

Inhalt

25 Jahre SGB VIII:

Kinder- und Jugendhilfe. Schnittmengen und Konflikte zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe

Jörg M. Fegert, Reinhard Wiesner, Gundolf Berg & Michael Kölch 2

Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

Jörg M. Fegert, Reinhard Martens, Katharina Wiebels & Michael Kölch 21

Der lange (Irr-)weg der Entwicklung des Entgelt-Systems in der stationären und teilstationären Psychiatrie führt zu einem Reformstau in der kinder- und jugend-psychiatrischen Versorgung

Jörg M. Fegert, Renate Schepker, Karl-Jürgen Bieback, Michael Kölch 42

Reformstau in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beheben und adäquate Lösungen zur Entgeltdiskussion entwickeln – Konkrete Regelungsvorschläge der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände

DGKJP, BAG & BKJPP 53

Konzept eines Budget basierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt 58

Projekt: Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) 63

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung als Risikofaktor für antisoziales Handeln

Jana Volz & Uwe Scheunemann 67

Ausschreibung

Promotionsstipendium zum Thema Autismus 86

Hinweise für Autoren 89

Media Daten 2015/2016 103

Impressum 104

25 Jahre SGB VIII: Kinder- und Jugendhilfe – Schnittmengen und Konflikte zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe

*Jörg M. Fegert, Reinhard Wiesner,
Gundolf Berg & Michael Kölch*

*Unter Mitarbeit der Gemeinsamen Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion: H. Adam, S. Jödicke-Fritz, T. Meysen, V. Roessner,
E. Thoms*

Einleitung

Bereits vor dem Inkrafttreten des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) gab es aktive Stimmen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie die z. B. von Lempp und Specht, die eine sogenannte große Lösung, d. h. die Zuständigkeit der Kinder- und Jugendhilfe für alle jungen Menschen, mit und ohne Behinderung, forderten. Kennzeichnend für die Debatten vor Einführung des Gesetzes im Jahr der Wiedervereinigung 1990 war der Streit um die sogenannten Verhaltensauffälligkeiten und die Frage, ob es sich, insbesondere bei Störungen des Sozialverhaltens, um Störungen mit eigentlichem Krankheitswert handelt. Nach der theoretischen Vorstellung sollten rein erzieherische Probleme, für die pädagogische Lösungsansätze zielführend wären, von Krankheiten mit therapeutischen Lösungsansätzen unterschieden werden. Doch dies war in der Praxis bereits damals nicht möglich. Gerade in Bezug auf die schwierigsten Kinder und Jugendlichen beschrieben schon damals Gintzel & Schone (1990) Drehtüreffekte zwischen den Systemen, insbesondere bei stationären Jugendhilfeeinrichtungen und der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Bei der Konzeption des Achten Buches Sozialgesetzbuch – Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII (Art. 1 des KJHG), das am 01.01.1991 in den alten und am 03.10.1990 in den neuen Ländern in Kraft getreten ist, war zunächst die sogenannte große Lösung angestrebt worden. Sie scheiterte aber am Widerstand von Elternverbänden, Trägerverbänden und auch an nicht ganz unrealistischen Befürchtungen von Kommunen in Bezug auf eine mögliche Überforderung durch die neue Aufgabenfülle. Zunächst wurde die Eingliederungshilfe für sogenannte seelisch behinderte Kinder und Jugendliche als Variante der Erziehung in § 27 Abs. 4 SGB VIII geregelt. Im Rahmen des Ersten Gesetzes zur Änderung des SGB VIII, das am 1. April 1993 in Kraft trat, wurde dann der § 35 a als eigenständiger Leistungstypus geregelt und in der Folgezeit weiter präzisiert. Zu Beginn, d. h. während der 90er Jahre, war man in der Kinder- und Jugendhilfe durchaus nicht überall glücklich über die neue Zuständigkeit und noch weniger erfreut über die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Feststellung der anspruchsbegründenden Tatsachen. Es kam zu Tagungen unter dem Motto „Brauchen wir den § 35a“ etc., wo die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung in Frage gestellt wurde, da die Meinung vertreten wurde, die festgestellten Bedarfe verließen sich auch über das klassische Spektrum der Hilfe zur Erziehung – und damit in erster Linie mit den Kompetenzen der Sozialpädagogik – decken. Diese Haltung empörte viele Eltern in Einzelfällen und führte gerade in den umstrittenen Bereichen der schulrelevanten Störungsbilder ADHS und Teilleistungsstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie zu zahlreichen gerichtlichen Auseinandersetzungen, die mittlerweile in eine umfassende Rechtsprechung gemündet sind. Dabei wurde diesen Eltern (aus der Mittel- und Oberschicht) häufig vorgeworfen, sie ließen sich teure Therapien oder den Aufenthalt ihrer Kinder in spezialisierten Internaten aus der steuerfinanzierten Kinder- und Jugendhilfe bezahlen, indem sie unmittelbar solche Leistungen im In- und Ausland in Anspruch nähmen und nachträglich die Kosten beim Jugendamt geltend machten (so genannte ‚Selbstbeschaffung‘). Die Gruppe der rechtsanwaltlich vertretenen und klagenden Eltern unterscheidet sich häufig stark von der Gruppe der Eltern mit schwerst teilhabebeeinträchtigten Kindern. Letztere sind insbesondere jene Eltern, deren Kinder Störungen des Sozialverhaltens aufweisen, die aber häufig selbst psychisch erkrankt und in der Teilhabe beeinträchtigt sind. So schien teilweise in Vergessenheit zu geraten, dass sich bei sogenannten schwierigsten Kindern und Jugendlichen, wie Heimkinder (vgl. Fegert & Besier 2009), Kinder die in Obhut genommen werden, Kinderschutzfälle etc. in der Praxis hohe Schnittmengen zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufweisen. Von daher wäre die Kooperation eigentlich eine

Selbstverständlichkeit und im Interesse aller. Aktuell steht angesichts der Diskussion über die Zuweisung der Gesamtverantwortung für (alle) Kinder und Jugendlichen mit und ohne Behinderung zur Kinder- und Jugendhilfe (große Lösung) die Zusammenarbeit zwischen Heilkunde und Kinder- und Jugendhilfe exemplarisch auf dem Prüfstand (vgl. Wiesner 2015). Dieser Beitrag zeichnet einerseits die Entwicklungen seit 1990 in der Kooperation beider Systeme nach, andererseits zieht er ein Fazit, welche Verbesserungen in der Kooperation bestehen, andererseits aber auch, welche Notwendigkeiten in der Weiterentwicklung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe in der nahen Zukunft anstehen sollten.

Entwicklung der Hilfen

Über die letzten Jahre sind, bezogen auf die Stichtagserhebung der amtlichen Jugendhilfestatistik, die Eingliederungshilfen nach § 35 a SGB VIII deutlich angestiegen. Zum 31.12. 2007 erfolgten 22.533 Maßnahmen der Eingliederungshilfe, bezogen auf den Stichtag 31.12.2013 waren es dann 53.566 Fälle. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass die Hilfen nach § 35a SGB VIII keineswegs trennscharf von Leistungen nach dem SGB VIII, namentlich den Hilfen zur Erziehung (HzE) hinsichtlich der Indikation unterschieden werden können. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Hilfe zur Erziehung primär darauf ausgerichtet ist, die Erziehungskompetenz der Eltern mit dem Ziel zu verbessern, dass sie diese Aufgabe wieder eigenverantwortlich wahrnehmen können (was freilich aus verschiedenen Gründen nicht immer gelingt). Bei stationären Hilfen kommt deshalb der so genannten Elternarbeit zentrale Bedeutung zu weil eine Rückkehrperspektive immer auch veränderte Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie voraussetzt (Wiesner 2015 § 37 SGB VIII). Vielfach müsse es deshalb in der Praxis zu einer Kombination beider Hilfeformen kommen, wie sie § 35a Abs. 4 SGB VIII bereits im Blick hat. Gerade bei den sogenannten schwierigsten Kindern und Jugendlichen gibt es eine Überschneidungsmenge zu den Hilfen zur Erziehung, wie sowohl die Ulmer Heimkinderstudie (Schmid et al. 2008), die Ulmer Heimkinderinterventionsstudie (Besier et al. 2009), als auch die Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht (Fegert & Besier 2009) zeigte. Zahlreiche Kinder und Jugendliche in stationären Hilfen der Jugendhilfe – nämlich zwischen 60 und 70% – weisen behandlungsbedürftige, oft multiple psychische Störungen auf (Schmid et al. 2008). Die Maßnahmen werden aber

keineswegs alle aufgrund der Rechtsgrundlage des § 35a SGB VIII (oder im Rahmen einer so genannten Komplexleistung) umgesetzt. Man darf also nicht der Illusion unterliegen, dass die Zahl der Maßnahmen nach § 35a SGB VIII in der Jugendhilfestatistik die Zahl der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in Hilfen repräsentiere.

Das SGB VIII als Katalysator für Kooperation? – Der Begriff der Teilhabebeeinträchtigung und Missverständnisse bei der Feststellung

Zur Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe sind in den letzten Jahren einige wissenschaftliche Veröffentlichungen erschienen. Eine aktuelle gute Übersicht gibt Tetzler (2015), der in seiner nun als Buch veröffentlichten Dissertation den sogenannten Capability Approach (Befähigungs- bzw. Fähigkeiten- oder Verwirklichungschancen-Ansatz) nach Sen und Nussbaum (Nussbaum und Sen 1993, Nussbaum 2011, Tetzler 2015) für eine mögliche Verständigungsbasis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie bei der Zieldefinition von Hilfen und der Operationalisierung von Zielen propagiert. In Bezug auf die Kooperation an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben auch die Verbände und Fachgesellschaften durch Tagungen und Positionspapiere ihren Beitrag zur Weiterentwicklung geleistet. So hat z. B. der BVkE (Bundesverband katholischer Einrichtungen und Dienste der Erziehungshilfen e.V.) 2009 ein Diskussionspapier veröffentlicht, welches auch auf den gestiegenen Bedarf durch Anstieg der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Kinder- und Jugendhilfe eingeht. Als Modell wird Kooperation in einem gemeinsamen Behandlungs- und Betreuungsprogramm zwischen der Klinik, die als Schutzraum und Entlastung angesehen wird, und der Kinder- und Jugendhilfe, in der Alltagsorientierung und zunehmende Belastung stattfinden soll, beschrieben. Als zentrale Weichenstellung wird der Hilfeplanungsprozess angesehen, der im Bedarfs- und Krisenfall die Entlastung im Schutzraum der Klinik vorsehen und gleichzeitig durch eine schnelle Rückführung Beziehung im Alltag erhalten soll. Dennoch bleibt auch in diesem Modell vieles im „Entweder-oder“ stecken. Es wird nicht von einer klinikvermeidenden, kontinuierlichen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung im Vorfeld oder von einer Anschlussbehandlung gesprochen. Viele Elemente, die im BVkE-Papier noch eindeutig der stationären Behandlung zugeordnet werden, können natürlich

auch ambulant schon im Vorfeld durchgeführt werden. Ausführliche kinder- und jugendpsychiatrische, multiaxiale Diagnostik, Psychoedukation und Elternberatung, sowie Beratung von Heimerziehern zu störungsbedingtem kindlichen Verhalten, die Einleitung und Optimierung pharmakologischer Behandlung etc. sind alles Maßnahmen, die auch im ambulanten Setting oder in einem aufsuchenden Setting sogenannter Heimkindersprechstunden in den Einrichtungen möglich und zum Teil bereits in Deutschland üblich sind.

Dennoch kam und kommt es bei der Umsetzung des § 35 a SGB VIII immer wieder in der Zusammenarbeit zwischen den Professionen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu Friktionen. So wird seitens der Kinder- und Jugendhilfe thematisiert, dass seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die eigentliche Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe bei der Klärung der Leistungsvoraussetzungen für die Gewährung der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung, nämlich die Teilhabebeeinträchtigung festzustellen und die notwendigen Maßnahmen zur Beseitigung derselben zu definieren, eingegriffen werde. Umgekehrt wird von Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychotherapeuten beklagt, dass störungsbedingte Hinweise auf angemessene Hilfen nicht berücksichtigt würden. Dabei ist die Aufgabenverteilung eigentlich recht klar im Gesetz geregelt und das Kinder- und Jugendhilfe-weiterentwicklungsgesetz vom September 2005 (KICK) hat dies nochmals bestätigt: Das Verfahren nach § 35a SGB VIII legt nach der Feststellung der anspruchsbegründenden Tatsache (seelische Erkrankungen nach der jeweils geltenden Fassung der Internationalen Klassifikation seelischer Erkrankungen, derzeit ICD-10-GM 2015) die Federführung für Hilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in die Hand des Jugendamtes. Auch wenn die Federführung für den zweiten Schritt in der Hand des Jugendamtes liegt, soll die fachliche Stellungnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Planung berücksichtigt werden. Im Gesetz gibt es einen klaren Hinweis auf die Notwendigkeit, entsprechende Expertise einzuholen (§§ 35 a, 36 SGB VIII; vergl. Wiesner 2015).

Dieser im Grunde nach recht eindeutigen Logik des Gesetzes folgt die Praxis oft nicht. Hier setzt auch das Problem der Kooperation an: Kooperation bedeutet in diesem Fall, zwar die rechtlich definierten Zuständigkeiten zu kennen, aber in der Praxis auch jenseits dieser Zuständigkeiten die Expertise des jeweilig anderen in den Prozess einer bedarfsgerechten Hilfestellung einzubeziehen. Letztlich machen sich die Probleme immer an der Frage des

Begriffs und der Definition der Teilhabebeeinträchtigung und der geeigneten Mittel zur Beseitigung derselben fest. Hier herrschen Missverständnisse „hüben wie drüben“. Die Kinder- und Jugendhilfe kann oftmals nicht einschätzen, welche wissenschaftlich gut belegten Beeinträchtigungen der Teilhabe sich aus Diagnosen ergeben, was dem Mediziner wiederum selbstverständlich ist. Oftmals wird aber seitens der Kinder- und Jugendpsychiatrie missverstanden, dass eine Teilhabebeeinträchtigung nicht mit einer Diagnose gleichzusetzen ist. Die Definition, was denn eine Teilhabebeeinträchtigung ist, fällt auch Mediziner schwer. Ebenso fällt es beiden Parteien schwer, sich zu verständigen, wie diese erhoben werden kann. Ein Projekt des Bundesfamilienministeriums hatte hierzu versucht Definitionen und Möglichkeiten der Standardisierung zu erarbeiten – auch deshalb, da bei Gerichtsverfahren die nicht nachvollziehbare Methodik der Kinder- und Jugendhilfe kritisiert wurde. Letztlich wurden unter breiter Beteiligung von Experten aus der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch aus dem Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Kinder und Jugendliche aus dem Rechtskreis der Sozialhilfe (SGB XII) die Schwierigkeiten einer Standardisierung beschrieben, aber auch Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt (Kölch und Fegert 2007). Entscheidend bei der Beurteilung einer Teilhabebeeinträchtigung sind bei Kindern und Jugendlichen drei Bereiche, nämlich Familie, Kindergarten/Schule/Ausbildung und der Freizeit/peer-Bereich (Kölch und Fegert 2007, Kölch et al. 2007). Diese sind individuell bezogen auf die Lebenslage des Kindes und der Familie einzuschätzen, was eine Nähe auch zur Logik der ICF hat. Die Beeinträchtigung kann graduell erfasst werden, und neben den genannten Bereichen spielen auch die „Kontaktflächen“, also die Interaktion zwischen den Bereichen eine Rolle: ein Jugendlicher kann gute Ressourcen in der Familie haben, jedoch wenn die Interaktion und Kommunikation in der Familie verzerrt oder gestört ist, kann dies eine Beeinträchtigung darstellen. Bei multiplen Problemen bedarf es zudem der Hierarchisierung, welches Problem das schwerste und welches das vordringlichste ist.

Wie nun eine Teilhabebeeinträchtigung erfasst wird, ist bei einer bundesweit sowohl für den Bereich der Kinder- und Jugendhilfe als auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr heterogenen und lokal orientierten Ausgestaltung sehr verschieden. Die gemeinsame Kommission der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften und Verbände zur Kinder- und Jugendhilfe hat bereits 2008 eine Stellungnahme verfasst, in der auf viele immer wiederkehrende Probleme in der Zusammenarbeit im Zusammenhang

mit dem § 35a SGB VIII eingegangen wurde und Lösungsmöglichkeiten für diese Probleme aufgezeigt wurden (Fegert et al. 2008).

Stand der Wissenschaft: Kinder und Jugendliche als Adressaten beider Systeme

Mehrere Studien haben gezeigt, dass die von der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelten sowie von der Kinder- und Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen oftmals beider Hilfesysteme bedürfen (u.a. Schmid et al. 2008, Schmid et al. 2014, Dölitzsch et al. 2014). Es gibt fundierte Informationen darüber, welche Bedarfe der komplexen professionellen Betreuung bei den Kindern und Jugendlichen bestehen (vgl. u.a. Schmid et al. 2008, Fegert & Besier 2013, Ford et al. 2007, Adam & Hoffmann 2012). Es wurde belegt, dass das Scheitern einer Maßnahme für Kinder und Jugendliche die Chancen auf den Erfolg einer weiteren Maßnahme deutlich reduziert (Macsenare & Schemenau 2008). Inzwischen enthalten Hand- und Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig Kapitel zur Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Kinder- und Jugendhilfe (u.a. Fegert und Kölch 2012, Fegert et al. 2011, Schröer et al. 2001, Lehmkuhl et al. 2013, Fegert et al. 2009, Steinhausen 2010, Macsenare et al. 2014, Schmid et al. 2012). Der Erstautor dieses Beitrags hat sein sehr weit verbreitetes Buch „Was ist seelische Behinderung“, welches zur Einführung des Begriffs seelische Behinderung in der Kinder- und Jugendhilfe erschienen war, konsequenter Weise nach mehreren Neuauflagen aufgegeben und hat gemeinsam mit Schrapper (2004) und Autoren aus beiden Fächern ein interdisziplinäres Handbuch zur Thematik vorgelegt (Fegert & Schrapper 2004). Projekte zur individuellen Zielplanung und Zielerreichung in der Kinder- und Jugendhilfe (in Deutschland PädZi im Christlichen Jugenddorfwerk Deutschland und EQUALS in der Kinder- und Jugendhilfe in der Schweiz) zeigten die Abhängigkeit von Veränderungen und Betreuungserfolgen von der vorliegenden seelischen Belastung und Traumavorgeschichte, so dass heute zunehmend nicht mehr nur zwei Systeme als alternative Betreuungsangebote, die alternierend gewechselt werden und dann zu Drehtüreffekten führen, sich gegenüberstehen, sondern dass zunehmend kinder- und jugendpsychiatrisches Denken und erzieherisches Denken sich in beiden Bereichen gegenseitig beeinflusst und durchdrungen haben.

Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage 25 Jahre nach der Einführung des SGB VIII

Seit dem Jahr 1990 haben sich einige Veränderungen im Bereich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ergeben. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte ist deutlich angestiegen, derzeit sind 1014 Fachärzte in Praxen tätig (KBV, persönliche Mitteilung, Stand Jan. 2015). Niedergelassene Fachärzte können im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung (SPV) eine umfassende, multiprofessionelle Behandlung der Patienten anbieten. In Deutschland bestehen zum Jahresanfang 2015 ca. 720 SPV-Praxen (Hagen 2015). Im klinischen Bereich fand einerseits ein Abbau der Bettenkapazitäten, andererseits ein Aufbau von tagesklinischen, meist wohnortnahen Versorgungsangeboten, die auch vielerorts eine Versorgung in der Fläche ermöglichen, sowie die Gründung von wohnortnahen Institutsambulanzen statt. Insgesamt gibt es knapp 6.000 stationäre bzw. teilstationäre Behandlungsplätze in Deutschland. Bei einem Anstieg der Fallzahlen in den Kliniken um ca. 270% seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts sank gleichzeitig die durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Patienten drastisch, nämlich von 1991 bis 2011 um 70%, d.h. von ca. 126 Tagen auf ca. 38 Tage. Die Auslastungsquote der Kliniken ist zudem deutlich gestiegen. Der Anstieg, vor allem der stationären Behandlungszahlen im Jugendalter wird durch die Daten des statistischen Bundesamts belegt (Plener et al. 2015a und b).

In den letzten Jahren sind lokal vielfältige Kooperationen zwischen Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowohl im klinischen, als auch im niedergelassenen Bereich entstanden. Beispielhaft für eine verbesserte Versorgung sind Heimkindersprechstunden sowie Kooperationsvereinbarungen zwischen Kliniken und Praxen mit Jugendämtern zu benennen. Gleichwohl besteht, wahrnehmbar in beiden Systemen, weiterhin der Wunsch, die Kooperation zu verbessern.

Themen, die in der Kooperation in einer dauerhaften Diskussion sind

Einbezug in die Planung von Interventionen und Maßnahmen im Rahmen der Hilfeplanung (§§ 27 ff, § 36 Abs. 2 und 3 SGB VIII)

Krankheits- bzw. störungsspezifische Faktoren haben für die Prognose der jeweiligen Hilfen bei Kindern und Jugendlichen, die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, eine zentrale Bedeutung und müssen konsequenterweise bei der Planung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe mit einbezogen werden. Dies gilt gleichermaßen für ambulant wie für stationär behandelte Kinder und Jugendliche. Von daher kann der Einbezug der Expertise der Kinder- und Jugendpsychiatrie hinsichtlich Art und Ausgestaltung von Jugendhilfemaßnahmen es ermöglichen, dass wichtige krankheits- bzw. störungsspezifische Bedarfe der Patienten auch bei Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe gut berücksichtigt werden. Andererseits könnte ein frühzeitiger, noch während des stationären Aufenthaltes in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stattfindender Einbezug der Kinder- und Jugendhilfe in die Planung der poststationären Phase die Möglichkeiten der vorwiegend pädagogisch orientierten Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe verbessern. Eine zeitnahe Hilfeplanung und ein rascher Einstieg in Hilfen sind anzustreben, um die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen nicht durch zu lange Planungsprozesse weiter zu gefährden, denn die Schule bzw. die Entwicklungsbedarfe der Kinder warten nicht. Es darf dabei nicht um die Dominanz eines Systems über das andere gehen, sondern um eine Zusammenarbeit der beiden für die Klienten wichtigen Systeme bzw. der dort agierenden Professionen. Entscheidend für das Gelingen in diesem Bereich ist die frühzeitige Information des jeweils örtlich zuständigen Jugendamtes durch den Partner der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie eine beschleunigte Hilfeplanung. Durch die – von den Krankenversicherungen determiniert – sinkenden Verweildauern bei gleichzeitig bestehendem hohem Aufnahmepressur durch Notaufnahmen können manche Hilfeplanungsprozesse kaum mehr mit der aus Sicht der Jugendhilfe vielleicht gebotenen Zeit während einer stationären Behandlungsphase geplant werden, sondern es werden sehr rasch einsetzende Anschlussmaßnahmen erforderlich.

Im ambulanten Bereich sind Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27ff. SGB VIII gerade bei Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen oftmals eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg therapeutischer Maßnahmen und diese bekommen damit eine sehr wichtige Bedeutung zur Förderung einer möglichst gesunden Weiterentwicklung der Kinder und Jugendlichen

im Kontext ihrer Familien. Häufig sind im Rahmen der Behandlung umfangreiche Interventionen zur Motivation einer Familie, sich an ein Jugendamt zu wenden, erforderlich. Umso wichtiger erscheint es gerade in diesen Fällen, eine möglichst enge Abstimmung der Jugendhilfeplanung und der therapeutischen Maßnahmen zu erreichen. Insbesondere im Rahmen von ohnehin bereits multiprofessionell orientierter Behandlung in sozialpsychiatrischen Praxen oder Klinikambulanzen ist eine Abstimmung mit dem zuständigen Jugendamt relativ gut realisierbar, wird aber regional sehr unterschiedlich genutzt.

Die gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion hat in ihrer Stellungnahme von 2015 (www.dgkjp.de/aktuelles/316-kooperation-jugendhilfe) auf ein Problem hingewiesen, das sich immer wieder stellt: Die Anforderungen der Jugendämter an Inhalte und Form der gutachterlichen Stellungnahmen im Rahmen der Hilfen nach § 35a SGB VIII sind bundesweit sehr unterschiedlich. Einige Ämter wünschen Arztbriefe, andere sehr ausführliche Stellungnahmen, dritte wiederum empfinden ausführliche Informationen als Einmischung in die eigenständige sozialpädagogische Diagnostik und wünschen nur eine Diagnose und die ärztliche Feststellung, dass eine seelische Störung vorliegt als anspruchsbegründende Eingangsvoraussetzung.

