

Inhalt

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Reifung mit Krisen – Herausforderungen der Adoleszentenpsychiatrie <i>Claudia Mehler-Wex</i> | 2 |
| Radio sonnengrau – ein gemeinnütziges Radioprojekt von Betroffenen und Angehörigen zu psychischer Erkrankung und seelischer Gesundheit <i>Tanja Salkowski</i> | 37 |
| Ethischen Implikationen der kindlichen Bindung bei sozialer und biologischer Elternschaft <i>Ethik-Kommission von BAG KJPP, BKJPP und DGKJP</i> | 31 |
| Idealtypisierter Fall zur Stellungnahme der gemeinsamen Ethikkommission der Berufsverbände: „Ethische Implikationen der kindlichen Bindung bei sozialer und biologischer Elternschaft“ <i>Dieter Appel</i> | 49 |
| Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i> | 54 |
| <i>Kolumnen:</i> | |
| Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Autismus-Spektrum-Störungen <i>Klaus-Ulrich Oehler</i> | 76 |
| Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i> | 80 |
| <i>Buchrezension:</i> | |
| Mehrperspektivisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe. Steven M. – ein Junge mit FASD | 84 |
| KunstTherapie. Wirkung-Handwerk-Praxis | 86 |
| <i>Hinweise für Autoren</i> | 88 |
| <i>Anzeigen</i> | 90 |
| Mediadaten | 102 |
| Impressum | 103 |

Reifung mit Krisen – Herausforderungen der Adoleszentenpsychiatrie

Claudia Mehler-Wex

Adoleszente und Psychiatrie

Heranwachsen endet nicht mit dem 18. oder 21. Lebensjahr, wo jedoch die Zuständigkeitsgrenze der Fachrichtungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie gesetzt ist. Im stationären Bereich gilt in der Regel bereits der 18. Geburtstag als Schwelle, die Weichen dann in Richtung Erwachsenenpsychiatrie zu stellen, zumal die oft langen Wartelisten der Kinder- und Jugendpsychiatrien eine Ausweitung des Altersbereichs kaum bewältigen ließen.

Aus der klinischen Erfahrung mit dieser Altersgruppe zeichnet sich ab, dass viele der Achse I-Störungen aus dem Kontext einer Überforderung mit den Aufgaben der Adoleszenz entstanden sein dürften, d.h. eine primäre Reifungskrise sucht sich sekundär „Ventile“ in Form Wesensart-assoziiierter psychiatrischer Krankheitsbilder. Daher genügt es nicht, den Fokus allein auf die Erkrankung zu richten, vielmehr bedürfen die störungsbegleitenden, Lebensabschnitt immanenten Themen der um die 18Jährigen sorgfältiger Berücksichtigung i.S. eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts.

Die Adoleszentenpsychiatrie ist sicherlich als eine interdisziplinäre Aufgabe anzusehen (vgl. das gemeinsame Positionspapier der beiden Fachgesellschaften DGKJP und DGPPN 2010), wobei wir es in der Regel mit reifungsverzögerten, also jünger agierenden und erscheinenden jungen Menschen zu tun haben, die prinzipiell von einer jugendpsychiatrischen Herangehensweise profitieren (z.B. Milieuthérapie, Elternarbeit, Perspektivenplanung), durch erwachsenenpsychiatrische Expertise ergänzt aber verstärkt an die Themen Autonomie und Verantwortungsübernahme sowie Selbstwirksamkeit als Erwachsener herangeführt werden.

Unter dem theoretischen Überbegriff *Entwicklungspsychiatrie* wird die Reifung einer Person im Zusammenhang mit lebens- und zeitgeschichtlichen Voraussetzungen betrachtet (Herpertz-Dahlmann et al. 2008), d.h. persönliche Veranlagungen hinsichtlich Vulnerabilität und Resilienz-Ausstattung einerseits und die extrapersonellen, kulturellen Bedingungen andererseits (gesellschaftliche Maßstäbe, Umfeldbedingungen, Stressoren). Resultierende Störungsbilder müssen daher in der Adoleszenz diagnostisch (altersabhängig unterschiedliche Symptom- bzw. Syndrom-Manifestationen, s. Tab. 1) und therapeutisch am individuellen Entwicklungsstand orientiert gewürdigt werden.

| Altersstufe Diagnose | Kleinkind | Grundschule | Jugend | Volljährigkeit |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| ADHS | "Schreikind" | "Kasper", Leistungsprobleme | Impulsivität, Leichtsinn, | Desorganisiertheit |
| Angst- störung | Spezifische Phobien | schulbezogene und Trennungängste | soziale und Zukunftsängste | Ggf. generalisierte Angst |
| Anorexie | - | atypische Funktion als Machtinstrument | Orthorexie, Perfektionismus, Selbstdisziplin, Schönheitsideal, Selbstkontrolle | |
| Depression | Somatik, Gedeihstörung | Lustlosigkeit, Desintegration | Stimmungslabilität | Psychosenahe Befürchtungen |
| Psychose | - | „ADHS“, Entwick- lungsverzögerung | Veränderungen des formalen u. inhaltli- chen Denkens | Eindeutige Produktivsymptome |
| Zwang | Evtl. Tics | Evtl. Tics und ADHS, Zwangshandlungen | schambesetzte Zwangsgedanken | |

Tab. 1: Altersabhängige Syndrom-Manifestation: Welche Symptome ab wann häufig im Vordergrund stehen (können)

Aspekte der Hirnentwicklung

Das Gehirn als Zielorgan psychiatrischer Behandlung befindet sich bis in die dritte Lebensdekade in Reifung: Während bei der Grauen Substanz sich die anfänglich hohe Dichte der Synapsen spezifisch nutzungsabhängig ausdünn, nimmt die Weiße Substanz, bestehend aus myelinisierten Axonen zur Informationsweiterleitung, verhältnismäßig zu (Konrad et al. 2013). Dabei beeinflussen sich die Dimensionen der psychosozialen und Hirn-Reifungsprozesse einerseits sowie psychische Stressoren dieses Lebensabschnitts andererseits wechselseitig: Das Auftreten psychischer Erkrankungen verzögert sekundär die erforderlichen Entwicklungsschritte und umgekehrt bedingt eine Reifungsretardierung psychische Belastung. Die Abschirmung oder Vermeidung von Herausforderungen verlangsamt neurobiologische Prozesse v.a. im Hinblick auf die Synaptogenese, womit auf Verhaltensebene geringere Flexibilität und Problemlösekompetenzen assoziiert sind. Anders ausgedrückt: Dem Modell der aktivitätsgesteuerten Neuroplastizität folgend reift das Gehirn an den Anforderungen, denen es gestellt wird bzw. bleibt zurück, wenn Exploration vermieden wird (Teuchert-Nodt und Lehmann 2008). Insofern ist dem Thema *Entwicklungspsychiatrie* im Sinne der parallelen Berücksichtigung und Auseinandersetzung mit Entwicklungsstand und Störungsbild klinisch eine wesentliche Bedeutung zuzumessen.

Insgesamt findet in der Adoleszenz eine umfassende Reorganisation kortikaler Strukturen und Schaltkreise statt, wobei der Umbau tendenziell von dorsal nach frontal verläuft. Das bedeutet, dass der insbesondere für Handlungsplanung und rationale Entscheidungshierarchisierung verantwortliche präfrontale Kortex zuletzt ausreift, wohingegen das mit Emotionen assoziierte limbische und Belohnungssystem einen zeitlichen Vorsprung aufweist. Diese für die Pubertät alterstypische sogenannte *zerebrale Reifungsdissoziation* impliziert, dass speziell in emotional oder über das Reward-System getriggerten Situationen (also z.B. bei Erwartung einer Belohnung) emotional vermittelte Impulshaftigkeit die Oberhand vor den rationalen Kontrollsystemen gewinnt (Casey 2010). Risikoreiches Verhalten, Impulsivität und Sensation Seeking sind die Folge – ein für dieses Alter typisches Verhaltensphänomen, das jedoch evolutionsbiologisch auch einen Vorteil beinhaltet, indem Lernerfahrungen gefördert werden. Exekutive Funktionen wie Handlungsplanung und flexible Adaptation an neue Aufgabenstellungen entwickeln sich somit fort (Konrad 2013).

Zu den funktionalen Veränderungen im Zuge der Gehirnreifung gehört auch die Zunahme der mit dem Aufmerksamkeitsniveau assoziierten elektroenzephalographischen Oszillationen in den höherfrequenten alpha- und beta-Bändern, während präpubertär die langsameren Frequenzen überwiegen (Uhlhaas 2009). Die bei Jugendlichen im Vergleich zu Adults aktivere Amygdala prädisponiert eher impulsive Handlungsweisen. Der dem Belohnungssystem zugehörige Nucleus accumbens wird in Reward-Situationen besonders aktiviert, was mit den jugendtypischen Verhaltensweisen des „Sensation Seeking“ korreliert ist (Spitzer 2009). Auch der sensomotorische Kortex wird umgebaut, möglicherweise ein Korrelat für die sich in der Adoleszenz zunehmend ausbildende Empathie- und Theory-of-Mind-Fähigkeit. Auf Neurotransmitterebene reifen das noradrenerge und dopaminerge System erst bis zum Abschluss der zweiten Lebensdekade aus, wohingegen die serotonergen Transduktionswege und -funktionen schon bis zum 6. Lebensjahr voll entwickelt sind (Fedorow et al. 2006). Die *Entwicklungspsychopharmakologie* muss daher ebenfalls beachtet werden: Die *Pharmakodynamik*, d.h. die erwünschten oder unerwünschten Wirkungen eines Medikaments auf den Körper hängen nämlich entscheidend von Rezeptorprofilen und Neurotransmissionsvorgängen ab. Die *Pharmakokinetik* andererseits, d.h. die Absorption, Verteilung, Metabolisierung und Elimination eines Wirkstoffs durch den Organismus, basiert u.a. auf ebenfalls reifungsabhängigen Faktoren wie Cytochrom-P450-Aktivitäten, Zusammensetzung des Körpergewebes, renaler Aktivität oder Proteinbindung (Klampfl et al. 2016). Zusammengefasst darf ein noch in Reifung befindlicher Organismus nicht pauschal als „jüngere Version“ eines adulten Patienten jenseits des 30. Lebensjahres angesehen werden (Mehler-Wex et al. 2009). Die Expertengruppe für Therapeutisches Drug Monitoring (TDM) der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP; Hiemke et al. 2011) räumt daher zur optimierteren Handhabung der Medikation bei Minderjährigen eine generelle Indikation für TDM als Routinebaustein der medizinischen Versorgung ein. Ein regelmäßiges Screening des Serumarzneispiegels mit dezidiertem Erhebung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen wird als effektivste Methode gewertet zur individuellen Dosisanpassung und Minimierung von Sicherheitsrisiken (Egberts et al. 2011).

Aspekte der Identitätsentwicklung

Individualität ist geprägt von typischen Verhaltensweisen, der moralisch-ethischen Grundhaltung, von Wahrnehmungs- und Reaktionsstilen sowie der Emotionspräsentation und Meinungsbildung einer Person. Zu Grunde liegt das angeborene *Temperament*, das sich über Toleranzschwelle, Reagibilität, Selbststeuerungsfähigkeiten, Aktivitätslevel, Explorationsfreude, Antriebsniveau, Anpassungsfähigkeiten und vegetative Reaktionen zeigt (vgl. Herpertz et al. 2008). Zudem ausschlaggebend für die Entwicklung der individuellen Persönlichkeit sind Bindungs-, frühe Lebenserfahrungen sowie Umfeldbedingungen. Die Rolle der Mutter konsolidiert aus entwicklungspsychologischer Sicht vor allem soziales Interaktionsvermögen und Fremdvertrauen, der Vater die explorative Neugier und das damit verbundene Selbstvertrauen. Problematische frühe Bindungserfahrungen spiegeln sich oft in der späteren Beziehungsgestaltung wider und können Nährboden psychiatrischer Folgestörungen sein (Grossmann 2008).

Die Identitätsfindung setzt – wörtlich - ein gutes (seiner) Selbst-Bewusstsein und eine Selbst-Achtsamkeit voraus, um eigene Bedürfnisse, Meinungen und Haltungsstile wahrnehmen und prüfen sowie ggf. modifizieren und in das reifende Persönlichkeitskonstrukt integrieren zu können. Überzeugungen immer wieder auf den Prüfstand zu stellen, anzupassen, zu belassen oder zu verwerfen setzt innere Flexibilität und Dialogfähigkeit voraus. Je kohärenter Gedanken und Handlungen sind, desto stimmiger und authentischer und selbstzufriedener kann eine Person sein. Bei optimalen Voraussetzungen wird eine gefestigte Identität darin bestehen, sich abgrenzen, seine Meinung vertreten, Nein sagen zu können auf der einen Seite, sich bewusst anschließen, zustimmen, sich öffnen und vertrauen zu können auf der anderen Seite. Diese doppelte Aufgabe der Selbstabgrenzung einerseits gegenüber sozialer Integration andererseits kann stark verunsichern. Als Konsequenz könnte eine Orientierung an äußeren Erwartungshaltungen erfolgen, mit Perfektionismus-Streben und einer rein fassadär hohen Funktionsebene, die den Betreffenden jedoch im Verlauf emotional überfordert und schädigt. Auf Symptomebene bilden sich dann vornehmlich introversive Störungen. Als entgegengesetzte Konsequenz könnte der Unsicherheit mit expansivem Verhalten und demonstrativer Abgrenzung begegnet werden und ggf. mit daraus folgender Entwicklung extraversiver Störungen.

Aspekte der sozialen Entwicklung

Heranwachsende müssen sich mit ihrer **sexuellen Reifung** auseinandersetzen und in ihre Geschlechterrolle hineinwachsen. Bei Mädchen sind die Geschlechtszeichen sichtbarer als bei Jungen, und daher geht die Pubertät häufig mit deutlichen Verunsicherungen einher. Frühreife Mädchen tragen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen. Ggf. stellen sich in diesem Alter Fragen nach der sexuellen Orientierung, zudem werden erste partnerschaftliche und intime Beziehungserfahrungen gemacht und sind zu verarbeiten.

Die Kernfamilie steht vor der gemeinsamen Aufgabe, sich konstruktiv voneinander zu lösen, ohne die emotionale Bindung und das Vertrauen nachhaltig zu beschädigen. Insbesondere junge Menschen ängstlich-unsicherer Eltern tun sich schwer, den Weg in die **Verselbstständigung** zu finden; die bevorstehenden Freiheitsgrade und Wahlmöglichkeiten wirken dann eher bedrohlich, Zukunftspessimismus, Ratlosigkeit und regressives Verhalten sind die Folgen. Bei symbiotischen Bindungen übernehmen Heranwachsende z.T. auch unangemessene Verantwortung und meiden die Ablösung aus Schuldgefühlen, die Eltern zu verlassen. Extravertierte Jugendliche hingegen treten rücksichtslos und provokativ auf und erkämpfen sich „gewaltsam“ ihre Autonomie.

Schulisch-beruflich belastet die gesellschaftlich implementierte hohe Leistungserwartung mit Voraussetzung eines höheren Schulabschlusses, um eine realistische Chance auf den gewünschten Ausbildungs- oder Studienplatz zu bekommen. Viel Lernarbeit wird bei langen Schultagen in den Abend verlagert, der Ausgleich durch eine aktive Freizeitgestaltung fehlt. Die hohen Maßstäbe der Arbeitgeber, Erwartungen der Eltern, drohende Arbeitslosigkeit und die Vielfalt der beruflichen Möglichkeiten sowie der eigene Anspruch, den perfekten Beruf für sich finden zu müssen, sind weitere Erschwernisse für die **berufliche Orientierung**. Persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, gesellschaftliche Reputation, Sozialstatus, Identifikation und Lebenszufriedenheit scheinen ausschließlich vom Beruf abzuhängen. Der Wechsel von der strukturierten, Theorie-lastigen Schule in das freiere Studenten- oder praktische Arbeitsleben kann starke Selbstzweifel und Überforderungsgefühle auslösen: Studenten wagen sich nicht mehr ins Studium und sind in ihrer neuen, eigenen Wohnung überfordert, Auszubildende bleiben mit somatischen Symptomen dem Arbeitsplatz fern, es kommt zu Abbrüchen im noch jungen Lebenslauf.

Der rasant wachsende **Einfluss elektronischer Technologien** und die damit einhergehende Beschleunigung des Lebens – Dauerpräsenz online, Lebensführung als Konkurrenzveranstaltung und „Freundschaften“ über soziale Netzwerke – bieten Nährboden für Einsamkeit, Abgrenzungsschwierigkeiten, Schutzlosigkeit, Perfektionismus-Ansprüche.

Weitere statistisch relevante Risikofaktoren für psychische Erkrankungen sind niedriger Sozialstatus, erziehungsschwache Eltern, chronisch erkrankte nahe Bezugspersonen (v.a. depressive Mütter), innerfamiliäre Konflikte, unsichere Eltern-Kind-Beziehung und schwerwiegende Belastungsereignisse. Geringe Problemlösefertigkeiten und Coping-Strategien, unzulängliche soziale Kompetenzen sowie ängstlich-unsichere oder impulsive Veranlagung aggravieren das Risiko. Abb. 1 fasst die Wechselbeziehungen der verschiedenen Lebensaspekte in der Adoleszenz zusammen.

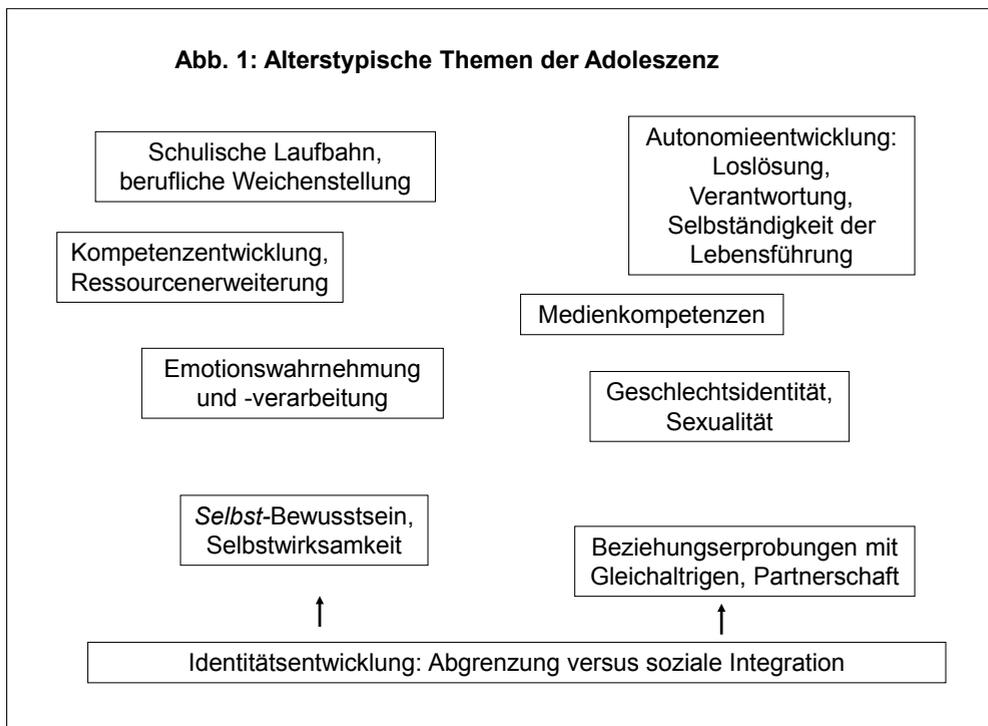


Abb. 1: Alterstypische Themen der Adoleszenz

Die Pathogenese einer „Reifungskrise“

Im ICD-10 gibt es keine eigene Ziffer für Adoleszenten Krisen. Man versteht darunter die *nicht erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen der Adoleszenz*, unter Bezugnahme auf das gesellschaftlich-kulturelle Umfeld und das Alter des Betroffenen (Streeck-Fischer 2009). Betrachtet man die ursprüngliche Bedeutung im Griechischen, so ist „Krise“ nicht negativ konnotiert, sondern bezeichnet eine „entscheidende Wendung“. Diese „Wendung“ kann im Mikrokosmos Familie dramatische Ausmaße annehmen mit ausgeprägter Stimmungs labilität, drastischen Kommunikationsveränderungen, Interessens- und Meinungsfluktuationen sowie wesensfremden Verhaltensexperimenten. 30 bis 50% der Adoleszenten zeigen sich auffällig in Persönlichkeitstestverfahren, was sich aber meist innerhalb der Pubertätsjahre bis zum Erwachsenenalter normalisiert. 15-20% der pubertären Unruhen münden in ernsthaftere Störungen (Remschmidt 2013). „Selbsthilfestratagien“ wie Substanzabusus, Selbstverletzungen oder verstärkter Rückzug ins Internet können Begleiterscheinungen sein.

Bei Reifungskrisen steht das Gefühl einer tiefen Verunsicherung im Vordergrund. Je nach Wesensart wird unterschiedlich mit dieser Irritation umgegangen: Entweder, es erfolgt eine vorrangige Orientierung am Außen mit Antizipation sozial erwünschter Verhaltensweisen, oder das unguete Grundgefühl wird ignoriert und expansiv durch Abgrenzung, Selbstüberschätzung und Provokation ausgeglichen. Die erste Methode prädestiniert zu internalisierenden Störungen – bei Heranwachsenden v.a. soziale Ängste (Prävalenz ca. 5%), Depression (3-10%) oder Essstörungen, insbesondere Anorexie (0,5-1%). Der zweite Weg mündet potenziell in externalisierende Störungen.

Resch und Freyberger (2009) bezeichnen Emotionen als ein „körpernahes Entscheidungssystem“, wodurch „Affekte“ bestimmte Kaskaden an Handlungs-, Ausdrucks- und Interaktionsmuster auslösen. Unsicherheit hemmt diesen Ablauf einer gesunden Emotionsregulation, wodurch das innere Gleichgewicht ins Wanken gerät. Abhängig von der Persönlichkeitsstruktur kommen psychiatrische Störungen zum Tragen, die letztlich Ventil der Reifungskrise sind und daher ganzheitlicher und nicht nur störungsspezifischer Behandlung bedürfen (Abb. 2).

Die Indikation zur Diagnostik und Behandlung ergibt sich spätestens dann, wenn der Alltag oder die soziale Integration nicht mehr gelingen. Besteht zuvor manchmal der Leidensdruck nur auf Elternseite, stellt sich die Einsicht in eine Therapienotwendigkeit dann in der Regel auch bei den Betroffenen ein.

