

Inhalt

Editorial:

Vertrauensintervalle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarfsplanung

Ingo Spitzcok von Brisinski 2

Schulvermeidung bei stationären Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Maja Guberina, Elena Aretz, Alexander Sicking,
Johannes Hebebrand, Volker Reissner, Martin Knollmann* 5

Syndrom des zyklischen Erbrechens

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Deborah Urbanczyk, Inga Jütte,
Ann Sofie von der Mosel, Karin Rast* 19

Systemische Auftragsklärung und Anliegenhebung

Rainer Hirschberg 42

Betriebswirtschaftliches Grundwissen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Teil 3: Der Praxiswert

Gundolf Berg 63

Zur Diskussion gestellt:

Entwicklungslinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie – ein Rückblick

Wolfram Kinze 72

Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus berufspolitischer Sicht: 1995 - 1996

Christian K. D. Moik 81

Rezensionen 86

Gefühle haben ein Gesicht

Hinweise für Autoren 87

Editorial:

Vertrauensintervalle in der kinder- und jugendpsychiatrischen Bedarfsplanung

Kinder- und jugendpsychiatrische Bedarfsplanung ist in Deutschland im stationären Bereich ein alter Hut – der allerdings alle paar Jahre verkleinert oder geweitet wird (je nachdem, ob er stramm sitzen soll oder großzügig-locker, ob er dem Träger zu eng oder zu weit geworden ist, ob statt Dreadlocks wieder Glatzen in Mode sind, etc.). So hat sich in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts die Zahl der in Deutschland aufgestellten Betten von 8.316 um 3.458 auf 4.858 verringert (BAG & BAG-PED 2009), d. h. es kam zu einer Abnahme um rund 40% innerhalb weniger Jahre. Seit Anfang des neuen Jahrtausends hat die Zahl der in Deutschland aufgestellten Betten jedoch wieder zugenommen: 2012 waren es 5.825 Betten (Statistisches Bundesamt 2013), was einer Zunahme um 967 Betten bzw. rund 20% entspricht. Schwankungen um 20 bis 40% innerhalb von 10 Jahren sind also durchaus Realität.

Krankenhausplanung ist jedoch Sache der Bundesländer und so kommt es, dass die Anpassungen zu ganz unterschiedlichen Zeiten erfolgen und mit ganz unterschiedlichen Ergebnissen: So gab es 2010 z. B. in Baden-Württemberg 0,38 Betten und tagesklinische Plätze auf 1000 minderjährige Einwohner, in Sachsen-Anhalt jedoch 1,51 (GMK-Bericht 2012) – also Schwankungen um rund 400%.

Seit 2013 gibt es nun auch für niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiatern in Deutschland eine Bedarfsplanung (G-BA 2013). Die Kinder- und Jugendpsychiatern werden dort – ebenso wie Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten und Radiologen – der „Spezialisierte fachärztliche Versorgung“ zugeordnet und als angemessene Versorgung wird bundesweit 1 Kinder- und Jugendpsychiatern auf 16.909 minderjährige Einwohner festgelegt. Diese Verhältniszahl wurde ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der minderjährigen Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31. Dezember 2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmefumfang zum Stand 31. Dezember 2010. Es wird demnach angenommen,

dass die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater Ende 2010 einer Vollversorgung entspricht, obwohl es vielerorts erhebliche Wartezeiten gibt. Eine Überschreitung um 10% wird als Überversorgung angesehen, Unterschreitung um mehr als 50% als Unterversorgung.

Vergleichen wir die bis hierhin referierten Schwankungen (in der Testpsychologie sprechen wir von Vertrauensintervallen, wenn wir nicht so genau wissen, wo der wahre Wert liegt), so ergibt sich eine Spannbreite von 10 bis 400% – man mag kaum glauben, dass dies allein durch objektivierbare Behandlungsbedürftigkeit zu erklären ist, auch wenn es vielerorts Bemühungen gibt, den Bedarf mittels mathematischer Formeln und realer Inanspruchnahme in der Vergangenheit so objektiv und nachvollziehbar wie möglich zu prognostizieren. Wirtschaftliche und politische Interessen, Zeitgeist sowie regionale Besonderheiten einerseits und Mangel an System übergreifenden Planungen andererseits wirken maßgeblich auf den „Lösungsweg“ ein.

Auf eine gewisse Skepsis stößt auch der aktuelle „Lösungsweg“, den der G-BA beschreibt, um die Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen einer gemeinsamen Bedarfsplanung mit den Praxen auf Bundesebene so konkret wie möglich zu regeln (G-BA 2014a). Doch auch hier gibt es ein erkennbares Bemühen, den Beschluss nachvollziehbar zu machen (G-BA 2014b) – mag man sich dem gewählten Ansatz nun inhaltlich anschließen können oder nicht. Da trotz dieser bundesweit nun konkreteren Festlegung auch weiterhin regionale Abweichungen erlaubt sind, wird sich zeigen, ob bundesweit einheitliche oder regional abgestimmte Regelungen überlegen sind und wie viele Prozente Schwankungsspannbreite das Ergebnis sein werden.

Jedenfalls gilt für die gemeinsame ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Bedarfsplanung: „Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung)“ (G-BA 2013, S. 9) - auch das sind Vertrauensintervalle!

Ihr Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur:

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie & Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (2009) Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland.

G-BA (2013) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie).

http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/richtlinien/richtl_bedarfsplan_2013.pdf

G-BA (2014a) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren.

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1984/2014-04-17_BPL-RL_Ermaechtigungen.pdf

G-BA (2014b) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren.

https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2793/2014-04-17_BPL-RL_Ermaechtigungen_TrG.pdf

AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz (2012) Psychiatrie in Deutschland - Strukturen, Leistungen, Perspektiven

http://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Anlagen_GMK-Bericht_2012_der_AG_Psychiatrie_der_AOLG.pdf

Statistisches Bundesamt (2013) Grunddaten der Krankenhäuser 2012. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611127004.pdf?__blob=publicationFile

Schulvermeidung bei stationären Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

*Maja Guberina, Elena Aretz, Alexander Sicking,
Johannes Hebebrand, Volker Reissner,
Martin Knollmann*

Zusammenfassung

Fragestellung: Die vorliegende Studie hatte folgende Zielsetzungen: 1. Prävalenzerhebung von Schulvermeidung in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme-Stichprobe, 2. Vergleich von stationären Patienten mit Schulvermeidung (SV) und ohne Schulvermeidung (NSV).

Methodik: Es handelt sich um eine Vollerhebung aller stationären Patienten (N=389) in der KJP Essen innerhalb eines 1-Jahreszeitraums (08/2009 – 07/2010). Auf Basis der Behandlungsberichte und der Therapiedokumentation wurden Daten zum Schulbesuch und weiteren Merkmalen (z.B. Alter, Geschlecht, Dauer der Behandlung) erhoben. Schulvermeidung wurde kodiert, sofern die Patienten laut Behandlungsbericht 1 Jahr vor der Aufnahme mindestens 1 Woche lang die Schule überhaupt nicht oder unregelmäßig besucht hatten. Mittels T- und χ^2 -Tests wurden Unterschiede zwischen SV und NSV allgemein sowie innerhalb einzelner Subgruppen (externalisierend; internalisierend; gemischte Symptomatik) exploriert.

Ergebnisse: Insgesamt wiesen 36% der 389 stationären Patienten Schulvermeidung vor Beginn der Behandlung auf. SV waren im Mittel signifikant älter als NSV. Zudem hatten sie häufiger internalisierende Störungen und waren tendenziell häufiger weiblich. Innerhalb der Subgruppe der Patienten mit internalisierender Symptomatik zeigten SV im Mittel eine längere Behandlungsdauer und – ebenso wie SV mit gemischter Symptomatik – häufigere Wiederaufnahmen.

Schlussfolgerungen: Es ließ sich eine hohe Prävalenz von SV in der KJP Essen feststellen. Zudem scheint Schulvermeidung bei internalisierenden und gemischten Störungen längere und mehrfache stationäre Behandlungen zu erfordern; das Symptom Schulvermeidung könnte demnach ein Zeichen für eine besonders stark ausgeprägte, schwer zu behandelnde Störung sein. Studien an anderen Klinikstandorten sind nötig, um zu überprüfen, inwiefern diese Befunde generalisierbar sind; es deutet

sich die Notwendigkeit der Entwicklung spezifischer stationärer Therapieangebote für SV an.

Schlüsselwörter: Schulverweigerung; Schulschwänzen; Schulvermeidung; psychische Störungen; stationäre Therapie

Summary

Objective: The present study pursues the following objectives: 1. Identification of the prevalence of school avoidance among inpatients in a child and adolescent psychiatric clinic, 2. Exploration of differences between inpatients with school-avoidance (SA) and without school-avoidance (NSA).

- *Method:* This study is a complete inpatient survey (N=389) of the LVR-Clinic for Child and Adolescent Psychiatry, Essen, Germany (KJP Essen), within a one-year-period (08/2009 – 07/2010). Based on therapy documentation inpatients were examined regarding school avoidance and further characteristics (e.g. age, gender, therapy duration). Differences between SA and NSA in general and within different subgroups of patients (externalizing; internalizing; mixed symptoms) were explored by T- and Chi²-tests.

Results: 36% of the 389 inpatients exhibited school avoidance prior to admission to the clinic. SA were significantly older than NSA. Furthermore, SA were more often female and showed a higher rate of internalizing disorders than NSA. Within the subgroup of patients with internalizing disorders, SA were treated longer and had (as well as the SA with mixed symptoms) more re-admissions to the clinic.

Conclusions: A high prevalence of SA was obtained. The results suggest that school avoidance among SA with internalizing and mixed disorders is associated with longer therapy duration and recurring admissions; thus, SA might indicate a severe, difficult-to-treat internalizing or mixed disorder. Further studies in other clinics should be conducted in order to analyse if these findings can be generalized and if there is a need for the development and validation of specific inpatient therapies for patients with SA.

Key words: School refusal; truancy, school avoidance; psychiatric disorders; inpatient therapy

Schulvermeidung bei stationären Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das gehäufte gleichzeitige Auftreten von psychiatrischen Erkrankungen und Schulvermeidung konnte in bisherigen Studien sowohl in kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme-Stichproben als auch in repräsentativen Bevölkerungsstichproben nachgewiesen werden (Egger et al., 2003; McShane et al., 2001; Knollmann et al., 2009). Aus einer chronischen Schulvermeidung im Verbund mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Störung ergibt sich oft eine Indikation für eine stationäre Therapie (vgl. McShane et al., 2001; Walter et al., 2010). Wie häufig Schulvermeidung im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting ist, welche Ausprägung und Qualität sie auszeichnet und inwiefern Unterschiede zwischen schulvermeidenden und nicht-schulvermeidenden stationären Patienten bestehen, ist bislang jedoch unbekannt. Daher setzt sich diese explorative Studie folgende Ziele:

1. Ermittlung der Prävalenz von Schulvermeidung sowie ihrer verschiedenen Erscheinungsformen (vgl. Knollmann et al., 2010; Schulverweigerer: Schulvermeidung mit internalisierender Symptomatik; Schulschwänzer: Schulvermeidung mit externalisierender Symptomatik; „gemischte Symptomatik“: sowohl internalisierende als auch externalisierende Symptomatik) in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahme-Stichprobe,
2. Exploration von Unterschieden zwischen stationären Patienten mit vs. ohne Schulvermeidung allgemein sowie innerhalb einzelner Patienten-Subgruppen (Patienten mit internalisierender vs. externalisierender vs. gemischter Symptomatik, s.o.).

Methodik

Es handelt sich um eine explorative Querschnittsuntersuchung. Die erhobenen Daten beziehen sich auf alle Kinder und Jugendlichen, die in einem 1-Jahreszeitraum von August 2009 bis Juli 2010 in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen (KJP Essen), stationär behandelt wurden (N=389; Alter: M=14,56 Jahre, SD=2,8; 52,2% weiblich).

Der stationäre Bereich der Klinik umfasste bis 2012 vier Stationen mit 42 Behandlungsplätzen:

- PK1: Schwerpunkt Affektive und Essstörungen, Alter 13-18 Jahre (17,0% der Aufnahmen: 66 Patienten);
- PK2: Akutpsychiatrische/geschlossene Station (46,3% der Aufnahmen: 180 Patienten);
- PK3: Gesamtes Störungsspektrum, Kinder im Alter von 5 bis 13 Jahren (10,3% der Aufnahmen: 40 Patienten);
- PK4: Schwerpunkt Qualifizierter Drogenentzug und emotional instabile Störungen, Alter 13-18 Jahre (26,5% der Aufnahmen: 103 Patienten).

Anhand der Basisdokumentation wurden unter anderem¹ folgende Variablen erhoben: Alter, Geschlecht, Anzahl der Aufnahmen, Verweildauer in Tagen und die Schulform. Die Haupt- und Nebendiagnosen bei Entlassung (1 Diagnose: 233 Patienten; 2 Diagnosen: 123 Patienten; 3 oder mehr Diagnosen: 33 Patienten) wurden genutzt, um die Patienten folgenden Diagnosegruppen zuzuordnen:

- Internalisierend/Schulverweigerer: F4.x [außer F43.25], F3.x, F93.0, F93.1, F93.2, F93.3, F93.8x, F93.9;
- Externalisierend/Schulschwänzer: F90.0, F90.1, F91.x;
- Gemischte Symptomatik: F92.x, F43.25 oder mindestens jeweils eine internalisierende und eine externalisierende Diagnose;
- andere Diagnosen/keine klare Zuordnung externalisierend/internalisierend möglich: F1, F2, F5, F6, F7, F8, F94 ohne weitere internalisierende oder externalisierende Diagnose

Zudem wurden die Arztberichte zum Abschluss der stationären Behandlung hinsichtlich Angaben zu Schulvermeidung (Aufnahmeanlass, Eigenanamnese, Angaben zur Symptomatik) innerhalb der letzten 12 Monate vor der stationären Erstaufnahme analysiert. Hierfür wurden sowohl Angaben zu unentschuldigtem als auch zu entschuldigtem Fehlzeiten herangezogen, sofern

¹ Dieser Beitrag fasst die wesentlichen Ergebnisse der gleichnamigen Dissertation (Guberina, 2013) zusammen, in deren Rahmen noch weitere Variablen wie z.B. Intelligenz und Medikation erhoben wurden.

letztere im Arztbericht nicht klar auf eine körperliche Erkrankung zurückgeführt wurden.

Die Ausprägungsart der Schulvermeidung wurde wie folgt bestimmt:

0. Regelmäßiger Schulbesuch bzw. keine Hinweise auf Schulvermeidung im Arztbericht
- I. Unregelmäßiger Schulbesuch (definiert als Fehlen an einzelnen Tagen/ Stunden einer Woche) für mindestens 1 Woche wird erwähnt,
- II. Durchgängiges Fehlen (definiert als mindestens für eine komplette Woche kein Schulbesuch) wird genannt,
- III. Sowohl von unregelmäßigem Schulbesuch als auch von durchgängigem Fehlen (sowohl I. als auch II. trat im o.g. Zeitraum auf) wird berichtet.

Weiterhin wurde – sofern Angaben hierzu verfügbar waren – die Dauer des schulvermeidenden Verhaltens innerhalb der letzten zwölf Monate vor stationärer Aufnahme anhand der Arztberichte kodiert (max. 2 Monate, 2 – 4, 4 – 6, 6 – 8, 8 – 12, länger als 12 Monate).

Die Vergleiche zwischen Schulvermeidern vs. Nicht-Schulvermeidern allgemein sowie innerhalb der o.g. Diagnosegruppen wurden für kategoriale Variablen mittels Chi²-Tests sowie für kontinuierliche Variablen mittels T-Tests (SPSS 17.0) vorgenommen. Auf eine Korrektur der p-Werte für multiples Testen wurde aufgrund des explorativen Charakters der Studie verzichtet.

Ergebnisse

Prävalenz schulvermeidenden Verhaltens

Insgesamt wiesen 140 bzw. 36% der 389 stationär behandelten Kinder und Jugendlichen in den letzten zwölf Monaten vor ihrer Aufnahme schulvermeidendes Verhalten auf. 8,5% besuchten die Schule unregelmäßig (Fehlzeiten an einzelnen Tagen/Stunden), 15,9% mindestens eine Woche lang gar nicht und 11,6% zeigten Phasen sowohl mit unregelmäßigem Schulbesuch als auch mit vollständiger Schulvermeidung für mindestens eine Woche (s. Tabelle 1).

		Anzahl	Prozent (%)
Schulvermeidung lt. Arztbericht	keine Schulvermeidung	249	64,0
	unregelmäßiger Schulbesuch	33	8,5
	kein Schulbesuch	62	15,9
	unregelmäßiger und kein Schulbesuch	45	11,6
Dauer Schulvermeidung lt. Arztbericht	keine Schulvermeidung	249	64,0
	max. 2 Monate	6	1,5
	max. 2 – 4 Monate	16	4,1
	max. 4 – 6 Monate	12	3,1
	max. 6 – 8 Monate	5	1,3
	max. 8 – 10 Monate	3	0,8
	max. 10 – 12 Monate	4	1,0
	mehr als 12 Monate	68	17,5
Schulvermeidung, aber Dauer nicht ermittelbar	26	6,7	
Gesamt		389	100,0

Tabelle 1: Prävalenz schulvermeidenden Verhaltens in der KJP Essen: Ausprägung und Dauer

8,7% der Patienten zeigten eine der genannten Formen der Schulvermeidung mit einer Dauer von bis zu 6 Monaten vor der stationären Behandlung, 3,1% der Patienten länger als 6 bis maximal 12 Monate und 17,5% der Patienten länger als 12 Monate. Anhand ihrer Diagnosen konnten 7,1% der Schulvermeider als Schulschwänzer (externalisierende Symptomatik), 46,4% als Schulverweigerer (internalisierende Symptomatik) und 37,9% als „Gemischte Schulvermeider“ (internalisierende und externalisierende Symptomatik, vgl. Knollmann et al., 2010) charakterisiert werden.

Unterschiede zwischen Patienten mit vs. ohne Schulvermeidung

Schulvermeider waren bei der ersten stationären Aufnahme im Mittel knapp ein Jahr älter als Nicht-Schulvermeider (15,16 vs. 14,23 Jahre, $p=0,001$, s. Tabelle 2a).

	Schulvermeidung ¹		Keine Schulvermeidung ²		T-Wert	df	p
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD			
Alter bei 1. Aufnahme	15,16	2,2	14,23	3,2	-3,40	368	0,001 ***
Verweildauer in Tagen	35,26	33,7	34,11	34,7	-0,315	386	0,131
Anzahl der Aufnahmen	1,31	0,7	1,35	0,9	0,411	387	0,163

Tabelle 2a: Vergleich Schulvermeider/Nicht-Schulvermeider in der KJP Essen: Alter, Verweildauer, Anzahl der Aufnahmen. ¹N=140; ²N=249; # $p < 0,1$; * $p < 0,05$; $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Dieser Effekt zeigte sich innerhalb der o.g. Subgruppen jedoch nur für die Patienten mit externalisierender und gemischter Symptomatik (s. Tabelle 3a). Mit Schulvermeidung gingen vergleichsweise häufiger internalisierende Störungen (46,4% der 140 Schulvermeider vs. 32,1% der 249 Nicht-Schulvermeider, $p=0,005$) und seltener externalisierende Störungen (7,1% vs. 17,3%, $p=0,005$; s. Tabelle 2b) einher.

Dies ist auch vor dem Hintergrund der tendenziell größeren Häufigkeit von Schulvermeidung bei Patientinnen (57,9% der 203 Patientinnen vs. 42,1% der 186 Patienten, $p=0,093$) zu interpretieren.

	Schulvermeidung		Keine Schulvermeidung		Chi ²	PHI	p
	Anzahl	%	Anzahl	%			
Keine Zuordnung möglich: F1, F2, F5, F6, F7, F8, F94 ohne weitere internalisierende oder externalisierende Diagnose**	12	8,6	51	20,5	9,37	-0,16	0,002**
Internalisierend	65	46,4	80	32,1	7,84	0,14	0,005**
Externalisierend	10	7,1	43	17,3	7,80	-0,14	0,005**
Gemischte Symptomatik	53	37,9	75	30,1	2,43	0,08	0,12
Gesamt	140	100,0	249	100,0	-	-	-
Männlich	59	42,1	127	51,0	2,82	0,09	0,093#
Weiblich	81	57,9	122	49,0			
Gesamt	140	100,0	249	100,0			
An keiner Schule angemeldet	10	9,0	28	11,2	1,71	-0,07	0,19
Kindergarten/ Vorschule	3	2,1	9	3,6	0,65	-0,04	0,42
Grundschule	3	2,1	21	8,4	9,93	-0,2	0,002**
Förderschule	10	7,1	25	10,0	3,35	-0,11	0,07
Hauptschule	22	15,7	22	8,8	1,12	0,07	0,29
Gesamtschule	23	16,4	19	7,6	2,93	0,11	0,09
Realschule	20	14,3	22	8,8	0,38	0,04	0,54
Gymnasium	18	12,9	20	8,0	0,38	0,04	0,54
Berufsschule	6	4,3	5	2,0	0,65	0,05	0,42
Sonstige Schule	4	2,9	3	1,2	1,39	0,06	0,24
Schulersatzende Maßnahme	1	0,7	1	0,4	0,17	0,02	0,68
Keine Angabe	20	14,3	74	29,7	11,65	-0,17	0,001***
Gesamt (%)	140	100,0	249	100,0	-	-	-

Tabelle 2b: Vergleich Schulvermeider/Nicht-Schulvermeider in der KJP Essen: Zugehörigkeit zur Diagnosegruppe, Geschlecht und Schulform; N¹=140 stationäre Patienten mit Schulvermeidung, N²=249 stationäre Patienten ohne Schulvermeidung; #p < 0,1; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Anzahl der Aufnahmen	Verweildauer in Tagen	Alter bei 1. Aufnahme	Internalisierend ¹			Externalisierend ²			Gemischte Symptomatik ³		
			Anzahl	Mittelwert	SD	Anzahl	Mittelwert	SD	Anzahl	Mittelwert	SD
65	65	65									
1,31	40,52	15,215									
0,498	27,92	2,3973									
80	80	80									
1,36	35,64	14,784									
0,846	37,12	2,7281									
-0,46 / 143	0,90 / 142	0,99 / 143									
0,098#	0,006**	0,179									
10	10	10									
1	14,00	14,287									
0,000	12,046	2,4145									
43	43	43									
1,19	24,58	12,270									
0,500	32,045	3,2113									
-2,44 / 42,0	-1,02 / 51	2,22 / 17,3									
0,019*	0,095#	0,040*									
53	53	53									
1,32	32,04	14,938									
0,850	41,210	1,954									
75	75	75									
1,17	31,31	13,35									
0,503	28,209	0,069									
-1,13 / 77,6	-0,12 / 126	-3,57 / 125									
0,032*	0,152	0,001***									

Tabelle 3a: Vergleiche Schulvermeider/ Nicht-Schulvermeider innerhalb der Diagnosegruppen (internalisierend/externalisierend/ gemischte Symptomatik): Alter, Verweildauer, Anzahl der Aufnahmen. ¹N=145; ²N=53; ³N=128. SV: Stationäre Patienten mit Schulvermeidung. NSV: Stationäre Patienten ohne Schulvermeidung. #p<0,1; *p<0,05; p<0,01; ***p<0,001

	Internalisierend ¹				Externalisierend ²				Gemischte Symptomatik ³							
	SV		NSV		SV		NSV		SV		NSV					
	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%	An-zahl	%				
Berufsschule	3	4,6	0	0	0	0	0	0	2	3,8	1	1,3	0,808	-0,079	0,371	
Gymnasium	16	24,6	8	10	0	0	0	0	2	3,8	2	2,7	0,126	-0,031	0,551	
Realschule	16	24,6	8	10	5,546	-0,196	0,017*	0	2	3,8	2	2,7	0,126	-0,031	0,551	
Gesamtschule	12	18,5	9	11,3	1,506	-0,102	0,161	1	1,316	-0,158	0,345	9	8,0	2,421	0,102	
Hauptschule	7	10,8	6	7,5	0,470	-0,057	0,345	2	0,496	-0,097	0,395	12	22,6	3,378	0,057#	
Förderschule	3	4,6	3	3,8	0,068	-0,022	0,557	1	0,111	0,046	0,605	6	11,3	1,706	0,143	
Grundschule	1	1,5	3	3,8	0,654	0,067	0,392	0	1,876	0,188	0,209	2	3,8	3,340	0,060#	
Gesamt	65	100	80	100	-	-	-	10	-	-	-	53	100	-	-	
Weiblich	39	60,0	58	72,5	2,530	0,132	0,079	1	0,633	0,109	0,388	37	69,8	13,106	0,001***	
Männlich	26	40,0	22	27,5	-	-	-	9	-	-	-	16	30,2	0,320	0,001***	
Chi ² , PHI																
p																

Tabelle 3b: Vergleiche Schulvermeider/Nicht-Schulvermeider innerhalb der Diagnosegruppen (internalisierend/externalisierend/gemischte Symptomatik): Geschlecht, Schulform. ¹N=145; ²N=53; ³N=128. SV: Stationäre Patienten mit Schulvermeidung NSV: Stationäre Patienten ohne Schulvermeidung. #p< 0,1; *p< 0,05; p< 0,01; ***p< 0,001

Die Subgruppen-Analyse ergab, dass dieser Trend maßgeblich auf die größere Anzahl von Patientinnen vs. Patienten in der Gruppe mit gemischter Symptomatik (69,8% vs. 30,2%, $p=0,001$; s. Tabelle 3b) zurückzuführen ist; für die beiden anderen Subgruppen zeigten sich keine Unterschiede zwischen Schulvermeidern und Nicht-Schulvermeidern bezüglich des Geschlechts.