Einbeziehung der Expertise der Kinder- und Jugendpsychiatrie während des laufenden Hilfeprozesses

Bei vielen Kindern und Jugendlichen, die kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden und die eine Hilfe nach SGB VIII erhalten, besteht ein Bedarf für eine kontinuierliche kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung. In der Praxis wird vielfach beklagt, dass den behandelnden Ärzten keine Rückmeldung über die Inhalte des Hilfeplans bzw. zu den Ergebnissen der Hilfeplanung gegeben wird. Andererseits werden – zum Teil aus Gründen der Schweigepflicht – keine Informationen der Behandlung an die Kinder- und Jugendhilfe weitergegeben. Immer wieder wird aus der Praxis berichtet, dass ohne Rücksprache mit dem behandelnden Kinder- und Jugendpsychiater im Hilfeplangespräch Maßnahmen beschlossen werden, die die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung betreffen (z. B. Empfehlungen zu parallelen Behandlungen oder zu Klinikbehandlungen bei bereits ambulant behandelten Patienten, u. ä.). Eine unzureichende gegenseitige Einbeziehung verhindert eine optimier-

te gemeinsame Betreuung der Kinder und Jugendlichen auch in Fällen, in denen eine stationäre Jugendhilfeleistung entfernt vom bisherigen Lebensmittelpunkt durchgeführt wird, nämlich wenn mangels Information des Behandlers über den Ortswechsel der Kinder oder Jugendlichen im Rahmen des Hilfeprozesses eine Übergabe an einen weiterbehandelnden Kollegen vor Ort nicht stattfindet. Dies führt immer wieder zu Krisen-Zuweisungen in Kliniken und stellt eine vermeidbare Gefährdung der Entwicklung der Kinder- und Jugendlichen dar.

Entwicklung von Standards und Verständnis für die jeweils andere Profession

Die Behandlungsplanung im SGB V und die Hilfeplanung im SGB VIII erfolgen nach jeweils eigenen systemimmanenten Ablaufregeln. An der Schnittstelle zwischen den Systemen gibt es dabei Schwierigkeiten, die zu verhindern wären, indem man das Wissen um die Bedingungen und Abläufe im jeweils anderen Hilfesystem bei den Handelnden kontinuierlich adressiert und verbessert. Ein Schritt ist die gegenseitige Kenntnis der Arbeitsweise, Terminologie und Fachlichkeit. Hierzu sind kontinuierlicher Austausch, Fortbildungen und Schulung notwendig.

Fachlich wäre es beispielsweise wünschenswert, Erfahrungen, die z.B. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der Behandlung bereits gemacht wurden, einzubeziehen, um so bestimmte Jugendhilfeleistungen gar nicht erst zu planen, da sie aufgrund einer psychischen Störung wenig wirksam sein werden, sondern direkt intensivere bzw. andere Hilfen zu planen. Dies ist auch umgekehrt der Fall für die Planung von kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnostik und Behandlung. Insbesondere, aber nicht nur im stationären Bereich führt dies immer wieder zu Schwierigkeiten. Typisch ist dies z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens, bei denen eine psychiatrische Abklärung gewünscht wird, die aber wenig neue Erkenntnisse erbringen wird (vgl. Einleitung). Die kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten sind bei dieser Störung begrenzt. Es bedarf oftmals vornehmlich einer langfristig eingesetzten, stringenten Pädagogik, die durch die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung komorbider Störungen wie ADHS, depressiver Störungen, Impulskontrollstörungen etc. flankiert werden kann und muss. Eine Störung des Sozialverhaltens wird im Rahmen einer stationären Therapie selten langfristig gebessert oder gar „geheilt“. Oftmals scheinen es aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor allem die durch die betroffenen Jugendlichen generier-

ten sehr hohen Belastungen zu sein, die in den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe die Hoffnung auf Unterstützung durch eine stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstehen lassen. Neben Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens betrifft dies oft auch junge Menschen mit intellektueller Behinderung und damit in Verbindung stehenden schwierigen Verhaltensauffälligkeiten.

Minimierung der Verschiebebahnhöfe für die „Schwierigen“

Gerade bei den schwierigen Fällen entstehen Verschiebungen der Kinder und Jugendlichen von einem System in das andere; oftmals sind solche Fälle auch Ausdruck einer gewissen Ohnmacht, da meist keiner mehr weiter weiß und einfache Lösungen in diesen Fällen nicht verfügbar sind. Wenn Kinder oder Jugendliche von einem Tag auf den anderen vor die Tür – von beiden Systemen – gesetzt werden, möglicherweise ohne Vorankündigung oder gar direkt vor dem Wochenende, so führt dies neben den erheblichen Schwierigkeiten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen auch immer wieder zu enormen Belastungen in der Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Meist wird in solchen Fällen mit Eigen- oder Fremdgefährdung argumentiert bei Minderjährigen, die sich keineswegs freiwillig in Behandlung begeben wollen. Im Rahmen des Genehmigungsverhaltens nach § 1631b BGB, der Zwangsmaßnahmen auch gegen den Willen eines Minderjährigen legitimieren kann, ist gefordert, dass eine Maßnahme mit freiheitsentziehenden Elementen geeignet sein muss, eine Gefährdung abzuwenden. Das bedeutet, dass die Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss auch das fachlich geeignete Mittel mit entsprechender Aussicht auf Therapieerfolg sein. Und genauso wie in der Kinder- und Jugendhilfe aus sozialpädagogischer Sicht der Hilfebedarf zu prüfen ist, ist bei einer Krankenhausaufnahme die medizinische Indikation einer stationären Behandlung vom Krankenhausarzt zu prüfen (§ 39 SGB V). Ein Antrag auf oder auch die bereits bestehende richterliche Genehmigung einer Maßnahme nach § 1631b BGB ist nicht zwingend und automatisch ein Grund für eine stationäre Behandlung, wenn hierfür situativ die Notwendigkeit nicht gegeben ist.

Anforderungen der Zukunft

Ziel der Entwicklung, gerade angesichts der Leistungsverdichtung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, aber auch im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, muss die Etablierung eines sogenannten „Continuum of Care“ sein. Man muss sich dabei in der laufenden Entgeltdebatte in der Psychiatrie deutlich machen, dass die Verweildauer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Einführung der Psychiatriepersonalverordnung, welche adäquate Betreuungsstandards garantiert, um fast Dreiviertel verkürzt wurde, während sich die Fallzahlen fast verdreifacht haben. Dies schlägt sich auch in einer erheblichen Zunahme von Notfall- und Krisenaufnahmen, unter anderem auch aus der Kinder- und Jugendhilfe, nieder (vgl. Englert & Matkey 2004, 30 % der Gesamtaufnahmen). Neuere Angaben aus Krankenhausdatenfiles legen für die Jahre 2011 – 2013 Werte von bis zu 48% Notaufnahmen außerhalb der Dienstzeiten zwischen 17 und 8 Uhr und am Wochenende nahe. Auch wenn man die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge abzieht, haben sich die Inobhutnahmen in der Kinder- und Jugendhilfe im gleichen Zeitraum zwischen den 90er Jahren, bis 2013, also vor Beginn der großen Flüchtlingswelle, fast verdoppelt. Beide Felder sind trotz sinkender Geburtenraten und einer allmählichen Reduktion der Zahlen von Kindern und Jugendlichen in den Kommunen und Kreisen, durch einen massiven Anstieg der Inanspruchnahme und durch eine Zunahme akuter Krisen gekennzeichnet. Insofern muss eine sinnvolle Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie geklärte Fallverläufe ebenso wie krisenhafte Verschlechterungen und Eskalationen berücksichtigen. Die American Academy of Child and Adolescent Psychiatry beschrieb 2008 (AACAP 2008) in einer Stellungnahme zum Continuum of Care eine Behandlungskette, die von der Praxis, den Ambulanzen und den Kliniken ausgehend, gemeindebasiert ein intensives Case Management durch kombinierte psychiatrische und erzieherische sowie soziale Hilfen vorsieht. In Deutschland ist eigentlich die Versorgungssituation in der Breite deutlich besser: Es gibt Einzelpraxen und Praxen mit Sozialpsychiatrievereinbarung, Institutsambulanzen, ein flächendeckendes System von Kliniken, örtlich zuständige Jugendämter etc. Bei allem Positiven fehlen aber Angebote wie „Hometreatment“, „Home Based Treatment Services“, „Family Support Services“, intensive therapeutische Angebote in der Familie wie die multisystemische Therapie, die sich gerade bei Familien mit Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens oder auch in misshandlungsgefährdeten Familien empirisch bewährt hat. Solcherlei innovative Versorgungsangebote, systemübergrei-

fund, wären auch in Deutschland dringend nötig, werden aber im Rahmen der Versäulung der Systeme und der bestehenden, einen massiven Reformstau verursachenden Entgeltdebatte, derzeit kaum vorgehalten (vgl. dazu Beitrag von Fegert et al. in diesem Heft).

Lösungsmöglichkeiten für eine verbesserte Kooperation

Essentiell ist die Anwendung von Kooperationsvereinbarungen, die vielerorts sowohl zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch zwischen freien Trägern, die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe erbringen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bestehen. Diese dienen einer geregelten Zusammenarbeit und verbessern diese Zusammenarbeit. Die bestehenden Kooperationsvereinbarungen sind so heterogen, wie es die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland sind. Lokale Gegebenheiten müssen bei den Kooperationsverträgen berücksichtigt werden. Unterschiede ergeben sich z.B. schon allein aus dem Versorgungsgebiet, etwa zwischen urbanen Regionen und ländlich strukturierten Flächenregionen. Generell wäre es begrüßenswert, wenn auf der Ebene der Jugendämter mit den Beteiligten auf Seiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Kooperationsvereinbarungen flächendeckend möglich wären. Derzeit ist die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe i.d.R. nicht finanziert. Das SGB V sieht z.B. für Kliniken keine gesonderte Vergütung für diese aufwändigen Kooperationsleistungen vor. Dies kann bei dem zunehmenden finanziellen Druck auf die Kliniken und dementsprechend seit Jahren knapper werdenden Personalressourcen zu Problemen in der „Lebbarkeit“ von Kooperationen führen, oder anders formuliert, manche gewünschte Kooperation scheitert an den fehlenden Ressourcen. Auch in der Kinder- und Jugendhilfe ist dieses Problem bekannt, auch hier steigen die Fallzahlen, und die Mitarbeiter haben eine erhöhte Falllast zu bewältigen. Generell sorgen sich insbesondere die Kliniken darum, dass sich aufgrund des geplanten neuen Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) und des bestehenden Reformstaus die Bedingungen für die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher verschlechtern werden. Auch, aber nicht nur die gute Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe erfordert eine vernünftige Ausstattung der Kliniken. Dies nicht zuletzt vor dem Hintergrund gestiegener Fallzahlen.

Im ambulanten Bereich stellt sich die Situation vergleichbar dar. Zwar bietet die Sozialpsychiatrievereinbarung grundsätzlich Möglichkeiten zur Finanzierung der Kooperation mit dem Jugendamt, die auch rege genutzt werden, jedoch ist der verfügbare finanzielle Rahmen sehr begrenzt. So ist für den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. seine sozialpsychiatrischen Mitarbeiter eine Teilnahme an Hilfeplangesprächen nicht regelhaft möglich, insbesondere dann nicht, wenn dies mit Fahrtzeit und -kosten verbunden ist (was häufig der Fall ist). Für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nicht an der Sozialpsychiatrievereinbarung teilnehmen, stellt sich die Situation noch schwieriger dar. Kooperationen mit dem Jugendamt werden für sie nicht finanziert. Eine ausreichende Finanzierung notwendiger Kooperationstätigkeit ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich unabdingbar, damit getroffene Vereinbarungen auch umgesetzt werden können. Hier gilt es, gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Essentielle Inhalte der Kooperationsvereinbarungen

- Kooperationsvereinbarungen sollten Ablaufregelungen zur Kooperation jeweils auf das Behandlungssetting bezogen beinhalten
- Kooperationsvereinbarungen sollten eine verbindliche Regelung zur Rückmeldung an den behandelnden Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beinhalten, wie auch Regelungen, dass ein ggfs. bestehender Jugendhilfebedarf frühzeitig an das Jugendamt gemeldet wird. Bei der Planung von Jugendhilfemaßnahmen muss eine ggfs. notwendige kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbehandlung mitgeplant werden.
- Kooperationsvereinbarungen müssen Regelungen enthalten, die den Kliniken bei Krisenvorstellungen flächendeckend und rund um die Uhr auch einen direkten und sofortigen Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt ermöglichen. Regelungen, die eine unangekündigte Beendigung von Maßnahmen und Überantwortung in das jeweils andere System zukünftig verhindern, sind notwendig.

Fazit: Zukünftige Aufgaben in der Kooperation

Generell wäre nach 25 Jahren SGB VIII nach vielen Schritten hin zu einer (besseren) Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe eine verstärkte gemeinsame Entwicklung von Konzepten, wie beide Systeme mit den „schwierigsten“ Patienten/Klienten und in krisenhaften Situationen umgehen, wünschenswert. Dabei sollte eine systemische Sichtweise, also der Blick auf das Eltern/Jugendlicher-Kind-Verhältnis praktiziert werden. Gemeinsame Fortbildungen sollten lokal etabliert werden. Die beschriebene stärkere Zunahme von Akutfällen und gerade die jüngsten Entwicklungen im Zusammenhang mit psychischen Krisen, Selbstmordgefährdung bei z. B. unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die noch im Herkunftsland, aber auch während der Flucht multipel traumatisiert worden sind, macht deutlich, dass wir im Bereich der Notfall- und Trauma-Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den nächsten Jahren stärkere Spezialisierung und Innovationen zur Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und der Fachkräfte in der Kinder- und Jugendhilfe sowie vieler ehrenamtlicher Helfer benötigen werden. Beide Systeme berichten, dass der Schweregrad der Problemstellungen der betreuten Kinder und Jugendlichen stärker geworden ist, unabhängig davon, ob man die Auffälligkeiten nun wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie als psychische Störung benennt, oder als besonderen Bedarf, wie die Kinder- und Jugendhilfe. Auf lokaler Ebene sollte für die „Schwierigen“ auch eine gemeinsame Strategie zur Etablierung von notwendigen Angeboten sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (ambulant und stationär) entwickelt werden. Dazu bedarf es auch eines politischen Willens und des Schaffens entsprechender Rahmenbedingungen. Wichtig ist es, ein gemeinsames Verständnis von „Krise“ zu entwickeln und gemeinsame Strategien zur Überwindung dieser zu vereinbaren.

Die Suche nach einer Lösung, welche Teilhaberechte aller Kinder und Jugendlicher berücksichtigt, ist des Weiteren eine vordringliche Aufgabe in der Jugendhilfe und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, weil die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Jugendhilfe am Beispiel der Entwicklung rund um den § 35 a SGB VIII, paradigmatisch auch Lösungsansätze für alle behinderten Personenkreise, in einer inklusiven Lösung, prägen wird und muss.

Literatur:

- Adam, H. & Hoffmann, M. (Hg)* (2012) You'll never walk alone. Ein Kooperationsprojekt von stationärer kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Verlag Ruhiges Bewegen, Berlin,
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)* (2008): The Continuum Of Care For Children And Adolescents, Facts for Families, No 42, http://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/facts_for_families/42_the_continuum_of_care_for_children_and_adolescents.pdf
- Besier, T, Fegert JM & Goldbeck L* (2009) Evaluation of Psychiatric Liaison-Services for Adolescents in Residential Group Homes", *European Psychiatry*, Vol. 24, 483-489
- Dölitzsch C, Fegert JM, Künster A, Kölch M, Schmeck K, Schmid M* (2014). Mehrfachdiagnosen bei Schweizer Heimjugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 23 (3), 140-150
- Englert, E.D. & Matkey, M.* (2004) Der kinder- und jugendpsychiatrische Notfall. *Ärztblatt Thüringen*, Vol. 15, 6, pp. 287-290.
- Fegert JM* (2003) Was ist seelische Behinderung? Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35 a KJHG, 2. Auflage, Votum Verlag, Münster.
- Fegert JM & Besier, T.* (2009) Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. In 13. Kinder- und Jugendbericht: „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ Verlag Deutsches Jugendinstitut, München. 1-133
- Fegert, J.M. & Besier, T.* (2010) Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem“ in Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht - Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, 987-1110
- Fegert JM, Eggers, C., Resch, F. (Hg)* (2011) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg
- Fegert JM, Kölch M.* (2012) Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2. Aufl., Springer Verlag, Heidelberg
- Fegert JM & Schrapper, C.* (2004) Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag Weinheim und München
- Fegert JM, Roosen-Runge G, Thoms E, Kirsch U, Meysen T, Kölch M.* (2008) Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (KJHG) der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften. *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie* 36(4): 279-286
- Fegert JM, Streeck-Fischer, A. & Freyberger, H.J.* (2009) Adoleszenzpsychiatrie Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, 1. Auflage Schattauer, Stuttgart

- Ford T, Vostanis P, Meltzer H, Goodman R:* (2007) Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325
- Gintzel, U. & Schone, R.* (1990) *Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie - Konzepte, Methoden, Rechtsgrundlagen*, Votum Verlag, Münster
- Hagen, B.* (2015) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Abschlussbericht http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf
- Kölch M, Fegert JM.* (2007) Teilhabebeeinträchtigung – Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35a SGBVIII; *Das Jugendamt* 1(80) 1-8
- Kölch M, Keller F, Kleinrahm R, Fegert JM* (2007) Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung und Zielplanung bei Kindern mit komorbiden Störungen aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht. *Prävention und Rehabilitation*, 19:8-18
- Lehmkuhl, G., Poustka, F., Holtmann, M. & Steiner, H.* (2013) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 1. Auflage, Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen (Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Boston, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm, Florenz
- Mascenaere M, Schemenau G: Erfolg und Misserfolg in der Heimerziehung. Ergebnisse und Erfahrungen aus der Evaluation Erzieherischer Hilfen (EVAS). *Unsere Jugend* 2008, 60, 26-33
- Macsenaere, M., Esser, K., Knab, E. & Hiller, S. (Hg)* (2014) *Handbuch der Hilfen zur Erziehung*, 1 Aufl., Lambertus-Verlag, Freiburg.
- Nussbaum M, Sen A* (1993) *The quality of life. A study for the World Institute for Development Economic Research (WIDER) of the United Nations University*. Oxford: Clarendon Press
- Nussbaum MC* (2011) *Creating capabilities. The human development approach*. Cambridge Mass.:Belknap Press of Harvard University Press
- Plener, P.L., Groschwitz, R.C., Franke, C.F., Fegert, J.M. & Freyberger, H.J.* (2015a) Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland, *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. Vol. 63., 3, 181-186
- Plener, P.L., Straub, J., Fegert, J.M. & Keller, F.* (2015b) Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern - Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012. *Nervenheilkunde*, Vol. 34, 1-2, 18-23
- Rottleuthner H.; Rottleuthner-Lutter M.* (2010) Recht und Kausalität. In: Cottier M.; Estermann J; Wrase M. (Hg.): *Wie wirkt Recht? Ausgewählte Beiträge zum ersten gemeinsamen Kongress der deutschsprachigen Rechtssoziologie-Vereinigungen an der Universität Luzern 2008*, im Originaldruck erschienen 2010
- Schmid, M., Goldbeck L, Nuetzel, J. & Fegert J.M.* (2008) Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions”, *Child and Adolescent*

Psychiatry and Mental Health (online journal www.capmh.com), Vol. 2:2 (28 January 2008) Nomos-Verlag Baden-Baden

- Schmid M, Goldbeck L, Nützel J, Fegert JM* (2008) Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:2
- Schmid M, Dölitzsch C, Perez T, Jenkel N, Schmeck K, Kölch M, Fegert JM* (2014). Welche Faktoren beeinflussen Abbrüche in der Heimerziehung – welche Bedeutung haben limitierte prosoziale Fertigkeiten? *Kindheit und Entwicklung* 23(3), 161-172
- Schmid, M., Tetzer, M., Rensch, K. & Schlüter-Müller, S. (Hg)* (2012) *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*, 1. Aufl, Vandenhoeck & Ruprecht
- Schrapper, C.* (2004) Teilhabe ermöglichen. Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 35 a KJHG“ in *Handbuch Jugendhilfe - Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation*, Hs. Fegert JM & C. Schrapper, Juventa Verlag Weinheim und München, München, pp. 203-207
- Schröer, W., Struck, N. & Wolff, M. (Hg)* (2001) *Handbuch Kinder- und Jugendhilfe*, 1. Auflage, Juventa, Weinheim
- Steinhausen, H.-.* (2010) *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*, 7. Aufl., Elsevier GmbH, München.
- Tetzer, M.* (2015) *Das Spannungsverhältnis zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Beltz Verlag, Weinheim Basel

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, DE-89075 Ulm
Tel.: 0731 / 5006-1600, Fax: 0731 / 5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de
Web: www.uniklinik-ulm.de

Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes

Das BMFSFJ informiert die Fachverbände der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, die Berufsverbände der Heilberufe und die kommunalen Spitzenverbände am 13. August 2015

*Jörg M. Fegert¹, Reinhard Martens²,
Katharina Wiebels³ & Michael Kölch⁴*

1. Einleitung

Das Bundeskinderschutzgesetz ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Die damalige Bundesfamilienministerin, Dr. Kristina Schröder, äußerte in ihrer Pressemitteilung zum Gesetz:

„Ich habe damit mein zentrales Ziel auf dem Weg zu einem wirkungsvollen und umfassenderen Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vernachlässigung und Misshandlung erreicht Die einhellige Zustimmung zum Gesetz, die Bundestag und auch Fachwelt teilen, bieten Gewähr dafür, dass die Verbesserungen im Alltag von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien wirklich ankommen“.

Trotz der Zusicherung der damaligen Bundesfamilienministerin, dass die intendierten Verbesserungen im Alltag ankommen werden, hatte der Gesetzgeber durch eine Evaluationsvorgabe dafür gesorgt, genau diese intendierten Gesetzeswirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes zu überprüfen.

¹ Präsident der DGKJP und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Projekts „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen“ des Deutschen Jugendinstituts. Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm

² Vertreter des BKJPP bei der Verbändeanhörung

³ Juristische Referentin in der Geschäftsstelle der DGKJP

⁴ Vorstandsmitglied der BAG, Teilnehmer für die BAG und die DGKJP, Vertreter von Prof. Fegert im wissenschaftlichen Beirat des Projekts „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes“

Verabschiedet worden war ein so genanntes „Artikelgesetz“, was die Rezeption der neuen Regelungen, gerade im medizinischen Bereich, nicht unbedingt einfacher machte. Hinzu kam, dass zum damaligen Zeitpunkt, d.h. in der letzten Legislaturperiode, das Bundesministerium für Gesundheit in vielen Punkten sich der Diskussion eher enthalten bzw. sich entzogen hat, so dass die eingetretenen Änderungen im Gesundheitsbereich zum Teil nicht durch entsprechende Maßnahmen im Kontext des SGB V begleitet worden waren. Hier hat sich in der jetzigen Legislaturperiode einiges zum Positiven gewendet. Beispiele davon werden in diesem Artikel aufgezählt, auch weil sie bei der Systematik der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes wahrscheinlich zunächst eher nicht Berücksichtigung finden können. Zunächst sei aber die Konstruktion des Gesetzes erklärt:

Das Bundeskinderschutzgesetz besteht aus sechs Artikeln:

- **Artikel 1** beinhaltet das neu geschaffene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), welches wiederum vier Paragraphen enthält
 - § 1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung
 - § 2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung
 - § 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz
 - § 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

§ 4 normiert die so genannte „Befugnisnorm“, mit der die heilberufliche Schweigepflicht in Kinderschutzfällen geändert worden ist.

- **Artikel 2** änderte im SGB VIII den bisherigen § 8a SGB VIII und gleichzeitig wurden der neue § 8b SGB VIII und der § 79a SGB VIII eingeführt. § 8b SGB VIII ist für die Heilberufe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie deshalb relevant, weil er einerseits einen ähnlichen Rechtsanspruch wie in § 4 KKG für die Nichtberufsgeheimnisträger, also Hilfskräfte, Ehrenamtler etc. durch eine insoweit erfahrene Fachkraft einführt und, weil er vor allem für Einrichtungsträger und Leitungen Beratungsangebote durch den überörtlichen Träger der Jugendhilfe kodifiziert, wenn es darum geht, Partizipation, Beschwerdemanagement etc. in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Hier wird derzeit

allerdings noch über die Auslegung gestritten, ob dies nur Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe betrifft, wie manche aus der Gesetzesbegründung ableiten möchten, oder ob alle Einrichtungen, wie im Wortlaut des Gesetzes formuliert, Träger des Rechtsanspruchs sind.

- **Artikel 3** des Bundeskinderschutzgesetzes ändert das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und das Schwangerschaftskonfliktgesetz. Gerade die Änderungen im Behindertenbereich waren im Gesetzgebungsverfahren, auch im Bundesratsverfahren, stark umstritten und die im Vermittlungsausschuss gefundene Kompromisslösung kann eher als schwacher Kompromiss eingeschätzt werden. Dennoch ist mit dieser Regelung auch ein Einstieg in die Debatte um Kinderschutz in so genannten „Behinderteneinrichtungen“ gefunden worden.