Abb. 2: Pathogenese internalisierender Störungsbilder in der Adoleszenz (Modell nach Resch und Freyberger (2009, S. 107))

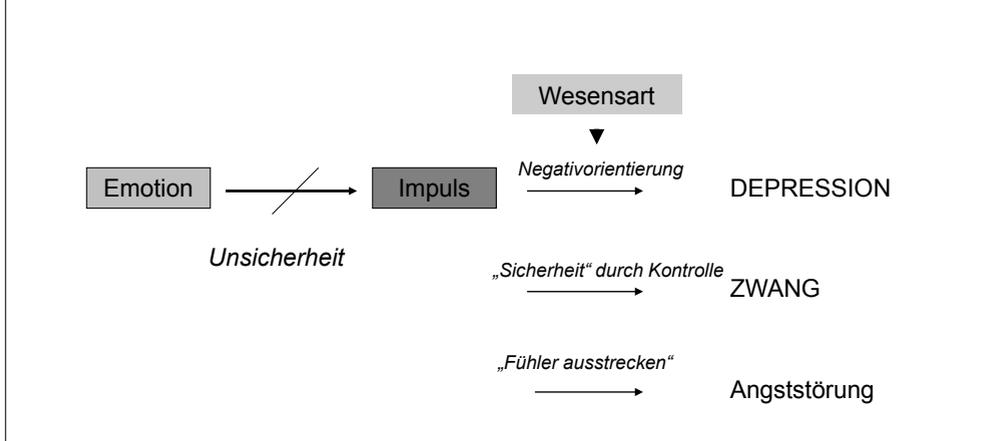


Abb. 2: Pathogenese internalisierender Störungsbilder in der Adoleszenz (Modell nach Resch und Freyberger (2009, S. 107))

Selbstheilversuche

Die Verführung, sich bei verspürtem Funktions- und Stabilitätsverlust auf andere Strategien zu verlagern ist groß. **Substanzmissbrauch** ist im Heranwachsendenalter nicht selten zu werten als eine Art Selbstbehandlung. Eine beiläufige Erfahrung, unter Alkohol oder Drogen entspannter, angstfreier, selbstbewusster und aktiver, vielleicht auch sozial akzeptierter zu wirken, verankert sich schnell und kann einen schädlichen Gebrauch induzieren. Dabei sind nicht nur Störungsbilder mit impulsiven Verhaltensweisen betroffen wie Störungen des Sozialverhaltens, Borderline-Störungen, Bulimie oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, im Rahmen dessen übrigens bei fehlender Behandlung sich das Risiko eines Substanzmissbrauchs im Vergleich zu behandelten ADHS-Patienten verdoppelt. Intraverstive Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen sind sogar häufiger mit Substanzmissbrauch assoziiert als die drei letztgenannten Diagnosegruppen (Scheperker 2009). Ein Substanzmissbrauch wiederum korreliert mit gesteigerter Suizidalität (Bacsikai 2012), kann also Ursache oder Folge einer psychischen Problematik sein.

Ungefähr 10-13% der 19Jährigen in Deutschland betreiben einen schädlichen Gebrauch von Alkohol (15% der Jungen und 7% der Mädchen) und liegen daher im europäischen Vergleich auf den vorderen Rängen (BZgA 2015). 26% sind Nikotin-abhängig (22% männlich bzw. 30% weiblich, Barnow 2007) und rund 10% konsumieren illegale Drogen (ca. 7,3% THC) (Verhältnis männlich:weiblich ca. 3:2) (Piontek et al. 2017). Häufiger Substanzmissbrauch behindert Entwicklungsschritte wie Verantwortungsübernahme, Problemmanagement und den Erwerb sozialer Kompetenzen; durch Enthemmung können Folgeprobleme wie die Provokation traumatisierender Erlebnisse auftreten – ein Teufelskreis. Chronischer Gebrauch von Alkohol und Drogen wirkt zudem in dieser Entwicklungsspanne wesentlich neurotoxischer als beim ausgereiften erwachsenen Gehirn, resultierend in dann leider hirnganisch relativ zementierten Symptomen wie Antriebslosigkeit, Strukturlosigkeit und ADS-ähnlichen Konzentrations- und Leistungsschwierigkeiten.

Selbsthass, Gefühllosigkeit, Überforderung durch negative Gedanken und Gefühle, Selbstbestrafung, Anspannung, innerer „Druck“ u.v.m. können in **Autoaggressives Verhalten** münden. Eine Verlaufsstudie an 11- bis 14Jährigen zeigte, dass sich 18% in diesem Altersabschnitt zumindest einmal selbst verletzen, es bei 50% allerdings ohne weitere Interventionen bei diesem einmaligen „Probierkonsum“ bleibt (Hankin 2011). Bei Heranwachsenden liegt die Selbstverletzungshäufigkeit bei bis zu 9%, wobei 4% längere Zeit dabei bleiben (Plener 2012). Während bei Erwachsenen Autoaggressivität zu 80% mit einer Borderline-Störung einhergeht, überwiegen bei Heranwachsenden hohe Depressions- und Angstscores sowie ein eingeschränktes Funktionsniveau (Selby 2012), negative Kognitionen, Hoffnungslosigkeit und soziale Desintegration (Hankin 2011). Insbesondere dependente, aggressiv gehemmte bzw. stark an der sozialen Erwünschtheit orientierte Persönlichkeiten geraten häufiger in selbstverletzende bzw. suizidale Krisen (Freudenstein 2012): Patienten mit Essstörungen beispielsweise weisen eine Lebenszeitprävalenz für Selbstverletzungen aller Art (u.a. Trichotillomanie) von 40-50% auf.

Nicht-suizidale Selbstverletzung

- Erwartung eines nur kleinen bis moderaten Schadens
- Erwartung einer Erleichterung von negativen Gefühlen oder Lösung einer interpersonellen Schwierigkeit oder Erlangung eines positiven Gefühlszustands
- Assoziation mit
 - o Interpersonellen Schwierigkeiten
 - o Negativen Gefühlen
 - o Vorüberlegungen, Kontrollverlust
 - o Häufiger gedanklicher Beschäftigung mit Selbstverletzung
- Sozial nicht akzeptierte Art der Selbstverletzung
- Beeinträchtigende Konsequenzen in der Lebensführung/Funktion/eigenen Befindlichkeit
- Kein ursächlicher Zusammenhang mit anderen (neuro-psychiatrischen) Erkrankungen / Substanzeinflüssen

Zum Vergleich: Suizidale Verhaltensstörung nach DSM-V:

- Suizidversuch (Handlung mit Todeserwartung) in den letzten 24 Monaten
- Keine nicht-suizidale Selbstverletzungen
- Keine Suizidgedanken und –vorbereitungen
- Kein Delir, keine Verwirrtheit
- Keine ausschließlich politische oder religiöse Motivation

Tab. 2: Wichtige Diagnosekriterien für die Nicht-suizidale Selbstverletzung nach DSM V – kurz zusammengefasst (mod. nach Plener 2014)

Gründe für dieses bei jungen Patienten sehr von Diagnosen und Suizidalität losgelöste, häufige Phänomen der Selbstverletzung könnten entwicklungsbiologische Besonderheiten sein: Zum einen die erwähnte zerebrale Reifungsdissoziation mit der einhergehend reduzierten Impulskontrolle (Ortin et al. 2012), zum anderen die höhere Schwelle für Schmerzwahrnehmung (Plener 2010, Casey 2010). Chronische Abwertung und Kritik im familiären Rahmen scheinen ebenfalls ein wichtiger Trigger für Autoaggressivität zu sein (Wedig 2007); hier schließt sich der Kreis zu den alterstypischen Autonomie-Abhängigkeitskonflikten. Prädiktiv besonders kritisch hinsichtlich tatsächlicher späterer Suizidalität sind Hoffnungslosigkeit bei Mädchen und unzureichende Problembewältigungsstrategien bei Jungen (Labelle 2013).

In DSM-V wurde „Non suicidal Self Injury“ (NSSI) inzwischen als eigene Diagnose aufgenommen. Die Kriterien sind in Tab. 2 aufgelistet.

Ein weiteres dankbares Feld zum Rückzug aus den realen Anforderungen oder zur Kreation eines virtuellen Wunsch-Ichs bietet das Internet (vgl. Abb. 3). Eine epidemiologische Studie an Heranwachsenden in 11 EU-Ländern bezifferte den **schädlichen Internetkonsum** auf 4,4% (Durkee 2012), in Deutschland liegen die Prävalenzschätzungen bei bis zu 4,8% (Wartberg 2016); Jungen sind dabei häufiger betroffen als Mädchen (5,2% bzw. 3,8%), bei ihnen sind v.a. Videos und – insbesondere bei ADHS-Betroffenen - Spiele gefragt, Mädchen sind in den sozialen Medien präsenter. Es besteht eine statistische Korrelation mit dem Grad der psychosozialen Vernachlässigung im Elternhaus und der allgemeinen sozialen Desintegration sowie mit affektiven Störungen wie Depression und sozialen Ängste sowie unsicher-ängstlichen Persönlichkeitszügen (Weinstein 2010).

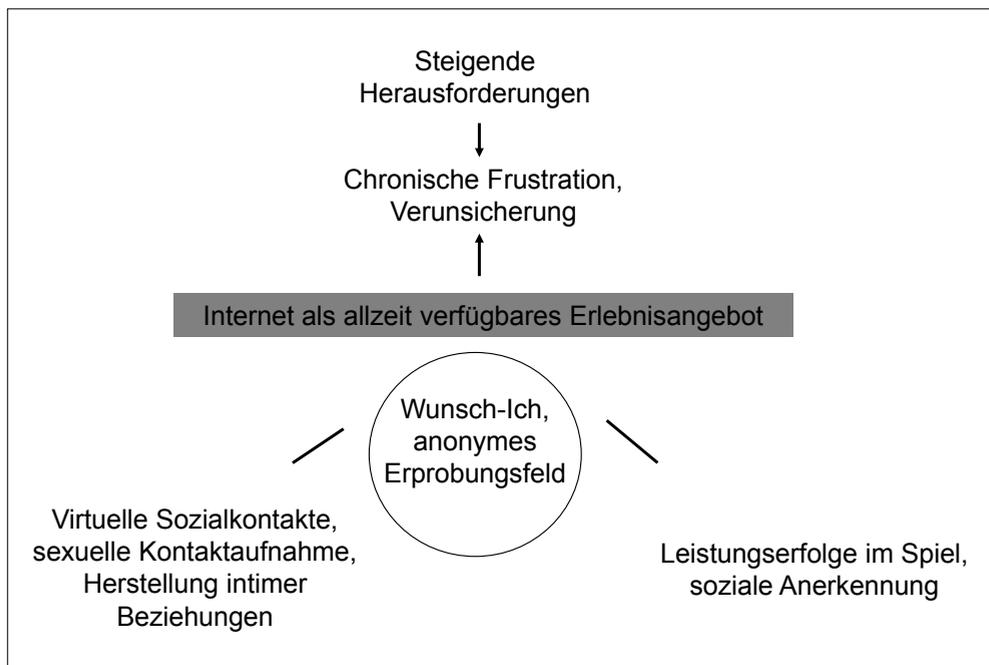


Abb. 3: Pathogenese der Internetsucht: Ein Erklärungsmodell

Der schon früh bestehende soziale Druck, sich in den Medien zu zeigen bzw. darüber kommunikativ omnipräsent zu sein belastet und verführt zu unrealistischen Perfektionismus-Idealen. Die Lebensführung an sich wird

zum Wettbewerb – wer hat die meisten „Freunde“, die beeindruckendsten Erlebnisse, sieht am attraktivsten aus? Zur Aufmerksamkeitssuche werden auch Grenzen überschritten; so soll mehr als die Hälfte der selbstpräsentierenden Darstellungen von Jugendlichen in Internet-Foren gesundheitsschädigende oder risikofördernde Inhalte aufzeigen (z.B. Beschreibung sexueller Aktivitäten, Selbstschädigungen, Alkohol etc.; ibd.). Zudem führt überhöhter Internet-Konsum per se zu Rückzug, Alltagsvernachlässigung, verringerter Schlafqualität (spätes Einschlafen, vermehrte Alpträume), kognitiven Störungen und ggf. – bei Gewaltspielen – Aggressionstriggerung (Lehmkuhl 2013). Eine wirkliche „Sucht“ liegt aber oft nicht vor, hier ist Aufklärungsarbeit auch bei Eltern bezüglich angemessener Nutzung neuer Medien notwendig – Ausnahme: eine im Internet praktizierte tatsächliche Spielsucht. Bei den meisten Patienten scheint das Internet eher als Beschäftigungselement eine Rolle zu spielen, welches an Bedeutung verliert, sobald ein Alltag wiederhergestellt ist. Die Kriterien der Internet(spiel-)sucht nach DSM-5 zeigt Tab. 3. Bei dem davon abzugrenzenden, wesentlich häufigeren „schädlichen Gebrauch“ sind exzessive Online-Aktivität (privat >30h/Woche), reduzierte Handlungskontrolle, überwertiges Immersionserleben, sozialer Rückzug, Selbstwertprobleme, eingeschränkte Alltagsfunktionalität sowie ggf. psychische Folgeerkrankungen zu verzeichnen (Petry 2014). Die erforderlichen Behandlungselemente decken sich in diesem Fall weitestgehend mit denjenigen, die für viele Patienten in Reifungskrisen mit Unfähigkeit der Alltagsbewältigung generell nötig sind (vgl. Tab. 4).

- andauernde Beschäftigung mit Internetspielen
- Entzugssymptome bei Nicht-Nutzung
- steigende Nutzungsdauer (Toleranzentwicklung)
- Täuschung anderer bzgl. Nutzungsdauer
- Reduktions- und Beendigungsversuche erfolglos
- Interessenverlust
- Vernachlässigung von sozialen und beruflichen Belangen
- fortgesetztes Spiel trotz psychosozialer Probleme
- Internet zur Emotionsregulation und als Coping-Strategie

Tab. 3: Diagnosekriterien der Internet Gaming Disorder nach DSM-5 (im ICD-10 bei Minderjährigen Behelfsdiagnose “F63.8 Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle”)

- Wiederherstellung einer Tagesstruktur
- Soziales Kompetenztraining, Erleben realer Sozialkontakte
- Ressourcenstärkung, Förderung der Identitätsentwicklung
- Herstellen eines emotionalen Realitätsbezugs (z.B. Erlebnispädagogik, Sporttherapie, Körperwahrnehmung)
- Gegenüberstellung virtuelles/reales Ich, ggf. ritueller Abschied des virtuellen Ichs
- Erlernen eines funktionalen Umgangs mit den neuen Medien

Tab. 4: Therapie-Bausteine bei schädlichem Internet-Gebrauch

Therapeutischer Beziehungsaufbau in der Adoleszenz

Für die Vertrauensbildung ist das Gefühl einer **Akzeptanz** durch den Therapeuten für den jungen Patienten extrem wichtig. Das impliziert, tolerant und geduldig die Eigenheiten, Meinungsäußerungen und Autonomiebestrebungen des Patienten innerhalb eines sozialverträglichen Rahmens zunächst anzunehmen – nur dann wird er Willens und in der Lage sein, auf dem Boden der Zusammenarbeit alternative und differenziertere Sicht- und Verhaltensweisen zu entwickeln. Vermeidung und Misstrauen spielen oft eine Rolle, in therapeutischen Teams auch Spaltungsversuche. Umgehendes, wichtig: konstruktives! Ansprechen einer solchen Wahrnehmung i.S. einer Lösungsorientierung trägt oft zur Annäherung bei, denn der Patient nimmt die wohlwollende Aufmerksamkeit seines Therapeuten wahr und entdeckt zudem evtl. wiederkehrende, wenig hilfreiche Verhaltensmuster bei sich. Negative Übertragungen, wie die Erwartung, dass der Therapeut Eltern-ähnlich einschränkend und reglementierend auftreten wird, müssen behutsam relativiert werden – mitunter ist eine von professioneller Haltung getragene Nachbeelterung gerade angesichts versäumter Entwicklungsschritte und regressiver Tendenzen erforderlich. Nachfragen („Darf ich Dir einen Vorschlag machen?“) und Zusammenfassungen mit eigenen Worten („Habe ich richtig verstanden, dass...“) unterstreichen die Akzeptanz im direkten Dialog.

„Jeder Mensch ist motiviert, die Frage ist nur, wozu“: **Transparenz** ist daher ein weiterer wesentlicher Aspekt in der Arbeit mit jungen Menschen. Die zu erarbeitenden Ziele müssen *genau und gemeinsam* definiert und im Verlauf immer wieder überprüft und ggf. angepasst werden. Es nutzt nichts, wenn nur der Therapeut aus seiner Sicht antizipiert, was für den Patienten nötig

sein dürfte, dann fehlt der gemeinsame Nenner und Missverständnisse oder Irritationen sind vorprogrammiert, mit dem Endergebnis „nur der Therapeut ist motiviert“. Oft kommen die Patienten mit der Aussage „Es soll besser werden“ in die Behandlung. Dann bedarf es der genauen Bestandsaufnahme und konkreten Benennung von Unterzielen und Prioritäten auch aus Sicht des Patienten, die zur angestrebten Verbesserung des Gesamtbefindens einhellig beitragen müssten. Darauf aufbauend kann das Therapieprogramm ausgearbeitet und dem Patienten erläutert werden. Zum Thema Transparenz gehört auch, dass es für den authentischen Austausch evtl. dazu gehören kann, dass der Therapeut seine Wahrnehmung oder Gefühle gegenüber dem Patienten äußert, natürlich unter sorgfältiger therapeutischer Abwägung, nicht zur eigenen Psychohygiene. Einem Patienten Emotionen zu spiegeln („Dein Verhalten heute hat mich ärgerlich gemacht“) unterstreicht die persönliche Beteiligung, das Interesse eines Therapeuten, verdeutlicht die möglicherweise nicht bewusste Außenwirkung und kann verknüpft werden mit Change Talk („Kennst Du das, dass andere in ähnlichen Situationen wütend auf dich werden?“ „Verstehst Du, warum mir das so geht?“ „Hätte es andere Verhaltensmöglichkeiten gegeben?“ usw.). Es versteht sich von selbst, dass **Zuverlässigkeit** und kohärent-konsequentes, nachvollziehbares Handeln („**Containment**“) von Seiten des Therapeuten weitere wichtige Faktoren für die Transparenz darstellen. Im Zweifelsfall gilt es, durch Nachfragen und Erklären die therapeutischen Reaktionen und Aktionen in das gemeinsame Verständnis einzubetten. Durch ein gemeinsames Krankheitsmodell wird die Arbeit in der Psychotherapie verständlicher. Alltagsnahes, pragmatisches Vorgehen wirkt dementsprechend bei jungen Menschen gewinnender. Schematherapie als bspw. sehr anschauliches Verfahren macht relativ schnell intrapsychisch übergeordnete, verhaltenssteuernde Wahrnehmungs- und Haltungsmuster (hier: „Elternmodi“) gegenüber vernachlässigten Bedürfnissen („inneres Kind“, Kindmodi) sichtbar, ebenso wie die zur Überbrückung dieser Diskrepanzen entwickelten dysfunktionalen Bewältigungsstrategien. Stuhldialoge und Imaginationsübungen helfen im Weiteren, das Zusammenspiel der beteiligten inneren Anteile in eine gesunde Balance zu bringen, wobei im Stationären darüber hinaus auch der Alltagstransfer direkt begleitet werden kann.

Grundsätzlich empfiehlt sich eine **motivierende Gesprächsführung** (Tab. 5), die durch Zugewandtheit, aufmerksames Interesse und (angemessene) Schwingungsfähigkeit bzw. Empathie geprägt ist. Gemeinsamkeiten bezüglich allgemeiner Interessen oder Gesprächsduktus (z.B. ähnlicher Humor, Dialekt) ebnen den Einstieg, des Gleichen unerwartetes Verständnis („Es ist o.k., wenn du nicht alle Fragen beantwortest“) oder das Sich-Einlassen auf ein zunächst weniger intrapsychisches Zielvorhaben („Wie wäre es denn, wenn wir uns erst einmal überlegen, wie wir wieder eine Tagesstruktur aufbauen können?“).

Die akzeptierende widerspricht nicht einer therapeutischen Haltung, die interpretieren und manchmal auch begrenzen muss. Permissives Auftreten des Therapeuten einerseits könnte Realitätsferne („Ich habe zwar keine Lust auf Schule, werde aber trotzdem erfolgreicher Unternehmer werden.“) und Orientierungslosigkeit verursachen, direktives Verhalten hingegen Regression und Stillstand auslösen („Der Therapeut arbeitet, der Patient nicht“). Zielorientiertes Vorgehen, reale Machbarkeiten aufzeigen und Belastungserprobungen sind maßgebliche Bestandteile. Es gilt immer: Der Patient *selbst* erarbeitet sich seinen Weg, und der Therapeut sorgt für den vertrauensvollen, sicheren Rahmen und setzt die entsprechenden Impulse.

Die therapeutische Arbeit mit Adoleszenten sollte auf vorhandenen Ressourcen basieren. Dazu besonders geeignet erscheinen über die Psychotherapie hinaus **Kreativtherapeutische Verfahren**. Mit ihnen gelingt es, auf symbolhafter Ebene Erkenntnisse und neue Lösungsansätze sowie einen Zugang zur eigenen Emotionalität zu finden. Durch eben die **Ressourcen-Orientiertheit** gelingt nonverbalen Techniken auch relativ mühelos der Einstieg, sofern das Verfahren an sich Interesse und Neugier beim Patienten zu wecken vermag. Im günstigsten Fall verschränken sich psycho- und kreativtherapeutisches Arbeiten, indem die Ergebnisse der einen Therapie in der anderen vertieft und weiterentwickelt werden.

| Elemente | Strategien im Gespräch |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grundhaltung | Positives / Optimistisches betonen Anleiten statt Vorschreiben Aktives Zuhören, Schweigen vermeiden Um Erlaubnis bitten Informationen geben Feedback einholen Ist-Soll-Abgleich (Wertesystem des Patienten berücksichtigen) Widerstand aufgreifen Selbstwirksamkeit fördern Empathie zeigen Autonomie respektieren Veränderungsideen stützen Eigenverantwortung stützen Kooperation Evokation: Aktivieren zur Veränderung |
| Personen-zentrierte Beratung | Offene Fragen verwenden Bestätigung von Bemühungen Reflektierende / spiegelnde Aussagen, Zusammenfassungen von Inhalten |
| Umgang mit Widerstand | Themawechsel Neutrale statt direktive Haltung Nicht überreden wollen Spiegeln der Aussagen, um „gesunde“ Gegenargumente zu wecken Pro´s und Kontra´s erarbeiten lassen Umdeutung Fokus wechseln |
| Change Talk (Bahnung der Veränderung) | Ambivalenzen spiegeln Wertfreie Haltung Imaginationen erfragen Werte erfragen Stärken erfragen Schätzskaalen verwenden (Priorisierung anregen) |
| Commitment | Veränderungsplanung: Ziele, konkrete Schritte, Abwägungsgründe, mögliche Schwierigkeiten |

Tab. 5: Motivierende Gesprächsführung (Elemente nach Naar-King und Suarez 2012)

Ganzheitliche Therapie

Die sich manifestierenden Syndrome sind in der Adoleszenz oft als „Ventil“ einer zu Grunde liegenden Reifungskrise zu verstehen. Insofern ist ein entsprechend störungsspezifisches Herangehen indiziert, allerdings müssen zur Ursachenbekämpfung alle wesentlichen Lebensaspekte des jungen Menschen in einem ganzheitlichen Ansatz berücksichtigt werden (Abb. 4).



Abb. 4a und b: Ganzheitliche Therapie der Reifungskrisen

Psychische Belastungen verzögern die **Persönlichkeitsentwicklung** und umgekehrt. Sehr oft in diesem Alter sind die Identitätsgrenzen stark durchlässig, die Abgrenzung gelingt nicht, da auch (wörtlich) das *Selbst*-Bewusstsein fehlt. Auf dem Boden dieser Unsicherheiten entstehen dysfunktionale Überzeugungen, Fehlwahrnehmungen und entsprechend schädliche Bewältigungsstrategien. Elemente u.a. der kognitiven Verhaltenstherapie können hier unterstützen, Bewertungsstile und Wahrnehmungsmuster differenzierter zu betrachten. Achtsamkeitsübungen sowie körpergestützte Therapieangebote vertiefen die emotionale Eigenwahrnehmungsfähigkeit, bahnen den positiveren Umgang mit dem eigenen Körper: Diagnoseunabhängig bestehen nämlich fast regelhaft Vorbehalte gegenüber dem äußeren Erscheinungsbild, über welches sich Heranwachsende gerade in der medialen Welt definieren zu müssen glauben. **Körperbildarbeit** als therapeutisches Gruppensetting mit ähnlich Betroffenen, ohne Beschränkung auf essgestörte Patienten, eröffnet eine wichtige Grundlage zur Selbstakzeptanz. Geschlechtsspezifische Gruppen können bei der Orientierung in die eigene Geschlechtsrolle hineinhelpen.