Der allgemeine Vergleich hinsichtlich der Schulform, der aufgrund der hohen Anzahl fehlender Angaben nur sehr eingeschränkt interpretiert werden kann (vgl. Tabelle 2b), zeigte lediglich, dass Schulvermeider seltener Grundschüler (2,1% vs. 8,4%, $p=0,002$) und tendenziell seltener Förderschüler (7,1% vs. 10%, $p=0,07$) waren. Innerhalb der Patientengruppe mit internalisierender Symptomatik besuchten 24,6% der Schulvermeider vs. 10% der Nicht-Schulvermeider eine Realschule ($p=0,017$) respektive 24,6% vs. 10% ein Gymnasium ($p=0,017$). Dieser Trend hin zu höheren Schulformen bei internalisierenden Schulvermeidern fand sich bei den anderen beiden Subgruppen nicht (vgl. Tabelle 3b).

Bei der Anzahl der Aufnahmen sowie der Verweildauer wurden ebenfalls nur bei der differenzierten Betrachtung der einzelnen Diagnose-Subgruppen Unterschiede zwischen schulvermeidenden vs. nicht-schulvermeidenden Patienten sichtbar (s. Tabellen 2a und 3a): Innerhalb der Gruppe mit internalisierender Symptomatik zeigte sich bei Schulvermeidern eine im Mittel höhere Anzahl von Aufnahmen sowie eine längere Verweildauer, während sich bei den Patienten mit externalisierender Symptomatik das umgekehrte Bild ergab. Schulvermeider in der gemischten Gruppe unterschieden sich dagegen nur durch eine im Mittel höhere Anzahl von Aufnahmen von Patienten dieser Gruppe ohne Schulvermeidung, nicht jedoch hinsichtlich der Verweildauer.

Diskussion

Es wurde eine sehr hohe Prävalenz von schulvermeidendem Verhalten bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen in der KJP Essen erhoben; inwiefern die Zahl von 36% der Patienten Generalisierbarkeit beanspruchen kann oder aber ein Spezifikum für die untersuchte Klinik/Region ist, bleibt angesichts der fehlenden Repräsentativität der Stichprobe offen. So ist z.B. darauf hinzuweisen, dass seit 2006 an der Essener Klinik eine Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten besteht,

was zu einer vermehrten stationären Aufnahme schulvermeidender Patienten geführt haben könnte (vgl. Knollmann et al., 2009).

Der Altersmittelwert von 15 Jahren in der Gruppe der Patienten mit Schulvermeidung stimmt gut mit denen bisheriger Studien mit Inanspruchnahme-Stichproben überein (z.B. McShane et al., 2001; Knollmann et al., 2009). Die Befunde zur Dauer der Schulvermeidung vor der stationären Aufnahme sprechen dafür, dass die stationäre Behandlung oft erst nach schon länger bestehender Symptomatik mit teilweise schwieriger Chronifizierung erfolgt sein könnte. Schulvermeidung trat tendenziell häufiger bei weiblichen Patienten auf, insbesondere in der gemischten Gruppe. Damit unterscheidet sich die hier gezogene Stichprobe stationärer Patienten von den ambulanten und stationären Stichproben anderer Studien, für die entweder eine vergleichbar hohe oder aber eine höhere Prävalenz bei Jungen ermittelt wurde (z.B. Egger et al., 2003; Knollmann et al., 2009; McShane et al., 2001). Dies sowie auch der zu einigen Studien diskrepante Befund höherer Schulformen bei Schulvermeidern (vs. umgekehrt; vgl. z.B. Weiß, 2007), der sich innerhalb der Patientengruppe mit internalisierenden Störungen zeigte, dürfte zum Teil auch auf unterschiedliche Operationalisierungen und Kategorisierungen von Schulvermeidung zurückzuführen sein. Bei den Schulvermeidern in dieser Studie lagen signifikant häufiger internalisierende Diagnosen vor; erwartungsgemäß scheint Schulvermeidung im stationären Bereich vor allem in Form von „Schulverweigerung“ aufzutreten. Hier ist jedoch auch auf die mit 37,9% verhältnismäßig hohe Prävalenz der Schulvermeider mit gemischter Symptomatik zu verweisen, die ungefähr der Prävalenz dieser Gruppe in ambulanten sowie anderen stationären Inanspruchnahme-Stichproben entspricht (z.B. Knollmann et al., 2009; Walter et al., 2010).

Die methodischen Limitationen dieser Studie – u.a. retrospektive Auswertung von Therapieberichten, keine standardisierte Datenerhebung, fehlende Daten, klinische Diagnosen mit unsicherer Validität, fehlende Repräsentativität – unterstreichen ihren explorativen Charakter und erlauben lediglich eine sehr zurückhaltende Interpretation. Hier ist insbesondere auf die Definition und Operationalisierung von Schulvermeidung zu verweisen: Die Angaben beruhen auf einem retrospektiven Rating, es bleibt offen, inwiefern die behandelnden Therapeuten gezielt Schulvermeidung erfragt haben bzw. korrekte Angaben zum Schulbesuch erhoben haben und von wem diese stammen (Eltern, Lehrer, Patient). Es ist davon auszugehen, dass eher leichtere Formen der Schulvermeidung übersehen wurden, da diese in der Regel nicht zu der zur Aufnahme führenden Symptomatik gehören bzw. angesichts dominierender

anderer Probleme (z.B. Drogenproblematik, schwere dissoziale Entwicklung, Suizidalität) im Rahmen der Anamneseerhebung nicht zur Sprache kommen. Trotz dieser starken Einschränkungen legen die Befunde jedoch nahe, dass Schulvermeidung im stationären Setting häufig auftritt und zumeist ein Symptom internalisierender oder „gemischter“ Störungen ist. Vermutlich aufgrund der gravierenden psychosozialen Folgeprobleme der Schulvermeidung sowie einer oft schon im Vorfeld chronifizierten Problematik – 48,6% der Schulvermeider wiesen eine Schulvermeidung von 12 Monaten oder länger auf – war häufiger eine vergleichsweise längere stationäre Behandlung sowie häufigere Wiederaufnahmen erforderlich. Schulvermeidung könnte demnach ein Indikator für einen besonders schweren Ausprägungsgrad der jeweiligen Störung bzw. ein die Behandlung erschwerendes Symptom sein. Sollte sich durch zukünftige Studien an anderen Klinikstandorten zeigen, dass die hohe Prävalenz von 36% der in einem Jahr behandelten Patienten nicht spezifisch für die KJP Essen ist, besteht neben der Entwicklung ambulanter Therapieangebote auch dringender Handlungsbedarf hinsichtlich der Ausarbeitung stationärer Therapien für Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten (vgl. Walter et al., 2010). Dies gilt umso mehr, als dass einige vorläufige Befunde des randomisierten und kontrollierten Therapieprojekts für Kinder und Jugendliche mit Schulvermeidung, das von 2010 bis 2012 an der KJP Essen durchgeführt wurde (vgl. Reissner et al., in Vorb.), nahelegen, dass trotz guter Erfolge einer sehr intensiven ambulanten Behandlung ein nicht geringer Anteil von Patienten weiterhin auf eine (ergänzende) stationäre Therapie angewiesen ist.

Literatur

- Egger, H. L., Costello, E. J., Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: a community study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42 (7), 797-807.
- Guberina, M. (2013). Schulvermeidung bei stationären Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen.
- Knollmann, M., Al-Mouhtasseb, K., Hebebrand, J. (2009). Schulverweigerung und psychische Störungen: Merkmale von schulverweigernden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien einer kinder- und jugendpsychiatrischen „Schulverweigererambulanz“. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58, 434-449.
- Knollmann, M., Knoll, S., Reissner, V., Metzelaars, J., Hebebrand, J. (2010). Schulvermeidendes Verhalten aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht Erscheinungsbild, Entstehungsbedingungen, Verlauf und Therapie, In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (4), 43-49.

- McShane, G., Walter, G., Rey, J.M.* (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35 (6), 822-826.
- Reissner, V., Knollmann, M., Hebebrand, J.* (in Vorb.). Das Essener Schulvermeider-Manual.
- Walter, D., Hautmann, C., Rizik, S., Petermann, M., Minkus, J., Sinzig, J., Lehmkuhl, G., Döpfner, M.* (2010). Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study. European Journal of Child and Adolescent Psychiatry 19, 835-844.
- Weiß, B.* (2007). Wer schwänzt wie häufig die Schule? Eine vergleichende Sekundäranalyse auf Grundlage von 12 deutschen Studien. In: Wagner, M. (Hg.): Schulabsentismus. Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis. Weinheim: Juventa, 37-55

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Danksagung

Die Autoren danken dem Land NRW und der EU für die finanzielle Förderung im Rahmen des Med in.NRW-Programmes (Förderkennzeichen: 005-GW01-187Z).

Autoren

Dr. med. Maja Guberina, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen.
Email: maja.guberina@uk-essen.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Knollmann, Dr. med. Volker Reissner, Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, Wickenburgstr. 21, 45147 Essen. Email: martin.knollmann@lvr.de

Dr. med. Elena Aretz, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, LVR-Klinik Viersen, Johannisstraße 70, 41749 Viersen

Alexander Sicking, Medizinische Klinik, St.-Vincenz-Hospital, Christophorus-Kliniken Coesfeld, Dülmen, Nottuln, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster, Südring 41, 48653 Coesfeld

Syndrom des zyklischen Erbrechens

*Ingo Spitzcok von Brisinski, Deborah Urbanczyk,
Inga Jütte, Ann Sofie von der Mosel & Karin Rast*

Das Syndrom des zyklischen Erbrechens (SZE, englischsprachig „Cyclic vomiting syndrome (CVS)“) ist eine Störung, die sowohl im Kindesalter als auch bei Jugendlichen und Erwachsenen auftreten kann. Es ist charakterisiert durch zyklisch auftretende Episoden mit „rapid-fire“-Erbrechen („Schnellfeuer“, „wie aus der Pistole geschossen“) und symptomfreie Intervalle. Typisch sind stereotyp auftretende Episoden mit Blässe, Lethargie, Appetitmangel, Übelkeit, Würgen, Erbrechen und Bauchschmerzen (Li & Fleisher 1999). Eine mitochondriale Dysfunktion wird als Ursache vermutet (Moses et al. 2014), aber auch allergische Disposition könnte eine Rolle spielen (Lucarelli et al. 2000).

Kinder- und jugendpsychiatrisch ist dieses Störungsbild insbesondere deshalb bedeutsam, weil es oftmals keine die Ursache erklärenden somatischen Korrelate gibt und es während der Episoden mit Erbrechen zu deutlichen Verhaltensänderungen kommt, so dass es mit dissoziativen Störungen oder psychogenem Erbrechen verwechselt werden kann.

Bereits 1882 beschrieb Samuel J. Gee das Syndrom und bezeichnete es als unberechenbares und immer wiederkehrendes Erbrechen. Charakteristisch für seine Patienten waren intraindividuell gleiche und interindividuell unterschiedliche Intervalle zwischen Phasen von Erbrechen aus einem Zustand subjektiven Wohlbefindens heraus. An weiteren Symptomen beobachtete er Bauchschmerzen, zum Teil heftige Kopfschmerzen, Durchfall und eine große Erschöpfung nach jeder einzelnen Brechattacke.

Das Erbrechen erfolgt typischerweise in kurzen Zeitabständen, 6 bis 12mal pro Stunde auf dem Höhepunkt der Episode. Die Episode kann von wenigen Stunden bis zu 10 Tagen und mehr andauern, ist in der Regel jedoch 1 bis 4 Tage lang (Li & Fleisher 1999). Lee et al. (2012a) fanden in ihrem systematischen Review, dass bei Minderjährigen die Episoden mit Brechattacken durchschnittlich 3,4 Tage dauerten, bei Erwachsenen 5,9 Tage. Die

Häufigkeit der Episoden lag bei den Minderjährigen bei durchschnittlich 9,6 Episoden pro Jahr, bei den Erwachsenen bei 14,4 Episoden pro Jahr. In ihrer eigenen retrospektiven Studie (Lee et al. 2012b) fanden sie bei 11 Patienten mit Erkrankungsbeginn im Kindesalter ein Durchschnittsalter von 5 Jahren bei Erkrankungsbeginn, eine durchschnittliche Häufigkeit von 25,5 Brechepisoden pro Jahr mit einer durchschnittlichen Dauer von 54,5 Stunden. Bei den 17 Patienten mit Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter fanden sie ein Durchschnittsalter von 30 Jahren bei Erkrankungsbeginn, eine durchschnittliche Häufigkeit von 10 Brechepisoden pro Jahr mit einer durchschnittlichen Dauer von 55,3 Stunden.

Fleisher & Matar (1993) beschreiben 71 Patienten mit mehr als zwei Brechattacken und dazwischen liegenden symptomfreien Intervallen, bei denen eine organische Ursache für das Erbrechen ausgeschlossen worden war. Bei 79% der Patienten begannen die Brechattacken zu individuell charakteristischen Tageszeitpunkten: bei 60% nachts oder in den frühen Morgenstunden, bei 19% tagsüber. Die Dauer der Brechattacken lag im Durchschnitt bei 12 bis 24 Stunden, nur wenige Patienten waren länger als 4 Tage krank. 10% der Patienten sammelten großen Mengen an Speichel im Mund, der nicht heruntergeschluckt wurde. Typisch für alle Patienten waren spontaner Beginn und spontanes Sistieren der Symptomatik. Die mittlere Frequenz an Brechattacken betrug 12 pro Jahr, in Einzelfällen bis zu 70mal pro Jahr. Für die Hälfte der Patienten war die Dauer zwischen den einzelnen Brechattacken etwa zeitgleich. Klinisch waren alle Patienten schwer krank. Sie klagten über heftige Übelkeit und Bauchschmerzen und wirkten im Allgemeinzustand reduziert.

Als Triggerfaktoren der einzelnen Brechattacken wurden bei 77% u. a. Ärger in der Schule, intrafamiliärer Stress, Freude, aber auch somatische Erkrankungen wie z.B. ein grippaler Infekt festgestellt. Withers et al. (1998) fanden in ihrer Studie, die 32 Kinder und Jugendliche umfasste, Analoges.

In der populationsbasierten Studie von Abu-Arafeh & Russell (1995) traten die Brechattacken durchschnittlich 8mal pro Jahr auf mit durchschnittlich 20 Stunden Dauer. Reisen waren häufig ein auslösender Faktor. Meist waren die Attacken mit Blässe, Appetitlosigkeit und Unwohlsein verbunden und besserten sich durch Ruhe und Schlaf.

Häufigkeit

SZE tritt relativ häufig auf: Abu-Arafeh & Russell (1995) fanden in ihrer populationsbasierten Studie in Schottland unter 2.165 Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 15 Jahren insgesamt 69 mit SZE, was einer Prävalenz von 1,9% entspricht. In der australischen Stichprobe von Cullen & Macdonald (1963) aus 4 bis 15 Jahre alten Schulkindern lag die Prävalenz bei 2,3%. Devanarayana et al. (2011) fanden dagegen in Sri Lanka unter Anwendung der ROME III-Kriterien nur eine Prävalenz von 0,5% – allerdings betrug die Altersspannbreite nur 12 bis 16 Jahre. Da in der Stichprobe von Abu-Arafeh & Russell (1995) die Kinder mit SZE ein Durchschnittsalter von 9;6 Jahren hatten und der Symptombeginn im durchschnittlichen Alter von 5;3 Jahren (1 bis 13 Jahre) lag, kann die Differenz zwischen den beiden Prävalenzwerten möglicherweise als altersbedingt erklärt werden. Das Geschlechtsverhältnis war in der Stichprobe von Abu-Arafeh & Russell (1995) insgesamt 1:1, allerdings überwogen bei den jüngeren Kindern die Jungen. In der Inanspruchnahmepopulation von Fleisher & Matar (1993) von 71 Patienten waren 45% männlich. Das Alter bei Erkrankungsbeginn lag zwischen ½ und 18 Jahren bei einem Durchschnitt von 6,9 Jahren. In der Inanspruchnahmepopulation von Kumar et al. (2012) waren von 29 Patienten mit Erkrankungsbeginn in der Kindheit 86% weiblich und von 72 Patienten mit Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter 57% weiblich.

Die Inzidenz liegt nach Drumm et al. (2012) bei 3,15/100.000 Kinder pro Jahr.

Komorbide Störungen

In der populationsbasierten Studie von Abu-Arafeh & Russell (1995) litten 21% der Kinder zusätzlich unter Migräne, 29% unter Reisekrankheit und 29% unter atopischen Erkrankungen. Bei 40% der Patienten der Inanspruchnahmepopulation von Fleisher & Matar (1993) war die Familienanamnese positiv für Migräne oder migräneartigen Kopfschmerz. Dignan et al. (2001) berichten über Migräneerfahrungen bei 46%, Li et al. (1999) fanden unter 214 Kindern und Jugendlichen mit SZE in 82% entweder von Migräne selbst Betroffene oder zumindest Migräne in der Familienanamnese.

Bei Befragung der Eltern hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten ihrer Kinder wurden in der Untersuchung von Fleisher & Matar (1993) 76% als “ehrgeizig”, “perfektionistisch”, “dickköpfig”, “moralisierend” oder “aggressiv” eingestuft. Allerdings erfolgte die Befragung zu den psychischen Auffälligkeiten nicht standardisiert. Withers et al. (1998) ermittelten in einer Eltern-

befragung mittels Child Behaviour Checklist (CBCL) bei Kindern mit zyklischem Erbrechen signifikant erhöhte Werte auf den Skalen ‚Internalisierung‘, ‚Somatisierung‘, ‚Angst/Depression‘ und ‚Aufmerksamkeitsstörungen‘. Fleisher (1997) fand in seiner Stichprobe von 52 Patienten bei 31% psychiatrische Störungen wie z.B. Angststörungen und Depression. Tarbell & Li (2008) befragten 21 Kinder und Jugendliche mit SZE im Alter von 3 bis 18 Jahren sowie ihre Eltern. Die Hälfte der Eltern beschrieben bei ihren Kindern Symptome, die einer Angststörung entsprechen, und 14% der Eltern sahen bei ihren Kindern eine affektive Störung. Bei den Eltern selbst fanden sich in 59% Hinweise auf eine internalisierende Störung, insbesondere Angststörungen.

Lee et al. (2012a) fanden in ihrem systematischen Review, dass über 40% der Betroffenen Kopfschmerzen bzw. Migräne hatten und 39% Kopfschmerzen bzw. Migräne in der Familienanamnese. Etwa 30% hatten eine Angststörung oder Depression. Die genannten komorbiden Störungen traten bei den Erwachsenen häufiger auf als bei Minderjährigen. In ihrer eigenen retrospektiven Studie (Lee et al. 2012b) fanden sie bei Erkrankungsbeginn im Kindesalter zusätzlich Kopfschmerzen bei 44%, bei Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter zusätzlich Kopfschmerzen bei 57% und Angststörung/Depression bei 22%.

Kumar et al. (2012) fanden in ihrer Inanspruchnahmepopulation bei Patienten mit Erkrankungsbeginn im Erwachsenenalter bei 23% zusätzlich einen chronischen Opiatabusus.

Ätiologie/Pathophysiologie

Die Ursachen des zyklischen Erbrechens sind bisher nicht vollständig bekannt. SZE ist mit einer hohen Prävalenz von komorbider Migräne verbunden (Li et al. 1999) und mit den beiden Migräne assoziierten mitochondrialen DNA (mtDNA)-Polymorphismen 16519T und 3010A (Boles et al. 2009, Zaki et al. 2009), so dass Parallelen zur Ätiologie und Pathophysiologie der Migräne angenommen werden. Moses et al. (2014) fanden unter 106 Patienten bei 38% Hinweise auf eine mitochondriale Dysfunktion.

Allergische Erkrankungen werden ebenfalls als gehäuft auftretende komorbide Störungen beschrieben (Abu-Arafeh & Russell 1995). Lucarelli et al. (2000) beschreiben 5 Jungen und 3 Mädchen im Alter von 3 bis 13 Jahren, bei denen seit mindestens 2 Jahren SZE bestand und zusätzlich Hinweise auf Lebensmittelallergien. Trotz Fehlen typischer klinischer Zeichen einer Lebensmittelallergie war bei 6 der 8 Patienten der Prick-Test positiv. Spezifische

IgE fanden sich bei 4 der 8 Patienten. Hauttests und spezifische IgE waren positiv für Kuhmilchproteine, Eiweiß und Soja. Eine doppel-blind Placebo kontrollierte Exposition wurde bei den 7 Patienten, die unter Eliminationsdiät klinische Besserung zeigten, durchgeführt und fiel bei allen positiv aus. In den folgenden 6 Monaten der Beobachtung hielt der Behandlungserfolg an. Nach Barth et al. (2000) kann das Erbrechen auch als ein erlerntes Verhalten i.S. einer operanten Konditionierung interpretiert werden.

Auch wenn SZE nicht von Stress verursacht ist, so können dennoch Brechepisoden durch Stress getriggert werden. Eine potentielle Erklärung dafür ist das Stress-Diathese-Modell: Bei prädisponierten bzw. vulnerablen Personen manifestiert sich die Erkrankung mit dem Auftreten eines Stressors (Monroe & Simons 1991). 68% der Eltern von Kindern mit SZE berichten, dass Stress die Episoden ihrer Kinder triggern (Li & Balint 2000, Venkatasubramani et al. 2007), davon die Hälfte eher positive Erregung (z. B. Geburtstag) als negative Stressoren (z. B. Schulprüfung).

Prognose

Drumm et al. (2012) untersuchten in ihrer prospektiven Studie 30 neu diagnostizierte SZE-Kinder mit einem Durchschnittsalter von 9,15 Jahren (Spannbreite 3,5 bis 15,7 Jahre) im Verlauf nach 3, 6 und 9 Monaten. Von den 22 Kindern, die an der Untersuchung nach 9 Monaten teilnahmen, hatten 5 keine weiteren Episoden mehr. 17 erbrachen zwar weiterhin, jedoch mit signifikant verminderter Häufigkeit und Intensität.

Während Li & Balint (2000) davon ausgehen, dass sich bei den meisten Kindern das SZE in der frühen Adoleszenz auswächst, bestand in der Studie von Dignan et al. (2001) das im Kindesalter diagnostizierte SZE noch bei etwa einem Drittel im Jugendalter weiter. Li (unpublizierte Daten) nennt als durchschnittliches Alter bei Erkrankungsbeginn 5 Jahre, als durchschnittliches Alter bei Diagnosestellung 8 Jahre und als durchschnittliches Alter bei Erkrankungsende 10 Jahre. Typischerweise machte in seiner Studie ein Kind 22 Episoden in 3,5 Jahren durch. Etwa 75% entwickelten bis zur Volljährigkeit Kopfschmerzen.

Fleisher (1993) beschreibt 29 Patienten mit Beginn im Kindes- und Jugendalter, bei denen das Ende der Erkrankung bis zum Beginn der dritten Lebensdekade eintrat.

Kumar et al. (2012) berichten über eine Responderrate von 86% bei Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva, Antikonvulsiva (Topiramate), Coenzym

Q-10 und L-Carnitin und fanden Compliance als einzigen den Behandlungserfolg beeinflussenden Faktor. Hejazi & McCallum (2014) berichten in ihrem Review über die Behandlung Erwachsener über einen beeindruckenden und anhaltenden Therapieerfolg mit hoch dosierten trizyklischen Antidepressiva, jedoch gehäuftem Auftreten zusätzlicher psychischer Störungen, schlecht kontrollierter Migräne, Cannabis- oder Narkotikaabusus bei mangelndem Therapieerfolg.

Von den insgesamt 28 Patienten der Stichprobe von Lee et al. (2012b) erhielten 65% keine Langzeitmedikation zur Prophylaxe und von diesen berichteten 42% über eine Symptombesserung und 26% über eine vollständige Rückbildung. Behandelte und unbehandelte Patienten zusammengefasst, zeigten 62% eine graduelle Symptomverbesserung und 24% hatten eine vollständige Rückbildung nach durchschnittlich 7 Jahren.

Barth et al. (2000) erwähnen den Fall eines achtjährigen Jungen, der nach einer in etwa 10-tägigen Abständen auftretenden Brechphase unerwartet zu Hause verstarb.