- **Artikel 4** ist Gegenstand dieses Beitrags, denn Artikel 4 regelt eine Evaluationspflicht in Bezug auf die Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes und beauftragt die Bundesregierung, diese, unter Beteiligung der Länder, zu untersuchen und dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2015 über die Ergebnisse dieser Evaluation zu berichten. Bei den parlamentarischen Anhörungen hatten sowohl juristische Experten, insbesondere Prof. Salgo (Frankfurt), als auch Vertreter der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Prof. Fegert) eine solche innovative, konkretisierte Evaluationspflicht gefordert. Tatsächlich war dieser Artikel im ursprünglichen Regierungsentwurf nicht enthalten und war erst im weiteren Gesetzgebungsverfahren, nach den Anhörungen, aufgenommen worden. Insofern ist es unser Ziel, mit diesem Artikel auch die Bemühungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eine breite Evaluation zu gewährleisten und das Entstehen der Evaluationsergebnisse transparent zu machen, wertzuschätzen. Selbst wenn es gerade aus heilberuflicher oder kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht an einigen Stellen notwendig ist, Kritik oder Anregungen zu formulieren, so hat das BMFSFJ hier erfolgreich Neuland betreten. Dies zeigte auch die überwältigende Teilnahme an der zweiten Verbändesitzung, nach einer ersten Sitzung am 28.4.2015, zu der Frau Dr. Heike Schmid-Obkirchner, die zuständige Referatsleiterin, am 11. August 2015, in das BMFSFJ eingeladen hatte.

- **Artikel 5 und Artikel 6** des Artikelgesetzes haben formalen Inhalt und regeln die Bekanntmachung im Bundesgesetzblatt und das Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.01.2012.

2. Kooperationsplattform – Evaluation Bundeskinderschutzgesetz, wissenschaftliche Begleitung

Im Auftrag des BMFSFJ bildeten das Deutsche Jugendinstitut und die Technische Universität Dortmund eine Kooperationsplattform zur wissenschaftlichen Begleitung der Evaluation (vgl. <http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de>). Diese Plattform vereint einen Forschungsverbund aus dem Projekt „Wirkungen des Bundeskinderschutzgesetzes – Wissenschaftliche Grundlagen“ des Deutschen Jugendinstituts e.V. (DJI), dem Vorhaben „Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen im Projekt Nationales Zentrum Frühe Hilfen des Deutschen Jugendinstitutes“, dem Forschungsvorhaben der Freien Universität Berlin zur Implementierung von Hausbesuchen im Kontext des Schutzauftrags im SGB VIII und der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik an der Universität Dortmund.

Über diese Kooperationsplattform waren in Teilprojekten die Verbände auch zu einer Stellungnahme aufgefordert worden. Die Stellungnahme der DGKJP (Fegert 2015) ist online unter www.dgkjp.de/publikationen/stellungnahmen/300-stellungnahme-bkischg-2015. Wissenschaftliches Ziel der Kooperationsplattform ist es nach Darstellung von Dr. Jens Pothmann von der Universität Dortmund gewesen, einzelne Regelungsbereiche des Bundeskinderschutzgesetzes in überprüfbare Fragestellungen der Wirkungsforschung zu überführen.

Folgende Stichpunkte wurden genannt:

- Frühe Hilfen: Strukturelle Vernetzung auf örtlicher Ebene schaffen
- Anspruch auf anonyme Schwangerschaftsberatung
- Stärkere Einbeziehung von Personen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe in den Kinderschutz
- Übermittlung von Daten an das zuständige Jugendamt
- Anspruch auf allgemeine Beratung in Kinderschutzfragen für Einrichtungen
- Beratungsanspruch für Kinder und Jugendliche in Not und Krisensituationen
- Pflicht zum Hausbesuch nach fachlicher Einschätzung im Einzelfall

- Verfahrensregeln für Fallübergabe bei Zuständigkeitswechseln
- Kriterien für die Qualifikation der insoweit erfahrenen Fachkraft
- Stärkung der Rechte von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, Erweiterung der Anforderungen und Vereinheitlichungen der Betriebserlaubniserteilung
- Erweiterung der Meldepflichten
- Schutz vor einschlägig vorbestraften Personen im Rahmen von Aufgaben öffentlicher Träger
- Gesamtverantwortung des öffentlichen Trägers für Qualitätsentwicklung
- Kontinuitätssichernde Lebensumstände für Pflegekinder
- Einführung einer Statistik über Gefährdungseinschätzung und sonstige Anpassungen der Statistik

Dabei muss die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes auch den fachlichen und gesellschaftlichen Rahmen der Veränderungen im Kinderschutz mit berücksichtigen. Dazu gehören die Betonung des „achtsamen Staats“ z.B. im 14. Kinder- und Jugendbericht „Kinder- und Jugendhilfe in neuer Verantwortung“, sowie ein breites begriffliches Verständnis von Kinderschutz, welches explizit Prävention mit einbezieht. Dazu gehören auch die von der UN-Kinderrechtskonvention geforderte Stärkung der Rechte von Kindern und Jugendlichen und die Debatte um Fragen des strukturellen Schutzes von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, wie sie der Runde Tisch „Heimkinder“ und der Runde Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ thematisiert haben.

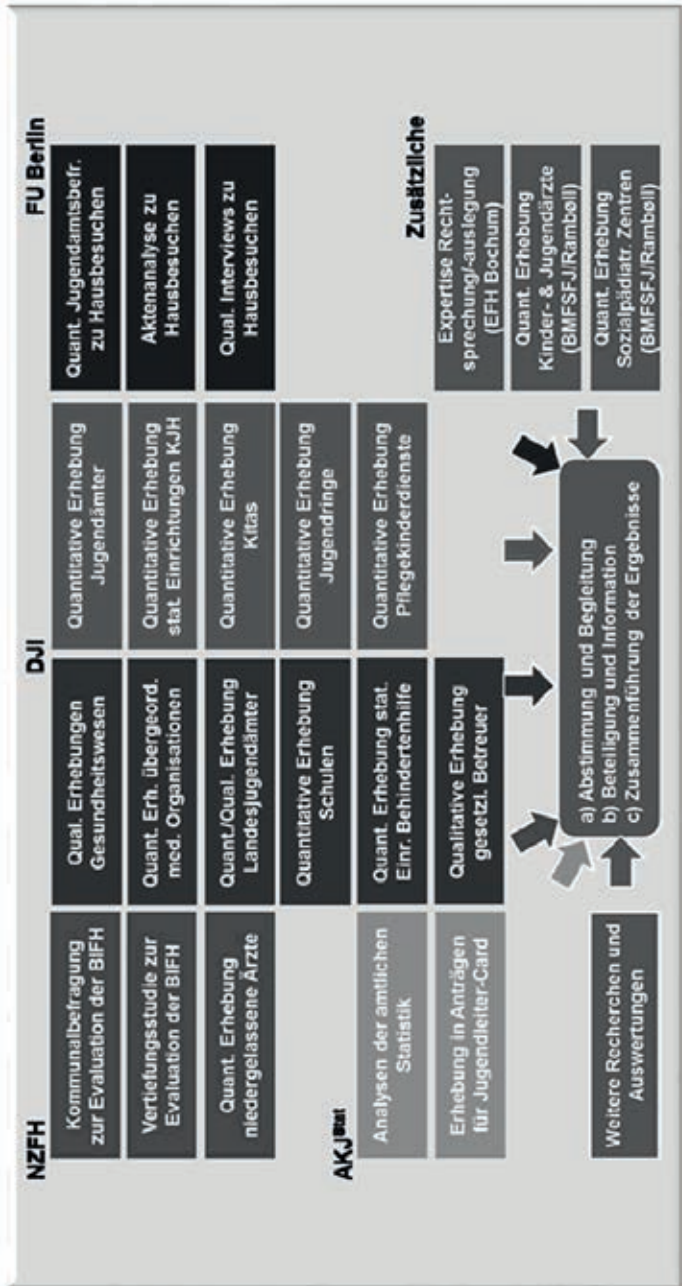
Vorausgegangen waren auch länderspezifische Entwicklungen, z.B. mit den Landeskinderschutzgesetzen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz, die der Formulierung der Bundeskinderschutzgesetzes an vielen Punkten vorgegriffen haben, im Bereich der Frühen Hilfen waren zahlreiche Modellprojekte, u.a. das Projekt „Guter Start ins Kinderleben“ erfolgreich durchgeführt und vom, in diesem Zusammenhang neu gegründeten Nationalen Zentrum Frühe Hilfen, später dann koordiniert worden. Konzeptionell ist aus der Sicht des Trägerverbundes die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes ein Verfahren der **retrospektiven Gesetzesfolgenabschätzung**. Dabei gelte es auch zu berücksichtigen, dass solche Implementationsprozesse Zeit brauchen. Abbildung 1 (mit freundlicher Genehmigung des BMFSFJ) gibt eine Übersicht über die einzelnen Forschungsvorhaben im Rahmen der Kooperationsplattform.



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Übersicht: Forschungsvorhaben im Rahmen Evaluation Bundeskinderschutzgesetz



Übersicht: Forschungsverbund DJI/TU Dortmund

Abbildung 1: Übersicht über die einzelnen Forschungsvorhaben im Rahmen der Kooperationsplattform

3. Information des BMFSFJ zum Stand der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes (Anfang August 2015)

Die zuständige Referatsleiterin, Frau Dr. Schmid-Obkirchner, wies zunächst darauf hin, dass die hier vorgenommene Evaluierung generell der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entspreche. Es bestehe nämlich eine grundsätzliche Pflicht des Gesetzgebers, die Wirkungen neuer Gesetzgebung in Form einer Gesetzesfolgenabschätzung zu prüfen. Diese Pflicht ergebe sich aus den grundrechtlichen Schutzpflichten. Dennoch führe die konkretisierte, direkt gesetzlich verankerte, explizite Pflicht zur Evaluierung der Wirkung des Bundeskinderschutzgesetzes in Artikel 4 Bundeskinderschutzgesetz zu einem konkreten Zeitdruck durch die festgelegte Berichtspflicht der Bundesregierung gegenüber dem Deutschen Bundestag bis 31.12.2015. Zentrale Kriterien der Evaluation ist aus Sicht des Ministeriums eine Kontrolle der Zielerreichung des Gesetzes im Sinne von Normendurchsetzung und Wirksamkeit. Das heißt, es soll erfasst werden, wie der Stand der Umsetzung des Gesetzes ist, ob das Gesetz den anvisierten Zweck erreicht und ob es intendierte oder nicht intendierte Nebenfolgen gibt.

Als zentrale Zieldimension des Bundeskinderschutzgesetzes nannte das BMFSFJ vier Dimensionen:

- strukturelle Vernetzung von Akteuren im Kinderschutz und Stärkung früher Hilfen auf örtlicher Ebene
- Verbesserung von Handlungs- und Rechtssicherheit im Kinderschutz
- Stärkung und kontinuierliche Weiterentwicklung verbindlicher Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendhilfe
- Weiterentwicklung des statistischen Datenbasis zur Wissenserweiterung

(vgl. Abbildung 2).

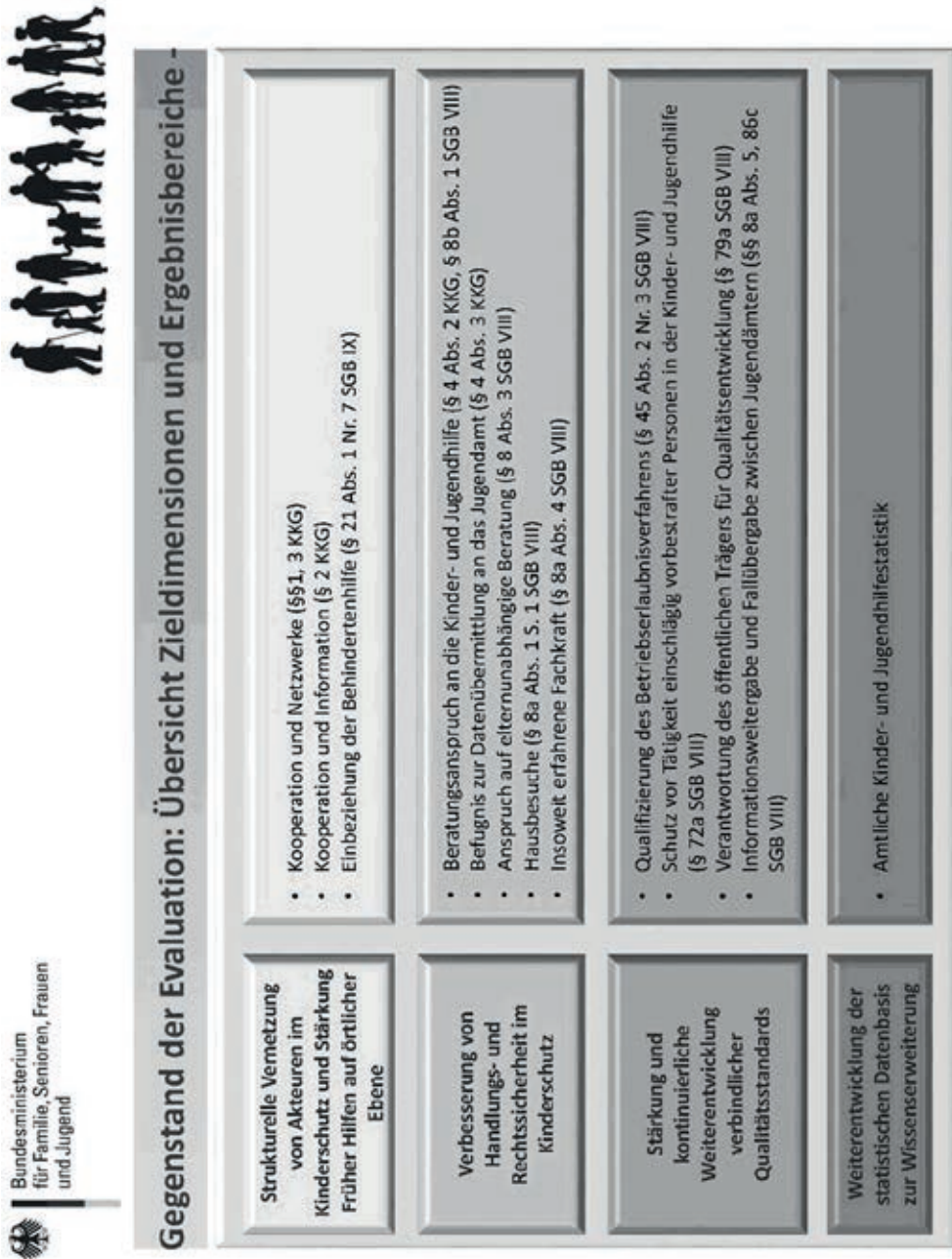


Abbildung 2: Zieldimensionen und Ergebnisbereiche

Im Verbändetreffen wurden, trotz der gewaltigen Dimension des Vorhabens, auch aus verschiedenen Bereichen **erste Befunde und Ergebnisse** vorgestellt, die in derselben Woche schon mit dem wissenschaftlichen Beirat des Evaluationsprojekts methodenkritisch diskutiert worden waren. Auch in der Verbänderunde ergaben sich zahlreiche Nachfragen zu einzelnen Befunden. Dennoch sollen hier einige erste Ergebnisse, mit dem ausdrücklichen Hinweis darauf, dass es sich um einen transparenten Zwischenstandsbericht handelt und nicht die abschließende Berichterstattung des Ministeriums reflektiert, wieder gegeben werden. Insgesamt waren wir kinder- und jugendpsychiatrischen Vertreter, trotz einiger kritischer Anmerkungen, nämlich sehr davon angetan wie das BMFSJ transparent das ganze Vorgehen gestaltet und auch die Partizipation der medizinischen Kooperationspartner bzw. ihrer Fachverbände in der Vorbereitung der Evaluation berücksichtigt hat.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass **Kooperationen und Netzwerke** seit der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes, entsprechend der Intention der § 1 und § 3 KKG sich deutlich verbessert bzw. gebildet haben. Nach Angaben der Jugendämter hat sich die Zahl der Kooperationspartner in 96 % der befragten Jugendamtsbezirke seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes erhöht. Fast alle Jugendamtsbezirke besitzen eine Koordinierungsstelle für Netzwerke. Dies ist ein Anstieg von 50 Prozentpunkten gegenüber 2011. Das Gesundheitswesen ist insbesondere über Gesundheitsämter (80 % der Netzwerke) oder durch Kinderärzte und niedergelassene Hebammen (ca. zwei Drittel der Netzwerke) beteiligt.

Interessant waren auch die ersten Ergebnisse zu den vermuteten Wirkungen von § 21 Abs. 1 Nr. 7 SGB IX. Eine quantitative Erhebung bei stationären Einrichtungen der **Behindertenhilfe** ergab, dass 93 % der befragten Einrichtungen der Behindertenhilfe das Bundeskinderschutzgesetz kennen. Was insofern erstaunt, da die letztendlich im Bundeskinderschutzgesetz getroffene Regelung für den Behindertenbereich als sehr schwacher Kompromiss angesehen wurde. Für die Gesetzesfolgenabschätzung ergibt sich also die Frage danach, ob auch „faule“ Kompromisse wegweisende Wirkungen nach sich ziehen können oder generell, ob überhaupt die beobachteten Veränderungen kausal auf einzelne Handlungen des Gesetzgebers zurückbezogen werden können oder ob sich eher generell ein Klima in Einrichtungen in Deutschland, in Bezug auf den Kinderschutz, verändert hat.

In Bezug auf den **Beratungsanspruch für Berufsheimlichsträger** nach § 4 KKG fanden wir kinder- und jugendpsychiatrischen Vertreter es enttäuschend, dass empirisch nur niedergelassene Kinder- und Jugendärzte befragt wurden. Bei einem eher nicht zufriedenstellenden Rücklauf (ca. ein Drittel der Befragten) gaben 60 % an diesen Beratungsanspruch zu kennen, der Bekanntheitsgrad variierte in den einzelnen Bundesländern erheblich, hier ist offensichtlich Luft nach oben). In der Evaluation durch das DJI wurden allerdings explizit Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu den Erfahrungen mit dem Gesetz befragt und damit der Spezifität der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Schnittstellenfach einerseits, andererseits als erfahrene Partner gerade auch im Bereich Vernachlässigung und Missbrauch Rechnung getragen (www.dji.de/index.php?id=43651). Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DG-KJP) hat in diesem Zusammenhang beschlossen, ähnliche Fragen wie in der Umfrage bei den Pädiatern zum Bundeskinderschutzgesetz im Rahmen ihrer noch laufenden Online-Befragung aller Mitglieder aufzunehmen, denn es ist zwar ärgerlich, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie primär nicht berücksichtigt wurde, gleichzeitig könnte es gut möglich sein, dass diese selbst organisierte Datenerhebung wenigstens Daten auf demselben Niveau wie die offizielle Befragung der Kinder- und Jugendärzte ergibt. Kritisiert wurde auch, dass das stationäre Versorgungsfeld, insbesondere der Notfallbereich, nicht berücksichtigt wurde, wo doch sehr viele Kinderschutzfälle eben nicht beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt sondern eher in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser vorgestellt wurden.

In Bezug auf die **Änderungen bei der Schweigepflicht** teilte das Ministerium gestützt auf die Evaluationsergebnisse mit, dass bei über zwei Drittel der Fälle, über die das Gesundheitswesen das Jugendamt informiert habe, es sich um neue Fälle aus Sicht der Jugendhilfe gehandelt habe. Das heißt, dass zum Zeitpunkt der Gefährdungseinschätzung in diesen Fällen noch keine Jugendhilfeleistungen in Anspruch genommen worden waren. Die Zusammenarbeit über die Systemgrenzen hinweg scheint also hier tatsächlich zu einer verbreiteten Wahrnehmung von Hilfebedarf zu führen. Trotz der schon kritisierten Repräsentativität der Angaben der befragten niedergelassenen Pädiater sei noch ein Resultat referiert: 78 % dieser Kinderärzte, bei denen 2014 mindestens ein Verdachtsfall aufgetreten ist, haben 2014 auch mindestens einmal Daten an das Jugendamt übermittelt. Trotz aller Kritik, auch in Bezug auf die Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei der Entstehung

des Gesetzes in der letzten Legislaturperiode, kann also festgestellt werden, dass sich auch im Gesundheitswesen etwas getan hat, wobei hier noch viel zu tun ist und auch einiges von zentraler Stelle auch schon unternommen wurde (siehe unten).

Grund für das Scheitern eines ersten Versuchs für ein Bundeskinderschutzgesetz war die Debatte um **Hausbesuche**. Diese wurden nun im § 8a Abs. 1 Satz 1 SGB VIII geregelt und im Rahmen der Evaluation kann festgestellt werden, dass 86 % der Jugendämter das Vorgehen bei Bekanntwerden von Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdungen nun in einer Dienstanweisung geregelt haben und diese in 79 % Regelungen zum Hausbesuch enthalten.

Die in § 8a SGB VIII eingeführte **insoweit erfahrene Fachkraft** wurde im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes dadurch aufgewertet, dass sie neue Beratungsfunktionen übernehmen sollte und gleichzeitig Kriterien für die Qualifikation der insoweit erfahrenden Fachkräfte in die Vereinbarungen zwischen Jugendämtern und freien Trägern aufgenommen werden sollten.

Die Evaluation erbrachte, dass ein qualifizierter beruflicher Abschluss in 80 % eines der Vereinbarungskriterien ist oder qualifizierte Berufserfahrung in 76 % oder eine Zusatzqualifikation als „Kinderschutzfachkraft“. In der Diskussion wurde aber sehr deutlich, dass gerade in Bezug auf die insoweit erfahrene Fachkraft und ihre Erfahrung zum Teil noch erhebliche Implementationsmängel bestehen. Wiederholt wurde nicht nur von den kinder- und jugendpsychiatrischen Teilnehmern, sondern auch von vielen anderen Verbänden darauf hingewiesen, dass nicht eine Fachkraft die Kompetenz für diesen Bereich haben kann, sondern dass es vielmehr eines Pools an Fachkräften mit Expertise z.B. auch im Bereich sexuellen Missbrauchs bei Jugendlichen etc. bedarf, um der Heterogenität der Bedarfslagen gerecht zu werden. Ein besonderes Problem dabei ist die Rolle der insoweit erfahrenden Fachkraft bei der Beratung in akuten Fragen bei medizinischen Notfallsituationen (vgl. Stellungnahme der DGKJP Fegert 2015 siehe oben).

In der Neufassung des § 72a SGB VIII ist der **Schutz vor Tätigkeit einschlägig vorbestrafter Personen** in der Kinder- und Jugendhilfe neu gefasst worden. Gerade aus dem ehrenamtlichen Bereich, insbesondere aus Bayern, gab es sehr viel Kritik an dieser Regelung, die sich vor allem auf die Einholung der erweiterten Führungszeugnisse bezog. Aufgrund der Evaluationsergebnisse kann man generell sagen, dass bei den hauptamtlich in der Jugendhilfe Beschäftigten mittlerweile die Einholung eines Führungszeugnisses die Regel

ist. In den meisten Fällen sind hier auch entsprechende Vereinbarungen mit den freien Trägern geschlossen worden. Das Diskussionsfeld bleibt weiterhin das Ehrenamt, wobei hier auffällig ist, dass nicht wie im Gesetz gefordert tätigkeitsbezogen, sondern eher generell Führungszeugnisse eingeholt oder abgelehnt werden. Immerhin gaben jeweils etwa 2 % der befragten Jugendämter, Jugendringe und HzE-Einrichtungen an, dass sie in Anwendung von Regelungen des § 72a SGB VIII bereits Bewerber aufgrund von Eintragungen nicht eingestellt haben.

Soweit einige inhaltliche vorläufige Ergebnisse aus der Evaluation zum Bundeskinderschutzgesetz.

Zu begrüßen ist auch, dass durch die **Weiterentwicklung der amtlichen Statistik im Bereich der Dortmunder Jugendhilfestatistik** mehr Angaben zu so genannten „§ 8a Verfahren“ vorliegen (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/Gefaehrdungseinschaetzungen5225123137004.pdf?__blob=publicationFile). Hier wird auch die Kooperation mit dem Gesundheitswesen betrachtet. Allerdings bestand auch nach der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes im Krankenhausbereich noch bis Mitte 2013 ein Kodierverbot für die entsprechenden ICD-10-Kodes zu Vernachlässigung, Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch, so dass keine Vergleichsdaten aus dem Gesundheitswesen bestehen. Insgesamt handelt es sich auch in der Jugendhilfestatistik um indirekte Angaben der Ämter, so dass ein genereller Überblick über so genannte „service utilization“ und eine hinreichende Erfassung des Umfangs der Problematik in Deutschland derzeit noch nicht gegeben ist. Dies hat auch eine Expertenveranstaltung des Unabhängigen Beauftragten zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs Ende 2014 unter Beteiligung namhafter internationaler Experten (Finkelhor, Trocmé, Svedin) aufgezeigt (vgl. Fegert et al. 2015).