Die Festigung der Persönlichkeitsgrenzen einerseits bedarf als ergänzenden Pol einer sozial integrativen Befähigung andererseits. Fast alle unserer adoleszenten Patienten haben zumindest bei Teilaspekten Trainingsbedarf in der sozialen Interaktion. Ein altershomogenes Gruppensetting ist für **Soziales Kompetenztraining** unbedingt anzustreben aufgrund der lebensabschnittlich ähnlichen Thematiken. Im Stationären profitieren Heranwachsende nachhaltig von einer altersähnlichen Mitpatienten-Gruppe als Übungsfeld im geschützten Rahmen; besonders gut genutzt werden kann ein solches Setting durch die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie übliche **Milieuthherapie** mit Hilfe eines multiprofessionell sowohl pädagogisch als auch pflegerisch aufgestellten Pflege- und Erziehungsdienstes. Im besten Fall besteht ein Bezugsbetreuersystem zur Gewährleistung einer konkret personenbezogenen Zuständigkeit. Der Bezugsbetreuer fungiert als verlängerter therapeutischer Arm zum Transfer der erarbeiteten Inhalte in den Alltag. Zudem versteht sich die Milieuthherapie als eine Art kontinuierliches Alltags- und Sozialcoaching mit hohem Realitätsbezug. Auch Rollenspiele z.B. im Therapeutischen Theater oder erlebnispädagogische Gruppenunternehmungen festigen die Integrations- und Teamfähigkeit.

Alltagsfunktionalität und Belastbarkeit sind grundlegend für die weitere Entwicklung und psychosoziale Integration. Problem- und Konfliktlösestrategien sind hierfür Kernkompetenzen, die durch Unsicherheit, erlernte Hilflosigkeit, negative Selbsteinschätzung oder Impulsivität so beeinträchtigt sein

können, dass – oft in Kombination mit anderen Kompetenzmängeln - Rückzug und Vermeidung der Tagespflichten die Folge sind. Kommt der Alltag ganz zum Erliegen, empfiehlt sich eine stationäre Behandlung, um durch den Abstand zunächst eine Entlastung mit Raum für grundlegende therapeutische Interventionen zu schaffen, gleichzeitig aber behutsam dosiert wieder an die Herausforderungen des Lebens heranzuführen. Dies kann geschehen durch an die interne Klinikbeschulung anschließende Außenbeschulung, und / oder durch Arbeitstherapie, die nicht nur Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen fördert, sondern auch vermittelt, wie Problemstellungen systematisch gelöst werden können, wie man sich Hilfe holt, wie man sich strukturiert, wie man etwas nachhaltig produziert, wie man sich einordnet u.v.m. Das Erleben von **Selbstwirksamkeit** ist dabei der zentrale Aspekt, der Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen schafft. Dabei ist wichtig, das Leben nicht nur leistungsorientiert zu betrachten, sondern sich auch bewusst zweckfreie Freizeitbeschäftigungen „zu erlauben“, was gerade internalisierenden Patienten nicht leichtfällt.

Der altersentsprechende Verselbständigungsprozess mit Loslösung vom Elternhaus kostet auch bei „physiologischem“ Verlauf allen Beteiligten viel Kraft. Die Abgrenzungsversuche fallen mitunter sehr brüsk und irritierend aus, Kommunikationsschwierigkeiten bis zur Sprachlosigkeit sowie Missverständnisse beeinträchtigen das Vertrauensverhältnis und den Umgang miteinander. Somit benötigen auch junge Erwachsene mitunter noch eine **Familientherapie** mit den Eltern. Oft sind auch Themen wie vergangene Enttäuschungen, Schuldzuweisungen, mangelnde Aufmerksamkeit, Bevormundung oder fehlendes Zutrauen auf den Tisch zu bringen, um eine Klärung und einen befriedigenden Abschluss herbei zu führen. Zukunftsgerichtet kann durch therapeutische Mediation eine adäquate Perspektive für den neuen Lebensabschnitt gemeinsam erarbeitet und ein konstruktiv-wohlwollendes, unterstützendes Miteinander und gegenseitiges Verständnis angestrebt werden. Aber auch in der individuellen Psychotherapie sind in diesem Alter Eltern und deren persönlichkeitsprägende Sicht- und Verhaltensweisen sehr im Fokus.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass klassische Familientherapie sehr bereichert werden kann, indem man therapeutische Sitzungen in ein kreativtherapeutisches Milieu verlegt, um hier neue Erlebensqualitäten zu offerieren. Auf symbolhaftem, nonverbalem Weg vermitteln **Kreativtherapien** oft ein ganz anderes Verständnis als der wohl bekannte, kognitiv orientierte Gesprächsmodus. Somit profitieren auch die Patienten nachhaltig, wenn die

Psychotherapie um Kreativtherapien im intensiveren, individualisierten Einzelsetting ergänzt wird.

Da sich adoleszente Patienten im Nahbereich des Schulabschlusses bewegen, stellt die **Perspektivenplanung** einen ganz wesentlichen Bestandteil der Therapie dar. Der Überfluss an beruflichen Auswahlmöglichkeiten, gekoppelt mit oft unrealistisch überhöhten Erwartungen an ein berufliches Superlativ (immer glücklich machende, aufregende, erfüllende, lukrative Tätigkeit) und eine ausgesprochene oder antizipierte Erwartungshaltung der Eltern üben großen Druck auf den jungen Menschen aus. Ein „Fehltritt“ scheint hier nicht erlaubt zu sein. Die Fehlüberzeugungen oder Wechselwirkungen mit dem Elternhaus bezüglich zukünftiger Weichenstellungen sind maßgeblicher Gegenstand der Psychotherapie. Die konkrete Umsetzung bedarf, abhängig von der individuellen Selbständigkeit, gradueller Unterstützung. Fundament sollte immer eine Leistungstestung sein, um über das Begabungsprofil die Eignungen und Machbarkeiten zu unterfüttern. Arbeitsämter und Sozialberatungen sind gute Impulsgeber, um die Berufsfindung anzugehen. Hilfreich erlebt werden Bewerbungstrainings und ggf. Orientierungspraktika. Im Stationären eröffnet sich hier ein großes Feld, das durch Sozialpädagogen individuell zugeschnitten begleitet wird, z.B. Einbeziehung von Ämtern, Hilfeplangesprächsrunden, Praktikumsvermittlung an Kooperationsbetriebe, bei Schülern ggf. Außenschulbesuche, Internatsberatung, Unterstützung bei Schulwechseln. Ergänzend empfehlen sich Seminarangebote zur Alltagsbewältigung mit Kenntnisvermittlung zu Essenszubereitung, Tagesstrukturierung, Bürokratie- und Finanz-Kompetenzen und Anleitung sowie Üben von Haushaltsfähigkeit (z.B. selbständige Zimmerreinigung, Lebensmitteleinkäufe und Kochen).

Anregung zur **aktiven Freizeitgestaltung** ohne Leistungsanspruch sollte ebenfalls in der ganzheitlichen Betrachtung einen Platz finden. Im stationären Rahmen können interne, niedrigschwellige Angebote (Sportgruppen, Kunstatelier etc.) einen Vorgeschmack bieten, Kooperationen mit Vereinen ermöglichen eine realitätsnahe Umsetzung. Anzustreben ist eine feste Verankerung des neuen oder wieder belebten Interessengebiets im Alltag als fester Programmpunkt im Wochenablauf im Sinne einer Ressourcenförderung – mit dem Nebeneffekt einer weiteren sozialen Implementierung.

Zusammenfassung

Heranwachsen geht mit vielen Anforderungen einher - Erwerb von *Selbst*-Bewusstsein, Identitätsfindung, soziale Integration, Verselbständigung, Berufsfindung. Im reifungsgeschichtlichen Kontext kann es zu Krisen mit Verlust der Alltagsfunktionalität und psychiatrischen Index-Erkrankungen kommen, die nicht nur Syndrom-spezifisch, sondern im Sinne der Ursachenklärung ganzheitlich behandelt werden müssen. In der klinischen Versorgung bieten Adoleszenten-spezialisierte Einrichtungen die Chance, die sozialpsychiatrischen und für den Lebensabschnitt spezifischen Bedürfnisse der Heranwachsenden effektiver zu erfüllen und durch die Altershomogenität der Patienten ein motivierendes Übungsfeld zu schaffen. Hilfreiche Aspekte in der Behandlung sind eine wohlwollende, akzeptierende Haltung des Therapeuten, eine motivierende Gesprächsführung, eine klare Ressourcenorientiertheit, die Alltagsnähe des therapeutischen Vorgehens, die Einbeziehung nonverbaler Verfahren, die Vermittlung von Erlebnissen der Selbstwirksamkeit sowie der konkrete Transfer der Therapieinhalte in den Alltag. Adoleszentenpsychiatrie ist ein altersübergreifendes und somit interdisziplinär jugend- und erwachsenenpsychiatrisches Thema. Adressiert sind junge Menschen, die ihren Platz – sozial und beruflich – und ihr Selbst noch nicht gefunden haben. Im Kern ist hier Entwicklungsarbeit zu leisten, um nach einer krisenhaften Lebensphase nachgereift und kompetenzgestärkt den Lebensweg fortsetzen zu können.

Literatur

- Bacsikai E., Czobor P., Gerevich J. (2012) Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 719-723
- Barnow S., Stopsack M., Spitzer C., Freyberger HJ. (2007) Correlates of alcohol expectancies in adolescence. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 1-10
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. <http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtprevention/?=92>
- Casey BJ., Jones RM. (2010) Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 1189-1301
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2011) Gemeinsames Positionspapier 2010. In: A Warnke, G Lehmkuhl (Hg.) *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. 4. Aufl., Stuttgart: Schattauer, 71f.
- Durkee T., Kaess M., Carli V., Parzer P., Wasserman C., Floderus B., Apter A., Balazs J., Barzilay S. (2012) Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107 (12): 2210-2222.
- Egberts KM., Mehler-Wex C., Gerlach M. (2011) Therapeutic drug monitoring in child and adolescent psychiatry. *Pharmacopsychiatry*, 44, 249-253
- Fedorow H., Halliday GM., Rickert CH, Gerlach M, Riederer P., Double KL (2006) Evidence for specific phases in the development of human neuromelanin. *Neurobiological Aging*, 27, 506-512
- Freudenstein O., Valevski A., Apter A., Zohar A., Shoval G., Nahshoni E., Weizman A., Zalsman G. (2012) Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (6), 746-752
- Grossmann K., Grossmann K.E. (2008) Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F., Schulte-Markwort M., Warnke A. (Hrsg.) *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und Entwicklung psychischer Störungen*. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer, 221-242
- Hankin B.L., Abela J.R.Z. (2011) Non-suicidal self injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2,5 year longitudinal study. *Psychiatry Research*, 124, 74-80
- Herpertz-Dahlmann B, Resch F., Schulte-Markwort M., Warnke A. (2008) Entwicklungspsychiatrie. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F., Schulte-Markwort M., Warnke A. (Hg.) *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und Entwicklung psychischer Störungen*. 2. Aufl., Stuttgart: Schattauer, 303-351

- Hiemke C., Baumann P., Bergemann N., Conca A., Dietmaier O., Egberts K., Fric M., Gerlach M., Greiner C., Gründer G., Haen E., Havemann-Reinecke U., Jaquenoud Sirost E., Kirchherr H., Laux G., Lutz UC., Messer T., Müller MJ., Pfuhlmann B., Rambeck B., Riederer P., Schoppek B., Stingl J., Uhr M., Ulrich S., Waschgler R., Zernig G. (2011) AGNP Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Psychiatry: Update 2011. *Pharmacopsychiatry*, 44, 195-235
- Klampf K., Mehler-Wex C., Warnke A., Gerlach M. (2016) Entwicklungspsychopharmakologie. in: Gerlach M., Mehler-Wex C., Walitza S., Warnke A., Wewetzer Ch. (Hg.) *Neuro-/Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter*. 3. Aufl., Berlin Heidelberg: Springer, 71-80.
- Konrad K., Firk Ch., Uhlhaas PJ. (2013) Hirnentwicklung in der Adoleszenz. *Deutsches Ärzteblatt* 110 (25), 425-31
- Labelle R., Breton J., Pouliot L., Dufresne M.J., Berthiaume C (2013) Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. *Journal of affective disorders*, 145 (3), 370-377
- Lehmkuhl G., Frölich J (2013) Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 41 (2), 83-86
- Naar-King S., Suarez M. (2012) Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Weinheim Basel: Beltz
- Mehler-Wex C., Kölch M., Kirchheiner J., Antony G., Fegert JM., Gerlach M. (2009) Drug monitoring in child and adolescent psychiatry for improved efficacy and safety of psychopharmacotherapy. *Child Adolescent Psychiatry Mental Health*, 3, 14
- Ortin A., Lake AM., Kleinman M., Gould MS. (2012) Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of affective disorders*, 143 (1-3), 214-222
- Piontek D., Orth B., Kraus L. (2017) Illegale Drogen – Zahlen und Fakten. in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hg.), *Jahrbuch Sucht* 17, Lengerich: Pabst, 107-112
- Petry J (2014) Pathologischer PC/Internet-Gebrauch. *Psychodynamische Psychotherapie* 13 (3): 162-175
- Plener PL., Brunner R., Resch F., Fegert JM., Libal G. (2010) Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38, 77-89
- Plener P, Kapusta N, Brunner R, Kaess M. (2014) Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) in DSM-5. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 42(6) 405-413
- Plener PL., Kapusta ND., Koelch MG., Kaess M., Brunner R. (2012) Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis - implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury in adolescents *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40 (2), 113-120
- Remschmidt H. (2013) Adoleszenz – seelische Gesundheit und psychische Krankheit. *Deutsches Ärzteblatt* 220 (25): 423f.
- Resch F., Freyberger HJ. (2009) Struktur und Identität. In: Fegert JM., Streeck-Fischer A., Freyberger HJ. (Hg.) *Adoleszenzpsychiatrie*. Stuttgart New York: Schattauer, 105-111

- Schepker R., Barnow S., Fegert JM. (2009)* Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Fegert JM., Streeck-Fischer A., Freyberger HJ. (Hg.) Adoleszenzpsychiatrie. Stuttgart New York: Schattauer, 231-240
- Selby E.A., Doyle P., Crosby R.D., Wonderlich S.A., Engel S.G., Mitchell J.D., Le Grange D. (2012)* Momentary emotion surrounding bulimic behaviors in women with bulimia nervosa and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 46(11), 1492-500
- Spitzer M. (2009)* Zur Neurobiologie der Adoleszenz. In: Fegert JM., Streeck-Fischer A., Freyberger HJ. (Hg.) Adoleszenzpsychiatrie. Stuttgart New York: Schattauer, 133-141
- Streeck-Fischer A., Fegert JM., Freyberger HJ. (2009)* Gibt es Adoleszentenkrisen? In: Fegert JM., Streeck-Fischer A., Freyberger HJ. (Hg.) Adoleszenzpsychiatrie. Stuttgart New York: Schattauer, 183-189
- Teuchert-Nodt G., Lehmann K. (2008)* Entwicklungsneuroanatomie. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (Hg.) Entwicklungspsychiatrie. 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, 22-40
- Uhlhaas P.J., Roux F., Singer W., Haenschel C., Sireteanu R., Rodriguez E. (2009)* The development of neural synchrony reflects late maturation and restructuring of functional networks in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106, 9866-71
- Wartberg L., Brunner R., Kriston L., Durkee T., Parzer P., Fischer-Waldschmidt G. (2016)* Psychopathological factors associated with problematic alcohol and internet use in a sample of adolescents in Germany. *Psychiatry Research*, 240, 272-277
- Wedig MM., Nock MK. (2007)* Parental expressed emotions and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1171-1178
- Weinstein A., Lejoux M. (2010)* Internet Addiction or Excessive Internet Use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 277-283

Autorin:

Prof. Dr. Claudia Mehler-Wex,
HEMERA Klinik für Seelische Gesundheit,
Privatklinik für Jugendliche und junge Erwachsene
Schönbornstr. 16, 97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971/699003-101
Email: mehler-wex@hemera.de

radio sonnengrau **– ein gemeinnütziges Radioprojekt von** **Betroffenen und Angehörigen zu psychischer** **Erkrankung und seelischer Gesundheit**

Tanja Salkowski

Radio sonnengrau ist ein gemeinnütziges Radioprojekt von Betroffenen und Angehörigen rund um die Themen psychische Erkrankung und seelische Gesundheit. Das Radio entstand im April 2014 aus einer Kooperation mit dem Offenen Kanal Lübeck.



Nach ihrem Suizidversuch und anschließendem Klinikaufenthalt schrieb Projektleiterin Tanja Salkowski ein Buch über ihre Erfahrungen mit der Erkrankung Depression. Bei ihrer Vorstellung des Buches im Offenen Kanal Lübeck wurde ihr eine Sondersendung zum Thema Depressionen angeboten. Während dieser Sondersendung brach die Zuhörer-Hotline vor Überlastung völlig zusammen. Auf Grund der großen Nachfrage entschied sich Tanja Salkowski, eine eigene Sendung über Depressionen ins Leben zu rufen. So entstand Radio sonnengrau, welches mittlerweile einmal monatlich per Online-Livestream über die Radio-sonnengrau-Homepage (www.radiosonnengrau.de) zu empfangen ist. Die Zuhörer beschränken sich mittlerweile nicht mehr nur auf Lübeck, sondern kommen hauptsächlich aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Aber auch außerhalb Deutschlands gibt es großes Interesse an Radio sonnengrau. Einige Zuhörer schalten sogar aus Großbritannien, Australien und Japan ein.



Der große Erfolg Radio sonnengrau zeigt sich auch an den bisherigen Auszeichnungen. So wurde Radio sonnengrau im Jahr 2014 mit dem Antistigmapreis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), sowie im Jahr 2015 mit dem startsocial Preis, verliehen von Bundeskanzlerin Angela Merkel, ausgezeichnet.

Radio sonnengrau besteht aus einem 15-köpfigen Team aus Haupt- und Ehrenamtlichen. Das Team bereitet die Sendungen vor, sucht und recherchiert Themen und Studiogäste, kümmert sich um Öffentlichkeitsarbeit und Sponsorsuche. Das Team wird von Experten wie Psychiatern, Psychologen, Psychotherapeuten und einem Rechtsanwalt komplettiert. Ein Großteil des Teams hat selbst, als Angehöriger oder Betroffener, Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht.



Nach dem Suizid eines Teammitglieds im Jahre 2017 entschied sich Radio sonnengrau andere Wege zu gehen. Sie wollten nicht mehr die „tausendste Sendung über Depressionen machen“, sondern an die Entstehung und Gründe für psychische Erkrankungen gehen. Ziel ist es, anzusetzen bevor es überhaupt zu psychischen Erkrankungen und Suiziden kommen kann. Der neue Schwerpunkt liegt auf der Prävention für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. In den Sendungen werden vorbeugende Modelle vorgestellt, Arbeitgeber für seelische Nöte bei Mitarbeitern sensibilisiert, Einblicke in alternative Lebenskonzepte gegeben und das Gesellschaftssystem kritisch betrachtet.

Es werden Menschen befragt, die lösungsorientierte Antworten geben und Geschichten von denjenigen erzählt, die etwas anders machen. Außerdem soll im Laufe des Jahres 2018 das Moderations- und Redaktionsteam ausgebaut werden und u.a. Frühstücks- und Night Talk-Sendungen on air gehen.

Da Radio sonnengrau ein gemeinnütziges Projekt ist, kann es jedoch nur anhand von Spenden existieren. Die Spendenmöglichkeiten sind unter www.radiosonnengrau.de einzusehen.

Korrespondenzadresse:

Tanja Salkowski

- Projektleitung / Moderation -

Radio sonnengrau

Deutschlands Radiosendung rund um psychische Erkrankungen,

Seele & Mensch

An der Untertrave 81-83, 23552 Lübeck

Telefon: 0451/48900352

Homepage: www.radiosonnengrau.de

Youtube: <https://www.youtube.com/radiosonnengrau123>

Facebook: www.facebook.com/radiosonnengrau

Instagram: www.instagram.com/radiosonnengrau

iTunes: <https://itunes.apple.com/de/podcast/radio-sonnengrau/id1126811883>

Soundcloud: <https://soundcloud.com/radio-sonnengrau>

Email: tanja@radiosonnengrau.de

Kooperationspartner der Deutschen DepressionsLiga e.V.

Mitglied des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit

Gewinner DGPPN-AntistigmaPreis 2014

Bundespreisträger startsocial-Wettbewerb 2015

Stellungnahme der Gemeinsamen Ethik-Kommission von BAG KJPP, BKJPP und DGKJP

Ethischen Implikationen der kindlichen Bindung bei sozialer und biologischer Elternschaft

1. Fragestellung

Ethische Implikationen der kindlichen Bindung bei sozialer und biologischer Elternschaft.

Der Begriff „soziale Elternschaft“ richtet den Fokus auf ein besonderes familiäres System, nämlich das der Pflege- oder Adoptiveltern, welches Kinder in eine neue Situation bringt und vor veränderte Aufgaben stellt. Dort befindet sich das Kind, wenn die biologischen Eltern nicht mehr zur Verfügung stehen oder nachdem „gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ (§1666 BGB) wirksam geworden sind.

In der bisherigen Kindeswohl-Debatte finden sich vorwiegend Überlegungen zum Akt der Herausnahme des Kindes aus dem ursprünglichen Familiensystem sowie die Bewertung von Gründen und „Verhältnismäßigkeit“ der Maßnahmen (§ 1666 a BGB). Es entsteht der Eindruck, dass das „Kindeswohl“ durch ein klar definierbares Einzel- oder sequentielles Ereignis gefährdet werden kann. Dem gegenüber stehen dynamische bindungs- und entwicklungsorientierte Sichtweisen auf den Entwicklungsprozess des Kindes. Desse Verarbeitungsprozess wird in der Folge auf das Schädigungsereignis adaptiert und kann sich im weiteren komplexen kindlichen Entwicklungsverlauf für das Kind schädigend auswirken.

Die nachfolgende Stellungnahme der Ethikkommission will mögliche ethische Implikationen *aus der Sicht des Anrechts des Kindes auf Entwicklungsförderung und Bindungssicherheit* beleuchten. Dieses Anrecht besteht zwar nicht im rechtlichen Sinn, ist jedoch aus der Sicht der kinder- und jugendpsy-

chiatischen Fachverbände für die psychische Kindergesundheit wesentliche Voraussetzung. Die hier angestellten Überlegungen sollen als Grundlage für eine Überprüfung der geltenden gesetzlichen Regelungen und die Form deren Anwendung dienen. Die praktischen Umgangsregelungen der leiblichen Eltern sollen damit in Bezug auf ihre Passung mit den Rechten und Belangen der kindlichen Bindung und Entwicklung hinterfragt und kindgerecht ausgerichtet werden. Die Rolle und Aufgabe der sozialen Eltern ist verfahrensrechtlich zu schärfen und zu stärken, wobei Unterstützungen der Familien mit Jugendhilfemaßnahmen zielorientiert verbessert werden sollen.