Diagnostik

Lange Zeit wurde SZE als Ausschlussdiagnose angesehen und es wurde für erforderlich gehalten, zuvor durch sehr umfangreiche somatische Diagnostik jegliche in Betracht kommende somatische Ursache auszuschließen. Ein solches Vorgehen ist jedoch für die Patienten in der Regel sehr belastend und es stellt sich die Frage, ob es bei einer so häufig auftretenden Störung wirklich zwingend erforderlich ist, stets jegliche Differentialdiagnose, sei sie im Vergleich auch noch so selten, zunächst auszuschließen, auch wenn die damit verbundenen notwendigen Untersuchungen ggf. sehr belastend und mit nicht unerheblichen Risiken verbunden sind. Nach Ansicht der North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN) kann die Diagnose mittlerweile jedoch auf Basis der NASPGHAN-Konsensuskriterien (Li et al. 2008), die – ähnlich wie bei S3-AWMF-Leitlinien – mittels systematischer Literaturrecherche und Konsensuskonferenz erstellt wurden, mit ausreichender Sicherheit gestellt werden und erfordert nicht länger eine extensive Batterie ausschließender labormedizinischer, radiologischer und endoskopischer Untersuchungen.

NASPGHAN-Konsensuskriterien für das Syndrom des zyklischen Erbrechens

(alle Kriterien müssen erfüllt sein, damit die Konsensusdefinition von SZE zutrifft)

- ✓ Mindestens 5 Attacken überhaupt oder mindestens 3 Attacken innerhalb von 6 Monaten
- ✓ Episodische Attacken mit starker Übelkeit und Erbrechen mit einer Dauer von 1 Stunde bis zu 10 Tagen und einem Abstand von mindestens 1 Woche
- ✓ Intraindividuell stereotype Muster und Symptome
- ✓ Erbrechen tritt mindestens 4mal pro Stunde auf über mindestens 1 Stunde
- ✓ Zwischen den Episoden Rückkehr zur “baseline”-Gesundheit
- ✓ Nicht auf eine andere Störung zurückzuführen

Es gibt keine spezifischen Labormarker für SZE.

Bei wiederholtem episodischem Erbrechen von Kindern, das die NASPGHAN-Konsensuskriterien erfüllt, handelt es sich in etwa 90% tatsächlich um SZE (Pfau et al. 1996). Die Herausforderung für den Kliniker ist es, die 10% von Patienten zu erkennen, bei denen andere spezifische und ernsthafte Ursachen des Erbrechens vorliegen, die eine sofortige spezifische Therapie erfordern (Li et al. 1998). Der Ausschluss aller möglichen Diagnosen würde viele Kinder unnötigen und kostenintensiven radiologischen und endoskopischen Untersuchungen aussetzen (Olson & Li 2002). Auch Kinder, die jünger als 2 Jahre sind, können ein SZE haben, metabolische und chirurgische Störungen sind in diesem Alter jedoch häufiger und schwieriger zu erkennen. Für Kinder und Jugendliche zwischen 2 und 18 Jahren gelten folgende Symptome als verdächtig für eine andere Diagnose als SZE:

Verdächtige Symptome und somatische Befunde, die zu weitergehender Differentialdiagnostik führen sollten:

1. galliges Erbrechen, abdominelle Empfindlichkeit und/oder starke abdominelle Schmerzen
2. durch interkurrente Erkrankung, Fasten und/oder proteinreiche Mahlzeiten verursachte Attacken
3. Abweichungen in der neurologischen Untersuchung einschließlich schwerer Veränderung des mentalen Status⁴, pathologische Augenbewegungen und/oder Auffälligkeiten im Gangbild (Ataxie)
4. Zunehmende Verschlechterung während der Episoden oder Konversion in ein kontinuierliches bzw. chronisches Muster

Sind die o. g. SZE-Kriterien erfüllt und liegen keine Befunde vor, die eine andere Störung nahelegen, kann mit einer für SZE als wirksam belegten Behandlung begonnen werden. Wenn es unter der Therapie zu einer mindestens 50%igen Reduktion der Häufigkeit der Episoden und/oder des Schweregrades des Erbrechens während der Episoden kommt, sind weitere Untersuchungen aus Sicht der NASPGHAN nicht erforderlich.

Kommt es dagegen während einer 2monatigen Behandlung nicht zu der vorgenannten Verbesserung, sind weitere Untersuchungen empfehlenswert.

In seltenen Fällen kann auch ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom ein SZE imitieren: Der Täter beschreibt möglicherweise Brechepisoden bei einem dehydrierten Kind, dem Nahrung bzw. Getränke vorenthalten wurde oder dem Ipecac gegeben wurde, um Erbrechen zu induzieren. Andererseits wurde in der Vergangenheit ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom zum Teil auch unge rechtfertigt diagnostiziert, weil das SZE nicht erkannt wurde.

Als weitere Referenz zur Diagnosestellung werden in vielen Publikationen die Rom III-Kriterien genannt. Die Rom-Kriterien (englisch: Rome criteria) werden – ähnlich wie bei AWMF-Leitlinien auf S2k- oder S3-Niveau – in einem standardisierten Konsensusprozess von Experten auf dem Gebiet der Gastroenterologie im Rahmen einer Konsensus-Konferenz in Rom festgelegt und spielen eine wichtige Rolle für die Diagnose funktioneller Störungen des

Verdauungsapparates. Die Rom III-Kriterien wurden 2006 auf der Basis der aktuellen Forschungsergebnisse erstellt.

Rom III – Diagnostische Kriterien für funktionelle gastrointestinale Störungen

B. Funktionelle gastroduodenale Störungen

B3. Störungen mit Übelkeit und Erbrechen

B3c. Syndrom des zyklischen Erbrechens

Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- ✓ Stereotype Brech-Episoden mit akutem Beginn und einer Dauer von weniger als 1 Woche
- ✓ 3 oder mehr separate Episoden im letzten Jahr
- ✓ Keine Übelkeit und kein Erbrechen zwischen den Episoden

Unterstützendes Kriterium: Migräne in der Eigenanamnese oder Familienanamnese

(www.romecriteria.org/assets/pdf/19_RomeIII_apA_885-898.pdf)

Kinder- und jugendpsychiatrische Differentialdiagnosen sind insbesondere Bulimie, Anorexia nervosa, dissoziative Störungen, psychogenes Erbrechen, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, abdominelle Migräne und Panayiotopoulos Syndrom.

Therapie

In der Behandlung muss unterschieden werden zwischen Akutmaßnahmen während der Brechepisoden einerseits und prophylaktischen Behandlungsmaßnahmen andererseits. Des Weiteren müssen Prodromalphase, Brechphase und Genesungsphase differenziert betrachtet werden.

Während symptomfreier Phasen kann das Vermeiden bekannter Auslöser zu weniger Episoden führen. Therapie in der Prodromalphase oder Brechphase kann die Attacke beenden oder zumindest abschwächen. Kommt es dennoch zu einer schwer ausgeprägten Brechphase, fokussiert die Behandlung zu Hause oder im Krankenhaus auf Verminderung von Übelkeit, Erbrechen und abdominellen Schmerzen. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend oder kommt es zu häufigen und/oder schweren Episoden, ist tägliche prophylaktische Behandlung indiziert.

Da Angst vor und Erwartung von zukünftigen Episoden Erbrechen triggern können, sind Beruhigung und Beratung hinsichtlich des Umgangs mit den Befürchtungen sinnvoll einschließlich der Feststellung, dass die Attacken nicht selbstinduziert sind und dass sich die Problematik typischerweise mit dem Älterwerden bessert. Ggf. kann es auch sinnvoll sein, in diesem Zusammenhang einen Kalender bzw. Aufzeichnungen zu führen.

NASPGHAN-Empfehlungen zur Prophylaxe bei zyklischem Erbrechens

Alter ≤ 5 Jahre:

- Cyproheptadin (Mittel der 1. Wahl, 0,25-0,5 mg/kgKG pro Tag verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen), Pizotifen
- Propranolol (Mittel der 2. Wahl, 0,25-1,0 mg/kgKG pro Tag, meist 10 mg, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen)

Alter > 5 Jahre:

- Amitriptylin (Mittel der 1. Wahl, initial 0,25-0,5 mg/kgKG zur Nacht, Erhöhung wöchentlich um 5-10 mg, bis 1,0-1,5 mg/kgKG). EKG mit QT-Beurteilung vor Beginn und 10 Tage nach Erreichen der Zieldosis
- Propranolol (Mittel der 2. Wahl, 0,25-1,0 mg/kgKG pro Tag, meist 10 mg, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen)

Weitere Möglichkeiten:

- Phenobarbital (2 mg/kgKG zur Nacht)
- Levetiracetam

Ergänzungsmöglichkeiten:

- L-Carnitin (50-100 mg/kgKG bzw. max. 1 g pro Tag, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen)
- Coenzym Q10 (10 mg/kgKG bzw. max. 100 mg pro Tag, verteilt auf 2 bis 3 Einzeldosen)

Lee et al. (2012a) fanden in ihrem systematischen Review bzgl. Therapie in der Akutphase nur für Sumatriptan bei Erwachsenen nachgewiesene positi-

ve Effekte. Zur Prophylaxe ist die Wirksamkeit von Trizyklika sowohl bei Erwachsenen (76% Responder) als auch bei Kindern (68% Responder) belegt. In Untersuchungen zu Amitriptylin konnte bei Kindern eine deutliche Besserung bezüglich der Häufigkeit des Erbrechens bis hin zum Sistieren der Symptomatik erreicht werden mit Anhalten der Besserung über 3 Jahre und länger. Die Dosierungen lagen zwischen 0,2 und 3,4 mg/kg Körpergewicht und damit relativ niedrig. Zum Auftreten von anticholinergen Nebenwirkungen kam es nicht. Der Wirkmechanismus des Amitriptylins als Prophylaxe beim SZE ist unklar, eine direkte Interaktion mit dem serotonergen System wird vermutet (Andersen et al. 1997). Auch für Propranolol und Cyproheptadin konnte eine Wirksamkeit bei Kindern gezeigt werden. Des Weiteren werden in der Literatur u. a. Barbiturate, Carbamazepin, Erythromycin, Pizotifen und Topirammat sowie mitochondriale Ergänzungsmittel wie L-Carnitin und Coenzym Q10 als wirksam beschrieben (Barth et al. 2000, Li et al. 2008), allerdings weisen die Studien dazu erhebliche methodische Schwächen auf.

Die Behandlung der akuten Brechattacke besteht zunächst darin, günstige Rahmenbedingungen zu schaffen (ruhige Umgebung mit Reizabschirmung, vor allem von Lärm und Licht), damit der Patient sich zurückziehen und schlafen kann. Ein Eimer für das Erbrochene und ein Gefäß für den gesammelten Speichel müssen ans Bett gestellt werden (Barth et al. 2000). Die Patienten fühlen sich während einer Brechattacke sterbenskrank und zum Teil in einem ‚halbkomatösen Zustand‘ (Fleisher 1995). Einige leiden unter großen Schuldgefühlen den Angehörigen gegenüber. Darauf sollte ggf. behutsamen eingegangen werden, um den Teufelskreis von Schuldgefühlen und Ängsten zu durchbrechen. Die medikamentöse Behandlung der akuten Attacke umfasst Maßnahmen gegen Übelkeit und Erbrechen sowie Sedierung, da dadurch und den nachfolgenden Tiefschlaf ein anfallsverkürzender Effekt erreicht werden kann. Barth et al. (2000) empfehlen als antiemetische Behandlung Ondansetron in einer Anfangsdosierung von 0,15 mg/kg Körpergewicht i.v. und ggf. Wiederholung alle 4 Stunden und als Erhaltungsdosis ggf. ab der zweiten Gabe 0,3 mg/kg KG. Zur Sedierung empfehlen die Autoren Benzodiazepine (z.B. Lorazepam 0,05-0,2 mg/kg KG) oder Barbiturate (z.B. Phenobarbital bis 10 mg/kg KG) i.m. oder i.v., Sedativa vom Benzodiazepintyp ggf. auch als Rektiole. Beiden Sedativa wird auch ein antiemetischer Effekt zugeschrieben. Mit einer i.v.-Flüssigkeitssubstitution sollte nicht zu lange gewartet werden, da insbesondere kleinere Kinder durch heftiges Erbrechen im Elektroly-

thaushalt schnell entgleisen können. Der Säure-Basen-Haushalt muss wegen der Gefahr einer hypochlorämischen Alkalose bei länger andauerndem Erbrechen kontrolliert werden. Durch Erbrechen hervorgerufene hämorrhagische Erosionen im Cardia-Ösophagusübergang müssen ggf. symptomatisch mit H₂-Antagonisten oder Antazida behandelt werden. Weitere Symptome wie Kopfschmerz, Bauchschmerzen und Durchfall sollten konservativ behandelt werden. Milde Tachykardien und Hypertonien sind Zeichen der vegetativen Begleiterscheinung und bedürfen nur selten medikamentöser Therapie. Bei schwerer Ausprägung muss jedoch eine kardiologische Abklärung erfolgen (Barth et al. 2000).

Im Rahmen der Angehörigenarbeit sollten eventuell bestehende Schuldgefühle thematisiert und durch Aufklärung davon entlastet werden. Potentielle sekundäre Krankheitsverstärker wie Angst und damit einhergehendes überbehütendes Verhalten sollten erkannt und mit der Familie erörtert werden (Barth et al. 2000).

Kasuistik

Der Vater eines 11-jährigen Mädchens rief in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz an. Seine Tochter sei schon 5mal stationär in der Kinderklinik untersucht worden wegen häufigen Erbrechens. Somatisch war keine Ursache gefunden worden und der Vater äußerte die Befürchtung, dass das Erbrechen bei seiner Tochter erneut auftritt.

Im Krisengespräch, an dem Stella, Vater und Großvater teilnahmen, wurde berichtet, dass Stella sich im letzten $\frac{3}{4}$ Jahr bis zu 30mal am Tag übergeben habe. Dies komme jedoch nur im familiären Rahmen vor. Stella äußerte, dass sie nicht mehr nach Hause wolle, da ihre Eltern sich ständig streiten würden, dies mache ihr Angst. Der Vater berichtete, dass Stella kein ‚Nein‘ akzeptiere, sich an keine Regeln halte. Sobald sie sich ungerecht behandelt fühle, erbreche sie. Dies sei ein regelrechter Machtkampf.

Während eines weiteren ambulanten Gesprächs kurze Zeit später, an dem auch die Mutter teilnahm, befand sich Stella bereits wieder in stationärer pädiatrischer Behandlung. Die Eltern berichteten, dass sich die Situation in den letzten 3 Monaten nochmals massiv verschlimmert habe und Stella immer wieder in der Kinderklinik stationär aufgenommen worden sei. Stella sei allen erdenklichen Untersuchungen unterzogen worden. Somatische Ursachen für das Erbrechen seien nicht gefunden worden. Während des Klinikaufenthalts

habe sich der Zustand Stellas immer wieder nach ein paar Tagen stabilisiert und sie habe von jetzt auf gleich aufgehört zu erbrechen. Insbesondere nach oder in stressigen Situationen reagiere Stella mit Episoden von Erbrechen. Stella habe nach Aussage der Eltern im Laufe der Zeit einen Ekel vor bestimmten Produkten entwickelt und habe große Angst vor Produkten mit abgelaufenem Haltbarkeitsdatum und davor, dass sie davon krank werden könnte.

Wenn Stella einmal anfangen zu erbrechen, dann könne sie nicht mehr aufhören, sie stecke sich aber nicht den Finger in den Hals. Wenn sie langsam etwas trinke, schaffe sie es, das Getrunkene bei sich zu behalten. Es komme aber auch vor, dass sie einen Liter Eistee trinke und danach alles wieder erbreche. Der Vater äußerte, dass er das alles für eine Kopfsache halte und dass sie das Erbrechen herbeiführe, um ihren Willen durchzusetzen und um Aufmerksamkeit zu bekommen. Stella selbst gebe vor den Eltern an, dass sie nicht mehr erbrechen wolle.

Wenn Stella krank sei, dann kämen die Eltern nicht an sie heran. Sie rede dann nicht mit ihnen und nehme keine Hilfe an. Im Krankenhaus habe sie dagegen die Hilfe der Schwestern immer gut annehmen können.

Begonnen hätten die Schwierigkeiten mit Stella mit einer Rotaviren-Erkrankung vor 7 Jahren. Stella sei damals aufgrund von Exsikkose in der Kinderklinik aufgenommen worden. Vor 4 Jahren habe sie erneut einen schweren Magen-Darm-Infekt gehabt und habe währenddessen wieder sehr stark und häufig erbrochen. Im Oktober vor 1 Jahr habe sie wieder einen Magen-Darm-Infekt gehabt und habe nicht aufhören können zu erbrechen. Sie sei damals wieder in der Kinderklinik aufgenommen worden. Vor 4 Monaten habe sie wieder eine Phase starken Erbrechens gehabt und habe Infusionen bekommen. Als vor 3 Monaten ein Mädchen aus ihrer Klasse einen Magen-Darm-Infekt hatte, habe Stella wieder mit dem Erbrechen begonnen und habe sich seit dem nur in der Kinderklinik stabilisieren können. Im elterlichen Haushalt zurück, habe sie erneut begonnen zu erbrechen. Zu einem späteren Zeitpunkt berichtete die Familie, dass die Symptomatik von immer wiederkehrendem Erbrechen im Jahr vor der stationären Aufnahme nach einem schweren Fahrradunfall des Vaters begonnen habe.

Familienanamnese:

Stella ist Einzelkind. Der 39jährige Vater sei arbeitssuchend, die 39jährige Mutter sei Hausfrau. Die Eltern berichten, dass sie zuhause kaum bis keine Regeln haben, an die man sich halten müsse. Ebenfalls erwähnen die Eltern, dass sie sich nicht immer einig seien bzgl der Erziehung ihrer Tochter.

Weitere Vorgeschichte:

Stella habe sich im Säuglings- und Kleinkindalter gut entwickelt. Hinweise auf eine Fütterstörung gab es nicht. Stella habe früher logopädische Behandlung bekommen. Vor 7 Jahren sei Asthma bronchiale diagnostiziert worden. Sie habe zudem Allergien gegen Tierhaare, Blüten und Pollen. 2mal täglich müsse sie deswegen Beclometason-Spray nehmen (1-0-1) und derzeit bekomme sie 2mal täglich eine Kapsel Omeprazol 10 mg (1-0-1).

Stella besuche die 5. Klasse einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt ‚Lernen‘. Dort komme sie gut mit, habe dort auch einige Freunde. Hin und wieder gebe es aber auch Schwierigkeiten mit anderen Kindern, die von Stella im Verlauf der Behandlung auch immer mal wieder als Mobbing geschildert wurden. Sie verabrede sich nicht mit Gleichaltrigen, habe dies auch noch nie getan.

Stella fahre gern Fahrrad und Inliner. Sie bastele gern und höre sehr gern Musik, tanze und singe. Auch spiele sie gern mit dem Vater. Manchmal helfe sie im Haushalt mit.

Stationäre Aufnahme

Als Ziele für die stationäre Behandlung wurden seitens der Familie ‚umfangreiche Diagnostik‘, ‚adäquater Umgang mit Gefühlen‘, ‚sich ausdrücken und vermitteln lernen‘, ‚lernen, Hilfe anderer anzunehmen‘ und ‚Umgang mit Ängsten‘ benannt. Die Indikation für eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung wurde gestellt. Es erfolgte die Verlegung von der Kinderklinik in unsere Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Psychischer Befund bei Aufnahme

Stella war wach, reagierte auf Ansprache. Stella zeigte sich während des Aufnahmegesprächs scheu und zurückhaltend und hielt wenig Blickkontakt. Sie zeigte nur wenig verbale und nonverbale Kommunikation. Ihr Kopfschütteln als Antwort war kaum erkennbar. Sprechen und Sprache waren nicht zu beurteilen, da keine verbale Kommunikation stattfand. Sie zeigte

sich sehr antriebsarm, schien das Gespräch aber aufmerksam zu verfolgen. In ihrer Stimmung war Stella bedrückt, affektarm, zurückhaltend und ihr schien alles gleichgültig zu sein. Während des Gesprächs erbrach Stella einmal.

Körperliche Befunde bei Aufnahme:

Körpergewicht 25,5 kg, Körpergröße 135 cm, BMI 13,9 kg/m² (3. Altersperzentile). Analog zur Kasuistik von Barth et al. (2000) waren körperlicher und neurologischer Befund außer dem reduzierten BMI ohne pathologischen Befund. Die Untersuchung des Rachens konnte wegen Verweigerung nicht erfolgen. Ebenfalls wollte Stella sich nicht zur Untersuchung des Bauches hinlegen, so dass die Untersuchung des Abdomens nicht erfolgen konnte. Die Voruntersuchungen der Kinderklinik lagen bei Aufnahme jedoch vor.

Testpsychologische Befunde:

Bei Stella wurde aufgrund von im therapeutischen Verlauf zu beobachtender Unsicherheit und Ängstlichkeit der *Angstfragebogen für Schüler (AFS)* eingesetzt. Auf der Skala *Prüfungsangst* äußerte Stella keine erhöhten Gefühle von Unzulänglichkeit und Hilflosigkeit. Prüfungsangst und Ängste vor Leistungsversagen waren durchschnittlich ausgeprägt. Die Antworten auf der Skala *Manifeste Angst* lagen mit einem T-Wert von 34 im unterdurchschnittlichen Bereich. Allgemeine, nicht speziell auf schulische Situationen bezogene Angstsymptome sowie Anzeichen eines reduzierten Selbstvertrauens waren in Stellas Antwortverhalten nicht erkennbar. Stella zeigte auch auf der Skala *Schulunlust* durchschnittliche Anzeichen einer inneren Abwehr gegen die Schule bzw. einer Einbuße an Leistungsmotivation. Auf der Kontrollskala *Soziale Erwünschtheit* lagen die Antworten oberhalb des Durchschnittsbereichs (T-Wert = 63). Stella zeigte offenbar erhöhte Ängstlichkeit, von der sozialen Norm abzuweichen bzw. eine erhöhte Tendenz, sich im Sinne der sozialen Erwünschtheit darzustellen.

Zur Selbsteinschätzung der Ausprägung depressiver Symptome wurden das *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ)* und der *Depressionstest für Kinder (DTK)* durchgeführt. Stella verhielt sich in der Befragungssituation motiviert, aufmerksam und beantwortete alle Fragen ruhig und spontan, aber dennoch überlegt. Im DIKJ lag das Ergebnis im T-Werteband 33-41 und damit im nicht klinisch auffälligen Bereich. Im DTK erreichte Stella auf der Skala *Dysphorie / Selbstwertprobleme* einen Prozentrang von 18, auf der Skala *Agitiertes Verhalten* einen Prozentrang von 37 und auf der Skala *Mü-*

digkeit / autonome Reaktionen einen Prozentrang von 46, somit durchgehend klinisch unauffällig.

Eine Veränderung des Antwortverhaltens während einer der Brechepisoden war bei diesen drei Verfahren nicht zu erkennen, sodass eine subjektiv veränderte Selbstwahrnehmung während dieser Perioden nicht zu erkennen war.

Analog zur Kasuistik von Barth et al. (2000) fanden sich im *EKG* und in den *Blutuntersuchungen* keine sicher pathologischen Befunde, lediglich eine Pulsfrequenz von 110/min. (alters- und geschlechtsbezogen an der Grenze zwischen oberem Normbereich und leichter Tachykardie).

Bzgl. Differentialdiagnose Panayiotopoulos Syndrom (Spitzcok von Brisinski 2013) wurde ein *EEG nach Schlafentzug mit Einschlafen* durchgeführt, da in der Kinderklinik nur ein Standard-EEG durchgeführt worden war. Zu Beginn der Ableitung zeigte sich ein mittelgradig bis gut ausgeprägter, regelmäßig verlaufender, topografisch gut differenzierter Alpha-Grundrhythmus um 10/s. Seitengleiches Auftreten der Schlafelemente bis NREM-Stadium 2. Vereinzelt sharp wave-artige Abläufe über T4 bzw. C4-P4, insgesamt jedoch kein sicherer Herdbefund und keine sicher erhöhte zerebrale Erregbarkeit. In der Kasuistik von Barth et al. (2000) hatte sich in einem EEG 24 Stunden nach Beginn einer Brechattacke eine leichte diffuse generalisierte Verlangsamung mit biokzipital langsamer Aktivität gezeigt, während ein EEG im symptomfreien Intervall normal ausfiel.

Stationärer Behandlungsverlauf

Stella erbrach am Tag der Aufnahme 9mal, am Folgetag 16mal, die Brechepisode hielt insgesamt 5 Tage an. Im Laufe der Behandlung wechselten sich die Zyklen des Erbrechens und der brechfreien Zeiten regelmäßig ab. Die Brechepisoden traten alle 4 Wochen auf mit einer Dauer von meist 5 Tagen. Während der Brechepisode erhielt sie Promethazin und isotonische Kochsalzlösung als Infusion.

Während der Brechepisoden wirkte Stella sehr apathisch, war sehr träge, schlapp und müde. Verbal kommunizierte sie in dieser Zeit gar nicht. Darüber hinaus hatte sie kaum Interesse in irgendeiner Art mit jemandem zu kommunizieren. Sie war sehr zurückgezogen, trank und aß fast gar nicht. Selbst kleine Mengen aufgenommener Flüssigkeit erbrach sie sofort wieder. Sie schaffte es in diesen Phasen so gut wie gar nicht aus dem Bett aufzustehen, brauchte sehr viel Ruhe und schlief übermäßig viel. Ihre Körperhygiene

vernachlässigte sie in diesen Phasen komplett. Sie suchte dennoch Zuwendung von den Erwachsenen. Man konnte ihr eine Freude bereiten, wenn man ihr etwas vorlas. Sie zeigte sich aber auch dabei mimisch sehr arm, lächelte nicht und wirkte sehr traurig. Es war nicht möglich sie davon abzulenken.