4. Entwicklungen im Bereich des Gesundheitswesens

Die wesentlichen Änderungen für das Gesundheitswesen, insbesondere die Änderungen in Bezug auf die ärztliche Schweigepflicht im Rahmen einer Befugnisnorm, sind lange Zeit im Gesundheitswesen nicht hinreichend wahrgenommen worden, da eben diese gesetzlichen Regelungen im Kinder- und Jugendhilferecht und nicht im Kontext des SGB V kodifiziert wurden. Für die Heilberufe haben Fegert und Richter im Deutschen Ärzteblatt (2015) generell

auf die Befugnisnorm und die damit verbundenen Implikationen hingewiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Haushaltstitel „Kindergesundheit“ die Förderung einer S3-Leitlinie Kinderschutz der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, unter Federführung der AG Kinderschutz in der Medizin, bewilligt (www.kinderschutzleitlinie.de/de). Eine solche Leitlinie war ein vielfach angemahntes Desiderat, da die einzelnen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der Sozialpädiatrie, der Pädiatrie und der Kinderchirurgie abgelaufen waren und nach den gesetzlichen Veränderungen und angesichts des erheblichen Wissenszuwachses in diesem Feld erneuert werden mussten. Im selben Förderschwerpunkt „Kindergesundheit“ ist auch ein Informationsprojekt mit E-Learning über Basiswissen zum Kinderschutz für Heilberufe angesiedelt, welches von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm durchgeführt wird. In Bezug auf die Vorsorgeuntersuchungen wurde die Kinderrichtlinie vom Gemeinsamen Bundesausschuss neu gefasst und es wurde dabei stärker auf die Prävention von Kindeswohlgefährdung geachtet, was bei der Evaluationsveranstaltung im BMFSFJ von Frau Monika Scheele Knight, Patientenvertreterin im G-BA, betont wurde. Aber auch die Inhalte dieser Richtlinie werden erst verbreitet und bekannt gemacht werden müssen. Am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ und auch im Kontext der Debatte um das Bundeskinderschutzgesetz waren Ausbildungsdefizite in allen sozialen Berufen, aber gerade auch in den Heilberufen thematisiert worden. Das Ministerium für Wissenschaft und Kunst hat deshalb in Baden-Württemberg ein Kompetenzzentrum Kinderschutz in der Medizin als Kooperation der Rechtsmedizin in Freiburg, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Heidelberg, der Pädiatrie in Ulm und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Ulm eingerichtet (Sprecher Prof. Fegert, www.comcan.de). Mehrere E-Learning Programme, u.a. zu Frühen Hilfen und zur Prävention von sexuellem Missbrauch (<https://fruehehilfen-bw.de>; <https://missbrauch.elearning-kinderschutz.de>) wurden mit öffentlicher Unterstützung (Frühe Hilfen, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, weitere Verbreitung und Evaluation unterstützt durch die UBS Optimus Foundation, sexueller Missbrauch und Vertiefungsprojekt ECQAT unterstützt vom BMBF) implementiert. Im Rahmen der Projekte Frühe Hilfen ist eine stärkere Einbindung von Ärzten in lokale Kooperationszusammenhänge gelungen. Teilthemen wie z.B. Kinder psychisch kranker Eltern und ihre Gefährdungen bleiben aber unterrepräsentiert und müssen auch in Zukunft stärker

bearbeitet werden (vgl. Kölch et al. 2014). Im Rahmen des Projekts Frühe Hilfen wurden z.B. in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auch Qualitätszirkel eingerichtet, in denen Frühe Hilfen Fälle interdisziplinär diskutiert werden. In den Bundesländern Rheinland-Pfalz und Saarland wurde die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe im Bereich der Frühen Hilfen flächendeckend landesweit geregelt. Manche Landesgesetze zum Kinderschutz regeln auch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Leider ist dieser Bereich bislang bundesweit nicht hinreichend evaluiert und findet auch in der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes keine Beachtung. Im Kontext eines Hearings des UBSKM, Johannes-Wilhelm Rörig, wurde ein Papier zur Versorgung im Gesundheitsbereich für Betroffene von den großen Playern im Gesundheitswesen, also der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer, unter Moderation des BMG, verabschiedet (www.bptk.de/uploads/media/20121012_Rahmenempfehlungen_Opfer-sexuellen-Missbrauchs.pdf). Der Unabhängige Beauftragte hat sich auch bemüht, die Umsetzung bundesweit zu erheben, wobei nach wie vor von einem sehr heterogenen Implementierungsstand auszugehen ist, so dass das Papier eher als eine Sammlung von „Best Practice Beispielen“ als eine Schilderung des Ist-Zustands angesehen werden kann. Entsprechend dem beim Gesundheitshearing des UBSKM vorgetragenen Forderungskatalogs hat das BMG zum Ende der letzten Legislaturperiode den § 294 a SGB V geändert und diese Norm mit dem Zusatz

„Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1“

versehen.

Dadurch besteht zum ersten Mal keine Informationspflicht der Behandler in Kinderschutzfällen gegenüber den Krankenkassen und damit in der Regel auch gegenüber den Staatsanwaltschaften. Gleichzeitig wurde vom DIMDI die Kodierverordnung geändert, die bisher die Kodierung der misshandlungs- und missbrauchsbezogenen Diagnosen im Krankenhaus verboten hatte und das InEK führte eine Abrechnungsziffer für die kooperative Abklärung von Kinderschutz- und Kindergesundheitsfällen mit dem OPS 1-945 (Stermoljan und Fegert in Fegert et al. 2015) ein.

Insgesamt kann man also sagen, dass nach der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes und nach der herben Kritik an der freundlich gesagt „Zurückhaltung“ aus dem Bundesministerium für Gesundheit, sich in dieser Legislaturperiode doch einiges getan hat, was auch im Zusammenhang der Gesamtdiskussion um das Bundeskinderschutzgesetz beachtet werden sollte. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände begrüßen sehr, dass der Haushaltstitel „Kindergesundheit“, der längere Zeit gegen Null tendierte und nur noch formal bestand, nun wieder mit inhaltlichen Projekten und den dafür notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet ist, die gerade auch die Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Kinderschutz allgemein befördern. Aus Sicht der Fachverbände wäre es zu wünschen, wenn in den nächsten Jahren, im Kontext der Debatte um die Weiterentwicklung des Bundeskinderschutzgesetzes, vor diesem Hintergrund die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitswesen und Jugendhilfe, die sich vielfach vor Ort, auf Gemeinde- und Kreisebene oder auch auf Landesebene schon realisiert hat, auch auf Bundesebene voranschreiten könnte.

Als Folge der Debatte am Runden Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch“ hat das BMBF zwei Förderschwerpunkte im Bereich Gesundheitsforschung und im Bereich Bildungsforschung ausgeschrieben und zahlreiche Forschungsnetzwerke und -verbände gefördert. Einen Überblick über die Forschungsaktivitäten in der Gesundheitsforschung gibt das Themenheft „Forschung zu früher Gewalt und Vernachlässigung – die aktuelle Verbundförderung des BMBF“ der Zeitschrift *Trauma & Gewalt* (Heft 2/2015). Der Förderschwerpunkt im Bereich Bildungsforschung ist insbesondere in Bezug auf strukturelle Schutzmaßnahmen, Beschwerdemanagement und Partizipation in Einrichtungen relevant. Insofern sind durch Projekte in diesen Bereichen, wie z.B. die Studien „Sprich mit“, „Ich bin sicher“ konkrete Ergebnisse zur Umsetzung von Schutzkonzepten aus der Sicht von Kinder und Jugendlichen und Betreuungspersonal sowie konkrete Ergebnisse zur Belastung von institutionell betreuten Kindern in Bezug auf Gewalt und Übergriffe sowie eigene Übergriffigkeit zu erwarten (vgl. Doman et al. 2014 a und b, Rau et al. 2014).

5. Desiderate

Eine solche, erstmalig in diesem Umfang durchgeführte Gesetzesevaluation im Kinderschutzbereich stellt ein Novum dar. Insofern ist es klar und logisch, dass trotz der umfangreichen Anlage Lücken aufgetreten sind. Aus

kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht bedauern wir die Konzentration und Reduktion der heilberuflichen Sicht auf die in der Praxis tätigen Kinder- und Jugendärzte. Wir wissen fachlich um die hohe Koinzidenz von Misshandlung, Misshandlungsfolgen und psychischen Störungen, wir wissen um die Tatsache, dass im Rahmen von Kinderschutzgruppen regelhaft kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Expertise bei der Abklärung der Fälle hinzugezogen werden muss, um die Qualitätsstandards, die vorgegeben sind, zu erfüllen. Umso bedauerlicher ist es, dass der ganze „Psych-Bereich“ nicht systematisch evaluiert wurde. Erfreulich ist, dass auch kinder- und jugendpsychiatrische Erfahrungen qualitativ in der Untersuchung einer Fokusgruppe vom DJI erhoben wurden und dass uns Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wurde. Es bleibt zu hoffen, dass dies auch im endgültigen Evaluationsbericht Erwähnung findet. Kinder- und Jugendpsychiater über Jahre und Jahrzehnte entscheidend mit Position bezogen, da sehr viele Fälle im weiteren Verlauf mit psychischen Belastungen kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt werden. Bei einer Weiterentwicklung der Debatte sollte also dieser Aspekt der psychischen Belastungen und psychischen Störungen, der Psychodiagnostik im Kinderschutz sehr viel stärkere Beachtung finden.

Aufgrund der Anlage der Evaluation, die letztendlich von den neu beschlossenen Normen ausgeht und diese in einzelne Forderungen und Aussagen zerlegt, die dann in Bezug auf ihre Umsetzung überprüft werden können, sind manche Effekte systematisch nicht beachtet worden. Nicht geändert wurde, z.B. im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes die Inobhutnahme. Dennoch ist seit der verstärkten Debatte im Kinderschutz und seit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes, auch wenn man die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge, die hier das Bild verfälschen würden, generell abzieht, ein deutlicher Anstieg der Inobhutnahmen, insbesondere im Bereich, in dem auch die Frühen Hilfen angesiedelt sind (0-3 Jahre) festzustellen. Ist das nun ein Effekt des Bundeskinderschutzgesetzes? Ist das eine Fehlreaktion von Fachkräften, die übervorsichtig geworden sind? Wird den Kindern in diesen Inobhutnahmesituationen tatsächlich geholfen oder durch belastende Trennungssituationen, die teilweise lange andauern und protrahiert belastend sind, neuer Schaden zugefügt, der den Schaden aus der Risikosituation mehr (vgl. Petermann et al. 2014, Ziegenhain et al. 2014)? All dies ist nicht Ge-

genstand der Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, obwohl es jeden Kinder- und Jugendpsychiater in seiner Alltagspraxis fast täglich, gerade bei den Kinderschutznotfällen, beschäftigt. Entsteht der Eindruck, dass die Sensibilität für Gefährdungsrisiken deutlich gesteigert wurde, gleichzeitig aber die Fachlichkeit bei den Beratungskräften (insoweit erfahrene Fachkräfte) und die Frage, ob die zur Verfügung stehenden Interventionen tatsächlich helfen, bislang zu wenig berücksichtigt wurden. So stehen im Prinzip die Säulen „frühe Wahrnehmung, Sensibilisierung“ und die Säule „strukturelle Schutzmaßnahmen in Institutionen“ unvermittelt nebeneinander. Dabei sind es doch gerade die Institutionen mit dem höchsten Missbrauchsrisiko, mit der am höchsten belasteten Klientel mit Misshandlungsvorerfahrungen, die in der Regel die fachlichen Lösungen im Kinderschutzfall, z.B. im Rahmen einer Fremdplatzierung, darstellen.

Ergebnis der Evaluation muss also auch sein, darzustellen was noch fehlt und welche Dinge bislang noch weniger in den Blick genommen wurden. Hierzu zählt sicher ein Ausbau der Fachlichkeit der insoweit erfahrenen Fachkräfte nicht nur durch Präsenzkurse, sondern z.B. auch durch E-Learning Angebote, kollegiale Intervision und lokale Bemühungen um einen Fachkräftepool mit unterschiedlichen Schwerpunkten, der aber regelmäßig im Austausch steht. Die große Palette der stationären Hilfen, von der Inobhutnahme bis zur Fremdplatzierung in Heim oder Pflegefamilie gehört in ihren Auswirkungen auf den Prüfstand gestellt, wie dies andernorts z.B. in der Schweizer Heimkinderstudie, schon längst gemacht wurde. Schon der 13. Kinder- und Jugendbericht forderte, dass die Jugendhilfe generell traumasensibler werden müsse und dass die bestehenden Einrichtungen den extrem häufigen psychischen und traumatischen Belastungen der heutigen Heimkinder besser gerecht werden müssen.

6. Fazit

Insgesamt wurde eine Fülle von Informationen mit einer beeindruckenden Dichte an die Teilnehmer des Verbändehearings weitergegeben. Deshalb wurde auch allgemein Respekt und Hochachtung gegenüber dem Ministerium und den Forschern des von der TU Dortmund und dem Deutschen Jugendinstitut organisierten Konsortiums artikuliert. Dieser transparente, partizipative Stil, der auch die Praktiker des Gesundheitswesens breit mit einbezogen hat, ist sicher vorbildlich für den weiteren Fortgang der Diskussion. Nun ist zu wünschen, dass nicht nur die Praktiker und Verbandsvertreter aus dem

Gesundheitswesen, sondern auch die Gesundheitsministerien der Länder und das Bundesgesundheitsministerium in einer nächsten Phase enger in die Weiterentwicklung im Kinderschutz einbezogen werden. Viele wichtige Weichenstellungen sind mittlerweile hierfür auch im Gesundheitswesen getroffen worden.

Nach der Evaluation ist vor dem neuen Diskussionsprozess. Die positiven Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich in Deutschland etwas bewegt. Gleichzeitig wird deutlich, dass gerade im Gesundheitsbereich „noch Luft nach oben ist“. Die wichtige Mitwirkung der Psych-Fächer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist bislang in der Debatte zu wenig erkannt worden und sollte bei einer weiteren Auseinandersetzung auch stärker zukünftig beachtet werden. Gerade wir Kinder- und Jugendpsychiater, die täglich mit Krisen von Heimkindern und Kindern aus Pflegefamilien konfrontiert sind, die häufig über längere Zeit die schwierigen Verläufe mit unterschiedlichen Fremdplatzierungen begleiten, müssen darauf hinweisen, dass nach der Sensibilisierung für Interventionen zum Schutz von Kindern nun in einer nächsten Phase dringend die Überprüfung der Fachlichkeit dieser Interventionen erfolgen muss.

Die wissenschaftliche Fachgesellschaft und die Fachverbände des Fachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie haben sich auch sehr aktiv mit der Schulung bezüglich des Gesetzes befasst. Die gemeinsame Kommission Jugendhilfe, Arbeit, Soziales und Inklusion hat sowohl auf dem DGKJP-Kongress als auch auf den Jahrestagungen des BKJPP Seminare, die gut besucht wurden, angeboten, um eine systematische Schulung und Dissemination der gesetzlichen Regelungen im Fach zu erreichen.

Ein Desiderat aus medizinischer Sicht bleibt auch die fachkompetente Beratung in Kinderschutzfällen und zwar sowohl im Einzelfall als auch auf Institutionen bezogen gem. § 4 KKG und § 8b SGB VIII. Hier muss man derzeit leider davon ausgehen, dass viele der Angebote nicht zeitnah und situationsadäquat erfolgen.

Als Fazit bleibt so oft die Metapher vom halb vollen und halb leeren Glas. Es ist offensichtlich viel erreicht worden, gleichzeitig bleibt auch noch viel zu tun. Die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Fachgesellschaft und die Fachverbände müssen stärker darauf achten, dass die psychischen Kurz- und Langzeitfolgen und nicht nur das Erkennen potentiell bedrohlicher Situationen stärker in den Mittelpunkt der Diskussion geraten.

7. Empfehlungen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Für die Arbeit in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis sollen abschließend 2 Aspekte des Kinderschutzgesetzes hervorgehoben werden:

1. Reihenfolge des Vorgehens bei vermuteter Kindeswohlgefährdung:
 - a. Wenn Ärzte gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt werden, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.
 - b. Sollte dadurch der Schutz des Kindes nicht hergestellt werden können, sollte eine anonyme Fallberatung beim Jugendamt eingefordert werden. Hierzu empfiehlt sich eine schriftliche pseudonymisierte Falldarstellung, auf deren Grundlage eine dafür vom Jugendamt zu bestimmende unabhängige insoweit erfahrene Fachkraft (IeF) Stellung zu nehmen hat, wie sie die Gefährdungseinschätzung der des Arztes aus ihrer Sicht beurteilt und welche nächsten Schritte sie empfehlen würde.
 - c. Bevor dem Jugendamt die unverschlüsselten Personendaten des Kindes/der Familie zur Verfügung gestellt werden, sind die Betroffenen darüber zu informieren, es sei denn, dass dadurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird.

Durch das Einfügen der Befugnisnorm für Berufsheimnisträger wie Ärzte und das Beschreiben dieses dreistufigen Vorgehens sollte auch in der Praxis die verbreitete Angst schwinden, wegen eines Bruchs der ärztlichen Schweigepflicht belangt zu werden. Schon vor der Einführung dieser Befugnisnorm waren allerdings in Kinderschutzfällen stets die Rechtsgüterabwägungen dahingehend ausgelegt worden, dass zu Gunsten von Berufsheimnisträgern primär der Schutz von Kindern vor direkt drohenden Gefahren als das Rechtsgut eingeschätzt wurde, welches einen rechtfertigenden Notstand begründete. Berechtigte Strafverfolgung gab es nur in Fällen, wo durch Indiskretion z.B. im privaten Umfeld oder in der Klinikantenne Anvertrautes kommuniziert wurde. Dennoch bleibt es für die Praxis sehr zu begrüßen, dass durch eine explizite Befugnisnorm nun eine Befugnis zur Mitteilung an das

Jugendamt geschaffen wurde, welche die Anwendung der Strafnorm in § 203 StGB ausschließt, denn hier beginnt die Norm mit „Wer **unbefugt** ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als ...“

2. Vorlage eines erweiterten polizeilichen Führungszeugnisses durch Mitarbeiter in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken

Die im Kinderschutzgesetz verankerte Bestimmung, dass Leistungserbringer, die im Auftrag der Jugendhilfe tätig werden, sich von ihren angestellten und ehrenamtlichen Mitarbeitern ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis vorlegen lassen müssen, erhöht das Risiko, dass Personen, die einschlägig vorbestraft sind, vermehrt versuchen werden auf Arbeitsbereiche auszuweichen, in denen noch keine gesetzliche Vorlagepflicht eines erweiterten Führungszeugnisses besteht. Daher wird angeraten, insbesondere von den in sozialpsychiatrischen Praxen tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern und bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kliniken auch ohne gesetzlichen Zwang analog ein solches erweitertes polizeiliches Führungszeugnis einzuholen. Im Gegensatz zu den „normalen“ Führungszeugnissen wird ein erweitertes Führungszeugnis den Mitarbeitern nur unter Vorlage einer schriftlichen Aufforderung des Arbeitgebers ausgestellt. In Kliniken und größeren Organisationen ist diese Einholung außerhalb des gesetzlich geregelten Bereichs in der Jugendhilfe zustimmungspflichtig, das heißt der Personalrat muss einbezogen werden und dem Ganzen zustimmen. Es ist zu empfehlen die Einholung solcher Führungszeugnisse für die jeweilige Institution schriftlich zu regeln und in regelmäßigen Abständen, z.B. alle drei Jahre, zu wiederholen.

Literatur:

- Fegert, J. M., Rassenhofer, M., Witt, A. & Jud, A.* (2015), „Häufigkeitsangaben sexuellen Missbrauchs und Inanspruchnahme von Hilfen“, *Trauma & Gewalt*, vol. 9, no. 2, pp. 175-178.
- Fegert, J.M. & Richter, R.* (2015), „Vertrauen in die Heilberufe“, *Deutsches Ärzteblatt* no. 3, pp. 112-115.
- Domann, S., Eßer, F., Kampert, M., Rusack, T., Schloz, C. & Rau, T.* (2014a). „Ich bin sicher!“ – Schutzkonzepte aus der Sicht von Jugendlichen und Betreuungspersonen – ein interdisziplinäres Forschungsprojekt stellt sich vor. *Dialog Erziehungshilfe*, 1-2014, 54-55.

- Domann, S., Eßer, F., Kampert, M., Rusack, T., Schloz, C. & Rau, T.* (2014b). Sicherheit und Schutz vor sexualisierter Gewalt in stationären Einrichtungen der Erziehungshilfe, Forum Erziehungshilfen, 20. Jahrgang 2014, Heft 2, 97-98.
- Kölch, M., Ziegenhain, U. & Fegert, J.M.* (2014), Kinder psychisch kranker Eltern - Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung, 1st edn, Beltz Juventa, Weinheim und Basel.
- Petermann, F., Besier, T., Büttner, P., Rücker, S., Schmid, M. & Fegert, J.M.* (2014), „Vorläufige Schutzmaßnahmen für gefährdete Kinder und Jugendliche. Inobhutnahmen in Deutschland“, Kindheit und Entwicklung, vol. 23, no. 2, pp. 124-133.
- Rau, T., Rehmann, P., Demant, M.Z., Drews, M., Andresen, S. & Allroggen, M.* (2014). Studie zu sexueller Gewalt. Erreichbarkeit von Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe und Internaten zu Fragen sexueller Gewalt. KJug, 59(4), 135-137.
- Seidler, G.H., Freyberger H.J., Steil, R. & Fegert, J.M.* (2015), „Themenheft: Forschung zu früher Gewalt und Vernachlässigung - die aktuelle Verbundförderung des BMBF“, Trauma & Gewalt, vol. 9, no. 5.
- Stermoljan, C. & Fegert, J.M.* (2015), „Unterstützung für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche“ in Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich, eds. J.M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues & H. Liebhardt, 1st edn, Springer, Heidelberg, pp. 251-267.
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Petermann, F., Schneider-Haßloff, H. & Künster, A.K.* (2014), „Inobhutnahme und Bindung“, Kindheit und Entwicklung, vol. 23, no. 4, pp. 248-259.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Steinhövelstraße 5, DE-89075 Ulm

Tel.: 0731 / 5006-1600, Fax: 0731 / 5006-1602

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Web: www.uniklinik-ulm.de

Der lange (Irr-)Weg der Entwicklung des Entgelt-Systems in der stationären und teilstationären Psychiatrie führt zu einem Reformstau in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände fordern gemeinsam von der Politik den Reformstau zu beheben und adäquate Lösungen zur Entgeltdiskussion jetzt umzusetzen

*Jörg M. Fegert, Renate Schepker,
Karl-Jürgen Bieback & Michael Kölch*

1. Einleitung

Nach erheblichen Protesten und Schwierigkeiten bei der Einführung des PEPP-Systems (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie Psychosomatik) beschloss der Deutsche Bundestag nach Beratungen in den Ausschüssen eine Verlängerung der budgetneutralen Phase bei der Einführung des PEPP-Systems und auch eine Verlängerung der Geltungsdauer der Psychiatriepersonalverordnung um den gleichen Zeitraum, sowie gewisse Anreize für Krankenhäuser, damit diese möglichst frühzeitig für das PEPP-System optieren. Ein Jahr dieser Verlängerungsphase ist nun schon abgelaufen und letztendlich hat sich an den Grundproblemen bislang nichts geändert (Schepker und Fegert 2015). Es ist Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen und im Einklang mit der breiten Phalanx der Verbände eine fachspezifische Darstellung des besonderen Reformbedarfs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zu geben. Dabei adressieren die kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände gemeinsam vier konkrete Vorschläge an die Politik, wie der Gesetzgeber, unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Ausstieg aus der verfahrenen Situation angehen sollte.

2. Vorgeschichte

Seit vielen Jahren beschäftigt inzwischen die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems für die psychiatrischen Krankenhäuser auch das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Eine anfängliche Euphorie, nachdem mit dem § 17d KHG eine Veränderung des Entgeltsystems in der Psychiatrie absehbar war, ist z. T. einer starken Ernüchterung gewichen. Anfangs bestanden Hoffnungen, dass eine im Großen und Ganzen unterfinanzierte Kinder- und Jugendpsychiatrie im stationären Bereich aufgrund eines neuen Entgeltsystems ihre Leistungen, d.h. den notwendigen hohen Personaleinsatz besser abbilden würde können, dass entwickelte differenzierte Leistungsangebote, wie Psychotherapie, Elterntherapien etc. kostengerecht vergütet würden, dass neue Versorgungsformen, die nicht mehr rein das Bett als Währung sehen, sondern den Patientenbedürfnissen entgegenkommen, etabliert werden könnten (Kölch et al. 2010). Diese Hoffnungen haben sich inzwischen weitgehend zerschlagen. Sehr viele Gremien haben sich mit dem neuen Entgeltsystem bisher beschäftigt, OPS-Kodes (Operationen- und Prozedurenschlüssel zur kleinteiligen Erfassung der Arbeitsvorgänge) wurden entwickelt und neue Dokumentationsaufwände geschaffen, mit der Erstveröffentlichung eines Entgeltkatalogs PEPP haben Krankenhäuser begonnen für die neue Abrechnungsform zu optieren, IT-Systeme wurden verändert, Mitarbeiter wurden geschult auf die jährlich wechselnden OPS-Kodes. Kurzum, viele Stunden Arbeit sind an verschiedenen Stellen, beginnend bei den Fachgesellschaften, über Ärzte, Psychologen und Therapeuten und Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes in den Kliniken, bis zur Verwaltung, für ein sich immer noch entwickelndes, neues System geflossen.

