

## Inhalt

An der Schnittstelle zweier Spektrum-Erkrankungen: klinische Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS bei Fetalem Alkoholsyndrom im Kindes- und Jugendalter <i>Jochen Gehrman</i> .....	2
Die ich.live Methode – ein psychoedukatives Tool für die psychosomatische und psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen <i>Petra Maria Stemplinger</i> .....	23
Psychotherapie bei traumatisierten minderjährigen Flüchtlingen: Gestaltung von Therapiegesprächen unter Einsatz von Dolmetschern Praktische Erläuterungen zur Anwendung intensivierter Krisenintervention: iKri <i>Ruth Caroline Pfister</i> .....	38
Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i> .....	52
Stellungnahme der Ethikkommission zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen <i>M. Jung, D. Appel, A. Korebrits, C.K.D. Moik, C.A. Rexroth, M. Romanos</i> .....	55
Hinweise für Autoren .....	93
Anzeigen .....	95
Mediadaten .....	110
Impressum .....	112

# **An der Schnittstelle zweier Spektrum-Erkrankungen: klinische Erfahrungen mit der medikamentösen Behandlung von ADHS bei Fetalem Alkohol- syndrom im Kindes- und Jugendalter**

*Jochen Gehrman*

Ein fetales Alkoholsyndrom stellt eine pränatale, schwerwiegende und irreversible Gehirnschädigung dar und bildet ein erhöhtes neurotoxisches Risiko *in utero* für die Entwicklung eines ADHS dann meist mit einem hohen Schweregrad bzw. Symptombelastung (Gehrman, 2014, 2015; Feldmann et al., 2007 und 2013). Ein fetales Alkoholsyndrom führt bereits morphologisch zu einer Reifungs- und Entwicklungsstörung des Gehirns mit einer Gehirnvolumenminderung insbesondere der Hirnrinde und einer Reduktion der dendritischen Verknüpfungen. Eine pränatale Alkoholexposition verändert aber auch nachhaltig den Neurotransmitterstoffwechsel im Gehirn, bspw. von Dopamin, Noradrenalin, Serotonin, Acetylcholin, Gamma-Amino-Buttersäure (GABA) und Glutamat (Banaschewski et al. 2010; Gehrman et al. 2009 und 2013; Renschmidt & Heiser, 2004; Spohr, 2014).

2013 berichtete ich in Ludwigshafen auf der Jahrestagung von FASD Deutschland e.V. über die damaligen Möglichkeiten der Pharmakotherapie bei ADHS und FASD (Gehrman, 2014); in Dresden erneut auf der Jahrestagung von FASD Deutschland e.V. gab ich 2014 (a) ein Update bez. der medikamentösen Behandlung mit einem Schwerpunkt auf neue Optionen – zunächst second-line – der medikamentösen Therapie mit Lisdexamphetamindimesilat sowie der Behandlungsoptionen über das 18. Lebensjahr hinaus (Gehrman, 2015) und berichtete (b) über evtl. ergänzende Behandlungsoptionen mit ungesättigten Fettsäuren und Mineralien (Freemann et al., 2006).

## Ätiologie, Prävalenz, Symptomatik bei FASD:

Alkohol soll in Deutschland für bis zu 1% der Fehlbildungen von Kindern verantwortlich sein. Alkohol verkürzt die Schwangerschaftsdauer und im Rahmen eines Alkoholmissbrauchs treten in 30 bis 50% Fehlgeburten auf (Clarke und Gibbard, 2003; Spohr, 2014). Alkohol-assoziierte Risiken für das ungeborene Kind können ferner sein: eine schlechte Ernährung, insbesondere ein Vitamin- und Mineralstoffmangel (Carl et al., 2010) und ein häufiger Nikotinabusus der Mutter. Alkoholranke Mütter geraten außerdem früher oder später in ein riskantes psychosoziale Milieu, was die Gefahr von gesundheitlichen Schäden des ungeborenen Kindes noch verstärkt. Über mögliche Auswirkungen eines Alkoholkonsums des Vaters ist hingegen bis auf eine eventuell herabgesetzte Spermienzahl bzw. eventuell epigenetische Veränderungen der Spermien wenig bekannt.

Bereits 1735 beobachtete ein Ärzte-Komitee in Middlesex in England während der sogenannten Gin-Epidemie (etwa zwischen 1720 bis 1750) eine steigende Anzahl gesundheitlich geschädigter Kinder bei einer Kindersterblichkeit damals bis zu 75% (Löser, 1995).

Unser konkretes medizinisches Wissen über durch Alkohol in der Schwangerschaft verursachte, lebenslange, gesundheitliche Schäden beim Kind ist jedoch noch vergleichsweise jung. FASD wurde erstmals 1968 von Lemoine et al. beschrieben; jedoch international unter dem Begriff FASD (**F**etal **A**lcohol **S**pectrum **D**isorder) erst durch die Publikationen von K. Jones und D. Smith aus Seattle/U.S.A. 1973 über alkoholgeschädigte, dysmorphe Kinder bekannt.

Weltweit schwanken die Angaben zur Prävalenz von FASD (May und Gossage, 2001; May et al., 2006). Auch in Deutschland ist die Prävalenz von FASD nicht genau bekannt; bezüglich der Inzidenz, d.h. der Zahl der Neugeborenen mit FASD-Spektrum-Störungen in Deutschland, im Jahr liegen die Schätzungen gegenwärtig bei 2 000 Neugeborenen mit einem FASD Vollbild und 4000 mit einem partiellen FASD (Feldmann et al., 2013; Spohr, 2014).

Kinder mit FASD sind für ihr ganzes Leben geschädigt. Die ZNS-Symptomatik umfasst morphologische Läsionen, d.h. ein geringeres Gehirnvolumen (Microcephalie), kortikale Läsionen und insgesamt eine allgemeine Reifungs- und Entwicklungsstörung des Gehirns mit einer dendritischen Pathologie. Daraus resultieren funktionelle Defizite, d.h. kognitive Defizite, gehäuft Lern-, Rechen-, Lese- und Rechtschreibschwächen, diverse Verhaltensauffälligkeiten, Störungen der exekutiven Funktionen sowie ADHS-Symptome

(Faraone et al., 2015; Feldmann et al., 2007 und 2013; Steinhausen, 1996; Willford et al., 2004).

Bei den hier behandelten FASD-Kindern stehen im Vordergrund der ADHS Kernsymptomatik (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität) durchgängig Aufmerksamkeitsprobleme sowie ein impulsiv-expansives Verhalten. Der ruhig und „verträumt“ anmutende „ADS Patient“ ist darunter eher selten.

Der mittlere Intelligenzquotient bei Menschen mit einem FASD-Vollbild soll im Durchschnitt im Bereich einer niedrigen Intelligenz, lt. Streissguth und O'Malley (2000) bei 68 IQ-P. bzw. lt. Feldmann bei 75 IQ-P (Feldmann et al., 2007, 2013) liegen. Im klinischen Alltag werden aber nicht selten auch Intelligenzminderungen mit IQs < 70 IQ-Punkten ermittelt.

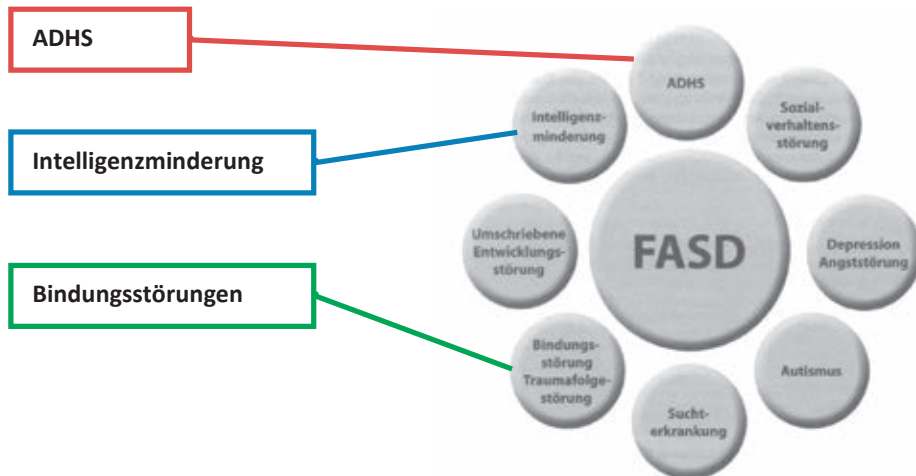


Abb. 1: Die komorbiden Störungen bei ADHS, modifiziert nach Sobanski, 2014

### Komorbide Störungen bei FASD:

Leider kommt auch FASD „selten alleine“, d.h. eine Vielzahl von komorbiden Störungen kommen zu den Kernsymptomen hinzu und bestimmen nicht selten den (Behandlungs)verlauf (Faraone et al., 2015). Neben den bereits erwähnten Entwicklungsverzögerungen, ADHS und Teilleistungsstörungen bzw. Intelligenzminderungen stehen im Vordergrund soziale Verhaltensauffälligkeiten mit mangelnder Regelakzeptanz bis hin zu aggressivem Verhalten

bzw. emotionale Störungen mit Ängsten und extremen Stimmungsschwankungen. Im Jugendlichenalter kann zur Spannungsreduktion auch nicht-suizidales, selbstverletzendes Verhalten auftreten (Sobanski, 2014; Spohr, 2014). Interessanterweise zeigen Autismus-Spektrum-Störungen und FASD-Spektrum-Störungen gewisse Symptomüberlappungen. Immer mehr Pflegeeltern bzw. Lehrer werfen daher im Verlauf die Frage einer genuinen Komorbidität mit einem Autismus auf. Nach meiner Erfahrung erfüllen davon die meisten Betroffenen aber nicht die klaren ICD-10 Kriterien bzw. die dafür geforderten Kriterien in einer ADOS/ADI-R Diagnostik, sondern es bleibt letztendlich beim klinischen Eindruck einer Verhaltensstörung mit „autistischen Zügen.“ Da viele alkoholkrankte Mütter selber in prekären sozialen Beziehungen leben, überrascht es wenig, daß eine Vielzahl von Kindern mit FASD von früher Deprivation und infolge unterschiedlicher Platzierungen in Bereitschaftspflegefamilien, Heimen bzw. dann Dauerpflegefamilien von Bindungsstörungen betroffen sind. Abb. 1 fasst die wesentlichen komorbiden Störungen zusammen.

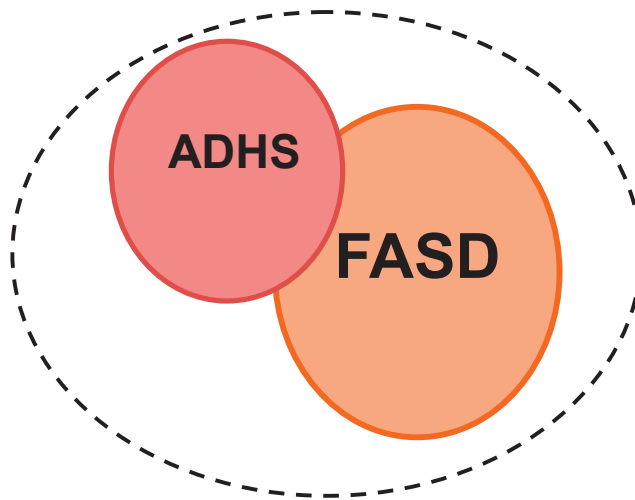


Abb. 2. Grad der Überlappung zwischen ADHS Symptomatik und FASD Symptomatik; die gestrichelte Linie symbolisiert eine mutmaßliche weitgehende Überlappung nach der bisherigen persönlichen Erfahrung des Autors.

Wie häufig FASD-Kinder von ADHS betroffen sind, ist offen: meine eigene klinische Erfahrung deutet aber daraufhin, dass es sich um eine beinahe regelhafte komorbide Störung bei FASD handeln könnte bzw. mit den Worten einer erfahrenen Pflegemutter ausgedrückt: „FASD-Kinder haben zu 100% ADHS!?“ (Abb. 2)

Schließlich gilt es noch zu betonen, dass das eher langfristig vorhandene Problemverhalten von FASD-Kindern mit ADHS (dann meist vom impulsiv-ge-mischten Typ) die Pflege- bzw. Adoptiveltern vor erhebliche und chronische erzieherische und seelische Herausforderungen stellt. Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe bspw. im Rahmen von FASD Deutschland empfiehlt sich frühzeitig. In meiner Beratungspraxis hat es sich gerade im Dialog bspw. mit Lehrkräften bewährt, immer wieder darauf hinzuweisen, dass es beim Problemverhalten der betroffenen Kinder meist um „Ein Nicht-Können denn ein vermeintliches Nicht-Wollen.“ Die Kinder benötigen eine geduldige, bin-dungsorientierte und sehr individuellen Förderung sowie ihre Pflege- bzw. Adoptiveltern professionelle Entlastung und Coaching.