Das Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) wurde am 29.06.2017 im zuständigen Ausschuss vom Bundestag verabschiedet, jedoch anschließend im Bundesrat gestoppt. Damit ist die Reform, die noch vor der Überarbeitung im Bundestag erhebliche Verbesserungen auch für Pflegekinder erbracht hätte, in der aktuellen Legislaturperiode nicht mehr umzusetzen. Auch vor diesem Hintergrund kann die vorliegende Stellungnahme relevante Rahmenbedingungen für das neuerliche Gesetzgebungsverfahren in der nächsten Legislaturperiode bieten. Die DGKJP hat dazu bereits in zwei Stellungnahmen die KJSG-Reform kommentiert (Wiebels et al., 2017; http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2017/Stellungnahme_Anhoerung_am_19.6.2017.pdf)

2. Spannungsfeld:

fachliche Einschätzung versus juristische Entscheidungen

Geht man davon aus, dass erlebte Zugehörigkeit und emotionale Sicherheit von Kindern und Jugendlichen in ihrer neuen sozialen Familie eine große Bedeutung für die Entwicklung der psychischen Gesundheit haben und grundlegender Bestandteil der Rechte des Kindes sind, so steht dieses Recht des Kindes potentiell im Spannungsfeld zum Recht auf Kontakt zu den leiblichen Eltern. Daraus ergeben sich Implikationen aus fachlicher Sicht, nämlich aus kinder- und jugendpsychiatrischer, pädagogischer, sozialer und juristischer Perspektive.

Pflege- und Adoptivkinder mit Belastungssymptomen und Anpassungsstörungen im Zusammenhang mit Umgangskontakten können zu Symptomträgern werden. Aus der Perspektive der Pflege- und Adoptiveltern als die aktuellen Bindungspersonen fühlen sich diese oft ohnmächtig und hilflos und können aus der Bindungsperspektive des Kindes nicht ausreichend Schutz und Sicherheit garantieren. Der umgekehrte Fall ist ebenfalls denkbar, dass

nämlich das neue soziale Bindungssystem ungünstig auf das Kind einwirkt und aus der Sicht der leiblichen Eltern die bestehende Umgangsregelung unzureichend sei und für die Kinder abträglich.

In ihrer Ratlosigkeit wenden sich die Parteien an Beratungsstellen, oder aber auch an Kinder- und Jugendpsychiater in der Hoffnung, die reaktiven Symptome ließen sich beseitigen, aber ebenso in der Hoffnung, fachliche Unterstützung für das jeweilige Anliegen zu erhalten. In dieser Situation stellt sich aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht die Frage, ob die geltenden Umgangsregelungen dem Bedürfnis des Kindes entsprechen. Hypothese dieser Stellungnahme ist es, dass die kindliche Perspektive in vielen Fällen unzureichend berücksichtigt wird.

a. Bedeutung der Bindung für das Kind

Generell ist festzuhalten, dass der entwicklungspsychologische Begriff der Bindung und der im Familienrecht gebrauchte Begriff der Bindung nicht deckungsgleich sind. Die familienrechtliche Beurteilung, ob und zu wem ein Kind (enge) Bindungen hat, ist nicht gleichzusetzen mit den Begriffen, wie sie die Bindungsforschung verwendet. Über Entwicklungsaspekte und Bindungsbedürfnisse des Kindes gibt es bereits eine breite wissenschaftliche Literatur. Nach John Bowlby ist Bindung „das gefühlstragende Band, das eine Person zu einer anderen spezifischen Person anknüpft und das sie über Raum und Zeit miteinander verbindet.“ Es geht also um ein komplexes, interaktives Geschehen zwischen Kind und Bezugsperson. Fundamentale Voraussetzungen für Bindungsfähigkeit sind insbesondere Feinfühligkeit und Responsibilität, Verlässlichkeit und Kontinuität.

Das Eingehen von „Bindung“ ist ein fortwährendes, emotional stabilisierendes Bedürfnis des Kindes und ereignet sich in der kindlichen Entwicklung auch über den Akt der Fremdunterbringung hinaus. Dabei ist das Bindungssystem flexibel und nicht auf die leiblichen Eltern beschränkt, d.h. es kann eine deutlich größere Zahl an „significant others“ umfassen. Somit kann auch sozialen Eltern eine herausragende Bedeutung zukommen. Sie sichern die weitere Existenzgrundlage des Kindes, wenn die leiblichen Eltern nicht zur Verfügung stehen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die oben genannten Qualitäten bei den leiblichen Eltern (noch) nicht gegeben sind; dann kann Bindung zu den sozialen Eltern, Pflege- oder Adoptiveltern, Priorität haben.

Unter dem familienrechtlichen Aspekt ist daher die Bindung des Kindes an Bezugspersonen von besonderer Bedeutung und auch Teil des Begriffs des Kindeswohls.

Bindung sichert die Entwicklungsdynamik insbesondere im emotionalen und sozialen Bereich.

Im BGB wird im §1685 die Bedeutung auch anderer Personen für das Kind bereits aufgenommen („Umgang des Kindes mit anderen Bezugspersonen“). Gleichwohl kann dieser theoretische Rechtsanspruch des Kindes in der Praxis seine Grenzen finden, wenn es in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen nicht gelingt, dass ein Elternteil oder die leiblichen Eltern oder aber auch soziale Eltern nicht eine entsprechende Bindungstoleranz aufbringen, um dieses Recht auch für das Kind erlebbar werden zu lassen.

b. Elternrecht versus Kinderschutz

In Art. 6 Abs. 2 des Grundgesetzes wird das Elternrecht nur den leiblichen Eltern zugestanden. Fallen sie in ihren Elternqualitäten aus und zeigen sie auch keine ausreichenden Hinweise auf deren Weiterentwicklung, wird den leiblichen Eltern auch bei Fremdunterbringung des Kindes in der Regel ein Recht auf Umgang mit ihrem Kind zugeschrieben. Diese Konstellation ist im Grundsatz sehr sinnvoll, erfordert aber, dass die beteiligten Erwachsenen sich in ihren unterschiedlichen Funktionen respektieren. Andernfalls kann aus einer Konkurrenz zwischen leiblichen und sozialen Eltern ein Konfliktpotenzial erwachsen, das das Kind in Loyalitätskonflikte bringt.

c. Elternrecht versus Bindungskontinuität

i. Pflegeeltern/ biologische Eltern

Konfliktvolle Auseinandersetzungen zwischen den beteiligten Erwachsenen, verstärkt durch vielfältige Kränkungen der leiblichen Eltern im Rahmen der Herausnahme des Kindes, führen oftmals zu juristischen Klärungsversuchen in Bezug auf die jeweilige Rolle und Position.

Die Pflegeeltern leiden unter den ihnen seitens der Familiengerichte nur beschränkt zugestandenen Entscheidungs- und Vertretungsrechten für das Kind und unter dem sog. „Befristungsdogma“ zu den leiblichen Eltern (s.u. Abs. 3 a). Andererseits fällt es ihnen u.U. schwer, den leiblichen Eltern Kompetenzen und Entwicklungsmöglichkeiten zuzubilligen.

Die leiblichen Eltern sind durch die Herausnahme des Kindes belastet, sie können u.U. nur schwer akzeptieren, dass es ihrem Kind bei den sozialen Eltern besser gehen soll. Ein persönlicher Kontakt zwischen leiblichen und sozialen Eltern kann durch die Gegebenheiten sehr schwierig sein und sollte ggf. begleitet werden.

In dieser Situation ist es auch für professionelle Helfer unter Umständen nur schwer möglich, eine neutrale und vermittelnde Position einzunehmen. Je nach Konstellation kann es für die beteiligten professionellen Helfer aus der Perspektive auf das Kind erforderlich werden, sich eindeutig für eine Seite zu positionieren, etwa wenn eine Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie absehbar ungünstig eingeschätzt wird, aber auch im umgekehrten Fall, wenn eine baldige Rückführung sinnvoll erscheint. Eine klare Positionierung im erstgenannten Fall könnte dazu beitragen, dass sich für das Kind ein neuer Lebensmittelpunkt entwickeln kann, den es dann zu schützen gilt. Dem steht aber die grundlegende Idee der Rückführung in den Haushalt der Eltern entgegen.

Ungünstiges Elternverhalten, z.B. das Aufrechterhalten von Macht und Kontrollstrategien dem fremd untergebrachten Kind gegenüber, kann beim Kind fortlaufend psychische Belastungssymptome hervorrufen. Es sind aus der klinischen Praxis vielfältige Beispiele bekannt, bei welchen die den leiblichen Eltern gegenüber loyalen Kinder nach den Kontakten Verhaltensauffälligkeiten bzw. emotionale Belastungssymptome zeigen. Obgleich die kausale Zuordnung im Einzelfall schwer sein kann, also auch Pflegeeltern unangemessen interagieren können oder weitere Faktoren eine Rolle spielen können, ist dennoch unstrittig, dass eine konfliktreiche Konkurrenzsituation zwischen leiblichen und sozialen Eltern eine chronische Überforderungssituation für die betroffenen Kinder darstellen muss.

ii. Trennungssituation

Wenn Eltern sich trennen, wird in der Regel die Bindungskontinuität des Kindes empfindlich gestört. Je nachdem wie konfliktreich der Trennungsprozess zwischen den Eltern abläuft, so belastend ist er für die beteiligten Kinder. Die dann vollzogene Trennung kann ggf., so der klinische Eindruck, auch heilsam für die Kinder sein. Mitunter sind die Konfliktparteien so sehr mit sich selbst oder mit dem Streit beschäftigt, mitunter wird Gewalt gegeneinander ausgeübt, dass vorübergehend keines der beteiligten Elternteile das Kindeswohl sicherstellen kann.

Wird das Kind in dieser Konfliktkonstellation fremd untergebracht, sei es in einer Bereitschaftspflegefamilie oder einer Wohneinrichtung, besteht die Gefahr, dass das vorübergehende soziale Bindungssystem in den elterlichen Konflikt mit involviert wird.

Auch in diesem Falle reagieren Kinder oft reaktiv mit Symptomen und werden zu Diagnostik und Therapie im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich vorgestellt. Es stellt sich dann die Frage, inwieweit laufende Elternkontakte auszusetzen sind, um Entlastung für das Kind zu schaffen, so lange, bis Maßnahmen zur Kooperationsverbesserung, wie z.B. Mediation und Trennungsberatung, bei den Eltern greifen.

Das Elternrecht auf Umgang mit dem Kind kann hier in Konkurrenz zum Kindeswohl stehen und den Therapieauftrag erheblich erschweren.

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht können erhebliche Unterschiede bestehen hinsichtlich Störungsbild und Prognose bei Kindern aus Trennungssituationen einerseits und aus Familiensystemen mit z.B. langjährigen Gewalterfahrungen und resultierender Herausnahme des Kindes andererseits. Steht die Frage nach Kontakt oder sogar Rückführung des Kindes zu den leiblichen Eltern an, ist bei Trennungs- bzw. Pflegekindern auch aus juristischer Sicht die Art der Trennungsproblematik und innerfamiliären Erfahrungen ggf. besonders zu beachten.

d. Kindesschutz versus Kindeswille

i. Limitierung des Willens des Kindes aufgrund von Gefährdungsaspekten
Bindung ist nicht an ein förderliches Verhalten der Eltern gekoppelt. Bindung zu den leiblichen Eltern kann bestehen, obwohl diese sich im Sinne des Kindeswohls nicht förderlich für das Kind verhalten.

Trotz Bindung kann eine Herausnahme eines Kindes aus einer Familie unter dem Aspekt des Kindeswohls gerechtfertigt sein, wenngleich das Bundesverfassungsgericht (2014) hier präzisiert hat, dass konkret die absehbare Gefährdung des Kindeswohls erkennbar sein muss und nicht optimale Verhältnisse für das Kind leitend für Entscheidungen sein dürfen.

ii. Wunsch auf Kontakt zu Elternteilen trotz potentieller Gefährdung
Grundsätzlich haben Kinder das Recht auf Umgang mit ihren biologischen Eltern (§1684 Abs. 1 BGB). Situationen sind denkbar, in denen Jugendli-

che Kontakt zu leiblichen Eltern wünschen, ohne dass hierzu eine rechtliche Grundlage besteht oder dies Zustimmung findet seitens der sozialen Eltern, des zuständigen Jugendamtes bzw. Vormundes. Solche Situation können insbesondere vorliegen, wenn ein Elternteil zuvor wegen Kindesmissbrauch o.a. verurteilt wurde. Einfluss auf Entscheidungen nehmen auch das jeweilige Engagement der Zuständigen oder deren Fallbelastung. Hier könnte die Einrichtung einer ombudschaflichen Beratung hilfreich sein, wie sie auch zur rechtlichen Unterstützung junger Menschen im Bereich der Jugendhilfe vorgesehen ist bzw. eine Umgangspflegschaft gem. §1684 Abs. 3 eingerichtet werden.

e. Elternrecht versus Kindeswille

Dem Elternrecht auf Umgang mit dem fremd untergebrachten Kind kann dessen ernsthafter, unbeeinflusster und altersgemäß geäußerter Wille entgegenstehen.

Dieser Konflikt entsteht zum Beispiel bei pathologischen Beziehungsverhältnissen in strittigen und massiv gefährdenden Eltern-Kind-Beziehungen. Hier setzen sich zum Teil transgenerational bestehende, durchgängige Kontroll- und Machtstrategien fort und haben negative Auswirkungen auf das kindliche Bedürfnis nach Bindungssicherheit. Aber auch individuelle Einflussfaktoren, die sich aus der Persönlichkeitsstruktur der Eltern ergeben, können hier zu erheblichen Belastungen für die Kinder werden.

Ein Umgang mit leiblichen Eltern erscheint in diesen Situationen nur sinnvoll, wenn er für das Kind förderlich bzw. nicht abträglich ist.

f. Sorge- und Umgangsrecht versus Kindeswille

Umgang mit den leiblichen Eltern ist prinzipiell ein Recht des Kindes. Dem versuchen gerichtliche Regelungen des Umgangsrechts in der Regel sicher stets Rechnung zu tragen. Es sind jedoch Konstellationen denkbar, in denen der Umgang mit den leiblichen Eltern nicht dem Kindeswillen entspricht. Besondere Herausforderungen bezüglich der Einschätzung des Kindeswillens entstehen, wenn das Kind aus Entwicklungs- oder anderen Gründen zu seinem Wunsch nach Elternkontakt noch nicht hinreichend klar Auskunft geben kann. Kann es sich verbal noch nicht äußern, können non-verbale Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung maßgeblich werden. In Situationen begleiteten Umgangs mit den leiblichen Eltern ergeben sich durchaus oft Hinweise auf den Willen des Kindes. Eine Relevanz haben auch die Berichte der so-

zialen Eltern über ihre Beobachtungen zum Kontaktverhalten, emotionalen Ausdruck oder zu bestimmten körperlichen und seelischen Reaktionen der Kindervor und nach den Kontakten mit den leiblichen Eltern. Wechselseitige Bindungstoleranz bei leiblichen und sozialen Eltern sollte unterstützt und angestrebt werden. Beide Seiten sollten z.B. in einen Schulungsprozess seitens der Jugendämter eingebunden werden, damit auch in schwierigen Entscheidungssituationen mutmaßlich richtige Entscheidungen für das Kind getroffen werden können.

g. Elternrecht versus Sorgerecht durch Adoption

Pflegekinder nehmen in der Regel im Verlauf ihrer Unterbringung zu den neuen sozialen Eltern Bindung auf. Dies geschieht unabhängig von einer Rückkehroption. Ist diese ausgeschlossen, stellt sich die Frage nach einer Adoption durch die Pflegeeltern gemäß § 36 Abs.1 S.2 SGB VIII.

Eine verbindliche Adoptionsprüfung „vor und während einer langfristig zu leistenden Hilfe außerhalb der eigenen Familie“ (sh. auch Stellungnahme Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen beim Bundesministerium, S.21) hat in der Praxis offensichtlich selten Folgen hinsichtlich einer Umsetzung. 2013 gab es weniger als 2% Umwandlungen der Familien- in Adoptionspflege. Für 2014 lassen sich des Weiteren nur 5% Rückführungen aus bestehenden Pflegeverhältnissen in den elterlichen Haushalt (Bundesministerium, S. 21 bzw. S. 26) berechnen.

3. Rechtliche Grundlagen

a. Elternrecht und Kindesrecht

Der Kontakt von Pflege- und Adoptivkindern mit ihren leiblichen Eltern ist ein Kindesrecht (§1684 BGB Abs. 1). Bei der fachlichen Bewertung und der juristischen Ausgestaltung sind die Ausgangssituationen der Fremdunterbringung zu differenzieren.

Gründe eines Pflegeverhältnisses können Situationen nach gelungener frühkindlicher Bindungsphase bei vorübergehender elterlicher Erziehungsunfähigkeit einerseits sein und andererseits Situationen nach chronisch-sequentieller, früh auf der Bindungsebene gelagerter, also komplexer Traumaerfahrung.

Gerade kinder- und jugendpsychiatrisch und –psychotherapeutisch sind komplex und sequentiell traumatisierte Kinder diejenigen, die die höchste Psychopathologie aufweisen.

Juristische Entscheidungen in Umgangsfragen wiederum können auch ihrerseits Folgeprobleme für die Kinder auslösen und sind deshalb von allergrößter Bedeutung für die Entwicklung des Kindes, schon gar, wenn sie strittig unter den Beteiligten sind. Problematisch ist es sicher, wenn formaljuristische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen und das Bedürfnis des Kindes auf Bindungsstabilität nur unzureichend berücksichtigt wird. Hier ist schon aus grundsätzlichen Erwägungen eine besondere Sorgfalt zu fordern.

Es ist Usus der Familiengerichte, bei Fremdunterbringung des Kindes eine Rückführungsoption bzw. einen Herausgabeanspruch der leiblichen Eltern zivilrechtlich grundsätzlich und unbefristet offenzuhalten. Dieses „Befristungsdogma“ (Diouani-Streek et al., 2016, S. 185) kann mit dem Bedürfnis des Kindes auf dauerhafte stabile Beziehungen, einen Lebensmittelpunkt mit sozialen Beziehungen sowie Schutz und neu entwickelte Bindungen konfliktieren. In der Realität lassen sich Rückführungen zu den leiblichen Eltern in überschaubaren Zeiträumen von 12 bis 18 Monaten gemäß neuerer Daten der amtlichen Statistik zur Dauer beendeter Hilfen vorwiegend jüngerer Kinder nur in 2,5 – 3% durchführen (hierzu ausführlich in: Bundesministerium, S. 30). Mit längeren Verweildauern der Kinder in den Pflegefamilien entwickeln gerade jüngere Kinder neue Bindungsmuster und die sozialen Eltern erlangen eine herausragende Bedeutung für die individuelle Entwicklung des Kindes. Dann kann die Idee einer Rückführung zu den leiblichen Eltern zu einem Problem für die Kindesentwicklung werden. Zu fordern wäre in diesen Fällen ein Recht des Kindes auf Beziehungskonstanz bei erkennbaren neuen Bindungen.

Ein hohes Maß an Verunsicherung ist die Folge für das Kind, das in der neuen sozialen Familie einen sicheren Rahmen für die Nachentwicklung und Aufarbeitung von Bindungstraumatisierung bräuchte.

Salgo schreibt: „Der Gesetzgeber der letzten Dekaden zeigte ein beachtenswertes Desinteresse, das dem Pflegekindverhältnis immanente Auseinanderfallen von Recht und Lebenswirklichkeit grundsätzlich zu überwinden oder zumindest sukzessiv die hier auftretenden Spannungen zu verringern“ (Diouani-Streek et al., 2016, S. 177).

Eine dauerhafte Absicherung allerdings, „wird Pflegekindern in Deutschland bis heute strukturell vorenthalten, obgleich dem Erleben emotionaler Sicherheit gerade für Pflegekinder eine besondere Bedeutung zukommt“ (S. 181).

b. UN-Kinderrechtskonvention

Familiengerichtliche Verbleibensanordnungen (§ 1632 Abs. 4 BGB) haben aus juristischer Sicht eine hohe Schwelle. Anders sieht es die UN Kinderrechtskonvention vor. Sie betont mit Blick auf das Bindungsbedürfnis des Kindes in Art. 20 Abs. 3 geradezu die „erwünschte Kontinuität“. Zur „Verstetigung“ in einer Vollzeitpflege mit dem Ziel der Stabilisierung des Kindes in der sozialen Familie werden im o.g. Gutachten des Bundesministeriums konkrete Vorschläge für eine Reform des Pflegekindschaftsrechts gemacht (S. 32 ff).

Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium stellt ein schwaches Entscheidungs- und Vertretungsrecht von Pflegeeltern im Verhältnis zum starken Sorgerecht der Kindeseltern fest (S. 15 ff). Leibliche Eltern können in die Entscheidungskompetenzen der Pflegeeltern eingreifen und diese sogar in Alltagsangelegenheiten einschränken (§ 1688 Abs. 3 S. 1 BGB). Dies wird nur verwehrt in hochkonflikthaften Streitsituationen und wenn eine familiengerichtliche Verbleibensanordnung vorliegt. Konstellationen mit Umgangspflegschaften oder Vormund bieten hier nur bedingt einen Schutz der Pflegschaftsverhältnisse. Eine Reformnotwendigkeit wird daher angemahnt.

c. Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes

Die schwache verfahrensrechtliche Position der Pflegeeltern in der deutschen Gesetzgebung steht im Gegensatz zur Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EuGHMR), der aus Art. 8 Abs. 1 EMRK (Schutz des Familienlebens) Beschwerderechte ableitet.

4. Empfehlungen

Aufgabe der Ethikkommission ist es, aus der Perspektive einer entwicklungspsychiatrischen fundierten Metaebene Empfehlungen auszusprechen zur Weiterentwicklung der hier vorgetragenen, teilweise gegenläufigen interdisziplinären Aspekte der kindlichen Bedürfnisse im Spannungsfeld zwischen leiblichen und sozialen Eltern.

Durch die konflikthaften Auseinandersetzungen zwischen den beteiligten Erwachsenen mit vielfältigen Kränkungen durch die Herausnahme des Kindes und die aufgeworfene Frage, wer die besseren Eltern seien, bleiben den Par-

teien oftmals nur juristische Mittel zur Klärung, während Ansätze von Kooperation und Mediation zum Wohl des Kindes nur sehr schwer zu etablieren sind.

a. Anstoß zu gemeinsamer Grundlagenentwicklung/ Austausch zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Rechtswesen

Berührungspunkte gibt es bisher im Rahmen von gutachterlichen Aufträgen seitens der Familiengerichte an das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Begriff „Traumatisierung“ findet seitens der Familiengerichte zunehmend Eingang in gutachterliche Fragestellungen an das Fachgebiet. Hierfür bietet die Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) lediglich die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1) als eine Traumadefinition mit einem strengen, starr wirkenden Ereigniskriterium an, das entwicklungsbezogene Aspekte größtenteils außer Acht lässt. Gutachterlicherseits wird daher mitunter auf den Begriff „Anpassungsstörung“ ausgewichen.

