffnung, dass sich auch die persönlichen Kontakte wieder auf eine engere Verbundenheit innerhalb der Länder auswirken werden. Ab 2014 wird Frau Prof. Sue Bailey aus England Präsidentin der Sektion sein, Herr Dr. Hannu Westerinen aus Finnland Vizepräsident, Frau Piret Visnapuu-Bernadt aus Estland Schatzmeisterin und ich Sekretärin der Sektion. Das Europäische Board als Arbeitsgruppe der Sektion mit der speziellen Aufgabe der Erarbeitung der Rahmen-Weiterbildung (im europäischen „Log-Book“) wird von Dr. Brian Jacobs aus England und Dr. Gunnel Londahl aus Schweden geleitet.

### **Haben wir auch Verbündete in Europa und in der UEMS-Sektion für unsere Versorgungskonzepte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland?**

Lieber Reinhard, Du hattest die Vision, dass man die „ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in erster Linie möglichst orts- und familien-nah, zusammen mit einem multiprofessionellen Team, durch kinder- und jugendpsychiatrische Praxen ermöglichen sollte und nicht durch Institutionen.“

Wir haben ein orts- und familiennahes Versorgungskonzept in Deutschland konsequent mit der wachsenden Zahl an Praxen weiterentwickeln können, da das deutsche Gesundheitssystem die sogenannte „doppelte Facharztschiene“ in Kliniken und Praxen zulässt und fördert. Wir haben nach Deiner Vorarbeit auch die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) einführen und 2009 sogar gesetzlich bundesweit verankern können. Damit ist Deine Vision von der Arbeit im multiprofessionellen Team in Praxen in Deutschland umgesetzt. Mit diesem Konzept stehen wir aber im europäischen Raum weitgehend allein da. Es macht schon große Mühe in Diskussionen unser Gesundheitssystem mit den Kassenpraxen auf Englisch zu erklären. „Private practice“ weckt die Vorstellung einer ausschließlichen Arbeit mit Privatpatienten und der offizielle Begriff der KBV mit „Statutory Health Insurance Practice (SHI-practice)“ trägt auch nicht wirklich zur Erleuchtung bei. Niedergelassene Ärzte mit Kassenfinanzierung und Freiberuflichkeit gibt es meines Wissens in der Schweiz und sonst nur für Privatkassen und privat zahlende Patienten (z.B. Österreich, Niederlande). In allen anderen Ländern, vor allem in England und Skandinavien, wird die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Institutionen mit angestellten Ärzten angeboten. Die freiberufliche Niederlassung ist für unsere europäischen Kolleginnen und Kollegen kein erstrebenswertes Ziel, da die Gesundheitssysteme der Länder das nicht vorsehen. Das wurde in der Sektion Psychiatrie leider schmerzhaft deutlich, als eine Stellungnahme zur sog. „private practice“ unter Federführung eines deutschen Kollegen am Widerstand der Kollegen einiger anderer Länder scheiterte. Auch unser sozialpsychiatrisches Konzept ist schwer vermittelbar, da in Institutionen selbstverständlich multiprofessionell gearbeitet wird.

Eine eigene Entwicklung hat in Deutschland auch die Psychotherapie genommen. In keinem anderen europäischen Land gibt es so klare Regeln und Qualitätsvoraussetzungen wie bei uns mit der Richtlinien-Psychotherapie. Aber es gibt auch in keinem anderen Land den Facharztstitel Kinder- und Jugendpsychiatrie gekoppelt mit der Psychotherapie. Das erklärt, dass unser Versuch, die europäische Sektion der UEMS in „Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ um zu benennen, von den übrigen Delegierten in der Sektion nach vorübergehender Akzeptanz letztendlich abgelehnt wurde.



## **Wie ist die europäische Verbundenheit in berufspolitischen Fragen einzuschätzen?**

Lieber Reinhard, Du hast auch Verbündete gesucht um das Fachgebiet „auf sichere Füße“ zu stellen. In Deutschland ist uns das weitgehend gelungen, da die berufspolitischen und gesundheitspolitischen Bedingungen dafür in den letzten zwei Jahrzehnten günstig waren. Damit gehören wir zu den Ländern im Norden Europas in denen die Kinder- und Jugendpsychiatrie solide steht.