### **FASD: (auch) eine Spektrumstörung**

Nach klinischem Bild und anhand der u. g. Leitliniendiagnostik werden unter-schieden: ein FASD Vollbild mit deutlich vorhandenen körperlichen Anzei-chen, bspw. Kleinwuchs, Microcephalie und den entsprechenden Gesichts-dysmorphien, bspw. kurzen Lidspalten, eine schmale Oberlippe, ein verstri-chenes Philtrum, von einem partiellen FASD mit eher schwach ausgeprägten körperliche Anzeichen, aber deutlichen sozialen Verhaltens- und emotionalen Auffälligkeiten.

Schließlich findet sich in der Literatur noch ein **Alcohol-Related Neurode-velopmental Disorder (ARND)**, bei dem eine neurologische Störung nach pränataler Alkoholexposition und ebenfalls deutliche soziale und emotionale Auffälligkeiten vorliegen aber keine FASD-typischen körperlichen Anzei-chen (Clarke und Gibbard, 2003; Spohr 2014).

In meiner klinischen Praxis dominieren Patienten mit einem partiellen FASD gegenüber dem Vollbild. Patienten mit einem ARND diagnostiziere ich als Psychiater nicht selber, sondern diese werden dann von Neuropädiatern zur kinder- und jugendpsychiatrischen (Mit)behandlung überwiesen.

Hinzukommt, dass sich FASD auch nicht einfach „auswächst“ (Streissguth et al., 1991; Spohr et al., 2007), so dass die Behandlungsprobleme bei der Transition ins Erwachsenenalter bzw. darüber hinaus Diagnostik und Thera-pie erst im Erwachsenenalter zunehmend in den Fokus der Betroffenen und ihrer Ärzten geraten.

## FASD Diagnostik nach S3-Leitlinie

Nach der multiaxialen Diagnoseklassifikation der ICD-10 (Remschmidt et al., 2006) ist FASD keine eigenständige Achse I Diagnose. Keine FASD spezifische F Ziffer ist dafür in der ICD-10 hinterlegt; auch nicht im DSM-V. In der ICD-10 erfolgt die Kodierung FASD auf Achse III als Q 86.0 d.h. eine Alkoholembryopathie mit Dysmorphien.

Entsprechend den S3 Leitlinien (Landgraf et al., 2013; Landgraf, 2015; Spohr, 2015) und dem sog. 4-Digit-Code von Susan Astley (2004) sind Auffälligkeiten in vier bzw. (s.u.) drei Bereichen notwendig:

1. Wachstumsverzögerung (Gewicht u./o. Länge u./o. BMI  $\leq$  10. Perzentile)
2. Faciale Auffälligkeiten: kurze Lidspalten ( $\leq$  3. P.) + schmale Oberlippe + verstrichenes Philtrum (Rang 4 oder 5 auf dem Lippen-Philtrum-Guide)
3. ZNS Auffälligkeiten: funktionell u./o. strukturell (Microcephalie: Kopfumfang  $\leq$  3./10. P.)
4. Intrauterine Alkohol-Exposition: bestätigt oder nicht bestätigt (s.u.)

Zur Diagnosestellung sollten alle vier Kriterien zutreffen, aber: wenn alle drei ersten Kriterien erfüllt sind, kann die Diagnose FASD auch gestellt werden, wenn ein mütterlicher Alkoholkonsum mangels Anamnese nicht positiv belegt werden kann.

In der Praxis ist die Beurteilung der faciaalen Dysmorphiezeichen (Abb. 3) gut möglich bis etwa zum 8. Lebensjahr; bei älteren Jugendlichen bzw. Erwachsenen ist es sehr hilfreich, Bilder aus der frühen Kindheit nachträglich zu beurteilen.

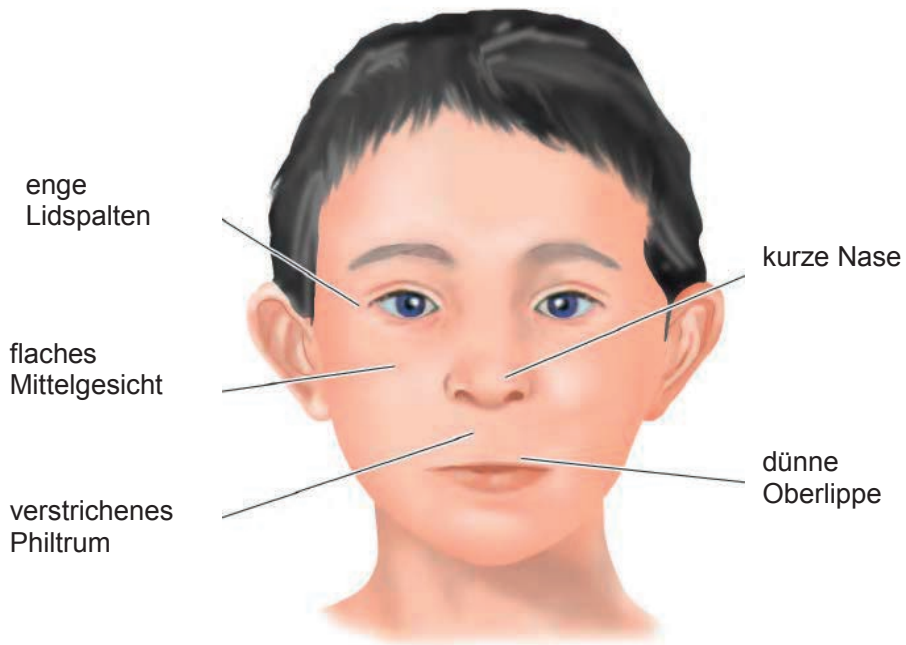


Abb.3: Die facialen Dysmorphiezeichen bei einem Kind mit einem FASD Vollbild, modifiziert nach Ch. Zieff & R. Schwartz-Bloom (2008): Understanding FASD, a comprehensive guide for Pre-K-8 Educators. [http://www.rise.duke.edu/download/FASD\\_Guide.pdf](http://www.rise.duke.edu/download/FASD_Guide.pdf)

### Die medikamentöse Therapie der ADHS: aktuell zugelassene Wirkstoffe

In Deutschland sind gegenwärtig vier Wirkstoffe zur medikamentösen Behandlung einer ADHS ab dem 6. Lebensjahr zugelassen, d.h. die Behandlung von Kleinkindern ist grundsätzlich off-label. Es sind leider bisher keine systematischen Untersuchungen zur Anwendung dieser im Grunde zugelassenen Präparate bei ADHS-Patienten mit einem gleichzeitigen fetalen Alkoholsyndrom durchgeführt worden. Daher liegt deren Einsatz bei ADHS-Patienten mit gleichzeitigem FASD im Ermessen des behandelnden Arztes. Inwieweit es sich dann um einen individuellen Heilversuch handelt, wird kontrovers diskutiert, darf aber in einer engen Auslegung *de juris* postuliert werden. Sollte sich der Arzt aber zu einer entsprechenden medikamentösen Behandlung bei einem ADHS bei FASD Kindern entschließen, wird seitens der Hersteller ein „engmaschiges Monitoring“ empfohlen, ohne dessen Inhalt weiter zu spe-



zifizieren. Es empfiehlt sich auch eine schriftliche Dokumentation der Aufklärung der Sorgeberechtigten über einen möglichen off-label Charakter der Verordnung. Bei der Diagnoseeingabe ist darauf zu achten, daß F90.0 bzw. F90.1 als F-Ziffer nach ICD-10 verschlüsselt wird.

**Methylphenidat**, ein selektiver Ligand für den postsynaptischen Dopamintransporter, bremst die Wiederaufnahme von Dopamin und erhöht damit Konzentration von Dopamin im synaptischen Spalt. Ein hoher Prozentsatz, bis zu 85%, der naiven, d.h. bisher medikamentösen nicht behandelten Patienten, soll primär auf eine Methylphenidatbehandlung ansprechen. Seit geraumer Zeit stehen Methylphenidatpräparate mit verzögerter Freisetzung (retard) zur Verfügung (Banaschewski et al. 2006), die eine gute Wirksamkeit bis in den Nachmittag haben, d.h. in Deutschland waren 2016 für die Behandlung einer AD(H)S für Kinder und Jugendliche ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr insbesondere zugelassen: Medikinet retard® 5, 10, 20, 30, 40mg; Ritalin LA® 10, 20, 30 und 40mg; Concerta® 18, 27, 36 und 54mg; Methylphenidathydrochlorid-neuraxpharm® 18, 36, 54mg, Equasym retard® 10, 20, 30 und 40mg. Diese Retardpräparate unterscheiden sich bspw. im Verhältnis des sofort verfügbaren *versus* des verzögert freigesetzten Methylphenidat, der Galenik, ihrer evtl. Nahrungsmittelabhängigkeit vor der Einnahme und ihrer Kinetik. Meine persönliche Erfahrung ist, dass die jungen Patienten sehr individuell auf die Präparate reagieren und daß im Einzelfall Wechsel der Retardpräparate nach Patientenbericht grundsätzlich sinnvoll sein können, aber ohne zugleich davon „Wunder“ erwarten zu dürfen.

Nach den Leitlinien sollte eine Ersteinstellung zunächst mit unretardierten Methyphenidattabletten erfolgen zur Dosistitration. Nach meiner Erfahrung empfiehlt sich dieses Vorgehen vor allem für jüngere Kinder; ansonsten mache ich seit vielen Jahren sehr gute Erfahrungen primär mit der Verordnung von Retardpräparaten, welche auch den Vorteil haben, dass eine Einmalgabe am Morgen bei vielen (aber nicht allen Patienten) ausreicht, so dass das Kind in der Schule „keine Pillen“ mehr einnehmen muss, was nicht nur sicherer in der verlässlichen Einnahme ist, aber auch evtl. Stigmatisierungen in der Schule vorbeugt.

**Atomoxetin** (Strattera®), ein zusätzlicher Noradrenalinagonist, bei dem aber eine kontinuierliche Einnahme notwendig ist (Dittmann et al., 2011). Atomoxetin stammt ursprünglich aus der Entwicklungspipeline als eher schwaches Antidepressivum und hat einen signifikanten Effekt auf die ADHS Kern-

symptomatik, welcher aber häufig erst Wochen nach Erreichen der Zieldosis klinisch bemerkbar ist. Eine langsame Aufdosierung führt zu einer besseren Verträglichkeit, d.h. in Wochenschritten (Verordnung jeweils von 7Kps.) bis zu einer Zieldosis etwa bis 1,2mg pro kg Körpergewicht (Caby & Caby, 2006). Nach meiner Erfahrung profitieren insbesondere Patienten mit komorbiden Ängsten, Depressivität bzw. Tics von Atomoxetin. In Deutschland war 2014 für die Behandlung einer AD(H)S für Kinder und Jugendliche Atomoxetin ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr zugelassen und als 10,18,25,40, 60 bzw. 80mg Kapseln zu verordnen.

**Amphetamine**, welche Dopamin direkt am synaptischen Spalt freisetzen: (1) D-Amphetaminsaft (als Apotheekenrezeptur); (2) Dexamphetaminsulfat in Tablettenform (seit Dezember 2011 in Deutschland zugelassen als **Attentin®**) und seit März 2013 **Lisdexamphethamin (Elvanse®)**, d.h. Dextroamphetamin an Lysin gebunden (pro-drug), wobei erst im Magen-Darm-Trakt die Aminosäure Lysin enzymatisch abgespalten und der wirksame Metabolit Dextroamphetamin freigesetzt wird (Faraone et, 2002; Coghill et al., 2014; Hodgkins et al. 2012).

**Attentin®** und **Elvanse®** sind als second-line Präparate in Deutschland für die Behandlung eines AD(H)S für Kinder und Jugendliche Atomoxetin ab dem vollendeten sechsten Lebensjahr zugelassen, d.h. die Umstellung erfordert einen ausreichend langen Behandlungsversuch zuvor mit Methylphenidat bzw. zuvor erhebliche unerwünschte Wirkungen darunter.

Nach Studienlage und unserer klinischen Erfahrung haben Amphetamine eine höhere Effektenstärke auf die ADHS-Kernsymptomatik als bspw. Methylphenidat bzw. Atomoxetin. Seit 2014 haben wir in einzelnen Fällen mit einer besonders schwer ausgeprägten ADHS Symptomatik auch bei FASD klinisch positive Erfahrungen mit einer Umstellung von Methylphenidat (bei nicht ausreichender Wirksamkeit) auf **Lisdexamphethamin** gemacht, ohne zusätzliche unerwünschte Wirkungen. **Lisdexamphethamin** ist im Übrigen bereits seit 2007 in den U.S.A. unter dem Handelsnamen **Vyvanse®** zugelassen und in Anwendung bei der medikamentösen Behandlung der ADHS und seit Januar 2015 in den U.S.A. auch zugelassen für die Indikation **binge eating disorder**.

Das Nebenwirkungsprofil ist bei allen o.g. Wirkstoffen insgesamt verhältnismäßig ähnlich, d.h. insbesondere anfänglich eine Appetitminderung ggf. mit einer Gewichtsabnahme, meist vorübergehende Bauch- und Kopfschmerzen, Einschlafstörungen, ggf. ein leichter Anstieg von Blutdruck und Puls vor-

rangig bei adipösen Patienten und dann noch seltenere und sehr individuelle Reaktionen, bspw. Hautveränderungen.