Aus Sicht des Kindes sind zusätzlich Entwicklungsbezogenheit und Bindungsaspekte des Kindes mit zu berücksichtigen. So haben besonders chronische und sequentielle, früh in der Kindheitsentwicklung auftretende, gerade von bedeutungsvollen Bindungspersonen ausgehende, schädigende Ereignisse für das Kind weitreichende Auswirkungen. Diese in der Begutachtung adäquat klassifikatorisch abzubilden, gelingt zuweilen nur eingeschränkt.

Um die Entwicklungsperspektive besser darstellen zu können, wurde der Begriff „Entwicklungsstrauma-Störung“ für die geplanten ICD-11 diskutiert, wird dort jedoch nicht Berücksichtigung finden (erstmalig: van der Kolk 2009). Es besteht hierbei auch die Befürchtung, dass damit der Traumbegriff an Schärfe verlieren könnte. Gleichzeitig werden „Assoziierte abnorme psychosoziale Umstände“ (5. Achse des multiaxialen Klassifikationssystems) in ihrer Bedeutung oft unterschätzt. Vielfach beschreiben „Anpassungsstörungen“ (F43.2) besser als der Begriff „Trauma“, den von den sozialen Umgebungsfaktoren abhängigen, in ihrer Krankheitswertigkeit schwankenden dynamischen Verlauf des kindlichen Zustandes.

b. Normenkontrolle

Kinder- und jugendmedizinische Berufsverbände haben in der Vergangenheit von der Politik einen „Kinderrechtsbeauftragten“ und die Aufnahme der Kinderrechte ins Grundgesetz gefordert. In Bezug auf die Forderung nach einer

Aufnahme von Kinderrechten ins Grundgesetz besteht Einigkeit zu den kinder- und jugendpsychiatrischen Verbänden bzw. der wissenschaftlichen Fachgesellschaft. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) geht in ihren Forderungen aber weiter und empfiehlt eine Normenkontrolle für die Anliegen von Kindern und Jugendlichen im Bundeskanzleramt, die der kontinuierlichen Berücksichtigung von Kindergesundheit in der Gesetzgebung dienen sollte.

„Die DGKJP unterstützt aber ausdrücklich das Anliegen, dass die Interessen von Kindern und Familien bei der Gesetzgebung stärker zu berücksichtigen sind. Wir schlagen deshalb vor, dass nicht nur wie in Gender- und Umweltfragen, sondern auch in Bezug auf die Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche und ihre Familien, jedes zu verabschiedende Gesetz in Bezug auf seine Auswirkungen analysiert werden sollte. Daher fordern wir die Berücksichtigung der Rechte und Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen sowie ihrer Familien. (...) Es ist an der Zeit, dass das bereits als Normenkontrolle etablierte „Gender-Mainstreaming“ durch ein „Kinder- und Familien-Mainstreaming“ ergänzt wird. Das gilt für die Gesetzesfolgenabschätzungen ebenso wie für die Abstimmung von Maßnahmen in verschiedenen Gesetzes- und Rechtsbereichen.“ (<http://dgkjp.de/aktuelles1/429-wahlpruefsteine-zur-bundestagswahl-2017>)

c. Fokus auf die Kindesperspektive im Gesamtprozess

Die Einnahme der Kindesperspektive im Gesamtprozess der Sicherstellung des Kindeswohls ist eine gemeinsame und kommunikative Aufgabe der beteiligten Stellen. Um diesen Prozess zu koordinieren, bedarf es eines Case-Managements.

i. Die Rolle der Verfahrensbeistände

Verfahrensbeistände sind eine Chance, in hochstrittigen Verfahren die Rechte des Kindes zu wahren und zu artikulieren. Dazu ist es aber notwendig, dass diese die Entwicklung und die Interessen und Belange des Kindes auch unter entwicklungspsychologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Aspekten kennen. Er übernimmt die Rolle des Case-Managers und richtete bisher seinen Blick vorwiegend auf den korrekten verfahrensrechtlichen Ablauf. Seine Position ist zu stärken, indem er die Anliegen des Kindes mit seinen altersgemäßen Bedürfnissen vertritt. Die Rolle des Verfahrensbeistands ist dahingehend weiter zu entwickeln, dass er Informationen einholt von allen beteiligten Institutionen und gleichzeitig den

Informationsaustausch sicherstellt. Für die Zeit nach Abschluss der Verhandlung ist eine engere kooperative Vernetzung mit den Aufgaben des Jugendamtes denkbar.

ii. Die Rolle des Jugendamtes

Zur Sicherstellung des Kindeswohls wird das zuständige Jugendamt „bei gewichtigen Anhaltspunkten“ tätig. Im § 8a SGB VIII tritt das Jugendamt als Entscheidungsträger auf, das, falls „erforderlich“ oder „notwendig“, zuständige Familiengerichte bzw. „andere Leistungsträger“ mit einbezieht. Der Prozessablauf bei Kindeswohlgefährdung ist also nicht per se kommunikativ, sondern hierarchisch angelegt. Das kann zu Missverständnissen zwischen dem zuständigen Jugendamt und beteiligten Institutionen führen.

Im Fokus des Gesetzes steht die Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung durch Sorgeberechtigte. Mit den Sorgeberechtigten wird das weitere Vorgehen unter Einschalten des Familiengerichts abgestimmt. Zeigen sich die leiblichen Eltern kooperativ, können einzelne Aspekte der Personensorge für das Kind bei ihnen verbleiben.

In der Realität finden sich erhebliche regionale Unterschiede in den Absprachen bezüglich der Handhabung von Teilbereichen des Sorgerechts, wie Gesundheitsfürsorge und elterlichem Besuchsrecht der leiblichen Eltern dem fremd untergebrachten Kind gegenüber. Ausgehandelte Kompromisse können spätere therapeutische Interventionen erschweren oder unmöglich machen.

Erzwingt z.B. ein Mitarbeiter des Jugendamtes auch gegen die ausdrückliche Warnung beteiligter therapeutischer Stellen den Umgang des fremd untergebrachten Kindes mit leiblichen Eltern, die das Kindeswohl gefährdet haben, um deren erneuten Gang vor das Familiengericht zu vermeiden, greift § 8a SGB VIII in diesem Falle nicht. Eine Korrektur der Regelung lässt sich oft auch mit Angaben von medizinisch-therapeutischen Gründen nicht erreichen. Dies löst Ratlosigkeit bei therapeutischen Stellen und sozialen Eltern aus und kann zudem die Symptomatik des betroffenen Kindes noch zusätzlich verstärken.

Diagnostisch-therapeutische Aufträge seitens des Jugendamtes an das kinder- und jugendpsychiatrische Fachgebiet werden nicht selten durch die sozialen Eltern vermittelt. Idealerweise sind sie mit dem Recht auf Ausübung der Gesundheitsfürsorge für ihre Schützlinge ausgestattet und die leiblichen Eltern mit der Intervention einverstanden. Lassen die leiblichen

Eltern sich zudem in den therapeutischen Auftrag mit einbinden, kann dieser weiter gefasst werden, statt sich nur auf Beziehungsaufbau und Stabilisierung des Kindes zu beschränken.

Im neuen Gesetzesentwurf zur „Stärkung von Kindern und Jugendlichen“ (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz, KJSG) wird vorgeschlagen, dass Jugendämter bei Gefährdungsmeldungen gemäß § 8a SGB VIII beteiligte Stellen – und dazu gehören auch kinder- und jugendpsychiatrische und – psychotherapeutische Institutionen – „in geeigneter Weise“ mit einbeziehen sollten. Die aktuelle bkjv-Stellungnahme (S. 2) mahnt bereits an, dass den zuständigen Jugendämtern diese Auflage mit zu wenigen konkreten Vorgaben gemacht wird.

iii. Mediationsprozesse

Mediationsprozesse zwischen getrennten Elternteilen sind auch in Deutschland stärker zu strukturieren. So werden z.B. in Holland in einem gemeinsamen Mediationsprozess genaue Absprachen zwischen den Eltern verschriftlicht, die sich auf den konkreten Alltag des Kindes und seine Bedürfnisse beziehen. Dadurch wird zu verhindern versucht, dass bestehende Konflikte zwischen den Eltern sich auf Kind-bezogene Bedürfnisse verlagern. Ähnliche Modelle wären übertragbar auf die Situation zwischen leiblichen und Pflegeeltern, wo zu einem frühen Zeitpunkt der Herausnahme die verbliebenen Rechte und Aufgaben der leiblichen Eltern detailliert definiert und verschriftlicht werden.

Familienrechtliche Regelungen im anglo-amerikanischen Raum beziehen sich besonders auf die Sicherstellung von Bindungsbedürfnissen betroffener Kinder, die Verstetigung ihres Aufenthaltes und die Weiterentwicklung der Erziehungsfähigkeit leiblicher Eltern.

In den U.S.A. wird mit „Permanency Planning“ eine Kontinuitätssicherung der Bindung des Kindes innerhalb einer Jahresfrist vorbereitet (s. hierzu Diouani-Streek 2015). Mittels eines zweigleisigen Vorgehens wird sowohl die Rückkehrproption als auch das dauerhafte außerfamiliäre Verbleiben des Kindes geprüft. Hierfür wird die Prognose der Rückkehrchance abgewogen und bei ungünstiger Rückführungsprognose ein „Concurrent Planning“ durchgeführt.

Die leiblichen Eltern erhalten parallel zur Pflegefamilie gleichzeitig Unterstützung in ihren Problemlagen. Sie werden angeleitet im Erlernen von Feinfühligkeit. Das Verfahren wird allen Beteiligten und zu jedem Zeitpunkt

offengelegt („Informed Consent“), alle treffen informierte Entscheidungen, was die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme der Beteiligten erhöht. Nach Ablauf von einem halben Jahr erfolgt eine Dispositionsanhörung, mit der das Familiengericht die Entscheidung über Rückführung des Kindes oder Adoption (ASFA) zur Jahresfrist vorbereitet.

Mit der „ASFA“ erfolgt eine rechtliche Akzentverschiebung zugunsten eines langfristig gedachten Verbleibens des Kindes. Es wird Bezug genommen auf die kindlichen Entwicklungs- und Bindungsbedürfnisse. Den leiblichen Eltern werden durch Fortbildung und Perspektiventwicklung aus alten Mustern von Macht und Kontrolle geholfen und dabei die elterlichen Ressourcen fokussiert. „Concurrent Planning“ ist nachhaltiger als sequentielle Hilfeplanung, es ist ein Verfahren außerhalb der Taktung der halbjährlichen Hilfeplanung, wie es das Kinder- und Jugendhilfegesetz in Deutschland vorsieht. Bei der juristischen Ausgestaltung müsste die formale, inhaltliche und zeitliche Umsetzbarkeit konkret formuliert werden.

Die DGKJP hat in einer Stellungnahme zur gescheiterten KJSG-Reform bereits darauf hingewiesen, dass die damals geplanten Änderungen in Bezug auf eine Verbesserung der Perspektivenklärung für Pflegekinder sowie die geplanten besseren Beratungsangebote zu begrüßen sind. (http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2017/Stellungnahme_Anhrung_am_19.6.2017.pdf)

iv. Fachliche Empfehlungen für Richter

Obgleich die KJSG-Reform gestoppt wurde, enthielt der ursprüngliche Entwurf zur Novellierung des Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) vom 17.03.17 für Richter wertvolle Perspektiven. Darin wurden mit der im SGB VIII verfolgten „Stärkung der Perspektivklärung für Kinder in Familienpflege sowie der besseren Unterstützung ihrer Eltern“ parallel auch Vorschläge zur Änderung des § 1632 Abs. 4 BGB („Verbleibensanordnung“) gemacht. Die vorgeschlagenen Möglichkeiten des Familiengerichts zur einer Verbleibensanordnung auf Dauer sind ausdrücklich zu begrüßen (Bundesregierung, Gesetzentwurf S. 83 – 89) und werden hoffentlich in der kommenden Legislaturperiode erneut aufgegriffen werden. Ein deutlicher Fokus wird weiterhin auf die „Wiederherstellung der Erziehungsfähigkeit“ der leiblichen Eltern gelegt, die u.a. mittels Auflagen therapeutischer Art erreicht werden sollen.

Grundsätzlich sind die geplanten Änderungen zur Stärkung des Kindesrechts, der Position der sozialen Eltern und der Rehabilitation der leiblichen Eltern als ein Fortschritt zu bewerten. Allerdings ist eine erzwungene Therapie zum Erreichen eines Therapieziels problematisch. Therapeutische Hilfestellung kann seitens der leiblichen Eltern besser angenommen werden, wenn von Beginn an der Akt der Herausnahme des Kindes aus der Familie für die Eltern unter Beachtung des Erhalts von deren Wertschätzung abläuft. Augenmerk ist also auf den Gesamtablauf der Maßnahmen bei Kindswohlgefährdung zu richten. Es sind frühzeitig geeignete Hilfen den leiblichen Eltern innerhalb des SGB VIII anzubieten und diese auch fortzuführen über den Zeitpunkt der Herausnahme des Kindes hinaus. Entsprechende Angebote sollten in das SGB VIII mit einbezogen und ausformuliert werden.

Seitens des deutschen Familienrechts sind verfahrensrechtliche Lücken zu schließen und die noch unzureichende Kontinuitätssicherung („Verstetigung des Verbleibs“) von Pflegekindern juristisch auszugleichen, z.B. durch die Förderung von Pflegekindadoptionen. Voraussetzung hierfür ist, dass mit Blick auf das Bindungsbedürfnis vor allem junger Kinder zu einem früheren Zeitpunkt in Fällen der Erziehungsunfähigkeit der leiblichen Eltern die „Verstetigung des Verbleibs“ des Kindes festgestellt werden sollte.

Die Rolle des Verfahrensbeistands sollte neu definiert werden mit stärkerem Fokus auf die Entwicklung des Kindes und auf Bindungs-relevante Grundlagen. Pflegeeltern organisieren sich in Pflegeelternvereinen, bilden sich weiter und werden juristisch beraten (z.B. Salgo et al., S. 343 - 401).

Leibliche Eltern erscheinen in der hier erwähnten Stellungnahme eigenartig unveränderbar in ihrer das Kindeswohl gefährdenden Position. Mit wertschätzender Begleitung ist es ihnen möglich, ihre Entwicklungsmöglichkeiten in Angriff zu nehmen. Bislang fehlen statistische Einschätzungen der Entwicklungsdynamik von Eltern nach Fremdunterbringung ihrer Kinder z.B. in psychotherapeutisch begleiteten Fallanalysen und im Austausch zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen und erwachsenenpsychiatrischen Fachkollegen.

Leiblichen Eltern steht anders als im angloamerikanischen Bereich nach deutschem Recht bedauerlicherweise bislang keine „Hilfe zur Erziehung“ gemäß SGB VIII zu, solange in ihrem Haushalt kein Kind lebt. Der Ent-

wurf zum „KJSG“ begreift dem gegenüber Hilfe zur Erziehung für diese Eltern als deren Rechtsanspruch.

Die Einholung von Empfehlungen seitens des Bundesministeriums aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften ist zu begrüßen. Die Fortsetzung der Kooperation in Form eines dialogischen Weiterentwicklungsprozesses wird ausdrücklich angeboten.

v. Opferschutz

Leider gibt es Fälle, in denen ihre Kinder misshandelnde Sorgeberechtigte auch nach rechtswirksamer Verurteilung uneinsichtig bleiben. Es besteht die Gefahr einer fortgesetzten Kindeswohlgefährdung durch Vorwürfe oder neue Traumatisierung.

Schon vor und während der Hauptverhandlung sind kindgerechte Gegebenheiten zu schaffen, um die Ausübung von Macht und Kontrolle seitens des Angeklagten dem Kind gegenüber zu minimieren.

Auch im weiteren Prozessverlauf ist Transparenz zu gewährleisten, insbesondere über den Entlassungszeitpunkt aus dem Strafvollzug.

Eine nachhaltige therapeutische Aufarbeitung mit dem Kind, die erst nach Etablierung der Sicherheit für das Kind und Abschluss der Hauptverhandlung beginnen kann, setzt ausreichend Schutz und Sicherheit voraus. Diese Perspektive ist bei der Formulierung von Auflagen an den Verurteilten zu berücksichtigen.

5. Literatur

Adoption and Safe Family Act, ASFA, Public Law

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.: Pflegefamilien als soziale Familien, ihre rechtliche Anerkennung und aktuelle Herausforderungen. Juni 2016

Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG). Bundesrat Drucksache 314/17 vom 21.04.17

Diouani-Streek, M.: Hochgefährdete und bereits beeinträchtigte Kinder wirksam schützen. Kontinuität im Kinderschutz - Perspektivplanung für Pflegekinder. Freiburg. Labertus-Verlag 2015

Diouani-Streek, M., Salgo, L.: Probleme sozialer Elternschaft für Pflegeeltern und Vorschläge zu ihrer rechtlichen Anerkennung. RdJB 2/2016

Salgo, L. et al.: Das Recht der Pflegekindschaft. In: Prenzlów (Hrsg.), Handbuch Elterliche Sorge und Umgang. 2016, 2.Aufl.

van der Kolk, B. A.: Entwicklungstrauma-Störung. Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 58.Jg. 2009

Wiebels K, Fegert J, Kölch M, Schepker R (2017) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DG-KJP) zum Referentenentwurf des BMFSFJ „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen (KJSG)“, Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 45, 247–250

6. Internetquellen

http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2017/Stellungnahme_Anhoerung_am_19.6.2017.pdf

<http://dgkjp.de/aktuelles/429-wahlpruefsteine-zur-bundestagswahl-2017>

http://www.dgkjp.de/images/files/stellungnahmen/2017/Stellungnahme_Anhrung_am_19.6.2017.pdf

Idealtypisierter Fall

zur Stellungnahme der gemeinsamen Ethikkommission der Berufsverbände: „Ethische Implikationen der kindlichen Bindung bei sozialer und biologischer Elternschaft“

Dieter Appel

Üblicherweise dienen Idealtypisierungen der Vereinfachung und Präzisierung. Die hier zu einem ‚Fall‘ zusammengefassten Details versuchen, die komplexe Situation darzustellen, die sich aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters in der aktuellen Rechtssituation ergeben kann. Die erwähnten Sachverhalte sind leider nicht die Ausnahme, sondern kommen in der Praxis recht häufig vor. Ziel des Beitrags ist es, die in dieser Ausgabe veröffentlichte Stellungnahme anschaulich werden zu lassen.

Ein 7 Jahre alter Junge, nennen wir ihn Tim, wird von seiner Pflegemutter beim Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt. Sie überbringt den Auftrag seitens des Jugendamts, eine „ADHS-Diagnostik“ und eine medikamentösen Einstellung mittels Methylphenidat vornehmen zu lassen. Zuvor hatte sich die Schule des Jungen an das Jugendamt gewandt: Tim sei im Unterricht sehr unruhig und unaufmerksam, er störe andere Kinder und zeige aggressiv getönte Verhaltensweisen besonders in den Pausenzeiten. Tim dürfe inzwischen nicht mehr auf den Pausenhof. Ständig benötige er eine 1:1-Betreuung. Seine Verhaltensauffälligkeiten in der Schule seien besonders ausgeprägt alle 14 Tage mittwochs.

Der Kinder- und Jugendpsychiater bemerkt bei sich eine Konfusion. Er vermutet eine Konfusion auch im sozialen und Hilfesystem des Kindes. Ihm wird ein Kind vorgestellt, das selbst keinen Auftrag hat, von einer Pflegemutter, die mit einer bereits gestellten Diagnose und mit begrenztem Therapieauftrag

von dritter Seite geschickt wird. Sie wirkt mit diesem Auftrag angespannt und erklärt, dass sie schon mehrere Diagnostikstellen vergeblich angefragt hätte.

Auffällig ist der zeitliche Rhythmus der Symptomatik. Die Pflegemutter erklärt dazu, dass ein zeitlicher Zusammenhang mit 14tägigen begleiteten elterlichen Umgängen jeweils am Dienstag bestehe. Dieser Regelung hätten die Kindseltern auf dem Familiengericht zugestimmt. Auch in der Pflegefamilie sei Tims Verhalten mittwochs fast unerträglich. Spontan berichte Tim den Pflegeeltern nichts vom Elternkontakt, auf Nachfrage erzähle Tim idealisierend vom Kontakt.

Der Kinder- und Jugendpsychiater erhebt die Anamnese des Kindes, soweit diese der Pflegemutter bekannt ist. Tim lebe seit 3 Monaten in der Pflegefamilie. Er sei gegen den Willen der Alkohol-abhängigen, gegenseitig gewalttätigen Kindseltern vor einem Jahr seitens des Jugendamtes aus der Familie genommen worden. Unter Androhung des Entzugs der elterlichen Sorge hätten die Eltern schließlich der Fremdunterbringung zugestimmt. Die Personensorge sei auf Druck der elterlichen Anwaltschaft bei den Kindseltern verblieben. Diese seien über die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater nicht informiert.

Tim sei zunächst für ein halbes Jahr in einer Bereitschaftspflegefamilie gewesen und dann während 4 Monaten in einer Jugendhilfeeinrichtung. Umplatzierungen von Tim wären jeweils notwendig gewesen wegen seiner aggressiv getönten Verhaltensauffälligkeiten. Deren Ausmaß und auch Angaben zur Zeugenschaft der elterlichen Gewalt seien der Pflegemutter bei Aufnahme des Kindes in die Pflegefamilie seitens des Jugendamtes nicht mitgeteilt worden. Die Pflegemutter könne auch keine Angaben machen zu den bindungsrelevanten ersten Lebensjahren des Kindes. Zur Unterstützung sei der neuen Pflegefamilie eine Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) zur Seite gestellt worden.

Die SPFH äußere sich zunehmend kritisch zu den Verhaltensauffälligkeiten von Tim, die auch in der Pflegefamilie beständen. Sie dränge die Pflegemutter, neben der Medikation zusätzlich Verhaltenstherapie für Tim in die Wege zu leiten. Tim sei gegenüber den Pflegeeltern verbal aggressiv und neige zu Sachbeschädigungen. Regelmäßig komme es zur häuslichen Eskalation mit Tim, wenn die Pflegemutter ihm gegenüber die Erwartung der Schule bezüglich Durchführung von Sanktionen zuhause durchsetzen wolle. Sanktionen in der Schule nach Regelverletzung seien inzwischen wirkungslos. Tim habe damit begonnen, das Mitteilungsheft zwischen Schule und Pflegefamilie

nicht mehr vorzulegen. Hinzu komme der nachmittägliche Streit mit Nachbarkindern, so dass Tim sich zunehmend ausgegrenzt fühle. Er ziehe sich auf sein Zimmer zurück. Dort spiele er PC-Spiele, kaue an den Fingernägeln oder schaukele wie abwesend wirkend auf seinem Bett hin und her. Er zeige Ein- und Durchschlafstörungen mit Angstsymptomatik und Einnässen.

Der Kinder- und Jugendpsychiater fragt die Pflegemutter rückblickend nach einer Phase, in der die Symptomatik von Tim weniger deutlich aufgetreten ist. Die Pflegemutter erinnert sich, dass bald nach der Aufnahme in die Familie die Kindseltern wegen eigener Streitigkeiten Besuchskontakte während 6 Wochen nicht eingefordert hätten. Tim habe während dieser Zeit entspannt gewirkt und deutliche Entwicklungsfortschritte gemacht. Er habe damit begonnen, körperlichen Kontakt seitens der Pflegemutter zuzulassen, sei emotional modulierbar und in der Schule kooperativ gewesen.