Aber – noch nicht in allen europäischen Ländern ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein eigenständiges Fachgebiet. Um das zu befördern haben wir in den letzten Jahren unser jährliches Meeting z.B. in Island, Polen und zuletzt in Spanien und den Niederlanden veranstaltet. Am Beispiel Spaniens zeigt sich, wie sehr die Entwicklung eines eigenständigen Fachgebiets von den politischen Verhältnissen abhängt. Im Anschluss an unser Meeting 2010 in Madrid waren in der Politik und Regierung die Weichen für die Eigenständigkeit des Faches gestellt, die Umsetzung scheiterte allerdings bis jetzt an den schlechter werdenden ökonomischen Verhältnissen. Wie sehr auch das bereits etablierte Fachgebiet bedroht sein kann mussten wir im letzten Jahr in den Niederlanden erfahren, wo seitens der Politik Vorschläge gemacht wurden die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem Gesundheitssystem herauszunehmen und den sozialen Systemen zuzuordnen. Diese Diskussion, bei der es vor allem um die Finanzierung der Leistungen zu gehen scheint, ist bis jetzt noch nicht ganz ausgestanden. Sie ist wohl Ergebnis eines geringen Verständnisses von den medizinischen Wurzeln unseres Faches und der Zuordnung unserer Arbeit zu psychosozialen und pädagogischen Bereichen. In diesem Fall hat die UEMS-Sektion sehr alarmiert Stellung bezogen, unterstützt durch ein Schreiben aller drei deutschen Verbände.

Im nächsten Jahr soll unser Jahrestreffen in Sofia, Bulgarien stattfinden. Damit wollen wir signalisieren, dass wir in Zukunft vor allem die Balkanländer beim mühsamen Aufbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in ihren ökonomisch innerhalb der EU noch schlecht gestellten Ländern und in früheren Kriegsgebieten unterstützen wollen. Entsprechend der Hauptaufgabe der UEMS sollen vor allem Hilfen bei der Strukturierung der Weiterbildung, evtl. auch durch Symposien und Seminare, geleistet werden und Patenschaften für die Delegierten dieser Länder zur Finanzierung ihrer Reisen zu unseren Treffen gefördert werden. Mit gutem Beispiel ist in diesem Jahr die Schweizer Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorangegangen

und hat die Teilnahme einer Kollegin aus Bosnien-Herzegowina bei unserem Jahrestreffen in Dublin finanziell unterstützt.

Lieber Reinhard – Deine Visionen und Deine Initiativen haben im deutschen und europäischen Raum für unser Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie Früchte getragen! Wir sind auch in den letzten 10 Jahren ohne Dich in der UEMS-Sektion und in Europa ein Stück vorangekommen, aber es gibt noch viel zu tun – in manchen Ländern im Sinne von Aufbauarbeit, was die Qualität der Weiterbildung und der Versorgung angeht, in anderen im Sinne der Stabilisierung, Krisenbewältigung bzw. Differenzierung des Erreichten.

Um das genauer zu diskutieren planen wir zu Deinen Ehren zusammen mit einigen früheren Mitstreitern im nächsten Jahr in Berlin ein Jubiläumssymposium des BKJPP für die UEMS- Sektion, bei dem es um Geschichte und Geschichten, aber auch zukünftige Fragen zur Weiterbildung und Qualität unserer Arbeit im Gespräch mit dem aktuellen Vorstand der UEMS-Sektion und einigen Delegierten gehen soll!

### **Autorin**

Dr. med. Christa Schaff

Im Spital/Stuttgarter Str. 51

71263 Weil der Stadt

Tel.: 0 70 33 – 69 11 36

E-Mail: [schaff@dr-schaff.de](mailto:schaff@dr-schaff.de)

## DGSF-Forschungspreis 2014

Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGSF) schreibt – im jährlichen Wechsel mit der Systemischen Gesellschaft (SG) – einen Forschungspreis aus. Der DGSF-Forschungspreis ist mit 3000 Euro dotiert.