Amphetamine haben grundsätzlich eine etwas geringere therapeutische Breite als bspw. Methylphenidat, d.h. mit der Gefahr einer Überdosierung, was bspw. Euphorie hervorrufen könnte. Außerdem wird ein evtl. Suchtpotential von Amphetaminen grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

**Guanfacin** ist seit Januar 2016 unter dem Handelsnamen Intuniv® in Form retardierter Tabletten als second-line Präparat zur Behandlung der ADHS zwischen dem 6ten und 17ten Lebensjahr in Deutschland zugelassen. Guanfacin ist ein Arzneistoff aus der Entwicklungsreihe blutdrucksenkender Medikamente (Clonidin) (Huss et al., 2016a,b).

Guanfacin ist ein Neuromodulator, d.h. es beeinflusst den Neurotransmitterhaushalt indirekt, indem es die Übertragung bspw. an dopaminergen Nervenzellen reguliert

Die Startdosis ist 1mg; eine Dosissteigerung von 1mg pro Woche bis zu einer Maximaldosis wird empfohlen, dann bis 12 Jahre max. 4mg, bis 17 Jahre max. 7mg. Tics sollen unter Guanfacin nicht verstärkt bzw. sogar verringert werden. Als unerwünschte Wirkungen sind u.a. Tagesmüdigkeit und Blutdrucksenkung beschrieben.

## **Behandlungsoptionen für Erwachsene**

Leider wächst sich die ADHS Symptomatik - ebenso wie die FASD Symptomatik - nicht spontan mit dem Erwachsenwerden aus (Sobanski & Alm, 2004). Hier bestand leider lange Zeit in Deutschland eine medikamentöse Versorgungslücke aufgrund fehlender Zulassungen für das Erwachsenenalter. Eine medikamentöse Behandlung der ADHS über das 18. Lebensjahr hinaus bzw. für junge Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr ist jedoch inzwischen in Deutschland möglich: Medikinet adult® (Rösler et al., 2009) wurde als erstes Medikament für die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter im April 2011 zugelassen (seit 2014 ist nun auch Medikinet retard® für die Weiterbehandlung des ADHS über das 18. Lebensjahr hinaus zugelassen, falls die Behandlung damit schon vor dem 18. Geburtstag begonnen wurde). Im Juni 2013 wurde die Zulassung für Atomoxetin (Strattera®) auf den Behandlungsbeginn Erwachsenenalter erweitert. Ritalin LA® wurde 2014 als Ritalin adult® für die Behandlung der ADHS im Erwachsenenalter zugelassen. Con-

certa® kann über das 18. Lebensjahr ebenfalls weiterverordnet werden, falls die Behandlung damit schon vorher begonnen wurde.

### **Drugmonitoring:**

Neben den üblicherweise durchgeführten Blutdruck, Pulskontrollen, sollte aufgrund der Wachstumsstörung insbesondere das Körperlängenwachstum und –gewicht engmaschig bei FASD beobachtet werden. Insbesondere bei einer kardialen Vorschädigung empfiehlt sich bei FASD Kindern bereits vor einer medikamentösen Behandlung eine EKG-Kontrolle mit Bestimmung der QTc Zeit bzw. ggf. eine weitergehende kinder-kardiologische Diagnostik. Ein „engmaschiges Monitoring“ der somatischen Befunde wird seitens der Arzneimittelhersteller empfohlen. Die Dokumentationspflicht obliegt wie stets dem behandelnden Arzt.

### **Zusätzliche Behandlungsoptionen?**

#### **Nahrungsmittelergänzungspräparate: mehrfach ungesättigte Fettsäuren**

Lebertran ist ein dünnes, hellgelbes Öl, das aus der Leber meist von Kabeljau, Dorsch und Schellfisch durch Pressen oder Erwärmen gewonnen wird. Er enthält Omega-3-Fettsäuren, Jod, Phosphor, Vitamin E und verhältnismäßig hohe Mengen an Vitamin A und D. Lebertran wurde verbreitet als Stärkungsmittel besonders bei Kinderkrankheiten und Unterernährung sowie zur Verhütung von Rachitis Kindern bis in die 1960er Jahre des vergangenen Jahrhunderts daher gegeben. Der sehr „fischige“ und damit unangenehm schmeckende tägliche Löffel Lebertran ist dem einen oder anderen in der Eltern- bzw. Großelterngeneration vielleicht doch noch nicht so wohlschmeckend aus der eigenen Kindheit erinnerlich.

Die aktuelle Forschung über den Einfluss der Ernährung deutet aber daraufhin, dass der tägliche Löffel Lebertran vielleicht doch seinen Sinn hatte. Dazu müssen wir uns zunächst die Physiologie des Fettstoffwechsels unter dem Aspekt der essentiellen, mehrfach ungesättigten Fettsäuren betrachten:

Essentielle Fettsäuren (englisch: essential fatty acids, abgekürzt EFA) sind mehrfach ungesättigte Fettsäuren (englisch: poly unsaturated fatty acids, abgekürzt PUFA), die

- vom Menschen nicht selber hergestellt werden können,
- mit der Nahrung aufgenommen werden müssen,
- für Wachstum, Fortpflanzung und gute Gesundheit notwendig sind.

Menschen können ausgehend von den essentiellen Fettsäuren alpha-Linolensäure (ALA) und Linolsäure (LA) länger kettige Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren bilden. Die Umwandlung von alpha-Linolensäure (ALA) zu der Eicosapentaensäure (EPA) beträgt ungefähr 5%, und die Umwandlung zu Docosahexaensäure (DHA) beträgt sogar weniger als 0.1 %.

Die sehr niedrige Umwandlungsfähigkeit des Menschen ist ein starkes Argument für die Erwägung einer zusätzlichen Einnahme von EPA, DHA als Nahrungsergänzung. Omega-3 und Omega-6 müssen mit der Nahrung zugeführt werden (Freemann et al., 2006).

Die moderne westliche Ernährung weist jedoch einen Mangel an Omega-3-Fettsäuren auf. Fettreicher Fisch an zwei Tagen der Woche ( $\geq 340$  g/Woche) ist nötig, um den Bedarf an Omega-3 zu decken. Fettreicher Fisch, d.h. bspw. Anchovis, Heilbutt, Hering, Makrele, Sardelle, Lachs, Forelle, weißer Thunfisch, ist die Hauptquelle für langkettige Omega-3-Fettsäuren. Um den Bedarf abzudecken, sind etwa zwei vollwertige Fischmahlzeiten in der Woche erforderlich. Andere Lebensmittel, welche essentielle Fettsäuren enthalten, sind bspw. menschliche Muttermilch, Soja, Tofu, Spinat, Walnüsse, Weizenkeime, Rapsöl, Leinsamen. Ein positiver Effekt ungesättigter Fettsäuren auf den Gehirnstoffwechsel ist grundsätzlich seit längerem bekannt (Freemann et al., 2006; Schuchardt et al., 2010; Sinn & Bryan, 2007)

Frei verkäuflich sind auch in Deutschland verschiedenste Präparate mit Mineralstoffen, insbesondere Zink und Magnesium, sowie (ungesättigten) Omega-fettsäuren. Für einzelne dieser Präparate ist inzwischen eine gewisse Wirksamkeit wenn auch mit einer gegenüber den klassischen, medikamentösen Wirkstoffen, bspw. Methylphenidat, deutlich geringeren Effektenstärken, d.h. Wirksamkeit, bei allerdings sehr guter Verträglichkeit in zum Teil auch placebokontrollierten Studien nachgewiesen (Johnson et al., 2009; Richardson & Montgomery, 2005). Diese Präparate werden aber als sog. Nahrungsmittelergänzungstoffe gewertet, d.h. sie sind in Deutschland nicht erstattungsfähig durch die Krankenversicherungen, sondern müssen von den Eltern selber bezahlt werden.

Studien, die eine Wirksamkeit auf die ADHS Kernsymptomatik zeigen, liegen bspw. für das Präparat Esprico® vor, welches Magnesium, Zink und ungesättigte Omega-3- und 6-Fettsäuren substituiert, in Deutschland vor (Huss et al., 2010). In der Schweiz berichten Kollegen über positive Erfahrungen bspw. mit Equazen IQ™ Kapseln®, welche Omega-3 Fettsäuren, davon Eicosapentaensäure (EPA), Docosahexaensäure (DHA), Omega-6 Fettsäuren, Gamma-Linolensäure und natürliches Vitamin E+ enthalten.

Anzumerken ist, dass viele Fragen bezüglich der Nahrungsmittel-ergänzungspräparate noch offen sind, bspw. Dosierungen, die Vergleichbarkeit der kaum noch zu überschauenden Präparatliste im Handel, die Zeitdauer der Einnahme, evtl. unerwünschte Wirkungen, Wechselwirkungen mit Medikamenten usw..

### **Weitere Therapieverfahren:**

Andere, ergänzende Behandlungsverfahren bei ADHS und FASD sind neben der medikamentösen, der Verhaltens- und Familientherapie u.a.:

- ein symptomzentriertes Konzentrationstraining (bspw. Ergotherapie, Neurofeedback)
- Physiotherapie
- Logopädie
- tiergestützte Therapien (bspw. Hundetherapie, therapeutisches Reiten)
- Sport, besonders auch gemeinsame Bewegung von Kind unter Eltern in der belebten Natur (Green Outdoor Activity)

### **Die medikamentöse Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen**

Schlafstörungen werden sehr häufig bei FASD-Kindern mit und ohne ADHS beobachtet. Chronische Schlafstörungen können durchaus ADHS bzw. komorbide Störungen negativ beeinflussen, so durch eine verstärkte Tagesmüdigkeit und eine beeinträchtigte Eltern-Kind Interaktion in einer stressbelasteten abendlichen Zubettgehssituation. Eine Förderung der Schlafhygiene, abendliche Einschlafrituale usw. stehen ganz im Vordergrund der unterstützenden Massnahmen. Leider bedarf es im Alltag aber immer wieder einer zumindest vorübergehenden medikamentösen Therapie. Klinisch bestehen

inzwischen gute Erfahrungen mit dem – allerdings wieder im Kindes- und Jugendalter off label – Einsatz von Melatonin in Retardform.

### **Melatonin:**

Melatonin ist ein Metabolit des Tryptophanstoffwechsels. Seine Bildung wird im Gehirn in der Epiphyse („Zirbeldrüse“) durch Licht gehemmt. Bei Dunkelheit wird diese Hemmung aufgehoben, die Sekretion des Melatonins steigt an. Die Sekretion wird durch Tageslicht wieder gebremst (Hunkler, 2013; Abb. 4).

Melatonin ist also ein natürlicher Botenstoff im Gehirn; als Retardpräparat (!) ist es wirksam bei Ein- und Durchschlafstörungen, jet lag bzw. bei konstanter Drei- bzw. Vier-Schichtarbeit (De Leersnyder et al., 2011). Der Einsatz eines Retardpräparates ist angesichts der kurzen Halbwertszeit von 45 Minuten sehr wichtig. Eine zusätzliche Wirksamkeit als Antioxidans wird diskutiert. In den U.S.A. ist Melatonin als Nahrungsmittelergänzungspräparat im Handel und wird auch als „Life-Style-Präparat bzw. anti-aging-Mittel“ längerfristig eingenommen. Es ist kurzfristig gut verträglich, aber evtl. Nebenwirkungen bei Langzeiteinnahme sind nicht bekannt.

In Deutschland ist Melatonin als Retardpräparat gegenwärtig nur in Form von Circadin® 2mg ab dem 55ten Lebensjahr zugelassen, d.h. unterhalb von 55 Jahre ist eine evtl. Verordnung stets off-label. Zugelassen ist eine Behandlungsdauer von 13 Wochen. Sollte nach dem Absetzen wieder Insomnie auftreten, kann erneut behandelt werden. Aus wissenschaftlicher Sicht spricht jedoch bisher nichts entscheidend gegen eine Dauereinnahme. Es kommt unter Circadin weder zu einem Rebound noch zu einer Toleranzentwicklung. Es gibt auch bisher keine Hinweise auf negative Effekte einer Langzeiteinnahme. So belegen verschiedene auch plazebo-kontrollierte Untersuchungen auch an Kindern (Gringras et al., 2012; Hoebert et al., 2009; Lemoine et al., 2011) eine gute Wirksamkeit von Melatonin zur Schlafförderung und eine gute Verträglichkeit, ohne dass die endogene Melatoninproduktion bei Kindern signifikant beeinflusst zu werden scheint.

Nach eigenen Erfahrungen mit Circadin® im individuellen Heilversuch können die sehr kleinen Retardtabletten in der Regel auch von Kindern gut eingenommen werden (bspw. auf einem Teelöffel mit Joghurt). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Tabletten nach Möglichkeit im Ganzen geschluckt werden sollten, damit die Retard-Eigenschaften vollständig aufrechterhalten werden.