Die Pflegemutter wird nach ihrem Begründungszusammenhang für die Symptomatik von Tim gefragt. Die Pflegemutter schweigt zunächst und beginnt dann zu weinen. Tim habe liebenswerte Seiten, sie habe den Jungen lieb gewonnen. Als Begründung für seine aggressiven Ausbrüche sei seitens der Institutionen immer wieder die Erziehungskompetenz der Pflegemutter in Frage gestellt worden. Intuitiv denke die Pflegemutter, dass die Aggressionen von Tim etwas mit den Aggressionen seiner Eltern untereinander zu tun haben müssen. Tim habe ihr gegenüber schon geäußert, dass er seine Eltern nicht sehen wolle. Sie würden immer wieder sagen, dass er ja bald wieder zurück in die Familie dürfe. Tim wisse aber genau, dass dann der Streit wieder losgehe. Die Eltern hätten sich gestritten, weil er „immer so böse“ gewesen sei.

Die Pflegemutter habe diese Äußerungen von Tim dem Jugendamt mitgeteilt zusammen mit ihren eigenen Verhaltensbeobachtungen bei Tim jeweils nach den Besuchskontakten. Die zuständige Sachbearbeiterin des Jugendamtes habe auf einen unauffälligen Bericht der Person verwiesen, die die Elternkontakte begleite. Außerdem seien die Besuchskontakte familiengerichtlich festgelegt worden. Würde die Pflegemutter diesen Festlegungen nicht nachkommen, hätte dies für die Pflegemutter eine Konventionalstrafe zur Folge.

Der Kinder- und Jugendpsychiater stellt der Pflegemutter die Frage: „Welchen Sinn haben aktuell ihrer Meinung nach die elterlichen Umgänge aus Sicht des Kindes?“ Nach kurzem Nachdenken antwortet die Pflegemutter diesmal mit fester, klarer Stimme: „Keinen!“

Im Klärungsprozess des Therapieauftrages ergibt sich für den Kinder- und Jugendpsychiater folgendes Gesamtbild beim Erstgespräch:

- Der Behandlungsauftrag mit enggeführten Diagnostik- und Therapievorstellungen kommt bei Erstvorstellung nicht seitens anwesender Institutionen. Nicht die vorstellende Bezugsperson, sondern die bislang nur bedingt kooperativen Kinseltern haben die Gesundheitsfürsorge inne, die Voraussetzung für die Durchführung von Diagnostik und Behandlung ist.
- Das implizierte Störungsbild ist defizitorientiert. Die Ätiologie der Störung wird beim Kind und im aktuellen Bezugssystem vermutet. Das seitens Dritter erwartete Diagnostik- und Therapie-Procedere kommt einem Reparaturauftrag gleich.
- Die Position der Pflegemutter als für das Kind bedeutungsvolle Bindungsperson wird institutionell geschwächt. Der Bindungsperson fehlen juristische Voraussetzung zur selbständigen Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, wichtige Informationen zur psychosozialen Situation der Herkunftsfamilie, insbesondere zur bindungsorientierten Anamnese des Kindes und dessen bisheriger Symptomatik, und wertschätzende beratende Hilfestellung in Erziehungsfragen.
- Die Schwächung der Bindungsperson bedeutet für das Kind eine Reinszenierung erlebter elterlicher Hilflosigkeit mit entsprechender Reaktivierung früh erlernter, frustrierender Copingstrategien, die sich reaktiv und entwicklungsbezogen in der oben beschriebenen Symptomatik ausfallen.
- Mit der Beschränkung auf „ADHS“ wäre eine kategoriale, lediglich symptombeschreibende Verdachtsdiagnose gestellt, die wichtige transgenerationale, systemische Aspekte einer frühen chronisch-sequentiellen Traumatisierung auf der Bindungsebene nicht erfasst. Entsprechend bliebe damit eine notwendige traumatherapeutische und -pädagogische Ausrichtung bei erforderlichen Hilfen unberücksichtigt.
- Es handelt sich um eine Aneinanderreihung von defizitären Jugendhilfemaßnahmen mit mangelnder Berücksichtigung der Bedeutung von stabilen Bindungsangeboten für das Kind. Es fehlt ein nachhaltiges Gesamtkonzept der Unterstützung. Sogar die zuletzt installierte Hilfe, nämlich die SPFH, muss aus der Perspektive der Pflegeeltern eher als Kontrollfunktion, statt als Hilfe zur Erziehung gewertet werden.

- Die familiengerichtliche Festlegung des Umgangs mit den vormals traumatisierenden Kindseltern nimmt deren mangelnde Reflexionsfähigkeit und Distanzierung von ihrem zuvor Kind-unangemessenen, oft manipulierenden Verhalten in Kauf. Dieses wird noch verstärkt im Sinne von Macht- und Kontrollbedürfnissen nach der für die Eltern traumatisierend erlebten Herausnahme des Kindes aus der Familie.
- Das Familiengericht lässt den kindlichen Wunsch nach Aussetzen des Kontaktes unberücksichtigt. Das Kind erlebt fortgesetzt die auch für geschulte Begleitpersonen kaum wahrnehmbaren manipulierenden Signale der Eltern. Dazu müssten die Schilderungen der Pflegemutter ernst genommen werden, was im dargestellten Falle nicht erfolgt.
- Tim befindet sich in einem erheblichen Loyalitätskonflikt seinen Eltern gegenüber. Er kann Ursache und Wirkung der konflikthafter Familienkonstellation noch nicht unterscheiden. Seine Willensäußerung nach Kontaktaussetzung erfolgt intuitiv zur Sicherung der eigener Bindungssicherheit und Entwicklungsdynamik.
- Der Kinder- und Jugendpsychiater bemerkt zu einem frühen Zeitpunkt bei sich eine Konfusion und schließt auf eine Konfusion auch im Außen. Konfusion ist das Thema, das sich vom Familiensystem kommend auf das soziale und Hilfesystem rund um den Jungen fortsetzt.
- Diagnostisch und therapeutisch befindet sich der Kinder- und Jugendpsychiater in einem Dilemma. Einerseits sieht er die behandlungsbedürftige Symptomatik von Tim. Andererseits fehlen Zustimmung der leiblichen Eltern und Kooperationsbereitschaft der Entscheidungsträger zur Umformulierung des Behandlungsauftrages im Sinne des kindlichen Bindungsbedürfnisses.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Dieter Appel
Auf der Bausch 98, 54293 Trier
Fon: 0651-69968064
EMail: Dieter.Appel@uminfo.de

Entlassmanagement in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ingo Spitzcok von Brisinski

Seit 1.10.2017 gilt gemäß dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) § 39 SGB V Absatz 1a: „Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung.“

Geltungsbereich

„Der Rahmenvertrag gilt für Entlassungen von Patienten aus voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten Behandlungen durch das Krankenhaus“ (§ 1 des Rahmenvertrags), also nicht für Entlassung aus ambulanter Behandlung einer Ermächtigungs- oder Institutsambulanz.

Die Regelungen gelten nicht für Privatpatienten. Allerdings sind alle Patienten – unabhängig vom Versicherungsstatus – gemäß § 630 c(2) BGB über die „nach der Behandlung zu ergreifenden Maßnahmen“ zu informieren.

„Den Vertragspartnern ist bewusst, dass ein Entlassmanagement andere Leistungen und Leistungserbringer umfassen kann, als im SGB V und im SGB XI erwähnt; diese sind jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages“ heißt es in § 1 des Rahmenvertrags, so dass für die Kinder- und Jugendpsychiatrie mehrere wichtige Kooperationspartner wie z. B. Schule und Jugendhilfe nicht betroffen sind. Andererseits steht in § 2(2) des Rahmenvertrags: „Das Entlassmanagement erfolgt patientenindividuell, ressourcen- und teilhabeorientiert“, so dass Leistungserbringer außerhalb von SGB V und SGB XI inhaltlich durchaus einzubeziehen sind, nur das dies nicht formal geregelt ist.

„Für den Entlassungstag sorgt das Krankenhaus für die nahtlose Überleitung des Patienten in die Anschlussversorgung“ heißt es in § 3(4) des Rahmenvertrags. Somit ist klar, dass die formalen Regelungen nur für vom Krankenhaus

verordnungsfähige Leistungen innerhalb von SGB V und SGB XI umsetzbar sind. Allgemeiner formulierte Anforderungen wie z. B. „Stellen die Beteiligten nach Abs. 1 S. 2 im Rahmen des Assessments einen Versorgungsbedarf explizit für die Anschlussversorgung nach Krankenhausbehandlung fest, nimmt das Krankenhaus frühzeitig Kontakt zum weiterbehandelnden und ggf. weiterversorgenden Leistungserbringer auf, um die Überleitung des Patienten anzubahnen“ (ebenfalls in § 3(4) des Rahmenvertrags) sollten jedoch auch für Kooperationen mit Leistungserbringern außerhalb von SGB V und SGB XI regelhaft sein.

Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen und Datenschutz

„Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen“ (§ 2(1) des Rahmenvertrags). „Das Krankenhaus stellt den Informationsaustausch mit den an der Anschlussversorgung des Patienten beteiligten Leistungserbringern sicher“ (§ 8(1) des Rahmenvertrags).

Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment (s. u.) schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern beim Assessment festgestellt wurde, dass ein Entlassmanagement indiziert ist, die schriftliche Einwilligung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten für die Durchführung des Entlassmanagements ein (§ 7(1) des Rahmenvertrags). Hierfür gibt es bundeseinheitliche Formulierungen. Das Informationsformular muss jedem Patienten und/oder Sorgeberechtigten ausgehändigt werden. Des Weiteren muss auf der Website der Klinik über das Entlassmanagement der Klinik informiert werden.

Ob das Einwilligungsformular stets ausgehändigt werden und vom Patienten und/oder Sorgeberechtigten (bzw. beiden Sorgeberechtigten, wenn z. B. bei getrennt lebenden Eltern nicht davon ausgegangen werden kann, dass beide Sorgeberechtigten gleicher Meinung sind) unterschrieben werden muss oder nur dann, wenn das Assessment (s. u.) ergeben hat, dass ein Entlassmanagement erforderlich ist, dazu finden sich teils widersprüchliche Aussagen. In § 39(1a) SGB V heißt es: „Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten

erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform“, was so interpretiert werden könnte, dass auch das Assessment zur Feststellung, ob ein Entlassmanagement überhaupt nötig ist, zunächst der schriftlichen Genehmigung bedarf. Auch die Aussage in „Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement“ (2017a) „Bei Zustimmung des Patienten kann ein Screening (initiales Assessment zur Klärung: Versorgungsbedarf ja oder nein) durch Arzt/Pflege erfolgen“ spricht für eine solche Lesart.

Andererseits steht in § 3(4) des Rahmenvertrags: „Wird im Assessment festgestellt, dass der Patient keiner Anschlussversorgung bedarf, ist dies in der Patientenakte zu dokumentieren. In diesen Fällen sind keine weiteren Einwilligungen nach Anlage 1b erforderlich“) und in §7(1): „Das Krankenhaus informiert den Patienten vor dem Assessment gemäß § 3 schriftlich über Inhalte und Ziele des Entlassmanagements und holt, sofern erforderlich, die schriftliche Einwilligung des Patienten für die Durchführung des Entlassmanagements ein.“ Diese beiden Aussagen könnte man so interpretieren, dass das schriftliche Einverständnis zum Entlassmanagement nur dann eingeholt werden braucht, wenn festgestellt wurde, dass ein Entlassmanagement erforderlich ist.

Die DKG kommt in ihren Umsetzungshinweisen (2017a, S. 10-11) bzgl. § 3(4) des Rahmenvertrags zum Schluss: „Die Regelung in Satz 5 ermöglicht den Krankenhäusern grundsätzlich eine flexiblere Handhabung zur Einholung der Einwilligung nach Anlage 1b des Rahmenvertrages. Zwar sieht der Gesetzeswortlaut des § 39 Abs. 1a SGB V in den Sätzen 11 – 13 pauschal die Zustimmung der Patienten in das Entlassmanagement und deren Einwilligung vor dem Entlassmanagement vor. Auf Sinn und Zweck des Zustimmungs- und Einwilligungserfordernisses jedoch reduziert, kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber die Krankenhäuser tatsächlich in jedwedem Fall dazu verpflichten wollte, die Zustimmung und Einwilligung einzuholen, sondern nur in den Fällen, in denen ein mit einer Datenübermittlung verbundenes Entlassmanagement erforderlich ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass es im Fall einer nicht erteilten Zustimmung des Patienten in das Entlassmanagement nach Anlage 1b bei seinem grundsätzlichen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement beim Übergang in verscheiden Versorgungsbereich nach § 11 Abs. 4 SGB V verbleiben dürfte. Die Krankenhäuser können somit selbst entscheiden, ob sie die Anlagen 1a und 1b gleich zu Anfang der Aufnahme im Krankenhaus oder zumindest die

Anlage 1b zu einem späteren Zeitpunkt, wenn das Entlassmanagement eine Datenübermittlung an Dritte erfordert, vom Patienten unterzeichnen lassen.“

Bei Kindern und Jugendlichen ist zu klären, wer über das Entlassmanagement aufzuklären ist und auf wessen Einwilligung es ankommt – auf die des Minderjährigen oder die der Eltern. Bei Kindern und Jugendlichen muss darauf geachtet werden, inwieweit diese bereits einwilligungsfähig sind. Für die Wirksamkeit der Einwilligung kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit an, also auf die Fähigkeit, Verträge selbstständig abschließen zu können, sondern – so der Bundesgerichtshof (BGH) – darauf, dass der Minderjährige „nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung zu ermessen vermag“. Der Minderjährige muss also eine eigenständige Nutzen-Risiko-Abwägung vornehmen können. Der Beginn der Einwilligungsfähigkeit ist an kein Mindestalter gebunden, jedoch sind nach herrschender Meinung Minderjährige unter 14 Jahren nur in Ausnahmefällen einwilligungsfähig (Schelling & Gaibler 2012). Darüber hinaus kann eine vorliegende psychische Störung und/oder Intelligenzminderung die Einwilligungsfähigkeit beeinträchtigen. Laut KGNW (2017) erfolgt für gesetzlich krankenversicherte Kinder und einwilligungsunfähige Patienten die Information und Einwilligung an bzw. durch die gesetzlichen Vertreter oder den Betreuer und ist gegebenenfalls nachzuholen, falls zum Zeitpunkt der Aufnahme noch kein Betreuer bestellt wurde. Mit „Kinder“ sind hier also nicht die 17jährigen Kinder ihrer Eltern gemeint. Das Klinikpersonal muss abklären, ob der Minderjährige bereits selbst einwilligungsfähig ist oder nicht und gegebenenfalls die Aspekte dokumentieren, die dafür sprechen, dass der Patient über die notwendige geistige Reife verfügt. Bleibt unklar, ob der minderjährige Patient einwilligungsfähig ist oder nicht, müssen die Sorgeberechtigten einbezogen werden. Sobald ein Jugendlicher einwilligungsfähig ist, er also die Reife hat, die Tragweite eines Eingriffs zu erfassen, und hinsichtlich der ärztlichen Behandlung eine eigenständige Nutzen-Risiko-Abwägung vornehmen kann, kommt es allein auf seine Einwilligung und nicht mehr auf Wunsch und Willen der Sorgeberechtigten an (Schelling & Gaibler 2012). Dies ist jedoch eine juristische Auffassung, die nicht dazu führen, bei jedem einwilligungsfähigen Jugendlichen die Sorgeberechtigten nicht einzubeziehen.

Assessment und Entlassplan

„Zur Gewährleistung eines nahtlosen Übergangs der Patienten in die nachfolgenden Versorgungsbereiche wird unter Verantwortung des Krankenhausarztes durch die Anwendung eines geeigneten Assessments der patientenindividuelle Bedarf für die Anschlussversorgung möglichst frühzeitig erfasst und ein Entlassplan aufgestellt. Für Personengruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf nach der Entlassung ist es sinnvoll, Vorkehrungen für ein umfassendes Entlassmanagement im Rahmen eines differenzierten Assessments zu treffen. Dieser komplexe Versorgungsbedarf kann beispielsweise bei Patienten mit neu aufgetretenen, umfassenden Einschränkungen von Mobilität und Selbstversorgung bestehen. Für diese Patientengruppen sind spezifische Standards vorzusehen. Bei der Aufstellung des Entlassplans erfolgt zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen gemäß § 39 Abs. 1a S. 6 SGB V [s. u.] sowie einer unmittelbar nach der Krankenhausentlassung fort-dauernden Arbeitsunfähigkeit“ (§ 3(2) des Rahmenvertrags).

„Der Entlassplan umfasst den voraussichtlichen Versorgungsbedarf im Anschluss an die Krankenhausbehandlung. Sofern dem Krankenhaus Informationen zur Versorgungssituation vor der Krankenhausbehandlung vorliegen, berücksichtigt es diese Angaben, um die Kontinuität des Behandlungsprozesses sicherzustellen. Das Krankenhaus leitet die aufgrund des Versorgungsbedarfs im Entlassplan festgelegten, voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen frühestmöglich ein. Der Entlassplan muss für alle Mitarbeiter des Krankenhauses, die am Entlassmanagement des jeweiligen Patienten beteiligt sind, in der Patientenakte verfügbar sein“ (§ 3(2) des Rahmenvertrags).

Die „Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement“ (2017a) führen aus: „Bei Zustimmung des Patienten kann ein Screening (initiales Assessment zur Klärung: Versorgungsbedarf ja oder nein) durch Arzt/Pflege erfolgen. Es kann ein Assessmentbogen eingesetzt werden (Ankreuzverfahren). Es wird ausdrücklich empfohlen, das Ergebnis des Screenings in der Patientenakte zu vermerken um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.“ In der „Anlage II: Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen“ der DKG (2017c) wird betont, dass die Inhalte eines Screenings oder Assessmentbogens den einrichtungsspezifischen Besonderheiten anzupassen sind und es ggf. sinnvoll sein kann, verschiedene Screening- und Assessmentbögen vorzuhalten (Erwachsenen- und Kinderbogen).

Der vielfach im Entlassmanagement als Initialassessment eingesetzte Blaylock-Risk-Assessment-Score bzw. BRASS-Index (Engeln et al. 2006) soll durch differenzierende Summenscores Patienten identifizieren, die Bedarf für „ein ausgeprägtes strukturiertes Entlassmanagement“ bzw. „komplexen Hilfebedarf“ haben. Für kinder- und jugendpsychiatrische Patienten ist er völlig ungeeignet, da er überwiegend Aspekte abfragt, die bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten nicht bzw. nur sehr selten relevant sind, so dass die Summenscores in der Regel zu niedrig ausfallen, um differenzieren zu können. Da bei kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten basierend auf dem multiaxialen Klassifikationsschema MAS (Renschmidt et al. 2017) ein komplexes, mehrdimensionales Entlassungsmanagement eher die Regel als die Ausnahme darstellt, besteht kein Bedarf für ein Screening bzw. quantitatives initiales Assessment, sondern es ist in der Regel ein qualitatives, differenziertes Assessment erforderlich. Dieses Vorgehen entspricht den Empfehlungen der DKG (2017c): „In Abteilungen, in denen regelhaft von einem poststationären Versorgungsbedarf auszugehen ist, entfällt das initiale Assessment und es wird unmittelbar mit dem differenzierten Assessment begonnen“.

Als „Hinweise zu einem möglichen Assessmentbogen bei Durchführung eines differenzierten Assessments“ nennt die DKG (2017c) mit Bezug auf das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009) beispielhaft:

- Allgemeine Informationen zum Patienten (Lebenssituation, Angehörige, Grund des Krankenhausaufenthaltes, wichtige Ansprechpartner außerhalb des Krankenhauses wie Hausarzt etc.)
- gesundheitliche Situation (Erkrankungen, gesundheitliche Risiken etc.)
- Kognitive Fähigkeiten
- Emotionaler Status
- Ressourcen im Bereich der Lebensaktivitäten
- Erwartungen des Patienten/Angehörigen/Betreuer
- Merkmale der Wohnsituation
- Verfügbare und benötigte Hilfsmittel
- Voraussichtlicher Versorgungsbedarf nach Krankenhausentlassung
- Aktuelle Versorgungssituation
- finanzielle Situation (einschl. Leistungsansprüche)

- Bedarf an Beratung und Schulung
- Information zu Therapie- und Medikamentenverordnung incl. der Compliance
- Unterstützungsbedarf der Angehörigen

Auch wenn allgemein gelten kann, dass Entlassmanagement mit der Aufnahme ins Krankenhaus beginnen sollte bzw. ggf. sogar davor, so stellt sich doch die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Durchführung des differenzierten Assessments erstmals sinnvoll ist und in welcher Frequenz Updates erforderlich sind. Beides hängt stark von der (geplanten) Behandlungsdauer ab: Während bei einer Krisenintervention von wenigen Tagen Assessment und Erstellung des Entlassplans je nach Geschwindigkeit der Rückbildung der Akutsymptomatik, die zur Aufnahme führte, bereits am zweiten, dritten oder vierten Tag beginnen sollten, ist dies bei mehrwöchigen bzw. mehrmonatigen Behandlungen oftmals erst nach etwa der Hälfte der Behandlungszeit sinnvoll. Zu einem früheren Zeitpunkt ist meist die Prognosestellung bzgl. am Entlassungstag erreichter Verbesserungen zu unsicher.

Variablen der kinder- und jugendpsychiatrischen Prognosestellung und Entlassungsplanung (angelehnt an Spitzcok von Brisinski 2017)

- Störungen auf den sechs Achsen des Multiaxialen Klassifikationsschemas
- psychischer, sozialer und biologischer Entwicklungsstand
- Lebensalter
- Bewältigung der unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben, z. B. Übernahme individueller Verantwortlichkeit versus Elternabhängigkeit (Individuation)
- vorausgegangene prägende Lebensereignisse
- individuelle Ressourcen des Patienten aktuelles bzw. geplantes Lebensumfeld (Familie, Wohngruppe, Peer-Gruppe, etc.)
- Störungsbilder im Lebensumfeld (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern)
- Ressourcen des Umfelds einschließlich Bereitschaft, dem Patienten mehr Eigenverantwortung zu überlassen (Familie, Partner, Freunde, Schule, Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz)

- Verantwortlichkeiten des Umfelds (z. B. geteiltes Sorgerecht bei getrennt lebenden Eltern)
- Auftragslage (Patient, Angehörige, Schule, Jugendamt)
- kultureller Hintergrund (z. B. Migration)
- zur Verfügung stehende ambulante Behandlungsressourcen

Wie in der obigen Liste bereits deutlich wird, hängt die konkrete Ausgestaltung geeigneter Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung nicht nur vom Patienten selbst, sondern auch von den Eltern oder Pflegeeltern ab bzw. von der Stammschule oder Jugendhilfeeinrichtung (möchte bzw. darf das Kind/der Jugendliche zurück?). Zudem ist selbst bei mehrmonatigen Behandlungen nicht immer nach der Hälfte des Behandlungszeitraums klar, ob und ggf. was für eine stationäre Jugendhilfe der Patient im Anschluss benötigt. Ist dieser Klärungsprozess dann endlich nahezu abgeschlossen, gilt dies oftmals auch für den stationären Behandlungsprozess, da ja die Auswahl der Anschlussmaßnahme(n) sich bestmöglich an dem Behandlungserfolg am Ende der stationären Behandlung orientieren soll. So kommt es, dass mitunter seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie beklagt wird, dass die Jugendhilfeanschlussmaßnahme nicht schnell genug vom Jugendamt realisiert werde, so dass die Maßnahme nicht nahtlos an die Behandlung anschließt, obwohl dies meist wünschenswert ist. Seitens der Jugendämter wird in solchen Konstellationen darauf verwiesen, dass für die Realisierung einer geeigneten Jugendhilfemaßnahme ein ausreichender Zeitraum zur Vorbereitung zur Verfügung stehen muss, der nicht gegeben sei, wenn das Jugendamt erst kurz vor Entlassung aus der tagesklinischen bzw. stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung einbezogen werde (Spitzok von Brisinski & Philips 2016).