Mit dem Preis soll eine Forschungsarbeit ausgezeichnet werden, die einen innovativen Beitrag zur Weiterentwicklung systemischer Forschung leistet. Dies ist möglich durch ein neuartiges methodisches Design, durch eine spannende Verknüpfung von systemischer Theorie und Methode, durch anregende Theoriebildung und -entwicklung oder durch überzeugende Impulse für die systemische Praxis. Die Forschungsarbeiten können sich auf alle Felder systemischen Arbeitens beziehen und Fragen zur Therapie, Beratung, Supervision, Mediation, Coaching oder Organisationsberatung, aber auch weitere systemisch relevante Themenstellungen bearbeiten. Es können systematisch aufbereitete Einzelfallstudien, Versorgungs-Studien, Prozess- oder Outcome-Studien ebenso wie manualisierte Therapiestudien vorgelegt werden. Möglich sind auch theoretische Arbeiten, die über die Aufarbeitung vorhandener Theorien zu neuen Theoriekonzeptionen führen.

Prämiert werden in erster Linie Arbeiten aus dem deutschen Sprachraum, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern. Neben rein universitären Arbeiten sind auch Forschungsarbeiten von Praktikerinnen und Praktikern zur Einsendung erwünscht. Die Arbeit soll noch nicht oder nicht vor dem 1. Juli 2013 veröffentlicht worden sein. Die Entscheidung über die Preisvergabe trifft unter Ausschluss des Rechtsweges ein Gremium, in dem Gutachterinnen und Gutachter mehrerer Disziplinen vertreten sind.

Einsendeschluss für den DGSF-Forschungspreis 2014 ist der 28. Februar 2014. Bitte senden Sie die Arbeit in vierfacher Ausfertigung an die Geschäftsstelle der DGSF. Die Preisverleihung erfolgt auf der DGSF-Jahrestagung vom 6. bis 8. Oktober 2014 in Friedrichshafen/Bodensee.

Die DGSF ist ein berufsübergreifender Fachverband. Er fördert systemisches Denken und Handeln vor allem im psychosozialen Bereich und in der Wissenschaft und sichert die Qualität systemischer Weiterbildungen. Mit mehr als 5000 Mitgliedern ist die DGSF einer der größten Verbände für Beratung und Therapie in Deutschland.

Einsendungen werden erbeten an den Geschäftsführer der DGSF.

DGSF-Geschäftsstelle  
Bernhard Schorn  
Jakordenstraße 23  
50668 Köln

Telefon (0221) 61 31 33

Fax (0221) 9 77 21 94

[info@dgsf.org](mailto:info@dgsf.org)

# Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

## Förderpreis 2014

Zur Förderung der wissenschaftlichen Grundlagen ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung schreibt die Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 2014 erneut einen Förderpreis aus.

**Thema/Ziel:** Förderung eines Forschungsprojektes, das geeignet ist, die ambulante psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden und ihren Familien nachhaltig zu verbessern.

Bei der Vergabe des Preises werden Projekte bevorzugt, die innovative Versorgungsziele beinhalten und/oder durch den Nachweis evidenter Wirksamkeit experimentelle Behandlungsformen in die klinische Versorgung einschließlich der vertragsärztlichen Versorgung implementieren.

**Dotierung: 10.000,00 €**

Davon werden 7.500,00 € bei der Vergabe des Förderpreises im November 2014 ausgezahlt, die restlichen 2.500,00 € nach Abschluss des Projektes spätestens im Februar 2016 als Publikationszuschuss.

**Bewerbungen** sind mit einer ausführlichen Darstellung des Projektes (max. 10 Seiten) in seiner Fragestellung, seiner Zielsetzung und mit den vorgesehenen Durchführungsschritten in deutscher Sprache und in achtfacher Ausfer-

tigung **bis zum 30.06.2014** an die Geschäftsstelle der Stiftung, Lütticher Str. 512 b, D-52074 Aachen, zu senden. Darzustellen ist auch die Arbeitsgruppe des Projektes.