In der Kasuistik von Barth et al. (2000) lag die Dauer der Brechattacken zwischen drei und fünf Tagen. Während der Brechattacken wirkte das Kind ebenfalls schwer krank und kaum zur Kontaktaufnahme mit der Umgebung fähig.

Ein Sammeln großer Mengen Speichel im Mund während der Phasen des Erbrechens, wie es in der Kasuistik von Barth et al. (2000) und weiteren Publikationen beschrieben wird, war bei Stella nicht zu beobachten. Bzgl. der von Barth et al. (2000) beschriebenen Tachykardien lag bei Stella während der Brechepisoden die Pulsfrequenz um 110-112/min (alters- und geschlechtsbezogen an der Grenze zwischen oberem Normbereich und leichter Tachykardie), in den beschwerdefreien Intervallen um 104/min (Normbereich). Blutdruck und Körpertemperatur blieben über die gesamte Zeit im unauffälligen Bereich.

Äußere Faktoren, die den Brechzyklus begünstigten, waren bei Stella nicht zu erkennen. Sie kam auch erbrechend aus den Belastungserprobungen bei den Eltern zurück auf die Station. Anfänglich machte es den Eindruck, als würde Stella das Erbrechen bewusst einsetzen, um ihren Willen den Eltern gegenüber durchzusetzen. Es wurde jedoch deutlich, dass diese Perioden nicht bewusst gesteuert waren. Einmal gab Stella gegenüber der Nachtwache an, dass sie eine Stimme höre, die ihr sage, dass sie sich übergeben soll. Die Stimme mache ihr Angst, sie kenne diese aber nicht. Stella ließ sich gut von der Nachtwache beruhigen und ging wieder ins Bett.

Stella half zur Überwindung einer Brechepisode viel Ruhe, ein abgedunkelter Raum und meist konnte eine Infusion dazu beitragen, dass die Periode nicht so lang anhielt.

So plötzlich wie das Erbrechen begann, so plötzlich endete es auch wieder und Stella wirkte dann wie ein gesundes 11jähriges Mädchen. Sie war dann redselig, offen, fröhlich und wirkte sehr glücklich. Sie lachte viel und zeigte sich sehr zufrieden. In der Kindergruppe war sie gut integriert. Sie aß normale und ausreichende Mengen und trank normal. Hin und wieder zeigte sie sich etwas quengelig, bockig und zickig, reagierte aber auf Ansprache sehr gut. Sie forderte viel und unangemessen Kontakt und Aufmerksamkeit von

Erwachsenen ein und konnte es nur schwer ertragen, wenn andere Kinder ihrer Meinung nach mehr Aufmerksamkeit bekamen.

Auch Barth et al. (2000) berichten, dass das Kind in den Intervallen zwischen den Brechattacken unauffällig, fröhlich und teilweise regelrecht ausgelassen wirkte.

In den Phasen, in denen es ihr gut ging, zeigte sie sich aufgeschlossen und im Einzelkontakt zugänglich. Sie berichtete darüber, in der Schule immer mal wieder mit anderen Kindern anzuecken. Richtigen Anschluss finde sie dort nicht.

Während der Familiengespräche wurde deutlich, dass die Familie durch eine massive Familienproblematik sehr belastet war und ein soziales Netz zur Unterstützung allenfalls rudimentär vorhanden war. Auf somatische ‚Wehwehchen‘ ihrer Tochter reagierten die Eltern sofort und Stella schaffte es so, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Gemeinsam mit den Eltern wurde versucht, einen anderen Umgang mit somatischen Beschwerden zu erarbeiten, ebenso wurde versucht, mehr Selbständigkeit für Stella zu erarbeiten, und mit den Eltern einen Weg zu beschreiten, Stellas Eigenständigkeit zu fördern.

Da Stella immer wieder von Ängsten, zuhause allein ins Bett zu gehen, berichtete, wurde mit der Familie ein Abendritual für Zuhause erarbeitet.

Stella wurde durch ihre Eltern sehr verwöhnt und überhäuft mit Geschenken. Des Weiteren gab es immer wieder Streit zwischen den Eltern, da sowohl Mutter als auch Tochter neidisch waren, wenn die eine mehr Zeit mit dem Vater verbrachte als die andere. Ebenfalls war die Mutter enttäuscht, wenn Stella mehr Zeit mit dem Vater verbrachte als mit ihr. Ein tieferer Zugang zu diesen Problematiken konnte während der stationären Behandlung leider nicht erreicht werden.

Gemeinsam mit den Eltern wurde eine gesunde Ernährung thematisiert. Der Verzicht auf gesüßte und säurehaltige Getränke konnte von der Familie angenommen werden. In Verlauf der stationären Behandlung gelang es Stella, für ihr Essverhalten Verantwortung zu übernehmen.

Nach Aufdosierung von Amitriptylin auf 20 mg/d verkürzten sich die Brechepisoden deutlich und nahmen deutlich an Intensität ab. Während der Phasen des Erbrechens konnte Stella mittlerweile über kleine Antwortkärtchen kommunizieren und so gestellte Fragen mit „Ja“ und „Nein“ beantworten. Mit der Familie wurde darüber hinaus ein kleiner „Notfallplan“ in Form von

kleinen Kärtchen erarbeitet. Mit diesen Kärtchen konnte Stella Wünsche an die Eltern verständlich machen und so in den schweren Phasen Unterstützung erbitten. Vor der ersten Gabe von Amitriptylin war Stella 14 Tage ohne Erbrechen. Nach Beginn der Aufdosierung traten während der stationären Behandlung noch 2 Brechepisoden auf. Eine Episode dauerte 3 Tage, die andere 2 Tage. Stella wirkte bei diesen beiden Zyklen deutlich offener im Kontakt und die Intensität der Brechanfälle war deutlich vermindert.

In der Klinikschule war sie von Anfang an gut integriert und sie zeigte sich als ein aufgewecktes, fröhliches Mädchen. Durch die immer wiederkehrenden Brechepisoden verpasste Stella einiges an Unterrichtsstoff. Im Laufe der Behandlung wurde Stellas Anwesenheit und Präsenz in der Schule stabiler. Der Förderschwerpunkt ‚Lernen‘ wurde als passend empfunden.

Stella äußerte in der Einzelpsychotherapie, dass ihre besondere Erkrankung immer dann auftauche, wenn während der Kontakte zur Familie an den Wochenenden in der Familie etwas Besonderes gewesen sei. Sie schilderte Situationen, in welchen ihre Eltern krank waren oder in welchen ihre Eltern Geburtstag feierten. Sie gestand ein, dass sie um die Aufmerksamkeit ihrer Eltern ringt, auch in Konkurrenz zu einem erkrankten Elternteil, auch in Konkurrenz zu einem Geburtstag feiernden Elternteil. Und diese Aufmerksamkeit war ihr gewiss, wenn sie krank wurde. Sie artikuliert in den Einzeltherapieeinheiten deutlich, dass sie das Auftreten ihrer Übelkeit mit den Situationen, mit der Art des Zusammenlebens zu Hause in Verbindung bringt. Anderenorts sehe sie sich nicht gefährdet.

Auch in der Kasuistik von Barth et al. (2000) wurden als Auslöser der Brechattacken Kontakte mit den Eltern bei Besuch, Heimweh oder Ärger mit Mitpatienten beschrieben. Es traten aber ebenso Brechattacken ohne erkennbaren Auslöser auf. Eine vereinbarte Kontaktsperre zu den Eltern erbrachte keine Änderung des 10tägigen Rhythmus‘.

Stella war zum Behandlungsende stolz darauf, an den Wochenenden zu Hause nicht erkrankt zu sein, obwohl ihre Eltern über leichte somatische Beschwerden geklagt hatten. Doch ihr Kribbeln im Bauch blieb vor den Belastungserprobungen, aber ihr Wunsch, wieder zu Hause zu sein, überwog die Verunsicherung.

Bei Entlassung hatte Stella 4,5 kg zugenommen, der BMI lag jetzt bei 16,2 kg/m² (25. Altersperzentile). Medikation bei Entlassung: Beclometason 0,1

mg Dosieraerosol, Dosierung 2-0-2 Hübe pro Tag; Amitriptylin 10 mg Dosierung 0-0-2 Tbl.

Im Anschluss an die insgesamt 4monatige stationäre Behandlung erfolgte eine 8monatige ambulante Weiterbehandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz.

6 Wochen nach Entlassung hatte Stella trotz unveränderter Prophylaxe mit 20 mg/d Amitriptylin (= 0,7 mg/kgKG pro Tag) eine weitere Brechepisode, die aber nur 2 Tage dauerte. Sie selbst wollte nicht ins Krankenhaus und schaffte es ohne Infusion. Mittlerweile besuchte sie die 6. Klasse und kam dort gut zu recht. Altersangemessene Freizeitkontakte waren ein weiteres Therapieziel. 7 Monate nach Entlassung kam es einige Male zu Erbrechen, jedoch nicht mehr wie zuvor zu tagelangen Brechepisoden. Die Eltern sahen einen zeitlichen Zusammenhang mit der geplanten, mehrere Tage dauernden Klassenfahrt. Auch habe sie einmal eine Brechattacke vor dem geplanten Beginn einer ambulanten Musiktherapie gehabt. Der Vater berichtete, dass Stella vor stressigen Situationen regelhaft über Bauchkribbeln klage, das in das Gefühl übergehe, sich übergeben zu müssen. Ab und zu münde es auch in Erbrechen.

Nach der Entlassung gelangten mit Rückbildung des Erbrechens andere Probleme in den Vordergrund: Stella verhielt sich zunehmend oppositionell zu Hause, zeigte zunehmend Wutanfälle, auch körperlich aggressives Verhalten. Die Eltern wirkten hilflos in ihrem Erziehungsverhalten gegenüber Stella. In der ambulanten Familientherapie wurden die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse und Erwartungen von Mutter, Vater und Kind deutlich und es gab kaum Bereitschaft, auf die unterschiedlichen Wünsche des jeweils anderen einzugehen.

In der Kasuistik von Barth et al. (2000) musste Amitriptylin im Verlauf auf 75 mg/d erhöht werden, bevor über mindestens 6 Monate kein Erbrechen mehr auftrat. Nachdem es bei Stella nach der Entlassung zunächst zu einem 5 Monate dauernden freien Intervall gekommen war und der Eindruck bestand, dass 20 mg/d Amitriptylin ausreichend sind, war nun bei Stella aufgrund des erneuten Auftretens von Erbrechen, wenn auch in deutlich abgemilderter Form, eine Dosiserhöhung in Betracht zu ziehen. Wesentlich wichtiger erscheint jedoch zurzeit intensive Arbeit an der familiären Interaktion.

Literatur

- Abu-Arafeh I, Russell G* (1995) Cyclical vomiting syndrome in children: a population-based study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 21(4), 454-458
- Andersen JM, Sugerman KS, Lockhart JR, Weinberg WA* (1997) Effective prophylactic therapy for cyclic vomiting syndrome in children using Amitriptyline or Cyproheptadine. *Pediatrics* 100, 977-981
- Barth N, Riegels M, Hebebrand J, Remschmidt H* (2000) Das „zyklische Erbrechen“ im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 28 (2), 109-117
- Boles RG, Zaki EA, Lavenbarg T, Hejazi R, Foran P, Freeborn J, Trilokekar S McCallum R* (2009) Are pediatric and adult-onset cyclic vomiting syndrome (CVS) biologically different conditions? Relationship of adult-onset CVS with the migraine and pediatric CVS-associated common mtDNA polymorphisms 16519T and 3010A. *Neurogastroenterol Motil* 21(9), 936-e72
- Cullen K, Macdonald WB* (1963) The periodic syndrome. Its nature and prevalence. *Med J Australia* 50(2), 167-172
- Devanarayana NM, Adhikari C, Pannala W, Rajindrajith S* (2011) Prevalence of functional gastrointestinal diseases in a cohort of Sri Lankan adolescents: comparison between Rome II and Rome III criteria. *J Trop Pediatr* 57(1):34-39
- Dignan F, Symon DN, AbuArafeh I, Russell G* (2001) The prognosis of cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child* 84(1), 55-57
- Drumm BR, Bourke B, Drummond J, McNicholas F, Quinn S, Broderick A, Taaffe S, Twomey J, Rowland M* (2012) Cyclical vomiting syndrome in children: a prospective study. *Neurogastroenterol Motil* 24(10), 922-927
- Fleisher DR* (1995) The cyclic vomiting syndrome described. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 21 (Suppl 1), S1-S5
- Fleisher DR* (1997) Cyclic vomiting syndrome: A paroxysmal disorder of brain-gut interaction. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 25, S13-S15
- Fleisher D, Matar M* (1993) The cyclic vomiting syndrome: A report of 71 cases and literature review. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 17, 361-369
- Gee S* (1882) On fitful or recurrent vomiting. *St Bartholomews Hospital Replies* 18, 1-6
- Hejazi RA, McCallum RW* (2014) Cyclic vomiting syndrome: treatment options. *Exp Brain Res*. 2014 May 28
- Kumar N, Bashar Q, Reddy N, Sengupta J, Ananthkrishnan A, Schroeder A, Hogan WJ, Venkatesan T* (2012) Cyclic Vomiting Syndrome (CVS): is there a difference based on onset of symptoms--pediatric versus adult? *BMC Gastroenterol*. 2012 May 28;12:52
- Lee LY, Abbott L, Mahlangu B, Moodie SJ, Anderson S* (2012a) The management of cyclic vomiting syndrome: a systematic review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 24(9), 1001-1006

- Lee LY, Abbott L, Moodie S, Anderson S (2012b) Cyclic vomiting syndrome in 28 patients: demographics, features and outcomes. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 24(8), 939-943
- Li BU, Balint JP (2000) Cyclic vomiting syndrome: evolution in our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr* 47, 117-160
- Li BU, Fleisher DR (1999) Cyclic vomiting syndrome: features to be explained by a pathophysiological model. *Dig Dis Sci* 44 (8 Suppl), 13S-18S
- Li BU, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, Linder SL, Issenman RM, Rudolph CD (2008) North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 47(3), 379-393
www.cvsaaonline.org/pdfs/adams1-1.pdf
- Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR (1998) Heterogeneity of diagnosis presenting as cyclic vomiting. *Pediatrics* 102, 583-57
- Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR (1999) Is cyclic vomiting syndrome related to migraines? *J Pediatr* 134(5), 567-572
- Lucarelli S, Corrado G, Pelliccia A, D'Ambrini G, Cavaliere M, Barbato M, Lendvai D, Frediani T (2000) Cyclic vomiting syndrome and food allergy/intolerance in seven children: a possible association. *Eur J Pediatr* 159(5), 360-363
- Monroe SM, Simons AD (1991) Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychol Bull* 110(3), 406-425
- Moses J, Keilman A, Worley S, Radhakrishnan K, Rothner AD, Parikh S (2014) Approach to the diagnosis and treatment of cyclic vomiting syndrome: a large single-center experience with 106 patients. *Pediatric Neurology* 50(6), 569-573
- Olson AD, Li BU (2002) The diagnostic evaluation of children with cyclic vomiting: a cost-effectiveness assessment. *J Pediatr* 141(5), 724-728
- Pfau BT, Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, McClung HJ, Hayes JR (1996) Differentiating cyclic from chronic vomiting patterns in children: quantitative criteria and diagnostic implications. *Pediatrics* 97, 364-368
- Spitzok von Brisinski I (2013) Das Panayiotopoulos Syndrom. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 23(2), 48-77
- Tarbell S, Li BU (2008) Psychiatric symptoms in children and adolescents with cyclic vomiting syndrome and their parents. *Headache* 48(2), 259-266
- Venkatasubramani N, Venkatesan T, Li BUK (2007) Extreme emesis: cyclic vomiting syndrome. *Pract Gastroenterol* 31(9), 21-34
- Withers GD, Silburn SR, Forbes DA (1998) Precipitants and aetiology of cyclic vomiting syndrome. *Acta Paediatrica* 87, 272-272

Zaki EA, Freilinger T, Klopstock T, Baldwin EE, Heisner KR, Adams K, Dichgans M, Wagler S, Boles RG (2009) Two common mitochondrial DNA polymorphisms are highly associated with migraine headache and cyclic vomiting syndrome. *Cephalalgia* 29(7), 719-728

Erklärung zu Interessenkonflikten

Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Erstautor:

Dr. med. Ingo Spitzok von Brisinski
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters, LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14, D-41749 Viersen
Ingo.SpitzokvonBrisinski@lvr.de
www.klinik-viersen.lvr.de/kinderjugendliche

Systemische Auftragsklärung und Anliegenhebung

Rainer Hirschberg

1. Einleitung

Über systemische Auftragsklärung scheint schon alles gesagt worden zu sein. Viele Supervisions- bzw. Intervisionsanliegen würden obsolet, so meine Annahme, wenn die Anliegen bzw. die Aufträge geklärt wären. Aus einer terminologischen Perspektive lässt sich beobachten, dass der Begriff ‚Auftrag‘ im systemischen Diskurs unterschiedlich verwendet wird. Auf der einen Seite wird der Begriff ‚Auftrag‘ im Sinne von ‚der Auftrag des Klienten/Patienten‘ verstanden (u. a. Molter & Schlippe 2012). Diese Lesart des Begriffs Auftrag wird überwiegend verwendet.

Eine andere Verwendung der Begriffe differenziert klar zwischen Anliegen (der Patienten) und (gemeinsamem Therapie-)Auftrag. Diese Differenz zwischen Anliegen und Auftrag wird auch im Folgenden beibehalten, da diese einen Erkenntnisgewinn generiert. So äußert Loth: „[...] ein Auftrag ist etwas, das nur gemeinsam geht. Ein Auftrag ist erst dann zustande gekommen, wenn beide Seiten (respektive weitere relevante Personen, R. H.) ihm zugestimmt haben“ (2004, S. 27). So liefen sich viele Therapien fest oder misslingen, so Ludewig, weil kein eindeutiger Auftrag formuliert wurde: „Die Therapeuten müssen also entweder versuchen, dem diffusen Anliegen der Kunden zu folgen, oder ‚im eigenen Auftrag‘ zu arbeiten, also nach eigenen Hypothesen, Diagnosen und Theorien zu handeln. Erst der ausgehandelte und eindeutig formulierte Auftrag definiert das Hilfesystem als Therapie, Beratung, Anleitung oder Begleitung“ (Ludewig 1997, S. 132f).

Im Gegensatz zu der Einzelpsychotherapie mit Erwachsenen ist die Anliegenkonstellation der Eltern bzw. zentralen Bezugspersonen und ihrer Kinder komplexer, da wir es hier schon von vornherein mit einer hierarchischen Beziehung mit unterschiedlichen Anliegen zu tun haben. Unterschiedliche Anlie-

gen in den Familien sind zu erwarten, was de Shazer (1996) veranlasste, von *Multiziel*familien statt von Multiproblemfamilien zu sprechen. Aufgrund der Hierarchisierung der Familiensysteme innerhalb der Auftragskonstellation ließe sich die Ausgangslage mit der von Coaching- oder Supervisionsprozessen in Organisationen vergleichen.

Im Folgenden wird versucht, eine noch sehr unvollständige Skizze einer Rekonstruktion systemischer Auftragsklärung und Anliegenerhebung zu zeichnen, um im Weiteren durch eine Fokussierung auf Anliegentypologien sich diesem komplexen Thema anzunähern.

2. Annäherung an eine geschichtliche Rekonstruktion systemischer Auftragsklärung

Im Rahmen der sozialen Arbeit beschreibt Conen, dass in den 1940er und 1950er Jahren im Rahmen von Veröffentlichungen zur Gruppenarbeit „indirekt“ von Kontrakten gesprochen worden sei, der Begriff „Kontrakt“ sei jedoch erst 1957 von Helen Perlmann eingeführt worden, wobei nach Perlmanns Meinung ein Kontrakt hergestellt würde, wenn eine Person sich entscheidet, eine Institution und deren Mitarbeiter um Hilfe zu bitten (Conen & Cecchin 2007, S. 130).

Eric Berne beschreibt fast schon zeitlos 1966 sehr genau, wie im Rahmen von Gruppenbehandlungen Verträge konstituiert sein sollten, um therapeutisch zielführend zu sein. Äußerst interessant ist auch seine Unterteilung in den administrativen Aspekt des Vertrages, den TherapeutInnen mit der Institution schließen, in der er oder sie arbeitet, und den Kontrakt mit der PatientIn. Auf das sozialpsychiatrische Arbeitsfeld angewendet bedeutet dies, dass, wenn die TherapeutIn auf eine Familie trifft, zumindest ein Anliegen sich hinzugesellt hat: das der Leitung der Institution („Ich habe ihnen eine Akte ins Fach gelegt und ich könnte mir vorstellen...“). Im ambulanten Setting mögen die institutionellen Anliegen noch überschaubar sein, im stationären Setting vervielfachen sich Anliegen im Rahmen des administrativen Aspektes von Therapieverträgen. Im Idealfall sind die Anliegen der institutionellen Leitung nicht spürbar. Sollten sie spürbar werden, kommt es zu innerinstitutionellen Friktionen, ohne dass die Anliegen der Hilfesuchenden hinzugekommen sind. Persistieren diese Friktionen aufgrund inner institutionell nicht verhandelter oder verhandelbarer Anliegen kommt es in der Folge wahrscheinlich zu Fluk-

tuationen von MitarbeiterInnen oder es erhöht sich der Krankenstand. Ich sehe es als ein Verdienst von Berne an, schon 1966 ein Modell hinsichtlich der Beschreibung innerinstitutionell verschiedener Anliegen anzubieten. Aktualität und Bedeutung von Bernes Studien, die im transaktionsanalytischen Diskurs nach wie vor zentral sind, und auch der Humor, werden an folgender Bemerkung deutlich: „Wenn nicht alle drei Aspekte bei beiden Verträgen (der administrative, der professionelle und der psychologische Aspekt, Anmerkung R. H.) – dem mit der Organisation und dem mit den Patienten – im Vorfeld berücksichtigt werden, kann der Therapeut zu einem späteren Zeitpunkt davon überrascht werden, viel Zeit und Energie umsonst investiert zu haben. Während dieses Anfangsstadiums sind Naivität und kritiklose Akzeptanz väger Absichtserklärungen der Patienten, ihren guten Willen betreffend, fehl am Platz. Der Therapeut sollte so lange skeptisch und sogar zynisch abseits stehen, bis er sein klinisches Wissen benutzt hat, die tatsächlichen Ziele aller beteiligten Parteien, einschließlich seiner eigenen, einzuschätzen. Erst wenn er sich darüber volle Klarheit verschafft hat, kann er sich leisten, ein guter Kamerad zu sein“ (Berne 2005, S. 35). Bislang ist mir keine Quelle innerhalb der systemischen Literatur bekannt, die die Leistungen Bernes hinsichtlich der Entwicklung eines eigenständigen Konzepts systemischer Auftragsklärung würdigt.

In der Frühzeit der Entwicklung systemischer Therapie finden sich keine ausdifferenzierten Gedanken über Auftragsklärung. Beispiele dafür sind Arbeiten aus der Mailänder Schule (Palazzoli et al. 1977, 1992). In diesem Ansatz wurde versucht, „krankhafte“ Muster bzw. Spiele derart zu irritieren, dass sich funktionale Muster neu aufbauen, so zumindest die Hoffnung seitens der TherapeutInnen. Eine weitere Richtung in der Entwicklung systemischer Therapie, der Ansatz der strategischen Therapie, der maßgeblich am Mental Research Institut in Palo Alto entwickelt wurde, lässt in zentralen Werken (Watzlawick et al. 1969, 1974, Watzlawick 1977, 1978) Begriffe wie Anliegen, Auftrag oder Kontrakt vergeblich suchen. In diesem Ansatz wurde versucht, mittels raffinierter Techniken dysfunktionale wechselseitig sich stabilisierende Muster in funktionalere zu überführen. Aber auch hier war es die TherapeutIn, die mittels verschiedenster Interventionen verantwortlich für Veränderung war.

Einen weiteren deutlichen Richtungswechsel nach der Perspektivenverschiebung von der Familientherapie zur systemischen Perspektive (vgl. u. a. Reiter et al. 1988) mache ich durch den Einfluss der lösungsorientierten

Therapie aus, die auf die KlientInnen als ExpertInnen zu fokussieren begann. Der Ansatz verlange „[...] von professionellen HelferInnen ein Umdenken-, Zuhören, Ernstnehmen, Ressourcen wahrnehmen, Stärken erkennen – das ganze Gebäude defizit- und pathologieorientierter Theoriebildung wird nicht nur infragegestellt, sondern mit einer machbaren Alternative konfrontiert, [...] Lösungen zu finden und zwar so, dass sie sich dabei immer im Rahmen der KlientIn bewegen. Expertenwissen – im Sinne von besser wissen – ist nicht mehr gefragt, Gedankenlesen und Interpretieren gehört einem anderen Paradigma an.“ (Hargens 2003, S. 15f). In Bezug auf das sozialpsychiatrische Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen sind die Arbeiten von Therese Steiner zu nennen, die konsequent die lösungsorientierten Grundideen übertragen (Steiner & Berg 2006). In einer neueren Publikation kennzeichnet sie die Anliegenerhebung und die Bündelung der Anliegen zu einem Auftrag als „Mediationsgespräch“ und unterteilt folgende Schritte:

1. Die divergierenden Wünsche und Anliegen explorieren
2. Flexibilität der einzelnen Teilnehmenden eruieren
3. Klärung der interaktionellen Aspekte
4. Veränderung um eine Stufe auf der Skala
5. Erkennen, Benennen und Hervorheben von gemeinsamen Anliegen
6. Rückmeldung (Steiner 2011, S. 59f).