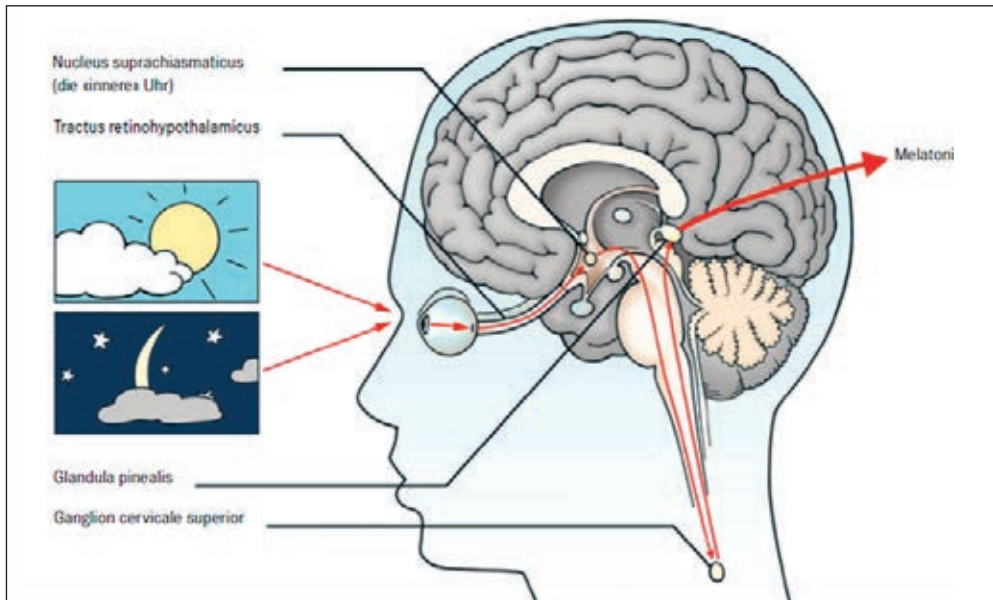


Abb. 4: Die Steuerung der Melatoninsekretion im menschlichen Gehirn. Aus: Hunkler, P. (2013) mit freundlicher Genehmigung des Autors und des Verlags.

### Fazit für die Praxis:

- Nicht selten wird bei Kindern mit (partiellem) FASD und Verhaltensproblemen zunächst ein ADHS diagnostiziert, d.h. umgekehrt sollte man aber auch differentialdiagnostisch insbes. bei einem Pflegekind mit Lernproblemen bzw. Intelligenzminderung an FASD denken. Zumal der fehlende Beleg eines mütterlichen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft ein FASD nicht ausschließt.
- ADHS ist bei FASD eine häufige und die Lebensqualität durchaus einschränkende komorbide Störung.
- Eine medikamentöse Behandlung der ADHS bei FASD ist durchaus sinnvoll, sollte aber stets sehr individuell erfolgen.
- Alle für die Indikation ADHS zugelassenen Präparate sind grundsätzlich einsetzbar. Da aber für die Kombination FASD und ADHS keine speziellen Untersuchungen vorliegen, sind *engmaschige Kontrolluntersuchungen* medizinisch angesichts des FASD



immanenten Kleinwuchses bspw. der Körperlänge und *de juris* im Sinne eines individuellen Heilmittelversuchs ratsam.

- Nach eigenen Erfahrungen bewegt sich die Medikation bei FASD-Kindern nicht selten „zwischen Skylla und Charybdis“, d.h. einerseits sind oft höhere Dosen notwendig und andererseits müssen dafür aber auch mehr unerwünschte Wirkungen „in Kauf genommen“ werden.
- Eine Verhaltenstherapie ist ergänzend sinnvoll; diese sollte dann mit enger Orientierung an konkrete, problematische Alltagssituationen erfolgen, d.h. mit dem Ziel sehr konkreter Verhaltensmodifikationen in einem kleinschrittigen Vorgehen.
- Weitere Therapien und Fördermaßnahmen (Frühförderung, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Neurofeedback, therapeutischem Reiten, Hundetherapie und vieles mehr) sind im Verlauf hilfreich.
- Allerdings bleibt die Behandlung insgesamt eine stete Gratwanderung zwischen Fördern und Fordern ohne zu überfordern.

Von den betroffenen Pflege- bzw. Adoptiveltern höre ich immer wieder den Wunsch an uns Ärzte, noch besser den Betroffenen und ihren Angehörigen im Alltag zuzuhören!

Dieser Dialog setzt eine gute und aufmerksame Kommunikation zwischen dem Therapeuten und der Familie in einer wertschätzenden Atmosphäre voraus, so wie ich sie auf den beiden FASD Kongressen in Ludwigshafen 2013 und in Dresden 2014, zu denen ich als Referent eingeladen wurde, erleben durfte. Dafür gilt mein Dank allen Beteiligten, insbesondere dem Vorstand von FASD Deutschland e.V.<sup>1</sup> mit Frau Gisela Michalowski als Vorsitzender und Frau Katrin Lepke als stellvertretende Vorsitzende.

**Haftungsausschluss:** Im Zweifel gelten immer die Herstellerangaben gemäß der aktuell veröffentlichten Fachinformationen. Der Autor übernimmt daher keinerlei haftungsrechtliche Gewähr für Angaben bezüglich der hier genannten Medikamente.

---

<sup>1</sup> FASD Deutschland e.V., Hügelpweg 4, 49809 Lingen; Email [info@fasd-deutschland.de](mailto:info@fasd-deutschland.de); Homepage <http://www.fasd-deutschland.de>

*Darlegung potentieller Interessenkonflikte:* Der Inhalt des Beitrages ist das Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit. Als Autor weise ich darauf hin, dass es persönliche Verbindungen zu Unternehmen gibt, deren Produkte im Kontext des folgenden Vortrages von Interesse sind. Dabei handelt es sich um die folgenden Unternehmen und Verbindungen: Medice & Pütter Arzneimittel GmbH und die Firma Shire.

## Literatur:

- Astley, S.J.* (2004) Diagnostik Guide for Fetal Alcohol Spectrum Disorders: The 4-Digit Diagnostic Code, 3rd edition, Seattle: University of Washington.
- Banaschewski T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., Danckaerts, M., Döpfner, M., Faraone, S.V., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Sonuga-Barke, E.J.S., Taylor, E.* (2006) Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 15: 476-495.
- Banaschewski, T.* (2010) Genetik. In: Steinhausen H-C, Rothenberger A, Döpfner M (Hrsg.). *Handbuch ADHS. Grundlagen, Klinik, Therapie und Verlauf der Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung*. Stuttgart, Kohlhammer: 113-127.
- Caby, A., Caby F.* (2006) Atomoxetin bei Kindern und Jugendlichen mit ADS/ADHS. Eine Anwendungsbeobachtung von 60 langzeitbehandelten Patienten. *Psychoneuro*, 32(6): 303-305
- Carl, L., Keena, B., Janet, Y. Uriu-Adamsa, E., Skalnyd, A., Grabeklis, A., Grabeklis, S., Greena, K., Yevtushoke, Y., Werteleckif, W. W., Chambersg, C. D.* (2010) The plausibility of maternal nutritional status being a contributing factor to the risk for fetal alcohol spectrum disorders: The potential influence of zinc status as an example. *Biofactors*, 36 (2): 125-35
- Childress, A.C.* (2012) Guanfacine extended release as adjunctive therapy to psychostimulants in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Advances in Therapy*, 29(5): 385-400
- Clarke, M.E., Gibbard, W.B.* (2003) Overview of Fetal Alcohol Spectrum Disorders for Mental Health Professionals. *Canadian Child and Adolescence Psychiatry Reviews*, 12(3): 57-63.
- Coghill, D., Banaschewski, T., Lecendreux, M., Soutullo, C., Johnson, M., Zuddas, A., Anderson, C., Civil, R., Higgins, N., Lyne, A., Squires, L.* (2014) European, randomized, phase 3 study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 23(2): 61-68.

- De Leersnyder, H., Zisapel, N., Laudon, M. (2011)* Prolonged-release melatonin for children with neurodevelopmental disorders. *Pediatric Neurology*, 45(1): 23-26
- Dittmann, R.W., Schacht, A., Helsberg, K., Schneider-Fresenius, C., Lehmann, M., Lehmkuhl, G., Wehmeier, P.M. (2011)* Atomoxetine versus placebo in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid oppositional defiant disorder: a double-blind, randomized, multicenter trial in Germany. *Journal of Child and Adolescence Psychopharmacology*, 21(2): 97-110.
- Faraone, S.V.M., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J.K., Ramos-Quiroga, J.A., Rohde, L.A., Sonuga-Barke, E.J., Tannock, R., Franke, B. (2015)* Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1: 15020.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Roe, C. (2002)* Comparative efficacy of Adderall and methylphenidate in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(5): 468-73.
- Feldmann, R., Löser, H., Weglage, J. (2007)* Das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 155: 853-865.
- Feldmann, R., Adler, K., Juretko, K., Weglage, J. (2013)* Das Fetale Alkoholsyndrom: neuropsychologische Defizite und Störungen des Verhaltens. *Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*, 23 (2): 26 – 47.
- Freemann, M.P., Hibbeln, J.R., Wisner, K.L., Davies, J.M., Mischoulon, D., Peet, M., Keck, P.E., Marangell, L.B., Richardson, A.J., Lake, J., Stoll, A.L. (2006)* Omega-3-Fatty Acids: Evidence Basis for Treatment and Future Research in Psychiatry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67: 1954-1967
- Gehrmann, J., Brandl, A. (2013)* ADHS im Kindesalter: was muss der HNO-Arzt wissen? *HNO*, 61 (7): 627-636.
- Gehrmann, J., Hamburger, M., Sumargo, S., Boida, E. (2009)* Aufmerksamkeits-defizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Jugendalter: spezielle diagnostische und therapeutische Herausforderungen in der Praxis. *Pädiatrie Update*, 4: 323-329
- Gehrmann, J. (2014)* FASD und ADHS: was bringt die medikamentöse Therapie? In: FASD: wenn die Liebe allein nicht ausreicht. In: K Lepke, G Michalowski, R Feldmann (Hrsg.), *Jahrestagungsband 2013 Ludwigshafen*, S. 125-128.
- Gehrmann, J. (2015)* Alternative Behandlungsansätze bei FASD und ADHS: Fakten und Mythen? In: Leit(d)pfade durch das Leben. G Michalowski, K Lepke (Hrsg.), *Schulz-Kirchner Verlag Idstein*, S. 108-115
- Gringras, P., Gamble C, Jones AP, Wiggs L, Williamson PR, Sutcliffe A, Montgomery P, Whitehouse WP, Choonara I, Allport T, Edmond A, Appleton R. MENDS Study Group (2012)* Melatonin for sleep problems in children with neurodevelopmental disorders: randomised double masked placebo controlled trial. *British Medical Journal*, 5: 345

- Hodgkins, P., Shaw, M., Coghill, D., Hechtman, L. (2012)* Amfetamine and methylphenidate medications for attention-deficit/hyperactivity disorder: complementary treatment options. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 21(9): 477-92
- Hoebert, M., van der Heijden, K.B., van Geijlswijk, I.M., Smits, M.G. (2009)* Long-term follow-up of melatonin treatment in children with ADHD and chronic sleep onset insomnia. *Journal of Pineal Research*, 47(1): 1-7
- Hunkler, P. (2013)* Melatonin bei kindlichen Schlafstörungen. *Swiss Paediatrica*, 24 (4): 17-19
- Huss, M., Völp, A., Stauss-Grabo, M. (2010)* Supplementation of polyunsaturated fatty acids, magnesium and zinc in children seeking medical advice for attention-deficit/hyperactivity problems – an observational cohort study. *Lipids Health Disease*, 9 (1):105
- Huss, M., Chen, W., Ludolph, A.G. (2016a)* Guanfacine Extended Release: A New Pharmacological Treatment Option in Europe. *Clinical Drug Investigation* 36(1): 1-25.
- Huss, M., Sikirica, V., Hervas, A., Newcorn, J.H., Harpin, V., Robertson, B. (2016b)* Guanfacine XR (GXR) for children/adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): efficacy following prior methylphenidate (MPH) treatment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12: 1085–1101
- Jones, K.L., Smith, D.W., Ulleland, C.N., Streissguth, A.P. (1973)* Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic women. *Lancet*, 1:1267-1271
- Jones, K.L., Smith, D.W. (1973)* Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*, 2: 999-1001.
- Johnson, M., Ostlund, S., Fransson, G., Kadesjö, B., Gillberg, C. (2009)* Omega-3/Omega-6 Fatty Acids for Attention Deficit Hyperactivity Disorder A Randomized Placebo-Controlled Trial in Children and Adolescents *Journal of Attention Disorder*, 12(5): 394–401.
- Landgraf, M.N., Nothaber, M., Kopp, I.B., Heinen, F. (2013)* Clinical practise guideline: the diagnosis of fetal alcohol syndrome. *Deutsches Ärzteblatt*, 110: 703-10.
- Landgraf, M.N. (2015)* Implementierung der S3-Leitlinie zur Diagnostik des fetalen Alkoholsyndroms: Rückblick und Ausblick. In: *Leit(d)pfade durch das Leben*. G Michalowski, K Lepke (Hrsg.), Schulz-Kirchner Verlag Idstein, S. 13-19.
- Lemoine, P., Harouisseau, H., Borteyru, J.P., Menuet, J.C. (1968)* Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observées, a propos de 127 cas. *Ouest Medical*, 21: 476–482.
- Lemoine, P., Garfinkel, D., Laudon, M., Nir, T., Zisapel, N. (2011)* Prolonged-release melatonin for insomnia – an open label long-term study of efficacy, safety and withdrawal. *Therapeutics and Clinical Risk management*, 7: 301-311.
- Löser, H. (1995)* *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. Stuttgart: Fischer.
- May, P.A., Fiorentino, D., Gossage, J, Kalberg, W.O., Hoyme, E.H, Robinson, L.K., Coriale, G., Jones, K.L., del Campo, M., Tarani, L., Romeo, M., Kodituwakku, P.W., Deiana, L., Buckley, D., Ceccanti, M. (2006)* Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 30: 1562-1575