Es wird erwartet, dass das Projekt, das den Förderpreis erhält, **bis zum 29.02.2016 abgeschlossen** ist und die schriftliche Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse ebenfalls in deutscher Sprache und in achtfacher Ausfertigung über die Geschäftsstelle **dem Vorstand und dem Kuratorium der Stiftung vorgelegt** wird.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Dr. Paul Plener ([paul.plener@uniklinik-ulm.de](mailto:paul.plener@uniklinik-ulm.de)).

## *Testrezension*

### **WAIS®-IV**

#### **Wechsler Adult Intelligence Scale® - Fourth Edition**

#### ***Deutschsprachige Adaptation der WAIS-IV® von D. Wechsler***

F. Petermann (Hrsg.)

PEARSON – PsychCorp

Übersetzung, Adaptation und Produktion durch Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt/Main mit freundlicher Genehmigung und Lizenz der NCS Pearson, Inc.

ISBN: 978-3-943274-04-2

Gesamtsatz (ohne EDV-Auswertung) 1.100,00 € netto; 1177,00 € brutto  
zuzüglich Versandkosten nach Aufwand und Gewicht.

WAIS-IV-Auswertungsprogramm 1.0.0

Einzelplatz: 225,00 € netto; 267,75 € brutto, zuzüglich Versandkosten

Netzwerk bis 3 PCs: 410,00 € netto; 487,90 € brutto, zuzüglich Versandkosten

Die deutschsprachige Fassung der WAIS-IV ist die Nachfolgerin des WIE und wurde zunächst in der US-amerikanischen Fassung 2008 neu bearbeitet. Im Rahmen der deutschsprachigen Adaptation erfolgte unter der Leitung von Prof. Dr. Franz. Petermann Ende 2011 eine Neufassung des Sprachteils und in der Zeit von Februar bis August 2012 eine Normierung mit knapp 2000 Testungen und 1700 Testpersonen aus allen Regionen Deutschlands.

Hinsichtlich der Grundstruktur, der Systematik und des Alters der Testpersonen schließt sich diese Neufassung an die WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children – Forth Edition) an. Umfasst die WISC-IV die Altersspanne von 6;0 bis 16;11 Jahren, so umfasst die WAIS-IV die Altersspanne von 16;0 bis 89;11 Jahren.

Der Gesamtsatz der WAIS-IV beinhaltet:

Manual 1 – Grundlagen, Testauswertung und Interpretation

Manual 2 – Durchführung

Satz Mosaiktest

Satz Figurenlegen

Satz Bilderordnen,

2 Stimulusbücher,

Satz Wortschatzkarten

2 Auswerteschablonen

Protokollbögen (25 Exemplare, 75,00 € netto, 80,25 € brutto)

Aufgabenheft 1 (25 Exemplare, 65,00 € netto, 69,55 € brutto)

Aufgabenheft 2 (25 Exemplare, 65,00 € netto, 69,55 € brutto)

D.h., das Verbrauchsmaterial pro Testdurchführung kostet 8,77 €.

Optional gibt es seit kurzem ein Auswerteprogramm, das für einen Einzelplatz oder ein Netzwerk bis zu 3 PCs bestellt werden kann. Weitere Arbeitsplätze können bei Bedarf und nach entsprechender Vereinbarung freigeschaltet werden.

Inhaltlich und strukturell ist die WAIS-IV ähnlich aufgebaut wie die WISC. IV. Die frühere Unterteilung in Verbal- und Handlungsteil wurde aufgegeben zugunsten der 4 Indices **Sprachverständnis, Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken, Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit**.

Außerdem werden ein **Allgemeiner Fähigkeiten Index (AFI)** und der **Gesamt-IQ** ermittelt.

Die insgesamt 15 Untertests, von denen 3 neu entwickelt wurden, gliedern sich in 10 Kerntests und 5 optionale Tests. Bei entsprechender Indikation können einzelne Kerntests auch durch optionale Tests ersetzt werden.