Diese Zeit kam in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie keineswegs den Patienten zugute – in zweierlei Hinsicht: weder auf der direkten unmittelbaren Ebene „am Bett“ (also in der unmittelbaren therapeutischen Arbeit, die auf Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten basiert, vgl. Kölch & Fegert 2015), noch auf einer übergeordneten Ebene im Sinne der Entwicklung innovativer patientenorientierter Versorgungsmodelle. Das Ergebnis bisher stellt sich aus Sicht der Patienten keineswegs als Verbesserung dar. In der Realität ergibt sich ein immenser Dokumentationsaufwand in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund täglicher Einstufung der Patienten in sog. Pseudo-OPS sowie eine tägliche kleinteilige Leistungserfassung mittels OPS-Kodes durch alle Mitarbeitergruppen. Zusätzlich muss sich in der Primärdokumentation ebenfalls kleinteilig wiederfinden, was der

OPS-Kode vorgibt. Diese, unter dem Aspekt der „Transparenz“ geforderte, Mehrfach-Dokumentation nimmt zu allererst Zeit weg vom Bett, d.h. die Zeit, die alle Berufsgruppen mit den Patienten verbringen können bzw. mit den Patienten arbeiten können, wird kleiner. Zusätzlich steigt der Prüfaufwand durch den MDK, da sehr genau überprüft wird, ob eine im OPS-Kode vorgesehene Leistung tatsächlich auch in den Akten dokumentiert wurde. An diesen skizzenhaften Beispielen zeigt sich, dass sich ein System von den Inhalten rein auf die Form verlagert, was nicht im Interesse der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern sein kann. Die Frage, ob sich in den letzten sieben Jahren eine substantielle Veränderung in der Versorgung von psychischen kranken Kindern und Jugendlichen in den Kliniken aufgrund der §17d KHG ergeben hat, kann klar mit „nein“ beantwortet werden. Dies kann nicht im Sinne der Patienten sein, denn über die zum Teil heftig geführte Entgeltdebatte ist immer in Vergessenheit geraten, dass zu den ursprünglichen Zielen der Reform in der Psychiatrie gehörte, neue modellhafte Versorgungsformen voranzutreiben. Auch ist immer wieder anzumahnen, dass die spezifische kinder- und jugendpsychiatrische Expertise hinreichend berücksichtigt werden muss, wovon eben weder automatisch noch selbstverständlich ausgegangen werden kann. Allein schon die Bezeichnung des Systems als Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik – im § 17 d KHG wird nur an einer Stelle erläutert, dass bei „Psychiatrie“ die Kinder- und Jugendpsychiatrie mitgemeint sei – führt dazu, dass die Spezifika der Kinder- und Jugendpsychiatrie, insbesondere die kleinen Mengengerüste und die andere Personalzusammensetzung, u. a. aus erzieherischem und pflegerischem Personal, oft vergessen werden.

3. Zwischenstand: fehlende Innovation und Verbesserung der Versorgung im Rahmen des neuen Entgeltsystems in der KJP

Der Auftrag des Gesetzgebers im § 17d, parallel andere Finanzierungsformen zu überprüfen, und die Schaffung des „Modellparagraphen“ § 64b SGB V hat Hoffnungen auf Innovation geschürt. Jedoch sind Modelle gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eben nicht in einem akzeptablen, d.h. auch evaluierbaren Umfang, entstanden. Die einzigen Modelle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind unter sehr spezifischen regionalen Ausgangsbedingungen und als Teil erwachsenenpsychiatrischer Modelle in Nordhausen (Thüringen) und Chemnitz (Sachsen) entstanden. Dies ist die Realität, obwohl der Gesetzgeber durch den Zusatz „unter besonderer Berücksichtigung

der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ in § 64b SGB V den spezifischen Modellbedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihren – von der Psychiatrie vollkommen verschiedenen – psychosozialen Versorgungspartnern in Jugendhilfe, Schule und Ausbildung bewusst angesprochen hat. Es mangelt bisher an Klarheit und Verbindlichkeit in der gesetzlichen Regelung, damit in der Kinder und Jugendpsychiatrie Modellvorhaben nach § 64b SGB V überhaupt entstehen.

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche haben, im Gegensatz zu Erwachsenen, häufig in ihrem Elternhaus noch ein mehr oder weniger funktionierendes Unterstützungssystem. Deshalb kommt es insgesamt seltener zu stationären Aufnahmen. Das Morbiditätsprofil ist ein anderes als im Erwachsenenalter. In den letzten Jahren ist es bundesweit, vor allem im Jugendalter, zu einem Anstieg der stationären Behandlungen in fast allen Diagnosegruppen gekommen (vgl. Plener et al. 2015 a + b). Dennoch ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie zahlenmäßig deutlich kleiner als die Erwachsenenpsychiatrie und die Versorgungsgebiete kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken sind in der Regel durchschnittlich dreimal größer als die in der Erwachsenenpsychiatrie. Gerade weil man, in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Grundgesetzes (Art. 6 GG) und der UN-Kinderrechtskonvention, Maßnahmen, die mit Trennung von der Familie verbunden sind, möglichst vermeiden möchte, besteht prinzipiell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein besonders dringender Bedarf an neuen innovativen Behandlungsformen, insbesondere sektorübergreifenden z. B. als Hometreatment. In den vergangenen Jahrzehnten ist die Effektivität solcher Interventionen in Deutschland mehrfach durch kontrollierte Untersuchungen belegt worden (Mattejat et al. 2001, Renschmidt et al. 1988, Schmidt et al. 2006, Fegert & Besier 2009; Böge et al. 2015).

Dennoch wurden, bis auf wenige, systembedingte Ausnahmen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Modelle nach § 64 b SGB V vereinbart. Dies liegt einmal daran, dass die Mengengerüste in Bezug auf Patienten in einzelnen Krankenversicherungen zu klein sind, um sowohl auf Krankenkassenseite kompetente Verhandlungspartner zu finden, als auch praktisch ein funktionierendes Modell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie für eine einzelne Kasse durchführen zu können. So hat es sich in der Praxis als schwierig erwiesen, selbst wenn Verhandlungen mit Kassen begonnen worden waren, diese zu einem positiven Ergebnis zu führen. Zudem ist im Fall psychisch kranker Kinder und Jugendlicher die Annahme eines Gesundheitsmarktes, in dem mündige Kunden sich für oder gegen eine Krankenkasse entscheiden,

und die Krankenkasse über ein optimales Leistungsangebot um die Kunden kämpft, also gute Versorgungsmodelle im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich vorhält, eine Illusion. Unsere „Kunden“, die Kinder, entscheiden zum einen nicht darüber, bei welcher Krankenkasse sich ihre Eltern versichern. Zum anderen erscheint es fragwürdig, ob Erwachsene ihre Versicherungsentscheidung hinsichtlich einer möglichen psychischen Erkrankung ihres Kindes treffen. Die Befriedigung dieses Bedarfs ist deshalb für die Krankenkassen weniger bis gar nicht relevant.

Deshalb ist eine spezifische Regelung für die kinder- und jugendpsychiatrischen Modelle zu fordern es sein, dass mit den Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen stationären/teilstationären Versorgung und z.B. dem kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverband Modellvorhaben vereinbart werden. Ein Kontrahierungszwang zur verbindlichen Einführung von Modelllösungen, an den sich 6 Monate nach begründeter Antragsstellung eine Entscheidung durch die Schiedsstelle anschließen muss, ist dringend erforderlich, um Innovationen und sektorübergreifende Lösungen auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu etablieren. Diese Entscheidung muss verbindlich sein und dann für alle versicherten Kinder und Jugendlichen gelten. Verhandlungszwang und Schiedsstelle sind im SGB V und SGB VIII, im SGB XI (Pflegeversicherung) wie SGB XII (Sozialhilfe) der übliche und lang erprobte Weg, um Innovationen auf den Weg zu bringen und Pattsituationen aufzulösen. Wir versprechen uns von einer solchen Regelung endlich den dringend benötigten Innovationsschub, z. B. im Kontext der Diskussion um bessere Teilhabe und Inklusion und um eine Entlastung durch aufsuchende Behandlungsformen – anstelle einer Debatte um immer mehr neue stationäre Behandlungsplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

4. Zukunftsfahr: Preis- oder Budgetsystem: die Gefahr von Fehlansätzen und der Verschlechterung der Versorgung aufgrund einer fortgeschriebenen Unterfinanzierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Krankenhausbereich

Das IneK hat, als beauftragte Institution für die Entwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik nun mehrfach in Folge PEPP-Gruppen berechnet, die kostendifferenzierend als Abrechnungseinheit gelten sollen. Tatsächlich zeigt sich hier, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich höhere Relativgewichte als die Psychiatrie erhält,

was der altbekannten Tatsache entspricht, dass die Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund ihrer Spezifika wie des erhöhten Pflege- und Erziehungsaufwandes und des regelhaften Einbezugs von Familien in die Behandlung personalintensiver und damit teurer ist als in der Erwachsenenpsychiatrie. Im so genannten lernenden System sind einige Anfangsschwierigkeiten behoben oder verbessert worden. War im PEPP-System anfänglich eine starke Degression vorgesehen, die den Fehlanreiz einer frühen Entlassung gegeben hätte, wurde diese starke Degression in der Weiterentwicklung inzwischen abgemildert und damit eine Fehlanreizsteuerung etwas verhindert.

An der Grundproblematik, dass das PEPP System mit seinen Analogien zu den DRGs als Preisfindungssystem für scheinbar darstellbare und abgrenzbare patientenindividuelle Leistungen ungeeignet ist, hat sich nichts geändert. Die Entscheidung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, sich vom PEPP-System als Preisfindungssystem zu distanzieren und eine adäquate Budgetlösung zu fordern, stellt einen wesentlichen Wendepunkt in der Debatte dar, da einer der beiden Selbstverwaltungspartner zum ersten Mal öffentlich das Scheitern des bisher eingeschlagenen Reformwegs klar anspricht (Stellungnahme DKG vom Juni 2015). Über die Verbände der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie hinweg hat sich eine Entgeltplattform gebildet, welche eine Budgetlösung, die regionalen Besonderheiten Rechnung trägt, als einzig gangbaren Weg ansieht und im PEPP allenfalls noch ein Transparenz schaffendes System, aber nicht ein Preisfindungssystem sieht. Aus Sicht der Erwachsenenpsychiatrie wurde eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht, die auch auf empirischer Basis belegen konnten, wo Grenzen eines Preissystems hinsichtlich der Strukturqualität bestehen, sogar zur Verhinderung leitliniengerechter oder evidenzbasierter Medizin führen (Godemann et al. 2015, Berger et al. 2015). Die beteiligten Fachverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unterstützen die gemeinsamen Forderungen der Entgeltplattform nachdrücklich. Der gemeinsame Schulterschluss von Interessenvertretern, die sonst durchaus unterschiedliche Standpunkte zu vertreten haben, gegenüber der Politik macht deutlich, dass hier aus fachlicher Einschätzung dringend eine Fehlentwicklung gestoppt werden muss. Angesichts solch grundsätzlicher Neuorientierung ist es aber gleichzeitig schwierig, in gemeinsamen Erklärungen stets auf die Spezifika der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verweisen, den besonderen Reformstau in unserem Fachgebiet deutlich zu machen, die spezifische Morbiditätsentwicklung zu erläutern, die anderen Kooperationspartner in der Versorgung wie z. B. Jugendhilfe und Schule in der Debatte präsent zu halten, etc.. Da der

Gesetzgeber ohnehin aufgerufen ist, neue Regelungen zu treffen, ist es uns wichtig, neben diesen generellen Anforderungen an eine Neuregelung jetzt die Spezifika der Kinder- und Jugendpsychiatrie und den entsprechenden gesetzgeberischen Bedarf anzusprechen.

Um zu verhindern, dass die Strukturqualität in der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung generell Schaden nimmt, muss auf einen zweiten systemimmanenten Mangel des jetzigen Systems hingewiesen werden. Wie bei der Einführung der DRGs im allgemeinen Krankensektor, sollen nach der Umsetzung des PEPP in einer Konvergenzphase die einzelnen Budgets der Kliniken und der individuelle Basisfallwert einer Klinik dem „Landesbasisfallwerte“ angeglichen werden, mit Budgetabsenkung für „überdurchschnittliche“ und Budgetsteigerung für „unterdurchschnittliche“ Kliniken. Dies wird die gesamte Strukturqualität in der stationären und teilstationären psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Zukunft „nach unten“ ziehen. Auch darauf wurde bereits seitens der Erwachsenenpsychiatrie hingewiesen (Klimke et al. 2015, Godemann et al. 2015). Diese Problematik hat nichts mit der PEPP-Kalkulation zu tun, sondern ist in einem ganz anderen Sachverhalt begründet: aufgrund der nie voll ausgeglichenen Lohnsteigerungen durch die Krankenkassen einerseits, wie auch durch die bundesweit sehr heterogene Investitionspolitik in Krankenhäuser seitens der Länder, hat sich eine erschreckende Situation hinsichtlich der Personalsituation in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ergeben. Die einstmals als Mindestvorgaben für Strukturqualität gedachte Psych-PV wird kaum mehr voll erfüllt. Das neue System startet also mit einer falschen Ausgangsbasis. Die Gefahr in der jetzigen Systementwicklung ist, dass hier eine Unterbesetzung aufgrund von drohender Konvergenz zuerst auf Landes- und später auf Bundesebene fortgeschrieben zu werden droht. Dies bedeutet für Patienten und Eltern in der Zukunft, dass das wichtigste therapeutische Mittel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, nämlich die therapeutische Beziehung, immer mehr verloren geht, bzw. immer knapper bemessen sein wird.

5. Qualitätsstandards normativer Art fehlen in der Zukunft, Qualitätsstandards werden für die KJP nicht ermittelt

Als der GBA an das AQUA-Institut erste Aufträge zur Ermittlung von Qualitätsstandards vergeben hat, wurde die Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch ausgespart. Das AQUA-Institut bestätigte auf Anfrage, dass es inhaltlich für Strukturqualitätsaussagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fachspezifische und altersgruppenspezifische Ermittlungen für unabdingbar hält, diese aber nicht beauftragt wurden.

Einigkeit herrscht darüber, dass am besten auf der Basis von Expertenempfehlungen Strukturqualitätsvorgaben erfolgen müssen, bevor die, zugegebenermaßen veraltete, Psychiatriepersonalverordnung wegfallen kann. Bisher haben z.B. im Erwachsenenbereich angestellte Untersuchungen gezeigt, dass der Personalbedarf in der Nachfolge der Psych-PV eher höher ist, da deutlich mehr Psychotherapie stattfindet. Im Rahmen eines Projekts der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) konnte in einem Workshop dargestellt werden, welche neuen Aufgaben in der KJP für das Personal hinzugekommen sind, zum Teil auch aufgrund gesetzlicher Regelungen (vgl. www.vivantes.de/uploads/Folien_Workshop_2.07.2015.pdf). Beispiele für einen notwendigen Mehrbedarf an Personalminuten sind z.B. in folgenden Bereichen evident: die Aufklärungspflichten bei Pharmakotherapie, die notwendigen Kooperationen mit dem Bereich des SGB VIII im Rahmen des §35a SGBVIII und hier bestehender Qualitätsstandards (Fegert et al. 2008), die Anforderungen aufgrund der UN-Kinderrechtskonvention und der UN-Behindertenkonvention (z.B. Anrecht auf Erziehung und nicht nur Krankenpflege, auf schulische Bildung, behinderte Kinder: Anrecht auf spezifische Förderung etc.), veränderte Diagnostik- und Therapiestandards im Sinne einer deutlich aufwändigeren Diagnostik, sowie gewachsene Aufgaben der Kliniken z.B. im Rahmen des Entlassmanagements laut § 39 SGB V und VSG.

Aus diesen Veränderungen ist ersichtlich, dass auch die Festlegung neuer Strukturqualitätsmindestkriterien offen für Veränderungen und Anpassungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sein muss. Hier ist ein Prozess einer Neubestimmung der Personalrichtwerte in Gang zu setzen, die dann die Werte der Psych-PV ablösen können. Nur so kann die Strukturqualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gewahrt werden. Aus der Veränderung in der komplexen therapeutischen Praxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem nicht unwesentlichen Zugewinn an Wissen über wirksame Therapiemethoden wird eine Festschreibung eines Personalbestands – insbeson-

dere wenn er ohnehin auf einem zu niedrigen Niveau startet – nicht statisch sein können. Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken haben im Vergleich zur Somatik verschwindend geringe Anteile an Sachkosten bezogen auf das Gesamtbudget: dies resultiert daraus, dass alle Hauptbehandlungsverfahren der Psychotherapie, der Fachtherapien und der Milieuthherapie, wie auch der gesetzliche Auftrag der Erziehung sehr personalintensiv sind. Das Bemessungssystem sollte insofern alle zehn Jahre überarbeitet werden und dabei wird das PEPP auch eine Rolle spielen können.

Erst wenn diese Arbeit getan ist, haben wir die Basis für die Vereinbarung von Budgets und Basisentgelten (§3 BPfIV) zwischen den Kliniken und den Landesverbänden der Krankenkassen nach §11 BPfIV. Eine getrennte Vereinbarung für die Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nach §12 BPfIV schiedsstellenfähig ist, ist insofern entscheidend gleichzeitig zu formulieren, da ansonsten, ähnlich wie bei den Modellvorhaben bisher, aufgrund eines zu kleinen Mengengerüsts keine intrinsische Motivation bei Klinikträgern für eine adäquate Verhandlung von Bedarfen entstehen dürfte. Entscheidend wird sein, dass die jährlich neu verhandelten Budgets und Basisentgelte einerseits die tarifvertraglichen und weiteren nachgewiesenen Kostensteigerungen berücksichtigen, ggfs. auch Zuschläge möglich sind, wenn diese für besondere, notwendige Veränderungen nachgewiesen werden, aber eben auch Abschläge, wenn die Vorgaben der Personalbemessung nicht eingehalten werden. Eine Kontrolle ist seitens der kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände durchaus erwünscht, man könnte eine solche Kontrollmöglichkeit analog §4 Abs. 4 Nr. 2 Psych-PV anlegen.

6. Ausblick

Erfreulich und Hoffnung machend auf die Möglichkeit, von der reinen Formdiskussion (Preissystem) wieder hin zu einer inhaltlichen Veränderung in der stationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung (Modelle) in der Zukunft zu kommen, sind die Entwicklungen der letzten Monate (Scheperker und Fegert 2015). Damit nähert man sich auch wieder dem Grundgedanken des §17d KHG und des KHRG an. Das BMG hat zu einem strukturierten Dialog eingeladen, die Fachgesellschaften haben hier ihre Positionen artikuliert und sind auch angehört worden. Die spezifischen Forderungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände, die keinesfalls eine unreflektierte Besitzstandswahrung zum Inhalt und Ziel haben, sondern eine Entwicklung

der Versorgung, sollten hier von der Politik gehört werden und auch in gesetzlichen Regelungen einen eigenen Niederschlag finden.

Diesem Ziel dienen die folgenden konkreten Hinweise aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Sicht zu den konkret notwendigen gesetzlichen Veränderungen. Wir haben uns hier interdisziplinär (kinder- und jugendpsychiatrische Expertise und sozialrechtliche Expertise) mit konkreten Lösungen auseinandergesetzt, weil bei Mitgliedern des Deutschen Bundestags immer wieder betont wurde, dass unsere Kritik durchaus angekommen sei, nun aber konkrete Lösungsvorschläge gefordert seien.

Die nachfolgende Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppe der Autoren dieses Beitrags unter Mitarbeit von Frau Wiebels (Juristische Referentin aus der Geschäftsstelle der DGKJP) erarbeitet und von den drei Verbänden in ihren Vorständen als gemeinsame Stellungnahme von DGKJP, BAG und BKJPP konsentiert.

Literatur

- Berger M, Wolff J, Normann C, Godemann F, Schramm E, Klimke A, Heinz A, Herpertz SC* (2015). Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalbedarfsermittlung am Beispiel der Depression. *Nervenarzt* 86(5):542-8.
- Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R. & Fegert, J.M.* (2015), "Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial", *European Psychiatry*, vol. 30, pp. 583-589.
- Fegert JM, Roosen-Runge G, Thoms E, Kirsch U, Meysen T, Kölch M.* (2008) Stellungnahme zur Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII (KJHG) der Kommission Jugendhilfe der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften, in: *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie* 36(4): 279-286
- Fegert JM & Besier, T.* (2009), „Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem“ in 13. Kinder- und Jugendbericht: „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ Verlag Deutsches Jugendinstitut, München, S. 1-133.
- Godemann F, Wolff-Menzler C, Löhr M, Nitschke R, Salize HJ, Seemüller F, Laengle G, Wolff J, Hauth I.* (2015). Versorgungsindikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPP) –ein auf Routinedaten basierendes Projekt zur Erfassung der Personalbemessung nach Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV). *Nervenarzt.* 86(7):845-51
- Klimke A, Godemann F, Hauth I, Deister A* (2015). Strukturqualität in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken. *Klimke A, Godemann F, Hauth I, Deister A. Nervenarzt.*

- Kölch M, Dockhorn M, Moser I, Fegert JM* (2015). Einbezug von Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: *Aktion Psychisch Kranke*, Peter Weiß (Hrsg.). *Qualität in der Psychiatrie*, S. 110-117
- Kölch, M., Fegert, J.M., Bleich, S. & Schepker, R.* (2010) „Das neue Entgeltsystem: Chance und Herausforderung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder viel Lärm um nichts? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 6, 449-457.
- Mattejat FI, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Remschmidt H* (2001) Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2001;10 Suppl 1:171-9.
- Remschmidt H.; Schmidt, M.H.; Mattejat, F.; Eisert, H.G.; Eisert, M* (1988). Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home Treatment im Vergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, Bd. 16 (3), 1988, S. 124-134
- Schepker, R. & Fegert, J.M.* (2013), „Das Neue Entgeltsystem PEPP als „lernendes System““, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41 (3), 159-162.
- Schmidt MH, Lay B, Göpel C, Naab S, Blanz B* (2006). Home treatment for children and adolescents with psychiatric disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15(5):265-76
- Plener, P.L., Groschwitz, R.C., Franke, C.F., Fegert, J.M. & Freyberger, H.J.* (2015a), „Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland“, *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, vol. 63, no. 3, pp. 181-186.
- Plener, P.L., Straub, J., Fegert, J.M. & Keller, F.* (2015b), „Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern - Analyse der Häufigkeiten der Jahre 2003 bis 2012“, *Nervenheilkunde*, vol. 34, no. 1-2, pp. 18-23.
- Wolff J, Berger M, Normann C, Godemann F, Hauth I, Klimke A, Löhr M* (2015). Wohin führt die Konvergenz? Ein Vergleich von Psych-PV-Vorgaben und den tatsächlichen Personalressourcen. *Nervenarzt* 86(7):852-6

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Steinhövelstraße 5, DE-89075 Ulm

Tel.: 0731 / 5006-1600, Fax: 0731 / 5006-1602

E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Web: www.uniklinik-ulm.de

Zentrale Forderungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände an die Politik im Rahmen des PEPP:

Reformstau in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung beheben und adäquate Lösungen zur Entgeltdiskussion entwickeln – Konkrete Regelungsvorschläge der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände

DGKJP, BAG und BKJPP

1. Klarheit und Verbindlichkeit für Modellvorhaben in § 64b SGB V

Bisher sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Modellvorhaben nach § 64b SGB V kaum realisiert, weil das Verfahren zur Vereinbarung nicht verbindlich ist. Dies trifft besonders die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wegen der kleinen Mengengerüste, den spezifischen Kooperationspartnern und aufgrund der Tatsache, dass Kinder als Mitversicherte nicht „Marktteilnehmer“ sind. Aufgrund vieler, spezifischer Vernetzungsbedürfnisse im Kinder- und Jugendbereich und der großen Chancen des Einbezugs der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater bei geringer Facharztdichte sind Modelle gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dringend notwendig. Deshalb wurde diese im Gesetzestext, § 64b Abs. 1 S. 2, besonders hervorgehoben. Um hier die Innovationsfähigkeit zu gewährleisten, muss die Regelung für Modellvorhaben in § 64b SGB V verbindlicher werden – ganz gleich wie in Zukunft das Entgeltsystem für die Psychiatrie aussehen wird. Notwendig sind deshalb folgende Regelungen:

In einem neuen Absatz 4 zum § 64b SGB V wird geregelt, dass die Landesverbände der Krankenkassen mit den Einrichtungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, dazu zählen auch die Praxen niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater im Sinne des § 63 (6), unter den Voraussetzungen des Abs. 1 Modellvorhaben zu vereinbaren haben, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung und gleichzeitig der sektorübergreifenden Leistungserbringung abzielen. Kommt ein Vertrag innerhalb von sechs Monaten nach begründeter Antragsstellung nicht zustande, kann jede Vertragspartei die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V anrufen⁵. Im Übrigen gilt § 64 b Abs. 1 S. 4-6. Abs. 1 S. 2 ist zu streichen

2. Neues System der Entgelte für alle psychiatrischen Krankenhäuser

Die bisherige Auseinandersetzung in der PEPP-Einführungsphase hat gezeigt, dass eine Konvergenz auf einen Landesbasisentgeltwert bei gleichzeitigem Wegfall von Strukturqualitätsgarantien vor allem in der personalintensiven Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr schnell katastrophale Folgen haben würde. In Übereinstimmung mit den Forderungen der anderen psychiatrischen Fachverbände notwendig sind deshalb aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht folgende Regelungen:

Die Regelungen zur verbindlichen Umsetzung eines neuen Systems auf der Basis des PEPP in § 17d KHG werden entsprechend geändert. § 4 BpflV wird in der alten Fassung gestrichen. Die PEPP-Entwicklung wird nicht als Preisfindungssystem, aber als Transparenz gewährendes System weiter vorangetrieben, um auch als Basis für krankenhausindividuelle Budgets und ein transparentes System der Strukturqualität und Information zu dienen.