- May, P.A.; Gossage, J. P. (2001) Estimating the prevalence of fetal alcohol Syndrome: A summary. *Alcohol Research & Health*, 25 (3): 159 – 167
- Remschmidt, H., Heiser, P. (2004) Differenzierte Diagnostik und multimodale Therapie hyperkinetischer Störungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 37: A2071- A2079
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (2006) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Richardson, A.J., Montgomery, P. (2005) The Oxford-Durham Study: A Randomized, Controlled Trial of Dietary Supplementation With Fatty Acids in Children With Developmental Coordination Disorder *Pediatrics*, 115(5):1360–1366.
- Rösler, M., Fischer, R., Ammer, R., Ose, C. & Retz, W. (2009). A randomized, placebo-controlled, 24-week, study of low dose extended-release methylphenidate in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259: 120-129.
- Schuchardt, J.P., Huss, M., Stauss-Grabo, M., Hahn, A. (2010) Significance of long-chain polyunsaturated fatty acids (PUFAs) for the development and behaviour of children. *European Journal of Pediatrics*, 169:149–164
- Sinn, N., Bryan, J. (2007) Effect of Supplementation with Polyunsaturated Fatty Acids and Micronutrients on Learning and Behavior Problems Associated with Child ADHD. *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*, 28(2):82–91.
- Sobanski, E., Alm, B. (2004) Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. *Nervenarzt*, 7: 697-715
- Sobanski, M. (2014) FASD – auch eine kinder- und jugendpsychiatrische Herausforderung. In: FASD: wenn die Liebe allein nicht ausreicht. In: K Lepke, G Michalowski, R Feldmann (Hrsg.), Jahrestagungsband 2013 Ludwigshafen, S. 128-138
- Spohr, H.-L. (2015) Grenzen der Diagnostik bei FAS. Die Schwierigkeiten der Diagnosestellung. In: Leit(d)pfade durch das Leben. G Michalowski, K Lepke (Hrsg.), Schulz-Kirchner Verlag Idstein, S. 20-27.
- Spohr, H.-L. (2014) Das Fetale Alkohol Syndrom im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin: De Gruyter.
- Spohr, H.L., Willms, J, Steinhausen, H.-C. (2007) Fetal Alcohol Spectrum Disorders in Young Adulthood. *Pediatrics*, 150: 175 – 179.
- Steinhausen, H.C. (1996) Psychopathology and cognitive functioning in children with fetal alcohol syndrome. In: Spohr HL, Steinhausen HC, editors. *Alcohol, Pregnancy and the Developing Child*. Cambridge: Cambridge University Press; S. 227–248.
- Streissguth, A.P., O'Malley, K. (2000) Neuropsychiatric Implications and Long-term Consequences of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 5 (3): 177–190.

*Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K., Randels, S.P., LaDue, R.A., Smith, D.F.* (1991) Fetal Alcohol Syndrome in Adolescents and Adults. *Journal of the American Medical Association*, 265: 1961–1967.

*Willford, J.A., Richardson, G. A., Leech, S.L., Day, N.* (2004) Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 28: 497-507

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Jochen Gehrmann

St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus Ludwigshafen am Rhein

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Karolina-Burger-Strasse 51

67065 Ludwigshafen

Tel. 0621 5702 4222

Fax 0621 5702 4242

Email: [jochen.gehrmann@st-annastifts Krankenhaus.de](mailto:jochen.gehrmann@st-annastifts Krankenhaus.de)

Homepage: [www.st-marien Krankenhaus.de](http://www.st-marien Krankenhaus.de)

# Die ich.live Methode – ein psychoedukatives Tool für die psychosomatische und psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen

*Petra Maria Stemplinger*

## Einleitung

Wenn Sokrates Kinderpsychiatrie getrieben hätte, wie hätte das wohl ausgesehen? Diese Frage stelle ich mir als klassische Kinderpsychiaterin, die sich im Rahmen ihrer Ausbildung auch zwei Semester Philosophie gegönnt hat, immer wieder. Die Frage nach dem „Wer bin ich eigentlich?“ und „Wo finde ich Halt in mir?“ als Mensch und als Individualität scheint mir doch eine zentral wichtige im Entwicklungsverlauf eines jungen Menschen. Diese Frage stellt sich im Scheitern, in der Krise, respektive in der Krankheit, d.h. wenn wir dem jungen Menschen begegnen, umso brennender. Wo wird ein Jugendlicher heutzutage gehört und ernst genommen, wenn diese Frage in ihm aufkeimt? Darf sie überhaupt noch auftauchen im Binnenhorizont seiner Seele? Wo wird sie fundiert diskutiert? - Im Religions- und Ethikunterricht an der Schule? Im Philosophiegrundkurs an einigen humanistischen Gymnasien? In der Jugendarbeit? In der Familie? Im Sportverein? Hat diese Frage noch einen Stellenwert in der heutigen Zeit? Oder gehört sie zum Ewig-Gestrigen und Überholten, das uns bremst und behindert im Wettbewerb um die beste Platzierung auf dem Laufsteg des Lebens?

Googeln wir die Frage „Wer bin ich?“, dann findet sich, was der Zeitgeist dazu bietet: psychometrische Tests zur Selbstfindung. Damit liegen wir als KJPP ganz im Trend mit unseren standardisierten Methoden der Psychodiagnostik.



Ich möchte Ihnen hier gerne einen anderen Weg zur Einführung in ein selbst-reflexives und mithin psychotherapeutisches Arbeiten mit Jugendlichen vorstellen. Eine Methode, die ohne Psychometrie auskommt und stattdessen durch ihren offenen, dialogischen (=sokratischen) Aufklärungscharakter im besonderen Maße ein Vertrauensverhältnis zum Jugendlichen begründen kann.

### **Die ich.live Methode – eine sokratische Methode für die psychotherapeutische Arbeit mit Jugendlichen**

Kinder und Jugendliche haben vielfältige Vorstellungen und Ängste vor dem Besuch beim Psychiater. In der Regel teilen sie uns diese nicht mit. Als Kinder- und Jugendpsychiaterin interessiere mich dafür und erfrage deshalb die Vorbehalte meiner Klienten gern am Ende einer Therapie im Rückblick auf den Anfang. Dabei kommen in etwa folgende Fragen und Sorgen zu Tage: Bin ich verrückt? Was ist nicht normal an mir? Heißt Psychotherapie, dass ich selber schuld bin an meiner Krankheit? Was bedeutet Psychodiagnostik und Psychotherapie? Was wird da mit mir gemacht? Werde ich manipuliert? Kann ein Psychiater in meine Seele schauen? Kennt er mich besser als ich mich selbst?

Diese Fragen sind berechtigt und stehen häufig (unausgesprochen) am Anfang einer Begegnung mit dem Kinderpsychiater/ -psychologen. Sie berühren Schuld- und Schamgefühle und die Sorge, ausgeliefert zu sein. Je verletzter und geschwächer das Selbstgefühl des Klienten, desto mehr generiert sich Misstrauen und Abwehr aus dieser Gefühlslage.

Wer psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten möchte, sorgt deshalb für Transparenz, um ihnen den Vertrauensaufbau zu erleichtern.

### **Als Psychiater stehen wir in einer Aufklärungsbringschuld gegenüber den Jugendlichen.**

Als Kinder- und Jugendpsychiaterin an einem Kinderkrankenhaus bin ich in besonderer Weise mit diesem Problem konfrontiert. Fast täglich sehe ich Patienten im Konsildienst, die ihre körperliche Symptomatik nicht unmittelbar



mit psycho-sozialen Phänomenen in Verbindung bringen. Vom Kinderarzt geschickt, ohne klare Eigenmotivation und zum Teil voller Vorurteile und Vorbehalte gegenüber „Psychos“ brauchen diese Patienten eine prägnante und verständliche Aufklärung über bio-psycho-sozio-individuelle Zusammenhänge, die ihnen eine Brücke zum Psychiater bauen.

Aus dieser Situation hat sich in den letzten Jahren ein psychoedukatives Aufklärungs-Modell entwickelt, welches ich mittlerweile in Workshops vermittele: das ich.live Modell. Es ist entstanden in der gemeinsamen Reflexion mit Jugendlichen an der Frage „Was ist die Seele?“ und „Was hat sie mit meinen Schmerzen/meinen Symptomen zu tun?“ Mit ich.live wird ein praktischer Begriff von Seele vermittelt, der sich aus einer einfachen, streng am Phänomen orientierten Introspektion herleitet. Der Nimbus des Unbehaglichen („Man will mich zum Psycho machen!“) wird aufgegriffen und unter die Lupe genommen: „Was heißt denn überhaupt Psycho, Psyche?“ Die stille Empörung „Ich bin kein Psycho!“ wird dabei enttarnt und verzaubert in die Frage nach dem Selbstbewusstsein: „Wer bin **ich** eigentlich?“. Damit wird zugleich Interesse und Neugier geweckt an den Möglichkeiten zur Vertiefung des Selbstbewusstseins.

Ich.live ist eine dialogische Methode. Ähnlich einem sokratischen Dialog werden im Gespräch mit dem Jugendlichen Fragen nach dem Seelischen und unserer individuellen Erlebnisweise gestellt, die im gewöhnlichen Leben im Bewusstseinsraum des Selbstverständlichen, mit hin im „Unbewußten“ untergehen. Durch die Dialogform passt sich die Methode stets an die persönlichen Gegebenheiten des Jugendlichen an. Das weckt sein Interesse und schärft seinen Blick für Zusammenhänge zwischen leiblichen, seelischen und geistigen Phänomenen. Dadurch gestaltet sich die Erarbeitung organisch und zeiteffektiv zu einem selbstreflexiven, problemfokussierten Dialog. Hürden der therapeutischen Begegnung werden abgebaut und eine Basis zur Zusammenarbeit gelegt. Durch die Standardisierung als Methode schärft sich dabei auch automatisch der diagnostische Blick des Untersuchers. Es entsteht ein gemeinsames Koordinatensystem, in welchem man den subjektiven Bedeutungsgehalt des Berichteten ähnlich sicher einem psychometrischen Verfahren einschätzen lernt.

Weil die Methode dialogisch ist, eignet sie sich schlecht für einen monologen Aufsatz wie diesen. Ich muss deshalb auch die Darstellung zum Teil in dialogischer Rede gestalten. Dennoch kann sie nur ein anfänglicher Einblick bleiben. Wer sie live erfahren möchte, sei herzlich eingeladen zum Workshop auf der BKJPP-Tagung in Regensburg im November 2016.

Die ich.live-Methode ist leicht zu lernen und mit verschiedenen Modulen individuell und situativ anzupassen. Damit natürlich auch kompatibel mit jedweder Psychotherapierichtung und unterschiedlichen Krankheitsbildern. Menschenkundliche Basis des Modells ist meine Beschäftigung mit Erkenntnistheorie und anthroposophischer Geisteswissenschaft (Selg, 2000; Steiner, 1987) sowie neueren Denkansätzen zum Leib-Seele-Problem (Fuchs, 2009; Heusser & Selg, 2011; Neider, 2008; Schieren, 2012; Steiner, 1987; Storch et al. 2010).

Der ich.live-Workshop ist damit zugleich eine Einführung in Grundbegriffe eines philosophischen Menschenbildes sowie einer phänomenologisch, evidenzbasierten Selbsterfahrung.

Los geht's:

Stellen Sie sich vor, ein Kinderarzt erbittet ein Konsil für einen 16-jährigen Patienten, um seine Bauchschmerz-symptomatik mit ihm zu evaluieren. Der Jugendliche zeigt keine Einsicht, dass ein Problem, das er im Körper erlebt, von einem Psychiater untersucht werden soll. Er sitzt mit Misstrauen und Widerstand in ihrer Sprechstunde. Er fürchtet, dass ihm die Ärzte unterstellen, er habe keine „echten“ Schmerzen oder er simuliere diese nur, weil man ja „nichts gefunden“ hat.

KJPP: Dein Kinderarzt hat also gemeint, dass Du mit mir über Deine Schmerzen sprechen sollst?

Jugendlicher: Ja, der meint das sei „psychisch“. Ich brauch aber keinen Psychiater. Ich brauche endlich Hilfe gegen diese Bauchschmerzen!