#### **Kerntests:**

Mosaik-Test (MT)

Gemeinsamkeiten finden (GF)

Zahlen Nachsprechen (ZN)

Matrizen-Test (MZ)

Wortschatztest (WT)

Rechnerisches Denken (RD)

Symbol-Suche (SYS)

Visuelle Puzzles (VP)

Allgemeines Wissen (AW)

Zahlen-Symbol-Test (ZST)

#### **Optionale Untertests:**

Buchstaben-Zahlen-Folgen (BZF)

Formenwaage (FW)

Allgemeines Verständnis (AV)



Durchstreich-Test (DT)  
Bilder ergänzen (BE)

Die Indices werden gebildet aus:

**Sprachverständnis:** GF, WT, AW, optional AV

**Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken:** MT, MZ, VP, optional FW, BE

**Arbeitsgedächtnis:** ZN, RD, optional BZF

**Verarbeitungsgeschwindigkeit:** SYS, ZST, optional DT

Der **Gesamt-IQ** wird aus den Wertpunkten der 10 Untertests, nicht als Durchschnitt der 4 Indices, ermittelt.

Der **Allgemeine Fähigkeiten Index (AFI)** wird aus je 3 Untertests der Indices Sprachverständnis und Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken“ ermittelt und enthält keine Leistungen aus den Indices Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit.

Vor allem der Vergleich von Gesamt-IQ und AFI, ggf. unter Berücksichtigung der Leistungen in den einzelnen Untertests, erlaubt es, genauer die Leistungsmöglichkeiten und Defizite der Probanden zu differenzieren.

Im Handbuch wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Gesamt-IQ aber auch die Indices immer mit dem entsprechenden Prozentrang und dem Vertrauensintervall angegeben werden sollen.

Da erweist es sich als hilfreich, dass man bei der EDV-gestützten Testauswertung je nach Fragestellung zwischen dem 90%- und dem 95%-Vertrauensintervall wählen kann.

Im Auswerteprotokoll werden aufgeführt:

- A) Berechnung des Lebensalters
- B) Umrechnung der Rohwerte in Wertpunkte
- C) Umrechnung der Wertpunktsummen in Indexwerte und Gesamt-IQ mit Angaben in IQ-Werten, Prozenträngen und Vertrauensintervall
- D) Untertest-Wertpunkt-Profil
- E) Profil der Indexwerte des Gesamt-IQ
- F) Diskrepanzvergleiche
- G) Bestimmung von Stärken und Schwächen
- H) bis K) Prozessanalyse

Der Rezensent stört sich bei der Angabe der Indizes an dem Begriff IQ-Wert für Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit, auch wenn diese selbstverständlich die Gesamtleistung beeinflussen. Die im HAWIK-IV gebräuchliche Bezeichnung „Index-Wert“ erscheint ihm passender. Außerdem vermisst er die Angabe der T-Werte, die z. B. bei der Berechnung von T-Differenzen benötigt werden. Es ist lästig, erst mittels einer Tabelle die T-Werte ermitteln zu müssen.

Wie oben angeführt, wurden im Rahmen der Neubearbeitung mehr als 2000 Tests mit 1700 Probanden unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher Leistungsfähigkeit in verschiedenen Regionen Deutschlands durchgeführt. Dadurch liegt für 2012 eine **repräsentative Normierung von N=1650 für Deutschland** vor, deren Repräsentativität an Hand von aktuellen Daten der Bevölkerungsstatistik überprüft wurde.

Die **Reliabilität für die Untertests** wird zwischen  $r = .76$  und  $r = .91$  angegeben, für die **Indices** zwischen  $r = .87$  und  $r = .94$  und für den **Gesamtwert** mit  $r = .97$ .

Im Manual werden die **Inhaltsvalidität** und der **Nachweis der inneren Struktur als gegeben dargestellt**.

In besondere Weise dürften auch die Studien zur Hoch- und Minderbegabung von Interesse sein (Manual 1, S. 103-107).

In der Testauswertung werden **Standardmessfehler** und **Vertrauensintervalle** ermittelt, deren Messbereich variiert werden kann.

Zu Einzelheiten muss auf das Studium der beiden Manuale selbst und der darin aufgeführten weiterführenden Literatur verwiesen werden.