Die Wichtigkeit klarer Zielsetzungen und Verträge wird nochmals in folgender Aussage deutlich: „Unklare Ziele führen unweigerlich zu einer Langzeit-Beziehung. Außerdem tragen sie dazu bei, dass TherapeutIn und KlientIn leicht frustriert werden, sich dafür häufig gegenseitig die Schuld zuschieben“ (Berg 1992, S. 70). Es geht also beispielsweise darum, darüber zu sprechen, was die „Nicht-Depression“ sein könnte und wie sie im Sinne einer ziieldienlichen Kooperation beschrieben werden könnte, als darüber zu sprechen, was „die Depression“ *ist* (de Shazer 1996, S. 74ff). Steve de Shazer gehe von der Weltansicht der Klienten als entscheidender Orientierungsbasis für alle Interventionen und Kommunikation im Ganzen aus (Schmidt 2010, S. 8). Die lösungsorientierte Kurztherapie sei also ein auf die Zukunft gerichtetes und von Zielen geleitetes Herangehen an die Kurztherapie (De Shazer & Dolan 2008 S.22).

Wolfgang Loth entwickelte aus einer konsequent auftragsorientierten Haltung 1998 die KOLB (Kontraktororientierte Leistungsbeschreibung). Dieser aus meiner Sicht wegweisende Ansatz impliziert jedoch ein Umdenken: „Zu-

nächst einmal würden Therapeuten und Berater sich wahrscheinlich seltener über ihre Klienten ärgern können. [...] Ferner würden die diagnostischen Konzepte in Medizin, Psychotherapie und Sozialarbeit vom Kopf auf die Füße gestellt. Die Achsen von ICD und DSM inklusive ihrer geschichtlich verdienstvollen Vorläufer würden dramatisch an Bedeutung verlieren, würden sie abgelöst durch ‚Anliegentypologien‘. Auch die Evaluation würde weniger mit Problem, Beschwerde und Symptomlisten arbeiten, stattdessen mehr mit ‚Zielerreichungsskalen‘ (Schweitzer 1998, S. 9). Diese Aussage ist ein weiterer Hinweis, dass eine *auftragsorientierte Haltung* Konstruktionen wie diagnostische und therapeutische Manuale oder Leitlinien aus Sicht der Kunden, der vorgestellten PatientInnen und deren Bezugspersonen her gedacht wird, vorsichtig formuliert, ergänzen könnten.

De Shazer führte in *Der Dreh* eine Differenzierung ein, die bei systemisch orientierter Auftragsklärung wie ein Hintergrundscan kontinuierlich mitlaufen kann. Die Unterscheidung der Beziehungsmuster zwischen TherapeutIn und KlientIn erfolgt in:

1. Besucher („Visitors“)
2. Klagende („Complainants“)
3. Kunden („Customers“)

Bei Besucherbeziehungsangeboten scheint jemand keine Beschwerde zu haben und der Grund dafür, dass er oder sie sich im Therapiezimmer befindet, sei, dass er oder sie geschickt oder mitgenommen worden sei (de Shazer 1989, S. 104). Klagende formulieren eine Beschwerde und nach de Shazers Auffassung sind sie dann auch erst Teil der Therapie: „Egal wie verschwommen, vage, global oder spezifisch, jede Beschwerde ist ein Zeichen, dass der Therapeut und die anderen Teilnehmer mit der Therapie beginnen können“ (ebenda, S.195). Im Unterschied dazu bekunden Kunden nicht nur eine Beschwerde, sondern geben klar zu erkennen, dass sie auch tatsächlich über Willensbekundungen hinaus etwas gegen ihr Problem unternehmen wollen. Diese Beschreibungen sind jedoch noch nicht als Etikettierungen zu verstehen, was die Substantivierungen der Beziehungstypen möglicherweise nahelegen: „Natürlich ändern und entwickeln sich diese Beziehungen im Verlauf einer Serie von Gesprächen“ (a. a. O., S. 106). Ziel dieser Typisierung von Beziehung ist ein situations- und patientenangemessenes Passen („fit“) zwischen TherapeutIn und ihrem Gegenüber zu entwickeln. „Passen“ sei ein gegenseitiger Prozess, „[...] an dem sowohl der Therapeut als auch die Men-

schen, mit denen er sich unterhält, beteiligt sind; im Verlauf dieses Prozesses beginnen sie sich zu vertrauen, schenken einander große Beachtung und akzeptieren die jeweiligen Weltbilder als einleuchtend, wertvoll und bedeutend“ (a. a. O., S. 107). Das „Passen“ werde gefördert, wenn Ziele gesetzt würden (a. a. O., S. 109). Abschließend sei noch angemerkt, dass eine strikte Zielorientierung der lösungsorientierten Therapie, wie sie (miss-)verstanden werden könnte, auch der Kritik unterliegt, so äußert etwa von Foerster: „Eine zielorientierte Therapie würde rechts und links die Entwicklungsmöglichkeiten der Familie kastrieren“ (1997, S. 168). Dieser Kritik liegt die Vorstellung seines ethischen Imperativs zugrunde: „Handle stets so, dass weitere Möglichkeiten entstehen“ (Foerster 1985, S. 60). Das Postulat der Entwicklung von Wahlfreiheit wurde für eine systemische Haltung zentral: „Es ist sehr wichtig, innerhalb des therapeutischen Gesprächs immer wieder darauf zu achten, dass ein Kontext der Wahlfreiheit geschaffen wird, indem man, wann immer möglich, den Patienten selbst bestimmen lässt“ (Isebart 2005, S. 26). Der vermeintliche Widerspruch zwischen Zielorientierung und Wahlfreiheit lässt sich auflösen, wenn Zielformulierung und Zielabstimmung als fortlaufende, sich mit dem Fortschreiten der Therapie wandelnde Prozesse (Schlippe & Schweitzer 2007, S. 211) verstanden werden. Wenn die Ziele „[...] etwas Festes sind, an dem der therapeutische Prozess Halt findet, dann nur etwas relativ Festes“ (Kottje-Birnbacher & Birnbacher 1999, S. 29). Die Autoren differenzieren hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzungen zwischen einem *Dienstleistungsmodell*, das der Wahrung der Patientenautonomie am weitesten entgegen kommt und gerade durch die lösungsorientierte Therapie vertreten wird, und einem *paternalistischen Modell*, bei dem primär der Therapeut die Ziele bestimmt. Das letztere Modell, so die Autoren, entspreche wohl nicht mehr dem vorherrschenden Selbstverständnis, dürfte in der Praxis aber noch weit verbreitet sein (a. a. O., S. 25).

Der systemische Diskurs findet nicht im luftleeren Raum statt, sondern entwickelt sich an den Grenzen zu anderen Diskursumwelten. So überrascht es nicht, dass 1999 ein Sammelband mit dem Titel *Therapieziele* (Ambühl & Strauß 1999a) erschien, der Überlegungen von VertreterInnen verschiedener Therapieschulen zu diesem Thema zu versammeln versuchte. Die Autoren konstatieren, dass die Thematik Therapieziele „[...] kontrovers, theoretisch und berufspolitisch brisant, nach wie vor aber empirisch unzureichend erforscht [...]“ scheint (Ambühl & Strauß 1999b, S. 7). Die Autoren rekurrieren auf Minsel (1977, S.238), der in seiner Bewertung der Gegenstände der Psychotherapieforschung zu dem Urteil kam, dass das „Kapitel um die Zielsetzu-

ngen eines der dunkelsten in der Therapieforschung“ überhaupt sei. Strauß und Ambühl sehen das Kapitel 20 Jahre später als „[...] sicher nicht mehr ganz so dunkel [...]“ an (Ambühl & Strauß 1999b, S. 7). Dies mag vielleicht für den Bereich von Einzelpsychotherapien bei Erwachsenen zutreffen, hinsichtlich der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen erscheinen mir wissenschaftliche Befunde kaum bis gar nicht aufzutauchen, behaupte ich zu sagen, hier befindet sich 35 Jahre nach Minsels Kritik nach wie vor ein „dunkles Kapitel“. Wirksamkeitsforschung folgt nach wie vor überwiegend nach dem klassischen RCT-Design dem Charakter einer „Rechtfertigungsforschung“ (Kris 2012, S. 137).

Abschließend soll noch eine Definition vorgestellt werden, die den Begriff ‚Auftrag‘ ausreichend beschreibt ohne die Differenz zwischen Anliegen und Auftrag zu vernachlässigen: „Der Begriff Auftrag ist erst dann sinnvoll, wenn Therapie als soziale Dienstleistung zwischen zwei Vertragspartnern gesehen wird. Der Auftrag gleicht das Anliegen des Klienten mit den Angebotsmöglichkeiten des Therapeuten ab. Die zu Beginn erforderliche Auftragsklärung erfragt Überweisungskontext, operationalisiert die Anliegen der Beteiligten, prüft und koordiniert die unterschiedlichen Anliegen der einzelnen Klienten, prüft und definiert die ‚Passung‘ von Klientenauftrag und Therapeutenangebot, legt Ziel, Maßnahmen und Spielregeln der Therapie fest und formuliert Erfolgskriterien“ (Simon et al. 1999, S.33).

3. Typologien von Anliegen

Die Ausgangssituation zwischen Therapieanbietersystem und Familiensystem lässt sich, wie andere Systembildungen auch, nach Luhmann als doppelte Kontingenz beschreiben. Kontingenz sei etwas, „[...] was weder notwendig ist noch unmöglich ist; was also so, wie es ist (war, sein wird), sein kann, aber auch anders möglich ist.“ (1984, S.152). Die Grundsituation der doppelten Kontingenz sei einfach: „Zwei black boxes bekommen es, auf Grund welcher Zufälle auch immer, miteinander zu tun.“ (a. a. O., S. 156). Das Problem der doppelten Kontingenz sei virtuell immer präsent, sobald ein Sinn erlebendes psychisches System gegeben ist. (a. a. O., S, 151). Genau hier versucht sich eine Anliegenenerhebung und Auftragsklärung als Operation Sinn zu geben. Schwing und Fryszer sehen den Dialog über Anliegen und Aufträge vor jeder Festlegung von Zielen: „Die Kunst eines guten Dialogs über Aufträge und Ziele besteht darin, von allgemeinen und ungenauen zu konkreten Zielen zu

kommen,“ (2007, S. 108). Bei einer genaueren Beschreibung von Anliegen lassen sich folgende Typologien unterscheiden (vgl. Tabelle 1):

Anliegentyp	Mögliche Intervention
Offene Anliegen	Wiederholungen, Konkretisieren, Form klären
Ambivalente Anliegen	Auch der Nichtveränderung Raum geben, entschleunigen, hypothetische Zielszenarien (Angenommen...“)
Verdeckte/ heimliche Anliegen	Eher gefühlt: Verbalisieren, Ambivalenzcoaching der TherapeutIn durch Metakommunikation
Sich widersprechende Anliegen	Klärung ob Klärung des offenen Konflikts das erste Ziel der gemeinsamen Arbeit darstellt.
Unterschiedliche Anliegen	Sammeln und Entscheiden über: wer, was, wann wie in welcher Reihenfolge bearbeitet
Unmögliche Anliegen	Idee der zweitbesten Lösung
Anliegen signifikanter Dritter	Kooperation mittels des Angebots sich überflüssig zu machen

Tab. 1 Anliegentypologien

Offene Anliegen können die Gestalt von ambivalenten, sich widersprechenden, unterschiedlichen und unmöglichen Anliegen annehmen, sowie die Anliegen signifikanter Dritter, z. B. von Schulen, beinhalten. Multizweifamilien (s. o.) bieten naturgemäß sich widersprechende, unterschiedliche oder ambivalente Anliegen an. Die Trennungslinie zwischen offenen und verdeckten Anliegen ist nur sehr schematisch ist und kann nur einer oberflächlichen Orientierung der TherapeutIn dienen, in der Praxis ist von fließenden Übergängen zwischen offenen und verdeckten Anliegen auszugehen.

Es ist nach de Shazer davon auszugehen, dass Missverstehen weitaus wahrscheinlicher ist als Verstehen und TherapeutIn und KlientIn könnten die Missverständnisse, die ihr Gespräch ausmachten, lediglich so kreativ wie möglich nutzen (de Shazer 1996, S. 156f). Daher ist es auch bei offenen Anliegen empfehlenswert, noch einmal im Sinne eines aktiven Zuhörens mit eigenen Worten zu wiederholen, was als Anliegen verstanden wurde, was ganz konkret gemeint sei und in welcher Form die Patienten Hilfe brauchen (vgl.

Schwing und Fryszer 2007, S. 112). So würde das Anliegen ‚Ich möchte, dass mein Kind selbstbewusster wird‘ die Frage nach sich ziehen, wie konkret dies beobachtbar wäre, wer welche Hilfestellung geben könnte und vor allem, was das Kind selber darüber denkt.

Bei *ambivalenten Anliegen*² seien diese offen und klar, die Klienten wollen jedoch bestimmte Schritte nicht gehen. Die Autoren schlagen vor, auch der Nichtveränderung Raum zu geben im Sinne von Selvini Palazzolis paradoxen Interventionen (a. a. O., S. 113). Entschleunigen, Würdigen des Bestehenden, *vor allem* auch der Probleme und des Leids (u. a. Schmidt 1999, S. 87), ist häufig auch erst einmal passend. Ambivalente Anliegen können meines Erachtens nur einzelne Personen haben, die metaphorisch als innere Anteile im Sinne eines ‚Inneren Teams‘ (Schulz von Thun 1998), als ‚innere Familie‘ (Schwartz 2011) oder ‚Egostates‘ (Fritsche & Hartmann 2010) beschrieben wurden. Ambivalente Anliegen finden sich häufig bei Jugendlichen (‚Ich weiß nicht ob...‘), bei jüngeren Kindern findet sich eher eine ‚Entweder-Oder-Haltung‘. Mittels hypothetischer Fragen (‚Angenommen,...‘) lassen sich mögliche Lösungsszenarien in die eine oder die andere Richtung explorieren. Ein konkreter Auftrag verbleibt in der Schwebelage, am ehesten ließe er sich als eine Begleitung beim Coaching innerer Ambivalenzen bezeichnen. Ritualisierte Verschreibungen wie ‚gerade und ungerade Tage‘ (Selvini-Palazzoli et al. 1982) oder ein einfacher Münzwurf, welchem Anliegen der Vorzug gegeben werden sollte, könnten nach Einigung auf einen Auftrag weitere Interventionen als Wahlmöglichkeiten darstellen.

Bei *verdeckten und heimlichen Anliegen* erwarteten Teile des Systems vom Helfer, dass er Dinge abstellen oder verändern solle, die sie selbst als ‚Mangel und Problem‘ gar nicht benennen: ‚Neben dem expliziten, offiziellen Auftrag gibt es implizite, inoffizielle Aufträge, die sich oft erst im Verlauf erschließen und starke Wirkung entfalten‘ (Schwing & Fryser 2007, S. 113). In diesem Zusammenhang ist auch an ältere transgenerationale psychoanalytisch inspirierte Konzepte wie das der Delegation zu denken: ‚Solche Loyalität erstreckt sich dann auch auf Werte, Ziele, Erwartungen und Ideen der Personen, denen man sich verbunden fühlt. Sie werden als Vermächtnisse erlebt und setzen sich in Delegationen um, die stets [...] ein starkes, wenn auch oft

² Schwing und Fryszer sprechen hier von Aufträgen, offenen, ambivalenten usw.. Der Begriff des Auftrags wurde hier durch den Begriff Anliegen ersetzt, denn wenn ein Auftrag erst durch eine einvernehmliche Bündelung von Anliegen zustande kommt, ist es schwer vorstellbar, was ein ‚ambivalenter Auftrag‘ sein soll.

verborgenes Loyalitätsband voraussetzen“ (Stierlin 1994, S. 80). Delegation wird in dieser Konstruktion als „Auftrag“ typischerweise an Jugendliche beschrieben und „[s]omit wird Auftragserfüllung zur Quelle seines Selbstwertes“ (Simon et al. 1999, S. 62). Der Begriff ‚Auftrag‘ in diesem Sinne ist also nicht zu verwechseln mit Auftrag als eine einvernehmliche Bündelung von Anliegen. Nach meinem Verständnis wird der Auftrag für das Kind oder den Jugendlichen zwischen mindestens zwei Personen in einem komplementären Beziehungssystem über die Generationsgrenzen hinweg co-konstruiert. Bei Aufträgen in diesem Sinne darf über den Auftrag nicht kommuniziert werden und der oder die AdressatIn des Auftrags stellt eigene Bedürfnisse und Anliegen hintan, um den übernommenen Auftrag zu erfüllen. Ein Beispiel: Ein 9-jähriger Junge mit einem permanenten Lächeln will während eines Auftragsklärungsgesprächs mit ihm und seinen Eltern nicht von Schoß seines Vaters weichen. Die vom Vater getrennte Mutter äußert, dass der Junge seinen Vater „abgöttisch“ liebe. Der Junge, seine Eltern und der Therapeut einigen sich erst einmal auf den Auftrag (im Sinne einer Anliegenbündelung), dass der Junge in einer Gruppe an dem Ziel ‚Konzentration in der Schule verbessern‘ arbeitet. Da für den Therapeuten der Auftrag nicht als stimmig erlebt wird, wird ein Elternberatungsgespräch vereinbart. Während des Gesprächs äußert der Vater, dass er in letzter Zeit viel „Pech“ gehabt habe und sein Sohn der einzige Grund sei, warum er noch am Leben sei. Der Vater stimmte der Hypothese des Therapeuten zu, dass der Sohn im Zusammensein alles daran setze, ihn am Leben zu erhalten (Auftrag des Jungen), dass seinem Sohn dies jedoch die Chance auf eine eigene Entwicklung nehme. Er konnte motiviert werden, eine Psychotherapie zu beginnen, primär, um seinen Sohn, den er wie er sagte, mehr liebe als zu diesem Zeitpunkt sein Leben, zu entlasten.

Gehen wir von der hier vorgestellten These aus, dass Aufträge im Sinne von Delegationen einen hierarchischen Kontext bedingen, ergibt sich aus einer organisationspsychologischen Perspektive die Frage, wie in sozialpsychiatrisch arbeitenden Praxen die KundInnen zu ihren TherapeutInnen kommen. Handelt es sich um Aufträge an die TherapeutInnen („Ich habe mit den Eltern vereinbart, dass wir...“), die wenig Raum für eigene Anliegen der TherapeutIn oder eine Auftragsklärung mit der Familie lassen, oder handelt es sich eher um Anliegen von ärztlicher Seite, die Freiheitsgrade der TherapeutInnen für die Auftragsklärung ermöglichen im Sinne von ‚Wir tun so als hätten wir auf therapeutischer Ebene eine symmetrische Beziehung‘, wohlweislich, dass es sich eigentlich um eine komplementäre Beziehung mit ärztlicher Letztverantwortung handelt. Je nachdem ob TeilnehmerInnen des Praxisteam die

Übergabe von PatientInnen als Auftrag oder Anliegen seitens der ärztlichen Seite erleben, werden sich völlig unterschiedliche Unternehmenskulturen herausbilden.

Im Rahmen einer auftragsfokussierenden Gruppentherapie (AFoG) mit Kindern und Jugendlichen (Hirschberg 2009, 2012, 2013a, 2013b) stellen wir mitunter fest, dass Kinder Aufträge ihrer Eltern – als ob es eigene Anliegen wären – während des Auftragsklärungsgespräches äußern. Diese werden regelmäßig während der Gruppentherapie vergessen und eine erneute Auftragsklärung ist angezeigt, um die Anliegen der Kinder herauszuarbeiten.

Es ist auch zu beobachten, dass ein Praxiswechsel oder das Aufsuchen einer anderen Hilfeinstitution seitens der PatientInnen wahrscheinlicher wird, wenn eine Veröffentlichung heimlicher oder verdeckter Anliegen droht.

Auf der anderen Seite empfehlen Schwing und Fryzer (2007, S. 115): „Singen wir also das Hohelied der verdeckten Aufträge und gehen ganz systemisch vor: mit Respekt und der Suche nach dem Sinn solch verwerflichen Tuns. Dann könnte sich uns Folgendes erschließen:

- a) ‚Wer immer offen ist, kann nicht ganz dicht sein‘. Im Sinne dieser Redewendung wären Klienten nicht ganz dicht, wenn sie am Anfang völlig offen sagten, worum es ihnen wirklich geht. Sie kennen uns ja noch nicht, wissen nicht, ob sie uns vertrauen und worauf sie sich bei uns verlassen können.
- b) Das gilt umso mehr, wenn die Themen, um die es auch (oder wirklich) geht, heikel, heiß, tabuisiert oder schambesetzt sind.
- c) Manchmal wissen Klienten am Anfang selbst nicht, worum es auch noch (oder wirklich) geht und das schält sich erst im Verlauf der Beratung heraus.

Es bleibt festzuhalten, dass verdeckte oder heimliche Aufträge die Handlungsfähigkeiten des Helfers einschränken und die Gefahr besteht, unreflektiert in Koalitionen mit Teilen des Systems zu geraten (a. a. O., S. 114). Es gilt eine Gelassenheit gegenüber einer „Hast kurz zu sein“ (Lipchik 1994) zu entwickeln und eine respektvolle Respektlosigkeit gegenüber der Thematisierung verdeckter Aufträge zu entwickeln (Cecchin et al. 1993) und dabei das ‚Passen‘ nicht zu verpassen.

Sich widersprechende Anliegen werden meist offen formuliert. Bei der Auftragsklärung bzw. Anliegenenerhebung kann es sofort zu einem offenen Konflikt kommen. Nach Schwing & Fryzer (2007, S. 116) empfiehlt es sich hier, dass die sich widersprechenden Anliegen Raum erhalten und die Lösung dieses Konflikts als ein erstes Ziel innerhalb der gemeinsamen Arbeit vorgeschlagen wird. Sich widersprechende Anliegen sind beispielsweise bei Konflikten um Selbstbestimmung der Kinder und Kontrolle durch ihre Eltern unter der Perspektive von Multizweifamilien zu erwarten.

Bei *mehreren und unterschiedlichen Anliegen* haben verschiedene Mitglieder eines Systems unterschiedliche Anliegen. Sie sind nach Schwing & Fryzer (2007, S. 116) weder verdeckt noch widersprüchlich und es kann sinnvoll sein, Anliegen, Probleme und Ressourcen zu sammeln und dann zu entscheiden:

- Welche Anliegen realistisch veränderbar sind und welche unrealistisch sind
- Welcher Helfer für welche Bereiche etwas anbieten kann
- Wer was übernimmt
- In welcher Reihenfolge die Anliegen bearbeitet werden

Nach der hier verfolgten Differenz zwischen Anliegen und Auftrag wäre dann abschließend zu klären, welche Aufträge sich aus der Bündelung der Anliegen ergeben.

Unter *unmöglichen Anliegen* verstehe ich Anliegen, die nicht erfüllbar sind. Bei Trauerprozessen könnten das z. B. Wünsche sein, dass die verstorbene Person wiederkehrt oder bei traumatischen Prozessen das Anliegen, dass das Ereignis oder die Ereignisse nie geschehen wären. Auch Wünsche wie „mein Kind soll immer glücklich sein“ gehören dazu. Bei unmöglichen Anliegen kann es hilfreich sein, sich Watzlawicks Unterscheidung zwischen Problemen und Schwierigkeiten ins Gedächtnis zu rufen: „Wenn wir im Folgenden von Schwierigkeiten sprechen, sollen damit unerwünschte Sachlagen oder Situationen gemeint sein, die entweder durch vernünftige Maßnahmen [...] und ohne die Notwendigkeit besonderer Fachkenntnisse behoben werden können, oder wir verstehen darunter den häufigeren Fall alltäglicher Lebensschwierigkeiten, für die niemand eine Lösung kennt und mit denen man zu leben lernen muss“ (Watzlawick 1974, S. 58). Daher ist die Klärung, ob es sich um eine

Schwierigkeit oder ein Problem i. S. Watzlawicks handelt, für die praktische Arbeit sehr hilfreich.

Kriterium	Schlüsselwort	Musterfrage
1. Positiv	„Stattdessen“ „wie“ Verbform	„Was werden Sie stattdessen tun?“
2. Prozesshaft	Auf dem Weg sein	„Wie werden Sie das tun?“
3. Hier und Jetzt		„Wenn sie heute aus der Sitzung gehen und auf dem Weg zu ihrem Ziel sind, was werden Sie anders machen oder wie werden sie anders sprechen?“
4. So spezifisch wie möglich	„spezifisch“	
5. Im Kontrollbereich der KlientIn	„Sie“	„Wie werden Sie das im Einzelnen tun?“
6. In der Sprache der KlientIn		Was werden Sie tun, wenn das eintritt

Tabelle 2.: Kriterien für eindeutig definierte Ziele (Walter & Peller 1994, S.82)

Unmögliche Anliegen können mitunter durch eine klare Zielgestaltung geklärt werden, was bedeutet, dass im Gegensatz zur oben vorgestellten Auffassung von Schwing und Fryzer auch eine Zielformulierung vor einer Auftragsklärung liegen kann. Walter und Peller schlagen Kriterien für eindeutig formulierte Ziele vor (Tabelle 2).