KJPP: Hat Dir denn Dein Kinderarzt erklärt, was die Seele ist und wie sie mit dem Körper zusammenhängt?

Jugendlicher: Nein. Er meint, ich hätte vielleicht Stress!

KJPP (solidarisiert sich mit dem Jugendlichen): Man kann psychische Zusammenhänge nicht allein mit dem Begriff „Stress“ erklären. Interessiert es Dich wie Körper und Seele zusammen arbeiten? Willst Du mehr erfahren, dann will ich es Dir gern erklären.

Jugendlicher: okay.

*Einschub: Die Widerstände des Jugendlichen sind erheblich, zugleich aber oft auch die Not hinter diesem Widerstand und dem körperlichen Symptom. Als Psychotherapeut gerät man unmittelbar in eine Ambivalenz: einerseits den Widerstand zu respektieren und damit (im Hinblick auf den Patienten)*

*weiter kostbare Zeit zu verlieren und andererseits helfen zu wollen (weil man aus Erfahrung weiß, dass sich das Leiden verschlimmern kann, wenn man das Vertrauen des Jugendlichen nicht zu gewinnen weiß). In dieser Situation ist es für beide befreiend, ein offenes und unverbindliches Angebot der Aufklärung aussprechen zu können. Es befreit den Jugendlichen von der Last, etwas von sich preisgeben zu müssen und es gibt dem KJPP die Möglichkeit, sich zu erklären.*

KJPP (malt die Umrisse eines Menschen):



Also, du siehst schon, was ich hier male. Einen Menschen.

Genauer gesagt den Körper eines Menschen. Also das, was man sehen und untersuchen kann mit Blutentnahme, Ultraschall und vielem mehr. Wenn Du magst, können wir Deine Schmerzen da rein malen. Wenn Du mir beschreibst, wo Du sie spürst und wie sie sich anfühlen, kann ich das auch für Dich tun. Du korrigierst mich.

*Einschub: Die gemeinsame Konzentration auf ein Bild, entspannt die Situation noch mehr. Bei der Evaluation und beim Malen des Schmerzes bemerkt der Jugendliche, dass man ganz ärztlich vorgeht und genau über das Symptom*

*nachfragt. Er erfährt auch, dass man seine individuellen Formulierungen und Begriffe besonders ernst nimmt und ihn sogar ermutigt, eigene Worte und Bilder für den Schmerz zu finden. Er erfährt, dass es gut tut, verstanden und ernstgenommen zu werden im Schmerz und vor allem einen Ausdruck dafür zu finden. Aus den Begriffen des Jugendlichen lässt sich oft schon eine Diagnosehypothese formulieren.*

KJPP: Wie sollen wir denn jetzt die Seele dazu malen? Woran sieht man denn, dass dieser Mensch eine Seele hat/ist?

Jugendlicher: Am Gesicht – er schaut und lacht ...

KJPP: Ganz richtig. Man sieht schon, dass da einer zuhause ist in diesem Körper. Wenn wir jetzt beschreiben wollen, was die Seele ist, würde ich Dir folgendes vorschlagen: Die Seele ist alles, was wir ...



*Einschub: An dieser Stelle werden im Dialog Beispiele für Denken, Fühlen und Handeln gesucht. Der Unterschied zwischen Denken und Handeln wird*

*herausgearbeitet. Der Begriff des Entscheidens wird eingeführt. Es wird konkret nachgespürt, wo und wie man Denken, Fühlen und Wollen im Körper erlebt. Nicht, was man darüber weiß und gelernt hat, sondern wie man es am eigenen Leib erfährt, wie es sich im Körper anfühlt zu denken, zu fühlen und zu entscheiden. Dies ist eine explizite Einladung sich selbst phänomenologisch zu erforschen und führt in einen unspezifischen, einfach menschlichen Prozess der Selbstreflexion.*

*Dabei ergibt sich in der Regel, dass das Denken aufgrund der Sinneswahrnehmung im Kopf erlebt wird. Man kann es aber auch frei, d.h. ohne konkreten Körperbezug erleben. Im Gegensatz dazu wird das Fühlen am ganzen Körper, an der Haut, seelisch vor allem im Herz-Brust-Bereich, aber auch im Bauch, sowie als Kraft und Lebendigkeit in den Muskeln erlebt. Fühlen ist immer mit dem Körper verbunden, Denken kann den Körper ausblenden, vergessen.*

*Das Wollen wird gern schnell mit dem Denken in Verbindung gebracht und gleich gesetzt. Es bleibt aber letztlich am geheimnisvollsten. Das lässt sich zum Beispiel erarbeiten an einer Frage, die viele Menschen bewegt: Was will ich wirklich? An dieser Frage zeigt sich unwillkürlich, dass es trotz allem Nachdenken nicht selbstverständlich ist, zu einer Handlungs-Entscheidung zu finden. Der Moment des Entscheidens, der Augenblick, in dem man zur Tat schreitet, bleibt unbewusst, verborgen. Viele Menschen setzen ganz bewusst eine Nacht Schlaf vor eine wichtige Entscheidung, als würden sie im Schlaf näher heranrücken an diese geheimnisvolle Sphäre der Tatkraft, aus der heraus allein eine Entscheidung tragfähig und belastbar für die Zukunft wird. Ich erkläre an diesem Sachverhalt gerne „das Unbewusste“. Es ist alles das, was sich nicht im Tageslicht unseres Bewusstseins abspielt, sondern was wir wie blind, in einer Art Halbschlaf, bzw. in einem Lausch-, Tast- Spürraum der Wärme ergründen müssen und können. Es ist verbunden mit der Kraft unserer Lebendigkeit und unserer Gefühle, die wir im ganzen Organismus spüren. Die sich in der Regel unbemerkt in unserer Atem- und Herztätigkeit, in Muskeln und Gliedern, in unserer Kondition und Wärme mitteilen. Ohne diese unbewusste, unreflektierte, d.h. selbstverständliche Wärmekraft käme es nicht zur Umsetzung in eine Tat, sondern alles Denken bliebe stecken im Vorstellen, Abwägen und Zweifeln. Beim Ergründen und Erfahren dieser Kraft hilft uns das Fühlen. Das Fühlen ist enger mit dem Körper verbunden als das Denken und kann daher ganz organisch handlungsleitend werden. Um die Gefühle mit zu kriegen, muss man allerdings das Bewusstsein, die Aufmerksamkeit auf sie und das heißt auf sich richten.*

*Diese Erkenntnis holt etliche Jugendliche da ab, wo sie stehen und führt sie auf Basis des Gefühls Verstanden zu werden tiefer in den Prozess. Häufig spielen gerade Entscheidungsdilemmata und -zwickmühlen eine erhebliche Rolle im psychosomatischen Konflikt.*

Ist diese Basis der Selbstbeobachtung erarbeitet, führt der nächste Schritt noch tiefer in die Selbstverantwortung:

KJPP: In der Seele gibt es einen Chef. Wer ist bei Dir der chef? Wer denkt? Wer fühlt? Wer entscheidet?



*Jugendliche (und Erwachsene) antworten darauf meistens: „mein Kopf“ oder „mein Denken“ und distanzieren sich dadurch wieder aus der direkten (live-)Selbstbeobachtung in die sichere Sphäre des Wissens. Man weiß ja, bzw. hat sich daran gewöhnt zu wissen, dass alles Seelische mit dem Kopf zu tun hat. Therapeutisch(-philosophisch) ist es aber essentiell, dass der Jugendliche an dieser Stelle kurz aufwacht an dem Erlebnis, dass nur „ich“ d.h. nur er selbst die Chefrolle in der Seele innehaben kann. Diese banale kleine Selbstverständlichkeit mit der man tagtäglich von s-ich als Handlungssou-*

*verän spricht, gilt es staunend in den Blick zu nehmen. Und dieses Staunen ist heute wie zu Sokrates' Zeiten die Geburtsstunde der Philosophie: Kein anderer kann an meiner Stelle für mich denken, fühlen oder entscheiden. Sich selbst zu befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen und auf dieser Basis das eigene Leben zu ergreifen und zu führen, ist eine, wenn nicht die wesentlichste Aufgabe des Erwachsenwerdens.*

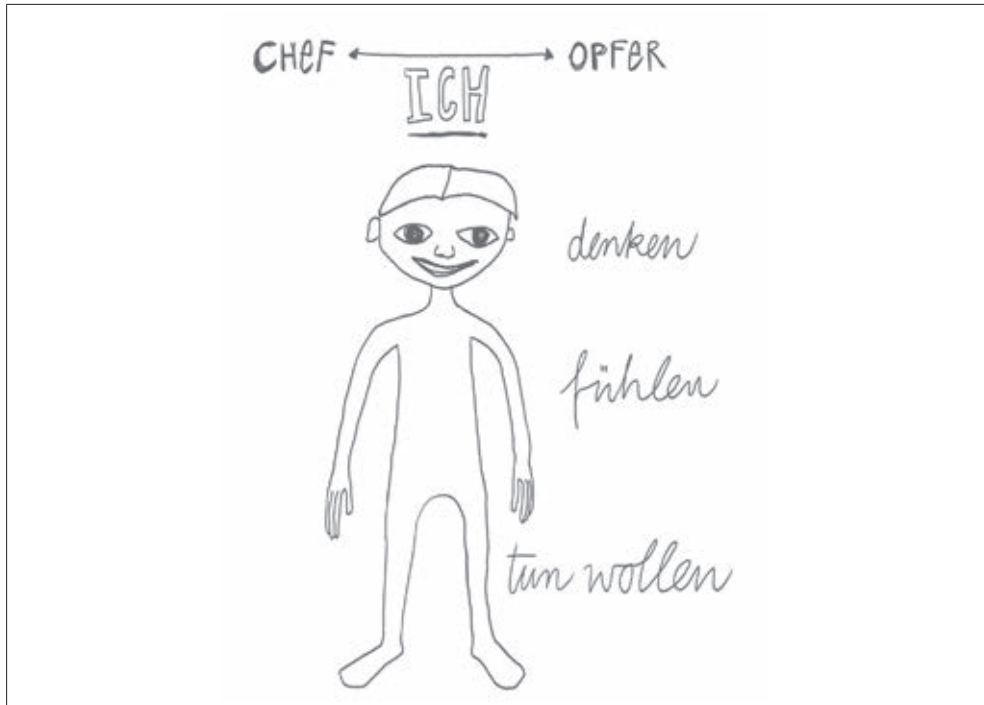
*Dass ein Jugendlicher entwicklungspsychologisch an diesem Punkt natürlich noch keine Sicherheit haben kann, ändert daran nichts. Er wird genau wie jeder Erwachsene ein Leben lang unterwegs sein auf diesem Weg der eigenständigen Selbstaktualisierung. In Bezug auf eine introspektive Live-Selbstbesinnung kann man a priori keine fixierte Sicherheit gewinnen, weil sie sich in jedem Moment neu generiert und aktualisiert. Insofern hilft es ungemein, dass achtsamkeits- und meditationsbasierte Methoden Eingang gefunden haben in die psychotherapeutische Praxis.*

*(Eine Ausarbeitung dieser Zusammenhänge würde den Rahmen dieser Darstellung sprengen. Wird aber nächster Gelegenheit und im Rahmen des genannten Workshops erfolgen.)*

*Zurück zu unserem Jugendlichen: Es ist ein besonderer Moment, wenn er realisiert, dass er live auf der Bühne des Lebens steht. Seit jeher markieren Übergangsrituale im pädagogischen und spirituellen Leben (z.B. Konfirmation und Firmung) diesen Moment des Aufwachens in sich selbst. Diesen Übergang von der Kindheit ins Jugendalter gilt es auch von psychotherapeutischer Seite forschend in den Blick zu nehmen, da eine Halt und Orientierung gebende Einbindung in konfessionell gegründete Menschengemeinschaft vielfach fehlt und weiter rasant an Bedeutung verliert. Es ist zeitgemäß und richtig, dass man Halt und Orientierung nicht mehr in Glaubensgemeinschaften sucht, sondern von einer psycho-philosophischen Wissenschaft erwartet. Wir haben als Kinderpsychotherapeuten eine entscheidende Rolle in diesem Prozess, weil wir das Selbstwirksamkeitserleben unserer Klienten fördern und wieder beleben, wenn es durch Krankheit und Krise abhandengekommen ist. Wir praktizieren in dieser Beziehung eine salutogenetische Kunst, die genauestens phänomenologisch beobachtet und aufgeschlüsselt werden sollte. Zu diesem Prozess möchte ich mit meinem ich.live Modell einen kleinen Beitrag leisten.*



*Der Verlust des Selbstwirksamkeitsgefühls heißt im ich.live Modell, kontrastierend zum „Chef“ – „Opfer“. Dabei wird in dieser Gegenüberstellung das Belastende des Opfergefühls enttabuisiert, weil es zugleich als Chance und Notwendigkeit aufleuchtet. Dieser konstruktive Tabubruch befreit aus der Scham- und Schuldfrage und löst entscheidende Hindernisse auf dem Weg sich anzuvertrauen.*