Für diejenigen, die bereits mit dem HAWIK-IV/WISC-IV und/oder dem WIE gearbeitet haben, stellt die Anwendung des WAIS-IV kein prinzipielles und praktisches Problem dar.

Für alle anderen können die von Pearson angebotenen Seminare, die in Dortmund, Frankfurt/Main und Berlin stattfinden, ein hilfreicher Einstieg sein. (s. Seminarprogramm PEARSON-akademie 2014). Allerdings ersetzt dies nicht eine intensive Auseinandersetzung mit Grundlagen und Praxis der Testdiagnostik. Deshalb wird zu recht in einem eigenen Kapitel (Manual 1; S. 35) auf die notwendigen Qualifikationen für die Durchführung der WAIS-IV hingewiesen. Als Standard werden Psychologen mit Diplom- oder Master-Abschluss genannt. Prinzipiell könnten aber auch entsprechend geschulte Ärzte und Sonderschulpädagogen das Verfahren anwenden.

Vielleicht sind dem Herausgeber die Qualifikation von Kinder- und Jugendpsychiatern entsprechend der MWBO für Ärzte und auch die je nach Ausbildungsstätte hohe Qualifikation von Bachelors of Science of Psychology nicht so geläufig.

Insgesamt ist die WAIS-IV für alle Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Praxis, Ambulanz und Klinik, die auch mit älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen arbeiten, eine empfehlenswerte Ergänzung des diagnostischen Repertoires.

Der Gesamtpreis liegt in einem Bereich, der für derartige Testbatterien üblich ist.

Die Testzeit wird für die Kernzeit mit 90 Minuten angegeben, bei zusätzlicher Durchführung der optionalen Tests mit 115 Minuten. Dies ist nach unseren Erfahrungen eine hinreichend Zeit und erlaubt auch eine differenzierte Verhaltensbeobachtung der PatientInnen. Allerdings ist damit auch das testdiagnostische Zeitbudget von 151 Minuten/Quartal, das der EBM im Kapitel 35.3 für Testdiagnostik bei PatientInnen ab Beginn des 19. Lebensjahres vorgibt, fast ausgeschöpft.

Unbedingt lohnend ist die Verwendung der computergestützten Auswertung. Sie verkürzt nicht nur die Auswertungsdauer und ist von daher auch ökonomisch günstig, sondern stellt auch in differenzierter und anschaulicher Weise die verschiedenen Auswertungsergebnisse dar.

Diese können bei Bedarf auch in andere Dateien, z. B. Gutachten, exportiert werden. Allerdings haben wir für unser Praxis-System (MCS-ISYNET) noch nicht herausgefunden, wie wir die EDV-Testauswertung in die Karteikarten unserer PatientInnen integrieren können.

Nicht besonders praktisch ist die textile Tragetasche, mit der zumindest unser Exemplar der WAIS-IV geliefert wurde. Wenn man damit wirklich ambulant testet, sind zumindest die Testbögen rasch geknickt und unansehnlich. Im Praxisalltag stört das aber kaum. Da wird die Tasche in irgendeiner Ecke verwahrt und das Testmaterial auf praktischere Art aufbewahrt.

Im Testkatalog von 2014 wird in der Materialübersicht ein Testkoffer aufgeführt. Vielleicht hat es da schon eine Änderung gegeben.

Mein Resümee: Wer ältere Jugendliche und junge Erwachsene psychometrisch diagnostiziert, der sollte diesen Test haben und geschult anwenden!

*Christian K. D. Moik, Aachen*

## *Buchrezension*

Thomas Lempp: **BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie**. Urban & Fischer Verlag/Elsevier 2. Überarb. Aufl. 2014, 120 S., Euro 17,99. ISBN-10: 3437425471; ISBN-13: 978-3437425479

Die BASICS-Reihe des Urban & Fischer/Elsevier Verlags umfasst zahlreiche Fachgebiete des vorklinischen und klinischen Studienabschnitts: von Anästhesie bis Urologie, einschließlich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Neurologie, aber Medizinische Psychologie und Soziologie, Histologie und Hämatologie, Homöopathie, Naturheilverfahren, Akupunktur. Versprochen wird „das Wesentliche zum Thema in leicht verständlicher Form - schnell fit für Praktika, Famulaturen und PJ - fächerübergreifendes Wissen - ideal zum Lernen nach der aktuellen AO“.