Die Reform des jetzigen Systems sollte folgende Strukturen haben:

Auf Grundlage der bisherigen Psych-PV und der Neustrukturierung der Merkmalsgruppen und entsprechenden Werten durch das PEPP wird entweder durch einen **Sachverständigenausschuss auf der Ebene des Ministeriums** (unter besonderer Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischen Sachverständs) **oder** durch den **GBA (vgl. § 137Abs 1c SGB V/ 136a KHSG) plus Beirat Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie** ein neues System der Personalbemessung, getrennt für Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt und durch **VO des BMG** festgesetzt. Das Be-

⁵ Ein Aufbau entsprechend der in § 112 Abs.3 SGB V, § 115 Abs. 3 SGB V getroffenen Regelungen könnte geprüft werden

messungssystem wird alle zehn Jahre überarbeitet. Auf seiner Basis werden **wie bisher Budgets und Basisentgelte (§3 BpflV) zwischen den Kliniken und den Landesverbänden der Krankenkassen nach § 11 BpflV vereinbart**, getrennt für Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nach § 13 BpflV / § 18a KHG schiedsstellenfähig sind. Die Begrenzung der Geltung des § 3 BpflV auf 2018 kann deshalb entfallen.

Die **Budgets und Basisentgelte** werden **jährlich neu verhandelt** und um die tarifvertraglichen und ansonsten nachgewiesenen Kostensteigerungen fortgeschrieben. Zuschläge sind möglich, wenn diese für besondere, notwendige Veränderungen nachgewiesen werden. Abschläge erfolgen, wenn die Vorgaben der Personalbemessung nicht eingehalten werden. Die Nachweise und die Kontrolle, dass die durch die neue VO festgeschriebenen Merkmale der Strukturqualität eingehalten werden (vgl. hier § 18 (2) BpflV), sind analog §4 Abs. 4 Nr. 2 Psych-PV auf Landes- oder auch Bundesebene getrennt für die Erwachsenen- und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rahmenverträgen zu vereinbaren; auch sie sind schiedsstellenfähig

3. Einhaltung von Strukturqualitätsstandards

Bei der Entwicklung des PEPP, ob es nun, wie bislang vorgesehen, Basis eines neuen Preisfindungssystems mit Landesbasisentgeltwerten oder wie von uns vorgeschlagen, nur beschränkt zur Ermittlung der krankenhausindividuellen Budgets verwandt wird, ist auf jeden Fall zu berücksichtigen, dass gegenwärtig viele psychiatrische Krankenhäuser, und insbesondere kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken, die Vorgaben der Psych-PV nicht einhalten, da z.B. vielfach eine personelle Unterversorgung, insbesondere im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes besteht. Wird der jetzige Zustand einfach zu Grunde gelegt und damit fortgeschrieben, wird nicht nur geltendes Recht, sondern auch das wesentliche Merkmal der Strukturqualität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung missachtet.

Die an das InEK gemeldeten Daten der jeweiligen Krankenhäuser sind deshalb insoweit um einen Korrekturfaktor zu bereinigen, als das Krankenhaus von den Vorgaben der Psych-PV abweicht.

Eventuelle Gründe für gefundene Abweichungen sind in der krankenhausindividuellen Verhandlung zu erörtern (z.B. notwendige Investitionen bei Unterfinanzierung durch die Landesebene, vgl. Änderung zu § 10 (1) KHG im KHSG-Referentenentwurf).

4. Kein neues Entgeltsystem ohne vorherige Festsetzung und Umsetzung verbindlicher Merkmale der Strukturqualität

Vor der Einführung eines jeden neuen Entgeltsystems, vor allem aber vor der von uns abgelehnten Einführung einer Konvergenzphase nach § 4 Abs. 5 BPflV, muss zuerst ein verbindliches System der Strukturqualität eingeführt (s. Nr. 2) und umgesetzt werden. Wird diese Reihenfolge nicht eingehalten, wird über den Landesbasisentgeltwert die jetzige personelle Unterausstattung fortgeschrieben und zum Orientierungswert für jene Einrichtungen gemacht, die bisher die Qualitätsvorgaben der Psych-PV einhalten.

Das fixe Datum für die Einführung der Konvergenzphase, bisher definiert in § 4 Abs. 5 BPflV bzw. § 17d Abs 4 Satz 8 oder Satz 9 SGBV jetziger Fassung, muss also entfallen und durch das Datum, „zwei Jahre nach Verabschiedung verbindlicher Merkmale der Qualitätssicherung, die auch die Belange der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausreichend würdigt“ im § 17d Absatz 4 Satz 8 ersetzt werden.

Für das Einbringen weiterer Strukturkomponenten in das krankenhausindividuelle Budget ist in einem ggfs. völlig neu formulierten § 4 BPflV ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens verbindlicher Qualitätsmerkmale zu regeln, wie diese Merkmale in die Budgetfindung einfließen können, Die zu entwickelnden Merkmale der Strukturqualität dürfen nicht nur „Empfehlungen“ (§ 137 Abs. 1c SGB V) darstellen, sondern müssen verbindlich sein – geht es doch um die Wahrung der Rechte auf Teilhabe u.a. um die Einhaltung der Vorgaben der UN-Behindertenrechts- und der UN-Kinderrechtskonvention und des Art. 3 Abs. 3 S. 2 Grundgesetz, wie auch den Schutz bei stark die Menschenwürde berührenden und in die persönliche Freiheit eingreifenden Maßnahmen.

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Präsident der DGKJP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender der BKJPP

Dr. med. Martin Jung
Kommissarischer Vorsitzender der BAG kjpp

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Präsident der DGKJP
Reinhardtstraße 27B, 10117 Berlin
Tel.: 030 / 28 09 43 - 85 und -86
Fax: 030 / 27 58 15- 38
E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: www.dgkjp.de

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender der BKJPP
Rhabanusstraße 3, 55118 Mainz
Tel.: 0 61 31 – 69 38 07 0
Fax: 0 61 31 – 69 38 07 2
E-Mail: berg@bkjpp.de
Internet: www.kinderpsychiater.org

Dr. med. Martin Jung
Heliosklinikum Schleswig
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hesterberg
Friedrich-Ebert-Str. 5
24837 Schleswig
Tel.: 0 46 21 – 83 16 00
Fax: 0 46 21 – 83 48 52
E-Mail: martin.jung@helios-kliniken.de
Internet: www.kinderpsychiater.org

Konzept eines Budget basierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Kurzfassung

Die Fachgesellschaften und Verbände der Plattform Entgelt

Die unten aufgeführten wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände, die die medizinische, pflegerische und ökonomische Expertise in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfassend repräsentieren, legen gemeinsam ein Konzept für die Einführung eines grundsätzlich alle Behandlungsformen umfassenden Entgeltsystems vor. Dieses Konzept umfasst alle durch Krankenhäuser zu erbringenden Leistungen in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Das vorliegende Budgetsystem ist dabei insbesondere an bedarfs- und qualitätsorientierten strukturellen Elementen ausgerichtet. Das Budgetbasierte Entgeltsystem ist geeignet, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderen Bedürfnissen zu gewährleisten und die sachgerechte Weiterentwicklung der regionalen psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in allen Behandlungssettings zu fördern. Es entspricht den Zielen, die in § 17d KHG formuliert sind, und überführt das aktuell in Entwicklung befindliche, auf Durchschnittspreise fokussierte PEPP-System (PEPP – Pauschalierendes

Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) in ein leistungsorientiertes transparentes Budgetsystem.

Die im Rahmen der bisherigen Entwicklung eines neuen Entgeltsystems geführten Diskussionen und gemachten Erfahrungen haben gezeigt, dass eine reine Durchschnittspreisorientierung, wie sie im PEPP-System vorgesehen ist, für die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung nicht geeignet ist. Die Finanzierung muss verstärkt auf die tatsächlichen Versorgungs- und Leistungsstrukturen und damit auch auf regionale bzw. krankenhausindividuelle Aufgaben ausgerichtet werden. Die o.g. Fachgesellschaften und Verbände haben am 5. Juni 2015 Eckpunkte veröffentlicht, die die Anforderungen an ein Finanzierungssystem und den Weiterentwicklungsbedarf am PEPP-System herausstellen. Grundlegendes Prinzip des nun auf der Basis der Eckpunkte vorgelegten Entgeltsystems ist die Trennung von krankenhausindividueller Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen und leistungsbezogenen Modulen und der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget.

Das Konzept sieht vor, dass auf Grundlage bundeseinheitlich definierter, struktureller Kriterien (erforderliche personelle Ausstattung, milieutherapeutische Erfordernisse, besondere krankenhausindividuelle Strukturkriterien für Basiskosten, besondere Aufgaben und Pflichtversorgung) krankenhausindividuelle Budgets durch die Verhandlungspartner auf der lokalen Ebene zu vereinbaren sind. Die Ermittlung der erforderlichen personellen Ausstattung erfolgt, wo möglich, evidenzbasiert quantitativ - bezogen auf den Zeitaufwand der Behandlung - sowie qualitativ in Bezug auf die erforderlichen Kompetenzen der Therapeuten. Hierzu wird der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) ermittelt. Die Patienten werden auf der Basis von klinisch orientierten Fallbeschreibungen und nach - am Tag der Einstufung vorrangig vorliegenden Merkmalen - aufwandsbezogenen Modulen zugeordnet. Im Unterschied zum PEPP-System steht dabei die Diagnose nicht im Vordergrund und die zu bildenden merkmalsbezogenen Module spiegeln die unterschiedlichen Schwerpunkte in der Diagnostik und Behandlung (z. B. „Modul Intensivbehandlung“ oder „Basisbehandlung“) während eines Behandlungsverlaufs wider. Die Zuordnung der Patienten zu den Modulen erfolgt tagesbezogen. Die Bestimmung des Personalbedarfs für die einzelnen Module soll durch unabhängige Expertenkommissionen erfolgen und in regelmäßigen Abständen überprüft und falls erforderlich angepasst werden.

Auf Basis eines prospektiv vereinbarten Mengengerüsts der unterschiedlichen Behandlungsmodule und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten wird zwischen den Verhandlungspartnern das krankenhausindividuelle Budget vereinbart, welches das gesamte Leistungsspektrum des Krankenhauses in allen Behandlungssettings adäquat abbildet. Dieses bildet die Grundlage für die leistungsbezogene Abrechnung in Form von Tagesentgelten, welche sich aus Multiplikation von Bewertungsrelationen und dem klinikkindividuell verhandelten Basisentgeltwert ergeben.

Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und leistungsgerechten Darstellung der erbrachten Leistungen, der Behandlungssituation und der klinikbezogenen Strukturkomponenten. Mit der tagesbezogenen Zuordnung der Patienten zu merkmalsbezogenen Behandlungsmodulen wird der geforderten Transparenz Rechnung getragen und die Vergleichbarkeit der Einrichtungen im Vergleich zum derzeit noch gültigen System mit Basis- und Abteilungs pflegesätzen deutlich verbessert. Die strukturellen und leistungsbezogenen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern werden transparent und bilden die Basis für den erwünschten Qualitätswettbewerb.

Ein bundeseinheitlicher Entgeltkatalog muss unter diesen Rahmenbedingungen nicht auf eine möglichst detailgenaue „Durchschnittskostenabbildung“, sondern verstärkt auf patientenbezogene Behandlungsmerkmale und eine sinnvolle Leistungstransparenz ausgerichtet werden. Auch können der bürokratische Aufwand durch Dokumentationspflichten und der Misstrauensaufwand durch Rechnungsprüfungen auf ein für Abschlagszahlungen notwendiges Maß begrenzt werden.

Zur Sicherstellung und zielgerichteten Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu einer sachgerechten Versorgung der Patienten und somit zur Vermeidung ökonomischer Fehlanreize sind konkrete ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu schaffen. Regelungen zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen sollen wieder bedarfs- und leistungsgerecht eingeführt werden. Die Kliniken haben einen Anspruch auf eine Finanzierung der für eine qualitätsorientierte und patientenbezogene Versorgung der Patienten notwendigen Ressourcen.

Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems sollte schrittweise erfolgen. Dabei werden in einem ersten Schritt die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) jeweils

fachspezifisch in Abstimmung mit den unabhängigen Expertenkommissionen definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung vereinbart. Auf Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten werden dann krankenhausindividuelle Budgets vereinbart. Ausgangsbasis der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget. Die krankenhausindividuellen Budgets sollten schrittweise unter Berücksichtigung der Merkmale vergleichbarer Krankenhäuser mit vergleichbaren regionalen Rahmenbedingungen fortentwickelt werden. Es sollte eine regelmäßige Überprüfung und evtl. Anpassung der Definitionen der merkmalsbezogenen Module und der PQP durch die unabhängigen Expertenkommissionen erfolgen.

Link zur Langversion:

www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-09-09_Plattform_Entgelt_Konzeptpapier_Budgetbasiertes_Entgeltsystem_FINAL.pdf

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ACKPA)

Arbeitskreis der Krankenhausleitungen Psychiatrischer Kliniken Deutschlands (AKP)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BAG)

Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen (BAG PED)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)

Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK)

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK)

Deutschen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP)
Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS)
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie (DGKJP)
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde (DGPPN)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psycho-
therapie (DGPM)
Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands, Fachgruppe Psychiatrie
(VKD)

Korrespondenzadresse:

DGPPN
Reinhardtstr. 27 B
10117 Berlin
Telefon: 030-240 477 233
Fax: 030-240 477 229
E-Mail: g.gerlinger@dgppn.de
Internet: www.dgppn.de

Projekt:

**Versorgung psychisch kranker Kinder
und Jugendlicher**
– Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse
gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)

Projektziele und -themen

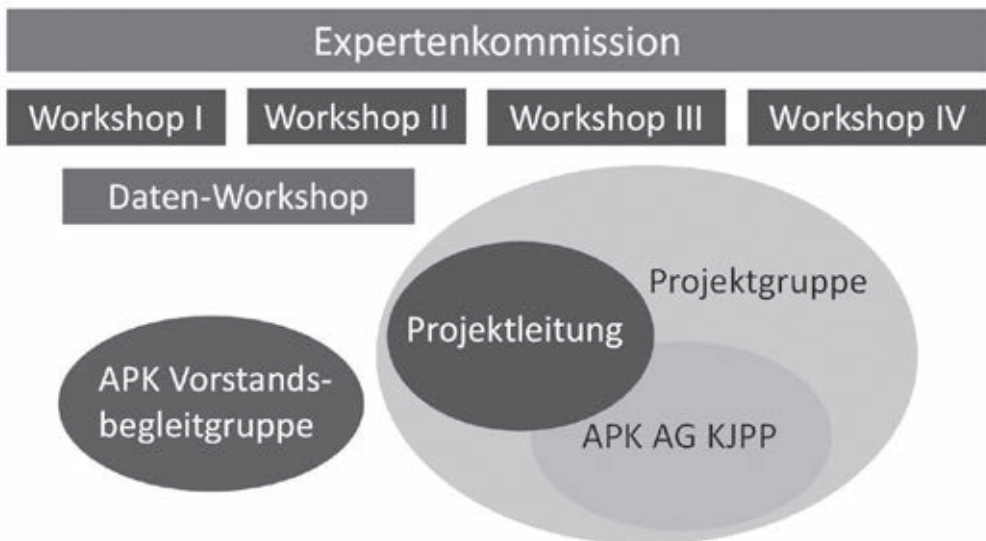
Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der quantitativen und qualitativen Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Themen im Fokus:

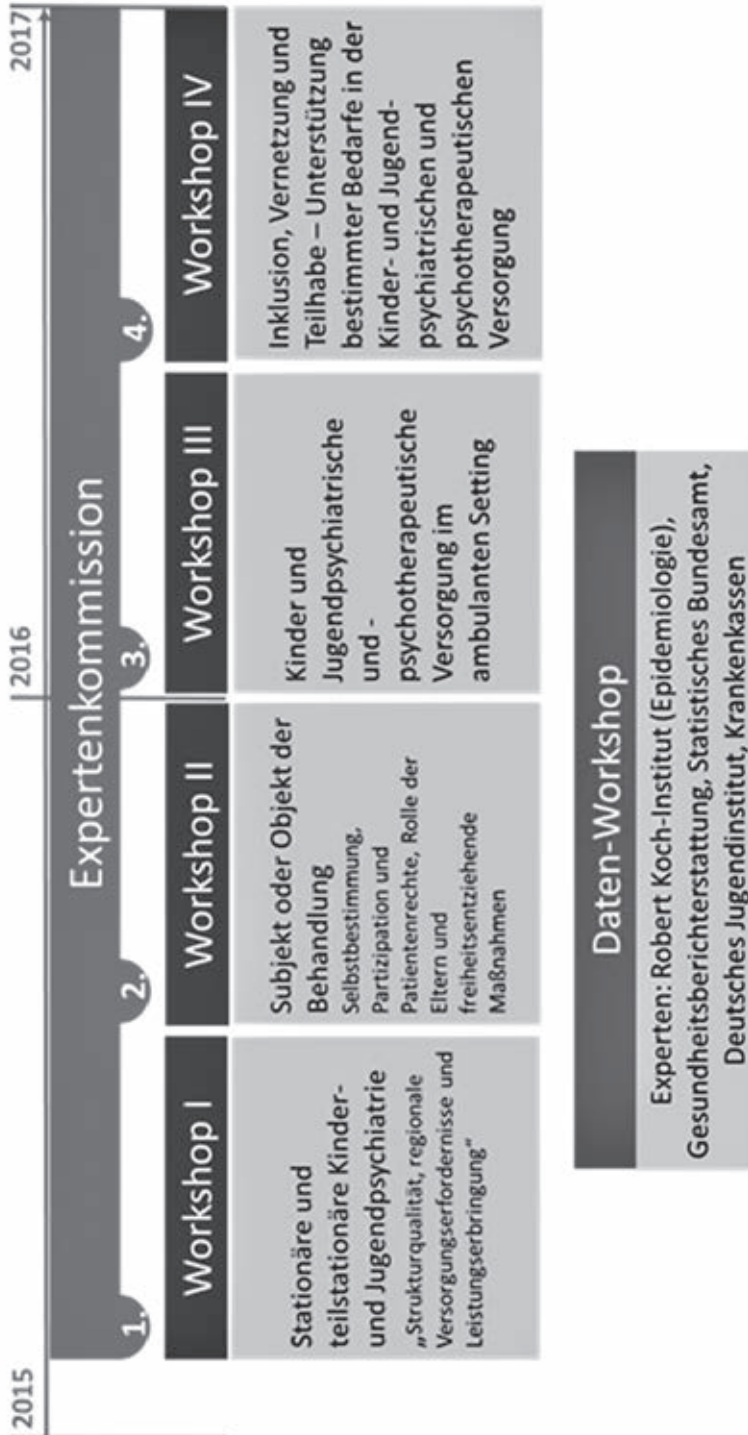
- Ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische-/psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- Sonstige Leistungen nach SGB V z.B. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für Kinder mit Behinderung im Rahmen der kinderärztlichen Versorgung sowie sozialpädiatrischer Zentren
- Verzahnung der SGB V-Leistungen mit weiteren Leistungsbereichen:
 - SGB II und SGB III: Übergang Jugendlicher und junger Erwachsener in das Berufsleben (z.B. Auswirkungen der Regelungen der beruflichen Eingliederung)
 - SGB VIII: Leistungen und Angebote in Zuständigkeit der Länder und Kommunen (z.B. Kinder- und Jugendhilfe, und Eingliederungshilfe für Kinder mit seelischer Behinderung)
 - SGB IX: Hilfe zur Teilhabe

- SGB XII: Eingliederungshilfe (Kinder und Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung)
- ÖGD: Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, Beratungsleistungen einschließlich Suchtberatung, schulpsychiatrischer Dienst
- Abgleich regionaler Besonderheiten: urbane/ländliche Regionen, Ost/West, soziale Brennpunkte, soziodemographische Besonderheiten etc.
- Umfang und Qualität von Hilfeleistungen außerhalb psychiatrisch und psychotherapeutischer Dienste und Einrichtungen z.B. Beratungsstellen im Bereich des Kinderschutzes und für traumatisierte Kinder und Jugendliche
- Inklusion von Kindern mit (drohender) seelischer Behinderung und Zusammenarbeit im Rahmen des Schulsystems
- Aufsuchende, webbasierte und andere innovative Behandlungsmodelle

Projektstruktur



Projekttablauf



Termine 2015

2. Juli 2015 – 1. Workshop

„Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie – Strukturqualität, regionale Versorgungserfordernisse und transparente, überprüfbare Leistungserbringung in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie“

5. November 2015 – 2. Workshop

„Wer bestimmt? Partizipation, Zwang, elterliche Sorge und Selbstbestimmung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung“

18. November 2015 – 2. Sitzung der Expertenkommission

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Jörg M. Fegert
Projektleitung, Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V.,
Oppelner Straße 130, 53119 Bonn

oder

Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
Tel.: 0731 / 5006-1600, Fax: 0731 / 5006-1602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de
Web: www.uniklinik-ulm.de

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung als Risikofaktor für antisoziales Handeln

Jana Volz & Uwe Scheunemann

Schwierigkeiten, aus den vorhandenen Reizen die relevanten herauszufiltern, die Aufmerksamkeit auf einer Sache zu halten, mit einer exzessiven Ruhelosigkeit und ein unüberlegtes Handeln beschreiben nur einen Teil der typischen Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Die ADHS zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter. Neben den direkt entstehenden Beeinträchtigungen aus den Symptomen, hat die ADHS eine hohe Prävalenz für komorbide Störungen. Sowohl in prospektiven als auch in retrospektiven Studien konnte die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung als Risikofaktor für antisoziales Verhalten identifiziert werden (u.a. Beelmann & Raabe 2007). Einzelne Variablen wie ein niedriger Intelligenzquotient oder belastende Familienverhältnisse konnten als Risikofaktoren für eine anhaltende antisoziale Entwicklung bei einer ADHS identifiziert werden. Die genauen Mechanismen, die diesen Zusammenhang erklären, sind jedoch nicht hinreichend bekannt.

1. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung

1.1 Störungsbild

Symptomatik

Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung zählt zu den häufigsten psychischen Störungen im Kindesalter (Döpfner et al. 2013). Sie ist gekennzeichnet durch drei Kernsymptome: Eine Störung der Aufmerksamkeit, altersunangemessene Hyperaktivität und ausgeprägte Impulsivität.

Während in ICD-10-GM 2015 (<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f90-f98.htm>) der Beginn mit „meist in den ersten fünf Lebensjahren“ beschrieben ist, wird in DSM-5 (Falkai & Wittchen 2014) das Alterskriterium für die Erstmanifestation von ADHS-Symptomatik auf spätestens bis Ende des 12. Lebensjahres festgelegt. Die Symptome dürfen nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden. Während in ICD-10 autistische Störungen noch als Ausschlussdiagnose gesehen werden, ist das in DSM-5 nicht der Fall.

Das ICD-10 stellt in seiner ADHS-Konzeption zwei Kerndiagnosen zur Klassifizierung bereit:

- F90.0 – Einfache Störung der Aktivität und Aufmerksamkeit
- F90.1 – Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Für die Vergabe einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung müssen Defizite in allen drei Kernbereichen vorliegen. Sie ist weitgehend deckungsgleich mit „F90.2 Gemischtes Erscheinungsbild“ in DSM-5. Bei gleichzeitiger Störung des Sozialverhaltens kann im ICD-10 die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens als Diagnose vergeben werden. Diese ist jedoch auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt, da eine Störung des Sozialverhaltens in der Regel ab dem 18. Lebensjahr nicht mehr diagnostiziert wird (Rösler & Retz, 2008).

Liegt nach den DSM-5-Kriterien neben einer ADHS zusätzlich eine Störung des Sozialverhaltens vor, ist anders als im ICD-10, eine zusätzliche Diagnose der Störung des Sozialverhaltens unabhängig von der Diagnose der ADHS zu vergeben.

