

Inhalt

Editorial:

In aller Kürze – Behandlungszeiträume in der Kinder- und Jugendpsychiatrie <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	2
Zum aktuellen Stellenwert von künstlerischen Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Praxeologie und Empirie <i>Matthias Wildermuth</i>	5
Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte des Klinefelter-Syndroms <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	47
Betriebswirtschaftliches Grundwissen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Teil 2: Der Praxisinhaber als Arbeitgeber <i>Gundolf Berg</i>	62
Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus berufspolitischer Sicht: 1994 – eine Wegmarke in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung <i>Christian K. D. Moik</i>	69
<i>Nachruf</i>	
Dr. med. Dipl.-Psych. Helmut Eller	73
<i>Erratum</i>	75
<i>Hinweise für Autoren</i>	76
<i>Impressum</i>	88

Editorial:

In aller Kürze – Behandlungszeiträume in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

„Die Zeit heilt alle Wunden“ lautet ein altes, wohl etwas aus der Mode gekommenes Sprichwort. „Die Zeit heilt keine Wunde, man gewöhnt sich nur an den Schmerz“ lautet eine neuere Variante, die darauf hinweist, warum bei seelischen Wunden bzw. psychischen Störungen abwarten oftmals nicht ausreicht, sondern kinder- und jugendpsychiatrische Therapie indiziert ist. Die braucht allerdings auch Zeit – mal mehr, mal weniger. Mal reicht ein halbstündiges Krisengespräch, mal ist eine eintägige bis mehrmonatige stationäre Behandlung erforderlich, mal eine mehrjährige ambulante Therapie.

Dabei hat die allgemeine Beschleunigung unserer Zeit (vgl. Rosa 2005) auch vor den Rahmenbedingungen für die Durchführung der Behandlung nicht haltgemacht. In kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Ambulanzen ist der Zeitumfang, den man den Patienten pro Quartal zur Verfügung stellen kann, von wirtschaftlichen Aspekten abhängig, mit Ausnahme der Richtlinien-psychotherapie jedoch nicht die Gesamtdauer der Behandlung. Im tagesklinischen und vollstationären Bereich sorgt zwar der Medizinische Dienst der Krankenkassen dafür, dass nicht länger als unbedingt erforderlich behandelt wird, viel stärker jedoch der Aufnahmepressure und die sich daraus ergebende Notwendigkeit, auf den tagesklinischen Gruppen und vollstationären Stationen Platz zu schaffen durch frühestmögliche Entlassungen. In Zahlen liest sich das für die vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung so:

Jahr	1991	1995	2005	2007	2012	1991-2012
Fallzahl	20.108	23.302	37.699	41.259	52.591	+162 %
Verweildauer (Tage)	126,3	63,4	43,2	41,8	37,3	-70 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, www.destatis.de

Die durchschnittliche Verweildauer wird wahrscheinlich in den nächsten Jahren noch weiter heruntergehen, die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen prognostiziert z. B. für 2015 einen Wert von 31 Tagen.

Der Vergleich zu anderen Fachgebieten liest sich in den „Grunddaten der Krankenhäuser 2012“ des Statistischen Bundesamts so (S. 8): „Die durchschnittliche Verweildauer ist erneut gegenüber dem Vorjahr um 0,1 Tag auf 7,6 Tage gesunken. Die Verweildauer war in den verschiedenen Fachabteilungen jedoch unterschiedlich lang. Mit durchschnittlich 41,2 Tagen dauerte eine Behandlung in der Fachabteilung Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik am längsten, gefolgt von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in der die Patienten durchschnittlich 37,3 Tage verbrachten. In der Fachabteilung Augenheilkunde konnten die Patienten bereits nach durchschnittlich 3,2 Tagen das Krankenhaus verlassen. Auch in der Kinderchirurgie und in der Nuklearmedizin lag die Verweildauer mit 3,3 und 3,6 Tagen deutlich unter dem Durchschnitt.“

Die durchschnittliche Verweildauer über alle Fachgebiete im zeitlichen Verlauf verkürzte sich von 14,0 Tagen im Jahr 1991 auf 7,6 Tage im Jahr 2012, also um 45% im Vergleich zu 70% in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im selben Zeitraum.

Betrachtet man die letzten 5 Jahre, so verkürzte sich die Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von 41,4 Tagen im Jahr 2008 auf 37,3 Tage im Jahr 2012, also um 10%. Die Verweildauer in der Erwachsenenpsychiatrie verkürzte sich im selben Zeitraum von 23,2 auf 22,4 Tage, also um 3%, und die Verweildauer in der Psychotherapeutischen Medizin/Psychosomatik *verlängerte* sich von 40,0 auf 41,2 Tage.

Also eine atemberaubende Dynamik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – absolut, aber erst recht im Vergleich zu den anderen Fachgebieten. Aber offenbar immer noch nicht dynamisch genug: Das neue deutsche Entgeltsystem

„Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) sieht für die vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Anreize für eine erheblich kürzere Verweildauer vor. Beispielsweise sieht der PEPP-Katalog 2014 für die Behandlung von „Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen“ bereits nach 17 Tagen – also nach noch nicht einmal der Hälfte der aktuellen durchschnittlichen Verweildauer – ein um 32% abgesenktes Entgelt vor, wahrscheinlich inspiriert von Johann Wolfgang von Goethe, der da meinte: „Wir haben genug Zeit, wenn wir sie nur richtig verwenden.“

Ihr Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur:

InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2013) PEPP-Entgeltkatalog für 2014. www.g-drg.de/cms/PEPP-Entgeltsystem_2014/PEPP-Entgeltkatalog

Rosa, H. (2005) Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp

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

Zum aktuellen Stellenwert von künstlerischen Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Praxeologie und Empirie

Matthias Wildermuth

1. Einleitung

Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie steht im Spannungsfeld zwischen einer leitlinienorientierten störungsspezifischen Herangehensweise einerseits und einer am Einzelfall ausgerichteten individuellen Behandlung andererseits. Es bietet ein breites Spektrum von Methodenpluralismus, fächerübergreifender Arbeit, berufsgruppenübergreifender Kooperation und der Einbeziehung von Patienten- sowie störungsspezifischen Sichtweisen.

Künstlerisch-therapeutische Ansätze sind innerhalb des Methodenkanons eher implizit als explizit ausgewiesen. Seit Einführung der Psychiatriepersonalverordnung haben die beiden Gebiete Ergotherapie und Mototherapie einen deutlichen Zuwachs an Stellenwert erfahren. Sie werden weit über den Beschäftigungscharakter hinaus teils unspezifisch, teils zunehmend spezifisch eingesetzt und ergänzen spezifisch-psychotherapeutische Verfahren und psychiatrische Interventionen.

Die gesamte Evidenzbasierung der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie erfährt in der Gegenwart mit der Entwicklung spezifischer Leitlinien einen Umbruch. Problematisch ist, dass der Großteil der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder nicht ausreichend untersucht erscheint. Dies betrifft auch die psychopharmakologische Therapie – mit symptombezogenen Ausnahmen wie die Behandlung des hyperkinetischen Syndroms (AD(H)S) sowie einzelne, vor allem internalisierende Störungen und deren psychophar-

makologische Behandlung wie z.B. Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, Tic-Störungen (Sant'Unione & Wildermuth 2010).

Auch die Psychotherapieforschung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat trotz gegenläufiger Aussagen noch nicht den Stand erreicht, über den mit notwendig hinreichender Sicherheit die ein oder andere Methode als Goldstandard bezeichnet werden kann. Störungsspezifische verhaltenstherapeutische Ansätze ermöglichen durch ihre Operationalisierung und Modularisierung eher eine Wirkungsüberprüfung (Weiß & Kazdin 2006).

Psychodynamisch-verstehende Verfahren sind schwieriger zu standardisieren und zu überprüfen, hier gehen viele spezifische und beziehungshafte Anteile ein. Erst in letzter Zeit werden sie zunehmend einer gewissen Standardisierung unterzogen und entfalten wahrscheinlich ihre Wirksamkeit eher in schwer messbaren Bereichen wie allgemeiner Persönlichkeitsstabilisierung bzw. -entwicklung. Die Vertreter dieser Richtungen betonen, wenn auch zurzeit deutlich zurückhaltender, die Einmaligkeit des therapeutischen Prozesses im Sinne eines coevolutionären Geschehens, welches durch methodischen Reduktionismus und pragmatische Operationalisierung zumindest deutliche Einbußen und Entfremdungen erfährt. Eine Manualisierung und eine Überprüfung der methodischen Treue wirken sich deutlich einschneidender auf den Ansatz eines offenen direktionalen Prozesses aus als in verschiedenen verhaltenstherapeutischen Ansätzen (Petersen 1998, 2002).

Ergotherapeutische Verfahren werden sowohl als handlungsorientierte Muster und Schemata als auch kreativtherapeutische Ansätze zielgerichtet eingesetzt. Kunsttherapeutische Verfahren im engeren Sinne zeigen hingegen eine deutlichere Nähe zu den offeneren, begegnungsorientierten Verfahren und eine deutliche Bereitschaft, gerade bewusstseinsferne, abgewehrte oder verloren gegangene Spuren der Erinnerung und Erfahrung, zum Teil auch zu noch nicht entwickelten Möglichkeiten aus der Welt des unbewussten, vorsprachlichen oder primär prozesshaften Feldes in das Zentrum der Therapie zu rücken (Dannecker 2010, Schottenloher 1994).

Vor allem in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie finden sich je nach methodischer Grundhaltung eher modularisierte, überzentrierte Ansätze, im Gegensatz zu z.B. am Bühnenmodell orientierten Räumen für möglichst begleitete und zu reflektierende Wiederbelebungen erfahrener, erlittener und erzeugter Problemstellungen, Krisen, Konflikte und Dilemmata (Bürgin 2000, Janssen 1987, Wildermuth 2004).

Gemeinsam gilt für die klinischen Ansätze zunehmend ein ressourcenorientiertes, multimodales Vorgehen auf Grundlage einer multiaxialen Diagnostik mit zurzeit kategorialer Klassifikation, aber zunehmend dimensionaler Betrachtungsweise der verschiedenen Problemfelder, angefangen von der klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose über umschriebene Entwicklungsstörungen, aber auch Teilleistungsstärken über das allgemeine kognitive Niveau mit differenzierter Erfassung der Intelligenz und deren Verfügbarkeit. Die somato-psychosomatische Diagnostik und Bewertung von körperlich begründeten oder somatisch wirksamen Störungen (z. B. Asthma bronchiale, entzündliche Darmerkrankungen) betont den dialogischen Aspekt, aber auch seine Wechselwirkung mit psychosozialen Problemkonstellationen. Diese werden spezifisch hauptsächlich unter den akuten abnormen Belastungen subsumiert, zeigen häufig chronische oder repetitive Muster, Schemata bzw. sich strukturell niederschlagende Belastungen bzw. dysfunktionale Bewältigungsmuster im psychosozialen, familiären und erweiterten sozialen Feld. Mit der Einschätzung der Anpassungsleistung, der alltagsbezogenen Kompetenzen, der Resilienzfaktoren und des salutogenetischen Aspektes wird ein rein am Defizit orientiertes pathogenetisches Modell zumindest im Ansatz ergänzt (Antonovsky 1997, Keupp 2004, 2009, Matthiessen 2010).

Als Common sense für die stationäre und teilstationäre Behandlung gilt die Notwendigkeit eines abgestimmten Behandlungsplanes, der wiederum sowohl präzise und überprüfbare Ansätze als auch notwendige Zwischen- und Spielräume für Erziehung, Beziehung, Übung, Erprobung und Neuentdeckung beinhalten sollte. Zentraler Bestandteil kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitens in allen Handlungsfeldern ist die Familienorientierung mit den daraus resultierenden unterschiedlichen familienbezogenen Ansätzen von der familiären Psychoedukation, dem Elterntaining und anleitungsorientierten Ansätzen gegenüber den Eltern einerseits, bis hin zu familiendynamischen, mehrgenerationellen psychodynamischen Ansätzen andererseits. Gerade im interaktionellen Feld von Kind, Familie, Mitwelt, Schule, Station und Peergroup bezüglich komplementärer Hilfe sowie Helfersystemen wird ein systemisch ausgerichtetes Denken, Verstehen und Interagieren vielerorts eingebracht. Sofern es nicht um Akut- und Krisenbehandlung geht, spielen motivationelle Anteile bei den Sorgeberechtigten und den PatientInnen ebenso deutlich eine wichtige Rolle wie Auftragsklärungen, Mitwirkungsaspekte (Commitment und Partizipation) sowie Transfernotwendigkeit der zumindest im Ansatz erworbenen Fähigkeiten in den Alltag. Je nach methodischem Ansatz werden hier kognitive oder verhaltensmäßige Umstrukturierungen bzw.

Modifikationen und korrigierende Erfahrungen, Einsichtsgewinnung, verändertes Erleben und daraus resultierende Handlungskompetenzen vom vollstationären Setting über teilstationäre Angebote bis hin zu ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Interventionen überführt. Entsprechend wird der jeweilige Mitwirkungsanteil verändert bzw. verschoben, um Selbstwirksamkeit, emotionale, kommunikative und handlungsrelevante Kompetenz vom stationären Freiraum bis in die Lebenswelt zu ermöglichen.

Der schulische und außerschulische soziale Empfangsraum ist neben dem familiären Bereich nicht nur als Ort der Überprüfung von hoher Bedeutung, sondern primär als Ort der Rückgewinnung bzw. Erstermöglichung erweiterter Freiheitsgrade im Denken, Fühlen und Wollen inklusive der Gewinnung eines erweiterten Repertoires und Spielraums selbstbestimmter, beziehungsorientierter und sozial kompetenter Mitwirkungschancen und -fähigkeiten (Klosinski 2008, Wildermuth 2004).

2. Aktuelle Bedingungen und Trends

Entsprechend eines zunehmenden Bewusstseins für ökonomische Rahmenbedingungen und Grenzen des Wachstums auch im Gesundheitsbereich sind zunehmend Fragen nach Effektivität und Effizienz von diagnostisch-therapeutischen Interventionen zu zentralen Prüfsteinen geworden. Das betrifft das medizinische System als Ganzes, darüber hinaus speziell im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich die Frage der Zuständigkeiten von Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Schule, typischerweise im Bereich von Teilleistungsstörungen mit primären oder sekundären emotionalen Veränderungsprozessen (z.B. Lese-Rechtschreibstörung). Die Frage nach Qualitätsindikatoren, die tatsächlich die Güte von Interventionen messen, erscheint so dringlich wie gleichzeitig noch wenig greifbar. Neben den beschriebenen Transferfragestellungen vom klinischen „virtuellen“ Raum in den Alltagsraum kommen kritische Überprüfungen des medizinisch Notwendigen hinzu. Dies betrifft insbesondere Zeitdauer und Frequenz therapeutischer Maßnahmen, teure und weniger teure Interventionen (auch gemessen an Honorardifferenzen verschiedener Berufsgruppen) und gerade im ambulanten Sektor auch Fragen von zugelassenen Therapiemethoden im Sinne der Kostenerstattung durch die Krankenkassen (Petersen 1998, 2002).

Der Zeitgeist sucht nach objektiven Methoden, manchmal auch dort, wo Subjektivität kein Hindernis, sondern ein Zugewinn für Entwicklung und Befähigung sein kann und gerät in die Tendenz, immer kleinere Wirkkomponenten immer schärfer zu messen, ohne biographische und autobiographische Entwicklungslinien über einen längeren Zeitraum zu evaluieren. Entsprechende Studien scheinen unbezahlbar, sofern sie nicht für speziell Beteiligte von ökonomischem Nutzen sind (Matthiessen 2010, Ostermann et al. 2002). Es gelingt lediglich bei einzelnen wenigen Themen, eine gesellschaftspolitisch basierte Forschung unter Hinzuziehung der öffentlichen Hand (notwendig zur Überwindung nicht ausreichend unabhängiger Erkenntnisgewinnung durch industriegestützte Drittmittelforschung) anzustoßen.

Zum jetzigen Zeitpunkt scheinen am ehesten Traumafolgestörungen und im Bereich der Kinder und Jugendlichen traumabedingte Entwicklungsstörungen mit ihren weitreichenden Folgen Unterstützung zu finden, andererseits mehren sich Signale, besonders pharmakotherapielastige Störungsbilder auf die Sorgfalt der Diagnostik und die breite Basierung einer multimodalen Therapie unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Methoden durch Eingriff in die Rahmenbedingungen (z.B. Verschreibungsrecht von Psychostimulanzien durch entsprechend spezifisch ausgewiesene ÄrztInnen) kritisch zu überprüfen und zu steuern.

Auch die psychodynamisch orientierten Verfahren im Kinder- und Jugendbereich versuchen mittlerweile, komplizierte Forschungsdesigns zu entwickeln, die – methodisch weniger angreifbar – einen höheren Evidenzgrad erzielen. Die Finanzierung solcher Studien erscheint hierbei weder durch Drittmittel noch durch politische Unterstützung möglich. Dies betrifft im Übrigen auch zu entwickelnde S2- und S3-Leitlinien für im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich häufig vorkommende Störungsbilder, deren Komplexitätsgrad jedoch prospektive randomisierte Studien mit entsprechender Aussagekraft erschweren.

Des weiteren scheinen es die neurobiologischen und genetischen Schwerpunkte in der jetzigen Forschung auch und insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie den psychosozialen und beziehungsorientierten Verfahren zunächst schwer zu machen, in den Mittelpunkt des Interesses gerückt zu werden.

Die epigenetischen Aspekte einerseits, die erweiterte Betrachtung des Gehirns unter der Wechselwirkung von sozialer Umwelt, Beziehung und Eigenaktivität andererseits ermöglichen es allerdings wahrscheinlich in der nächsten Zeit,

einen einseitigen Physikalismus und Determinismus, der diesen Methoden – möglicherweise zu unrecht – zugeordnet wird, wiederum in einen erweiterten Kontext eines biopsychosozialen Entwicklungs- und Veränderungsmodells zu stellen (Hüther et al. 2007).

Bei bestimmten Störungsbildern wie Depressionen und Schizophrenien werden – allerdings weitgehend aus der erwachsenenpsychiatrischen Perspektive – bisher anders verortete Begriffe wie z.B. „individualisierte“ und/oder „personalisierte Medizin“ besetzt, um zu verdeutlichen, dass neue Therapeutika aus genetischen Ansätzen entwickelt werden können. So werden aus der Charakterisierung von genetischen Risikomechanismen für die Schizophrenie potentiell mechanistisch neue Therapieansätze entwickelt. Bestimmte Psychopharmaka werden entsprechend genetischer Variationen jeweiliger Patienten spezifisch auswählbar, für die beim jeweiligen Organismus aus neurophysiologischen und biochemischen Voraussetzungen eine gute Response zu erwarten ist. Diese Perspektive, die sich zunächst auf die therapeutische Nutzung individueller Variationen genetischer und molekularbiologischer Ausbildungsmerkmale bezieht, bedarf eines deutlichen Gegengewichtes durch sogenannte integrative medizinische Ansätze, die die Bedeutung der Beziehung zwischen Patient und Arzt betont, sich auf die ganze Person fokussiert, somit neben der biologischen auch die psychologische, geistige, soziale, ökonomische, kulturelle und spirituelle Dimension einbezieht und der jeweiligen Individualität gerecht zu werden sucht. Kritisch kann sogar insbesondere beim psychopharmakologischen Enhancement von einem Eingriff in die personale Identität gesprochen werden, wenn Medikamente zur Optimierung kognitiver und allgemein psychischer Funktionen eingesetzt werden, ohne dass ein entsprechendes Symptombild mit Krankheitswert oder ein Störungsbild mit klinischer Relevanz unter strengen Kriterien vorliegt (Sant'Unione & Wildermuth 2007a, b).

Eine kritische Reflexion einer eingeeengten Konzeption von Krankheit und Gesundheit könnte gerade für den Bereich von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Somato-Psychosomatik die Notwendigkeit eines differenziert eingesetzten Methodenpluralismus als hilfreich erscheinen lassen. Denn selten geht es um reine Symptombeseitigung oder Substitution eines Mangels, viel häufiger um Bildung eines Schutzraumes, Unterbrechung destruktiv einwirkender Prozesse in Beziehungen und Umständen mit dem Ziel der organismischen Reorganisation und Selbstrestitution, dann um Stimulation zur Gegenregulation, somit Bildung emotionaler Ressourcen, Abwehr-

leistungen und Entwicklung von Kohärenzsinn, Vertrauen und Selbstwirksamkeit. Bewältigungsstrategien werden durch spielerische, künstlerische, lernbezogene und affektlogische Prozesse vorbewusst initiiert und ermöglichen beim Kind, Jugendlichen und seiner Umgebung Bewältigungsstrategien mit mehr Selbstwirksamkeit, als wenn sie lediglich durch physische oder seelische „Implantate“ inkorporiert werden können. Gerade die Adoleszenz erscheint als eine Zeit, in der nomothetische und typologische Vorgehensweisen mit einem hoch empfindlichen Gespür seitens der Jugendlichen für deren Fragwürdigkeit zugunsten eines ideographischen Ansatzes zurückgewiesen werden. Dies hängt mit durchaus widersprüchlichen Emanzipations- und Autonomieprozessen zusammen, deren Notwendigkeit jedoch für die Entwicklung bewusster intentionaler Ich-Leistungen auf dem Wege zu einer freien, mitfühlenden und sozial wirksamen Persönlichkeit notwendig erscheinen (Antonovsky 1997, Keupp 2009, Klosinski 1998, Matthiessen 2010).