*An dieser Stelle im Ablauf gilt es dringend auch, dem „neugeborenen“ ich-Gefühl Halt und Orientierung zu geben. Dabei spielen die Erfahrungsbegriffe des **Selbstbewusstseins** und des **Vertrauens** eine Hauptrolle. Als innere Orientierung gebe ich bei Bedarf das Adjektiv-Triplet:*





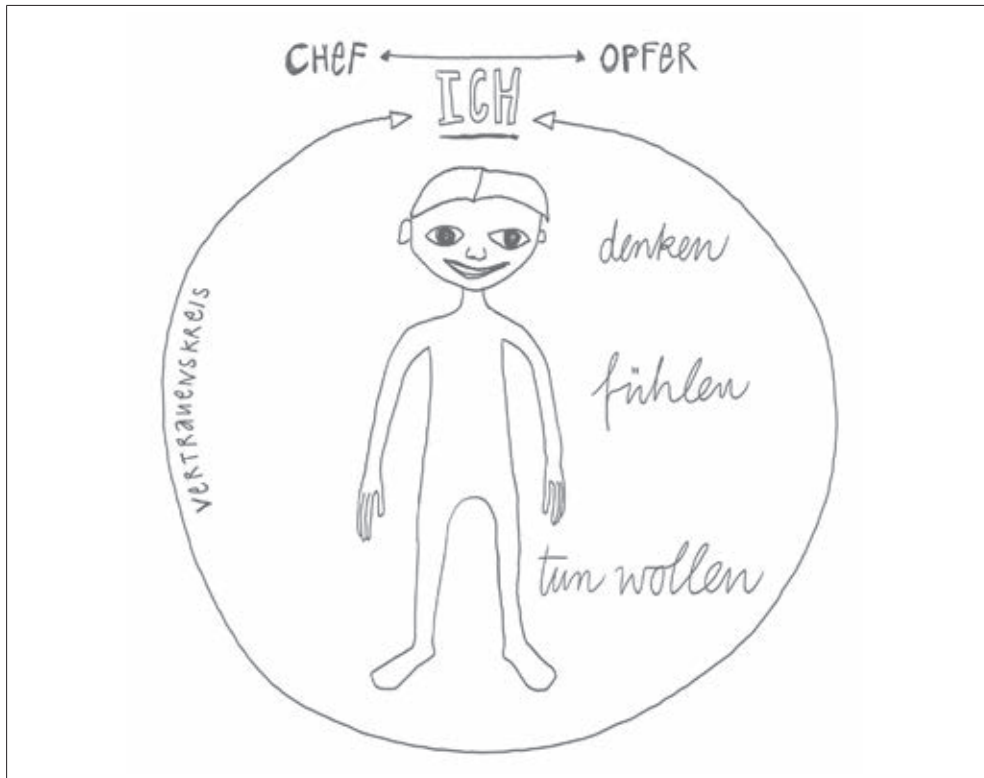
Ähnlich dem bekannten „echt, stark, fair“ (Zimmerer; Scheid) bringen Eigenschaftsbegriffe Werte zum Ausdruck und erlauben damit dem Jugendlichen, die persönliche Haltung des Therapeuten für sich zu prüfen. Kann er sich in diesen Werten wiederfinden? Oder ist er (bzw. sind seine Eltern) auf schnellen Erfolg in der Schule und möglichst rasche Abschaffung des Leidens aus?

**Aufrecht** meint so viel wie authentisch, ohne sich zu sehr zu verbiegen, anzupassen oder gar zu verrücken. Meint, sich aufzurichten und aufzubauen als eigenständige Persönlichkeit. Meint, nicht immer nur Rollen zu spielen, die andere erwarten.

**Fair** meint bei allem immer auch nach rechts und links, sozusagen im Augenwinkel seine Mitmenschen im Blick zu behalten.

**Frei** meint, in allem Handeln und Entscheiden letztlich ein Grundgefühl von Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeit, von „chef“ aufleuchten zu lassen. Auch wenn dieses immer wieder im Opfer-modus verloren gehen wird, dennoch zu spüren, dass man auch wieder zum machvollen chef-gefühl durchstoßen kann.

**Selbstbewusst sein** meint, sich seiner Seele bewußt zu sein und das heißt zu wissen, was man denkt, was man fühlt und was man will. Das wiederum läßt sich am besten herausfinden, wenn man Menschen hat, denen man **vertrauen** kann. An dieser Stelle bekommt der entwickelte Mensch im Modell einen Halt- und Geborgenheit vermittelnden Vertrauenskreis:



Spätesten an diesem Punkt hat der Jugendliche meist intuitiv verstanden, dass ich als Psychotherapeutin ihm ein offenes Vertrauensangebot mache, welches er frei nach seinem Ermessen annehmen oder ablehnen kann. Wenn er sich an diesem Punkt entscheidet, es abzuweisen, kann das ein wichtiger Wendepunkt sein, den Entscheidungsfaden wieder aufzunehmen. Aus therapeutischer Sicht ein notwendiger Schritt heraus aus dem Opfer-Modus. Ich bestärke den Jugendlichen deshalb in seiner Entscheidung, gebe ihm meine Visitenkarte und überlasse es ihm, sich wieder zu melden, wenn sich sein Problem nicht auflösen sollte.

Wenn der Jugendliche (unbemerkt) entschieden hat, sich anzuvertrauen, ist er bereits in einen Prozess mit mir als Therapeutin eingetaucht. Dieser Prozess lässt sich dann ganz nach Bedarf und Vermögen des jeweiligen Therapeuten diagnostisch, kriseninterventorisch, verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch weiter führen. Natürlich unter Wahrung der Selbstbestimmtheit des Patienten. Er ist schließlich der Chef!

Soweit dieser Einblick in das ich.live-Modell.

Das unnachahmliche eines live-Prozesses ist seine Unberechenbarkeit und Einzigartigkeit, insofern kann ich mit diesem Text nicht den Zauber dieser Dialoge transportieren. Bestenfalls kann es gelingen, ein Interesse zu wecken, an der Entwicklung einer dialogisch-reflektierten Beziehungsbegründung. Der Workshop in Regensburg soll und wird im Selbsterfahren des Modells weitere Möglichkeiten aufzeigen.

Jugendliche lieben es heutzutage, sich live auf Youtube zu präsentieren und zu tummeln. Meine Hoffnung ist es, psychoedukative Prozesse ebenso attraktiv für sie zu gestalten, um ihnen die enormen Entwicklungsmöglichkeiten solcher Prozesse aufzuschließen. Nicht zuletzt, weil Jugendliche im Umgang mit Bildschirmmedien vielfältig der manipulativen Psychologie der Werbung ausgesetzt sind. Ein echtes, auf selbst nachvollziehbarer Beobachtung und eigenem Erleben gegründetes Selbstbewusstsein ist ein notwendiges Rüstzeug, um der Manipulation Stand zu halten.

Eltern, Pädagogen und Therapeuten stehen den Kindern live im Alltag gegenüber. Sie müssen intuitiv ihren Fragen, Sorgen und Nöten begegnen oder ihrer Kritik Stand halten. Kinder stellen uns in Frage und stellen die Frage nach der Seele! Spätestens wenn ein geliebtes Haustier versterben oder der Opa schwer krank wird.

Für diese Situationen sollten auch wir selbst eine innere Orientierung gefunden und unsere Intuition geschult haben, um mit aufrechter Haltung die richtigen Worte zu finden. Denn die Frage nach der Seele stellt sich natürlicherweise in kritischen, krisenhaften und existenziellen Momenten des Lebens. Gerade dann, wenn das Seelenschiff in Gefahr gerät und Schiffbruch droht, ist die innere Orientierung, der Kompass am notwendigsten. Ich.live stellt einen Versuch dar, Heranwachsenden ein Koordinatensystem des Seelischen an die Hand zu geben. Dabei ist die Frage nach dem Ich, die entscheidende. Im Alltag ist das Ich keine Frage, sondern unsere Kompassnadel. Wir stellen es nicht in Frage, weil wir intuitiv spüren, dass es unsere Selbstverständlichkeit des Denkens und Handelns verunsichern würde. Natürlich verlassen wir uns auf die Kompassnadel.

Umso mehr sollte es Schutzräume geben, in welchen man die Frage nach dem „Wer bin ich?“ gefahrlos stellen und erforschen darf. Sichere, professionell geführte Selbsterfahrungsräume – in Familie, Schule, Jugendarbeit. Vor allem für das heranreifende und in der Jugend aufbrechende Ich ist das bedeutsam.

Der Orientierungsrahmen im ich.live ist immer zugleich welt-beziehungs-offen und auf sich selbst gerichtet. In diesem aufgespannten Raum lässt sich „dem Rätsel des Ichs“ (*Schieren, Neider*) nachspüren. Wenn auch noch lange nicht ergründen. Es bleibt ein geheimnisvolles Rätsel, aber das Rätsel wird handhabbar, weil ich darüber sprechen und es ausdrücken lerne. Das befreit, beglückt, macht selbstbewusst und verbindet mit den anderen.

Durch die introspektive Blicklenkung auf die Aktivität der Seele im Denken, Fühlen und Entscheiden wird zugleich die Bedeutung von Beziehung und Kommunikation mit der Welt aufgewertet und als konstituierend für das eigene Selbst (zunächst intuitiv erahnt und später) erlebt (*Buber*). Dadurch werden auch Beziehungsbrüche in ihrer tiefen diagnostischen Bedeutsamkeit erfahrbar. Das Im-Stich-gelassen-Sein ist die tiefste Kränkung für einen Jugendlichen.

In einer ich.live-Begegnung ist erlebbar, dass man dem anderen Ich ohne test- und messpsychologische Methoden, einfach mit Kunst und Einfühlung sehr nahe kommen kann. Es verschließt sich nicht, sondern vertraut sich an. Im Verlauf des Arbeitens mit dem Modell schult sich die Wahrnehmung für dieses Ich und man spürt, wo und wie es sich aufrichtet und befreit.

## Literatur

*Buber, Martin* (1997) Ich und Du, Verlag Lampert, Gerlingen.

*Fuchs, Thomas* (2009) Leibgedächtnis und Lebensgeschichte, <http://www.benediktushof-holzkirchen.de/images/mediathek/benediktushof/mittschnitte-manuskripte/fuchs.pdf>

*Heusser, Peter; Selg, Peter* (2011) Das Leib-Seele-Problem, Verlag des Ita Wegmann Instituts, Arlesheim.

*Martin, Gottfried* (1967) Sokrates in Selbstzeugnissen und Bilddokumenten], rowohlt's monographien. Reinbek bei Hamburg.

*Neider, Andreas, [Hrsg.]* (2008) Wo steckt unser Ich? Verlag Freies Geistesleben, Stuttgart.

- Platon* (1973) Hauptwerke ausgewählt und eingeleitet von Wilhelm Nestle, Kröners Taschenausgabe, Stuttgart, 8. Auflage.
- Schieren, Jost* (25.06.2012) Das Rätsel des Ich. In: Das Goetheanum. Wochenschrift für Anthroposophie.
- Schubert, Christian* (2015) Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage
- Selg, Peter* (2000) Vom Logos menschlicher Physis, Verlag am Goetheanum, Dornach, , 2. Auflage
- Steiner, Rudolf* (1987), Philosophie der Freiheit. Rudolf Steiner Taschenbücher, Dornach, 15. Auflage
- Storch, Maja; Cantieni, Benita; Hüther, Gerald; Tschacher, Wolfgang* (2010) Embodiment, Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage
- Zimmerer, Eva Maria; Scheid, Marion* (2016) [www.echtstarkundfair.de](http://www.echtstarkundfair.de)

### **Autorin**

Petra Maria Stemplinger

Leitung des MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien

Grillparzer Str. 9, 84036 Landshut

Email: [stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de](mailto:stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de)

### **Grafiken**

Sabine Hauptmann

Diplomgestalterin und zertifizierte Kunsttherapeutin

Kinderkrankenhaus St. Marien

Grillparzer Str. 9, 84036 Landshut

# **Psychotherapie bei traumatisierten minderjährigen Flüchtlingen:**

## **Praktische Erläuterungen zur Anwendung von Intensivierter Krisenintervention: iKri**

### **Gestaltung von Therapiegesprächen unter Einsatz von Dolmetschern**

*Ruth Caroline Pfister und Hans Ulrich Kötter*

In Forum Heft 4/2015 wurde iKri, ein niederfrequentes Psychotherapieangebot für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge im Überblick dargestellt. Als Reaktion auf die Erfahrungen und Nachfragen bei unseren Schulungen und Workshops, möchten wir in einer Artikelfolge auf wesentliche Punkte der intensivierten Krisenintervention ausführlicher und praxisnah eingehen. In diesem Artikel stellen wir einen von uns entwickelten orientierenden Fragebogen vor und erläutern anhand von Beispielen den Einsatz von Dolmetschern und aktiver Körpersprache (Re-Acting) im therapeutischen Gespräch. Damit soll Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit gegeben werden, ihr bereits bestehendes Therapiekonzept zu erweitern oder iKri als Form eines therapeutischen Angebotes für junge Flüchtlinge zu etablieren.