Die „Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement“ (2017d) nennen als

Mindestinhalte des Entlassplans:

- ▮ Sozial- und Adressdaten des Patienten: _____
- ▮ Entlassung geplant am: _____
- ▮ (Aufnahme-)Diagnose: _____
- ▮ Versorgungssituation des Patienten
(incl. Betreuung / Personensorgeberechtigter) _____
- ▮ Hausarzt/weiterbehandelnder Facharzt. Name: _____
- ▮ War vor Krankenhausaufnahme bereits ein ambulanter Pflegedienst tätig?
 ja nein _____
- ▮ Assessment initial differenziert _____
- ▮ Ist eine Anschlussversorgung voraussichtlich erforderlich:
 ja nein
(hiervon ausgenommen sind der Entlassbrief, der Medikationsplan sowie die Bescheinigung über eine mögliche Arbeitsunfähigkeit AU) _____
- ▮ Wurde der Patient im Rahmen des Entlassmanagements beraten?
 Ja nein _____
- ▮ Wenn ja, zu welchen Bereichen wurde beraten?
 Heilmittel
 Umgang mit Hilfsmitteln
 Medikamenteneinnahme
 Pflegebedürftigkeit
 Sonstiges _____
- ▮ Fand die Beratung in Anwesenheit der Angehörigen / Personensorgeberechtigten statt?
 Ja nein _____
- ▮ Wurden die Angehörigen mit der Familiären Pflege in Kontakt gebracht?
 Ja nein _____
- ▮ Antragsunterlagen an den Patienten ausgehändigt
 Ja nein _____

- I Weiterleitung von Patientenunterlagen an**
Krankenkasse ja Nein
Pflegekasse ja nein
-
- I Aktualisierung erforderlich** ja nein
-
- I Kontaktaufnahme zu**
 Angehörigen
 Betreuern/Personensorgeberechtigten
 Weiterbehandler
 Krankenkasse
 Pflegekasse
 Sozialamt
 Physiotherapie
 Logotherapie
 Ergotherapie
 Psychoonkologen
 Spezielle ambulante Palliativversorgung
 Allgemeine ambulante Palliativversorgung
 Kontaktaufnahme zu Einrichtungen und Diensten der pflegerischen Versorgung
 Sonstiges
-
- I Wenn ja, in welcher Form?**
- telefonisch per E-Mail per Fax Sonstiges
-
- I Antrag auf Pflegebedürftigkeit: Liegt bereits eine Pflegestufe/Pflegegrad vor?**
 Ja nein
-
- I Wenn ja, welche?**
Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3
Außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand
Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5
-
- I Antrag während des Krankenhausaufenthaltes**
Erstantrag Ja nein
Höherstufungsantrag Ja nein
-
- I Information der Sozialleistungsträger:**
Wurden die Sozialleistungsträger über die anstehende Entlassung informiert? Ja nein
-

I Entlassung / Verlegung in

- eigene Häuslichkeit
- ohne Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes
- mit Mitwirkung eines ambulanten Pflegedienstes

Wurde der ambulante Pflegedienst über die Entlassung informiert?

- Ja nein Name des Pflegedienstes: _____
- in ein anderes Krankenhaus. Name der Klinik: _____
- eine Rehabilitationsklinik. Name der Klinik: _____
- in die ambulante Rehabilitation. Name der Einrichtung: _____
- ins Betreute Wohnen. Name der Einrichtung: _____
- in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung. Name der Einrichtung: _____
- in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung. Name der Einrichtung: _____
- in ein Hospiz. Name der Einrichtung: _____
- Sonstiges. Name des Dienstes oder Einrichtung: _____

I Verordnung von

- Physiotherapie
- Logopädie
- Ergotherapie
- Ambulante Rehabilitation
- Sonstiges

I Verordnung von Hilfsmitteln

- Unterarmgehstützen
- Rollator
- Rollstuhl
- Inkontinenzhilfsmittel
- Stomaversorgung
- Sonstiges

I Fachberatung eingeschaltet

- Wundmanager
- Stomatherapeutin
- Diabetesberatung
- PEG-Beratung
- Sonstiges

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| I Medikamente | |
| Verordnung von Medikamenten | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| Verordnung von Betäubungsmitteln | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mitgabe von Medikamenten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Mitgabe von Betäubungsmitteln | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Aushändigen eines Medikationsplans | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Verordnung von Häuslicher Krankenpflege | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Verordnen von Arbeitsunfähigkeit | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Entlassbrief (am Tag der Entlassung) | |
| Wurde bei der Entlassung vorläufiger Entlassbrief ausgehändigt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| endgültiger Entlassbrief ausgehändigt | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Wurden die oben genannten Verordnungen und Antragsformulare (ggf. als Kopie) an die Patientin bzw. an den Patienten abgegeben? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Medikationsplan mitgegeben? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Ist ein Transport erforderlich? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |
| I Wurde ein Transportschein ausgehändigt? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | |

Für kinder- und jugendpsychiatrische Belange ist es sinnvoll, diese Liste zu erweitern, u. a.:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I unter „Wenn ja, zu welchen Bereichen wurde beraten?“ | |
| <input type="checkbox"/> Kommunikation mit Schule | |
| <input type="checkbox"/> Kommunikation mit Jugendhilfe | |
| <hr/> | |
| I unter „Kontaktaufnahme zu“: | |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz | |
| <input type="checkbox"/> Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin | |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/Psychologischem Psychotherapeut | |
| <input type="checkbox"/> Schule | |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt | |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädagogische Familienhilfe | |
| <input type="checkbox"/> Integrationshelfer/Schulbegleitung | |
| <input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtung | |
| <hr/> | |

- I unter „Entlassung / Verlegung in“
 Jugendhilfeeinrichtung. Name der Einrichtung: _____

- I unter „Fachberatung eingeschaltet“
 Schulamt/Lehrkraft für Autismusberatung _____

Im Rahmen einer mehrwöchigen bzw. mehrmonatigen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung kann durchaus mehrere Wochen vor der Entlassung klar sein, dass der Patient im Anschluss vom Kinderarzt und/oder niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater ambulant weiter behandelt wird, so dass dies frühzeitig im Entlassplan dokumentiert werden kann. Andererseits ist zum Teil erst relativ kurz vor der Entlassung klar, an welchem Tag genau der Patient entlassen wird, so dass die Erforderlichkeit einer Arzneimittelverordnung im Rahmen des Entlassmanagement dann auch nur kurz vor der Entlassung im Entlassplan dokumentiert werden kann. Außerdem können u. a. die Items „Entlassbrief ausgehändigt“ und „Medikationsplan mitgegeben?“ erst unmittelbar zum Entlassungszeitpunkt beantwortet werden. Die DKG (2017a) empfiehlt zudem, den Entlassplan in Teilen als Journal zu gestalten, um auch wiederkehrende gescheiterte Kommunikationsversuche nachweisen zu können.

Laut Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (2017) sind das Führen und die Dokumentation eines Entlassplans nach § 3 des Rahmenvertrages stets erforderlich, also auch dann, wenn letztlich kein Anschlussversorgungsbedarf besteht. Nach § 3 des Rahmenvertrages erfolgt bei der Aufstellung des Entlassplans zugleich die Prüfung der Erforderlichkeit von Verordnungen sowie einer Arbeitsunfähigkeit. Der Entlassplan kann in Form einer Checkliste geführt werden. Für Patienten, die nach dem Eingangsscreening letztlich keiner weiteren Anschlussversorgung bedürfen, reicht es aus, dies in der Checkliste zu dokumentieren. Die Checkliste sollte in allen Fällen in die Patientenakte aufgenommen werden.

Schriftliche Informationsweitergabe

„Der Entlassbrief ist zwingender Bestandteil des Entlassmanagements. Er ist zum Zeitpunkt der Entlassung dem Patienten auszuhändigen“ (§ 9(1) des Rahmenvertrags). „Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden, in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen“ sowie ggf. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit erfasst sind (§ 9(2) des Rahmenvertrags).

Nur, wenn der Patient und/oder der Sorgeberechtigte in die Weitergabe des Entlassbriefs eingewilligt hat, darf der Brief weitergeleitet werden (DKG 2017a). Sofern die Anschlussversorgung nicht durch den einweisenden Arzt durchgeführt wird, erhält dieser mit Einwilligung des Patienten ebenfalls den Entlassbrief (§ 3(7) des Rahmenvertrags). Laut KGNW (2017) muss das Formular nach § 73 Abs. 1 b SGB V gemäß Muster AVB der DKG zur Einwilligung in die Datenübermittlung an den Hausarzt noch zusätzlich vorgelegt werden. Die Verpflichtung, jeden gesetzlich krankenversicherten Patienten nach dessen Hausarzt zu befragen und vor einer Datenübermittlung an diesen eine widerrufbare schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, steht neben dem Entlassmanagement und wird von diesem nicht aufgehoben.

Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen. Diese sind *mindestens*:

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (unter ihrer Wirkstoffbezeichnung/-stärke und Beachtung von § 115c SGB V; Darreichungsform inkl. Erläuterung bei besonderen Darreichungsformen; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapie-

dauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie ist zu beachten; Information über mitgegebene Arzneimittel

- Alle veranlassten Verordnungen und ggf. Information über Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde

Mündliche Informationsweitergabe

„Zusätzlich ist verpflichtend eine Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners für Rückfragen der weiterbehandelnden Leistungserbringer anzugeben. Unter dieser Rufnummer muss zumindest Montag bis Freitag in der Zeit von 09:00 bis 19:00 Uhr, Samstag von 10:00 bis 14:00 Uhr und Sonntag von 10:00 bis 14:00 Uhr ein für das Entlassmanagement des Krankenhauses zuständiger Ansprechpartner für Rückfragen zur Verfügung stehen“ (§ 3(7) des Rahmenvertrags).

„Das Krankenhaus führt bei Bedarf rechtzeitig vor der Entlassung das Gespräch mit dem weiterbehandelnden Arzt“ (§ 8(3) des Rahmenvertrags).

„Für Patienten mit einem komplexen Versorgungsbedarf soll ein zeitnahe Termin bei einem weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart werden“ (§ 8(4) des Rahmenvertrags), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann dies ggf. auch bzgl. niedergelassenem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut bzw. Psychologischem Psychotherapeut gelten.

Die DKG (2017a) empfiehlt, die Kommunikation mit dem Weiterbehandler zu dokumentieren (auch bei fehlgeschlagener Terminvergabe), um bei Erfordernis den Nachweis führen zu können.

Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, etc.

Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können die Krankenhäuser Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen und die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Laut KGNW (2017) kann für Eltern erkrankter Kinder nicht eine ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes ausgestellt werden, sondern die Eltern müssen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt an den Vertrags(kinder)arzt verwiesen werden.

In „§ 115c SGB V Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung“ heißt es:

„(1) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Verordnung von Arzneimitteln erforderlich, hat das Krankenhaus dem weiterbehandelnden Vertragsarzt die Therapievorschlage unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen mitzuteilen. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlag anzugeben. Abweichungen in den Fällen der Sätze 1 und 2 sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig.

(2) Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus begonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.“

„Nach § 8 Absatz 3a AM-RL ist das Krankenhaus dazu verpflichtet, den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig in geeigneter Weise über die verordneten Arzneimittel zu informieren. Dabei sind insbesondere Änderungen einer vor Aufnahme bestehenden und dem Krankenhaus bekannten Medikation darzustellen und zu erläutern sowie ggf. Hinweise zur Therapiedauer verordneter Arzneimittel zu geben. Gemäß § 9 Abs. 3 RahmenV kann diese Information im Rahmen des Entlassbriefes erfolgen“ schreibt die DKG (2017b) in ihrer Anlage 2 zu den Umsetzungshinweisen des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement. Andererseits schreibt der Rahmenvertrag explizit einen Medikationsplan vor: „Wird der Patient mit einer Medikation entlassen, erhält er einen Medikationsplan. Dieser soll entsprechend der Vorgaben des

§ 31a SGB V erstellt werden. Der Medikationsplan ersetzt nicht die im Rahmen des Entlassmanagements gemäß Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendige Information des weiterbehandelnden Arztes.“ (§ 7(3) des Rahmenvertrags). In § 31a SGB V – formuliert eigentlich nur für Versicherte, die gleichzeitig mindestens drei verordnete Arzneimittel anwenden – steht: „In dem Medikationsplan sind mit Anwendungshinweisen zu dokumentieren 1. alle Arzneimittel, die dem Versicherten verordnet worden sind, 2. Arzneimittel, die der Versicherte ohne Verschreibung anwendet, sowie 3. Hinweise auf Medizinprodukte, soweit sie für die Medikation nach den Nummern 1 und 2 relevant sind.“

Der Medikationsplan soll einen QR-Code beinhalten, der das Einlesen der Daten in den Computer der Praxis bzw. der Klinik ermöglicht.

Zwar ist das Verordnungsrecht am Ende einer teil- oder vollstationären Behandlung oder stationsäquivalenten Behandlung im Rahmen des Entlassmanagements eingeschränkt, die Regelungen berühren jedoch nicht Verordnungen während einer ambulanten Behandlung durch Klinikambulanzen.

Für die Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements im Krankenhaus gelten – bis auf die o. g. Einschränkungen – dieselben Regelungen wie in der Arztpraxis. Auch die Vorgaben zur Wirtschaftlichkeit gelten analog. Gemäß § 113(4) SGB V ist für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlich verordneten Leistungen im Rahmen des Entlassmanagements durch eine Prüfungsstelle nach § 106c SGB V (bestehend aus Vertretern des Krankenkassenlandesverbandes und der Kassenärztlichen Vereinigung) gegen Kostenersatz zuständig, soweit die Krankenkasse mit dem Krankenhaus nichts anderes vereinbart hat. Gemäß § 4(3) des Rahmenvertrags darf bei Verordnung von Arzneimitteln nur die kleinste Packungsgröße verschrieben werden – auch wenn das oftmals nicht wirtschaftlich ist, da der Preis pro Wirkstoffmenge bei kleinen Packungen oftmals höher liegt als bei großen. Erschwerend kommt hinzu, dass gemäß § 39(1a) im Rahmen des Entlassmanagements nur für die Versorgung in einem Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnet werden darf, was beispielsweise auch die kleinste Packung vieler Stimulanzien nicht vollständig verordnet werden darf, sondern nur der tatsächliche Bedarf für maximal 7 Tage – bei einer Dosierung von 1x täglich 1 Retardtablette also nur 7 Stück statt 30 für N1.

Darüber hinaus dürfen im Rahmen des Entlassmanagements Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur von „Krankenhausärzten mit abgeschlossener Facharztweiterbildung“ ausgestellt werden.

Die Übersicht des G-BA (2017) über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften weist u. a. darauf hin, dass nach § 34 Abs. 1 SGB V ein Ausschluss der Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel für Erwachsene besteht, während für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnungsfähig sind. Andererseits werden in dieser Übersicht auch Arzneimittelgruppen (z. B. Stimulantien zur Behandlung von ADHS) genannt, bei denen eine Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auch für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr unwirtschaftlich wäre. Diese Übersicht muss daher auch im Rahmen des kinder- und jugendpsychiatrischen Entlassmanagements bei der Verordnung von Arzneimitteln berücksichtigt werden.

Laut KGNW (2017) steht eine Mitgabe von Arzneimitteln nach § 14 ApoG rechtlich grundsätzlich neben der Verordnungsmöglichkeit: „Die Mitgabe ist aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Überbrückung vor Wochenenden oder Feiertagen nur dann vorrangig, wenn mit der Reichweite der mitgegebenen Arzneimittel die noch erforderliche medikamentöse Behandlung abgeschlossen werden kann; als zeitliche Grenze werden hier 2-3 Tage genannt. Wird ein Patient insofern beispielsweise an einem Freitag entlassen und benötigt noch 2 Tage Antibiose, wäre die Mitgabe vorrangig, benötigt er hingegen 6 Tage Antibiose, kann eine Verordnung ausgestellt werden.“ Eine Mitgabe von Betäubungsmitteln ist ausschließlich auf Grundlage einer individuellen, patientenbezogenen ärztlichen Betäubungsmittelverschreibung gemäß § 2 Abs. 1 i. V. m. § 8 BtMVV und ausschließlich aus der Krankenhausapotheke zulässig. Dies ist problematisch, wenn sich die Krankenhausapotheke nicht in der Nähe befindet, wie z. B. bei vielen dezentralen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie hat das Bundesministerium für Gesundheit auf diese Problematik hingewiesen.

Ausblick

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen“ heißt es in § 11(4) SGB V seit 2007. Die jetzige spezielle Ausformung des allgemeinen Versorgungsmanagements als Entlassmanagement gemäß § 39(1a) SGB V sind dagegen kaum von Gegenseitigkeit geprägt: Die verbindlichen Regelungen im Rahmen dieses Entlassmanagements führen einseitig zu einem hohen zusätzlichen personellen und technischen Aufwand für die Krankenhäuser. Das Bundesschiedsamt hat eine zusätzliche Finanzierung dieses Aufwands abgelehnt. Lediglich die Kosten für die Vordrucke für Verordnungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen werden von den Krankenkassen getragen.

Auch ist damit zu rechnen, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sehr genau prüfen wird, ob bzw. wie diese Regelungen von den Kliniken umgesetzt werden. Insbesondere innerhalb des tagesbezogenen Entgeltsystems der Kinder- und Jugendpsychiatrie lassen sich hier möglicherweise zusätzliche formale Argumente für eine sekundäre Fehlbelegung finden, d. h. dafür, dass der Patient hätte früher aus der stationären in weitere ambulante Behandlung oder aus der Krankenbehandlung in Rehabilitationsbehandlung entlassen werden können, auch wenn dies inhaltlich gar nicht möglich war.

Zwar hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass Krankenhäuser Aufgaben des Entlassmanagements an niedergelassene Ärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen übertragen können, aber auch dies müsste aus dem bisherigen, für das Entlassmanagement nicht aufgestockten Budget des Krankenhauses finanziert werden. Zudem wurden unreflektiert vertragsärztliche Regularien übernommen und teilweise auch noch unsinnig verschärft, wie dies die o. g. restriktiven Vorgaben für die Verordnung von Arzneimitteln zeigen.

Das bereits oben genannte allgemeine Versorgungsmanagement gemäß § 11 SGB V umfasst Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch, zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten, zur Behandlung einer Krankheit, des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2

bis 4 SGB IX, medizinische Rehabilitation, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, und Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten oder bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 108 oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 107 Absatz 2 die Mitaufnahme einer Pflegekraft, soweit Versicherte ihre Pflege nach § 63b Absatz 6 Satz 1 SGB XII durch von ihnen beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellen. Die seit dem Oktober 2017 verbindlichen Regelungen des Entlassmanagements gemäß § 39(1a) SGB V beschränken sich leider auf voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalente Krankenhausbehandlung und Leistungen der Pflegekassen.

Dennoch sind auch positive Effekte zu erwarten:

- Dadurch, dass der Entlassbrief oder zumindest der vorläufige Entlassbrief mit definierten Inhalten am Entlassungstag mitgegeben werden muss, wird ein hoher Anreiz gegeben, die schriftliche Übergabe von Informationen an den Weiterbehandelnden zeitnah zu realisieren.
- Ein systematisches Entlassmanagement kann helfen, mit allen Patienten und für alle Patienten frühestmöglich Weichen zu stellen für Informationsaustausch mit den anderen beteiligten Leistungserbringern noch während der Krankenhausbehandlung, um daraus ggf. Informationen für sinnvolle Modifikationen der Krankenhausbehandlung zu gewinnen und eine möglichst nahtlose Weiterbetreuung nach der Krankenhausbehandlung kooperativ zu organisieren.

Sehr wünschenswert ist eine Weiterentwicklung der Regelungen des Entlassmanagements mit Einbeziehung weiterer Leistungserbringer und statt einseitiger Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem höheren Grad an gegenseitiger Verpflichtung der verschiedenen Kooperationspartner zu kommen.

Literatur

- Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] (2017a)* Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V – Anlage 1. http://www.dkgev.de/media/file/49831.Anlage_1_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf
- Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] (2017b)* Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V – Anlage 2. http://www.dkgev.de/media/file/49841.Anlage_2_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.doc.pdf
- Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] (2017c)* Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V – Anlage 3 http://www.dkgev.de/media/file/49851.Anlage_3_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.doc.pdf
- Deutsche Krankenhausgesellschaft [DKG] (2017d)* Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V – Anlage 4
http://www.dkgev.de/media/file/49861.Anlage_4_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.doc.pdf
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [Hrsg.] (2009)*
Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. <http://www.dnqp.de>
- Engeln M, Hennes HJ, Stehling H, Ziegenbein R (2006)* Der Blaylock-Risk-Assessment-Score (Modifizierter BRASS-Index) als Initialassessment im multiprofessionellen Entlassungsmanagement. *PrInterNet: die Zeitschrift für Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement, Pflegeinformatik, angewandte Pflegeforschung, Soziale Gerontologie* 8(10), 545-549
- Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung (2016)* Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) zwischen dem GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag_Entlassmanagement.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA] (2017)* Anlage III Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 3 SGB V), Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse von sonstigen Produkten. https://www.g-ba.de/downloads/83-691-466/AM-RL-III-Verordnungseinschraenkung_2017-11-04.pdf
- Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. (2017)* KGNW-FAQ-Liste zum Entlassmanagement nach § 39a Abs. 1 SGB V. Anlage zum KGNW-Rundschreiben Nr. 358/2017 vom 30.08.2017

- Remschmidt R, Schmidt MH, Poustka F [Hrsg.] (2017) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. Hogrefe*
- Schelling P, Gaibler T (2012) Aufklärungspflicht und Einwilligungsfähigkeit: Regeln für diffizile Konstellationen. Dtsch Arztebl 109(10), A-476 / B-410 / C-406*
- Spitzcok von Brisinski, I. (2017): Familie und Individuation. Systemische Perspektiven in der psychotherapeutisch-psychiatrischen Behandlung. Psychotherapie im Dialog 18(2), 70-73*
- Spitzcok von Brisinski, I.; Philips, L. (2016) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den Jugendämtern. In: Hagen, B. (Hrsg.) Jugendhilfe in Kooperation. Erziehungshilfen – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Polizei – Justiz. Beiträge zu Theorie und Praxis der Jugendhilfe 14, S. 155-170*

Ich danke Renate Schepker für die wertvollen Anregungen.

Kontaktadresse:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski
Chefarzt und Fachbereichsarzt
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen, Horionstr. 14, 41749 Viersen
Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
<http://www.klinik-viersen.lvr.de>

Kolumne:

Psychopharmakologie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Autismus-Spektrum-Störungen

Klaus-Ulrich Oehler

Die Therapie der Autismus-Spektrum-Störung sollte in der frühen Kindheit beginnen, sollte langfristig angelegt sein und einen multimodalen Ansatz verfolgen. Die meisten betroffenen Kinder benötigen umfassende Hilfen in Form von pädagogischen, heilpädagogischen, sowie verhaltenstherapeutischen Maßnahmen. Es ist kein Medikament offiziell zugelassen und auch kein Medikament bekannt, welches bei autistischen Störungen im Kindes- und Jugendalter kausal wirksam ist.