3. Entwicklungspsychiatrische und -psychosomatische Voraussetzungen

Sowohl innerhalb der Entwicklung des Menschen aus der intrauterinen Zeit bis zum Erwachsenensein als auch in einzelnen, vor allem neuen Situationen und Augenblicken ergibt sich ein so spezifisches Zusammenspiel von leibgebundenen Reaktionen, leibbezogenen Erregungen und Affekten zu somatopsychischen und psychosomatischen vorsprachlichen Mustern. Voraussetzung hierfür sind der reifende Organismus mit seinen Zuständlichkeiten, physiologischen Regulationen wie Spannungsbewältigung, Verarbeitung von Sinnesreizen und interaktionellen Impulsen und Prozessen seitens der zwischenmenschlichen Umgebung und insbesondere der früh bedeutsam werdenden Bezugspersonen (Rudolf 2009). Nach Resch (2002) werden unsere frühen Beziehungserfahrungen mit unserer leiblichen Innenwelt, mit wichtigen anderen Menschen und weiteren Beeindruckungen aus der Umgebung in Repräsentanzen des Gedächtnisses niedergelegt. In Anlehnung an Ciompi spricht er von affektlogischen Schemata, die auf unterschiedliche Weise präsentiert würden. Sie könnten bewusste und unbewusste Anteile umfassen, die einerseits leibgebundene und unbewusst bleibende Erinnerungen der frühen Entwicklungszeit darstellen, andererseits im Gedächtnis psychologisch erweiterte mentale Modelle überführt werden. Solche Repräsentanzen organisierten die personelle Welt und seien je nach emotionalem Gehalt in Form prototypischer Bilder, Erfahrungsschemata oder Lernschemata abgespeichert. Bezug nehmend auf Brunner (1987) spricht er von drei Medien, die sich in

der Entwicklung des Kindes nacheinander und übereinander herausbilden. Die erste Form der Repräsentation wird von Brunner als aktionale Repräsentationsform beschrieben, die sich bereits früh im Säuglingsalter entwickle. Als präverbale implizite Gedächtnisleistung bilde die aktionale und viszerale Repräsentation den Kern mentaler Modelle. Das aktionale Repräsentationssystem diene als inneres Bezugssystem für eigene Handlungen und bilde die Grundlage für die Differenzierung zwischen Ich und Nicht-Ich. Die aktuelle Repräsentationsform stelle ein Handlungsrepertoire zur Verfügung und ermögliche die flexible Organisation des kindlichen Verhaltens. Das erste Medium des Denkens sei die Aktion: „Am Anfang war die Tat“. Diese auch Primärprozess genannte Aufnahme der Welt findet sich bevorzugt in den frühen Phasen der menschlichen Entwicklung, teilweise auch im Orientierungsverhalten bei überraschenden oder überwältigenden neuen Momenten (Stern). Wahrnehmungselemente, Gefühle, Affekte, Handlungen, Erregungen, Motivationen und weitere primäre basale Erlebnisse und Ereignisse bilden als gelebte Augenblicke für das sich entwickelnde Selbst eine zeitnahe, weitgehend unbewusst gelebte Erfahrung. Später im 1. Lebensjahr werde diese Erstrepräsentationsform von der bildhaften oder ikonischen Repräsentationsform überlagert. Diese ermögliche die sensorische Repräsentation von Erfahrungen aller Sinneskanäle. Mit dieser Darstellungsform könne das Kind sich allmählich von der an unmittelbare Handlungen gebundenen Repräsentation lösen. Aktionale Repräsentanzen würden auf diese Weise bildhaft neu gefasst. Dieser Vorgang kann auch als repräsentierte Erfahrung gezeichnet werden, innerhalb dessen sensomotorische Schemata, Wahrnehmungsschemata, konzeptionelle Schemata, protonarative Hüllen, Frühstformen und anfängliche Skripte zu sogenannten Schematanetzen erweitert würden und zu einem Schema des „In Gemeinschaft mit dem anderen“ führten.

Schließlich entwickle sich ein drittes Medium, das als symbolische Repräsentation bezeichnet werden könne. Nicht einzelne Wahrnehmungsinhalte, sondern stellvertretende Symbole würden repräsentiert. Das wichtigste Mittel, den Bedeutungskern von Objekten und Szenen symbolisch festzuhalten, sei die Sprache.

Bestimmte Erinnerungen, aus präsymbolischen Erfahrungen abgeleitete Phantasievorstellungen und aus Skripten weiterentwickelte rückbezügliche Narrative werden zu autobiographischen Berichten und identitätsstiftenden Repräsentationen, die willkürlich herbeigeführt und aktiv inszeniert werden können.

Analog dazu ist nach W. Bucci (1997), zitiert nach Resch (2002), das affektbezogene Erfahrungswissen in unterschiedlichen Repräsentationsmodi ge-

speichert. Bucci unterscheidet zwischen einem subsymbolisch-nonverbalen, einem symbolisch-nonverbalen und einem verbal-symbolischen Repräsentationsmodus. Archaische, viszeral-kinästhetische Erfahrungsschemata, also Bauchgefühl und ahnungshaftes Wissen, würden subsymbolisch repräsentiert, im nondeklarativen Gedächtnis gespeichert und als implizierte Beziehungserfahrungen in mentalen Modellen verankert. Solche Schemata seien nicht bewusst reflektierbar. Sie könnten aber trotzdem das Verhalten und die Erlebnisbereitschaft tiefgehend beeinflussen.

Bildhafte Erinnerungen würden als modalitätsspezifische diskrete Bilder repräsentiert, wobei visuelle und akustische Vorstellungen vorherrschten. Wir speicherten also Bilder und Klänge sowie Geruchseindrücke in ikonischer Form. Solche ikonischen Vorstellungen könnten weitere Bilder nach sich ziehen, Bilder könnten dann neue Bilder hervorrufen. Sie könnten Gefühle auslösen und seien prinzipiell einer verbalen Beschreibung zugänglich. Der verbal-symbolische Repräsentationsmodus schließlich sei durch bestimmte Qualitäten der Syntax und Semantik gekennzeichnet. Während Bilder ihren Sinn in der Gleichzeitigkeit von Informationen zum Ausdruck brächten, unterlägen Klänge und Sprache einem sequentiellen Verarbeitungsmodus, d. h. ihr Sinn erschließe sich erst im Verlauf der Zeit. Durch den symbolischen Modus entstehe ein Kontext unabhängiges, von Affekten potentiell ablösbares lexikalisches System von Erfahrungen und Bedeutungen.

Im Sinne einer psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (Rudolf, 2009) sind spätere psychische Grundkonflikte aus den früh gebildeten Strukturen – genetische, epigenetische und prägende Erfahrungen mit leibbildendem Charakter werden hier zusammengefasst (Wildermuth 2006) – ableitbar. Vor allem die Entwicklungsaufgaben der Nähe, abgeschwächter die der Bindung, weiter abgeschwächt die der Autonomie und deutlicher in Auseinandersetzung mit der vor allem menschlichen Umwelt ausgebildeten Identität werden in zunehmender Reihenfolge mit interaktionellen Konfliktanteilen aufgebaut.

Resch (1999, 2002) führt Bezug nehmend auf Damasio (2000) aus, dass wir das Selbst des Menschen wie einen Baum denken könnten. Dieser Baum besitze Wurzeln in Form des „Protoselbst“, das die innere Zuständlichkeit des Organismus unter dem Druck der Außenwelt monitorisiere: Es handele sich dabei um die Veränderungen neuronaler Netzwerke in der Interaktion mit der Umwelt, die von anderen neuronalen Strukturen nochmals erfasst und somit innerlich wahrgenommen würden. Solche inneren Wahrnehmungen und Veränderungen der Zuständigkeit des Organismus bildeten nun die Vorausset-

zung für das subjektive Bewusstsein, das im „Kernselbst“ oder „subjektiven Selbst“ als unmittelbare Erlebnisinstanz zum Ausdruck komme. Das subjektive Selbst entspreche unserer Evidenz eines denkenden, fühlenden und handelnden Akteurs. Dieses subjektive Selbst lasse uns ohne jeden Zweifel „Ich“ sagen. Es sei stark an affektive Prozesse gebunden und entspreche der ganzheitlichen, unmittelbaren Ich-Erfahrung im Lebenskontext; es bilde die Grundlage personaler Eigentlichkeit. Darin seien die Erfahrungen der Selbstbestimmtheit des Handelns, der Konsistenz über unterschiedliche Gefühlslagen hinweg und der Kohärenz im Zeitverlauf enthalten. Die selbstreflexive Bestätigung dieser ganzheitlichen Ich-Erfahrung führe zum Gefühl der Identität. Darüber erhebe sich nun die Baumkrone des sogenannten „definitorischen Selbst“. Es speise sich aus dem autobiographischen Gedächtnis und sei das Ergebnis einer differenzierten, immer objektivierenderen Selbsterkenntnis. Das definitorische Selbst stelle die Gesamtheit aller affektiv-kognitiven Informationen über das Selbst dar, die in unterschiedlichsten Verästelungen und Verzweigungen, die wir Domänen nennen, zum Ausdruck komme. Solche Domänen stellten beispielsweise das Körper-Selbst, das handelnde Selbst, das soziale Selbst oder das spirituelle Selbst dar. Wir seien trotz der Vielfalt unseres definitorischen Selbst einheitlich, weil das subjektive Selbst der Affekte, das den Stamm des Baumes bilde, einheitlich sei. Je vielfältiger und komplexer das Selbst sich über diese affektive Einheitlichkeit darstelle, umso stärker sei das Subjekt – nur affektive Brüche, Uneinheitlichkeiten im unmittelbaren Erleben der Person, Störungen des Selbstbezugs erzeugten eine Beeinträchtigung der Identitätserfahrungen und belegten Teile des Subjekts mit Fremdheit. Solche Entfremdungen träten insbesondere bei traumatisierten Menschen auf. Aber auch die Adoleszenz selbst könne bis dahin unbekannte Gefühlsqualitäten im Subjektiven wachrufen und auf diese Weise eine physiologische, vorübergehende Fremdheitserfahrung der Person vermitteln.

Ein Bindungsmodell der traumabezogenen Psychopathologie der Entwicklung (Bateman und Fonagy (2008)) verdeutlicht den Weg zu Störungen der Impulskontrolle, wie sie bei Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen und ähnlichen Störungsbildern mit hoher Prävalenz im Kindes- und Jugendalter, bezogen auf eine klinische Population, vorkommen. Nach innen oder nach außen gerichtete impulsive Gewaltakte resultierten nach Bateman und Fonagy (2008) aus einer Vulnerabilität in Folge (1.) der nichtkontingenten Responsivität der Bezugsperson; damit hänge (2.) eine Schwäche der sekundären Repräsentation psychischer Zustände zusammen, die wiederum (3.) zur Folge habe, das zwei Modi des Erlebens psychischer Realität überdauer-

ten. Vor dem Hintergrund von (4.) Brutalisierungserfahrungen im Kontext von Bindungsbeziehungen, zu denen häufig familiäre Gewalt und nicht nur eine direkte Viktimisierung zähle, stellten sich zwei weitere strukturelle Veränderungen ein: (5.) Die Identifizierung mit dem Angreifer bewirke eine Kolonialisierung des gesamten Selbstanteils durch die misshandelnde Figur, und (6.) die Vulnerabilität für Beziehungen zu potentiellen Misshandlern führe zu einer defensiven Hemmung der Mentalisierungsfähigkeit. (7.). Der Gewaltakt sei gewöhnlich die Folge der Unmöglichkeit, das fremde Selbst zu externalisieren. Wenn der „andere“ sich weigere, die unerträglichen Zustände des Selbst zu übernehmen, und sich weder einschüchtern noch demütigen lasse, wisse sich die vulnerable Psyche eines solchen Individuums nicht anders zu helfen als durch interpersonale Zerstörung (8.). Ein wichtiger Auslöser dafür sei das Erleben „Ich-destruktiver Scham“. Das Fehlen eines kohärenten Urheber-Selbst habe zur Folge, dass sich solche Individuen außerordentlich rasch gedemütigt fühlen, wenn der andere sich der Übernahme einer vollkommen passiven Rolle widersetze und der nach Gewalt trachtenden Psyche durch eigene Urheberschaft eine unerträgliche Demütigung zufüge (9.). Die Herausforderung sei im Modus der psychischen Äquivalenz unerträglich, weil die Scham in diesem Modus nicht lediglich als Vorstellung oder als Gefühl empfunden werde, sondern als eine reale Macht, die das Selbst vernichten könne. Die Zerstörung des anderen durch Anwendung von Gewalt ist ein Ausdruck der erhofften Zerstörung des fremden Selbst; sie sei ein Akt der Hoffnung oder Befreiung, der häufig mit einem Hochgefühl einhergehe; erst später stelle sich Bedauern ein. Das Fehlen jeder Mentalisierungsaktivität leiste einer solchen Entwicklung natürlich Vorschub (Bateman & Fonagy 2006).

Bei der Entwicklung von Risikoprozessen in der sozialen Fehlanpassung eines Menschen führen Mangel an Kontingenz (z.B. chaotische Interaktionen mit den wichtigsten Bezugspersonen) in der frühen Kindheit mit Aspekten von Über- und Unterstimulation zu Störungen der Erlebnisverarbeitung und Gedächtnisfunktion. Kommen Traumata emotionaler oder physischer Provenienz hinzu, bilden sich auch dissoziative Prozesse mit ähnlicher, jedoch noch gravierender Konsequenz aus. Diese beeinträchtigen sowohl reflexive Funktionen als auch die Entwicklung mentaler Modelle für das Selbst und den Anderen. Die emotionale Einfühlung, teils auch die kognitive Empathie und vor allem die soziale Perspektivenübernahme werden beeinträchtigt. Mangelnde Konflikt- und/oder Traumaverarbeitung führen dann zu einer Störung der Affektregulation, einer erhöhten Irritabilität, einer Störung der Handlungskontrolle, der Impulsivität und auch zur Hyperaktivität. Hiermit sind die so-

genannten externalisierten oder teils internalisierten, teils externalisierenden Störungsbilder aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem dynamischen Modell beschrieben.

Aus diesen Prozessen lassen sich je nach Schwere der Ereignisse, Verarbeitungskapazität, individuellen Voraussetzungen (Konstitution, Temperament, Charakter) und Eigenarten der jeweiligen Individualität im Sinne mitgebrachter bzw. früh erworbener Eigenschaften verschiedene Strukturniveaus ableiten, die bei der Indikationsstellung für hilfreiche therapeutische Interventionen berücksichtigt werden können.

Auf der störungsorientierten Ebene können entsprechende Symptombildungen in einen internalisierenden und externalisierenden Modus aufgegliedert werden und in einen Ereignischarakter sowie in sich ausbildende und nieder-schlagende Ich-Prozesse dargestellt werden (Resch 1999).

Vor allem kann bei unterschiedlichen Stufen der Labilisierung des Selbst die Selbstbehauptung von der Selbsterschütterung, diese von der Selbstbedrohung und diese vom schwersten Zustand, dem Selbstverlust, unterschieden werden. Auf den basalen Stufen wären dies Persönlichkeitsentwicklungsstörungen sowie Psychosen, die durch archaische Abwehrmechanismen bzw. Fragmentation gekennzeichnet sind. Die entsprechenden Störungsbilder können hinsichtlich der auf die entsprechenden Personen einwirkenden Belastungen je unterschiedlich beeinträchtigt werden. So kann eine schwere Verhaltensstörung nach chronischer Bedrohung des eigenen Selbst in eine stabile feindselige, sich selbst behauptende Position überführt werden. So kann eine schwere frühe emotionale Überforderung bei somatischer Fürsorge in eine psychosomatische Störung mit erheblicher Abwehr und Verunmöglichung von seelischem Erleben, Verstehen und Reflektieren einhergehen. Ähnliche Erfahrungen hochgradiger Belastung können je nach Reifegrad, Stabilität und Einbettung zu einer kurzen Belastungsreaktion, einer erlebnisreaktiven Anpassungsstörung oder einer erlebnisreaktiven Verhaltensstörung führen.

Für die strukturbezogene Diagnose und Psychotherapie (Rudolf 2009) ergeben sich hilfreiche Gesichtspunkte aus einer von G. Roth (u.a. 2010) dargelegten neurobiologischen Gliederung über die unterschiedliche Modularität neuronaler Netzwerke: 1. Auf einer sehr bewusstseinsfernen und weitgehend steuerungsentzogenen Ebene finden sich die vegetativ-affektiven Prozesse (hypothalamo-hypophyseal, zentrale Amygdala, Teil des orbitofrontalen Cortex); 2. Ursprünglich präverbale, nur bei stabiler emotionaler Balance leicht modifizierbare Prozesse der emotionalen Konditionierung (mesolimbisches System und Teile der Amygdala); 3. durch Beziehungserfahrungen

und Lernprozesse durchaus veränderbare bewusste Gefühle, das Sozialverhalten und Verhaltenskonsequenzen (limbische Areale des Neocortex, so der Hippokampus, Cingulum, Insula); 4. durch Veränderungen der Persönlichkeit im Sinne der Einsichtsgewinnung, der gedanklichen und emotionalen Arbeit, der Auseinandersetzung mit der Umgebung und Fähigkeitsentwicklung die kognitiv-kommunikative Ebene (Neocortex, insbesondere frontotemporaler Cortex) entwickeln sich im Sinne der Zunahme von Freiheitsgraden.

Für den Zusammenhang von Emotionalität und Kreativität ergeben sich analoge Hinweise für die je unterschiedliche Beteiligung leibgebundener Prozesse und Schritte zur Emanzipation im Sinne von Autonomie und schöpferischer Freiheit. Kreativität lebt davon, dass auch frühe, primär prozesshafte Vorgänge eingebunden werden und in gleichsam paradoxer Weise mit reiferen reflexiven Strukturen durchdrungen werden. Der kreative Akt setzt nach Resch (2002) etwas fort, was durch Mimik und Gestik im Emotionalprozess begonnen wird. Die Emotion bewirke eine Integration von bewussten und unbewussten Handlungsschemata und gestaltet das Klima der Innenwelt. So beginne der kreative Akt mit dieser emotionalen Voraussetzung und stelle einen Zeitpunkt optimaler Bezogenheit zwischen Impressivität und Expressivität dar. Nun findet die Emotion im mimischen Ausdruck eine Neuformulierung, eine Gestaltgebung dieser Befindlichkeit; es komme zur Symbolisierung von Gefühlhaftem. Diese Wirkung des Ausdrucks werde in der Kreativität durch tätige Handlung fortgesetzt. Was im Affekt an Ausdruck begonnen werde, setze sich in der Tat fort. Schließlich sei im kreativen Akt neben Authentizität nach innen und Ausdruck nach außen eine dritte Größe wirksam: Die Einbeziehung des anderen. Denn der potentielle Zuseher oder Zuhörer sei Teil der kreativen Äußerung.

Im anthropologischen Sinn hat das bewusste Erkennen und gedankliche Durchdringen der Wirklichkeit in einem eigenständigen Akt gegenüber den Wahrnehmungs- und Erlebnisprozessen einen eigenständigen Charakter. Denkkakte können auf erlebnisgesättigter Erfahrung beruhen, diese integrieren, sie können jedoch diese auch zurückdrängen, spalten, leugnen oder auch verzerren, bis hin zum Realitätsverlust oder auch der Depersonalisation. Die Integration von Denken, Fühlen und Wollen stellt eine zentrale bleibende Entwicklungs- und Reifungsaufgabe des Menschen dar. Emotionen bilden eine wichtige Handlungsgrundlage für den Menschen. Keine Handlungsentscheidung wird nur durch Denkprozesse in Gang gesetzt. Erst die emotionale Bewertung lässt uns handeln.

Nach Resch, der sich hier auf Krause (1997) bezieht, stellen Affekte psychologische Reaktionsformen dar, die sich im Laufe der phylogenetischen Entwicklung des Gehirns aus Reflex- und Instinktprogrammen herausgebildet haben. Affekte und die daraus differenzierten Emotionen dienen ebenso der äußeren Darstellung wie der inneren Bewertung. Der Begriff der Emotion sei an der Grenze zum Bewusstsein angesiedelt. Er beziehe sich sowohl auf die Ausdruckskomponente wie die Erlebniskomponente von affektiver Zuständigkeit und betone die Untrennbarkeit von kognitiven und affektiven Komponenten. Während affektive Grundtönungen über die Lebensspanne hinweg konstant blieben, würden Emotionen durch die zunehmende Ausdifferenzierung der expressiven Komponenten und der kognitiven Bewertungsphänomene immer mehr ausgestaltet (Resch 1999). Der Mensch denke und fühle, und gerade im kreativen Akt seien Denken und Fühlen zu einer organischen Einheit integriert. Krause hat die Module des Affektsystems als ein primäres Motivationssystem dargestellt, das innere Bilder und Wahrnehmungen intensiviere, Dringlichkeit erzeuge und Verhaltensbereitschaften aktualisiere. Durch Affekte werde eine Prioritätensetzung in Wahrnehmung, Denken und Handeln durchgeführt. So entstehe ein präkognitiver Ordnungssinn. Affekte lösten subjektiv Betroffenheit aus und aktualisierten Handlungsbereitschaften. Wut und Aggression dienen dem Angriff und der Verteidigung des Lebensraums, der Sicherung physischer Grenzen. Angst diene der Warnung und inneren Abschreckung und fördere das Fluchtverhalten. Kummer und Trauer förderten die Verarbeitung von Verlust und Trennung. Sie würden helfen, Bindungen zu lösen. Zufriedenheit und Freude seien Ausdruck von Vergnügen und Lust, sie dienen der Kontaktaufnahme und forderten die Kommunikation. In Verknüpfung zu den Strukturniveaus und neurobiologischen Ebenen gliedert Krause die Module des Affektsystems in mehr leibgebundene und mehr umweltoffene Bereiche: Auf der basalen Ebene ergeben sich motorisch-expressive Module (Gesichtsmuskulatur und Stimme), auf der physiologischen Ebene arbeitet das autonome Nervensystem und das hormonelle System mit. Auf einer vorbewussten Ebene findet sich das motivationale Modul mit Handlungsbereitschaft in Willkürmotorik bei Verknüpfung mit der motorisch-expressiven Komponente. Bewusstseinsnah sind dann die Wahrnehmung der körperlichen Korrelate sowie die Benennung und Erklärung der Wahrnehmungen. Am „Freiheitspol“ dieser in Alltagserfahrungen komplex auftretenden Module findet sich dann die Wahrnehmung der situativen Deutung.