Die Kriterien helfen, Anliegen für alle Beteiligten klarer und konkreter werden zu lassen und eventuell unmögliche Anliegen zu offenen Anliegen gemeinsam umzugestalten.

Für Trauerprozesse bei Kindern, Jugendlichen und deren Eltern beschreibt Kachler: „Der Trauerprozess wird dabei als komplexer und dynamischer, aber auch prekärer Selbstorganisationsprozess angesehen, der angesichts ein-

er unlösbaren Situation nach einer Lösung sucht“ (2010, S. 15). Während des Auftragsklärungsgespräches erscheint mir eine Zielklärung kontraindiziert, jedoch ist es möglich, die Anliegen der Kinder und ihrer Eltern zu explorieren, um der Begleitung einen haltgebenden Rahmen zu geben. Gleichwohl ist es wichtig zu explorieren, ob der Verlust mit einem traumatischen Erleben verbunden ist, um die Therapie und Begleitung darauf abzustimmen. Um dem Kind und den Eltern angesichts ihrer schwierigen Situation einen ausreichenden Rahmen von Sicherheit anbieten zu können, ist es bei Trauerprozessen besonders wichtig, auf die informierte Zustimmung (Derichs & Höger 2001) Wert zu legen. So kann ein aus den Anliegen aller entwickelter Auftrag sein, eine Begleitung für das Kind (und eventuell für die Familie) anzubieten. Es könnte auch passieren, dass die TherapeutIn aufgrund der eigenen Überforderung eines oder beider Elternteile den ‚Auftrag‘ bekommt, das Kind im Trauerprozess zu begleiten. Ein derartiges Anliegen anzunehmen kann auch bedeuten, das Kind in einer doppelten Überforderung zu begleiten, einerseits mit dem eigenen Verlust umzugehen und an der „Reetablierung einer eigenen sicheren Beziehung“ (Kachler 2010) zu arbeiten und gleichzeitig die Eltern einerseits vordergründig ‚funktionierend‘ zu erleben andererseits hilflos angesichts der Hilflosigkeit der Eltern zu werden. Hier bieten sich parallele Elterngespräche an, um eventuell zu besprechen, wie Trauer rituell in der Familie gestaltet werden kann.

Aus Perspektive einer systemischen Traumatherapie geben Auftrag und Ziel „[...] den Klienten das Gefühl von Sicherheit im und Kontrolle über den Therapieprozess“ (Hanswille & Kissenbeck 2008). Ziele seien kein „Wunschkonzert“, es könne nicht darum gehen, Geschehenes ungeschehen zu machen oder so zu tun, als könnten die Klienten nach dem Trauma so weiterleben, als sei nichts geschehen (ebenda). Unter Bezug auf Reddemann betonen die Autoren, dass komplex traumatisierte Klienten bei Zielarbeit stark unter Druck geraten könnten und daher eher von einer Metapher des Weges gesprochen werden sollte. Als zentral für die Diskussion wird folgende Aussage angesehen: „Die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ist kein Therapieziel! Vielmehr dient die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen bestimmten Therapiezielen“ (Reddemann 2004, S. 20). Bezüglich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen stellt Signer-Fischer fest: „Erinnerungen, die auf adäquate Art bearbeitet wurden, können Menschen so im Gedächtnis ablegen, dass sie darüber hinwegkommen, und können für das jetzige und zukünftige Leben sogar nützlich sein“ (Signer-Fischer 2001, S. 444).

Die Unterscheidung zwischen Auftrag und Anliegen helfe dem Therapeuten „[...] sich an die Wünsche und Möglichkeiten seiner Klienten zu halten und seine Expertise behutsam einzubringen. Denn erst ein im Hinblick auf das Anliegen der Hilfesuche ausgehandelter und vereinbarter Auftrag steckt den Rahmen ab, in dem der Therapeut ermächtigt ist, sich einzumischen, sprich: zu intervenieren“ (Ludewig 2002, S. 174). Dieser Akt der Ermächtigung gilt jedoch nicht nur einmalig für die gesamte Therapie, sondern lässt sich als eine kontinuierliche Anliegenenerhebung auf Makro- (für die gesamte Therapie), Meso- (für die einzelne Therapiestunde) und Mikroebene (für einzelne Intervention) als durchgängiges Prinzip systemischen Arbeitens verstehen.

Anliegen signifikanter Dritter implizieren und explizieren einen Zwangskontext, in dem die Hilfesuchenden von einem Dritten als hilfebedürftig beschrieben werden, sie selbst jedoch eine Besucherbeziehung anbieten. Einfachster Fall sind Eltern, die ihr Kind als therapiebedürftig beschreiben, es selbst dies jedoch nicht so sieht. De Shazers (1984) begriffliche Neufassung von ‚Widerstand‘ als eine Form des Kooperierens öffnete die Tür zu Formen ziieldienlichen Kooperierens auch unter schwierigen Anliegenkonstellationen: „Wenn KlientInnen wütend, widerspenstig oder im Moment sonstwie im Hinblick auf ein bestimmtes Gesprächsthema unmotiviert sind, ist es am nützlichsten, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass unsere Klienten durchaus ihre eigene Kompetenz besitzen, wir nur eben keinen Weg gefunden haben, mit ihnen zu kooperieren“ (De Jong & Berg 2003, S. 314). Conen beschreibt „Unfreiwilligkeit“ als ein Lösungsverhalten (Conen 1999). Sie wundert sich: „Erstaunlich ist nur, dass das Postulat der Freiwilligkeit von vielen Therapeuten und Beratern hochgehalten wird, obwohl viele nicht in einem Arbeitssetting tätig sind, das „Freiwilligkeit“ zur Grundlage hat (a. a. O., S. 286f). Conen postuliert: „Die Chance von Zwangskontexten liegt darin, das Dilemma der Beteiligten als Ressource zu nutzen“ (a. a. O., S: 292). Zwangskontexte führen zu widersprüchlichen Problemdefinitionen und es wäre sehr unvorteilhaft, wenn die TherapeutIn das Anliegen einer Institution der sozialen Kontrolle (Eltern, Schule, Jugendamt) als Auftrag annehmen würde. Conen schlägt einen besonderen Fragetypus vor um eine Kooperation zu ermöglichen: „Wie kann ich Ihnen helfen, dass die anderen sie in Ruhe lassen“ oder „...dass die anderen nicht mehr denken, dass sie ein Problem hätten...“ oder „...dass Sie mich wieder loswerden.“ (a. a. O., S. 293). Diese Fragen sind nicht nur sehr hilfreich im Kontext aufsuchender Familientherapie, sondern auch im sozialpsychiatrischen Kontext bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die eine Besucherbeziehung anbieten.

4. Diskussion

Es wurde gezeigt, dass innerhalb der Entwicklung systemischer Therapie gerade durch die Hinwendung zum Patienten als ExpertIn für eigene Lösungen (De Jong & Berg 2003) ein *explizit* auftragsorientiertes Arbeiten durchgängiges Prinzip systemischen Arbeitens wurde. Anliegen formulieren zu können hängt mit der Fähigkeit zusammen, eigene Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen und diese als Wünsche äußern zu können. Dies fällt mitunter nicht nur Kindern und Jugendlichen schwer, sondern auch vielen Eltern („Sie stellen vielleicht schwierige Fragen, ich weiß gar nicht was für mich heute ein gutes Ergebnis am Ende der Stunde sein könnte“). Daher impliziert eine Anliegenklärung auch immer eine diagnostische Komponente, die der Unterscheidung, ob ein Anliegen bzw. Bedürfnis geäußert werden kann bzw. wird und wie sich dies für alle Beteiligten erklärt. Daher wäre eine Kritik, dass eine Anliegenklärung Kinder ab 6 Jahren überfordere, an anderer Stelle genauer zu diskutieren. Die Frage, ob es Kinder nicht auch überfordert, wenn sie innerhalb eines Kontextes therapiert bzw. behandelt werden ohne dass ihre Anliegen genau gehört werden, sondern sie nur merken, dass sie mit ausgeklügelten kreativen Methoden immer wieder neu motiviert werden (müssen), könnte diskutiert werden. Dies führte zu der These, „[...] dass nicht das Spiel unbedingt als *der* Königsweg in der Kindertherapie bzw. Kindergruppentherapie betrachtet werden muss, sondern ein kontextuell ausgehandelter und wandelbarer Auftrag als *ein* Königsweg in der Kinder- und Jugendlichkeitstherapie angesehen werden sollte“ (Hirschberg 2012, S.11).

Die hier durchgängig beschriebene Differenz von Anliegen und Auftrag fokussiert auf eine genaue *Anliegenerhebung* auf Makro-, Meso- und Mikroebene, um innerhalb einer „polysystemischen Kontextualität“ (Ludewig 2013) als TherapeutIn handlungsfähig zu bleiben. Dabei geht systemisches Denken aufgrund der Grundgedanken der Selbstorganisation psychischer Prozesse und sozialer Systeme (u. a. Simon 1997) davon aus, dass eine direkte Beeinflussung mittels Interventionen nicht möglich ist. Das Spannungsfeld von Zielorientierung und der Idee Wahlfreiheit zu vergrößern führte zu der Aussage, dass auftragsorientiertes Arbeiten ein prozesshaftes Geschehen ist im Sinne einer Operation, die abhängig ist von der Anschlussfähigkeit an weitere Operationen. Die Differenz von Anliegen und Auftrag ermöglicht eine Beschreibung im Sinne eines Selbstcoachings für die TherapeutIn durch die Unterscheidung in verschiedene Anliegenstypologien und Möglichkeiten für jedes Anliegen abhängig vom Typus weitere bewährte Schritte zu wählen.

Ziel der Anliegenklärung und der kontinuierlichen Auftrags(um)gestaltung ist der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer Passung zwischen den Wirklichkeitskonstruktionen der TherapeutIn und der PatientIn. Nun steht eine Anliegenklärung nicht im luftleeren Raum, sondern ist eingebettet in die gesamte systemtherapeutische Methodik. Als ein Beispiel seien Skalierungsfragen genannt (Berg & De Shazer 1993, Vogt-Hillmann et al. 1998, Hirschberg 2012).

Anliegenerhebung und Auftragsklärung laden die PatientInnen als ExpertInnen zu einer *passenden* Lösungsstrategie ein und Ziele explizieren mögliche erste Schritte *ohne* sich von der Idee, einen Kontext von Wahlfreiheit zu konstruieren, verabschieden zu müssen.

Es geht bei Anliegenerhebung und Auftragsgestaltung nicht darum, aufgrund einer etwaigen Zielfixiertheit der TherapeutIn die PatientInnen mit Soll-Vorstellungen zu überfordern, sondern aufgrund einer *kontinuierlichen* Anliegenexploration (gerade auch die jungen) PatientInnen dazu einzuladen, eigene Bedürfnisse, Wünsche, Visionen oder Handlungsalternativen (wieder) zu entdecken und wieder neugierig und hoffnungsvoll auf die Zukunft zu blicken. Gleichzeitig geht es nicht darum, das Leid und die Unzufriedenheit in der gegenwärtigen Situation abzuerkennen, sondern das gegenwärtige Leben auch mit seinem Leid und seinen Symptomen als sinnhaft anzuerkennen und zu würdigen. Wenn diese Balance gelingt, ist dies manchmal schon die halbe Therapie.

Die zweite Balance gilt dem Ausgleichen und der Abgleichung der verschiedenen Anliegen der am Therapieprozess beteiligten Personen. Die unterschiedlichen Wirklichkeitskonstruktionen, die die unterschiedlichen Anliegen erzeugen, einvernehmlich zu einem Therapieauftrag zu bündeln, ist ebenso wie die Anliegenerhebung ein kontinuierlicher Prozess und eine transparente Evaluationsmöglichkeit therapeutischer Veränderung für alle am therapeutischen Prozess beteiligten Personen. Der immer wieder neu überprüfbare Auftrag kann so den sicheren Rahmen bilden, Veränderung zu wagen oder geschehen zu lassen.

Literaturverzeichnis

- Ambühl, H., Strauß, B. (1999a) Therapieziele. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Ambühl, H., Strauß, B. (1999b) Therapieziele- Ein ‚dunkles Kapitel‘ der Psychotherapieforschung. In: Ambühl, H., Strauss, B. Therapieziele. Göttingen: Hogrefe-Verlag, S. 7-14
- Berg, I. K. (1992) Familien- Zusammenhalt(en). Dortmund: Verlag modernes Lernen
- Berg, I. K., De Shazer, S. (1993) Wie man Zahlen zum Sprechen gibt: Die Sprache in der Therapie. *Familiendynamik* 18 (2), S. 146-162
- Berne, E. (2005) Grundlagen der Gruppenbehandlung. Paderborn: Junfermann
- Cecchin, G., Lane, G., & Ray, A. R. (1993) Respektlosigkeit- provokative Strategien für Therapeuten. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Conen, M.-L. (1999) ‚Unfreiwilligkeit‘- ein Lösungsverhalten. *Familiendynamik* 3, S. 282-297
- Conen, M.-L., Cecchin, G. (2007) Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- De Jong, P., Berg, I. K. (2003). Lösungen (er-)finden. Dortmund: Borgmann
- De Shazer, S. (1984) The death of resistance. *Family Process* 23, S. 11-21
- De Shazer, S. (1989) Der Dreh. Heidelberg: Carl- Auer Verlag
- De Shazer, S. (1996a) ‚...Worte waren ursprünglich Zauber‘. Dortmund: Verlag modernes Lernen
- De Shazer, S. (1996b) Erfolgsgeschichten konstruieren. In: Keller, T., Greve, N. (Hg.) Systemische Praxis in der Psychiatrie Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 154-180
- De Shazer, S. (1996) Solution Building and Language Games: A Conversation. In M. F. Hoyt (Hg.) *Constructive Therapies 2*. New York, London: Guildford, S. 60-86
- De Shazer, S., Dolan, Y. (2008) Mehr als ein Wunder- Lösungsfokussierte Therapie heute. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Derichs, G., & Höger, C. (2001) Informierte Zustimmung: Eine ethische Herausforderung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. In: Rotthaus, W. (Hg.) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, S. 20-40
- Foerster, H. v. (1985) Das Konstruieren einer Wirklichkeit. In: Watzlawick, P. (Hg.) *Die erfundene Wirklichkeit*. München: Piper Verlag, S. 39-60
- Foerster, H. v. (1997) Konstruktivismus versus Solipsismus- Fragen an Heinz von Foerster. In F. Simon (Hg.) *Lebene Systeme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 165-168
- Fritsche, K., Hartmann, W. (2010) Einführung in die Ego-State-Therapie. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Hanswille, R., & Kissenbeck, A. (2008) Systemische Trauertherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

- Hargens, J.* (2003). Vorbemerkungen. In: De Jong, P., Berg, I. K. (Hg.) Lösungen (er-)finden. Dortmund: Verlag modernes Lernen, S. 15-16
- Hirschberg, R.* (2009) Auftragsfokussierende Gruppenkurztherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Vogt, M., Caby, F. (Hg.) Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Dortmund: Borgmann, S. 43-59
- Hirschberg, R.* (2012) Skalieren. In: Wirth, J. V., Kleve, H. (Hg.) Lexikon des systemischen Arbeitens. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, S. 375-378
- Hirschberg, R.* (2012) Systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen- Das AFoG-Konzept. Dortmund: Borgmann
- Hirschberg, R.* (2013a) Die Gruppentherapie beginnt vor der Gruppentherapie- Systemisch-lösungsorientierte AFoG. Forum für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 23. Jg (Heft 1), S. 6-18
- Hirschberg, R.* (2013b) Aufträge als Veränderungsbegleiter- Systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung 31. Jg. Heft 4, S. 143-150
- Isebaert, L.* (2005) Kurzzeittherapie- ein praktisches Handbuch. Stuttgart: Thieme-Verlag
- Kachler, R.* (2010) Hypnosystemische Trauerbegleitung. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Kottje-Birnbacher, L., Birnbacher, D.* (1999) Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In H. Ambühl, H., Strauß, B. (Hg.) Therapieziele. Göttingen: Hogrefe, S. 15-31
- Kriz, J.* (2012) Systemisch-psychologische Grundlagenforschung. In: Ochs, M., Schweitzer, J. (Hg.) Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 137-152
- Lipchik, E.* (1994) Die Hast, kurz zu sein. Zeitschrift für systemische Therapie Jg. 12 (4), S. 228-235
- Loth, W.* (1998) Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln klinischer Kontrakte. Dortmund: Borgmann
- Loth, W.* (2004) Vom Konflikt zum Kontrakt. Was zusammenprallt, kann auch zusammenwirken. Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (3), S. 16-36
- Ludewig, K.* (1997) Systemische Therapie (4. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta
- Ludewig, K.* (2002) "Junge Menschen lügen nicht, Erwachsene dagegen sehr". In: Rotthaus, W. (Hg.) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, S. 162-184.
- Ludewig, K.* (2013) Entwicklungen systemischer Therapie. Einblicke, Entzerrungen, Ausblicke. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag
- Luhmann, N.* (1984) Soziale Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp

- Minsel, W. R.* (1977) Zur Frage der Theorienbildung über dyadisches psychotherapeutisches Handeln. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 25, S. 231-245
- Molter, H., Schlippe, A. v.* (2012) Auftragskarussell. In: J. V. Wirth, J. V., Kleve, H. (Hg.) *Lexikon des systemischen Arbeitens*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, S. 39-43
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M.* (1992) *Die psychotischen Spiele in der Familie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reiter, L., Brunner, E. J., Reiter-Theil, S.* (1988) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Rotthaus, W.* (2002) Systemische Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. In M. Wirsching, M., Scheib, P. (Hg.) *Paar- und Familientherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 525-535
- Schlippe, A. v., Schweitzer, J.* (2007) *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schmidt, G.* (1999) Hypno- systemische Kompetenzentfaltung. In: Döring-Meijer, H. (Hg.) *Ressourcenorientierung- Lösungsorientierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 70-129
- Schmidt, G.* (2010) Vorwort zur deutschen Neuausgabe. In: De Shazer. *Muster familientherapeutischer Kurzzeit-Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer, S. 7-11
- Schulz von Thun, F.* (1998). *Miteinander reden 3- Inneres Team und situationsgerechte Kommunikation*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Schwartz, R. C.* (2011) *Systemische Therapie mit der inneren Familie*. 6. Aufl. Göttingen: Klett-Cotta
- Schweitzer, J.* (1998). Vorwort. In: Loth, W. *Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen*. Dortmund: Verlag modernes Lernen, S. 9-10
- Schwing, R., Fryszer, A.* (2007). *Systemisches Handwerk*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, G., Cecchin, G., & Prata, G.* (1977) *Paradoxon und Gegenparadoxon*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Checcin, G., & Prata, C.* (1982) Gerade und ungerade Tage- eine ritualisierte Verschreibung. *Familiendynamik* 4, S. 138-147
- Signer-Fischer, S.* (2001) Die Bedeutung der Erinnerung für das Individuum- Umgang mit traumatischen Erlebnissen. In: Rotthaus, W. (Hg.) *Systemische Kinder und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag, S. 436-445
- Simon, F. B.* (1997). *Meine Psychose, mein Fahrrad und ich- zur Selbstorganisation der Verrücktheit*. 6. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme
- Simon, F. B., Clement, U., Stierlin, H.* (1999) *Die Sprache der Familientherapie*. 5. völlig überarbeitete und erw. Aufl. Stuttgart: Klett- Cotta

- Steiner, T.* (2011) Jetzt mal angenommen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag
- Steiner, T., Berg, I. K.* (2006) Handbuch lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen. Heidelberg: Carl-Auer
- Stierlin, H.* (1994) Individuation und Familie. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Vogt-Hillmann, M., Dreesen, H., Eberling, W.* (1998) Zwischen Tiefpunkt und Höhepunkt: Skalieren von Unterschieden, die Unterschiede machen. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung (1), S. 20-30
- Walter, J. L., Peller, J. E.* (1994) Lösungs-orientierte Kurztherapie. Dortmund: Verlag modernes Lernen
- Watzlawick, P.* (1978) Wie wirklich ist die Wirklichkeit? München: Piper
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D.* (1969) Menschliche Kommunikation. Bern: Verlag Hans Huber
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R.* (1974) Lösungen. Bern: Verlag Hans Huber
- Watzlawick, P.* (1977) Die Möglichkeit des Andersseins. Bern: Hans Huber

Dieser Artikel ist eine erweiterte Zusammenschrift eines am 16. November 2013 auf der Jahrestagung der BKJPP in Berlin angebotenen Seminars.

Adresse des Autors

Rainer Hirschberg M. A.
Sozialpsychologe
Praxis Dr. med. Adelmund und A. Heiland
Königstraße 14
31139 Hildesheim

Betriebswirtschaftliches Grundwissen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Teil 3: Der Praxiswert

Gundolf Berg

Wertorientierung hat sich als „Leitbegriff moderner Unternehmensführung heute weitgehend durchgesetzt. Aus dem Betrachtungswinkel [...] von Eigentümern eines Unternehmens ist ein Unternehmen dann erfolgreich, wenn der Unternehmenserfolg die Kosten des eingesetzten Kapitals übertrifft. [...] Werte zu schaffen, zu steigern und für das Unternehmen [...] zu messen, steht im Mittelpunkt der wertorientierten Unternehmensführung“ (Dillerup & Stoi, 2008, S. 137). Hier wird auf den Begriff des Shareholder Value abgezielt, also den Wert des Unternehmens für die Anteilseigner. Der Shareholder-Value-Begriff wurde in einer Unternehmensumwelt entwickelt, in der die bewerteten Unternehmen sich am Kapitalmarkt finanzieren, also in der Regel zur Bewertung von Aktiengesellschaften. Der Gedanke des Shareholder Value lässt sich aber durchaus auf eine Arztpraxis übertragen. Auch der einzelne Arzt muss sich Gedanken machen über die Rendite, die er aus dem in seiner Praxis eingesetzten Kapital erwirtschaftet. Der Kapitalbegriff ist dabei nicht nur monetär bestimmt. Als Werte eingesetzt werden in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis auch das Know How und die Arbeitszeit der Mitarbeiter, die Kompetenzen im Schnittstellenmanagement im Rahmen der multimodalen Therapie unserer Patienten, bestehende Netzwerke mit extramuralen Kooperationspartnern und ähnliches mehr. Hier ist der Übergang zu einem weiteren Begriff zur Unternehmensbewertung fließend: Der Wert eines Unternehmens kann auch über den Ansatz des Stakeholder Value betrachtet werden. Stakeholder sind wichtige Anspruchsgruppen eines Unternehmens. Patienten und deren Familien, Jugendämter, Schulen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, die Politik, die Gesellschaft als Ganzes aber auch die eigenen Mitarbeiter sind typische Stakeholder einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis. Sie alle bestimmen letztlich die Möglichkeiten, mit

einer Praxis, tatsächlich auch Gewinn erzielen zu können, wesentlich mit: Welchen Qualität messen zuweisende Ärzte, Jugendämter, Schulen und andere Kooperationspartner einer Praxis bei? Welchen Ruf hat eine Praxis in der Bevölkerung? Was sind die in der Öffentlichkeit kommunizierten Gründe, die Praxis aufzusuchen? Wie wird die angebotene Leistung der Praxis bzw. der Fachgruppe generell in der Gesellschaft, bei Krankenkassen, bei der KV bewertet? Wie attraktiv ist der Praxisstandort für betriebsnotwendige, gut qualifizierte Mitarbeiter? Wie ist die Bevölkerungsstruktur im Umfeld? Viele weitere Punkte könnten genannt werden, die alle eine Rolle bei der Bewertung einer Praxis spielen.

In den nächsten Jahren werden zahlreiche Ärztinnen und Ärzte ihre kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen in jüngere Hände übergeben wollen, weil sie selbst in den Ruhestand gehen. In Regionen, die durch die jetzt auch für Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapeuten geltende Bedarfsplanung gesperrt sind, stellt eine Praxisübernahme in der Regel die einzige Möglichkeit dar, um an dem gewünschten Ort überhaupt eine Praxis betreiben zu können. Aber auch in Regionen, in welchen es noch keine Niederlassungsbeschränkungen gibt, kann es durchaus wirtschaftlich interessant sein, eine alteingesessene Praxis zu übernehmen, anstatt eine neue zu eröffnen. Um dies wirtschaftlich rational einschätzen zu können, benötigt man Informationen zum Praxiswert. Dies gilt gleichermaßen für den Abgebenden wie für den Übernehmenden. Möglichst fundiertes Wissen über den Praxiswert spielt aber auch eine Rolle, wenn es darum geht, dass eine Praxis um weitere Fachärzte erweitert werden soll. Wie können die Vorarbeit der aufnehmenden Ärzte und deren bereits geschaffenen Werte angemessen bewertet werden? Wie hoch muss eine Einlage eines hinzukommenden Kollegen ausfallen?