Epidemiologie

Neben den dissozialen Verhaltensstörungen zählt die ADHS zu den häufigsten Vorstellungsgründen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen. Je nach Klassifikationssystem schwanken die Prävalenzzahlen um 3% bis 7% (Lauth & Schlotzke, 2011). Weltweit lässt sich eine Prävalenzrate von 5,3% feststellen (Döpfner et al., 2013).

Differentialdiagnosen

Um das Risiko einer Fehldiagnose auszuschließen, sind differentialdiagnostisch die folgenden Beeinträchtigungen und Störungen abzugrenzen:

- *Störung des Sozialverhaltens* (F91.1 Typ mit Beginn in der Kindheit, F91.2 Typ mit Beginn in der Adoleszenz, F91.9 Typ mit Nicht Näher Bezeichnetem Beginn): Sie kann wie die ADHS zu den Störungen mit

unkontrolliertem Verhalten und zusammen mit dem oppositionellen Trotzverhalten (F91.3) zu den Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gezählt werden (Beelmann & Raabe, 2007). Aufgrund der symptomatischen Überschneidungen und der hohen Komorbidität zwischen der ADHS und der Störung des Sozialverhaltens ist eine Trennung der Diagnosen von manchen Autoren in Frage gestellt worden. In der Faktorenanalyse der Child Behavior Checklist (CBCL) konnten Döpfner und Kollegen (2013) jedoch deutlich machen, dass eine Differenzierung beider Diagnosen aufgrund deutlicher Abgrenzung der Hyperaktivität vom Aggressionsfaktor berechtigt ist. Bei einer Störung des Sozialverhaltens stehen ein schwerer Bruch von sozialen Normen und ein höheres Ausmaß an Aggressivität im Vordergrund.

- *Weitere physiologische Ursachen:* Sowohl der Einfluss von Medikamenten als auch körperliche Beeinträchtigungen wie Seh- oder Hörstörungen, epileptische Anfälle, Schädel-Hirntraumata oder Schlafmangel können sich in ADHS-ähnlichen Symptomen äußern und müssen daher als Ursache ausgeschlossen werden (Döpfner et al., 2013). Zudem müssen die Symptome für eine Diagnosevergabe über das Maß altersgemäßer Verhaltensweisen bei Kindern hinausgehen und zu funktionellen Beeinträchtigungen führen.

Komorbide Störungen

Im Kindes- und Jugendalter haben lediglich 20% der ADHS-Erkrankten keine komorbiden Störungen (Döpfner et al. 2013). Zusatzdiagnosen sind damit eher die Regel als die Ausnahme. Am häufigsten treten im Kindes- und Jugendalter mit 43% bis 93% weitere Verhaltensstörungen auf. Circa 50% der Kinder- und Jugendlichen zeigen eine oppositionelle Verhaltensstörung, bei 30% bis 50% der ADHS-Erkrankten kann eine Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert werden (Döpfner et al. 2013). Mannuzza, Klein et al. (1998) konnten zeigen, dass Kinder mit ADHS und zusätzlich einer stark ausgeprägten Störung des Sozialverhaltens ein signifikant erhöhtes Risiko für Delinquenz im weiteren Entwicklungsverlauf haben (s. Abschn. 2.). Internale Störungen treten bei 13% bis 51% der Betroffenen komorbid zur ADHS auf. Darunter sind bis zu 40% depressive Störungen und zwischen 30% bis 40% Angststörungen. Zudem finden sich umschriebene Entwicklungsstörungen sowie Lernstörungen, Tic-Störungen, Verzögerungen in der Sprachentwicklung und der expressiven Sprachfähigkeit sowie eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Substanzabhängigkeiten (Döpfner et al. 2013).

1.1.1 Ätiologie und Pathogenese

Es besteht Einigkeit darüber, dass bei der Erklärung der Entstehung der ADHS nicht von ‚der einen Ursache‘ gesprochen werden kann, sondern von einem multifaktoriellen Bedingungsmodell auszugehen ist. Das bedeutet, dass eine biologisch-genetische Vulnerabilität vorliegt. Die klinisch bedeutsamen Symptome manifestieren sich jedoch erst unter Beteiligung von psychosozialen Faktoren. Die multikausale Interaktion von biologischen und psychosozialen Faktoren ist im bio-psycho-sozialen Modell zusammengefasst (Döpfner et al., 2013).

Als Grundursache der neurobiologischen und biochemischen Dysfunktionen haben erbliche Faktoren nach bisherigen Erkenntnissen einen erheblichen Anteil (Roy 2012a). In Zwillingsstudien wurden Heritabilitätskoeffizienten zwischen 40% bis 90% gefunden (Lehmkuhl et al. 2008). Allerdings gehen die Werte auseinander, je nachdem, ob die Diagnose auf Grundlage der Eltern-Ratings oder der Lehrerurteile getroffen wurde. Zudem ist kritisch zu bemerken, dass in diese Heritabilitätswerte, neben den genetischen Einflüssen auch die Gen-Umwelt-Interaktionen mit eingerechnet werden (Döpfner et al. 2013).

Komplikationen in der Schwangerschaft, eine Exposition mit Toxinen sowie Allergene und Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln kommen ebenfalls als Ursachen in Frage (Döpfner et al. 2013). Ihr Anteil an der erklärten Varianz ist jedoch gering.

Auf neurobiologischer Ebene findet sich bei der ADHS „eine grundlegende Dysfunktion des kortikalen-striatalen Netzwerkes“ (Döpfner et al., 2013, S. 10) mit Funktionseinschränkungen in der Informationsverarbeitung zwischen dem Frontalhirn und den Basalganglien. Biochemisch lässt sich eine Störung des Neurotransmitterstoffwechsels ausmachen. Dabei kommen sowohl dem Dopamin als auch dem Noradrenalin Erklärungswert zu. Beide Katecholamine wirken als Neurotransmitter in Regelkreisen auf die Regulation der Aufmerksamkeit, exekutiver Funktionen und der Steuerung der Motorik (Becker, Wehmeier & Schmidt, 2005).

Hinweise, wie die Wirksamkeit des Methylphenidats, das pharmakologisch zur Therapie der ADHS eingesetzt werden kann, deuten auf eine verminderte Effizienz dopaminerger Neuronen bei ADHS Betroffenen hin (Carlson, 2004). Befunde eines veränderten Gens zur Synthese von Dopamintransportern können diese Befunde stützen. Durch eine erhöhte Aktivität des Dopamintransportersystems an der präsynaptischen Membran dopaminerger Neurone wird zu viel des Neurotransmitters aus dem synaptischen Spalt zurück ins synap-

tische Endknöpfchen des Neurons transportiert und steht so nicht mehr für die Signalweiterleitung an die Dendriten der nachfolgenden Nervenzelle zur Verfügung. Trotz des oftmals wirkungsvollen Einsatzes von Medikamenten, die dieses Defizit ausgleichen sollen, konnte diese Vermutung der Störungsursache nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden (Köhler, 2005).

Bei Kindern mit einer ADHS konnte jedoch eine erhöhte Dopamintransporterdichte in den Basalganglien lokalisiert werden. Ausgehend vom ventralen Tegmentum, einer Struktur des Mesencephalon, projizieren dopaminerge Bahnen zum Nucleus accumbens und zum limbischen System. Diese als mesolimbisches System bezeichnete Struktur ist an der motorischen Aktivität, dem Belohnungs- und Neugierverhalten und dem planerischen Denken beteiligt. Das mesokortikale System projiziert ebenfalls ausgehend von der Struktur im Mittelhirn, dem ventralen tegmentalen Areal, zum Striatum, Gyrus cinguli und zum frontalen Kortex. Über den Neurotransmitter Dopamin kommt ihm in den Zielgebieten eine wichtige Funktion bei der Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit zu. Des Weiteren ist das mesokortikale System an der Ausführung stereotyper Bewegungen beteiligt (Becker et al., 2005; Birbaumer & Schmidt, 2010).

In Folge dieser kortikal-biochemischen Dysfunktionen treten auf neuropsychologischer Ebene Störungen der Selbstregulation auf. Eine erhöhte Impulsivität, Störungen im Arbeitsgedächtnis, mangelnde Regulation von Affekten, der Motivation und der Aufmerksamkeit. Dieses Störungskonglomerat bildet die Kernsymptome der ADHS - eine Aufmerksamkeitschwäche, gesteigerte Impulsivität und Hyperaktivität.

In Folge dessen, so das bio-psycho-soziale Modell, kommt es mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zu einer negativen Interaktion mit Bezugspersonen und Autoritätspersonen (s. Abschn. 2.2). Durch eine zusätzliche dissoziale Störung kann es zu einer verstärkten negativen Interaktion kommen, die wiederum zu einer Verfestigung der ADHS-Symptome beiträgt.

1.1.2 Verlauf

Die ADHS ist entgegen früherer Annahmen nicht auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt. Betrachtet man den symptomatischen Verlauf der Krankheit zeigt sich mit steigendem Alter ein Symptomwandel unter den Kernsymptomen der ADHS. Doch insgesamt ist die Störung mit einer relativ hohen Persistenz von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter chronisch (Döpfner et al., 2013). Der Verlauf der Störung bei Jungen ist aufgrund der Geschlech-

terverteilung besser untersucht als bei Mädchen. Doch gibt es Hinweise, dass „die Langzeitprognose (...) zumindest ähnlich zu sein“ scheint (Döpfner et al., 2013, S. 19).

Im Erwachsenenalter ist die Erkrankung bei zwei Drittel der Betroffenen nicht mehr im Vollbild erkennbar, die Persistenz einzelner Symptome beläuft sich jedoch auf 50% bis 80%.

1.2 Auswirkungen

Neben einer hohen Wahrscheinlichkeit für komorbide Erkrankungen (s. Abschn. 1.1) geht die ADHS häufig mit Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen im Alltag einher. Im Kindes- und Jugendalter ist die ADHS eines Betroffenen häufig auch eine enorme Belastung für das soziale Umfeld. Barkley und Kollegen (2004) konnten zeigen, dass die psychosozialen Umstände – überwiegend eine negative Eltern-Kind-Interaktion – weniger als primäre Ursache der ADHS zu bewerten sind, sondern eine Folge der Symptomatik darstellen und gleichzeitig zu ihrer Aufrechterhaltung und Chronifizierung beitragen. Im schulischen Kontext wiederholen Kinder mit einer ADHS häufiger eine Klasse, werden vom Unterricht ausgeschlossen und verlassen die Schule häufiger als ihre gesunden Mitschüler ohne Abschluss (Döpfner et al., 2013). Ein ähnliches Bild zeigt sich im häufigen Wechsel des Arbeitsplatzes und in Problemen mit Kollegen und Vorgesetzten auch für das Erwachsenenalter (Rösler & Retz, 2008). Weitere Folgen durch die Erkrankung bei erwachsenen ADHS-Patienten sind vermehrte Schwierigkeiten in der selbst gegründeten Familie und im Freundeskreis, häufiger unerwünschte Schwangerschaften bei jungen Frauen und erhöhte Behandlungskosten im Gesundheitssystem (Rösler & Retz, 2008; Roy, Blanke, Roy & Ohlmeier, 2012).

Eine weitere Komplikation, die bei ADHS-Patienten überdurchschnittlich häufig auftritt, ist der Konflikt mit dem Gesetz. Ein erhöhtes Risiko für illegalen Drogenkonsum, Auffälligkeiten im Straßenverkehr und Verhaftungen (Rösler, 2007) sind nur einige Beispiele der antisozial-forensischen Komplikationen im Zusammenhang mit einer ADHS. Dieser Bereich soll in Abschnitt 2.3 ausführlicher diskutiert werden. Zuvor soll jedoch eine Differenzierung von antisozialem Verhalten und ein bekanntes Erklärungsmodell der Verlaufsformen antisozialen Verhaltens dargelegt werden.

2. Antisoziales Handeln und ADHS

2.1 Differenzierung von antisozialem Handeln

Antisoziales Verhalten kann als übergeordnete Beschreibung für unterschiedliches Problemverhalten verstanden werden. Es lässt sich in folgende Hauptgruppen unterteilen (Beelmann & Raabe, 2007): Oppositionelles Verhalten, aggressives Verhalten, delinquentes Verhalten und das kriminelle Verhalten. Allen gemeinsam ist „die Verletzung von altersgemäßen sozialen Erwartungen, Regeln und informellen wie formellen Normen“ (Beelmann & Raabe, 2007, S. 17). Differenzierter betrachtet beschreibt das oppositionelle Verhalten eine generelle Verweigerungshaltung, die sich besonders in Akzeptanzproblemen von Autoritäten wie Lehrern oder Eltern mit unangemessenen Ärger- und Wutreaktionen zeigt. Es ist überwiegend in der Altersgruppe der drei- bis sechsjährigen Kinder zu beobachten (Petermann et al., 2001).

Aggressives Verhalten ist vorherrschend im Jugendalter zu finden und umfasst ein Verhalten, dem eine Schädigungsabsicht zugrunde liegt und sich gegen Sachen oder Personen richtet. Heterogener im Erscheinungsbild ist das delinquente Verhalten, in dem zumeist Adoleszente gegen formelle Normen verstoßen. Das Verhalten muss dabei nicht strafbar sein, insbesondere weil die strafrechtliche Beurteilung kulturell variiert (Suhling & Greve, 2010). Beispielsweise wird das Fernbleiben vom schulischen Unterricht strafrechtlich in Deutschland oft nicht verfolgt. In Dallas (USA) können für ein solches Vergehen mehrere Tage Gefängnis oder Geldstrafen von mehr als 1000 \$ verhängt werden (Sapien, 2013). Dennoch ist Schule schwänzen, unabhängig von der Rechtsauffassung, aufgrund der Verletzung formeller Normen dem delinquenten Verhalten zuzurechnen.

In Abgrenzung dazu werden unter kriminellem Verhalten solche Handlungen verstanden, die gegen geltende Rechtsnormen verstoßen und aufgrund der Schwere der Tat strafrechtlich verfolgt werden.

2.2 Verlaufsformen dissozialen Verhaltens

Betrachtet man den Verlauf von dissozialem Verhalten von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter lassen sich in einer Modellvorstellung verschiedene Entwicklungspfade identifizieren. Prominent ist die Entwicklungstaxonomie dissozialen Verhaltens von Terry Moffitt (1993). Bis heute ist dieses Modell mehrfach überarbeitet und modifiziert worden (u.a. Beelmann & Raabe, 2007). Es unterscheidet im Wesentlichen jedoch zwei Verlaufsformen:

Den lebenszeit-persisten Entwicklungspfad (life-course-persistent antisocial behavior, LCP) und den adoleszenz-limitierten Entwicklungspfad (adulthood-limited antisocial behavior, AL).

Der lebenszeit-persistente Pfad beschreibt ein früh einsetzendes, chronisches antisoziales Verhalten mit einer hohen Stabilität bis ins Erwachsenenalter. Über den Entwicklungsverlauf ist eine andauernde antisoziale Verhaltenstendenz zu beobachten, die sich in jeder Altersstufe unterschiedlich manifestiert aufgrund sich verändernder sozialer und physischer Möglichkeiten für dissoziale Handlungen. Während im Kindesalter dieses Verhalten meist durch aggressiv-körperliche Übergriffe wie schlagen, treten und beißen deutlich wird, sind im Jugendalter erste kriminelle Handlungen, Drogenkontakt und Schule schwänzen zu beobachten.

Im Erwachsenenalter sind ausgeprägte dissozial-kriminelle Handlungen wie Vergewaltigungen, Raub und andere Gewaltdelikte zu beobachten (Moffitt, 1993). Als Ursache für diese Entwicklung lassen sich neurobiologische Funktionsstörungen und neuropsychologische Defizite annehmen, bedingt durch Interaktionen von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, genetischen Risikofaktoren und einer Vielzahl von Umweltfaktoren (Petermann, Döpfner & Schmidt, 2001).

Moffitt beschreibt, dass die Eltern-Kind-Interaktion von prädisponierten Kindern durch inadäquates elterliches Erziehungsverhalten geprägt sei, insbesondere durch häufig gewalttätige Reaktionen in Konfliktsituationen. Auch mangelnde Ressourcen zur Kompensation der kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sind in betroffenen Familien zu beobachten. Dabei kommt den Umweltfaktoren vor allem Erklärungswert in der Aufrechterhaltung und Verfestigung der Verhaltensauffälligkeiten zu (Scheithauer & Petermann, 2002).

Loeber stellt den beschriebenen Verlauf in einer Stufenabfolge dar (Scheithauer & Petermann, 2002). Die vorangegangenen Entwicklungsstufen eines Menschen von der Kindheit bis ins Erwachsenenalter können bei einem ungünstigen Verlauf als Vorläufer für eine anhaltend ungünstige Entwicklung wirken. Wird kein Ausweg aus diesem negativen Entwicklungsverlauf gefunden, werden die Probleme in jeder Stufe schwerwiegender und änderungsresistenter. Häufig suchen deviante Kinder eher den Kontakt zu ebenfalls deviant auffallenden Peers und entfernen sich so zunehmend vom normkonformen Leben (Beelmann & Raabe, 2007).

Es wird deutlich, dass komplikatorische prä- und perinatale Bedingungen mit Auswirkungen auf die Ontogenese des Gehirns und ungünstige familiäre

Bedingungen den Beginn einer im Verlauf möglicherweise chronifizierten antisozialen Verhaltensstörung bedingen können.

Bei dem adoleszent-limitierten Entwicklungspfad setzt das antisoziale Verhalten mit Eintritt in die Pubertät wesentlich später ein. Es ist als vorübergehende Verhaltenstendenz mit Abnahme des antisozialen Verhaltens mit dem Übergang ins Erwachsenenalter zu beobachten. Dieser, auf das Jugendalter begrenzte Typus, tritt im Vergleich zum lebenszeitpersistenten-Verlauf deutlich häufiger auf. Er ist durch eine unauffällige Kindheit und einen plötzlichen Beginn der Antisozialität von geringer temporärer Kontinuität und niedriger situativer Konsistenz gekennzeichnet (Moffitt, 1993). Neuropsychologische Defizite, familiäre Risikokonstellationen und sozial inkompetentes Verhalten sind deutlich seltener als beim Lebensspannentypus. Während bei den schon früh auffälligen Kindern vom Lebenszeittypus im Schnitt eine Abweichung des Intelligenzquotienten um 17 Punkte zu beobachten ist, haben Jugenddelinquenten keine signifikanten Abweichungen vom Bevölkerungsdurchschnitt (Montada, 2002). Die Ursache wird in einer Reifungslücke der Jugendlichen gesehen. Nach dem Modell verliert das Verhalten mit Übergang in das Erwachsenenalter und dem Zuspruch erwachsener Privilegien an Funktion und tritt nicht mehr auf.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die beiden Pfade sowohl in ihren Ursachen als auch im Verlauf unterscheiden. In Folge der oben beschriebenen prä- und perinatalen Faktoren des lebenszeit-persistenten Verlaufes können sich neben einem „schwierigen“ Temperament auch die Symptome der ADHS manifestieren (Scheithauer & Petermann, 2002). Walsh (2012) konstatiert, dass einige der neuropsychologischen und persönlichkeitspsychologischen Merkmale, die beim LCP-Typus zu beobachten sind, ebenfalls charakteristisch für die ADHS sind. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung kann also als eine Folge der ursächlichen Bedingungen der Lebenslauf-persistenten Gruppe angenommen werden.

2.3 Zusammenhang von antisozialem Handeln und ADHS

Für einen Zusammenhang zwischen der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung und antisozialem Handeln existieren deutliche Hinweise (Barkley et al., 2004; Rösler, 2007; Satterfield, Faller, Crinella, Schell, Swanson & Homer, 2007; Mannuzza et al., 1998).

Bis zu 25% der ADHS-Betroffenen zeigen im Erwachsenenalter antisoziales und delinquentes Verhalten (Rösler, 2007). Über welche Mechanismen und unter Hinzunahme welcher Bedingungen dieser Zusammenhang zustande kommt, ist nicht vollständig geklärt. Während die ADHS bei 3% bis 4% der erwachsenen Bevölkerung vorzufinden ist, ist sie mit 4% bis 72% in forensischen Populationen deutlich überrepräsentiert (Rösler, 2007). Die Schwankungen sind vermutlich auf die unterschiedlichen diagnostischen Kriterien und Untersuchungspopulationen zurückzuführen (Retz & Rösler, 2006).

Die ADHS und ihre Auswirkungen sind für das Kindes- und Jugendalter umfassender untersucht worden. Dennoch liegen bereits einige Studien vor, die sich mit den Auswirkungen der ADHS und speziell dem Risiko für antisoziales Handeln im Erwachsenenalter beschäftigt haben.

Barkley und Kollegen (2004) konnten bei Erwachsenen mit einer ADHS in der Vorgeschichte ein erhöhtes Risiko für antisozial-aggressives und kriminelles Verhalten, sowie für Unfälle, schwere Verletzungen und einen erhöhten Alkohol und Drogenkonsum feststellen. Überdurchschnittlich häufig waren auch soziale Beeinträchtigungen wie Probleme am Arbeitsplatz und Beziehungsschwierigkeiten zu beobachten.

Fletcher und Wolfe (2009) gingen in ihrer retrospektiven Längsschnitterhebung der Frage nach, ob eine ADHS im Alter zwischen 5 bis 12 Jahren die Wahrscheinlichkeit für kriminelle Handlungen im jungen Erwachsenenalter erhöht. Die ADHS wurde nach der Klassifikation im DSM differenziert diagnostiziert. Die Ergebnisse sind hypothesenkonform. Kinder mit einer ADHS, unabhängig vom Typus, zeigten mit erhöhter Wahrscheinlichkeit im Vergleich zur Normalbevölkerung kriminelles Verhalten im jungen Erwachsenenalter. Probanden vom vorwiegend hyperaktiv/ impulsiven Typus begingen im Vergleich zu den anderen beiden Subtypen der ADHS häufiger Straftaten wie Diebstahl oder Raub, die mit Impulsivität assoziiert sind. Die Autoren erklären diesen Befund mit der mangelnden Fähigkeit der ADHS-Betroffenen vom vorwiegend hyperaktiv/ impulsiven Typus, ein Verhalten zu planen, was nach den Autoren der Studie unter anderem beim Drogendealen erforderlich sei. Eine Schwäche der Studie liegt in der retrospektiven Erhebung der Krankheitssymptome. Fehlerhafte Angaben, zum Beispiel aufgrund mangelhafter Erinnerungsfähigkeit und -verzerrungen, sind nicht auszuschließen. Zudem erfassten die Autoren keine Behandlung der ADHS. Dadurch kann es zu einer systematischen Verzerrung kommen, wenn beispielsweise gerade die Kinder mit besonders stark ausgeprägter Symptomatik medikamentös behandelt wurden.

Rösler (2007) fand Belege dafür, dass nicht allen Subtypen der ADHS ein gleich hohes Risiko für antisoziale Handlungen zukommt. In einer forensischen Population konnte überwiegend der kombinierte Typus und der vorwiegend hyperaktiv/impulsive Typus festgestellt werden. Insassen mit einer dominierenden Störung der Aufmerksamkeit waren selten.

Satterfield und Kollegen (2007) konnten in ihrer prospektiven Längsschnittstudie neben der Störung des Sozialverhaltens (s. Abschn. 2.3.1) auch einen Einfluss des soziökonomischen Status (SES) der Familie und des Intelligenzquotienten des ADHS-Probanden auf die Kriminalität im Erwachsenenalter darlegen. Zusätzlich zur ADHS konnten sie bei 78% ihrer Probanden eine Störung des Sozialverhaltens (SSV) feststellen. Kritisch ist an dieser Stelle anzumerken, dass die SSV nicht gesondert diagnostiziert worden ist. Sie wurde nach der ersten Erhebung aus Items zum Sozialverhalten der Elternfragebögen zur ADHS-Diagnostik retrospektiv entnommen. Die Diagnostik der ausschließlich männlichen Probanden erfolgte im Alter von 6 bis 12 Jahren. Die ADHS wurde in den hyperaktiv/impulsiven Typus und den kombinierten Typus unterteilt diagnostiziert. Eine ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Typus ist nicht gesondert diagnostiziert worden. Der SES, erhoben in drei Abstufungen (niedrig, mittel, hoch) und der Intelligenzquotient wurden als Kovariaten erhoben. Die Kriminalität, die im Alter zwischen 18 und 38 Jahren begangen worden war, erhoben Satterfield und Kollegen anhand offizieller Festnahmeprotokolle. Folgende Ergebnisse konnten im Follow-up festgestellt werden: Probanden mit einer ADHS und einer SSV im Kindesalter zeigten ein signifikant höheres Ausmaß an kriminellem Verhalten im Erwachsenenalter als die Kontrollgruppe. Straftaten waren Gewaltverbrechen, darunter Körperverletzungen, Raub, Vergewaltigungen und Mordversuche sowie Eigentumsdelikte wie Einbruch und Diebstahl. Zudem waren Drogenkonsum und -handel festzustellen. Sowohl dem SES als auch dem IQ kommt ein prädiktiver Wert zu. Ein niedriger IQ kann ebenso wie ein niedriger SES einen Risikofaktor darstellen. Interessant ist, dass der SES jedoch bei der Kontrollgruppe, also den Probanden ohne eine ADHS, einen größeren Einfluss auf die spätere Kriminalität hatte, als bei den Probanden mit einer ADHS. Mit zunehmendem Alter konnte ein stetiger Rückgang krimineller Handlungen beobachtet werden. 59% der Taten wurden zwischen dem 18. und 21. Lebensjahr begangen. Zwischen dem 36. und 38. Lebensjahr waren es nur noch 16%.