Darüber hinaus wird der Ausreifungs- und Sättigungsgrad des Empfindungslebens, die Reichhaltigkeit der bewusst verarbeiteten und kreativ weiterent-

wickelten Erlebnisfähigkeit und die Beseeltheit unseres Denkens und Handelns vom Durchdringungsgrad der Module des Affektsystems beeinflusst. Der innere Reichtum eines Menschen gründet auf der Verfügbarmachung und schöpferischen Gestaltgebung intensiver, tiefgreifender berührender und auch erschütternder Erfahrung und der Integration auch vorstellungsfernerer Prozesse, die ansonsten dem Vergessen oder Verdrängen unterlägen.

Ihre Bewusstmachung unter Einbeziehung auch primär prozesshafter Kräfte unterscheidet Kunst von vorstellungsgebundener Theorie einerseits und archaischem Aktionismus mit Acting-out von triebhaften Bedürfnissen oder unintegrierten traumatischen Erfahrungen. Das Verstehen von sich und anderen und dies im Unterschied zum Erklären setzt entsprechende Möglichkeiten der aktiven Verbindung bis hin zur Intuition voraus. Während das Erklären nomothetisch (Gesetze aufstellend und verwendend) verbleibt, vermag das Verstehen ideografisch die Geschichte des Einzelfalls nachzuzeichnen. In der Erklärung finden sich Ursachen für beobachtbare Naturabläufe, für das Verstehen werden Gründe und Motive für Handlungen ersichtlich. Im Erklären finden sich Beschreibungen und Protokollsätze, im Verstehen die Hermeneutik als Dolmetscherkunst. Der Messung beim Erklären steht die Erzählung beim Verstehen als narrativer Zugang zu Sinnzusammenhängen gegenüber. Letzterer wird zur Annäherung an die Wahrheit durch Horizontverschmelzung und hermeneutische Zirkel. Die erklärende Position liefert Gütekriterien der quantitativen Forschung in der dritten Person menschlicher Perspektive. Die verstehende Herangehensweise vertritt im positiven Sinne die Subjektivität und Intersubjektivität im Sinne der ersten und oder zweiten Person-Perspektive. Das Risiko ihrer Kontamination durch bewusstseinsarme, undifferenzierte Affekte oder nichtintegrierte Erfahrungen und Belastungen ist allerdings größer. Im Hinblick auf die Möglichkeit, primär prozesshafte Vorgänge und sekundär prozesshafte Vorgänge zu verbinden ergeben sich unter dem Kriterium des Gewährwerdens und Annehmens tieferer Erfahrungsschichten folgende vier Grundmuster: 1. Bei Gewährwerden und Annehmen kommt es zu Ich-syntonen Interpretationen und kraftvollen Erinnerungen. Beim Gewährwerden und Nichtannehmen kommt es 2. zu einer Ich-dystonen Verarbeitung mit kontrollierenden Mustern wie Zwängen oder der Kontrolle sich entziehenden dissoziativ-absplattendenden Vorgängen. Bei grundsätzlich angenommenen Erfahrungen mit Nichtgewährwerden ergeben sich 3. deskriptiv unbewusste, nicht-bewusste oder vorbewusste Prozesse. Bei abgelehnten, der Wahrnehmung entzogenen Prozessen kommt es 4. zur Verdrängung und zum dynamischen Unbewussten (Frick 2009).

Je unvereinbarer die Erfahrungen und Erlebnisse mit dem Bewusstsein, der

Zensur, dem Selbstwert bzw. der Scham sind, je weniger sie aushaltbar und ertragbar sind, desto mehr führen sie entweder zur Externalisierung (Persönlichkeitsstörungen in Entwicklung), zur Unterdrückung (erlebnisreaktive Muster und Neurosen) oder zur Desintegration der Ich-Funktionen mit Halluzinationen, Realitätsverkennung und Wahnbildung (Psychosen) (Ermann 1997).

4. Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis im Umgang mit Kunsttherapie: Möglichkeiten einer Praxeologie

Im kinder- und jugendpsychiatrischen Alltag werden künstlerische Ansätze einzeln und in Gruppen, aber auch im Eltern-Kind-Setting, in Familiengruppen, im künstlerischen Atelier und in Kunstprojekten angeboten. Die Schule für Kranke wiederum bietet ebenso künstlerische Aktivitäten an.

Teilweise werden keine klaren Grenzen zwischen Ergo-, Kreativ- und Kunsttherapie gezogen, teilweise gibt es in der kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit keine eigenen künstlerischen TherapeutInnen.

Im Bereich der Ergotherapie wird manchmal zwischen einer kompetenzorientierten Methode und einer ausdruckszentrierten Methode unterschieden. Während erstere den Erwerb oder die Erhaltung vorhandener oder verloren gegangener Fähigkeiten und Fertigkeiten enthält, wird bei zweiter mit kreativen Mitteln und gestalterischem Material als Katalysator gearbeitet, um den PatientInnen den Umgang mit Gefühlen, Wünschen und Strebungen zu ermöglichen und mit ihnen die eigene Erfahrungswelt und -geschichte, ebenso wie mögliche zukunftsweisende Perspektiven zu bearbeiten. Auch hat die ausdrucksorientierte Methode ihren Platz bei der Bewältigung dauerhafter Belastungen und Grenzen (z. B. psychische Behinderung), sei es als Externalisierung unerträglicher Stimmungen und innerer Zustände, sei es als Ausdrucks- und Vermittlungsprozess in der gesamten therapeutischen Arbeit und in der Lebensbewältigung.

Davon abgegrenzt wird im engeren Sinne die Kreativtherapie, die mit Hilfe verschiedener Medien (z. B. Malen, Plastizieren, Tanz, Musik, Dramatherapie) innere vorsprachliche oder mit Sprache nicht ausreichend vermittelbare Stimmungen, Gefühle, Erfahrungen und Belastungen auszudrücken anregt, um sich besser kennen zu lernen, um bekannte Erfahrungen neu ausdrücken zu lernen, noch Unbekanntes zu entdecken oder auch mit Hilfe weiter zu entwickeln.

Als „FreiRaum“ (Mechler-Schönach & von Spreti 2005) vermag Kunsttherapie zwischen Kunst und Therapie eine Erweiterung des therapeutischen Beziehungsraums um „das Dritte“ zu ermöglichen. Für die Kunsttherapie erwachsen durch die Dimension des Bildhaften sowohl auf der Prozessebene als auch auf der Produktebene spezifische Möglichkeiten. Solche Möglichkeiten, die sich unter künstlerischen und psychodynamischen Gesichtspunkten näher beschreiben lassen. Die Kunst stehe als Kraft der Veränderung, des Aufbruchs, der Befreiung, des Anders-Seins und die Therapie als Kraft der Reintegration, des Bewahrens, des Schützens in einem vordergründigen Widerspruch, der jedoch eine Kreativdynamik erzeuge, aus der heraus sich der kunsttherapeutische Raum bilde.

Nach Einschätzung der Autorinnen besteht der Anspruch in der kunsttherapeutischen Begleitung als Prozess dem Beweis der Wirksamkeit und deren Systematisierung als Behandlungskonzept im Zusammenhang mit spezifischen Krankheiten entgegen.

Dies entspricht Überlegungen anderer Autoren, die von kunsttherapeutischen Maßnahmen als flankierenden, begleitenden und stützenden, aber auch ressourcenaktivierenden Prozessen sprechen, die die Identifikation mit der therapeutischen Arbeit, das Spüren des Wachsens bzw. persönlichen Sich-Entwickelns innerhalb der oft mühsamen stationären oder teilstationären Arbeit ermöglichen.

Folgende heilsame Erfahrungen und Wirkungen entstehen nach Einschätzung der Autorinnen bei besonderer Berücksichtigung auch des aktiven Gestaltens mit Material:

- Sinnlich-ästhetisches Erleben von Spielraum
- Das Erleben von Ressourcen
- Das Erleben schöpferischer Prozesse
- Möglichkeit des Ausdrucks und der Befreiung
- Möglichkeit des Sichtbar-Werdens von Individualität
- Möglichkeit des Probehandelns
- Möglichkeit zur Änderung
- Möglichkeit erweiterter Wahrnehmung
- Möglichkeit zusätzlicher Kommunikation
- Möglichkeit der Erkenntnis

Die Autorinnen leiten – analog zu den beschriebenen entwicklungspsychiatrischen und psychosomatischen Grundlagen – eine Psychodynamik bildnerischer Prozesse ab.

Winnicotts (2006) Konzepte des „potentiellen intermediären Raums“ als Modell zur Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit und Kreativität bei Menschen sei der grundlagentheoretische Bezug für Kunsttherapie. Die frühkindliche Symbolisierungsfähigkeit als Basis bildnerischen Denkens und Handelns werde unter verschiedenen theoretischen Gesichtspunkten reflektiert und kunsttherapeutisch konkretisiert. Es finde nach Kris eine Regression im Dienste des Ich statt, das zur künstlerischen Produktivität bewegen könne. Dieses fände im Wechsel zwischen Projektions- und Interaktionsvorgängen statt. Es entstünden Möglichkeiten der „Außenbearbeitung“ im ästhetischen Material und der Integration des neu Geformten. Sie beziehen sich auf G. Benedetti, der von zwei Wirkungsdimensionen in der Kunsttherapie sprach, der expressiven und der aktivierenden, „Ich-bildenden“ Funktion. So könnten unbewusste Bilder und damit verbundene Gefühle gerade dort bildnerisch ausgedrückt werden, wo eine zu starke Abwehr verbale Assoziationen verunmögliche.

Bei Kindern mit Entwicklungsrückständen, traumatischen Entwicklungsstopps und malignen Regressionen bei chronischen Überforderungen und/oder struktureller Störung können auf neuen Wegen Möglichkeiten erschlossen werden, die auf verloren gegangene oder vermiedene frühe zeitnahe Erfahrungen zurückgreifen.

Hierunter sind primärprozesshafte Vorgänge mit Vorherrschen des Subjektbezuges, präsymbolischer Empfindungen, sensorisch-perzeptiver Identität, jedoch auch von Grenzenlosigkeit, eines abgespaltenen Lustprinzips, affektlogischer Semantik und unmentalisierten Affektzustände und Symptome angesprochen.

Nach Einschätzung der Autorinnen ermögliche subjektiv erfahrene kreative Aktivität als bildnerische Schaffung eines Symbols eine „Abkürzung“ von inneren Ereignissen im Augenblick des Hier und Jetzt, Distanzgewinnung durch die Projektion innerer belastender Ereignisse nach außen. PatientInnen mit schweren Ich-Störungen profitierten von der Möglichkeit einer strukturierten Beziehung und Kommunikation durch die Mittel der Kunst. Gleichzeitige Nähe- und Distanzerfahrungen auf den verschiedenen Prozessebenen würden möglich, gleichzeitig von Aktivität (Gestalten) und Zurückhaltung (in der Beziehungsgestaltung) ebenso. Kunsttherapeutische, bildorientierte Verfahren könnten auch hier der Wiederaneignung verloren gegangener Wahrnehmungs-, Bewusstseins-, Gefühls- und Orientierungsleistungen dienen.

Analog beschreibt Trautmann-Voigt (2006) hinsichtlich der methodischen Verwendung von Tanztherapie drei abgrenzbare Felder:

1. Das Übungszentrierte, das zur Strukturierung des körperlichen Erlebens zur Sicherung der Körperfunktionen oder zum Erfahren der eigenen Körpergrenzen diene.
2. Das Erlebniszentrierte, das zum Zweck der leitbezogenen Selbsterfahrung zur Stimulierung und Förderung Selbst-Ausdrucks diene.
3. Das Konfliktzentrierte im engeren Sinne zur Behandlung von neurotischen Störungen unter Einfluss der Einsitzgewinnung in lebensgeschichtliche Zusammenhänge und Lösung blockierter Affekte durch Mobilisierung und anderer muskulärer Verspannungen.

Gerade bei psychosomatischen Störungen scheinen seelische Prozesse entweder resomatisiert zu werden oder haben aufgrund einer mangelnden Transzendierung des Körperlichen in Seelisches auf der Stufe früher Fixierung verharret. Die sinnlich-ästhetische, bewegungsorientierte und/oder rhythmische Arbeit vermag dann als Brücke zu einem Verändern der körpernahen Affekte in seelisches Spüren und Gestalten überführt werden oder unter dem Prinzip des Verstehens, der gedankennäheren Erfahrbarkeit oder der mentalisierenden Bedeutungserteilung neu erschlossen und ggf. in die seelisch-geistige Bewusstseinsphäre aufgenommen oder integriert werden (Martius et al. 2008, von Spreti et al. 2005). Abgegrenzt von psychodynamischen Sichtweisen ergeben sich Ansätze, die stärker verhaltenstherapeutischer Orientierung entsprechen und stärker dem fördernden, stützenden und insgesamt bewusstseinsnäheren Vorgang im Blick haben.

Gerade für emotional instabile, emotional überwältigte oder desorganisierte PatientenInnen entstehen hier Haltepunkte (Hüther & Sachsse 2007). Als Methoden werden hier Wahrnehmungsschulung hinsichtlich der Befindlichkeit und der Körperwahrnehmung genannt, kognitive Übungen – auch im Sinne von Stabilisierungsübungen bei Störungsbildern auf Borderlineniveau –, Imaginationen, kreative Techniken, sowie im Malen und Gestalten das Erlernen des Strukturierens. Die Zielsetzungen erscheinen ebenfalls pragmatisch, so die Förderung der Selbstwahrnehmung, eigene Befindlichkeiten und die emotionale Situation kennen und verbalisieren zu lernen, die Körperwahrnehmung und das Körperschema zu verbessern, im Trauma bezogenen Bereich Stabilisierungsübungen erlernen und verdeckte, verlernte oder verkümmerte Ressourcen erneut zu entwickeln. Zielgerichtet geht es dann um das

Erlernen strukturierender, organisierender Arbeitsprozesse, das Fördern von Ausdrucksmöglichkeiten mit kreativen Medien und um das Kommunikationsverhalten.

Solchen Überlegungen nahe sind Modelle für die Exekutivfunktionen, wie sie Barkley 1997 (s. Sant'Unione & Wildermuth 2007a, b) beschrieben hat: Hier sollen nicht ausreichend strukturierte, chaotisch ablaufende Prozesse aus verschiedenen subkortikalen und kortikalen Bereichen unter die Steuerung des präfrontalen Kortex kommen, analog zu Medikamenten, die z. B. bei dem hyperkinetischen Syndrom (ADHS) vorzugsweise das dopaminerge System regulieren helfen. Im Zentrum steht hierbei die Selbstregulation von Affekten, Motivationen und Erregungen mit dem Ziel der emotionalen Selbstkontrolle und der sozialen Perspektivenübernahme. Weiterhin soll das Arbeitsgedächtnis gefördert werden, indem Ereignisse im Gedächtnis festgehalten werden, retrospektive und prospektive Funktionen übernommen werden, Antizipation entwickelt wird, der Zeitsinn soweit geschult wird, dass eine zeitlich überdauernde Verhaltensorganisation möglich wird. Darüber hinaus besteht das Ziel der Internalisierung von Sprache mit Beschreibung und Reflexion, regelgeleitetem Verhalten, Problemlösungen und Selbstbefragungsmöglichkeiten. Wie die drei beschriebenen Vorgänge dient auch der vierte der Wiederherstellung oder Rekonstruktion der Möglichkeit zu zielgerichtetem Verhalten, Hemmen von irrelevanten Antworten, motorischer Kontrolle, Flüssigkeit und Syntax und der Wiederaufnahme angemessener Vorgänge nach Unterbrechung mit Hilfe der Analyse und Synthese des Verhaltens sowie der verbalen und verhaltensbezogenen Kompetenz und der Kreativität. Darauf aufbauende Konzepte verstehen Kreativtherapie entsprechend stärker als Lernprozess.

Eine mittlere Position nimmt Prankel (2005) ein, der sechs Lerntechniken, u. a. mit Blick auf die Lernprinzipien und die Aufgaben der Eltern hierbei unterscheidet: Das übende Lernen als unmittelbare Empirie wird durch Anregung von Neugier und Üben in einem übersichtlichen Erfahrungsraum entwickelt, das assoziative Lernen über Angebot und multimodale Signale (differenzierte Empirie). Weiterhin werden durch das Lernen von Zuwendung die Erfolge des kindlichen Handelns bestärkt, hierzu dienen Interesse, Zutrauen, Hilfe, Anerkennung und konstruktive Kritik. Diese sogenannte unterstützte Empirie wird in der nächsten Stufe, dem Modelllernen, erweitert. Dieses wird durch die Bezugsperson zu einem Angebot eines verlässlichen Modells zum Nachvollziehen bzw. zur Nachahmung sowie instruktive Techniken, die das Einfühlungsvermögen stärken (z. B. Rollenspiele). Auf der zunehmend symbolischen Ebene kommt es zum Lernen mittels Ausdrücken (symbolisierte persönliche Empirie). Mimik, Gestik, Stimme und Sprache vermitteln Er-

fahrungswissen und Bindung, es kommt zum Aufbau einer ausdrucksvollen („ansprechenden“) mimisch-gestisch-verbale Kommunikation. Zuletzt erfolgt das Lernen mittels der Schriftsprache (theorienahe Empirie). Diese stellt personenunabhängige Informationen zur Verfügung. Die Bezugspersonen geben den Einsatz von Materialien zum Malen, (Vor-)Lesen und Schreiben mit. Entsprechende kognitions- und handlungsbezogene Sichtweisen gewinnen in der alltäglichen therapeutischen Praxis sehr an Bedeutung.

Kritisch kann mit P. Rech (2009) angemerkt werden, dass der Kunsttherapie zunehmend nichts anderes übrig bleibe, als sich im Kreis der Medizinalisierung zu drehen. Die Kunsttherapie müsse sich deshalb bald ganz von ihren historischen Gründen abgewendet haben. Ihre Besonderheiten seien längst verwischt, sie habe ihr anfängliches Selbstbewusstsein aufgegeben. Sie verdanke ihr Entstehen einer sozialen Erweiterung des Kunstbegriffes, wobei Theosophie und Anthroposophie die historisch bedeutendsten Quellen mit sich gebracht hätten. Einen eigenen reflexiven Vorschussbeitrag zur Stellung des Bildes in unserer bilderüberflutenden Zeit könne die psychotherapeutisch modernisierte Kunsttherapie kaum mehr bieten.

Praxeologisch ergeben sich nach Franz Resch (2002) entwicklungspsychologisch-entwicklungspsychiatrischen Grundlagen, wie sie weiter oben beschrieben wurden, Konsequenzen, die in einem zugegebenermaßen erweiterten Wissenschaftsbegriff als fundiert anzusehen sind.

Viszeral-motorische Repräsentationen, also subsymbolische Repräsentanzen, seien der Selbstreflektion nicht zugänglich und daher, obwohl sie verhaltensbestimmend seien, nicht unmittelbar kommunizierbar. Im Rahmen von kreativen, nonverbalen Therapieverfahren wie Malen, Musik, Ausdruckstanz, Gestaltung könnten aber subsymbolisch kodierte Erlebnisse und Verhaltensbereitschaften durch Ausdrucksgestaltung in neuem Format der Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung zugänglich gemacht und auf diese Weise in einen nonverbal-symbolischen Repräsentationsmodus überführt werden. Aus aktionalen Bereitschaften würden Bilder und Szenen, und diese Bilder und Szenen seien wiederum der Selbstreflektion und Verbalisierung besser zugänglich. In allen subsymbolisch repräsentierten Erlebnis- und Handlungsbereitschaften verberge sich wohl das, was Freud das Unbewusste genannt habe. Durch Aktivierung subsymbolisch repräsentierter emotionaler Schemata könne in einem zunehmenden Prozess der Symbolisierung zuerst bildhaft, schließlich symbolisch-narrativ, bis hin zu reflexiv-interpretativen Erkenntnisvorgängen ein sogenannter differentieller Zyklus zunehmender Bewusst-

heit in Gang gesetzt werden. Darin liege eine der wesentlichen Bedeutungen nonverbaler Therapieverfahren für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Durch die kreative Aktion und die daraus entstehenden Werke werde der referentielle Zyklus in Richtung zunehmender Bewusstheit in Gang gehalten. Die Behandlungsziele kreativer Therapieverfahren bestünden jedoch nicht nur in der Explizierung emotionaler Prozesse und zunehmender Symbolisierung, sondern auch und vor allem in der Verknüpfung explizierter und implizierter Erfahrungen. Ein wesentliches Therapieziel sei also die schrittweise Verknüpfung unterschiedlich kodierter Ereignisse und Erfahrungen. Es solle zu einer Übereinstimmung zwischen Narrativ-, Bild- und Aktionschema kommen. Traumatische Erlebnisse entkoppelten ja das explizite Bild und das implizite Aktionswissen. Durch kreative Therapieverfahren könnten explizite und implizite Erfahrungen wieder miteinander verknüpft und versöhnt werden. Inkonsistenzen im Selbstkonzept würden dadurch aufgehoben, Brüche in der Lebenserfahrung wieder restauriert. Die kreativen Therapieverfahren hätten also in dieser Hinsicht die Wirkung einer Re-Kreation des Selbst. Auch die emotionale Neuerfahrung, das Erleben neuer Möglichkeiten, die Welt zu erschließen und sich selbst darzustellen, seien therapeutische Ziele. Viele Kinder und Jugendliche wüssten gar nicht, was alles in ihnen stecke. Gerade unter dem Aspekt der Ressourcenförderung könnten kreative Therapieverfahren den Kindern und Jugendlichen neue Erkenntnis- und Darstellungsmöglichkeiten erschließen, ihnen helfen, emotionale Geschehnisse bewusst zu machen, sie zu erkennen, zu benennen und schließlich zu regulieren. Die Freiheitsgrade gegenüber den eigenen Emotionen würden dadurch erhöht. Überempfindlichkeiten und wunde Punkte würden offenbar und könnten beachtet werden, es werde möglich, „wohligere“ Befindlichkeit nachzuspüren. Auf diese Weise könne das Kind Fertigkeiten zur Gestaltung von Situationen erwerben, um in ihnen auch positive aktional-prototypische Lernerfahrungen zu machen. Das heißt, sie könnten lernen, Erfahrungen so zu steuern, dass sich ihre mentalen Modelle positiv weiterentwickeln lassen. Auf diese Weise könne die affektive Schwingungsfähigkeit optimiert und die Selbstkontrolle flexibel gestaltet werden. Für die maximale Authentizität der Person sei der kreative Akt damit ein wesentlicher Ausgangspunkt: Rekreation und Ressourcenförderung wirkten synergistisch auf das Ziel einer Förderung einer Person hin.