Schon die beiden in der Einleitung benannten Begriffe des Shareholder Value und des Stakeholder Value lassen erahnen, dass es sehr verschiedene Zugänge zum Wertbegriff gibt. Einen allgemein gültigen, für alle Zwecke nutzbaren Wertbegriff gibt es nicht, dabei unterscheidet sich die Betriebswirtschaftslehre nicht von anderen Sozialwissenschaften. Je nach Schwerpunkt der Betrachtung des Wertbegriffs kann man zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen in der Wertermittlung und monetären Bewertung kommen. Bei einer Praxisübergabe geht es um Preisverhandlungen, die durch gegensätzliche Zielsetzungen der Bewertenden zusätzliche, ziel- und nicht sachorientierte Aspekte die Bewertung stark beeinflussen können. Zu einem Vertrag wird es nur kommen, wenn beide Seiten ein für sie akzeptables Ergebnis erreichen. Da scheint es sehr hilfreich, sich auf möglichst breit akzeptierte Bewertungsgrundlagen beziehen zu können und die Bewertung dadurch möglichst zu versachlichen.

Im Folgenden werden verschiedene Wertbegriffe und Verfahren zur Ermittlung des Praxiswertes, die zur Unternehmensbewertung allgemein eingesetzt werden, beschrieben.

1. Substanzwert der Praxis

Als Substanzwert bezeichnet man den materiellen Wert der in der Praxis vorhandenen, betriebsnotwendigen Wirtschaftsgüter. Dieser spielt in einer typischen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis eine eher geringere Rolle, als in anderen, hochtechnisierten Praxen. Üblicherweise keine sehr teuren Geräte zum Betrieb der Praxis erforderlich, das Mobiliar, vorhandene Testmaterialien, Spielmaterialien, Vorräte, die EDV-Anlage, die Telefonanlage dürften hier die wesentlichen Güter sein, die zu bewerten sind. Eventuell sind spezielle Ein- oder Umbauten vorhanden, die für die Bestimmung des Substanzwerts wichtig sein können, z.B. ein Raum mit einer Einwegscheibe für Supervisionszwecke. In manchen Praxen spielen EEG-Geräte eine relevante Rolle für die Substanzwertermittlung.

Schwieriger erscheint die Frage nach einer sachgerechten Bewertung des Praxisinventars. Sicher nicht sinnvoll ist eine Bewertung anhand der buchhalterischen Werte des Inventars, da die Gegenstände steuerlich längst abgeschrieben, also ohne wesentlichen Buchwert sein mögen, tatsächlich aber noch sehr gut nutzbar sind. Betriebswirte sprechen hier von sog. stillen Reserven, die bewertet werden müssen. Eine Bewertung nach dem Zeitwert des Inventars scheint sinnvoller und realistischer, allerdings sehr aufwändig in der Umsetzung. EDV-Anlagen verlieren durch den rasanten technischen Fortschritt rasch an Wert, psychologische Testverfahren unterliegen ebenfalls raschen Alterungsprozessen durch Neunormierung oder Neuaufgaben. Lediglich das Mobiliar oder falls vorhanden, spezielle Geräte, z.B. zur neurophysiologischen Diagnostik stellen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Anlagegüter dar, die etwas längerfristig wertstabil einzuschätzen sind. Vorräte und Spiele, die im Einzelnen keine hohen Werte haben, können in ihrer Summe einen nicht zu unterschätzenden Wert darstellen. Sie zählen betriebswirtschaftlich zum sog. Umlaufvermögen, werden buchhalterisch nicht so detailliert wie Anlagegüter erfasst, so dass die Erfassung und Bewertung in praxi zu erheblichem Aufwand führen kann. Wieviel Aufwand für eine detaillierte Bewertung der einzelnen Vermögensgüter sich für die Übergabeverhandlung einer typischen kinder- und jugendpsychiatrische Praxis tatsächlich lohnt, muss im Einzelfall gut abgewogen werden. Eine Bewertung durch ei-

nen unabhängigen Gutachter scheint in Anbetracht der vergleichsweise geringen Werte des Inventars eher nicht angemessen. Als Faustregel mag gelten: Je höher der Substanzwert eingeschätzt wird oder je weiter sich die Vorstellungen von Verkäufer und Käufer unterscheiden, umso eher sollte man einen unabhängigen Gutachter einschalten. In der Regel wird der Abgebende die Bewertung anhand von Inventarlisten jedoch eher selbst durchführen und mit dem Übernehmenden durchsprechen können.

2. Ertragswert der Praxis

Der Ertragswert eines Unternehmens ist definiert als der Barwert zukünftiger Erträge des Unternehmens. Der Barwert ist ein Wert, mit dem man unter Annahme marktüblicher Kapitalisierungszinsen, den Wert zukünftiger Erträge so betrachtet, als ob sie jetzt direkt erzielt würden. Vereinfacht gesagt: Wenn man in einem Jahr 1000 Euro bekommt und man einen Bankzinssatz von 10% (unrealistisch, aber einfach zu rechnen) unterstellt, dann müsste man heute 909,09 Euro anlegen, um in einem Jahr die 1000 Euro zu haben. Der Barwert (aktueller Wert) von 1000 Euro, die in einem Jahr zufließen, liegt damit bei 909,09 Euro. Bekäme man die 1000 Euro erst in zwei Jahren, so läge bei gleichem Zinssatz und jährlicher Verzinsung der Barwert bei 826,45 Euro, bei Zahlung in drei Jahren bei 751,31 Euro.³

Der Ertragswert hat als Grundlage zur Berechnung des Praxiswertes eine besondere Bedeutung: Er wird in der Rechtsprechung mit dem Verkehrswert gleichgesetzt. Im SGB-V ist festgelegt, dass für die Zulassungsentscheidung der Selbstverwaltung wirtschaftliche Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes nur soweit zu berücksichtigen sind, „als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswerts der Praxis nicht übersteigt.“ (§103Abs.4, SGB-V). Damit werden höhere Verkaufserlöse aus Praxisübergaben zwar nicht verboten, der Zulassungsausschuss kann allerdings den Praxissitz auch an einen anderen geeigneten Bewerber geben, der nicht bereit ist, einen höheren Kaufpreis als den Verkehrswert zu bezahlen.

Der Ertragswert einer Arztpraxis hängt von verschiedenen Faktoren ab: Von zentraler Bedeutung ist die Höhe der zu erwartenden Praxisüberschüsse. Da diese für die Zukunft nicht bekannt sind, müssen sie auf der Grundlage ver-

³ Barwert einer einmaligen Zahlung = Zukünftiger Ertrag $\times (1+i)^{-t}$, mit i =Zinssatz und t =Zeitpunkt des Zuflusses. Mehrfache Zahlungen werden aufsummiert.

gangener Werte, z.B. der letzten drei Kalenderjahre geschätzt werden. Bei gleichbleibenden Praxisüberschüssen kann der einfache Durchschnittswert angesetzt werden, bei steigenden oder sinkenden Praxisüberschüssen bietet es sich an, diese zu gewichten, sofern die Entwicklung in den betrachteten drei Jahren als Trend zur Einschätzung zukünftiger Entwicklungen anzusehen ist. Die Schätzung zukünftiger Erträge auf Grundlage der letzten drei Kalenderjahre steht in gutem Einklang mit einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes, die Methode bietet damit eine gewisse Rechtssicherheit. (Knief, 2014) Das Beispiel in Tabelle 1 zeigt eine Situation mit steigenden Gewinnen in den betrachteten Jahren. Bei Nutzung eines gewogenen Durchschnitts zur Prognose zukünftiger Gewinne würde das Wachstum besser berücksichtigt als beim einfachen Durchschnitt.

Tabelle 1: Ergebnisermittlung zur Prognose des zukünftigen Erfolgs⁴

Jahr	Bereinigter Gewinn	Gewichtungsfaktor	Einfacher Durchschnitt	Gewichtungsfaktor	Gewogener Durchschnitt
2010	110.000,00€	0,33	36.666,67€	0,2	22.000,00€
2011	120.000,00€	0,33	40.000,00€	0,3	36.000,00€
2012	130.000,00€	0,33	43.333,33€	0,5	65.000,00€
Durchschnittlicher Gewinn des Zeitraums:			120.000,00€		123.000,00€

Ein weiterer Faktor zur Ermittlung des Ertragswerts ist der sogenannte Unternehmerlohn. Die Arbeitsleistung des Arztes muss insofern berücksichtigt werden, als der Arzt durch die Praxistätigkeit auf andere Einnahmen verzichtet. Zur Kalkulation des EBM 2000 plus wurde ein kalkulatorisches Arztgehalt bei 95.000€ festgesetzt. Dies orientierte sich am Bundesangestelltentarif (BAT 1a), ergänzt um die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung sowie sonstige Lohnnebenkosten, die vom niedergelassenen Arzt selbst zu tragen sind. Da auch die Arbeitszeit des Niedergelassenen höher lag, als die im BAT festgelegte, ergab sich daraus ein korrigiertes kalkulatorisches Arztgehalt von

⁴ Tabelle modifiziert nach Allmendinger et al., 2011

ca. 112.000€. Andere Berechnungen legten diese Größe, orientiert an BAT 1b, (Oberarzt, verheiratet, zwei Kinder) bei ca. 76.000€ fest. (Allmendinger, et al., 2011) (Knief, 2014) Die volle Höhe des kalkulatorischen Arztgehalts von ca. 76.000€ wird angenommen bei einem Umsatz ab 240.000€. Liegt er darunter, wird abgestaffelt, unterhalb eines Praxisumsatzes von 40.000€ wird kein kalkulatorisches Arztgehalt in die Berechnung des Praxisertrags miteinbezogen. Die doch erhebliche Differenz zwischen diesen beiden Ansätzen macht deutlich, wieviel Bewertungsspielraum tatsächlich gegeben ist. Zur Illustration der Differenzen zeigt Tabelle 2 Berechnungen mit den unterschiedlichen Ansätzen.

Tabelle 2: Ermittlung des zukünftigen Gewinns mit unterschiedlichem kalkulatorischem Arztgehalt⁵

Durchschnittlicher Gewinn des Zeitraums:	123.000,00€		123.000,00€
./. Kalkulatorisches Arztgehalt	112.000,00€		76.000,00€
= Zukünftiger Gewinn	11.000,00€		47.000,00€

Ein dritter Einflussfaktor bei der Ermittlung des Ertragswertes einer Praxis betrifft die Länge des Betrachtungszeitraums für die Praxisergebnisse. Man geht dabei davon aus, dass sich der positive Einfluss des Renommees des abgehenden Arztes rasch verflüchtigt und damit der Vorteil der Praxisübernahme gegenüber einer Neugründung bald keine Rolle mehr spielt. Allgemein wird bei Arztpraxen dabei von einem Zeitraum von zwei bis fünf Jahren ausgegangen, als dem Zeitraum, in dem der Nachfolger noch deutlich von der Übernahme profitieren kann, in denen also der Praxisgewinn noch in einem Zusammenhang mit dem aktuellen Praxiswert bei Übergabe zu sehen ist. Da die Leistungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sehr stark beziehungsorientiert und an die Person des Arztes gebunden sind, scheint es sinnvoll, hier eher von einem kürzeren Betrachtungszeitraum auszugehen.

Als vierter Einflussfaktor spielt schließlich der Kalkulationszinssatz eine Rolle. Ausgehend von dem Gedanken, dass das betriebsnotwendige Kapital auch anderweitig gewinnbringend angelegt werden könnte, werden zukünftige Gewinne auf ihre Barwerte abgezinst. Es geht um die Frage, wieviel Geld man heute einsetzen muss, um den zukünftigen Gewinn zu erwirtschaften. Man

⁵ Tabelle modifiziert nach Allmendinger et al., 2011

vergleicht also die mögliche Rendite einer alternativen, sicheren Anlageform mit der Rendite, die aus dem Kauf der Arztpraxis zu erwirtschaften ist.

Tabelle 3: Ertragswertberechnung, verschiedene Szenarien

Zukünftiger Gewinn p.a.	Betrachtungszeitraum	Kalk.-Zinssatz	Ertragswert
11.000,00€	2 Jahre	5%	20.453,51€
	2 Jahre	7%	19.259,65€
	3 Jahre	5%	29.955,73€
	3 Jahre	7%	28.238,93€
Zukünftiger Gewinn p.a.	Betrachtungszeitraum	Kalk.-Zinssatz	Ertragswert
47.000,00€	2 Jahre	5%	87.392,29€
	2 Jahre	7%	84.976,85€
	3 Jahre	5%	127.992,66€
	3 Jahre	7%	123.342,85€

Es ist gut zu erkennen, dass dem Kalkulationszinssatz eine Bedeutung zukommt, die gegenüber dem Einfluss durch die Länge des Betrachtungszeitraums aber sehr gering erscheint. Der Kalkulationszinssatz wird i.d.R. festgelegt als Summe aus einem Basiszinssatz, der z.B. der Rendite von Bundesschatzbriefen o.ä., also einer als sicher geltenden Geldanlage entspricht und einem Risikoaufschlag, der nicht über 25% gehen sollte.

3. Ideeller Praxiswert

In 2008 entwickelte eine Arbeitsgruppe im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer eine Methode, die zur Bewertung von Arztpraxen empfohlen wird und die vorderhand sehr praktikabel erscheint. Es wird dabei ein sogenannter ideeller Praxiswert ermittelt. Ein anderer Begriff, der für den ideellen Praxiswert in der Literatur zu finden ist, ist Goodwill. Die sog. Ärztekammermethode versucht neben den Einnahmen auch die Kostenseite zu berücksichtigen, ähnelt insofern der Ertragswertmethode. Auch hier wird nach Bestimmung des nachhaltig zu erzielenden Ge-

winns ein kalkulatorisches (alternatives) Arztgehalt abgezogen und es wird versucht, mit einem globalen Prognosefaktor abzuschätzen, wie stark bzw. lange der Einfluss der jetzigen Praxisstrukturen und des abgebenden Arztes sich noch positiv für den Nachfolger auswirken wird.

Die Berechnung erfolgt nach folgender Formel:

$$\begin{array}{r}
 \text{übertragbarer Gewinn} \\
 \hline
 \text{./. übertragbare Kosten} \\
 = \text{übertragbarer Gewinn} \\
 \hline
 \text{./. alternatives Arztgehalt} \\
 = \text{nachhaltig erzielbarer Gewinn} \\
 \hline
 \text{x Prognosefaktor} \\
 = \text{Ideeller Praxiswert}
 \end{array}$$

Der übertragbare Gewinn wird nach dem Vorschlag von BÄK und KBV ermittelt durch das arithmetische Mittel der Bruttoumsätze aus den letzten drei Jahren. Es müssen individuelle, z.B. an eine spezielle Qualifikation des Abgebenden gebundene Umsatzbestandteile, die von einem Nachfolger nicht erzielbar sind, abgezogen werden. Denkbar sind hier z.B. gutachterliche Tätigkeiten des Abgebenden, die nicht direkt mit der Praxis zu verbinden sind. Abzuziehen sind auch Tätigkeiten des Abgebenden, die aufgrund spezieller Qualifikationsanforderungen vom Nachfolgenden nicht weitergeführt werden können. Vom übertragbaren Gewinn abgezogen werden die sog. übertragbaren Kosten, die analog aus den letzten drei Wirtschaftsjahren ermittelt werden. Auch hier gilt, dass die Kosten bereinigt werden müssen um besondere individuelle Kostenanteile des Abgebenden. Zu nennen sind hier z.B. Ehegatten-Arbeitsverhältnisse oder z.B. die Finanzierung eines Dienstwagens. Es können aber auch zusätzliche Kosten zum Ansatz kommen, etwa bei Nutzung einer eigenen, schon abgeschriebenen Immobilie. Man erhält mit dieser Differenz den sog. übertragbaren Gewinn, der um ein alternatives Arztgehalt zu bereinigen ist, um dadurch den nachhaltig erzielbaren Gewinn zu erhalten. Dieser nachhaltig erzielbare Gewinn wird mit einem Prognosefaktor multipliziert, um zum ideellen Praxiswert zu kommen. Dem Prognosefaktor kommt in der Berechnung des ideellen Praxiswertes eine erhebliche Bedeutung zu, ohne dass die zu Grunde liegenden Faktoren wirklich transparent werden. Auch sind sie kaum methodisch belegbar, so dass diese Art der Berechnung des Praxiswertes aus Sicht des Autors eher nicht zu empfehlen ist.

4. Marktvergleichspreise

Marktvergleichspreise für kinder- und jugendpsychiatrische Praxen können derzeit kaum herangezogen werden. Es gibt bislang keinen nennenswerten Markt für die Praxen, da eine Niederlassung ohne Beschränkungen vor 2013 überall möglich war. Gleichwohl gab es auch in der Vergangenheit Praxisübergaben, in welchen neben dem reinen Substanzwert der Praxen auch ertragswertorientierte Berechnungen, bzw. Goodwill-Bewertungen mit in die Preisverhandlungen einbezogen waren. Die dabei erzielten Preise waren nach Kenntnis des Autors jedoch so unterschiedlich, dass sich daraus keine sinnvoll verwertbare Durchschnittsbetrachtung ableiten lässt. Letztlich erscheint die Heterogenität der Praxen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zumindest so groß, dass auch zukünftig eine Einzelbewertung sinnvoll erscheinen dürfte. Mit Unterstützung des Steuerberaters stellt diese Bewertung auch eine durchaus lösbare Aufgabe für jeden Praxisinhaber dar.

Autor:

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

Literaturverzeichnis:

Allmendinger H, Dittmann P, Glaszinski B, Köhnken T, Langer K, Riedel R-R, . . . Scheen C (2011) Abgabe und Übernahme einer Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag

Dillerup R, Stoi R (2008) Unternehmensführung. München: Franz Wahlen

Knief P (2014) IWW Institut. Praxiswissen auf den Punkt gebracht. Abgerufen am 07. 06 2014 von Praxisbewertung: www.iww.de/index.cfm?pid=1314&pk=145507&spid=1290&spk=1289&sfk=39

Zur Diskussion gestellt:

Entwicklungslinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie – ein Rückblick

Wolfram Kinze

Was wäre nach vierzigjähriger Betätigung im Fachgebiet als wesentliche Einsichten mitzuteilen? Ein Versuch in drei Abschnitten:

1. Entwicklung – Risiko oder Chance?

Individuelle Entwicklung beginnt mit der Zeugung. Sie hat eine prä-, peri- und postnatale Phase. Bei näherer Betrachtung werden die Rahmenbedingungen jedoch viel früher festgelegt:

- Die *genetischen Voraussetzungen* sind schon lange vorhanden, schon seit Adam und Eva, werden zwar in einer jeweils einzigartigen Mischung kombiniert, legen aber die konstitutionellen Möglichkeiten mit all ihren Stärken und Schwächen fest.
- Das *gesellschaftliche Umfeld* ist ebenfalls vorgegeben, sowohl im Großen (Epoche/Land) wie im Kleinen (vollständige Familie oder ledige Mutter/Einzelkind oder zehn Geschwister/Plattenbau oder Villa in der Elbchaussee/Hartz IV oder steuergeschütztes Konto in der Schweiz).
- *Reifung* legt die Entwicklungsstadien in ihrer Reihenfolge fest, mit ihren alterstypischen Möglichkeiten und Grenzen.
- *Krankheiten und Störungen* können die individuelle Entwicklung erheblich beeinträchtigen – sowohl körperbezogen (Unfälle, Meningitis, Leukämie) wie auch milieubedingt (Trennung der Eltern, Krieg und teure Zeiten).

Der Heidelberger Kinderpsychiater Müller-Küppers hat 1960 formuliert: Die entscheidende Entwicklungsaufgabe eines Kindes ist die Wahl seiner Eltern. 100 Jahre zuvor war dieser Sachverhalt unter einem etwas anderen Aspekt in ähnlicher Weise beschrieben worden: Die Menschen machen ihre eigene Geschichte, aber nicht aus freien Stücken und selbst gewählten Umständen (1860, Karl Marx).

Das sind bittere Sätze, aber sie machen deutlich: Wir werden mit vorgegebenen Voraussetzungen in eine vorgegebene Situation hineingeboren und haben auf diese Voraussetzungen keinen Einfluss. Kein Mensch ist für seine genetischen Voraussetzungen und seine soziale Herkunft verantwortlich, und er kann auch nicht darüber entscheiden, ob er aktuell als Kleinkind oder als Pubertierender unterwegs ist.

Das konkrete Verhalten ist immer ein Produkt aus konstitutionellen Voraussetzungen, milieubedingten Lernerfahrungen, biologischem Entwicklungsstand und möglichen krankheitsbedingten Einschränkungen. Dabei ist es immer an auslösende Situationen gebunden. Das Kind ist also nicht „immer unmöglich“, sondern nur, wenn es das Kinderzimmer aufräumen, Schularbeiten machen oder vom Fernseher lassen soll.

Randbemerkung: Zur Aufhellung dieses komplexen Bedingungsgefüges erweist sich die operationalisierte Verhaltensanalyse als ein durchaus praktikables Verfahren – um welches Problemverhalten handelt es sich (R), in welcher Situation tritt es auf (S), zu welchen Konsequenzen führt es (K), über welche Voraussetzungen verfügt das Kind (O), wodurch wird dieses Verhalten verstärkt bzw. abgeschwächt (C). Das gute alte SORCK-Schema gehört in den Werkzeugkasten des Kinderpsychiaters.

Die Begrenzungen sind genannt, wo liegen die Chancen? Unter entwicklungspsychologischen Aspekten lässt sich feststellen:

- Der *Säugling* hat noch wenig Wahlmöglichkeiten. Er verfügt aber doch schon über allerlei Selbstregulationsmechanismen, die sich nutzen, aber auch behindern lassen, was dann die Existenzgrundlage für „Schreiambulanz“ bildet.
- Das *Kleinkind* kann sich zum Kindergarten-Terroristen entwickeln, aber auch zum Sonnenschein seiner Umgebung. Auch hier stehen Temperament und Milieubedingungen in enger Wechselwirkung.

Aber der Spielraum für Selbststeuerung erweitert sich zunehmend und kann genutzt werden – auch therapeutisch.

- Das *Schulkind* ist erhöhten Anforderungen an sein Leistungs- und Sozialverhalten ausgesetzt, vor allem aber auch Erwartungshaltungen seiner Umgebung. Hier ist zwischen Tiger-Mutter, Jesper Juul und Montessori alles möglich, was die Entwicklungsprognose im Einzelfall schwierig macht. Die Interventionsangebote liegen zwischen Nachhilfeunterricht und Psychotherapie. Deren Evaluation bleibt häufig unsicher, aber die praktische Berufserfahrung als Kinderpsychiater und Psychotherapeut belegt: Verbesserungen im Entwicklungsverlauf und Kooperation sind erreichbar.
- Der *Jugendliche* hat – wie schon in allen vorangegangenen Epochen – mit den drei wesentlichen Entwicklungsaufgaben zu kämpfen: Identität, Autorität und Sexualität. Wer bin ich? Wie komme ich im sozialen Raum zurecht? Wie finde und erhalte ich Intimität und Partnerschaft?

Der körperliche, hormonelle und neurobiologische Wandel ist erheblich. In Analogie zu einem Autobahnaufsteller hat es die Verhaltensbiologin Haug-Schnabel so formuliert: Wegen Umbau im Gehirn ist in folgenden Bereichen mit Behinderungen zu rechnen: Umgang mit Gefühlen, Impulskontrolle, Handlungsplanung. Danke für Ihr Verständnis!

Die Orientierungsmöglichkeiten für die Jugendlichen sind vielfältig, widersprüchlich und wechselnd. Das Verhalten soll cool und selbstbestimmt wirken, ist aber vielfältig mit Selbstunsicherheit und Versagensängsten durchsetzt. Realitätsgerechte Selbstsicherheit und zuversichtliche Gelassenheit sind das Ziel, aber der Weg dahin ist schwierig. Angebote, Ratschläge und Hilfen werden als Einmischung erlebt, die Eltern sind eher peinlich, Probleme werden externalisiert – ist doch nicht mein Ding, hat mir doch keiner was gesagt, das tu ich mir nicht an.

Die Motivation zur Psychotherapie bleibt fragil, zumal sie nicht selten „von außen“ auferlegt wurde, auch über den § 1631 b BGB. Die notwendige Motivationsarbeit sollte der Therapeut nicht anbiedernd oder kumpelhaft leisten, sondern über die Zugangsmöglichkeiten der Verhaltensanalyse versuchen, wo nicht der Schuldige gesucht wird, sondern Ursachen und Lösungsansätze.

Eine strukturierte Gruppenpsychotherapie mit gemeinsam erarbeiteten Zielstellungen und festgelegtem zeitlichen Rahmen kann ausgesprochen entwicklungsförderlich sein, wie die eigenen klinischen Erfahrungen belegen.

Optimistischer Ausblick: Ist die eigene Pubertät vorbei, erscheint die Pubertät aller anderen unfassbar merkwürdig.