Für den vorliegenden Band im DIN-A4-Format wird ein „umfassender Einblick - von den Grundlagen der Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen bis hin zu den häufigsten Krankheitsbildern mit Diagnostik und Therapie“, „praxisorientiert mit klinischen Fallbeispielen“ und „jedes Thema in kleinen Häppchen auf je einer Doppelseite. Schön in Farbe, prima zu lesen, mit vielen Abbildungen aus der Praxis Das Beste: geschrieben von einem starken Team. So wird die Kinder- und Jugendpsychiatrie verständlich, ohne zu sehr ins Detail zu gehen. Ideal zum Einarbeiten ins Thema“ in Aussicht gestellt.

Der Autor, Dr. med. Thomas Lempp, ist Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main. Im Vorwort der neuen Auflage schreibt er: „Nach wie vor soll dieses Büchlein lediglich eine orientierende Landkarte durch den für Neulinge oft schwer zu durchdringenden Dschungel psychischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter bieten, um sich nicht im Dickicht der Informationen und Konzepte zu verlieren“.

Der in Kapitel zu Diagnostik und Therapie aufgeteilte allgemeine Teil bietet auf je zwei Seiten Abschnitte zu Gesprächsführung mit Kindern, Jugendlichen und Eltern, diagnostischen Verfahren, Grundprinzipien und Methoden

der Psychotherapie, Grundprinzipien der Pharmakotherapie sowie Substanzklassen in der Pharmakotherapie.

Im speziellen Teil werden bei den Tiefgreifende Entwicklungsstörungen auf je zwei Seiten Frühkindlicher Autismus und Asperger-Syndrom erläutert. Es folgen, sortiert nach „Typische Störungen des Kindesalters“, „Typische Störungen des Jugendalters“ sowie „Störungen des Kindes- und Jugendalters“ je zwei Seiten zu Frühkindlichen Regulationsstörungen, Bindungsstörungen, Sprech- und Sprachstörungen, Mutismus, Enuresis, Enkopresis, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, sexuellem Kindesmissbrauch, Alkoholmissbrauch, Cannabismissbrauch, Schizophrenien, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Persönlichkeitsstörungen, Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, ADHS, Tic-Störungen, Störung des Sozialverhaltens, Lese-Rechtschreib-Störung, Dyskalkulie, Intelligenzminderung, Angststörungen, depressive Störungen, Zwangsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen, psychischen Störungen der Sexualität und der Geschlechtsidentität, Schlafstörungen, Adipositas sowie organischen Psychosyndromen. Neu eingefügt in der 2. Auflage sind Kapitel zu Notfällen und Begutachtung.

Es folgen drei Fallbeispiele, überschrieben mit „Was hindert Tim am Schulbesuch?“, „Was macht Philipp so unruhig?“ und „Warum muss Kathrin fremde Menschen anfassen?“.

Im Anhang finden sich ein Glossar, Buchempfehlungen und zahlreiche nützliche Internetadressen.

Die Texte sind sehr gut lesbar, praxisgerecht mit anschaulichen Beispielen, relevanten Fragen und gut verständlichen Antworten. Zahlreiche im Text verwendete Fachtermini wie z. B. Anhedonie oder Phakomatose werden im Glossar im Anhang erklärt. Am Ende jedes zwei Seiten umfassenden Abschnitts findet sich eine farblich unterlegte Zusammenfassung. Hinzu kommen einige Abbildungen sowie zahlreiche farblich abgesetzte Tabellen, Diagramme und Merksätze.