Gerade in der Therapie mit Kindern seien die Ereignisse der kreativen Beziehungserfahrung im Rahmen der Therapie oft wichtiger als die begleitenden expliziten Erklärungen. Das, was sich in der Therapie inszeniert und ereignet, der Gestaltungsakt selbst, sei genauso wichtig wie die Interaktion und

der Selbstbezug. Ausdruck, Darstellung und Symbolisation zündeten den differentiellen Zyklus. Spiegelung, Antwort, Reziprozität in der Interaktion, Setzen von Erfahrungsgrenzen, das Halten gemeinsamer Aufmerksamkeit kennzeichneten die interaktiven Prozesse. Im Selbstbezug erkenne das Kind, dass es etwas könne, und noch darüber hinaus, dass es im Gestaltungsprozess selber sei. Bewusste und unbewusste Prozesse wirkten im kreativen Therapieverfahren zusammen. In der Therapie mit Kindern und Jugendlichen sei die notwendige Voraussetzung die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung. Erst auf der Basis einer solchen Beziehung könnten angemessene Hilfsangebote gemacht werden. Kreative Therapieverfahren dienen sowohl der Etablierung und Ausgestaltung dieser therapeutischen Beziehung wie der Gestaltung emotionaler Neuerfahrungen und der Klärung von konflikthaften Gefühlszuständen. Der kreative Akt sei das erste Mittel eines Zuganges zu sich selbst, indem auch unbewusste Prozesse mit einfließen könnten. So könnten kreative Therapieverfahren helfen, die Inkongruenz des Kindes zwischen sich und einer negativ erlebten Umwelt aufzuheben. Und so wie Kreativität die Synthese zwischen Expressivität und Impressivität erlaube, helfe sie dem Kind, eine emotionale Balance auf neuer Ebene zu erreichen. Mit besonderem Blick für Menschen mit einem erhöhten Impressionsmodus, erhöhter Empfindlichkeit und Durchlässigkeit bis hin zu psychotischen Störungen betont Resch, dass auch überspitzte Sensibilität nicht krank mache, wenn sie mit Ausdrucksfähigkeit einhergehe. Malen, Schreiben, Musizieren, Schauspielen, Tanzen und Bildhauerei – das seien die Elemente, in denen vor allem sensible und überempfindliche Menschen gefördert werden müssten. Die Gratwanderung zwischen Genialität der Empfindungen und Krankheit, auf der viele Patienten sich befänden, würde durch unsere Haltung und unser Weltbild beeinflusst, und vielleicht gelänge es uns, Kindern aus der Schiene der Krankheit in ein aktives, selbstbestimmtes Leben hinüber zu helfen.

5. Systematik einer entwicklungs- und strukturbezogenen Kunsttherapie

Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen (OPDKJ) ermöglicht entsprechend des jeweiligen Strukturniveaus von Kindern und Jugendlichen, Schwerpunkte in der therapeutischen Arbeit zu wählen, die dem Funktionsniveau des jeweils Betroffenen am ehesten entspricht und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden Störungsbildern eine strukturierende Förderung und Entwicklung erlaubt, ohne maligne Regressionen oder (auto-)destruktive Akte zu induzie-

ren. Gerade desintegrierte, geringe oder mäßige Struktur ist nicht gleichzusetzen mit frühen Entwicklungszuständen, sondern kann nur im Zusammenhang mit erheblichen inneren oder äußeren Belastungen gesehen werden, die die primären Entfaltungsmöglichkeiten so verändern, dass Teilfähigkeiten und Teilschwächen in zunehmend unverbundener Weise nebeneinander stehen, so dass die Kohärenz und der Kohärenzsinn insgesamt erschüttert werden. Im Folgenden wird ein solches am Strukturniveau orientiertes Vorgehen wiedergegeben, wie es an der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik Ulm erarbeitet wurde (Schulze et al. 2009). Dieses Vorgehen nimmt meines Erachtens insbesondere Rücksicht auf die erheblichen Belastungsstörungen und strukturellen Defizite, die Kinder und Jugendliche mitbringen, die im vollstationären Setting behandelt werden müssen und insbesondere den Diagnosegruppen der hyperkinetischen Störungen des Sozialverhaltens, der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, Störungen der Emotionen mit Depressivität, tiefgreifender Entwicklungsstörungen oder reaktiver Bindungsstörungen angehören.

Emotionale Störungen, zum Teil konfliktorientierte Störungen auf reiferem Funktionsniveau und ein Teil psychosomatischer Problemstellungen auf höherem Strukturniveau bedürfen eher selten größerer Vorstrukturierung. Dies ist analog zur Spieltherapie im kinder- und jugendpsychotherapeutischen Prozess zu sehen, wo je nach Funktionsniveau der freie Prozess im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht.

Schulze et al. (2009) unterscheiden entsprechend des OPDKJ-Konzeptes vier Strukturniveaus. Diese gliedern sie anschließend in beobachtbare Symptome und Entwicklungsstörungen im Alltag, ergotherapeutische Schwerpunkte / Ziele und eine jeweilige Haltung sowie Aufgaben des Ergotherapeuten.

Beim desintegriert bis geringen Strukturniveau benennen sie als Symptome und Entwicklungsstörungen die Erstarrung, oder monotone Handlungsabläufe zur Sicherung des Selbst und zur Abwehr von Überschwemmung durch existentielle oder paranoide Ängste, ebenso das Erleben von Ohnmacht und Ausgeliefert-Sein. Die Symptomatik habe stützende, sichernde Funktion für das Ich. Als ergotherapeutische Schwerpunkte werden handwerkliche Techniken oder Aufgaben aus dem lebenspraktischen oder Freizeitbereich in einem klar strukturierten Rahmen benannt, um verloren gegangene oder nicht vorhandene Fähigkeiten zu erwerben oder zu beüben. Die Patienten sollten zu eigenen Entscheidungen angeregt werden, mit den Patienten sollten Pausen und Ziele besprochen werden, sie sollten in ihren Handlungen unterstützt und korrigiert werden, mit ihnen sollten Problemlösungsstrategien erarbeitet werden.

Auf dem gering bis mäßig integriert niedrigen Strukturniveau (Borderline-Niveau) herrscht Ideenlosigkeit und Mangel an Kreativität vor, es gebe Schwierigkeiten, eigene Intentionen in zielgerichtetes Handeln umzusetzen, es fände sich eine unzureichende Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten und Grenzen mit der Gefahr der Selbstbeschädigung (Verletzungen, Belastungsgrenzen). Schwerpunkte und Ziele seien ein freiwilliges Angebot aus den Bereichen der basalen Stimulation, der sensorischen Integration, verschiedene Konzepte mit Übungscharakter in der Wahrnehmung. Die stimulierende Selbstwahrnehmung, ihre Verbesserung und Reflektion wird angestrebt. Die Freiwilligkeit des Angebotes wird deutlich gemacht, Über- und Unterstimulation sollen vermieden werden, jedoch kann Auswahl, Dauer und Intensität dem Patienten überlassen werden, allerdings sollte die Wirkung der Reize erfragt werden.

Auf dem mäßig integrierten, mittleren Strukturniveau finden sich überhöhte, zum Scheitern verurteilte Ziele und Vorhaben, die teilweise zwanghaft verfolgt oder rasch wechselnd wieder aufgegeben werden. Ideen könnten aufgrund selbstentwertender Überzeugungen nicht umgesetzt werden, es bestünden Zweifel hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten mit Furcht vor Mangelhaftigkeit, Kritik und Entwertung. Das Erleben von Abhängigkeit von der Anerkennung durch andere mit der Konsequenz des Liebesverlustes und der Einsamkeit bei Versagen sei gegeben. Die Therapiemittel seien verbunden mit einer bestimmten Aufgaben- oder Themenstellung und könnten in kreativ-gestalterischer Weise eingesetzt werden. Die entsprechende Tätigkeit könne als Ausdrucksmittel und Katalysator dienen und sei Mittel zur Selbstdarstellung und Kommunikation. Die Themen könnten eher gefühlsbetont und frei sein, die Ergebnisse und Geschehen würden reflektiert. Seitens des Therapeuten werde die Suche von individuellen Ausdrucksmöglichkeiten erlaubt und angeregt, eine zeitliche Struktur vorgegeben, spezielle Regeln bekannt gegeben und der beobachtete Prozess sowie das Ergebnis reflektiert.

Beim gut integrierten, reifen Strukturniveau auf neurotischer Ebene könnte die Unsicherheit in der Verfolgung eigener Ideen und Interessen wahrgenommen werden, eigene Impulse stünden im Konflikt mit den Erwartungen und Ansprüchen der anderen, es zeige sich ein angepasstes Verhalten mit oft hohem Perfektionsdrang zur Vermeidung von Schuld- und Schamaffekten. Als Setting bekomme die Gruppe eine besondere Aufgabe, bei dem das Miteinander in der Gruppe im Vordergrund stünde und der gruppenspezifische Prozess am Ende reflektiert würde. Der Therapeut gebe Themen oder Aufgabenstellungen in die Gruppe oder strukturiere die gemeinsame Suche danach. Fachkenntnisse würden zur Verfügung gestellt bezüglich Material und

Werkzeug, das Gruppengeschehen werde beobachtet, die Reflektion der Interaktion und Dynamik in der Gruppe angeregt und es würden mit der Gruppe Konflikt- und Problemlösungsstrategien erarbeitet.

Dass die Überlegungen aus dem Bereich der Ergotherapie kommen, kann ein Hinweis darauf sein, wie wichtig gerade bei Ich-strukturell gestörten Kindern und Jugendlichen die Berücksichtigung ihrer Grenzen ist, um ein Acting-Out oder destruktive Prozesse zu begrenzen. Gleichzeitig soll darauf hingewiesen werden, dass ebenso analog zur Spieltherapie bei einer hohen Frequenz der therapeutischen Arbeit und entsprechender Handlungsdauer auch hoch belastete, in ihrer psychischen Entwicklung beeinträchtigte Kinder und Jugendliche in offeneren Strukturen arbeiten können, wenn die sich aus dem offenen Prozess ergebenden Reinszenierungen auch dramatischer und maligner Vorgänge vom destruktiven Wiederholungszwang befreit werden können. Dies setzt allerdings eine klare Einbettung spezieller therapeutischer Arbeit in ein therapeutisches Gesamtkonzept voraus und ein intensiv abgestimmtes Arbeiten der an der Behandlung Beteiligten. Die massiven Übertragungsprozesse müssen durch entsprechend differenzierte TherapeutInnen Stufe um Stufe „verdaut werden“ oder über das Objekt (das therapeutische Medium) förderbar gemacht werden (Bürgin 2000, Wildermuth 2004).

6. Ein empirischer Blick auf die gegenwärtige Situation in der stationären, teilstationären und ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Neben einer ausführlichen Internetrecherche, die teilweise sehr elaborierte Darstellungen zu dem Einsatz kreativer therapeutischer Prozesse erfasst, wurde eine Befragung der leitenden Ärzte der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Tageskliniken durchgeführt. Ca. 1/3 der Institutionen gaben auf die Fragen Antwort. Bei sorgfältiger Recherche konnte nicht übersehen werden, dass manche Klinik sich nicht an der Befragung beteiligte, gleichwohl von ihr ausführliche Darstellungen der gelebten Praxis vorlagen. Insofern sind die im Folgenden nur kurz zusammengefassten Ergebnisse unvollständig.

In einem Fragebogen zum Stellenwert künstlerischer Therapien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurden die Strukturqualität, die Prozessqualität und die erwartete Ergebnisqualität künstlerisch-therapeutischer Prozesse erfragt. Eine Auswertung der entsprechenden Befragung

kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen hat bei sehr elaborierten Einzelkonzepten einen sehr geringen Rücklauf gehabt, so dass eine statistische Auswertung nicht zielführend ist. So ging es um die beruflichen Qualifikationen der entsprechend in dem offiziellen Bereich Ergo- und Mototherapie eingesetzten MitarbeiterInnen, die Angebotspalette der künstlerischen Therapien, das angebotene Setting, wie z. B. Einzel- oder Gruppentherapie bzw. künstlerisches Atelier. Auf der Prozessebene wurde sowohl für die Kinder als auch die Jugendlichen untersucht, wieweit künstlerische Therapieverfahren eher als basistherapeutisches Angebot, als übergreifendes therapeutisches Verfahren, als spezifische Therapie oder auch als Fördermaßnahme verwendet werden. Auch wurden die jeweiligen zugrunde liegenden Konzepte erfragt, so ein kunsttherapeutisches, tiefenpsychologisch, methodenübergreifendes Vorgehen. Weiterhin wurden die zugrunde liegenden Zielsetzungen, wie z. B. allgemeine Ressourcenaktivierung, Beziehungsangebot, störungsspezifischer Ansatz oder offene künstlerische Werkstatt erfragt. Beim Blick auf die Ergebnisqualität wurden Einschätzungen bezüglich der Wirkweise künstlerischer Therapien erfragt, so die Initiierung von Individualprozessen, die emotionale Stabilisierung, spezifischen Änderungen auf der Symptomebene oder die Anregung schöpferischer Prozesse und Ausdrucksmöglichkeiten. Weiterhin wurde der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie hinsichtlich des Umgangs mit kreativen Medien, der Introspektionsfähigkeit, der Intensivierung des emotionalen Ausdrucks und der Gestaltungsmöglichkeit sowie der Symbolisierungsfähigkeit von Erlebnissen und Erfahrungen erfragt. Abschließend wurde um eine Einschätzung gebeten, inwieweit die künstlerische Therapie einen eigenen Stellenwert neben Psychotherapie und Ergo- und Mototherapie hätte, eine modifizierte Psychotherapie sei oder eher als kreative Alltagsbewältigung ein Basisangebot darstelle. Zu allen Fragen waren offene Felder für Ergänzungen hinterlegt. Die erhobenen Variablen waren die Berufsgruppen, die Therapieformen, das Setting, die Verwendung des künstlerischen Verfahrens bei a) Kindern und b) Jugendlichen, die Orientierung der künstlerischen Therapeuten, die Verwendung der künstlerischen Therapie innerhalb des Behandlungsprozesses, die Wirkweise künstlerischer Therapien, der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie sowie der Anspruch an die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode. Die Auswertung ergab folgende Ergebnisse:

6.1 Datenquelle

Wegen unterschiedlicher Bögen für die vollstationäre, die teilstationäre und die ambulante Behandlung ergab sich ein Rücklauf von 55 von ca. 150 angefragten Kliniken.

Der Anteil der antwortenden Praxen lag unter 5% und sprach nach subjektiver Einschätzung tendenziell die in dieser Thematik engagierteren FachärztInnen an.

Befragt wurden Ltd. ÄrztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in klinischen Institutionen und FachärztInnen in Praxen. Die Stichprobe der klinischen Institutionen umfasste $N = 125$, die Stichprobe der Praxen $N = 26$. Wir führten eine standardisierte Befragung mittels Fragebögen durch. Mittels der Fragen 1-3 sollte die Implementierung künstlerischer Therapien in das jeweilige Behandlungsangebot erhoben werden. Die Fragen 4-6 zielten auf die Erhebung methodischer Überlegungen zum Einsatz künstlerischer Therapien ab. Mittels der Fragen 7-9 sollten mögliche Spezifika erfasst werden. 7-9 waren als Numeralskalen konzipiert mit einer Skala von 1 bis 5 mit ansteigender Wichtigkeit. Der Erhebungszeitraum betrug sechs Wochen.

Die vorliegende Erhebung ist als qualitative Vorstudie zur Hypothesengewinnung konzipiert mit dem Ziel einer Theorieentwicklung. Verwendet wurde ausschließlich deskriptive Statistik.

6.2 Ergebnisse für die Stichprobe Klinische Institutionen

Item 1: Welche Berufsgruppen decken in Ihrer Institution die Bereiche Ergo- und Mototherapie ab?

Es ergaben sich keine Mehrfachnennungen von Kategorien. In mehr als 40% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen werden nach Datenlage in den Bereichen Ergo- und Mototherapie ausschließlich Ergo- und MototherapeutInnen beschäftigt

Weitere knappe 40% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen gaben an, in den genannten Bereichen Ergo- und Kunsttherapeuten in vollem Umfang einzusetzen.

Item 2: Falls Sie künstlerische Therapien nutzen, welche Therapien werden vorzugsweise angeboten?

Betrachtet man die Mehrfachnennungen von Kategorien differenziert, so gaben 68% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen an, Mal- und Plastiziertherapie als präferierte künstlerische Therapie anzubieten. Fast ebenso viele der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen (63,2%) bieten nach Datenlage Musiktherapie als die präferierte künstlerische Therapie an. In immerhin noch 40% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen scheint Gestaltungstherapie bevorzugt angeboten zu werden. Tanztherapie scheint in weniger als einem Drittel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen als präferierte künstlerische Therapieform angeboten zu werden.

Item 3: Welches Setting bieten Sie vorzugsweise an?

Es ergaben sich keine Mehrfachnennungen von Kategorien. Knapp 30% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen scheinen nach Datenlage künstlerische Therapien sowohl im Einzel- als auch Gruppensetting anzubieten. Ein weiteres knappes Viertel gab an, künstlerische Therapien vorzugsweise im Gruppensetting anzubieten. In nur 4% scheinen künstlerische Therapien ausschließlich im Gruppensetting und in nur 1,6% ausschließlich im Einzelsetting angeboten zu werden.

Item 4a: Bei Kindern: Verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als...

Unter differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen von Kategorien ergab sich, dass mehr als 60% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen bei Kindern das künstlerische Therapieverfahren als spezifische Therapie und exakt 60% als störungsübergreifendes therapeutisches Verfahren einzusetzen scheinen.

Item 4b: Bei Jugendlichen: Verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als...

Betrachtet man die Mehrfachnennungen von Kategorien differenziert, so gaben mehr als zwei Drittel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen an, das künstlerische Therapieverfahren bei Jugendlichen als spezifische Therapie zu verwenden. Nach Datenlage setzen 57,6% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen das Verfahren störungsübergreifend therapeutisch ein.

Item 5: Arbeiten die künstlerischen TherapeutInnen bevorzugt bzw. ausnahmslos...

Bei differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen von Kategorien ergab sich, dass 58,4% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen methodenübergreifend orientiert zu arbeiten scheinen. Nach Datenlage scheinen 44% kunsttherapeutisch orientiert und ein Viertel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen scheint tiefenpsychologisch orientiert zu sein.

Item 6: Wie nutzen Sie die künstlerische Therapie innerhalb des Behandlungsprozesses?

Unter differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen von Kategorien scheinen nach Datenlage mehr als 86% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen die künstlerische Therapie innerhalb des Behandlungsprozesses zur allgemeinen Ressourcenaktivierung zu verwenden. Mehr als drei Viertel gaben an, dass die künstlerische Therapie im Behandlungsprozess als Beziehungsangebot fungiert. Mehr als 60% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen scheint die künstlerische Therapie störungsspezifisch einzusetzen.

Item 7: Welche Einschätzungen haben Sie bezüglich der Wirkweise künstlerischer Therapien?

7.1.: Initiierung von Individuationsprozessen

Mehr als 60% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der Initiierung von Individuationsprozessen mit 4 oder 5 ein.

7.2.: Emotionale Stabilisierung

Über 50% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der emotionalen Stabilisierung mit 4 oder 5 ein.

7.3.: Spezifische Veränderung auf Symptomebene

Mehr als 20% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der Veränderung auf der Symptomebene mit 4 oder 5 ein.

7.4.: Ressourcenaktivierung

Knapp drei Viertel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen schätzten die Wirkweise der künstlerischen Therapien im Bereich der Ressourcenaktivierung mit 4 oder 5 ein. In knapp einem Drittel wurde der Spitzenwert vergeben.

7.5.: nichtsprachlicher Ausdruck

Nahezu die gesamte Stichprobe gab diesbezüglich keine Einschätzung.

Item 8: Worin besteht gegebenenfalls der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie hinsichtlich...

8.1.: Umgang mit kreativen Medien

Gut 45% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen schätzten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie in Bezug auf den Umgang mit kreativen Medien mit 4 oder 5 ein. In gut einem Fünftel wurde der Spitzenwert vergeben.

8.2.: Introspektionsfähigkeit

Mehr als 45% bewerteten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie im Bereich der Introspektionsfähigkeit mit 4 oder 5. Knapp ein Viertel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen vergab den Spitzenwert.

8.3.: emotionaler Ausdruck

Mehr als 60% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen bewerteten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie im Bereich der Intensivierung des emotionalen Ausdrucks mit 4 oder 5. In etwas mehr als einem Drittel der Fälle wurde der Spitzenwert in der Bewertung vergeben.

8.4.: Symbolisierungsfähigkeit

In mehr als 50% wurde der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie im Bereich der Symbolisierungsfähigkeit mit 4 oder 5 bewertet. In mehr als 25% wurde der Spitzenwert in der Bewertung vergeben.

Item 9: Die künstlerische Therapie sollte hinsichtlich Konzept und Methode...

9.1.: ...einen eigenen Stellenwert neben Psychotherapie und Ergo- und Mototherapie haben

Exakt 60% der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen kamen in ihrer Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode einen eigenen Stellenwert neben Psychotherapie und Ergo- und Mototherapie haben sollte. In exakt 40% wurde der in der Einschätzung der Spitzenwert von 5 vergeben.

9.2.: ...eine modifizierte Psychotherapie sein

Immerhin ein knappes Fünftel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen kam in der Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode eine modifizierte Psychotherapie sein sollte.

9.3.: ...als kreative Alltagsbewältigung ein Basisangebot darstellen

Ein gutes Drittel der in die Nettostichprobe gelangten Institutionen kam in der Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode als kreative Alltagsbewältigung ein Basisangebot darstellen sollte.