2. Psychodiagnostik – Stigmatisierung oder Perspektive ?

Dia-Gnosis bedeutet, das Dahinterliegende erkennen, unterscheiden, durchschauen. Das hat zur Voraussetzung, dass der in Rede stehende Sachverhalt mit unseren Sinnen erfassbar ist, dass er „erscheint“, also ein Phänomen ist. Wenn dieses Phänomen ein Anzeichen, ein Kennzeichen, ein Hinweis für eine zugrunde liegende Störung darstellt, wird es zum Symptom. Wenn dieses Symptom regelhaft mit anderen Symptomen verbunden ist, wird es zum Syndrom. Auf dieser phänomenologischen Grundlage wird dann eine Syndromdiagnose erstellt. „Operationalisiert“ durch Ein- und Ausschlusskriterien entstehen daraus ICD und DSM. Sie bilden die Basis von wissenschaftlichen Publikationen und Statistiken, zugleich aber auch die Abrechnungsgrundlage für die Krankenkassen.

Eine rein phänomenologisch begründete Syndromdiagnose erfüllt aber nicht die Kriterien der medizinischen Nosologie. Denn diese erfasst nicht nur die Symptomatik, sondern untersucht deren Ursachen, die Ätiologie. Dabei wird deutlich: gleiche Symptome können durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden – und gleiche Ursachen können unterschiedliche Symptome bewirken. Die individuelle Pathogenese erfordert eine differenzierende Betrachtung. Erst daraus lassen sich die therapeutischen Möglichkeiten und Erfordernisse im Einzelfall ableiten, die dann auch prognostische Aussagen zulassen. Die rein phänomenologisch orientierte Kategorisierung bleibt hierfür unzureichend.

Bei der Zuordnung der Ursachen kommen subjektive Faktoren ins Spiel. Beim Therapeuten sind „Voreinstellungen“ bedingt durch berufliche Erfahrungen, psychotherapeutische Ausrichtung, diagnostisches und therapeutisches Können. Auch der Patient kommt mit „Voreinstellungen“ bezüglich der für seine Beschwerden als ursächlich anzusehenden Faktoren, häufig verbunden mit

Schuldzuweisungen an die Umgebung, geprägt von allgemein verbreiteten Vorurteilen. Der griechische Philosoph Epiktet hatte schon vor 2000 Jahren formuliert: *Nicht die Dinge als solche bringen die Menschen in Verwirrung, sondern die Vorstellungen, die sie sich davon machen.*

Hier kann die medizinische Diagnostik das Gefühl von Unwissenheit, Unsicherheit und Angst verringern, ursächliche Faktoren objektivieren und (noch) mögliche Handlungsspielräume verdeutlichen. Das Bedürfnis nach Orientierung und Situationskontrolle gehört zu den Grundmotivationen des Menschen – „besser ein Ende mit Schrecken, als ein Schrecken ohne Ende“.

Gegenteilige Auffassungen betrachten jegliche Diagnostik – also die Erfassung von Normabweichungen und ihre kausale Zuordnung – als Stigmatisierung, als Etikettierung, als sich selbst erfüllende Prophezeiung.

Also: Einmal Psychopath, immer Psychopath. Einmal als behindert (dis-)qualifiziert, für immer ausgeschlossen. Man ist nicht behindert, man wird behindert. Psychologisch-psychiatrische Diagnostik stellt einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar. Zahlreiche psychiatrische Termini erfüllen juristisch den Tatbestand der Beleidigung. Aus der Sicht der Antipsychiatrie gibt es psychische Erkrankungen nur deshalb, weil die Psychiater sie erfunden (nicht: gefunden) haben. In der pädagogischen Inklusionsdebatte werden unterschiedslos jedem Kind die gleichen Entwicklungspotenziale zugeschrieben. Im Genderismus wird das Geschlecht als soziales Konstrukt definiert, eine biologische Verankerung ist nicht konstitutiv.

Diese Auffassungen sind zumeist gut gemeint, häufig ideologisch überformt, damit selbstgerecht und kaum mehr diskursbereit. Sie sind monokausal ausgerichtet, damit grob vereinfachend. Sie sind häufig mit Schuldzuweisungen gegen andere kombiniert – gegen die Gesellschaft, die Besserverdienenden, die Ausländer – und dadurch anfällig dafür, dass die Betroffenen in eine Opferrolle gelangen, die in Passivität mündet und Selbstregulationen blockiert.

Die Wirklichkeit ist anders, sowohl in ihren biologischen wie in ihren sozialen Gegebenheiten. Verbesserungen lassen sich nur erreichen, wenn man weiß, worum es sich handelt und wo und womit anzusetzen ist. Hippokrates (4. Jhdt. a. Chr. n.) hat diese Wahrheit in den einfachen Satz geprägt: *Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt.*

3. Therapie – Beeinflussung oder Förderung von Eigenständigkeit ?

Therapie hat immer zwei Ansätze:

1. Beeinflussung des pathologischen Grundprozesses, letztlich biologisch verwurzelt. Hier hat die neurobiologische Forschung auch durch Psychotherapie bewirkte objektivierbare Veränderungen zeigen können, allerdings ohne die praktische Relevanz für die klinische Therapie, wie dies etwas vollmundig vor zehn Jahren im „Manifest über Gegenwart und Zukunft der Hirnforschung“ und bei Start der Großforschungsprojekte „Human Brain“ angekündigt worden war.
2. Beeinflussung der resultierenden inneren Einstellungen, der psychischen Vorstellungen, letztlich der Grundlagen des Bewältigens, des Umgangs mit den Schwierigkeiten und Einschränkungen.

In der Psychiatrie der 60er Jahre dominierten die Psychosen und deren differentielle Pharmakotherapie, die zugleich den Abbau der Gitter ermöglichte. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie standen in dieser Zeit die psychischen und geistigen Behinderungen, die frühkindlichen Hirnschädigungen im Mittelpunkt, auch hier galten medikamentöse Behandlungen (Neuroleptika, Stimulanzien, Orotsäure, ungesättigte Fettsäuren, Vitamine u.a.) als wesentliche therapeutische Optionen.

In den 70er Jahren kamen sozialpsychiatrische und sozialpädagogische Ansätze ergänzend, z.T. aber auch verdrängend hinzu – bis hin zur „Antipsychiatrie“. Zugleich wandelte sich das gesellschaftliche Grundverständnis – von der Medizin wurde nicht mehr nur die Behandlung von Krankheiten erwartet, sondern die Vermittlung von Gesundheit, nach der WHO-Definition von 1946 ein „Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen“. Nietzsche hatte 100 Jahre zuvor noch bescheidener definiert: „Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“

Der subjektive Leidensdruck wurde damit zum Maß für die Forderungen an das Gesundheitswesen. In der Psychiatrie und auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte in den 70er Jahren eine therapeutische und diagnostische Schwerpunktverlagerung eingesetzt – Neurosen, Störungen des Sozialverhaltens, Persönlichkeitsstörungen und Folgen von Belastungen

(Kindheitserlebnisse, Traumen, schulische und berufliche Überforderungen, psychosoziale Krisen, Mobbing, Stalking), nicht zuletzt die Suchterkrankungen entwickelten sich zu Arbeitsgebieten, die eigene diagnostische und therapeutische Qualifikationen sowie Forschungen nach sich zogen. Es entstanden psychotherapeutische und psychosomatische Abteilungen und Kliniken sowie Reha-Einrichtungen. Die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden zu staatlich anerkannten Heilberufen.

Die „Zwei-Klassen-Psychiatrie“ etablierte sich. Der Krankheitsbegriff wurde durch den Störungsbegriff ersetzt, disease wurde zu disorder, die Chiffre „ICD“ blieb erhalten. Die Krankenkasse mutierte zur Gesundheitskasse.

Von den „Heilern“ wurde zunehmend nicht nur das Lindern von Beschwerden, sondern die Vermittlung eines glücklichen Lebens erwartet. Und die Heiler arbeiteten fleißig am Mythos der Machbarkeit – wenn nur, möglichst vorbeugend – alles für die Gesundheit getan wird, lässt sie sich erhalten bzw. mit Ersatzteilen wieder herstellen.

Und es sind zweifelsfrei erhebliche Fortschritte gemacht worden (minimal invasive Eingriffe, Endoprothesen, Transplantationen, AIDS-Medikamente, differente Psychopharmaka), an weiteren Lösungen wird intensiv gearbeitet.

Dennoch bleibt ein Unbehagen an der technisierten Apparate-Medizin, das die Alternativmedizin zu ihrem Arbeitsfeld erkoren hat. Mit ganzheitlichem Ansatz und Achtsamkeit werden Heilserwartungen induziert, die nicht unbedingt eine rationale Grundlage haben, aber bevorzugt von Menschen mit etwas höherem Bildungsgrad im mittleren Lebensalter in Anspruch genommen und bezahlt werden.

Nüchtern betrachtet, sitzen wir Psychotherapeuten zwischen diesen beiden Stühlen: Mit Statistik und Pfadanalyse, mit diagnostischen Eingrenzungen und entwicklungspsychologischen Ableitungen sowie neurobiologischen Versatzstücken versuchen wir, unsere naturwissenschaftlichen Grundlagen zu belegen.

Zugleich aber wissen wir – und Klaus Grawe hat es in „Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession“ (1996) überzeugend dargestellt – , dass die Wirkfaktoren der Psychotherapie (Klärungs- und Lösungsperspektive/Problemaktualisierung und Ressourcenaktivierung/interpersonelle Kommunikation und intrapersonale Veränderung) nicht allein mit naturwissenschaftlichen Methoden zu erfassen sind. Es geht um Gefühle, um Vorstel-

lungen, um Meinungen und „Schemata“, um Gewohnheiten und Vorurteile, die sich allesamt schlecht quantifizieren lassen.

Freud hat als Voraussetzung für eine wirksame Psychotherapie die Herstellung des „Zustandes gläubiger Erwartung“ gefordert. Und er hat zugleich auf die Grenzen psychotherapeutischer Möglichkeiten verwiesen, indem er formulierte, es gehe darum, „*hysterisches Elend in gemeines Unglück*“ zu verwandeln.

Grawe hat die Vorbedingungen für eine Psychotherapie als Dreiteiler definiert:

- Das erste Drittel ist die Einsicht des Patienten – so kann es nicht weitergehen, es muss sich etwas ändern.
- Das zweite Drittel ist der Entschluss, einen Therapeuten aufzusuchen, von dem man erwartet, dass er helfen kann.
- Und erst das letzte Drittel des möglichen Therapieerfolges ist auf das professionelle Handeln zurückführbar.

Die unterschiedlichen Psychotherapieschulen überdauern, werden von unterschiedlichen Patienten als hilfreich erlebt. Die unspezifischen Wirkfaktoren sind die stillschweigenden Begleiter der „spezifischen“ Psychotherapie-Formen. Oft ist weniger wichtig, *was* gesagt und getan wird, sondern *wer* es sagt und tut.

Es bleibt weiterhin schwierig, verbindliche Erkenntnisse darüber zu gewinnen, unter welchen Bedingungen wir welche Krankheiten oder Befindlichkeitsstörungen behandeln und was unsere Therapie mit dem Behandlungsausgang zu tun hat.

Die moderne Medizin verspricht eine zielgerichtete und effiziente Therapie, die das Übel an der Wurzel packt und die Voraussetzung für die Wiederherstellung der Gesundheit schafft, indem sie die Krankheitsursache beseitigt. Bis zur Einlösung dieses Versprechens ist es noch ein weiter Weg. Und für die Psychotherapie ist dieser Weg wohl noch ein Stückchen länger.

Asmus Finzen hat in seinem lesenswerten Buch „Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? – Räsionieren über das Heilen“ (2002) die *Mixturen der ältesten und wirksamsten Methoden der Psychotherapie* zusammengestellt:

- Zuhören
- Ratgeben
- Suggestion
- Manipulation

Damit wird das Dilemma der einsichtsorientierten Psychotherapie deutlich, wo wir uns darum bemühen, den Leidenden auch mit den Grenzen der Möglichkeiten zu konfrontieren, mit der nüchternen Realität, mit der Endlichkeit unserer Bemühungen. Oder sollten und dürften wir als Psychotherapeuten Hoffnungen suggerieren, wo es objektiv keine mehr gibt? Ist solcherart therapeutischer Optimismus zu rechtfertigen? Jurek Becker hat in seinem Buch „Jakob der Lügner“ die Beantwortung dieser Frage offen gelassen.

Vielleicht sollten wir uns abschließend auf die tröstliche Aussage von Paracelsus (Mitte 16. Jhdt.) zurückziehen:

Wer heilt, hat recht.

Vortrag auf dem Erfurter Frühjahrssymposium des IVT am 10. Mai 2014

Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil. Wolfram Kinze
Eschenallee 40
15907 Lübben

Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus berufspolitischer Sicht

Christian K. D. Moik

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Schwelle zum 21. Jahrhundert

1995

Schwerpunkt in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung nach 1994 war die Umsetzung der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) auch für die Versicherten der Primärkassen, da die Primärkassen sich zunächst nur in Bayern und die AOK auch in Nordrhein zur Übernahme dieser Vereinbarung bereit erklärt hatten. Dazu wurde auch ein Plakat entwickelt, das betroffene Familien auf die neuen Versorgungsmöglichkeit hinwies und darauf, ihren gesetzlichen Anspruch bei ihren Krankenkassen einzufordern (Forum IV-1995, S. 31).

Dementsprechend galt ein Schwerpunkt der Jahrestagung des BKJPP am 13./14.10.1995 in Kühlungsborn unter dem Ehrenvorsitz von Prof. Dr. G. Göllnitz, Rostock, der „Sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Familien“. Der andere Schwerpunkt war „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ womit die ganze Breite unseres Therapiepektrums dargestellt werden sollte.

In einem bemerkenswerten Vortrag im Rahmen der Medizinischen Woche in Baden-Baden, veröffentlicht im Forum I-1995 (Ss 37-45), nahm Dr. Helmut Loch aus Heidelberg Stellung zur „Kinderpsychotherapie als präventive Maßnahme gesellschaftlicher Störungen“.

Die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) veröffentlichte eine Deklaration zur „Autonomy of Specialist Medical Practice“ (Forum I-1995, Ss. 13-15).

BAG, BKJPP und DGKJP veröffentlichten eine gemeinsame Stellungnahme zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und eine weitere gemeinsame Stellungnahme zu Ursachen und zur Prävention von Gewalt (Forum II-1995, Ss. 5-9 und 10-12).

Ebenfalls im Forum II-1995 stellte Prof. Dr. Dr. H. Remschmidt in einem heute noch lesenswerten Betrag (Ss. 19-32) „Anmerkungen zur Gewalttätigkeit junger Menschen“ zur Diskussion.

Im Forum III-1995 berichteten Prof. Dr. A. Trost und Dr. M. Buscher über „Systemische Arbeit mit gewaltbereiten Familien“ (Ss. 24-48), Prof. Dr. H.-E. Bahr über „Aggressivität und Lebenslust – Gewalt-Transformation in konflikt-theologischer Sicht“ und Dr. R. Sannwald über „Spezifische Besonderheiten der katathym-imaginativen Psychotherapie bei sexuell mißbrauchten weiblichen Jugendlichen“.

Berufspolitische Unbill drohte von dem revidierten EBM 96, in dem zunächst die zeitgleiche Durchführung von Diagnostik und Therapie ausgeschlossen wurde, was mit erheblichen Leistungseinbußen verbunden gewesen wäre. Wer Interesse an berufspolitischer Kärnerarbeit hat, kann das im Forum IV-1995 auf den Seiten 10 bis 30 nachlesen.

Ebenfalls nachlesenswert, aber inzwischen leider nur noch Geschichte ist der gemeinsame Entwurf der 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände zur (Muster-) Weiterbildungsordnung für einen Schwerpunkt Neuropädiatrie im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Forum IV.1995, Ss. 33-37). Es gelang sogar, in intensiven Beratungen im Rahmen der Akademie für Kinder- und Jugendmedizin die lange widerstrebenden Verbände der Kinder- und Jugendmedizin für einen solchen Vorschlag zu gewinnen. Leider ging nicht nur dieser Konsens, sondern auch die Kinder- und Jugendneurologie für unser Fachgebiet in der Folge weitgehend verloren, da spätere Vorstände andere Schwerpunkte für unser Fachgebiet setzten.

Im Eröffnungsvortrag der Jahrestagung in Kühlungsborn hatte Dr. med. habil. W. Kinze in eindrucksvoller Weise „Kinderneuropsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Rückblick und Ausblick“ dargestellt (Forum I-1996, Ss. 23-27).

Und weitgehend ergebnislos blieben auch die Bemühungen um die bessere Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen in der novellierten GOÄ 96. Die von allen Neuro-Psycho-Fächern konsentierten Vorschläge für eine Reform des Kapitels G fanden keine Berücksichtigung. Und

es gelang noch nicht einmal, die Bewertung der Testdiagnostik aus den restriktiven Regelungen der Allgemeinen Bestimmungen der GOÄ, die ansonsten nur für die rationalisierbaren Laborleistungen gelten, herauszunehmen. Immerhin konnte die Berechtigung zur neurologischen Untersuchung (Nr. (800) und zur Ableitung und Bewertung des EEGs (Nr. 827) erhalten werden.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung stellte 1995 ein Integrationsmodell zum Psychotherapeutengesetz vor (Forum I-1996, Ss. 13-14), das schließlich in das „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) vom 16.06.1998 mündete. Die damals errechneten (oder wider besseren Wissens behaupteten?) Bedarfszahlen wurden inzwischen von der Wirklichkeit weit überholt.

Ein fast schon verklärendes Licht auf die damaligen berufspolitischen Arbeitsbedingungen wirft eine Anmerkung von Dr. C. Schaff, damalige Stellvertretende Vorsitzende des BKJPP in ihrem Mitgliederrundbrief vom 07.10.1995 (Forum IV-1995, Ss. 3-5) wenn sie schreibt: „Hatten mich anfangs die Stöße von Papier, welche vor Vorstandssitzungen und Obleitertreffen durch mein Fax-Gerät ratterten und den Papiervorrat raubten, noch heftig irritiert, so stellte sich allmählich mehr Gelassenheit ein. Klar war inzwischen: ein Fax-Gerät muß sein! Wie sonst sollte die schnelle Antwort am gleichen Tag möglich sein, die Pressemitteilung oder Tagungsprogramm auf den Weg schicken hilft...“ Und dazu passt, dass der Vorsitzende des BKJPP im Grußwort im selben Heft bittet: „...alle die Kolleginnen und Kollegen, die bereits mittels EDV abrechnen, für das Quartal IV/95 Parallelabrechnungen nach dem jetzt gültigen und dem künftigen EBM 96 durchzuführen, damit wir die zu erwartenden negativen Auswirkungen auch mit fundierten Zahlen belegen können.“ In 2 Jahrzehnten hat sich technisch eine Menge getan. Ob die Kommunikation dadurch inhaltsreicher geworden ist, sei dahin gestellt.

Die Mitgliederversammlung (MV) des BKJPP genehmigte am 14.10.1995 in Kühlungsborn die Schaffung einer Geschäftsstelle, für die einschließlich Raummiete, Büroausstattung und Teilzeitkraft 1500,00 DM/Monat bereitgestellt werden. Damit erhielt das seit 1988 bei dem Vorsitzenden angesiedelte Privatprovisorium erstmals einen stabilen Wirtschaftsrahmen.

Die langjährige Schatzmeisterin des BKJPP, die kritisch, wenn auch zumeist im Verborgenen, die wirtschaftlichen Geschicke des Verbandes lenkte, Dr. U.

Schulte-Holthausen wurde mit großem Dank aus ihrem Amt verabschiedet. Dieses übernahm in ähnlich stringenter Weise Dr. W. Landsberg.

Für einen versöhnlichen Jahresausklang nach der berufspolitischen Mühsal sorgte am 06.12.1995 die Verleihung des Verdienstkreuzes am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland an Dr. Reinhard Schydlo, Gründungsvorsitzender und heute Ehrevorsitzender des BKJPP, in Würdigung seiner Verdienste um die Entwicklung der deutschen und internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1996

1996 galt es vor allem, die Folgen des EBM 96 und der GOÄ 96 zu bewältigen, die schlimmsten Verwerfungen zu korrigieren, Verbesserungen zu erreichen und den Geltungsbereich der SPV auch für weitere Primärkassen zu erkämpfen.

Daneben standen die Fortentwicklung der (Muster-)Weiterbildungsordnung, Fragen der Qualitätssicherung und Dokumentation, das Psychotherapeutengesetz und die Überarbeitung der ICD-10 (ja, wirklich schon vor 18 Jahren!) und die Entwicklung von Leitlinien für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf der Agenda.

Anfang 1996 hatte der Berufsverband ca. 600 Mitglieder, von denen etwa die Hälfte niedergelassen war bei insgesamt ca. 700 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD. Ein Großteil der Mitglieder des BKJPP war gleichzeitig Mitglied der DGKJP.

Die MV des BKJPP legte am 14.09.1996 fest, dass der Mitgliederbeitrag ab 1997 bei 360,00 DM liegen soll.

Da die Probleme um EBM, GOÄ, SPV und weiteres erwarten ließen, dass auch Musterprozesse geführt werden müssten, diese aber satzungsgemäß nicht von dem BKJPP unterstützt werden konnten, wurde zur Gründung eines „Solidaritätsfonds“ aufgerufen, in den TeilnehmerInnen freiwillig einmalig 500,00 DM, ggf. gesplittet, einzahlten. Dieser Aufruf fand erfreuliche Resonanz. Der Solidaritätsfond besteht noch heute.

Die Jahrestagung 1996 des BKJPP am 12. bis 14.09.1996 wurde von Dr. U. Schumann unter der Schirmherrschaft des Staatsministers für Soziales,

Gesundheit und Familie, Dr. Hans Geisler, in Dresden organisiert und galt dem auch heute noch aktuellen Thema „Seelische Behinderung – Chancen und Probleme der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe“. Etliche, auch heute noch lesenswerte Beiträge sind im „Forum I+II-1997“ veröffentlicht.

In gewisser Weise war es eine Fortsetzung der Thematik der Jahrestagung 1993 in Eisenach, die unter der Schirmherrschaft der damaligen Bundesministerin für Frauen und Jugend, Dr. Angela Merkel, „Aufgaben und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Verbund von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Sozialhilfe“ behandelte.

Aufbauend auf die von Dr. Lam und Dr. Wienand 1994 veröffentlichte Basisdokumentation (Forum II-1994, Ss. 26-33), entwickelte die Arbeitsgruppe E. Englert, J. Jungmann, W. Rotthaus, F. Wienand, L. Lam und F. Poustka im Auftrag von BAG, BKJPP und DGKJP einen 7-seitigen Din-A4-Dokumentationsbogen und ein „Glossar zur Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (BADO)“ (Forum III-1996, Ss. 38-51). Dem folgen weitere Arbeiten zu einer EDV-integrierbaren Dokumentation, was jedoch durch die Vielzahl der in Kliniken und Praxen verwendeten EDV-Systeme sehr erschwert wurde.

Dieser Beitrag wird fortgesetzt.

Literatur beim Verfasser

Autor:

Christian K. D. Moik
Ehrenvorsitzender des BKJPP
Wirichsbongardstr. 5-9
52062 Aachen
E-Mail: ckdmoik@dgn.de
www.praxis-moik.de

Rezensionen

Gefühle haben ein Gesicht – *das Memospiel zum Erkennen und Benennen von Gefühlen*. Manfred Vogt Spieleverlag in Kooperation mit Ravensburger. Bremen, 2013

Das Spiel baut auf dem Prinzip eines Memospiels auf. Auf den 26+5 Bildpaaren befinden sich zumeist graphisch ansprechend gestaltete Kindergesichter und auf einigen menschlich verfremdete Gegenstände. Allen zu eigen ist, dass sie verschiedene Gefühlszustände (Wut, Angst, Trauer, Freude, Ekel und Überraschung) darstellen. Dazu kommen 6 Bildpaare, auf denen diese Gefühle als Wort gedruckt sind.

Das Spiel kann als übliches Memospiel gespielt werden, aber auch Abwandlungen für kleinere Kinder wie „Klopf-Memo“ (eine Karte bleibt offen liegen; wird dasselbe Motiv nochmal aufgedeckt, erhält der Spieler das Bildpaar, der auf die zuerst aufgedeckte Karte des Paares klopft) o.ä. Versionen sind gut möglich. Dies erhöht die Altersspanne und ermöglicht den therapeutischen Einsatz auch in relativ frühem Alter.

Anhand der aufgedeckten Karten kann mit Kindern, auch mit denen, die mehr aktionsorientiert sind und ungern über Gefühle reden oder mit jüngeren und unruhigen Kindern, leicht und gut ins Gespräch darüber eingestiegen werden. Sei es über eigene Gefühle, die anderer Leute, über Erlebnisse, Ursachen oder sonstige Ursachen und Anlässe für Emotionen. Darüber hinaus können andere kreative, z.B. darstellende Einsatzmöglichkeiten das Spiel als Ausgangspunkt nutzen. Durch die sehr gelungene Verknüpfung des Prinzips eines wohlbekannten Kinderspiels mit therapeutischen Überlegungen ist der Einsatzbereich z.B. gegenüber üblichen Emotionskarten deutlich erweitert. Erleichtert wird dies sehr durch die teils witzige, immer anregende und kindgerechte Darstellung der Porträts und die solide Verarbeitung des Materials. Viel Spaß beim Spielen!

H.-G. Löffler, Breklum

Hinweise für Autoren

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

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

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

- 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.

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold

Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP

Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz

Tel.: 06131/6 93 89 70, Fax: 06131/6 93 89 72, E-Mail: mail@bkjpp.de

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.