Bei den diagnostischen Verfahren wird die K-ABC noch zu den gängigen Intelligenztests gezählt trotz sveralteter Normierung. In den Abschnitten zur Psychotherapie im allgemeinen Teil werden zwar tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und systemische Therapie kurz erwähnt, die Darstellung konkreter psychotherapeutischer Methoden beschränkt sich jedoch im Wesentlichen auf Verhaltenstherapie. Laut Autor orientieren sich die Behandlungsempfehlungen „an den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Das trifft nicht immer zu. Beispielsweise wird im Abschnitt zu ADHS auch für re-

tardierte Methylphenidat-Präparate als tägliche Höchstdosis 1 mg/kg KG angegeben, obwohl in der unter deutscher Beteiligung publizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Europäischen Behandlungsleitlinie 2 mg/kg KG als Maximaldosis empfohlen werden. Im Abschnitt zu Persönlichkeitsstörungen heißt es: „Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sollte erst ab dem ca. 16. Lebensjahr gestellt werden“, obwohl es in der kinder- und jugendpsychiatrischen S1-AWMF-Leitlinie heißt: „Aufgrund des Entwicklungsaspektes einer psychischen Störung im Kindes- und Jugendalter darf in der ICD-10 die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor Abschluss der Pubertät, d.h. vor dem 16.–17. Lebensjahr nur dann gestellt werden, wenn die geforderte Mindestzahl der Kriterien für die jeweilige Störung erfüllt ist und die Verhaltensmuster bereits in diesem Alter andauernd, durchgehend und situationsübergreifend auftreten“ und in der S2-AWMF-Leitlinie: „Persönlichkeitsstörungsdiagnosen sind vor Abschluss der mittleren Adoleszenz, also etwa dem 14. Lebensjahr, nicht mit ausreichender Sicherheit zu stellen“.

Dennoch sind die vermittelten Inhalte bis auf wenige Ausnahmen aktuell und sehr gut als Einführung brauchbar. Es ist erstaunlich, wie viele Informationen in dem zur Verfügung gestellten knappen Rahmen vermittelt werden! Schwerpunktbildungen, Formulierungen und optische Gestaltung sind didaktisch sehr gelungen, die o. g. Versprechen werden eingelöst und das Buch ist in der Tat sehr empfehlenswert für jeden, der einen Einstieg sucht.

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen*

## 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](mailto:redaktion-forum@bkjpp.de)
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
  - das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
  - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
  - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
  - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

### 3. Manuskriptgestaltung:

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

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



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



### Mediadaten 2014

#### Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

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

#### Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 300 Kliniken.

**Auflage 1.300 Ex.** (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)

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

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

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich. Beilagen ebenso bitte bei [didier@metadruck.de](mailto:didier@metadruck.de) anfragen.

Bei mehrfacher Veröffentlichungen der gleichen Anzeige sind folgende Rabatte vorgesehen:

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

Bitte senden Sie mir Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an [didier@metadruck.de](mailto: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.

**Ab 2013 gibt es erstmalig einen Agenturrabatt von 15%.**

	<p><b>130 x 195 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 1.200,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 600,- Euro Mitglieder 290,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro</p> <p>auslaufende Formate sind möglich mit 3mm Randbeschnitt</p>		<p><b>130 x 95 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 700,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 350,- Euro Mitglieder 200,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro</p>
	<p><b>130 x 62 mm, einfarbig Graustufen</b></p> <p>Firmenanzeigen 500,- Euro Stellenanzeigen, Fortbildung, etc Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro Mitglieder 150,- Euro</p> <p>Farbanzeigen 4c plus 320,- Euro</p>		<p><b>Sonderseiten Umschlag</b></p> <p><b>170 x 240 mm, nur 4c Farbe</b></p> <p>Umschlag innen, U2+U3 2.350,- Euro</p> <p><b>Achtung:</b> wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.</p>

#### Termine 2013 - 2014:

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
1-2014	14. März 2014	13. KW 2014
2-2014	13. Juni 2014	26. KW 2014
3-2014	12. September 2014	40. KW 2014
4-2014	12. Dezember 2014	52. KW 2014

\* 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, 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](mailto: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](mailto: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](mailto:didier@metadruck.de), Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

---

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

Preis des Einzelheftes: 11,50 € (einschließlich Postversand)

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

Kündigung Jahresabo bis 30. September zum 31. 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.