6.3 Ergebnisse für die Stichprobe Praxen

Item 1: Welche Berufsgruppen decken in Ihrer Institution die Bereiche Ergo- und Mototherapie ab?

Es ergaben sich keine Mehrfachnennungen von Kategorien.

Ein knappes Drittel der Stichprobe weist kein Angebot von Ergo- und Mototherapie auf. Ein knappes Viertel benannte, einzelne künstlerische Therapeuten in den Bereichen Ergo- und Mototherapie zu beschäftigen.

Item 2: Falls Sie künstlerische Therapien nutzen, welche Therapien werden vorzugsweise angeboten?

Betrachtet man die Mehrfachnennungen von Kategorien differenziert, so gab knapp 60% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen Mal- und Plastiziertherapie als die präferierte künstlerische Therapie an. In knapp 40% der Praxen der Nettostichprobe galt die Musiktherapie als präferierte künstlerische Therapie.

Item 3: Welches Setting bieten Sie vorzugsweise an?

Es ergaben sich keine Mehrfachnennungen von Kategorien.

Als das in der Nettostichprobe am häufigsten gewählte Setting für künstlerische Therapien kristallisierte sich im Rahmen der Erhebung mit 34% die Einzeltherapie heraus. Das Einzelsetting wird durch die in die Nettostichprobe gelangten Praxen in mehr als doppelt so vielen Fällen gewählt wie das Gruppensetting. In etwas mehr als einem Viertel der Nettostichprobe werden die künstlerischen Therapien in beiden Settings angeboten. Zusammenfassend werden die künstlerischen Therapien in ca. 75% der in die Nettostichprobe gelangten Praxen bevorzugt entweder im Einzel- oder im Gruppensetting angeboten, wobei in keiner der Praxen nur das Gruppensetting als Angebot fungiert. Darüber hinausgehende Settings, wie z.B. die Kreativwerkstatt, spielten in der Nettostichprobe eine untergeordnete Rolle.

Item 4a: Bei Kindern: Verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als ...

Unter differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen gab mehr als drei Viertel der Nettostichprobe an, das künstlerische Therapieverfahren bei Kindern zumindest unter anderem als störungsübergreifendes therapeutisches Verfahren zu verwenden. Gut 40% der Nettostichprobe scheint das künstlerische Therapieverfahren bei Kindern unter anderem als spezifische Therapie, ein knappes Drittel scheint es unter anderem als basistherapeutisches Angebot zu verwenden.

Item 4b: Bei Jugendlichen: Verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als ...

Es ergab sich eine ähnliche Häufigkeitsverteilung wie bei den Kindern: Knapp 70% der Nettostichprobe scheint das künstlerische Therapieverfahren bei Jugendlichen als störungsübergreifendes therapeutisches Verfahren einzusetzen. Bei gut 40% scheint das künstlerische Therapieverfahren als spezifische Therapie und bei gut einem Viertel der Nettostichprobe scheint es als basistherapeutisches Angebot zur Anwendung zu kommen.

Item 5: Arbeiten die künstlerischen TherapeutInnen bevorzugt bzw. ausnahmslos...

Unter differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen ergab sich hinsichtlich der Orientierung der künstlerischen TherapeutInnen, dass innerhalb der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen knapp 2/3 der künstlerischen Therapeuten methodenübergreifend zu arbeiten scheinen.

Knapp 1/3 scheint in der Arbeit kunsttherapeutisch orientiert zu sein. Ein klarer Trend bzgl. der Orientierung künstlerischer Therapeuten zu einer bestimmten Schule war der Häufigkeitsverteilung somit nur tendenziell zu entnehmen.

Item 6: Wie nutzen Sie die künstlerische Therapie innerhalb des Behandlungsprozesses?

Bei differenzierter Betrachtung der Mehrfachnennungen gaben mehr als 80% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Therapeuten an, das künstlerische Therapieverfahren im Behandlungsprozess zur allgemeinen Ressourcenaktivierung zu verwenden. Mehr als 70% gaben an, das künstlerische Verfahren als Beziehungsangebot zu verwenden. In mehr als 40% der Fälle scheint das künstlerische Verfahren störungsspezifische Verwendung im Behandlungsprozess zu erfahren.

Item 7: Welche Einschätzungen haben Sie bezüglich der Wirkweise künstlerischer Therapien?

7.1.: Initiierung von Individuationsprozessen

Mehr als 60% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der Initiierung von Individuationsprozessen mit 4 oder 5 ein. Ein knappes Viertel der Nettostichprobe vergab den Spitzenwert.

7.2.: Emotionale Stabilisierung

Über 60% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der emotionalen Stabilisierung mit 4 oder 5 ein. Mehr als ein Drittel vergab in der Bewertung den Spitzenwert.

7.3.: spezifische Veränderungen auf Symptomebene

Mehr als 40% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen schätzten die Wirkweise künstlerischer Therapien im Bereich der Veränderung auf der Symptomebene mit 4 oder 5 ein. Ein knappes Drittel vergab in der Bewertung den Spitzenwert.

7.4.: Ressourcenaktivierung

Gut drei Viertel der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen schätzten die Wirkweise der künstlerischen Therapien im Bereich der

Ressourcenaktivierung mit 4 oder 5 ein. Mehr als die Hälfte vergaben in der Bewertung den Spitzenwert.

Item 8: Worin besteht gegebenenfalls der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie hinsichtlich...

8.1.: Umgang mit kreativen Medien

Gut 65% der in die Nettostichprobe gelangten niedergelassenen Praxen schätzten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie in Bezug auf den Umgang mit kreativen Medien mit 4 oder 5 ein. In knapp einem Viertel wurde der Spitzenwert vergeben.

8.2.: Introspektionsfähigkeit

Mehr als 65% bewerteten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie im Bereich der Introspektionsfähigkeit mit 4 oder 5. Exakt die Hälfte der in die Nettostichprobe gelangten Praxen bewerteten den spezifischen Stellenwert mit 4.

8.3.: emotionaler Ausdruck

Mehr als 84% der in die Nettostichprobe gelangten Praxen bewerteten den spezifischen Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber Ergo- und Mototherapie im Bereich der Intensivierung des emotionalen Ausdrucks mit 4 oder 5. Exakt in 50% der Fälle wurde der Spitzenwert in der Bewertung vergeben.

8.4.: Symbolisierungsfähigkeit

In mehr als 70% wurde der spezifische Stellenwert künstlerischer Therapien gegenüber der Ergo- und Mototherapie im Bereich der Symbolisierungsfähigkeit mit 4 oder 5 bewertet. In mehr als 50% wurde der Spitzenwert in der Bewertung vergeben.

Item 9: Die künstlerische Therapie sollte hinsichtlich Konzept und Methode...

9.1.: ...einen eigenen Stellenwert neben Psychotherapie und Ergo- und Mototherapie haben

Knapp drei Viertel der in die Nettostichprobe gelangten Praxen kamen in ihrer Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode einen eigenen Stellenwert neben Psychotherapie und Ergo- und Mototherapie haben sollte.

9.2.: ...eine modifizierte Psychotherapie sein

Immerhin ein knappes Drittel kam in der Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode eine modifizierte Psychotherapie sein sollte.

9.3.: ...als kreative Alltagsbewältigung ein Basisangebot darstellen

Ein gutes Drittel kam in der Bewertung im Bereich 4 oder 5 zu der Einschätzung, dass die künstlerische Therapie hinsichtlich Konzept und Methode als kreative Alltagsbewältigung ein Basisangebot darstellen sollte. Die erhaltene Häufigkeitsverteilung nähert sich einer Gleichverteilung an. Den Angaben auf Grundlage der Nettostichprobe waren somit Hinweise auf sehr unterschiedliche Ansichten hinsichtlich dieser Fragestellung zu entnehmen.

6.4 Orientierender Vergleich zwischen den Stichproben

Ein orientierender Vergleich erfolgte rein deskriptiv. Statistische Berechnungen zur Einschätzung der Gleichheit der Verteilungen zwischen den Stichproben sind aufgrund der stark unterschiedlichen Stichprobengrößen nicht möglich.

Item 1: Welche Berufsgruppen decken in Ihrer Institution die Bereiche Ergo- und Mototherapie ab?

In den klinischen Institutionen werden die Bereiche Ergo- und Mototherapie deutlich häufiger ausschließlich durch Ergo- und Mototherapeuten besetzt. In knapp einem Drittel der Praxen existiert kein Angebot von Ergo- und Mototherapie, während Ergo- und Mototherapie in allen der in die Nettostichprobe gelangten klinischen Institutionen angeboten zu werden scheint.

Item 2: Falls Sie künstlerische Therapien nutzen, welche Therapien werden vorzugsweise angeboten?

Die Angebotshäufigkeit von Mal- und Plastiziertherapie ähnelt sich in den klinischen Institutionen und den Praxen am stärksten. Musiktherapie wird in den klinischen Institutionen deutlich häufiger angeboten. In 11,5% der Praxen und in 4% der klinischen Institutionen existiert kein Angebot künstlerischer Therapien.

Item 3: Welches Setting bieten Sie vorzugsweise an?

Sowohl in den klinischen Institutionen als auch in den Praxen wird in etwas mehr als 25% die künstlerische Therapie sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting angeboten. In den Praxen erfolgt ein Angebot im Vergleich zu den klinischen Institutionen deutlich häufiger im Einzelsetting.

Item 4a: Bei Kindern verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als...

Die Verteilungen über die einzelnen Antwortkategorien von klinischen Institutionen und den Praxen ähnelten sich stark. In den klinischen Institutionen wurde das künstlerische Verfahren jedoch tendenziell häufiger als spezifische Therapie eingesetzt als in Praxen.

Item 4b: Bei Jugendlichen verwenden Sie das künstlerische Therapieverfahren als...

In den Praxen wird das künstlerische Therapieverfahren sowohl bei den Kindern als auch bei den Jugendlichen am häufigsten als störungsübergreifendes therapeutisches Verfahren verwendet. Ein klarer Trend bzgl. der Orientierung künstlerischer Therapeuten zu einer bestimmten Schule war der Häufigkeitsverteilung somit nur tendenziell zu entnehmen

Wie bei den Kindern wird das künstlerische Verfahren in den Institutionen häufiger als spezifische Therapie eingesetzt als in Praxen.

Item 5: Arbeiten die künstlerischen Therapeuten bevorzugt bzw. ausnahmslos...

Sowohl in den klinischen Institutionen als auch in den Praxen scheinen annähernd 2/3 der künstlerischen Therapeuten methodenübergreifend zu arbeiten. Die Verteilungen bzgl. der Orientierung der künstlerischen Therapeuten in den klinischen Institutionen und den Praxen ähnelt sich.

Item 6: Wie nutzen Sie die künstlerische Therapie innerhalb des Behandlungsprozesses?

Sowohl in den klinischen Institutionen als auch in den Praxen wird die künstlerische Therapie in mehr als 80% zur allgemeinen Ressourcenaktivierung und in mehr als 70% als Beziehungsangebot innerhalb des Behandlungsprozesses verwendet.

7. Fazit und Ausblick

Die Bereiche Ergo- und Mototherapie werden in den befragten Institutionen mehrheitlich durch Ergo- und Mototherapeuten abgedeckt. Tendenziell finden Einzeltherapien ebenso wie Gruppentherapien statt. Es ergeben sich Hinweise darauf, dass die künstlerischen TherapeutInnen am ehesten methodenübergreifend arbeiten. Hinsichtlich der Berufsgruppen, der Therapieformen, des Settings, der Verwendung des künstlerischen Therapieverfahrens und der Orientierung der TherapeutInnen ergaben sich keine praktisch relevanten Gruppierungskonstellationen. Hinsichtlich der Verwendung der künstlerischen Therapie im Behandlungsprozess ergab sich eine generelle Gruppierung von „Ressourcenorientierung“ und „Beziehungsangebot“.

Es zeigt sich insgesamt, dass das Künstlerische an den künstlerischen Therapien nur für einen kleinen Teil der Befragten von größerer Bedeutung ist, dass pragmatische und handlungsorientierte Ansätze sehr wichtig scheinen und dass viele künstlerische Therapien eher add-on eingesetzt werden. Gerade neben dem milieutherapeutischen Ansatz und den spezifischen Therapien scheint der kunsttherapeutische Freiraum jedoch von Bedeutung zu sein. Er scheint auch abgrenzbar zu sein gegenüber Kunstpädagogik im schulischen Bereich, hat ggf. eine besondere Identität in der Chance zu schöpferischen Prozessen und deren spezifischer Begleitung durch entsprechend qualifizierte KunsttherapeutInnen.

Die Zukunft wird erweisen, inwieweit die entwicklungspsychiatrischen Grundlagen soweit berücksichtigt werden, dass künstlerische Therapien einen höheren Stellenwert gerade für die Stabilisierung und Entwicklung von Menschen mit schweren Störungsbildern im Bereich der Psychosen, Ängste, Zwänge und Depressionen, der Essstörungen, aber auch der psychosomatischen Erkrankungen enthalten können. Bei chronischen somatischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters mit oder ohne Lebensgefährdung erscheint die künstlerische Therapie zum jetzigen Zeitpunkt schon klarer als essentieller Bestandteil der Begleitung und Entwicklungsförderung anerkannt zu sein. Dies gilt auch für die Entwicklungsstörungen (Frank 2008). Die Bedeutung der künstlerischen Therapien im Kinder- und Jugendbereich scheint zum jetzigen Zeitpunkt eher geringer ausgeprägt als im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und vor allem der Erwachsenenpsychosomatik.

Hier wird auch seitens des Verfassers eine Intensivierung der Versorgungsforschung insbesondere auf die alltagstaugliche Wirksamkeit angeregt. Hierzu können entsprechend der individuellen Ebene der künstlerischen Therapien

Einzelfallstudien ebenso beitragen wie vergleichende Subgruppenuntersuchungen mit Hilfe z. B. des Instrumentes des OPDKJ.

Heute dominierende trainings- und belohnungsabhängige Verfahren sowie solche, die der Regulierung und Modulierung von psychischen und Verhaltensprozessen dienen, bedürfen einer Erweiterung durch Anreize zur Entfaltung von schöpferischen Potentialen, gerade im sinnlichen Bereich, um einseitig kognitive und verhaltensbezogene Aktivitäten mit den tieferen Schichten des Mensch-Seins und der Entwicklung seelisch-geistiger Kräfte zu verbinden. Spiel und Kunst vermögen nämlich nach Sicht des Verfassers je nach Lebensalter seelisch-geistige Kommunikation als Ich-hafte Tätigkeit zu erschließen und die Integration belastender Vergangenheit ebenso wie noch unerschlossene Möglichkeiten zu entwickeln. Die künstlerischen Therapien können erst bei entsprechender Einbettung in ein Gesamttherapiekonzept ihre Wirksamkeit voll entfalten.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A.* (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- Arbeitskreis UPD-KJ (Hrsg.)* (2007): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Bern: Huber.
- Bateman, A./Fonagy, P.* (2008): Psychotherapie der Borderline-Störung. Giessen: Psycho-sozial.
- Bruner, J.* (1987): Wie das Kind sprechen lernt. Bern: Huber.
- Bucci, W.* (1997): Psychoanalysis and Cognitive Sciences. A multiple Code Theory. New York: Guilford.
- Bürgin, D.* (2000): Psychotherapie und stationäre Behandlung. Kinderanalyse 8, 255-265.
- Damasio, A.R.* (2000): Ich fühle also bin ich. München: Econ Ullstein List.
- Dannecker, K.* (2010): Psyche und Ästhetik. Berlin: MWV.
- Ermann, M.* (1997): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer.
- Frank, R.* (2005): Kunsttherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: von Spreti, F./Martius, P./Förstl, H. (Hrsg.): 243-249
- Frank, R.* (2008): Entwicklungsstörungen. In: Martius P, von Spreti F, Henningsen P. (Hrsg.) Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Urban & Fischer, 51-56

- Frick, E.* (2009): Psychosomatische Anthropologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hüther, G./Sachse, U.* (2007): Angst- und stressbedingte Störungen. Auf dem Weg zu einer neurobiologisch fundierten Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52, 166-179.
- Janssen, P.L.* (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keupp, H.* (2004): Sich selber finden - Identitätskonstruktionen heute und welche Ressourcen in Familie und Gesellschaft sie benötigen. www.ipp-muenchen.de/texte (04.07.2011, 17:06).
- Keupp, H.* (2009): Das erschöpfte Selbst - Umgang mit psychischen Belastungen. Vortrag im Rahmen der Pragdis-Tagung „Das erschöpfte Selbst“ am 15./16. Januar 2009 in der C. F. von-Siemens-Stiftung in München.
- Kiene, H.* (2001): Komplementäre Methodenlehre der klinischen Forschung. Cognition-based Medicine. Berlin, Heidelberg, New York: Schattauer.
- Klosinski, G.* (1998): Möglichkeiten und Grenzen der Kunsttherapie Pubertierender und Adoleszenter aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 1: 9-18.
- Klosinski, G.* (2003): Was braucht ein Mensch, um ganz zu werden? Der Beitrag flankierender Maßnahmen im stationären Bereich zu innerseelischer Integration. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* 13: 16-27.
- Klosinski, G.* (2008): *Das stationäre Setting.* In: *Martius, P./ von Spreti, F./Henningsen, P. (Hrsg.)* (2008), 66-70.
- Krause, R.* (1997): Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Martius, P./von Spreti, F./Henningsen, P. (Hrsg.)* (2008): Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. München: Urban & Fischer
- Matthiessen, P. F. (Hrsg.)* (2010): Patientenorientierung und Professionalität. Bad Homburg: VAS.
- Matthiessen, P. F./Wohler, T. (Hrsg.)* (2004): Die schöpferische Dimension der Kunst in der Therapie. Bad Homburg: VAS.
- Mechler-Schönach, C./von Spreti, F.* (2005): „FreiRaum“. Zur Praxis und Theorie der Kunsttherapie. *Psychotherapeut* 50 (3), 163-178.
- Ostermann, Th./Matthiessen, P. F. (Hrsg.)* (2002): Einzelfallforschung in der Medizin, Bedeutung, Möglichkeiten, Grenzen. Bad Homburg: VAS.
- Petersen, P.* (1998): Ist künstlerische Therapie wissenschaftlich zu verstehen? In *Zeitschrift für Musik-,Tanz- und Kunsttherapie* 9 (4), 196-204.
- Petersen, P. (Hrsg.)* (2002): Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Stuttgart: Mayer.
- Prankel, B.* (2005): Strukturen der Entwicklung. Ein integratives Modell für Reifungsprozesse. *Familiendynamik* 30 (2), 145-183.

- Rech, P.* (2009). Das Geheimnis des Zusammenhangs von seelischer Gesundheit und Kunst. In: Franzen, G. (Hrsg.): Kunst und seelische Gesundheit. Berlin: MWV.
- Remschmidt, H./Schmidt, M. H.* (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 3. Aufl. Bern: Huber.
- Resch, F.* (1994): Magisches Denken und Selbstentwicklung. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.*, 43 (5), 152-156.
- Resch, F.* (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. 2. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Resch, F.* (2002): Kunst spielt eine Rolle. In: Fuchs, T./Jadi, I./Brand-Claussen, B./Mundt, C. (Hrsg.): *WahnWeltBild. Die Sammlung Prinzhorn. Beiträge zur Museumseröffnung.* Berlin: Springer, 349-358.
- Roth, G./Strüber, N.* (2010): Neurobiologische Grundlagen der psychischen Entwicklung des Kindes. *Psychoanalytische Familientherapie* 20/21, 29-52.
- Rudolf, G.* (2010): *Psychodynamische Psychotherapie.* Stuttgart, New York: Schattauer.
- Sant'Unione, A. M./Wildermuth, M.* (2007a): Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis Teil 1. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 17(1), 59-98
- Sant'Unione, A. M./Wildermuth, M.* (2007b): Zur Therapie des Hyperkinetischen Syndroms inkl. seiner Unterformen (ADS, ADHS, hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) sowie der damit einhergehenden komorbiden Störungen in der sozialpsychiatrischen Praxis Teil 2. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* 17(2), 32-104
- Sant'Unione, A. M./Wildermuth, M.* (2010): Zur Entwicklung einer tragfähigen kooperativen Beziehung zwischen Arzt, Patient und Eltern vom Erstkontakt bis zum Behandlungsabschluss in der ambulanten kinder- und jugendsozialpsychiatrischen Versorgung. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 20(1), 6-35
- Schottenloher, G. (Hrsg.)* (1994): *Wenn Worte fehlen, sprechen Bilder. Bildnerisches Gestalten und Therapie.* München: Kösel.
- Schulze, U. M. G. et al.* (2009): Angewandte, klinisch relevante Therapieverfahren: Musik-, Ergo-, Kunst- und Körpertherapie. In: Fegert, J. M./Streeck-Fischer, A./Freyberger, H. J.: *Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters.* Stuttgart: Schattauer.
- Schwer, P.* (1988): Therapeutische Aspekte der bildenden Kunst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Acta pädopsychiat.* 51: 73-79.
- Trautmann-Voigt, S.* (2006) Tanztherapie-Bewegung als therapeutische Kommunikation. In: *Psychotherapie im Dialog* 2, 151-157
- von Spreti, F./Martius, P./Förstl, H. (Hrsg.)* (2005): *Kunsttherapie bei psychischen Störungen.* München: Urban & Fischer.

- von Spredi, F. (2006): Kunsttherapie. In: Resch, F./Schulte-Markwort, M. (Hrsg.): Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie, Schwerpunkt: Psyche und Soma. Weinheim: Beltz.
- Weiß, J./Kazdin, A. (2006): Gegenwart und Zukunft evidenzbasierter Psychotherapien für Kinder und Jugendliche. In: Mattejat, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie, Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. München: CIP-Medien.
- Wildermuth, M. (2004): Wen trifft die Wunde? *Anal. Kinder- und Jugendpsychotherapie* 35, 327-350.
- Wildermuth, M. (2006): *Angstentstehung und Bewältigung im Säuglings-, Kinder- und Jugendalter*, Stuttgart: Mayer.
- Winnicott, D. W. (2006): *Vom Spiel zur Kreativität*. 11. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Autor

Prof. Dr. med. Matthias Wildermuth

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Klinikdirektor

Vitos Klinik Rehberg

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Austraße 40

35745 Herborn

E-Mail: Matthias.Wildermuth@Vitos-Herborn.de

Internet: www.vitos-herborn.de

Der Verfasser dankt Frau Dipl. Psychol. Christina Kopp für Unterstützung bei der Datenaufbereitung.

Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte des Klinefelter-Syndroms

Ingo Spitzcok von Brisinski

Relevanz des Klinefelter-Syndroms in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Das Klinefelter-Syndrom ist mit einer Häufigkeit von 0,1–0,22 % bei männlichen Neugeborenen (Herlihy et al. 2011, Nieschlag 2013) eine der häufigsten angeborenen Chromosomenstörungen. Demnach gibt es in Deutschland etwa 80.000 bis 180.000 Betroffene. Zum Vergleich: Die Trisomie 21 (Down-Syndrom) zeigt eine Häufigkeit von 0,07–0,2% bezogen auf Neugeborene beiderlei Geschlechts, das Fragile X-Syndrom eine Häufigkeit von 0,02–0,05% aller Lebendgeburten.

Wegen der erhöhten Morbidität (u. a. Gynäkomastie, Varikosis, Thrombosen, Osteoporose, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, Epilepsie) müssten Patienten mit Klinefelter-Syndrom eigentlich überproportional häufig in ärztlichen Praxen und Krankenhäusern behandelt werden. Bisher wird jedoch nur bei etwa 25 bis 50% aller Patienten mit Klinefelter-Syndrom die Diagnose irgendwann im Leben auch tatsächlich gestellt, obwohl die Verdachtsdiagnose bei Kenntnis des Syndroms und gründlicher klinischer Untersuchung leicht zu stellen ist (Herlihy et al. 2011, Nieschlag 2013) und sich wichtige Konsequenzen aus der Diagnose ergeben wie z. B. Hormontherapie und Fertilitätsberatung. Eine von 290 niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Internisten und Urologen beantwortete Umfrage ergab, dass zwei Drittel der Allgemeinmediziner und Internisten zwar über grundlegende Kenntnisse über das Syndrom, insbesondere typische Symptome (z. B. kleine Hoden, Gynäkomastie, Infertilität und Hochwuchs) verfügen, jedoch angeben, bisher aber keine Patienten mit Klinefelter-Syndrom wissentlich in ihrer

Praxis gesehen zu haben. Damit zeigte sich ein wesentlicher Unterschied zu den Urologen, von denen 80% angaben, Patienten mit Klinefelter-Syndrom in ihrer Praxis zu behandeln, und 76 %, dass sie die Diagnose selbst gestellt hatten (Bade 2007).

Auch Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Nervenärzte und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie müssen sich die Frage stellen, ob sie die Diagnose ausreichend häufig in Betracht ziehen und ggf. angemessene Diagnostik und Therapie auf den Weg bringen: Der aktuellen Datenlage nach leiden 63% aller Patienten mit Klinefelter-Syndrom unter ADHS, 27-48% unter Autismus-Spektrumstörungen, 32% unter Angststörungen, 24 % unter depressiven Störungen und 50-80% unter Sprachstörungen, Legasthenie und/oder Lernschwierigkeiten (Spitzcok von Brisinski 2013), d. h., dass kinder- und jugendpsychiatrisch relevante Störungsbilder so häufig bei Patienten mit Klinefelter-Syndrom auftreten, dass es sich möglicherweise nicht um Komorbiditäten handelt, sondern um Symptome der Entität „Klinefelter-Syndrom“ handelt (Spitzcok von Brisinski 2013) und dass es recht wahrscheinlich ist, dass jeder kinder- und jugendpsychiatrisch Behandelnde auch Patienten mit (ggf. noch unerkanntem) Klinefelter-Syndrom versorgt.

Symptome und Parameter, die zur Diagnose führen

1942 publizierten Dr. Harry Klinefelter und Kollegen einen Bericht über 9 Männer mit der Symptomkonstellation testikuläre Dysgenese, erhöhte Gonadotropine im Urin, kleine Hoden, Eunuchoidismus, Azoospermie und Gynäkomastie. Das klinische Spektrum bei Jungen und Männern mit Klinefelter-Syndrom ist jedoch wesentlich breiter: Vor der Pubertät gibt es keine eindeutigen Symptome. Lageanomalien der Testes treten in einem Viertel der Fälle auf und damit deutlich häufiger als bei Jungen in der allgemeinen Bevölkerung (Nieschlag 2013). Aufgrund der geringen Zahl von Symptomen werden *präpubertär* lediglich 10% der Klinefelter-Patienten diagnostiziert. Wenn die Diagnose nicht bereits pränatal gestellt wurde, können Betroffene altersabhängig eine Vielzahl mehr oder weniger subtiler Symptome zeigen: In der Kindheit fällt das Klinefelter-Syndrom u. U. im Rahmen der Abklärung von Hypospadie, kleinem Penis oder Kryptorchismus auf. Im Kleinkindalter zeigen die Jungen u. U. Entwicklungsverzögerungen, insbesondere in den expressiven Sprachfunktionen im Schulalter Sprachentwicklungsverzöge-

rung, Lernschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten. Ältere Kinder oder Jugendliche werden u. U. endokrinologisch untersucht wegen verzögerter oder unvollständiger Pubertätsentwicklung mit eunuchoidem körperlichen Erscheinungsbild, Gynäkomastie und kleinen Testes. Auch bei Erwachsenen ist das klinische Spektrum sehr breit und reicht von klinisch erkennbarem Hypogonadismus bis zu normal virilisierten Männern. Testosteron liegt im niedrigen bis niedrig-normalen Bereich. Während die meisten Patienten in der Pubertät nicht über Probleme bzgl. Libido und Potenz klagen und der Penis meist normale Größe erreicht, klagen etwa 70 % der Patienten ab dem 25. Lebensjahr über nachlassende Libido und Potenz. Die meisten, aber nicht alle Betroffenen sind infertil. Meist wird die Diagnose erst während Untersuchungen zur Paarinfertilität gestellt (unerfüllter Kinderwunsch führt viele Betroffene zum Arzt – und zur Diagnose, Nieschlag 2013) oder bei Untersuchungen zum Ausschluss einer malignen Brusterkrankung (Visootsak & Graham 2006).

Die Bedeutung des Symptoms „Hochwuchs“ für die „Blickdiagnose“ sollte nicht zu hoch bewertet werden: Die Angaben für Erwachsene variieren in der Literatur und basieren auf teils älteren Untersuchungen. Smyth & Bremner (1998) geben „gewöhnlich größer als 184 cm“ an, Visootsak & Graham (2006) sowie Ottesen et al. (2010) Studienmittelwerte zwischen 179 und 188 cm bzw. als Werte für Standardabweichungen von den Medianen +0.9 (-2.2 bis +4.6). Betroffene Säuglinge und Kleinkinder haben normale Werte bzgl. Körpergröße, Körpergewicht und Kopfumfang. Die Zunahme der Körpergröße ist am deutlichsten im Alter von 5 bis 8 Jahren (Ratcliffe 1999, Schibler et al. 1974).

Das einzige nahezu konstant klinisch beobachtbare Merkmal ist das verminderte Hodenvolumen (Forti et al. 2010).

Die gründliche körperliche Untersuchung, bei der auf Zeichen des Testosteronmangels und insbesondere auf die Hodengröße geachtet wird sowie die Beobachtung bei der Behandlung von Begleiterkrankungen, führen zur Verdachtsdiagnose. Die Diagnose wird zytogenetisch durch Erstellung des Karyotyps bestätigt (Nieschlag 2013). Typische, gehäuft auftretende Merkmale bzw. Hinweise, die differentialdiagnostisch an ein Klinefelter-Syndrom denken lassen, sind:

Klinische Symptome

- kleine, feste Testes (99-100%, üblicherweise bei Erwachsenen Länge < 2cm, Breite < 1cm, Volumen <4ml bei Normalwerten von 4cm, 2,5cm und mindestens 15ml)
- Hochwuchs (mit langen Beinen und eher kurzem Rumpf)
- Gynäkomastie (50-75%)
- Zeichen des Hypogonadismus
- spärlicher Bartwuchs (60-80%)
- spärlicher Schamhaarwuchs (30-60%)
- kleiner Penis (10-25%)
- Libidoverlust
- erektile Dysfunktion
- Osteoporose
- leichte Anämie
- Infertilität (99-100%)
- Sprachstörung (70-80%)
- Aufmerksamkeitsdefizit
- Lernschwierigkeiten (75%)
- Legasthenie (50-70%)
- sozial unangepasst
- schulische/berufliche Entwicklung unter Familienniveau

Laborparameter

- Azoospermie (93%)
- Oligoasthenoteratozoospermie (< 10%)
- LH ↑
- FSH ↑↑↑
- Barrkörperchen (Spezifität 95%, Sensitivität 82%)
- Karyotyp 47,XXY oder Mosaik 100%
- rotes Blutbild ↓
- Knochendichte ↓

(Kamischke et al. 2003, Nieschlag 2013, Ottesen et al. 2010, Smyth & Bremner 1998)

Pathogenese

Das klinische Syndrom wurde 1942 von Klinefelter et al. erstmals beschrieben und beruht auf einer angeborenen Aneuploidie der Geschlechtschromosomen. In 80 % der Fälle liegt der Karyotyp 47,XXY vor, wobei bei der Hälfte das zusätzliche X von der Mutter stammt und bei der anderen Hälfte vom Vater. Bei den übrigen 20 % findet man entweder ein 47,XXY / 46,XY Mosaik (d. h. nicht derselbe Karyotyp in allen Zellen), höhergradige X-chromosomale Aneuploidien (48,XXY; 49,XXXXY), ein oder mehrere zusätzliche Y-Chromosomen (z. B. 48,XXYY) oder strukturell abnorme zusätzliche X-Chromosomen. Diese numerischen Chromosomenanomalien entstehen durch Non-Disjunction in etwa zwei Drittel der Fälle in der mütterlichen Oogenese und in ein Drittel in der väterlichen Spermatogenese (Nieschlag 2013). Garcia-Quevedo et al. (2011) fanden jedoch in ihrer Stichprobe auch bei allen zuvor als mit reinem 47,XXY-Chromosomensatz Diagnostizierten 46,XY-Zelllinien.

Tartaglia et al. (2011) sind zudem der Auffassung, dass 48,XXYY-, 48,XXXXY- und 49,XXXXXY-Syndrome nicht einfach Varianten des Klinefelter-Syndroms sind, auch wenn sie ebenfalls mit Hochwuchs und hypogonadotropem Hypogonadismus verbunden sind, da ein erhöhtes Risiko für kongenitale Missbildungen besteht. Außerdem nimmt die intellektuelle Gesamtbefähigung mit wachsender X-Anzahl ab: Nach Visootsak & Graham (2006) ist jedes zusätzliche X mit einer Verminderung um ca. 15 bis 16 IQ-Punkte verbunden, wobei die Sprachentwicklung am meisten betroffen ist, insbesondere expressive Kompetenzen. Geschlechtschromosomale Tetra- und Pentasomie sind zudem wesentlich seltener: 48,XXYY tritt mit einer Inzidenz von 1:18.000 bis 1:40.000 bei männlichen Geburten auf, 48,XXXXY mit 1:50.000, und 49,XXXXXY mit 1:85.000 bis 1:100.000 (Tartaglia et al. 2011). Ottesen et al. 2010 fanden bzgl. Körpergröße folgende Standardabweichungen: 46,XX-Männer: -2,8 bis 0,3; 47,XXY: -2,2 bis +4,6; 47,XXYY: -1,8 bis +4,9; 48,XXYY: -1,9 bis +3,4; 48,XXXXY: -2,0 bis +3,2; und 49,XXXXXY: -4,2 bis -0,1. Lee et al. (2012) verglichen 110 Kinder und Jugendliche (davon 32 weiblich) mit X/Y-Aneuploidien mit 52 hinsichtlich Alter (Mittelwert ~12 Jahre, Spannbreite 4-22 Jahre) und mütterlichem Bildungsniveau gematchten typisch entwickelten Kindern und Jugendlichen (davon 25 weiblich). Sowohl überzählige X- als auch überzählige Y-Chromosomen korrelierten mit verminderten Sprachfertigkeiten als auch ausgeprägteren autistischen Zügen.

Eine weitere Differentialdiagnose stellt das nach dem Psychiater Franz Josef Kallmann benannte Kallmann-Syndrom bzw. olfaktogenitale Syndrom dar mit Hypo- bzw. Anosmie in Verbindung mit Hoden- bzw. Ovarialhypoplasie bedingt durch hypogonadotropen Hypogonadismus (Simm & Zacharin 2006).

Nach Savic (2012) kann das Klinefelter-Syndrom als Modell für androgene Effekte auf Entwicklung und Funktion des Gehirns fungieren: Der Verhaltensphänotyp ist durch sprachliche, exekutive und psychomotorische Dysfunktionen sowie sozioemotionale Beeinträchtigung charakterisiert. Ergebnisse von Neuroimaging-Studien bei Kindern und Erwachsenen mit Klinefelter-Syndrom zeigen strukturelle Unterschiede zu normtypischen Individuen: Außer einer Zunahme der Volumina grauer Substanz sensomotorischer und parieto-occipitaler Areale findet man signifikante Abnahmen im Bereich der Amygdala sowie hippocampaler, insulärer, temporaler und frontobasaler Regionen. Eine Zunahme weißer Substanz findet man im linken Parietallappen, eine Abnahme unter anderem bilateral im Bereich des anterioren Cingulum.

Umschriebene Entwicklungsstörungen, psychische Störungen, Sozialverhalten

Leggett et al. (2010) haben in ihrem systematischen Review zum neurokognitiven Outcome von Individuen mit Klinefelter-Syndrom versucht, den Fokus auf Studien ohne Bias durch klinische Selektion zu legen. Es geht hier also nicht darum, Besonderheiten bzgl. einer bestimmten, z. B. kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation abzubilden, sondern die Verhältnisse in der Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse ihrer Analysen waren:

- Signifikante Verzögerungen in den frühesten Stadien der Sprachentwicklung, aber auch noch in der Pubertät. In den meistens Stichproben erhielt mehr als die Hälfte logopädische Behandlung.
- Gehäuft motorische Defizite
- Der Intelligenzquotient liegt in der Regel im Normbereich (Verbalteil $M=90/SA=18$, Handlungsteil $M=103/SA=13$).
- Die Mehrzahl hat schulische Schwierigkeiten aufgrund spezifischer Lernstörungen wie z. B. Lese-Rechtschreibstörung und aufgrund anderer Ursachen für die Bereitstellung spezieller schulischer Hilfen. Viele

verlassen früher die Schule mit einem niedrigen Schulabschluss, einige erreichen jedoch auch einen Hochschulabschluss. Dennoch bleiben Betroffene häufig hinter dem Leistungs- und Berufsniveau der Familie zurück (Nieschlag 2013).

- Bzgl. sozialer Kommunikation, Interaktion und Adaptation fanden sich in Fragebögen keine Abweichungen. Bei direkter Beobachtung zu Hause zeigten sich niedrigere Werte bzgl. Aktivität, Antwortintensität und Zugang zu neuen Ereignissen. Keine Unterschiede zeigten sich hinsichtlich sozialer Beziehungen. Es wird vermutet, dass der passive, zurückgezogene Verhaltensstil dazu führt, dass die Betroffenen weniger schulische Hilfen angeboten bekommen als störende Kinder. Dies passt zu den Ergebnissen eines Lehrerfragebogens, in dem die betroffenen 7 bis 10jährigen Schüler als signifikant ‚under-reactive‘ beurteilt werden. In der Adoleszenz werden die Betroffenen als zurückhaltend und mit Mangel an Selbstsicherheit beschrieben, die meisten hatten jedoch Freunde und Verabredungen mit Mädchen, wenn auch erste sexuelle Erfahrungen eher später gesammelt werden. Mitte 30 waren viele in stabilen Beziehungen und fast alle hatten Arbeit. Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse dieser Übersicht dafür, dass die Betroffenen üblicherweise keine größeren Probleme mit sozialer Interaktion und Anpassung haben, obwohl sie eher ängstlich und zögerlich sind. Die meisten führen ein selbstständiges und unabhängiges Leben.

Eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik liefert dagegen ganz andere Ergebnisse: Bruining et al. (2009) untersuchten 51 Kinder und Jugendliche (6 bis 19 Jahre) mit Klinefelter-Syndrom bzgl. psychischer Störungen. Sie fanden bei 65% Sprachentwicklungsstörungen, bei 63 % ADHS, bei 32 % Angststörungen, bei 27 % Autismus-Spektrumstörungen und bei 24 % depressive Störungen.

Bishop et al. (2011) fanden bei 2 von 19 Jungen mit Klinefelter-Syndrom eine Autismus-Spektrumstörung, 9 erhielten logopädische Behandlung, 5 besuchten eine Förderschule und bei 9 war sonderpädagogischer Förderbedarf festgestellt worden. Während Mors et al. (2001) in ihrer dänischen Register basierten Studie kein erhöhtes Risiko für Schizophrenie oder bipolare Störung feststellen konnten, fanden Bojesen et al. 2006 in ihrer dänischen Register basierten Studie für breit definierte Psychosen ein fünffach erhöhtes Risiko. Cederlöf et al. (2014) fanden in ihrer schwedischen Register basierten Studie

bei 860 Personen mit Klinefelter-Syndrom im Vergleich zu 86.000 nach Geschlecht, Geburtsjahr und Wohnregion gematchten Kontrollpersonen eine erhöhte Häufigkeit von Schizophrenie (OR=3,8, KI 1,8-7,6), bipolarer Störung (OR=3,8, KI 1,8-7,6), Autismus-Spektrumstörung (OR=6,2, KI 4,0-9,4) und ADHS (OR=5,6, KI 4,0-7,8).

Van Rijn et al. (2008) fanden bei Erwachsenen in 48 % deutliche Hinweise auf eine Autismus-Spektrumstörung.

Bzgl. Störungen des Sozialverhaltens bzw. Kriminalität verglichen Stochholm et al. (2012) in ihrer dänischen Register basierten Kohortenstudie die Inzidenz von Verurteilungen aus den Jahren 1978 bis 2006 bei 934 Männern mit Klinefelter-Syndrom im Alter von 15 bis 70 Jahren (Median 27,7 Jahre (95% Konfidenzintervall 26,6-28,3 Jahre, in Dänemark beginnt die Strafmündigkeit mit 15 Jahren) mit hinsichtlich Alter und Kalender (Monat und Jahr der Geburt) gemachter Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung (N=88.979). Unterschieden wurde zwischen sexuellem Missbrauch einschließlich Vergewaltigung, Mord, anderen Gewaltverbrechen, Raub, Einbruch und Diebstahl, Verkehrsdelikten, Drogenkriminalität außer Gewaltverbrechen, Brandstiftung und „anderen“. Die Inzidenz von Verurteilungen war bei Männern mit Klinefelter-Syndrom und ohne insgesamt ähnlich, war jedoch etwas höher, wenn die Verkehrsdelikte außen vorgelassen wurden (HR 1,40 95% KI 1,23-1,59, $p < 0,001$). Nach Adjustierung bzgl. sozioökonomischer Parameter ähnelten sich die Häufigkeiten auch, wenn die Verkehrsdelikte außen vorgelassen wurden (HR 1,05 95% KI 0,9 bis 1,23), blieb jedoch signifikant erhöht bei den Betroffenen bzgl. sexuellem Missbrauch (HR 2,74 KI 1,60-4,69) und Brandstiftung (HR 5,33 KI 2,67-10,63), während es bzgl. Verkehrsdelikten zu signifikant weniger Verurteilungen bei den Betroffenen gekommen war (HR 0,80 KI 0,69-0,93).

Götz et al. (1999) untersuchten eine populationsbasierte Stichprobe von 34.380 zwischen 1967 und 1979 Geborenen. Unter den während des Interviews ca. 20 Jahre alten Betroffenen mit Klinefelter-Syndrom zeigte sich vermehrt antisoziales Verhalten (odds ratio 6,2) und eine unstete Historie bzgl. der Beschäftigungsverhältnisse (odds ratio 4,5). 3 von 13 Betroffenen (23%) erfüllten im Erwachsenenalter die Kriterien einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (im Vergleich zu 6 von 45 in der Vergleichsgruppe, entsprechend 13%). Die Anzahl der Verurteilungen war dagegen mit 12% in beiden Gruppen gleich.

Therapie

Aufklärung und Beratung sind die Grundlage der Behandlung.

Darüber hinaus wird bei Erwachsenen eine lebenslange Testosteronsubstitution empfohlen. Ein Großteil der körperlichen und psychischen Auswirkungen des Testosteronmangels kann durch eine individuell angepasste Substitution deutlich gebessert bzw. ganz vermieden werden, die Lebensqualität wird verbessert und Spätfolgen können verhindert werden. Es kann eine erhöhte Maskulinität mit entsprechender Muskelkraft und Knochendichte sowie eine dichtere sekundäre Behaarung einschließlich Bartwuchs und Normalisierung des roten Blutbildes erreicht werden. Libidoverlust und erektile Dysfunktion sowie depressive Verstimmungen und Antriebsarmut können vermindert bzw. behoben werden. Da Testosteron zudem die Insulinresistenz vermindert und zu Zunahme der Muskelmasse gegenüber dem Fett führt, kann die Neigung zum metabolischen Syndrom vermindert werden (Nieschlag 2013).

Zu Nutzen und Risiken einer bereits ab der Pubertät beginnenden Substitution gibt es bisher nur wenige Studien und keine kontrollierten (Nieschlag 2013). Die Erfahrungen einiger Untersucher sprechen für eine möglichst frühzeitige Substitution, da eine bessere körperliche, psychische und schulische Entwicklung sowie soziale Integration erzielt werden kann (Simm & Zacharin 2006, Rogol & Tartaglia 2010). Publierte Kasuistiken weisen zudem darauf hin, dass kriminelle Tendenzen bei Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom unter Testosteronsubstitution verschwanden (Simm & Zacharin 2006, Braunisch 2011).