Unter Straffälligen konnte eine Altersabhängigkeit der ADHS-Prävalenz für beide Geschlechter festgestellt werden. Die höchste Prävalenz haben Straffällige bis zum 25. Lebensjahr. Im weiteren Verlauf nehmen die Werte kontinuierlich ab. Ab dem 50. Lebensjahr liegt die Prävalenz nahe der epidemiologischen Erwartungen der allgemeinen Bevölkerung. Ungeklärt ist, ob mit Abnahme der ADHS-Symptomatik im biographischen Verlauf auch die antisozialen Handlungen nachlassen (Rösler, 2007).

Dieser Befund zur Altersabhängigkeit der ADHS kann zu den Ergebnissen von Satterfield und Kollgeen (2007) passen, die einen Rückgang krimineller Handlungen mit steigendem Alter beobachteten. Allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die Abnahme der Prävalenz auch aufgrund einer Symptomreduktion bereits auffällig gewordener Personen zustande kommt.

2.3.1 Dissoziale Verhaltensstörungen

Eine wichtige Rolle bei der Klärung des Zusammenhangs zwischen ADHS und antisozialen Handeln kommt den komorbiden Verhaltensstörungen zu. Vor allem die Störung des Sozialverhaltens (SSV) und die antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASP) haben einen besonderen Erklärungswert (Barkley et al., 2004).

Beide Störungsbilder werden im DSM-5 anhand äußerlich beobachtbarer Verhaltensweisen klassifiziert und nicht zusätzlich am Erleben des Betroffenen. Zehn der fünfzehn Diagnosekriterien der SSV beziehen sich direkt auf Tatbestände nach dem Strafgesetzbuch (StGB), bei der ASP sind es drei von insgesamt sieben der Kriterien (Rösler, 2007). Daher sind die Störungen inhaltlich nur schwer von antisozialen Handeln und Delinquenz zu trennen (Retz & Rösler, 2006). Auch eine inhaltliche, differentialdiagnostische Abgrenzung beider Störungen ist kaum möglich. Beiden Störungen liegt „ein anhaltendes Verhaltensmuster, das die Grundrechte anderer Personen sowie die üblichen und altersgemäßen sozialen Normen“ (Petermann et al., 2001, S. 8) verletzt zugrunde.

Eine Abgrenzung ist über das Alter möglich. Im DSM-5 darf die Antisoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) erst gestellt werden, wenn der Patient volljährig ist.

Dennoch ist antisoziales Handeln nicht gleichzusetzen mit der Störung des Sozialverhaltens oder der ASP. Denn nicht jeder, der antisoziales Handeln zeigt, hat automatisch eine SSV oder ASP. Andersherum kann davon ausgegangen werden, dass beim Vorliegen einer SSV und APS immer antisoziales Verhalten vorliegt, da die Störungen darüber definiert sind. Wichtig ist

herauszufinden, in welcher Beziehung ADHS, SSV und die ASP zueinander stehen: Unter welchen Umständen treten SSV oder ASP komorbid zur ADHS auf? Und welche Rolle kommt der ADHS bei der Stärke und Intensität des antisozialen Handelns bei komorbid diagnostizierter SSV zu?

Rösler (2007) konnte zeigen, dass die rechnerische Wahrscheinlichkeit des gemeinsamen Auftretens einer ADHS und einer Störung des Sozialverhaltens unter der Prämisse, dass sie unabhängig voneinander sind, 88 mal niedriger ist als das tatsächlich kombinierte Auftreten. Dieser Befund wird durch Hinweise gestützt, die dafür sprechen, dass beide Störungen eine gemeinsame genetische Basis haben (Barkley et al., 2004).

Auf der Seite der Umweltfaktoren scheint eine negative Eltern-Kind-Beziehung, vor allem elterliche Kälte und fehlende Zuwendung nicht nur für die ADHS einen Risikofaktor darzustellen, sondern auch für die SSV und ASP (Rösler, 2007).

Mannuzza und Kollegen (1998) vermuten, dass die Entstehung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung und damit massives antisoziales Handeln im Erwachsenenalter über eine ADHS komorbid mit einer SSV in der Kindheit zu erklären ist. Diese Beziehung ist dominierend in der Fachliteratur zu finden (Petermann et al., 2001; Fiedler, 2007).

Doch auch ohne zusätzliche Störung des Sozialverhaltens entwickelten 12% der Betroffenen in Mannuzzas Studie im Erwachsenenalter eine ASP. Damit liegt die antisoziale Persönlichkeitsstörung in der Population von ADHS-Kranken deutlich über den durchschnittlichen Prävalenzzahlen von 1% bis 3% (Fiedler, 2007). Befunde, die der ADHS alleine keinen prädiktiven Wert zusprechen um antisoziales Verhalten im Erwachsenenalter zu erklären, sondern zusätzlich eine SSV in der Kindheit voraussetzen (Satterfield et al., 2007), werden relativiert.

Dass das spätere Risiko für antisoziales Handeln mit einer Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit deutlich erhöht ist, ergibt sich schon aus der hohen Stabilität antisozialen Handelns. Besonders ein früher Beginn erster Auffälligkeiten ist ein Risikofaktor eines negativen Verlaufs mit hoher Stabilität der Antisozialität. Das heißt jedoch nicht, dass die ADHS in Kombination mit einer SSV nur eine geringe Rolle spielt, im Gegenteil: Im Entwicklungsverlauf manifestiert sich die ADHS „zeitlich vor“ (Petermann et al., 2001, S.13) der Störung des Sozialverhaltens.

Deshalb sei an dieser Stelle auf die obige Diskussion zur Konzeption der SSV und der ASP verwiesen. Möglicherweise entspricht eine SSV in Kombination mit der ADHS bloß „einer Koinzidenz von kindlicher oder juveniler

Delinquenz“ (Rösler, 2007, S. 101) und führt dadurch per Definition zu mehr antisozialen Handlungen als eine alleinige ADHS.

Der Störung des Sozialverhaltens im Kindesalter kommt nach Satterfield und Kollegen (2007) eine besondere Rolle bei der Vorhersage von Rückfällen und Mehrfachtätern zu. So zeigt 92% der erwachsenen straffällig-rückfällig gewordenen Täter die Verhaltensstörung in der Kindheit.

Personen mit alleiniger ADHS zeigen weniger gravierendes antisoziales Handeln als Personen mit beiden Diagnosen. Barkley und Kollegen (2004) haben bei Trägern beider Diagnosen einen stärkeren Drogenkonsum und den größeren Gebrauch verschiedener Substanzen im Vergleich zu Personen mit einer einfachen ADHS beobachtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

Tritt eine Störung des Sozialverhaltens komorbid zur ADHS auf, ist das Kriterium für antisoziales Handeln in der Kindheit bereits erfüllt. Dennoch müssen nicht alle Kinder mit einer ADHS, die antisoziales Verhalten zeigen, eine SSV gehabt haben. Das ist unter anderem dann der Fall, wenn nicht alle diagnostisch notwendigen Kriterien für die Vergabe einer SSV erfüllt sind. Gleichzeitig kann die SSV in der Kindheit einen immensen Risikofaktor für antisoziales Handeln im Erwachsenenalter, unter Umständen sogar für die antisoziale Persönlichkeitsstörung darstellen.

Ähnlich verhält es sich mit der ASP. Erwachsene Probanden mit einer ADHS in der Vorgeschichte und einer ASP im Erwachsenenalter zeigen per Definition der ASP antisoziales Verhalten. Dennoch wird bei der Erhebung darauf zu achten sein, dass nicht nur die Probanden mit einer ASP antisozial handeln.

3. Diskussion

Bei der Frage, ob die ADHS ein Risikofaktor für antisoziales Handeln darstellt, scheint die Konzeption der ADHS problematisch. Es handelt sich um ein heterogenes Störungsbild, für das eine Abgrenzung zu antisozialen Handlungen nicht immer trennscharf gelingt. Zum Subtypus der ADHS mit vorwiegend hyperaktiv/ impulsiven Anteilen gehören antisoziale Verhaltensweisen zum Symptombild (Döpfner et al., 2013), während sie beim unaufmerksamen Typus aufgrund keiner direkten symptomatischen Verknüpfung weniger wahrscheinlich und deutlich schwieriger zu erklären wären.

Zunächst erscheint an dieser Stelle das Modell des ICD-10 für die ADHS sinnvoll. Die hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens beschreibt das häufig komorbide Auftreten von ADHS-Symptomen mit antisozialem Verhalten. Allerdings ist dieses Konstrukt auch nur deskriptiv und liefert keine Erklärung des Zusammenhangs. Es stellt lediglich eine Diagnose bereit, die dem gehäuften gemeinsamen Auftreten von einer ADHS mit einem pathologischen Sozialverhalten Rechnung trägt.

Um über die Rolle der ADHS in Kombination mit der Störung des Sozialverhaltens qualitative Aussagen zu ihren jeweiligen Anteilen des Einflusses machen zu können, müssen dezidierte Untersuchungen zum gemeinsamen Zustandekommen beider Störungen unternommen werden. In der bisherigen Forschung ist die Frage stark diskutiert und heterogen beantwortet worden. Die zwei Konzeptionen im DSM-5 und ICD-10 bilden die verschiedenen Auffassungen dazu ab: Während das DSM-5 den beiden Störungen eine häufige Komorbidität und Verknüpfung einräumt, sie jedoch getrennt diagnostiziert, sieht das ICD-10 im gemeinsamen Auftreten beider Störungen eine eigene besonders schwere Form.

Auch nicht hinreichend geklärt ist die Rolle der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

Mannuzza und Kollegen (1998) fanden in ihrer Studie bei 12% der ADHS-Betroffenen eine ASP im Erwachsenenalter, ohne dass diese Personen zuvor eine SSV in der Kindheit zeigten. Nach dem DSM-5 ist die Diagnose der ASP ohne eine SSV in der Kindheit (vor dem 15. Lebensjahr) nicht zulässig. Doch auch unabhängig von den kategorialen Klassifikationssystemen stellt sich die Frage, wie es zu einer Entwicklung der ASP im Erwachsenenalter kommen kann, wenn in der Kindheit keine antisozialen Auffälligkeiten auszumachen waren. Eine Möglichkeit wäre, dass die Probanden in Mannuzzas Studie zwar antisoziales Verhalten zeigten, dieses jedoch nicht die Kriterien für eine SSV erfüllte. Aussagen darüber sind ohne weitere Kenntnis genauerer Daten der Studie nicht möglich. Einen weiteren Ansatz bietet der Entwicklungspfad des späteinsetzenden Typus, um den Loeber das Modell Moffitts ergänzt (Beelmann & Raabe, 2007). Dieser Typus zeigt erst spät im Entwicklungsverlauf antisoziales Handeln, das von diesem Zeitpunkt an jedoch recht persistent ist.

Dennoch scheint es ungewöhnlich, dass sich eine ASP ohne vorherige antisoziale Tendenzen manifestiert, da es sich nicht um eine plötzlich auftretende

Störung, sondern eher um das Ende einer Entwicklung mit antisozialen Anteilen handelt.

Auch die meist im frühen Kindesalter auftretende Störung mit oppositionellem Trotzverhalten, die häufig die Störung des Sozialverhaltens nach sich zieht, sollte um die Möglichkeit einer möglichst umfassenden Erklärung bemüht zu werden, in nachfolgenden Studien mit aufgenommen und erhoben werden.

Es bedarf weiterer Forschung um über den Zusammenhang der ADHS und der SSV und ASP hinreichende Aussagen machen zu können und um die Frage nach Faktoren, die den Zusammenhang bedingen und die Anteile der jeweiligen Störungen dabei beantworten zu können.

Auch Schutzfaktoren, die oftmals mehr als nur die Abwesenheit von Risikofaktoren darstellen, sollten in zukünftigen Untersuchungen aufgenommen werden. Sie können Hinweise darauf liefern, warum einige nicht antisozial auffällige ADHS-Betroffene, die eventuell ähnlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind wie einem antisozial Auffälligen, dennoch keine antisoziale Entwicklung einschlagen.

Auch die Bindung an die Eltern oder eine wichtige Bezugsperson, die gerade bei Personen mit einer ADHS häufig belastet ist, sollte zukünftig differenzierter betrachtet werden. Häufig werden besonders belastende Bindungserfahrungen wie Missbrauch als Strafe und schärfste Form der Ablehnung durch die Eltern zu den kritischen Lebensereignissen subsummiert. Doch auch nicht punktuell auszumachende, sondern kontinuierliche negative und ablehnende Bindungserfahrungen in Kindheit und Jugend können einen Risikofaktor für eine antisoziale Entwicklung darstellen (Montada, 2002).

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass es einige bekannte Faktoren gibt, die für Betroffene einer ADHS ein Risiko für eine antisoziale Entwicklung darstellen. Für einen deutlich größeren Teil der Variablen wird ein negativer Einfluss zwar vermutet und vereinzelt konnten in Forschungsarbeiten dafür Hinweise gefunden werden. Doch benötigt es weitere, intensive Forschungsbemühungen, um die Frage nach der kausalen Verknüpfung beantworten zu können.

Betrachtet man jedoch die individuelle Ebene und den Leidensdruck des Einzelnen, ist es auch bei Aufdeckung aller Faktoren und ihrer genauen Wirkung zwischen der ADHS und dem antisozialen Handeln unwahrscheinlich, dass diese Risiken auf individueller Ebene umgangen, ohne Weiteres verändert oder gar ‚abgeschaltet‘ werden können. Deshalb lohnt es sich zusätzlich zu

dieser Forschung, Interventionsansätzen Aufmerksamkeit zu schenken, die an einer veränderbaren und bekannten Ursache ansetzen - der ADHS. Durch Beeinträchtigungen in den Exekutivfunktionen, die die Selbstkontrolle und die Fähigkeit zum Umgang mit Frustration und Emotionen steuern, sind Personen mit einer ADHS gefährdeter für impulsive, unüberlegte Handlungen und eben auch für antisoziales Handeln (Roy, 2012b). Inwieweit eine Behandlung der Defizite flächendeckend für alle ADHS-Betroffenen notwendig und sinnvoll ist, sollte klinisch geprüft werden. Bei stark beeinträchtigten und gefährdeten Betroffenen, die womöglich schon frühe Auffälligkeiten zeigen, ist eine gezielte therapeutische Intervention sehr wünschenswert.

Literatur:

- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. & Fletcher, K.* (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: antisocial activities and drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (2), 195–211.
- Becker, K., Wehmeier, P. M. & Schmidt, M. H.* (2005). Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Beelmann, A. & Raabe, T.* (2007). Dissoziales Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F.* (2010). *Biologische Psychologie* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Carlson, N. R.* (2004). *Physiologische Psychologie* (8. Aufl.). München: Pearson.
- Döpfner, M., Fröhlich, J. & Lehmkuhl, G.* (2013). *Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U.* (2014) [Hrsg.] *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-5: Deutsche Ausgabe*. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, P.* (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz, PVU.
- Fletcher, J. & Wolfe, B.* (2009). Long-term consequences of childhood ADHD on criminal activities. *The journal of mental health policy and economics*, 12 (3), 119–138.
- Köhler, T.* (2005). *Biologische Grundlagen psychischer Störungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Lehmkuhl, G., Konrad, K. & Döpfner, M.* (2008). *Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)*. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hrsg.). *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen* (2. Aufl., S. 674–693). Stuttgart: Schattauer.

- Lauth, G. W. & Schlotke, P. F. (2011). Hyperkinetische Störungen. In G. W. Lauth, F. Linderkamp, S. Schneider & U. Brack (Hrsg.), *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch* (3. Aufl., S. 340-354). Weinheim: Beltz.
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P. & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *The American journal of psychiatry*, 155 (4), 493–498.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100 (4), 674–701.
- Montada, L. (2002). Delinquenz. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (5. Aufl., S. 859-873). Weinheim: Beltz.
- Petermann, F., Döpfner, M. & Schmidt, M. H. (2001). *Aggressiv-dissoziale Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Retz, W. & Rösler, M. (2006). ADHS und Straffälligkeit. In M.-A. Edel & W. Vollmoeller (Hrsg.), *Aufmerksamkeitsdefizit-,Hyperaktivitätsstörungen bei Erwachsenen* (S. 133-152). Heidelberg: Springer.
- Rösler, M. (2007). ADHS – Störung des Sozialverhaltens – Antisoziale Persönlichkeitsstörung. In C. M. Freitag & W. Retz (Hrsg.), *ADHS und komorbide Erkrankungen. Neurobiologische Grundlagen und diagnostisch-therapeutische Praxis bei Kindern und Erwachsenen* (S. 95-106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rösler, M. & Retz, W. (2008). Diagnose, Differentialdiagnose und komorbide Leiden der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. *Psychotherapie*, 13. Jahrg (Bd. 13, Heft 2), 175–183.
- Roy, M. (2012a). Die ADHS hat viele Gesichter: Klinische Symptomatik und Diagnostik. In M. D Ohlmeier. & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen - ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene* (S. 36-64). Stuttgart: Kohlhammer.
- Roy, M. (2012b). Impulse außer Kontrolle: ADHS und Forensik. In M. D Ohlmeier. & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen - ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene* (S. 112-114). Stuttgart: Kohlhammer.
- Roy, M., Blanke, U., Roy, H. & Ohlmeier, M. D. (2012). Ein Leben mit der ADHS: Behandlungsverläufe und Lebensläufe. In M. D Ohlmeier. & M. Roy (Hrsg.), *ADHS bei Erwachsenen - ein Leben in Extremen. Ein Praxisbuch für Therapeuten und Betroffene* (S. 148-164). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sapien, J. (2013) Texas Students Thrown in Jail for Days as Punishment for Missing School? ProPublica, Retrieved 16.07.2014, from <http://www.pdacomunity.org/issues/end-mass-criminalization/3150-texas-students-thrown-in-jail-for-days--as-punishment-for-missing-school>
- Satterfield, J. H., Faller, K. J., Crinella, F. M., Schell, A. M., Swanson, J. M. & Homer, L. D. (2007). A 30-Year Prospective Follow-up Study of Hyperactive Boys with Conduct Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46 (5), 601–610.

Scheithauer, H. & Petermann, F. (2002). Aggression. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie* (5. Aufl., S. 188- 226). Göttingen: Hogrefe.

Suhling, S. & Greve, W. (2010). *Kriminalpsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz.

Walsh, A. (2012). *Biology and criminology: The biosocial synthesis*. London: Routledge.

Korrespondenzadresse:

Jana Volz B. Sc. Psychologie

Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Uwe Scheunemann / Schwerpunkt sozialpsychiatrische Versorgung

Denkmalstraße 3, 32425 Minden

www.praxis-scheunemann.de

Ausschreibung

Promotionsstipendium der Stiftung Irene in Kooperation mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. und Forschungspraktika

Die Stiftung Irene schreibt in Kooperation mit der Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) ein jährliches Promotionsstipendium aus. Mit dem Promotionsstipendium sollen empirische Doktorarbeiten mit dem Thema Autismus gefördert werden. Bevorzugt gefördert werden Bewerber, die eine Fragestellung untersuchen, bei welcher der Frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Zentrum der Arbeit steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch Kandidaten, die eine Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

Bewerbungsschluss ist der 31.01.2016.

Die Forschung über das Autismus-Spektrum hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Bisher lag der Fokus meist auf der Erforschung des High-Functioning-Autismus oder des Asperger Syndroms, also den Autismusformen, bei denen keine kognitive Beeinträchtigung besteht. Im Vergleich dazu wurden bisher relativ wenige Fragestellungen untersucht, die Personen - insbesondere Erwachsene - mit frühkindlichem Autismus (Kanner-Autismus) und Intelligenzminderung fokussieren. Vor diesem Hintergrund schreibt die Stiftung Irene in Kooperation mit der Wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) ein Promotionsstipendium für die Förderung einer empirischen Doktorarbeit aus. Bevorzugt gefördert werden Promotionsvorhaben, bei denen der frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Fokus steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch Kandidaten, die eine

Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

Die Arbeit kann in englischer Sprache verfasst sein, muss aber in einer deutschen Hochschule eingereicht werden. Die deutsche Staatsangehörigkeit ist nicht zwingend.

Mögliche Forschungsbereiche wären z.B.

- Lebensqualität von Personen mit frühkindlichem Autismus
- frühkindlicher Autismus über die Lebensspanne
- Verfahren zur besseren Autismusdiagnose
- Lebensumstände von Menschen mit Autismus im Alter
- familiäre Bindung und Abhängigkeit (Eltern und/ oder Geschwister)

Die WGAS bietet dem Promovenden während der Promotionszeit wissenschaftliche Betreuung (Zweitbetreuung der Doktorarbeit durch WGAS-Mitglied, Möglichkeit des Mentoring durch WGAS-Vorstandsmitglied, Besuch der wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS)). Die Höhe des monatlichen Stipendiums beträgt max. 1200.- €. Die Förderung ist auf zwei Jahre ausgelegt. Sie wird zunächst für ein Jahr bewilligt und wird nach der Vorlage eines erfolgreichen Zwischenberichtes um ein zweites Jahr verlängert. Danach kann das Stipendium bei guter Begründung noch zweimal um je sechs Monate verlängert werden, nicht jedoch über drei Jahre hinaus (Höchstförderungsdauer).

Folgende Bewerbungsunterlagen sind bis zum 31.1.2016 per Mail an info@wgas-autismus.org zu richten. Bitte senden Sie Ihre Unterlagen in unten genannter Reihenfolge zusammengefasst in einem PDF (max. Größe 3 MB):

- Anschreiben
- Kurzer Lebenslauf
- Zeugnis der Abschlussprüfung (1 Seite)
- Kurz-Exposé zum Promotionsvorhaben (max. 3 Seiten)
- Zeit- und Finanzierungsplan des Promotionsvorhabens (aus dem Finanzierungsplan soll hervorgehen, ob die Promotion Vollzeit oder Teilzeit durchgeführt wird und welches andere Einkommen im Promotionszeitraum bezogen wird)
- Gutachten von einem Hochschullehrer
- Zusage der Hochschule, das Promotionsverfahren zu ermöglichen
- Kurze Stellungnahme des Promotionsbetreuers zum Exposé

Erfahrungen in der Arbeit mit Menschen mit Autismus sind erwünscht, aber keine Voraussetzung. Die Bewerbung von Menschen mit Autismus, die die Voraussetzungen für eine Promotion erfüllen, ist ausdrücklich erwünscht.

Die Stiftung Irene ist eine gemeinnützige Stiftung zum Wohle autistischer Menschen (www.stiftung-irene.de). Sie wurde 1982 von Helen und Werner Blohm, selbst Eltern eines autistischen Kindes, gegründet. Seit 1983 betreibt die Stiftung Irene den Weidenhof in Hitzacker, ein spezialisiertes Wohnheim für erwachsene Menschen mit Autismus mit einrichtungseigenen Werkstätten (www.weidenhof-autismus.de). Darüber hinaus sieht die Stiftung Irene ihre Aufgabe in der Förderung von Projekten für und mit Menschen aus dem autistischen Spektrum sowie die Erforschung des Krankheitsbildes. Die Stiftung Irene ist Mitglied der wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V.

Die Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V. (WGAS) hat als Ziel, die Förderung der Erforschung von Autismus in allen Bereichen der Grundlagen- und angewandten Wissenschaft im deutschsprachigen Raum. Weitere Informationen finden Sie auf www.wgas-autismus.org.

Praktikumsförderung

Die WGAS fördert Forschungspraktika in Institutionen, die zu Autismus forschen. Förderungsfähige Praktika müssen einen Umfang von mindestens 6 Wochen in Vollzeit haben. Die Gesellschaft gewährt einen Praktikumszuschuss in Höhe von € 500,00. Die Förderung der WGAS kann auch ein Stipendium ergänzen, wenn dies vom Stipendiengeber nicht ausgeschlossen wird. Bewerber senden 3 Monate vor Praktikumsbeginn ein Motivationsschreiben zusammen mit einem tabellarischen Lebenslauf und einem kurzen Statement der einladenden Institution in elektronischer Form an info@wgas-autismus.org. Der WGAS-Vorstand entscheidet über die Vergabe einer Praktikumsförderung. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Hinweise für Autoren

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

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

3. Manuskriptgestaltung:

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

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

Impressum

**Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

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

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich

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

Jahresabonnement: 46,- € (einschließlich Postversand)

Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

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

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

Jahresabonnement: 35,- € (einschließlich Postversand)

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

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