Große Bedeutung im Hinblick auf eine multimodale Therapie kommt dem Vorliegen einer komorbiden Symptomatik und begleitenden herausfordernden Verhaltensweisen („challenging behavior“) zu. Dazu gibt es eine Vielzahl von Untersuchungen und Veröffentlichungen, die sich teilweise widersprechen. Die für die Praxis umfassendsten und geeignetsten Überlegungen gibt Frau Professor Luise Poustka am 28.09.2012, im Internet nachzulesen. Die folgenden Ausführungen sind an dieser Zusammenfassung orientiert und bezüglich praxisrelevanter Aspekte aktualisiert. So finden sich in den Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen, bei denen eine Autismus-Spektrum-Störung diagnostiziert wurde, zusätzlich bei 44,3 % spezifische Phobien, 29,2 % eine soziale Phobie, 13,4 % eine generalisierte Angststörung, 10 % eine Panikstörung, 28 - 55 % eine hyperkinetische Störung, 7 % eine Enuresis und 28,1 % eine oppositionelle Störung. Darüber hinaus wird in über 50 % autoaggressives Verhalten gefunden sowie auch gehäuft fremdaggressive Verhaltensweisen. Darüber hinaus finden sich je nach Studie bei 11 % - 39 % ein zerebrales Anfallsleiden (Leyfer et al. 2006, Simonoff et al 2008).

Indikation für eine Pharmakotherapie:

Wenn auch eine direkte pharmakologische Behandlung der Autismus-Spektrum-Störungen nicht möglich ist, so sind pharmakologische Therapiemöglichkeiten bei komorbiden Störungen und Verhaltensauffälligkeiten durchaus indiziert. Eine Indikation ist dann gegeben, wenn durch psychotherapeutische oder verhaltensmodifizierende Maßnahmen die Problematik nicht in den Griff zu bekommen ist und sich daraus eine starke Beeinträchtigung und Schwierigkeiten der sozialen Integration ableiten lassen.

Wahl des Arzneimittels basierend auf klinischen Erfahrungen sowie der wissenschaftlichen Datenlage:

Bei hyperaktiven Störungen besteht die Möglichkeit, mit Methylphenidat in nicht retardierter und retardierter Form zu behandeln. Die Effektstärken sind mit 0,2 bis 0,6 geringer als bei der Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern ohne Autismus. Jedoch sind die Nebenwirkungen zehnmal häufiger. Auch für Atomoxetin wurde eine Verbesserung gefunden. Die Effekte sind dabei etwas geringer als bei Methylphenidat (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network 2005, Posey et al. 2006).

Ob Lisdexamfetamin (Elvanse®) eine gute Alternative ist, da durch das langsame Anfluten und die gleichmäßigen Blutspiegel Aufdosierungs- und Reboundeffekte vermieden werden, bleibt abzuwarten. Studien dazu bestehen noch nicht.

Bei aggressivem Verhalten haben sich SSRI und Neuroleptika bewährt. Am besten untersucht sind Fluoxetin, Citalopram, Sertralin, Escitalopram sowie Fluvoxamin. Die am meisten eingesetzten Neuroleptika sind Risperidon und Clozapin. Für Risperidon gibt es die meisten Studien. Aber auch Olanzapin und Quetiapin sind wirksam. Insgesamt sollten Dosierungen gewählt werden, die unterhalb des Bereiches sind, der bei Psychosen angewandt wird: Risperidon 1 bis 2 mg, Olanzapin 2,5 bis 10 mg. Alternativen insbesondere bei Gewichtszunahme sind Ziprasidon und neuere Neuroleptika wie Aripiprazol (mittlere Dosis 12 mg/Tag) oder Brexpiprazol. Auch Depot-Neuroleptika, die z. B. für den Wirkstoff Risperidon vorliegen, stellen eine Alternative dar.

Bei depressiven Störungen sind in erster Linie ebenfalls SSRI sowie SNRI Therapieoptionen (Fluoxetin bzw. Venlafaxin).

Bei Zwängen und Zwangsritualen besteht eine Behandlungsindikation für SSRI, ggf. in Kombination mit atypischen Neuroleptika.

Auch bei Angststörungen sind SSRI indiziert und ggf. Benzodiazepine.

Bei Epilepsien sollten die üblichen Antikonvulsiva eingesetzt werden. Vorsichtig sollte bei Levetiracetam vorgegangen werden, da hierbei die Verstärkung von aggressivem Verhalten beschrieben wurde. Insgesamt sind Antikonvulsiva vorzuziehen, die eher ein weniger sedierendes Spektrum haben, wie z. B. Lamotrigin.

Immer wieder wird die Gabe von Neuropeptiden wie Oxytocin sowie Substanzen, die den Glutamat- und GABA-Stoffwechsel beeinflussen, diskutiert. Selbiges gilt für die bei ADHD eingesetzten Omega-3-Fettsäuren. Speziell untersucht wurde Memantin sowie D-Cycloserin. Vereinzelt wurden protektive Effekte hinsichtlich Neurotoxizität und Verbesserung von Lernen und Gedächtnis beschrieben sowie positive Wirkung auf sozialen Rückzug. Eine Therapieempfehlung kann daraus jedoch noch nicht abgeleitet werden. Selbiges gilt für den Opiodantagonisten Naltrexon.

Zu diskutieren ist jedoch der Einsatz von Melatonin (Circadin) bei Schlafstörungen. Dieses ist zwar erst ab 55 Jahren zugelassen, jedoch ist die schlafanstoßende Wirkung und Verbesserung der Schlafdauer belegt.

Literatur

- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE (2006) Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord* 36(7), 849-861
- Posey DJI, Wiegand RE, Wilkerson J, Maynard M, Stigler KA, McDougle CJ (2006) Open-label atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms associated with high-functioning pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 16(5), 599-610
- Poustka L (2012) Psychopharmakologie bei Autismus-Spektrum-Störungen, Ulm am 28.09.2012, http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/Kliniken/Kinder_Jugendpsychiatrie/Praesentationen/Poustka_Autismus_Ulm_Sept2012.pdf
- Poustka L, Banaschewski T, Poustka F (2011) Psychopharmacology of autism-spectrum disorder. *Nervenarzt* 82, 582-589

Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network (2005) Randomized, controlled, crossover trial of methylphenidate in pervasive developmental disorders with hyperactivity. *Arch Gen Psychiatry* 62(11), 1266-1274

Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G (2008) Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(8), 921-929

Kontaktadresse:

Dr. med. Klaus Oehler

Gemeinschaftspraxis Dres. Klein, Kreienkamp und Oehler

Wirsbergstraße 10, 97070 Würzburg

Telefon 0931-322966, Telefax 0931-3229688

<https://www.klein-kreienkamp-oehler.de>

Kolumne:

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Der Mitgliederrundbrief (Mrb) IV-1992 erschien erstmals mit dem aktualisierten Logo „BKJPP“, nachdem die Mitgliederversammlung des BKJP am 25.09.1992 beschlossen hatte, den Verbandsnamen zu erweitern zu „Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V.“ (BKJPP). Die Wahl des Zusatzes „Psychotherapie“ in Großschreibung war programmatisch, weil wir damals noch darum kämpften, entsprechend der Weiterbildung der allermeisten Kinder- und Jugendpsychiater auch die Psychotherapie von Erwachsenen, insbesondere von familiären Bezugspersonen der von uns behandelten Kinder und Jugendlichen, durchführen zu dürfen. Die erwachsenen Bezugspersonen bedurften oft vordringlicher als die Indexpatienten selbst der Psychotherapie. Es gelang jedoch oft nicht, die notwendige Motivation dafür zu schaffen und dann die Bezugspersonen auch noch in eine zeitnahe Psychotherapie an anderem Ort zu vermitteln. Dieser Kampf um die Erwachsenen-Psychotherapie ging leider verloren, nicht zuletzt durch die ungenügende Unterstützung seitens der DGKJP, die die Versorgungserfordernisse in der ambulanten Versorgung falsch einschätzte.

Auch im „Mitgliederrundbrief“ IV-1992 (Mrb) gab es eine Einladung, und zwar zur Jahrestagung 1993, die als Frühjahrstagung unter der Schirmherrschaft der Bundesministerin für Frauen und Jugend, Frau Dr. Angela Merkel, und unter dem Tagungsvorsitz von Prof. Dr. Reinhart Lempp vom 19./20.2993 in Eisenach stattfand. Thema war „Aufgaben und Möglichkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Verbund von Gesundheitssystem, Jugendhilfe und Sozialhilfe“.

Dieses Thema, das uns heute wieder bei der Neufassung des SGB VIII beschäftigt, war eine Herzensangelegenheit von Prof. Lempp, der schon damals ein einheitliches „Gesetz für Kinder und Jugendliche“ forderte, und es war ein zentraler Punkt im Bemühen des BKJPP um die Etablierung einer sozialpsychiatrischen Versorgung.

Prof. Dr. Reinhart Lempp, Tübingen, hielt das Einleitungsreferat. Prof. Dr. Andreas Warnke, Würzburg, stellte die Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie im Rahmen des KJHG aus der Sicht der kinder- und Jugendpsychiatrie dar. RD Ursula Friedrich vom BMFS erläuterte die Möglichkeiten Sozialpsychiatrischer Versorgung behinderter Kinder- und Jugendlicher nach BSHG und KJHG. Dr. Paul Lubecki, der für den AOK-Bundesverband federführend an den Verhandlungen um die Sozialpsychiatrievereinbarung beteiligt war, referierte die „Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus der Sicht der Versicherungsgemeinschaft“. Und RD Dr. Christiane Redel vom BMG skizzierte „Die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Sicht des Gesetzgebers“.

Belohnt wurden die Tagungsteilnehmer nach getaner Arbeit mit einer Führung durch die Wartburg, unterstützt vom Kulturministerium des Freistaates Thüringen, und einem Konzert mit anschließendem Gesellschaftsabend im Wappensaal des Hotels „Auf der Wartburg“.

Am Morgen des 20. März erfolgte die Mitgliederversammlung, in die 5 Arbeitsgruppen unter Beteiligung je eines Vorstandsmitglieds zum Tagungsthema eingebettet waren. Am Nachmittag gab es noch 13 weitere Arbeitsgruppen, die mit einer Ergebnisdiskussion im Plenum um 17.00 Uhr beendet wurden. Passend zum Tagungsort Eisenach, wo Luther auf der Wartburg mit viel Fleiß die Bibel übersetzt hat und wo am 8. August 1869 die Sozialdemokratische Arbeiterpartei gegründet wurde, war dies eine wahre Arbeitstagung!

Im Mrb IV-1992 wurde erstmals von der „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ der „Förderpreis für praxisrelevante kinder- und jugendpsychiatrische Therapieforchung“ mit einer Dotierung von 10.000 DM ausgelobt. Dieser Förderpreis wird auch noch 2017 ausgeschrieben, inzwischen mit einer Dotierung von 10.000 Euro (www.stiftung-kjpp.de).

Außerdem wurde im Mrb IV-1992 die Gründung der europäischen „Facharztsektion Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in der UEMS (Union européenne des médecins spécialistes) mitgeteilt und deren Struktur und Funktion dargestellt. Zu dem Zeitpunkt bestand die UEMS als älteste medizinische Organisation

in der Europäischen Gemeinschaft bereits seit 30 Jahren. Zum ersten Präsidenten der neuen Sektion wurde Dr. Reinhard Schydlo, einst Gründungsvorsitzender des BKJP, gewählt, zur Vizepräsidentin Dr. Nini Smedegaard aus Aalborg und zum Sekretär Prof. Dr. Jorma Pina von der Universität Turku.

Neben diesen stärker berufspolitischen Informationen, die jedoch hohe Relevanz für die kinderpsychiatrische Versorgung besaßen, enthielt der Mrb IV-1992 fünf wissenschaftliche Beiträge:

Prof. Dr. med. G. Klosinki, Tübingen, erörterte die Frage: „Religiöse Erziehung – krankmachend oder schützend?“ Dieses Thema scheint in den vergangenen Jahrzehnten an Relevanz verloren zu haben. Seit vielen Jahren hat der Referent keine ekklesiogene Neurose mehr gesehen. Er erlebt jedoch in der Praxis zunehmend die Bedeutung der Religion bei gläubigen, muslimischen PatientInnen, wenn er danach fragt. Da gibt es neben Risiken auch Heilungsfaktoren, die man nutzen sollte.

Priv.Do. Dr. T. J. Elliger, Universitätsklinik zu Köln, referierte das Thema „Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen – Epidemiologie und Sexualethik“.

Ergänzend dazu berichtete Dr. med. Eugen E. Jungjohann, Leiter der ärztlichen Kinderschutzambulanz am Evangelisches Krankenhaus in Düsseldorf, „Über die Probleme des sexuell mißbrauchten Kindes – innerhalb der Familie und innerhalb des Helfersystems – Der Mißbrauch des Mißbrauchs“.

Wenn man diese beiden Beiträge heute noch einmal liest und sich der Diskussionen der frühen 90er Jahre erinnert, kann man erschrecken, wie wenig sich geändert zu haben scheint. Und man kann über die Naivität erstaunen, mit der sich Politik und Medien des Themas annehmen.

Renate Meuter-Schröder, Schulrätin in Aachen, stellte in einem umfassenden Beitrag die „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendliche aus pädagogischer Sicht“ dar. Auch in der Vor-SPV-Ära gab es eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit, wenn die noch wenigen Kinder- und Jugendpsychiater dazu bereit und entsprechend engagiert waren. Diese interessante und fruchtbare Zusammenarbeit erfolgte in Aachen u. a. auch mit der damaligen Sonderpädagogin Ursula (Ulla) Schmidt, der später langjährigen Bundesgesundheitsministerin und MdB.

Abgerundet wurden diese Beiträge des Heftes IV-1992 durch die Darstellung von Helmut Heiserer, Pfarrer und Heilpädagoge (BHP) in Regensburg, „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus heilpädagogischer Sicht“.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Winter und Frühjahr 1993 wichtig war und was alles im Mitgliederrundbrief I/1993, dem späteren „forum“ stand, das erfahren Sie im „forum 1/2018“.

Bleiben Sie neugierig!

Chr. K. D. Moik, Aachen



Rezensionen

Annemarie Jost, Jan V. Wirth (Hrsg.) **Mehrperspektivisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendhilfe.** *Steven M. – ein Junge mit FASD.* Kohlhammer 2017, 29,- €

So sperrig der Titel dieses Buches ist, so alltäglich ist die darin beschriebene Falldarstellung des 17jährigen Jungen Steven. Anhand der Akten und Berichte aller Helfer im Lebensverlauf baut sich dieses Buch auf.

Der Säugling Steven wird bei der Großmutter abgegeben, von ihr auch großgezogen. Konflikte zwischen drogen- und alkoholabhängigen Eltern und der Großmutter werden geschildert. Auffälligkeiten im Verhalten, Ein- und Durchschlafstörungen, Hyperreagibilität und Fütterschwierigkeiten beschreibt die Großmutter in einem eigenen Kapitel. Ebenso im Verlauf soziale Isolierung, Schwierigkeiten bei Regelspielen, und als Jugendlicher mnestiche Defizite, Schwierigkeiten bezüglich Regeln und Gesetz, mangelnde Konzepte zu Geld und Zeit.

Erstaunlicherweise finden sich diese, von der Großmutter ausführlich geschilderten Schwierigkeiten in keinem pädiatrischen oder Sozialpädagogischen, leider auch nicht im psychiatrischen Befund. Insbesondere in den pädagogischen Berichten werden Kausalitäten auf rein ideologischem Boden beschrieben, die dem sog. Klienten nicht im Geringsten gerecht werden. Schuld wird dem Kind und der Pflegefamilie zugeschrieben, somit immer wieder der ASD frei gewaschen von Verpflichtungen.

Da die Diagnose FASD erst spät bei Steven gestellt wird, werden Hilfeanträge immer wieder abgelehnt.

Doch auch wenn die Diagnose FASD gestellt ist, und neben Pflegeeltern, ASD, Schule, Erziehungshilfen, Psychiater, ggf. ein Pflegedienst oder Integrationshelfer benötigt wird, wird die Komplexität der verschiedenen Verfahren nicht geringer. Es liegt eine Behinderung nach §53 SGB XII vor, es liegt zusätzlich eine seelische Behinderung nach § 35a SGB VIII vor. Die Jugendhilfe muss über ihren Schatten springen und zusätzlich zur Fremdun-

terbringung entlastende Hilfen für Pflegeeltern oder Heimerzieher schaffen. Die Begleitung eines Kindes / Jugendlichen mit FASD ist im Alltag oft zermürend, eine Eins-zu-Eins-Betreuung ist nicht selten indiziert.

Wichtig ist zudem eine Schulung aller Pädagogen bezüglich des Krankheitsbildes FASD, um wie im aktuellen Fall seitenlange defizitorientierende Akten des Kinderheims allen Beteiligten zu ersparen, insbesondere aber dem meist überforderten, verwirrten Kind.

Aufgrund der in der Regel bestehenden Defizite in den Exekutivfunktionen ist es wichtig, dass bei Hilfeplangesprächen regelmäßig eher Rückschritte an überraschenden Stellen dokumentiert werden müssen. Das Kind und die Pflegeeltern müssen vor ständigem Druck durch den ASD bewahrt werden, oft ist das einzige Ziel der Verbleib im liebevollen Umfeld.

Ein typisches Dilemma in diesem beschriebenen Fall ist die immer wieder verschobene Entziehung des Sorgerechts der selber unter Betreuung stehenden, psychisch kranken Mutter. Insbesondere ab dem 14. Lebensjahr, wenn die Reifung im Verhalten ausbleibt, der Jugendliche sich weiterhin Dinge nimmt, kein Schuldeingeständnis zeigt und irgendwann der Jugendrichter ins Spiel kommt. Bei Steven konnte die engagierte Großmutter, die mittlerweile das Sorgerecht innehatte, bei Gericht eine der Reife entsprechende Einstellung des Verfahrens erwirken.

Der involvierte Jugendrichter schreibt in seinem Kapitel von der mangelnden Informationsmöglichkeit bezüglich FASD, der Schwierigkeit einen angemessenen Gutachter zu beauftragen.

Dieses Buch wendet sich sowohl an Kollegen, die sich mit FASD beschäftigen, als auch alle, die die Arbeitsweise in der Sozialpsychiatrie kennen lernen möchten. In den abschließenden Kapiteln wird noch einmal ausgeprägt deutlich, wie stark Sozialpsychiatrie vom aktuellen Weltbild geprägt ist, von der Inklusionsideologie einer Sozialarbeiterin bis zur postmodernen Familienanalyse eines Soziologen, dies ist auch für erfahrene Psychiater noch einmal ein Anreiz sich zu hinterfragen. Das Buch ist eine Werbung für die Sozialpsychiatrie.

Dr. Barbara Wüst, Meinerzhagen

Flora von Spreti, Philipp Martius, Florian Steiger (Hrsg.) **KunstTherapie. Wirkung-Handwerk-Praxis**. Mit einem Beitrag zur Psychoneuroimmunologie der Kunst von Christian Schubert. Schattauer GmbH, 2017, ISBN 978-3-7945-3098-2; 610 Seiten, 79,99 €. als E-Book ISBN 978-3-7945-6910-6

Der Rezensent hatte das Glück, Anfang der 70iger Jahre in Brixen Edith Kramer (geb. 29.8.1916, gest. 21.01.2014) eine herausragende Malerin, Analytikerin und Kunsttherapeutin, die nach ihrer Emigration in die USA viele Jahre in der Kinderpsychiatrie in New York gearbeitet hatte, kennen zu lernen. Bekannt ist ihr Werk „Kunst als Therapie mit Kindern“, das zuletzt 2014 in 6. Auflage erschien. Ihr verdankt er, dass sein Interesse für Kunst sich zum Interesse für Kunsttherapie geweitet hat.

Das jetzt von Prof. h.c. Gräfin Flora von Spreti, Prof. Dr. med. Philipp Martius – beide haben bereits gemeinsam 2005 das Buch „Kunsttherapie bei psychischen Störungen“ veröffentlicht – und Prof. Dr. Florian Steiger herausgegebenen Werk vereinigt nicht weniger als 57 Autorinnen und Autoren mit entsprechend vielen Beiträgen. Diese alle in der notwendigen Gründlichkeit hier darzustellen würde eines eigenen Sonderbandes des „forum“ bedürfen. Schon die Aufzählung der 9 Kapitel würde fast 1 Seite füllen.

In Kapitel I „Annäherung“ beginnt Thoma Fuchs mit „Anthropologischen Anmerkungen“. Günter Lempa fragt: „Darf man Künstler analysieren?“

Mit dem Begriff Kunst wird vorwiegend bildende und darstellende Kunst gemeint. Jedoch werden auch andere Kunstformen einbezogen. So untersucht und analysiert Luise Reddemann im Kapitel VI „Trauma und Kreativität“ in ihrem Beitrag „Künstlerische Verarbeitung und Kunsttherapie“ die Lebensläufe der Lyrikerin, Literatin und Nobelpreisträgerin Nelly Sachs (1891-1970), des Lyrikers, Philosophen und Lebenskünstlers Maria Rilke (1875-1926), des Komponisten, Pianisten und Pädagogen Dimitri Schostakowitsch (1906-1975) und der Malerin und Bildhauerin Niki de Saint Phalle (1930-2002).

Im Kapitel VII wird in 12 Beiträgen mit unterschiedlich umfangreichen Literaturhinweisen „Kunsttherapie in Lehre und Forschung“ vorgestellt.

Im Kapitel IX bringen Flora von Spreti und Diana Marten zahlreiche Anregungen für die praktische Umsetzung von Kunsttherapie. Dabei stellen sie einleitend und programmatisch fest: „Von Anfang an Kunst und Therapie zugleich“.

In den zwei abschließenden Beiträgen fragen Karl-Heinz Menzen und Philipp Marius: „Gibt es eine medizinische Indikation zur Kunsttherapie?“ Dabei gehen sie auch auf differenzialdiagnostische Indikationen zur Kunsttherapie ein. Diese Kapitel hätte sich der Rezensent ausführlicher gewünscht.

Im Titel des Gesamtwerks ist der 75 Seiten umfassende Beitrag von Christian Schubert „Bewusstwerdung als Heilung – die Wirkung künstlerischen Tuns auf das Immunsystem“, der im Kapitel II dargestellt wird, besonders herausgehoben. Auch wenn das zugehörige Literaturverzeichnis mit fast 10 Seiten auf eine umfassende Recherche hinweist, wäre gerade dieses Kapitel es wert gewesen, bei der Abschlussfrage nach der medizinischen Indikation für Kunsttherapie eingehend diskutiert zu werden.

Alles in allem ist für den Rezensenten dieses Werk kein „Lesebuch“ sondern eher ein Nachschlagewerk bzw. eine Fundgrube, in der er immer wieder auf Entdeckungsreise gehen möchte.

„KunstTherapie“ kann jedem, der sich für Kunst und Therapie interessiert und der Kunsttherapie selbst ausübt unbedingt empfohlen werden, und es sollte in keiner psychiatrischen und psychotherapeutischen Bibliothek fehlen!

Christian K. D. Moik

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Christian K. D. Moik,

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79 4226 0001 0164 1643 00

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin, didier@metadruck.de

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,50 € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

Das „Forum 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.