Noch vorhandene Testosteron-Eigenproduktion sollte nicht unterdrückt werden, so dass eine intermittierende Behandlung mit kurz wirkenden Testosteronpräparaten zum Einsatz kommen kann. Eine Depotsubstitution würde auch die eventuell noch vorhandene Spermatogenese unterdrücken, so dass die Frage nach späterer Fertilität bereits in dieser Lebensphase einbezogen werden muss (Nieschlag 2013, Mehta & Paduch 2012, van Saen et al. 2012). Viele Jungen mit Klinefelter-Syndrom scheinen zunächst ganz normal in die Pubertät zu kommen und der Testosteron-Spiegel sinkt erst in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter ab (Visootsak & Graham 2006). Die Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V. (DKSV, www.klinefelter.de) empfiehlt, ab einem Alter von etwa 11 Jahren auf erste Anzeichen für das Einsetzen der Pubertät zu achten und dann die Hormonwerte in regelmäßigen Abständen kontrollieren zu lassen, da das Längenwachstum von der Testos-

teronmenge im Blut begrenzt wird, so dass ein rechtzeitiger Einstieg in eine angemessene Therapie wichtig ist, um ein überschießendes Längenwachstum zu vermeiden. Auch eine altersgemäße Entwicklung der Muskulatur ist wichtig, damit die körperliche Leistungsfähigkeit nicht hinter Altersgenossen zurückbleibt.

Nach Visootsak & Graham (2006) sollte die Androgen-Substitution mit der Pubertät beginnen, etwa im Alter von 12 Jahren, um eine Normalisierung der Körperproportionen zu erreichen und der Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale. Infertilität, Gynäkomastie und kleine Hoden werden hiervon jedoch leider nicht positiv beeinflusst.

Simm & Zacharin (2006) befragten in ihrer retrospektiven Untersuchung 32 postpubertäre Männer mit Klinefelter-Syndrom hinsichtlich psychosozialer Morbidität. 17 benötigten Testosterontherapie, bei 11 lag der Testosteronspiegel im Normbereich. Erhebliche psychosoziale Störungen und Verhaltensstörungen wurden bei 22 der 32 Männer festgestellt. Als typisches Störungsmuster zeigten sich deutlicher Mangel an Einsicht, vermindertes Urteilsvermögen und Beeinträchtigung der Fähigkeit, aus negativen Erfahrungen zu lernen. Langzeit-Testosteron-Behandlung reduzierte Episoden unbedachten Verhaltens. Die Autoren schließen daraus, dass inadäquat behandelte Hypogonadismus beim Klinefelter-Syndrom zu vermehrter psychosozialer Morbidität führt und daher prospektive Behandlungsplanung und gut getimete Interventionen erforderlich sind, um ungünstige psychosoziale Langzeitentwicklungen zu mildern bzw. zu verhindern.

Kinderwunsch

Eine Beratung zur Erhaltung der Fruchtbarkeit sollte integraler Bestandteil der Betreuung von Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom sein (Rives et al. 2013): Spontane Schwangerschaften durch Männer mit Klinefelter-Syndrom sind extrem selten. Während van Saen et al. (2012) der Auffassung sind, dass die frühe Entwicklung der Testes normal zu sein scheint bei Jungen mit Klinefelter-Syndrom, und es in der Mitte der Pubertät zu einem Abbau der spermatogonialen Stammzellen kommt, was zu Unfruchtbarkeit führt, differenzieren Rey et al. (2011) in ihrem Review, dass es sich beim Klinefelter-Syndrom um einen primären Hypogonadismus handelt, bei dem alle testikulären Zellpopulationen betroffen sind, jedoch eine unterschiedliche Entwicklung nehmen: Die Keimzellen sind bereits beim Fetus beeinträchtigt, in der Pubertät kommt es jedoch zu einem schwer ausgeprägten Abbau. Die

Funktion der Leydig-Zellen kann in der Fetalzeit und früh postnatal normal oder nur wenig beeinträchtigt sein und die Funktion der Sertoli-Zellen bleibt unbeeinträchtigt bis zur mittleren bzw. späten Pubertät.

Bisher wurden nur wenige Schwangerschaften nach Verwendung von Spermien aus dem Ejakulat von Männern mit Klinefelter-Syndrom mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) berichtet. Häufiger kommt es nach testikulärer Spermienextraktion (TESE) zu Schwangerschaften: Einzelne Hodentubuli können Spermien enthalten, die bioptisch gewonnen und für eine direkte Einbringung in die Eizelle (ICSI) benutzt werden (Nieschlag 2013). Bei etwa der Hälfte (28%-69%) der testikulären Spermienextraktionen kam es bisher zu Schwangerschaft und Lebendgeburt. Da gemäß des systematischen Reviews von Mehta & Paduch (2012) ein junges Alter bei Durchführung der TESE den konstantesten positiven Prädiktor darstellt, kann in Betracht gezogen werden, bereits bei pubertierenden Jungen mit Klinefelter-Syndrom aus Hodenbiopsaten Spermien zu gewinnen, um sie durch Kryokonservierung für spätere Jahre zu lagern. Allerdings stellten Rives et al. (2013) bei der Beratung 15- bis 17-jähriger Jungen mit Klinefelter-Syndrom fest, dass Jugendliche mit Klinefelter-Syndrom meist nicht tief besorgt sind bzgl. ihrer zukünftigen Fruchtbarkeit, so dass sie erst nach mindestens drei ärztlichen Konsultationen über einen Zeitraum von mehreren Monaten ein tieferes Interesse daran entwickelten, während die Eltern sofort dafür waren, Samen durch Biopsie zu gewinnen und tiefgefroren aufzubewahren. Rives et al. (2013) vertreten die Auffassung, dass Maßnahmen zur Erhaltung der Fruchtbarkeit dem Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom wohl am besten kurz nach dem Beginn der Pubertät vorgeschlagen werden, wenn es möglich ist, Samen zu sammeln, und wenn der Patient in der Lage ist, alternative Optionen zu prüfen, um die Vaterschaft zu erreichen und auch das Scheitern der Spermien oder unreifen Keimzelle zu akzeptieren.

Bei Kinderwunsch sollte zunächst auf eine Testosteron-Substitution verzichtet werden, da Testosteron die Restspermatogenese unterdrückt. Bei Betroffenen, die bereits substituiert werden, muss Testosteron für mindestens 3 bis 6 Monate abgesetzt werden, damit sich die Restspermatogenese erholen kann. Die wenigen Spermatogonien, die im Hoden des Patienten mit Klinefelter-Syndrom entstehen, haben einen 46,XY-Chromosomensatz, so dass die meisten der bisher auf diese Weise von Vätern mit Klinefelter-Syndrom gezeugten Kinder normale Karyotypen aufweisen. Dennoch sollten die Eltern darüber aufgeklärt werden, dass die Kinder – nicht nur im Hinblick auf die

Geschlechtschromosomen, sondern auch für Chromosom 18 und 21 – eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Aneuploidie haben, so dass eine invasive genetische Pränataldiagnostik empfohlen wird (Nieschlag 2013).

Selbsthilfe

Die Deutsche Klinefelter-Syndrom Vereinigung e.V. (DKSV) ist eine 1992 gegründete, ehrenamtlich aktive Selbsthilfe-Organisation auf Bundesebene mit zurzeit ca. 600 Mitgliedern. Ihr Ziel ist es, Menschen mit Klinefelter-Syndrom, mit Klinefelter-Syndrom Sonderform (48xxy und 49xxxxy) sowie deren Angehörige zu unterstützen. Unter www.klinefelter.de sind Regionalgruppen und Ansprechpartner genannt und es finden sich gut verständliche Informationen zum Klinefelter-Syndrom sowie Erfahrungsberichte.

Schlussfolgerungen

Das Klinefelter-Syndrom umfasst oftmals umschriebene Entwicklungsstörungen und psychosoziale Auffälligkeiten, so dass außer einer somatischen bzw. endokrinologischen Diagnostik und Therapie auch kinder- und jugendpsychiatrische bzw. bei Erwachsenen psychiatrische Diagnostik und Therapie erforderlich ist.

Die Diagnose wird – nicht zuletzt wegen der großen Variabilität der klinisch beobachtbaren Symptome – bisher noch sehr häufig übersehen. Eine möglichst frühe Diagnosestellung ist jedoch entscheidend für den Behandlungserfolg sowie späteren Kinderwunsch.

Für Kinder- und Jugendpsychiater ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, bei ihren Patienten das Klinefelter-Syndrom als zugrundeliegende oder komorbide Störung differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen, da

- ein Teil der psychosozialen Symptomatik sich ggf. unter Testosterontherapie bessert oder zurückbildet,
- bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Therapie die Besonderheiten des Klinefelter-Syndroms in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden müssen,
- eine spezifische Selbsthilfe als zusätzliche Unterstützung zur Verfügung steht.

Literatur

- Bade K* (2007): Das Klinefelter-Syndrom: Berücksichtigung in der ärztlichen Praxis und Literatur. Inauguraldissertation. Medizinische Fakultät der Universität Münster. <http://d-nb.info/984872426/34>
- Bishop DV, Jacobs PA, Lachlan K, Wellesley D, Barnicoat A, Boyd PA, Fryer A, Middlemiss P, Smithson S, Metcalfe K, Shears D, Leggett V, Nation K, Scerif G* (2011) Autism, language and communication in children with sex chromosome trisomies. *Arch Dis Child* 96(10), 954-959
- Bojesen A, Juul S, Birkebaek NH, Gravholt CH* (2006) Morbidity in Klinefelter syndrome: a Danish register study based on hospital discharge diagnoses. *J Clin Endocrinol Metab* 91(4), 1254-1260
- Bourke E, Herlihy A, Snow P, Metcalfe S, Amor D* (2014) Klinefelter syndrome. A general practice perspective. *Australian Family Physician* 43(1), 38-41
- Braunisch S* (2011) Deliktprävention durch ambulante kriminaltherapeutische Behandlung des Forensik-Ambulatoriums des Forensisch-Psychiatrischen Dienstes der Universität Bern. *Schweizerische Zeitschrift für Kriminologie* 2, 4-8
- Bruining H, Swaab H, Kas M, van Engeland H* (2009) Psychiatric characteristics in a self-selected sample of boys with klinefelter syndrome. *Pediatrics* 123: e865-e870
- Cederlöf M, Ohlsson Gotby A, Larsson H, Serlachius E, Boman M, Långström N, Landén M, Lichtenstein P* (2014) Klinefelter syndrome and risk of psychosis, autism and ADHD. *J Psychiatr Res* 48(1), 128-130
- Forti G, Corona G, Vignozzi L, Krausz C, Maggi M* (2010) Klinefelter's syndrome: a clinical and therapeutical update. *Sex Dev* 4(4-5), 249-258
- Garcia-Quevedo L, Blanco J, Sarrate Z, Català V, Bassas L, Vidal F* (2011) Hidden mosaicism in patients with Klinefelter's syndrome: implications for genetic reproductive counselling. *Hum Reprod* 26(12):3486-93
- Götz MJ, Johnstone EC, Ratcliffe SG* (1999) Criminality and antisocial behaviour in unselected men with sex chromosome abnormalities. *Psychol Med* 29(4), 953-962
- Herlihy AS, Halliday JL, Cock ML, McLachlan RI*. The prevalence and diagnosis rates of Klinefelter syndrome: an Australian comparison. *Med J Aust* 2011;194:24-28
- Kamischke A, Baumgardt A, Horst J, Nieschlag E* (2003) Clinical and diagnostic features of patients with suspected Klinefelter syndrome. *J Androl* 24(1), 41-48
- Klinefelter HF, Reifenstein EC, Albright F* (1942) Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without A-Leydigism, and increased excretion of follicle-stimulating hormone. *J Clin Endocrinol* 2(11), 615-627
- Lee NR, Wallace GL, Adeyemi EI, Lopez KC, Blumenthal JD, Clasen LS, Giedd JN* (2012) Dosage effects of X and Y chromosomes on language and social functioning in children with supernumerary sex chromosome aneuploidies: implications for idiopathic language impairment and autism spectrum disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 53(10), 1072-1081

- Leggett V, Jacobs P, Nation K, et al.* (2010) Neurocognitive outcomes of individuals with a sex chromosome trisomy: XXX, XYY, or XXY: a systematic review. *Dev Med Child Neurol* 52(2), 119–129
- Mehta A, Paduch DA* (2012) Klinefelter syndrome: an argument for early aggressive hormonal and fertility management. *Fertil Steril* 98, 274-283
- Mors O, Mortensen PB, Ewald H* (2001) No evidence of increased risk for schizophrenia or bipolar affective disorder in persons with aneuploidies of the sex chromosomes. *Psychol Med* 31(3), 425-430
- Nieschlag E* (2013) Klinefelter syndrome: the commonest form of hypogonadism, but often overlooked or untreated. *Dtsch Arztebl Int* 110(20), 347-353
- Ottesen AM, Aksglaede L, Garn I, Tartaglia N, Tassone F, Gravholt CH, Bojesen A, Sørensen K, Jørgensen N, Rajpert-De Meyts E, Gerdes T, Lind AM, Kjaergaard S, Juul A* (2010) Increased number of sex chromosomes affects height in a nonlinear fashion: a study of 305 patients with sex chromosome aneuploidy. *Am J Med Genet A* 152A(5), 1206-1212
- Ratcliffe S* (1999) Long-term outcome in children of sex chromosome abnormalities. *Arch Dis Child* 80, 192-195
- Rey RA, Gottlieb S, Pasqualini T, Bastida MG, Grinspon RP, Campo SM, Bergadá I* (2011) Are Klinefelter boys hypogonadal? *Acta Paediatr* 100(6), 830-838
- Rives N, Milazzo JP, Perdrix A, Castanet M, Joly-Hélas G, Sibert L, Bironneau A, Way A, Macé B* (2013) The feasibility of fertility preservation in adolescents with Klinefelter syndrome. *Hum Reprod* 28(6), 1468-1479
- Rogol AD, Tartaglia N* (2010) Considerations for androgen therapy in children and adolescents with Klinefelter syndrome (47, XXY). *Pediatr Endocrinol* 8 (Suppl 1), 145-150
- Savic I* (2012) Advances in research on the neurological and neuropsychiatric phenotype of Klinefelter syndrome. *Curr Opin Neurol* 25, 138-143
- Schibler D, Brook CG, Kind HP, Zachmann M, Prader A* (1974) Growth and body proportions in 53 boys and men with Klinefelter's syndrome. *Helv Paediatr Acta* 29, 325-333
- Simm PJ, Zacharin MR* (2006) The psychosocial impact of Klinefelter syndrome – a 10 year review. *J Pediatr Endocrinol Metab* 19(4), 499-505
- Smyth CM, Bremner WJ* (1998) Klinefelter syndrome. *Arch Intern Med* 158(12), 1309-1314
- Spitzok von Brisinski I* (2013) Correspondence (letter to the editor): Psychological and Neurological Problems. *Dtsch Arztebl Int.* 110(40): 675
- Stochholm K, Bojesen A, Jensen AS, et al.* (2012) Criminality in men with Klinefelter's syndrome and XYY syndrome: a cohort study. *BMJ Open* 2012;2: e000650.

Tartaglia N, Ayari N, Howell S, D'Epagnier C, Zeitler P (2011) 48,XXYY, 48,XXXY and 49,XXXXY syndromes: not just variants of Klinefelter syndrome. Acta Paediatr 100(6), 851-860

van Rijn S, Swaab H, Aleman A, Kahn RS (2008) Social behavior and autism traits in a sex chromosomal disorder: klinefelter (47XXY) syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders 38, 1634-1641

Van Saen D, Gies I, De Schepper J, Tournaye H, Goossens E (2012) Can pubertal boys with Klinefelter syndrome benefit from spermatogonial stem cell banking? Hum Reprod 27, 323-30

Autor:

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14

D-41749 Viersen

Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

www.klinik-viersen.lvr.de/kinderjugendliche

Betriebswirtschaftliches Grundwissen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Teil 2: Der Praxisinhaber als Arbeitgeber

Gundolf Berg

In jedem größeren Unternehmen werden die Aufgaben der Personalwirtschaft von einer Personalabteilung zentral bearbeitet. Eine typische kinder- und jugendpsychiatrische Praxis ist dafür in der Regel zu klein und so werden viele personalwirtschaftliche Aufgaben in der Regel vom Praxisinhaber selbst organisiert und in unterschiedlichem Ausmaß auch persönlich bearbeitet. Mit einer zunehmenden Anzahl von Mitarbeitern bedeutet das jedoch rasch einen Aufwand, der vom Praxisinhaber weder inhaltlich noch wirtschaftlich sinnvoll zu leisten ist. Insbesondere Teilbereiche der Personalverwaltung werden in den meisten Praxen durch externe Partner, meist durch Steuerberaterkanzleien übernommen. Die folgende Darstellung beschränkt sich deshalb auf Bereiche, die in der Regel auch weiterhin in der Hand des Praxisinhabers verbleiben. Nach einem kurzen Überblick über die Aufgaben als Arbeitgebers wird näher auf Fragen zum Arbeitsvertrag, zur Personalakte und zum Arbeitszeugnis eingegangen.

1. Aufgaben des Arztes als Arbeitgeber

Die Personalwirtschaftslehre unterscheidet drei Bereiche der Personalwirtschaft:

- Personelle Leistungsbereitstellung
- Leistungserhalt und Leistungsförderung
- Informationssysteme der Personalwirtschaft

Die personelle Leistungsbereitstellung beinhaltet Personalbedarfsplanung, Personalbeschaffung, Personaleinsatz, Personalentwicklung und ggf. Personalfreisetzung. Der Bereich Leistungserhalt und -förderung wird aufgliedert in Personalführung und Personalentlohnung und der Bereich Informationssysteme beinhaltet die Personalbeurteilung und Personalverwaltung (Jung, 2008).

Das Vertragsverhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer basiert auf zahlreichen gesetzlichen Grundlagen und vertraglichen Bestimmungen. Neben dem Grundgesetz spielt das Bürgerliche Gesetzbuch eine wesentliche Rolle. Zahlreiche weitere Normen sind zu beachten, wenn es etwa um Gleichbehandlungsgrundsätze, Arbeitsschutz, Kündigungsschutz, Arbeitszeiten, Urlaubsregelungen, Vertragsbefristungen, Mutterschutz, Elternzeit, Entlohnung und ähnliches mehr geht. Kassenärzte als Arbeitgeber sind darüber hinaus an standesrechtliche und vertragsarztrechtliche Bestimmungen gebunden (Eickmann, et al., 2010). Dass hier eine fachkundige Beratung und Unterstützung im Alltag sehr sinnvoll und notwendig ist, dürfte außer Frage stehen.

2. Der Arbeitsvertrag

Die Grundlage eines Arbeitsverhältnisses stellt der Arbeitsvertrag dar. Er bedarf keiner besonderen Form, muss also nicht zwingend schriftlich geschlossen werden. Empfohlen werden kann ein rein mündlicher Vertrag jedoch kaum, da in Konfliktfällen mit erheblichen Schwierigkeiten, Vereinbarungen nachzuweisen gerechnet werden muss. Eine Bindung an Tarifverträge besteht nicht automatisch, sondern nur, wenn die Vertragspartner Mitglieder in der für sie zuständigen Tarifvertragsgemeinschaft sind oder sie im Arbeitsvertrag ausdrücklich auf einen bestehenden Tarifvertrag verweisen. Auch wenn man sich nicht an einen Tarifvertrag binden möchte, empfiehlt es sich, bei der Gestaltung des Arbeitsvertrags an bestehenden Tarifverträgen zumindest zu orientieren. Die Regelungen in Tarifverträgen bieten meist die Gewähr, dass bestehende gesetzliche Grundlagen eingehalten werden (Eickmann, et al., 2010).

Rechtsnormähnlichen Charakter hat die sog. Betriebliche Übung (Jung, 2008). Wird ein bestimmtes Verhalten des Arbeitgebers über einen längeren Zeitraum und ohne explizite Vereinbarung praktiziert und kann der Arbeitnehmer davon ausgehen, dass dies auch zukünftig so sein wird, so wird dieses Verhalten stillschweigend zum Bestandteil eines Arbeitsvertrags und kann nur durch einen Veränderungsvertrag bzw. Kündigung wieder beendet wer-

den (Jung, 2008). Zahlt also beispielsweise der Arbeitgeber auf freiwilliger Basis wiederholt ein Weihnachtsgeld oder gestattet mehrfach am Rosenmontag einen Tag Sonderurlaub, so entsteht daraus ein vertraglicher Anspruch des Arbeitnehmers. Vermieden kann dies werden, indem vom Arbeitgeber stets auf den Ausnahmecharakter der Gratifikation explizit hingewiesen wird.

3. Die Personalakte

Das Führen einer Personalakte ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Es empfiehlt sich aber, alle Unterlagen, die für das Arbeitsverhältnis von Bedeutung sind, vollständig gesammelt und geordnet aufzubewahren. Wird eine Personalakte geführt, so hat der Arbeitnehmer das Recht auf Einsichtnahme. Es dürfen keine Schattenakten geführt werden, bzw. auch für diese gilt ein Recht auf Einsichtnahme (Jung, 2008).

Die Gliederung einer Personalakte könnte nach folgenden Kriterien erfolgen (modifiziert nach Jung, 2008):

- Angaben über die persönlichen Daten, z.B.:
 - Personalbogen
 - Bewerbungsschreiben
 - Zeugnisse u. ä.
- Vertragliche Vereinbarungen, z.B.:
 - Original des Arbeitsvertrags
 - Gehaltsvereinbarungen
 - Sonstige Vereinbarungen aller Art
- Informationen zur Tätigkeit, z.B.:
 - Weiterbildungsmaßnahmen
 - Vereinbarungen zur Tätigkeit und Arbeitsplatzbeschreibung
 - evtl. Disziplinarmaßnahmen
 - Beurteilungen
- Informationen zu den Bezügen
 - Gehaltsabrechnungsunterlagen incl. Sozialversicherungsunterlagen u.ä.

- Arbeitszeiten bzw. Abwesenheitszeiten
 - Stundenzettel
 - Urlaubstage, Krankheitstage
- Sonstiger allgemeiner Schriftverkehr

Wird eine Personalakte geführt, so ist auf den Datenschutz zu achten. Dies bekommt eine besondere Brisanz bei der Auslagerung von Personalverwaltungsaufgaben an externe Dienstleister. Es gelten die gesetzlichen Grundlagen des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der Landesdatenschutzgesetze. (Jung, 2008)

4. Das Arbeitszeugnis

Jeder Arbeitnehmer hat Anspruch auf ein Arbeitszeugnis. In der Regel wird der Arbeitgeber dies zum Ende eines Beschäftigungsverhältnisses von sich aus erstellen. Dies muss er aber nicht unaufgefordert tun, sondern es muss vom Arbeitnehmer angefordert werden. Freie Mitarbeiter haben keinen gesetzlichen Anspruch auf ein Arbeitszeugnis, dennoch sollte ein Arbeitgeber in der Regel ein Zeugnis erstellen, wenn dies gewünscht wird. Auszubildende genießen einen besonderen Schutz. Hier ist der Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, zum Ende der Ausbildungszeit unaufgefordert ein Zeugnis auszustellen. (Jung, 2008)

Der Anspruch auf ein Zeugnis entsteht bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses. D.h., dass es bei längeren Kündigungsfristen nicht erst zum tatsächlichen Arbeitsende, sondern in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Kündigung fällig wird. Bei Arbeitnehmern mit einem befristeten Vertrag entsteht der Anspruch bereits eine gewisse Zeit vor dem Ende des Arbeitsverhältnisses, in der Regel sollte er zwei bis drei Monate vor Auslaufen des Vertrags ein Zeugnis erhalten, dieses zunächst als Zwischenzeugnis und nach endgültigem Ausscheiden dann als reguläres Arbeitszeugnis. Auch hier gilt: Der Arbeitnehmer muss seinen Arbeitgeber darum bitten, es ist keine unmittelbare Bringschuld des Arbeitgebers.

Der Anspruch auf ein Arbeitszeugnis erlischt rechtlich erst nach 30 Jahren. Allerdings muss es dem Arbeitgeber inhaltlich noch möglich und zumutbar sein, das Zeugnis im Nachhinein zu erstellen. Für ein einfaches Arbeitszeugnis (zum Begriff: siehe unten) wird das möglich und zumutbar sein, solange die Personalakte noch vorliegt, für ein qualifiziertes Zeugnis hängt die Zu-

mutbarkeit auch noch davon ab, wie gut sich der Arbeitgeber an die Arbeit des ehemaligen Arbeitnehmers erinnern kann. (Jung, 2008)

Der Arbeitnehmer kann Änderungen im Zeugnis fordern, ggf. diese auch einklagen. Er muss diese Änderungswünsche innerhalb einer angemessenen Frist geltend machen. Als angemessen wird in der Regel ein Zeitraum von 4 Wochen angesehen. Auch der Arbeitgeber kann ein bereits ausgestelltes und ausgehändigtes Zeugnis nachträglich zurückfordern und noch ändern, wenn ihm im Nachhinein gravierende Unrichtigkeiten bekannt werden.

Sowohl der Arbeitnehmer wie auch ein Folgearbeitgeber können den Zeugnisaussteller für Schäden haftbar machen, die aus einem unrichtigen Zeugnis entstanden sind. Dies könnten seitens des Arbeitnehmers z.B. Schwierigkeiten bei der Stellensuche in Folge eines zu spät erstellten Arbeitszeugnisses sein. Ein Folgearbeitgeber könnte Ansprüche stellen, wenn er auf die Beurteilung im Zeugnis vertraut hat und ihm durch eine nachweisbar falsche Beurteilung Schäden entstanden sind.

Man unterscheidet zwei unterschiedliche Formen von Arbeitszeugnissen: Das einfache und das qualifizierte Zeugnis. Beide Formen müssen Angaben zu Namen und Adresse des Arbeitgebers und zu den Personalien des Arbeitnehmers enthalten.

Im einfachen Zeugnis werden keine Aussagen zu den Leistungen oder zum Verhalten des Arbeitnehmers gemacht, sondern lediglich die Dauer des Arbeitsverhältnisses und die Art der Tätigkeit beschrieben.

Ein qualifiziertes Zeugnis enthält Angaben über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, eine Beschreibung der Tätigkeiten in chronologischer Reihenfolge, Informationen über Kenntnisse und Erfahrungen des Arbeitnehmers sowie über besuchte Fort- und Weiterbildungen, eine Beurteilung der Leistungen des Arbeitnehmers, eine Beurteilung seines Verhaltens gegenüber Vorgesetzten und Kollegen, ggf. eine Beurteilung seiner Führungsfähigkeiten, Angaben über die Auflösung des Arbeitsverhältnisses sowie eine Schlussformel mit dem Ausdruck des Bedauerns des Ausscheidens, des Danks für die geleistete Arbeit und Wünschen für die Zukunft. (Jung, 2008)

Ein Arbeitszeugnis ist schriftlich (Maschine oder PC) zu erstellen. Es ist ein qualitativ gutes Papier in der Regel das Geschäftspapier des Arbeitgebers in DIN A4-Format zu verwenden. Es sollte zwei Seiten nicht wesentlich übersteigen. Eine Zeugniserteilung als elektronische Datei oder eine Übersendung per E-Mail oder auf CD ist gesetzlich ausgeschlossen. Unterstreichungen, Ausrufungs- und Fragezeichen sowie das In Anführungszeichen Setzen bestimmter Inhalte sind verboten. (Jung, 2008)

Das Zeugnis sollte von einem verständigen Wohlwollen gegenüber dem Arbeitnehmer geprägt sein. Es ist darauf zu achten, dass es keine Formulierungen enthält, die das berufliche Weiterkommen des Arbeitnehmers unnötig erschweren. Insofern sind ungünstige Angaben zu vermeiden, was im Einzelfall zu schwierigen Situationen führen kann, da es ja für spätere Arbeitgeber wichtig ist, ggf. auch ungünstige Dinge über den Arbeitnehmer zu erfahren. Die Forderung nach wahrheitsgemäßer Erstellung eines Zeugnisses kann durch Verschweigen wesentlicher Punkte in Frage gestellt sein. Vorübergehende Leistungseinschränkungen eines Arbeitnehmers auf Grund persönlicher Probleme oder einmalige Fehlleistungen dürfen nicht deutlich benannt werden, wenn die Arbeitsleistungen ansonsten gut waren. (Jung, 2008)

Der Kündigungsgrund sollte nur auf Wunsch des Arbeitnehmers (z.B. eigene Kündigung) und wenn der Grund dem beruflichen Weiterkommen nicht schadet oder bei sehr schweren Verfehlungen, die mutmaßlich auch zukünftig bedeutsam sein werden, benannt werden. Eine fristlose Kündigung darf nicht als solche benannt werden. Man kann diese Art der Kündigung zum Ausdruck bringen, indem man den Tag des Austritts exakt angibt (z.B. "Das Arbeitsverhältnis endete am 24.05.2013"). Ein Enddatum, das nicht am Monatsende liegt, gilt als Hinweis für eine fristlose Kündigung. (Jung, 2008) Dies ist bei einvernehmlichen, nicht fristlosen Ausscheiden eines Mitarbeiters ebenfalls zu beachten, um zu vermeiden, dass der falsche Eindruck einer fristlosen Kündigung entsteht.

Straftaten dürfen nur erwähnt werden, wenn sie Auswirkungen auf das Arbeitsverhältnis hatten und wenn sie erwiesen sind. Erkrankungen dürfen im Zeugnis nicht erwähnt werden, selbst wenn sie Anlass zur Kündigung waren. (Jung, 2008)

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten durch die konkrete Formulierung mit positiven Aussagen ggf. auch kritische Punkte zum Ausdruck zu bringen. Darauf soll im Weiteren hier nicht vertiefend eingegangen werden. Es empfiehlt sich aber unbedingt, vor dem Abfassen eines Arbeitszeugnisses aktuelle, einschlägige Literatur zu nutzen, um sicherzustellen, dass man mit seinen Formulierungen wirklich das aussagt, was man sagen möchte. Manches, was der Zeugnisschreibende durchaus positiv meint, könnte in der speziellen Zeugnissprache durchaus als unvorteilhaft zu verstehen sein. Es ist sehr einfach, sich aktuelle Informationen zu beschaffen und die Bedeutung des Arbeitszeugnisses für den Arbeitnehmer ist groß, so dass an dieser Stelle viel Sorgfalt verlangt werden muss. Jeder Arbeitgeber sollte außerdem davon ausgehen, dass der Arbeitnehmer sich ohnehin selbst auch informieren wird. Für

alle Beteiligten oft unangenehme Diskussionen, ggf. auch ein Rechtsstreit über ein Arbeitszeugnis können bei entsprechender Vorbereitung und sorgfältiger Abfassung des Textes bereits im Vorfeld vermieden werden.

Autor:

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

Literaturverzeichnis

- Eickmann, T., Fechner, M., Glazinski, B., Kirchhoff, R., Klein, P., Kleinke, S., et al.* (2010).
Beschäftigung und Führung von Praxismitarbeitern. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Jung, H.* (2008). Personalwirtschaft. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

*Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
aus berufspolitischer Sicht:*

**1994 – eine Wegmarke in der ambulanten
kinder- und jugendpsychiatrischen
Versorgung**

Christian K. D. Moik

Das entscheidende Ereignis für die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland war 1994 der Abschluss der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) sowie dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV) mit Wirksamkeit ab dem 01.07.1994, also vor knapp 20 Jahren. Mit dieser Vereinbarung, die nach mehr als einem Jahrzehnt die Bestimmungen der §§ 85 Abs. 2 Satz 4 und 43 a SGB V in Vertragsrecht umsetzten, wurde endlich die Mitarbeit nichtärztlicher Berufsgruppen, explizit genannt diplomierte Heilpädagogen und Sozialpädagogen, und die Kooperation mit Diplompsychologen, Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten nicht nur anerkannt, sondern auch durch eine Pauschale von damals 320,00 DM für bis zu 200 Patienten honoriert. Damit wurden die Erwartungen der Verhandlungsgruppe des BKJPP, Frau Dr. med. Helga Epple, Herr Dr. Reinhard Schydlo und der Autor dieses Beitrags, deutlich überschritten.

Als problematisch erwies sich das föderalistische System der BRD in der Gesundheitsversorgung. Zwar haben schon bald die AOK in Bayern, Thüringen und Nordrhein, letztere sogar rückwirkend zum 01.01.1994, analoge Sozialpsychiatrievereinbarungen abgeschlossen, in mehreren Bundesländern verweigerten jedoch zahlreiche Primärkassen bis zum 01.07.2009, als die neue bundeseinheitliche Sozialpsychiatrievereinbarung in Kraft trat, den Abschluss entsprechender Verträge.

Durch die SPV entwickelte sich die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in der BRD zu einer „blühenden Landschaft“, wenn auch mit erheblichen Kahlstellen bis heute.

Rechtzeitig zur Etablierung der SPV wurde die „Basisdokumentation (BADO)“ von den Kollegen Dr. med. F. Wienand und Dr. med. L. Lam fortentwickelt, später gemeinsam mit DGKJP und BAG (F. Wienand und L. Lam, 1993).

Vom 15. bis zum 17.09.1994 fand in Aachen eine gemeinsame Jahrestagung des BKJPP und der DGKJP statt. Das Symposium des BKJPP war dem Thema „Alle Gewalt geht vom Volke aus“ gewidmet. In besonderer Erinnerung ist der bewegende Vortrag von Dr. Karl Christian von Braunmühl „Erfahrung von Gewalt – ein Anschlag der RAF und ein Versuch von Angehörigen, darauf zu reagieren“ (K. C. v. Braunmühl, 1994).

Das Wissenschaftsforum der DGKJP war der „ambulanten und stationären Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten“ gewidmet.

Auf der berufspolitischen Arbeitstagung referierten Dr. W. Schorre, der damalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, über „Die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der vertragsärztlichen Versorgung“, Dr. Eckhart Fiedler, Verband der Angestellten-Krankenkassen, über „Die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versichertengemeinschaft aus Sicht der Ersatzkrankenkassen“ und Dr. Lubecki, AOK-Bundesverband, über „Die Bedeutung der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Versichertengemeinschaft aus Sicht der Primärkassen“.

Bedeutsam für die kinder- und jugendpsychiatrische Entwicklung in Europa war das „1. European Training Convention for Child Psychiatry“ am 29. bis 30.09.1994 in Wien. Dazu war vorab von der Arbeitsgruppe zur Harmonisierung der Weiterbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein entsprechendes Arbeitspapier veröffentlicht worden (R. Schydlo, 1994).

Bei der Vorstandswahl auf der Mitgliederversammlung (MV) am 17.09.1994 kam es zu wegweisenden Änderungen:

Zunächst hatte Frau Dr. med. Helga Epple, die dem Vorstand seit 1990 angehörte, erklärt, wegen anderer Verpflichtungen für ein solches Amt nicht mehr zur Verfügung zu stehen.

Herr Dr. med. Reinhard Schydlo, Gründungsvorsitzender des BKJPP und seit 1988 stellvertretender Vorsitzender, bat darum, nur noch als Beisitzer dem Vorstand anzugehören, um sein berufspolitisches Engagement ganz den Auf-

gaben als Präsident der Monosektion Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der U. E. M. S. zur Verfügung zu stellen.

Nachdem die Mitgliederversammlung es mit 32:26 Stimmen bei 2 Enthaltungen abgelehnt hatte, den Vorstand zahlenmäßig zu erweitern, wurde Frau Dr. med. Christa Schaff (Weil der Stadt) in einer Kampfabstimmung gegen Frau Dr. med. Gerlach (Köln) und Herrn Dr. med. Nölkel (Bayreuth) zur stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Auf Wunsch des Vorsitzenden und entsprechend ihrer spezifischen Weiterbildung übernahm sie den Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Schwerpunkt ihrer Vorstandstätigkeit. Weiterer stellvertretender Vorsitzender wurde Dr. med. Ulrich Schumann (Pirna), der schon seit 1990 dem Vorstand angehörte. Bestätigt wurden Frau Dr. med. Ute Schulte-Holthausen (Essen) als Schatzmeisterin und Herr Dr. med. Walter Landsberg (Dortmund), der im Vorstand vor allem die Belange der Kliniken vertrat.

Als Praxisausfallpauschale für die Vorstandsmitglieder wurde der bisherige Betrag auf 800,00 DM pro Werktag erhöht.

Außerdem wurde der Antrag des Vorsitzenden, die bei ihm angesiedelte Geschäftsstelle künftig mit einer Halbtagssekretärin zu besetzen, bei vier Enthaltungen genehmigt. Dadurch konnten die Aufgaben des Vorstandes und insbesondere auch die Mitgliederbetreuung erheblich verbessert werden.

Ein berufspolitisches Streitthema in dieser Zeit war, ob und in welchem Umfang Kinder- und Jugendpsychiater mit psychotherapeutischer Weiterbildung auch Erwachsene psychotherapieren dürfen. Damals hatten die meisten Kinder- und Jugendpsychiater ihre psychotherapeutische Weiterbildung im Erwachsenenbereich absolviert, sollten dann aber berufsrechtlich auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen beschränkt werden. Leider ging in der Folge dieser Kampf verloren, was sich im Minuskel des zweiten Teils unseres Fachgebietes bis heute ausdrückt.

Diese Serie wird fortgesetzt.

Korrespondenzadresse:

Christian K. D. Moik

Wirichsbongardstr. 5 – 9, 52062 Aachen

E-Mail: ckdmoik@dgn.de

Homepage: www.praxis-moik.de

Literaturverzeichnis

Schydlo, R. (1994) WORKING GROUP FOR HARMONIZATION OF TRAINING IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY/PSYCHOTHERAPY, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie III/1994, S. 11 - 17

von Braunmühl, K. C. (1994) Erfahrung von Gewalt – Ein Anschlag der RAF und ein Versuch von Angehörigen, darauf zu reagieren. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie IV/1994, 35 – 45

F. Wienand, L. Lam Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie II/1994, S. 26 – 33

Nachruf

Dr. med. Dipl.-Psych. Helmut Eller

Ehrenmitglied unseres Berufsverbands

Am 3. März 2014 verstarb eines unserer ältesten Mitglieder und langjähriger Mitstreiter beim Aufbau unseres Berufsverbandes, Dr. med. Dipl. Psych. Helmut Eller aus Bonn, in seinem 85. Lebensjahr.

Ich lernte Dr. Eller bereits Anfang der 1970er Jahre als junger Assistenzarzt während meiner Facharztweiterbildung an der Universitäts-Kinderklinik in Bonn kennen. Er war damals bereits ein angesehenes Kinderarzt und Neuropädiater, der weit über die Stadtgrenzen von Bonn bekannt war, und der sich neben seiner allgemeinen kinderärztlichen Praxis vor allem neuropädiatrischen und kinderpsychiatrischen Problemen widmete, hier vor allem auch der Epileptologie. So betreute er nicht nur ambulant Kinder mit Mehrfachbehinderungen und Epilepsie, sondern ehrenamtlich auch stationäre Problemfälle, z.B. in einer Einrichtung in Siegburg.

Daneben wurde er zum Wegbereiter des Fördervereins Psychomotorik in Bonn, den er 1985 mit Gleichgesinnten gründete. Er wurde dort schließlich Ehrenvorsitzender und 2007 mit der E. J. Kiphard-Medaille für seine Verdienste geehrt.

Da er nicht nur ein psychologisches Studium und dann eine kinderärztliche und neuropädiatrische Weiterbildung in Mainz, sowie eine kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbildung in Bern absolviert hatte, erwarb er schon früh und wohl auch als erster *niedergelassener* Kollege in Deutschland die Facharztbezeichnung ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘, die er jedoch anfangs noch nicht auf seinem Praxisschild führte, weil es für niedergelassene Kinderpsychiatern damals noch keinerlei Existenzmöglichkeiten gab. Er schloss sich nach Gründung unseres Berufsverbandes jedoch schon früh unserem Verband an und arbeitete in den 80er Jahren aktiv im Vorstand unseres Berufsverbandes mit. So organisierte er u.a. mehrere kinderpsychiatrische Symposien in seiner Praxis, an denen vor allem Kinderärzte teilnahmen. Auch

war er als einer der ersten niedergelassenen Kollegen sozialpädiatrisch und sozialpsychiatrisch tätig, indem er mit einem Team mehrerer therapeutisch tätiger Berufsgruppen zusammenarbeitete. Im Souterrain seines großen Wohn- und Praxishauses in der Argelanderstraße in Bonn hatte er neben einem kleinen Bewegungsbad für spastische Kinder Therapieräume ausgebaut, in denen Krankengymnastinnen und andere Therapeuten motorische und sensorische Übungsbehandlungen durchführten, bis hin zu Trainings für Kinder mit schwerer Legasthenie, auch wenn es für all diese Therapieansätze noch keinerlei Abrechnungsmöglichkeiten gab. So wurde er durch seine praktische Tätigkeit schon früh zu einem Vorbild für unsere späteren Sozialpsychiatrie-Vorstellungen und -Verträge.

Dr. Eller hat zur Stabilisierung und Qualitätssicherung unseres Fachs in Deutschland und auf europäischer Ebene beigetragen. Er hat uns bei der Gründung der Facharzt-Sektionen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der UEMS unterstützt und mitgeholfen, deren Weiterbildungs-Standards in Europa auf hoher Ebene zu harmonisieren. Ohne Dr. med. Ellers Initiative wäre dies wohl nicht so schnell möglich gewesen.

Dr. med. Helmut Eller wurde 1990 wegen seiner Verdienste zum Ehrenmitglied unseres Berufsverbandes gewählt.

Als Kuratoriumsmitglied half er, die „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ 1997/1998 aus der Taufe zu haben. Als Ehrenmitglied des Kuratoriums der Stiftung hat er diese bis zuletzt mit seinem Interesse und seinen Anregungen unterstützt.

Alle, die Dr. Eller und seine ruhige, liebevolle und menschliche Art noch gekannt haben, werden ihn sehr vermissen und in ehrendem Gedenken behalten. Wir alle verabschieden uns in Trauer von einem der aktivsten Weggefährten in der Anfangsphase unseres Berufsverbandes.

Dr. Reinhard Schydlo
Ehrenvorsitzender des BKJPP

Im Namen des Vorstandes und Kuratoriums der „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“ nehme ich in Hochachtung, Freundschaft und Dankbarkeit Abschied von Dr. med. Helmut Eller. Es war ein großartiger Mann und Arzt!

Christian K. D. Moik
Vorsitzender der Stiftung-KJPP
Ehrenvorsitzender des BKJPP

Erratum

zu

Heidi Kuttler, Olaf Reis, Hanna Pradel, Cornelius Groß, Ulrich S. Zimmermann, Ludwig Kraus, Daniela Piontek, Eva Maria Bitzer (2013) Entwicklung eines Kurzfragebogens zum Erkennen und Prognostizieren von Risiko- und Schutzfaktoren bei Alkoholintoxikationen im Jugendalter. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychosomatik Heft 4/2013, S. 16-36:

Danksagung

Die Autoren/innen danken den beteiligten HaLT-Fachstellen und Kliniken (Pilot S. Elisabethen-Krankenhaus Lörrach, Team um Prof. Dr. H. Fahnenstich und Dr. M. Fedorcak), sowie den Jugendlichen und jungen Erwachsenen für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung, ebenso den beteiligten Kinderkliniken in München Schwabing (Direktor Prof. Dr. S. Burdach, Projektleiter, Dr. A. Grübl), in Pirna (damaliger Direktor Dr. G. Heubner) und in Dresden-Neustadt (Direktor Dr. G. Heubner), dem Universitätsklinikum Dresden (Direktor Prof. Dr. R. Berner) und der Universitätsmedizin Rostock (komm. Direktorin Prof. Dr. M. Wigger).

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Impressum

Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

Dr. med. Ute Müller

Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ute Müller

E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

BIC: GENODEM1GBU, IBAN: DE79422600010164164300

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, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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