Zur Berücksichtigung der Gender-Aspekte (Baader, Bilstein & Tholen 2012) und aus den Erfahrungen heraus werden im Artikel folgende Endungen verwendet: Therapeutin (ca. 95 % der Teilnehmerinnen unserer Seminare sind Frauen), Patient (ca. 90 % der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge sind junge Männer), BetreuerInnen (annähernd paritätische Besetzung der Einrichtungen mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern), DolmetscherInnen (in unserer Praxis übersetzen annähernd gleich viele Männer wie Frauen). Die jeweils gegengeschlechtliche Form ist dabei wertschätzend mit eingeschlossen.

## Anmeldung, Erstkontakt und Beziehungsaufnahme

Als erste Orientierung und zur Evaluation des Therapieerfolges haben wir einen Fragebogen (siehe Abb. 2 Evaluation KJP Pfister) entwickelt, der bei Anmeldung oder unmittelbar vor dem Erstgespräch von den Patienten ausgefüllt wird. In diesem Fragebogen werden, um Verfälschungen zu minimieren (Hasemann 1971, Möller, Laux & Kampfhammer 1999) Fremd- und Selbstbeurteilungen anhand numerischer Likert-Skalen erhoben.

Aus unseren therapeutischen Erfahrungen wurde der Fragebogen für den Praxisgebrauch für diese spezifische Patientengruppe auf 10 wesentliche Items begrenzt. Um therapeutische Effekte und den Verlauf zu erfassen, werden im ersten Jahr des Aufenthaltes Daten erhoben zu

- 1) den von den Patienten am häufigsten geäußerten psychischen und somatischen Beschwerden und Symptome (Pfister 2015), siehe auch Abb 1.
- 2) Items, von denen postuliert wird, dass sie das Ausmaß der sozialen „Funktions-“ und Integrationsfähigkeit widerspiegeln und Ressourcen aufzeigen.

Die parallel zur freien Anamnese standardisierte Durchführung des Fragebogens hat sich in unserer Praxis als zielführend und hilfreich erwiesen.

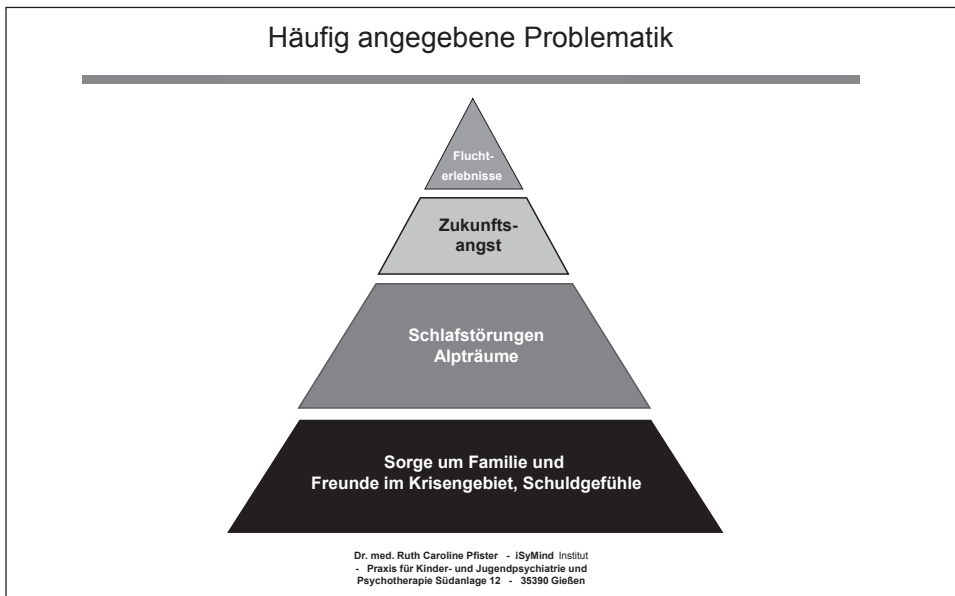


Abb 1.: Orientierende grafische Darstellung der von den Patienten am stärksten empfundenen Belastungen.



Patienten und BetreuerInnen müssen zunächst angeleitet werden, den Fragebogen korrekt anzuwenden. Alle Fragen und Antworten müssen wörtlich übersetzt werden, der Patient muss sich zwischen den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten entscheiden und darf keine freie Antwort wählen. Die DolmetscherInnen müssen angeleitet werden, die Fragen wörtlich vorzulesen und keine freien Antworten, die dann von den DolmetscherInnen eingestuft werden zu akzeptieren. Gegebenenfalls ist die korrekte Anwendung im Erstgespräch durch Rückfragen zu überprüfen. In Folge wird der Fragebogen bereits im Wartebereich ausgefüllt. BetreuerInnen sind darauf hinzuweisen, dass sich Selbst- und Fremdbeurteilung unterscheiden dürfen. Dies kann z.B. der Absicherung dienen, eine depressive Symptomatik mit Rückzugstendenzen, die vom Patienten selbst nicht benannt wird, nicht zu übersehen.

Die 10 Items wurden für die Abbildung der Symptomatik unter Praxis-, bzw. Ambulanzbedingungen ausgewählt. Patienten und BetreuerInnen werden gebeten die gängigsten spezifischen Probleme von minderjährigen Flüchtlingen in einer Skala von 1 – 5 zu bewerten. Eine Eichung wurde nicht vorgenommen.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Erfassung von Konzentrations- und Schlafstörungen (Fragen 3, 7 – 9). Ausgeprägte Schlafstörungen sind Hinweise auf PTBS bzw. durch Alpträume ausgelöste Panikattacken. Aus ihnen resultieren Konzentrationsstörungen und sie begünstigen somatoforme Schmerzstörungen (Budhiraja, Roth & Hudgel 2011, Lateef, Swanson, Cui et al. 2011), Schlafstörungen erweisen sich gegenüber Psychopharmaka häufig als behandlungsresistent. Es sollte überprüft werden, ob zusätzlich zur psychischen Symptomatik ein Vitamin D3 Mangel vorliegt, der eine Substitution mit Vit. D3, Calcium und Magnesium erfordert (Holick et al. 2011). Nach einer Besserung können erneute Traumatisierungen oder vom Patienten empfundene Bedrohungen Schlafstörungen wieder hervorrufen. Rückläufige Schlafstörungen hingegen weisen aus unserer Erfahrung auf eine deutliche Stabilisierung des Patienten und gelingende Integration hin.

Als orientierende Interpretation in Bezug auf Alpträume und Schlafstörungen können unsere Erfahrungswerte dienen: Alpträume von 6 – 7x/Woche sind bei Aufnahme einer Therapie im ersten Jahr und vor allem im Bereich der VIOG, vorläufigen Inobhutnahmegruppen (vormals Clearinggruppen) eher die Regel als die Ausnahme. Ein Rückgang auf 3 – 4x/Woche (im Sinne einer Halbierung) ist bereits als deutliche Verbesserung zu bewerten!

## Fragebogen: Evaluation minderjährige Flüchtlinge

Name, Geb. der Patientin / des Patienten

Datum / Einrichtung

Bitte keine Kreuzchen auf die Ränder! Für ein Kästchen entscheiden.

<i>Fremdbeurteilung durch MitarbeiterIn:</i> Name/Gruppenbesprechung	1 = keine	2 = leicht	3 = mittel	4 = schwer	5 = sehr schwer
Gesamtbeeinträchtigung umA/umF?...					
Eingeschränkter Sozialkontakt? ...					
eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit					

Bitte keine Kreuzchen auf die Ränder! Für ein Kästchen entscheiden.

Bitte Antwortmöglichkeiten laut vorlesen <i>Selbstbeurteilung umA/umF:</i>	1 = keine	2 = leicht	3 = mittel	4 = schwer	5 = sehr schwer
Aktuell empfundene Belastung ...					

	1 = gut	2 = ab und zu gut	3 = oft nicht gut	4 = sehr oft nicht gut	5 = fast immer nicht gut
Ich komme im Allgemeinen mit meiner Situation klar ...					

Meine Belastung hat zu tun mit der:

- Situation meiner Familie    meiner aktuellen Situation    Fluchterlebnissen    Sonstiges

	keine / selten	ca. 1-2 x in 2 Wochen	ca. 1-2 x / Woche	ca. 3-4 x / Woche	ca. 6-7x / Woche
Ich habe Alpträume (Häufigkeit) ...					

	1 = gut	2 = gering gestört	3 = deutlich gestört	4 = schwer-gestört	5 = sehr schwer gestört
Mein Schlaf ist ...					
Meine Konzentration ist ...					

Bitte erst nach der Therapie ausfüllen lassen	1 = schlecht	2 = weder noch	3 = ein wenig hilfreich	4 = hilfreich	5 = sehr hilfreich
Der Gesprächstermin war für mich ...					

Abb. 2: Fragebogen: Eva. mF, KJP Dr. Pfister

Bei Frage 6 werden die Patienten gebeten, ihre emotionalen Belastungen in vier große Kategorien: Familie / aktuelle Situation / Fluchterlebnisse / Sonstiges einzuordnen. Dabei sind Mehrfachnennungen möglich. Diese Eingruppierung ermöglicht der Therapeutin eine erste Orientierung, welche Gesprächsschwerpunkte der Patient setzen möchte.

Bei Folgeterminen ziehen wir den ausgefüllten Fragebogen auch manchmal als Gesprächseinleitung hinzu und bitten den Patienten oder die BetreuerInnen z.B. einzelne Punkte näher zu erläutern. Eine erfolgreiche therapeutische Intervention kann z.B. den Rückzug des Patienten zur Trauerbewältigung bewirken und sich dadurch in der Fremdbeurteilung zunächst negativ auswirkt. Im gemeinsamen Austausch können die abgegebenen Bewertungen zur Symptomatik im Alltag vor dem Hintergrund des therapeutischen Verlaufes eingeordnet und beurteilt werden. Für die Patienten kann es auch hilfreich sein, ihre aktuellen Ergebnisse mit ihrer Ausgangssituation vergleichen zu können. Die Selbsteinschätzung der Patienten bewahrt zudem vor therapeutischer Überheblichkeit in Bezug auf die Realisierung der angestrebten (Therapie-)Ziele.

## **Behandlungssetting unter Einbezug von DolmetscherInnen**

Im ersten Jahr des Aufenthaltes in Deutschland wird in der Regel die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht, um eine Psychotherapie ohne SprachvermittlerInnen (DolmetscherInnen) durchführen zu können. Um mit einem niederfrequenten Therapieangebot wie iKri optimale Therapieergebnisse erzielen zu können, ist es wichtig, Verständnisprobleme und kommunikative Verzerrungen, soweit als möglich zu begrenzen (siehe auch Re-Acting).

Die Gesprächseinführung dient der Vertrauensbildung und der rechtlichen Orientierung von Patienten, Therapeutin, DolmetscherInnen und evtl. begleitenden BetreuerInnen. Betreuer, DolmetscherInnen und Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass sämtliche Angaben der Schweigepflicht unterliegen und dies alle Gesprächsbeteiligten einschließt! Dies ist insbesondere wichtig bei ehrenamtlichen DolmetscherInnen und zu Beginn einer Zusammenarbeit mit neuen DolmetscherInnen. In manchen Fällen wird die ÜbersetzerIn vom Patienten abgelehnt. Dies ist zu respektieren, wenn potentiell traumatische Erinnerungen mitgeteilt werden sollen. In unserer Praxis wird die DolmetscherIn von der den Patienten betreuenden Gruppe bestellt, so-

dass im Vorfeld häufig bereits Kontakte bestanden und eine Ablehnung des Dolmetschers selten ist. Für die Patienten ist es wichtig zu wissen, dass das Therapiegespräch ein unabhängiges Angebot der Gesundheitsversorgung ist. Auf eine Abgrenzung zum Asylverfahren weisen wir ausdrücklich hin. Die Therapeutin sollte einen Sprachduktus mit kurzen Sätzen und ausreichenden Pausen verwenden, der Patient muss eventuell angehalten werden, lange Erzählphasen zu unterbrechen, um den ÜbersetzerInnen die Gelegenheit zu geben, möglichst wortgetreu zu übersetzen.

### **Gesprächsleitung und Gesprächsführung**

Der Therapeutin obliegt die Führung, bzw. Beratung von DolmetscherInnen und BetreuerInnen. Anhand folgender Praxisbeispiele sollen Konfliktsituationen und Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

### **Dekompensation von DolmetscherInnen / BetreuerInnen**

Viele DolmetscherInnen haben eigene Fluchterfahrungen. Sie fühlen sich den Patienten, bedingt durch den gleichen kulturellen Hintergrund oder weil sie in Vorkontakten bereits eine Beziehung zu einander aufgebaut haben, häufig verbunden. Dekompensationen von DolmetscherInnen lagen in unserer Praxis bei ca. 10 % der Erstgespräche vor. Aufgrund des Erstaufnahmelaagers in Gießen stehen uns ausschließlich vereidigte DolmetscherInnen zur Verfügung. Eventuell ist beim Einsatz von ehrenamtlichen DolmetscherInnen ein noch höheres Risiko gegeben, dass eigene traumatische Erinnerungen getriggert und überwältigend werden. Im Therapiegespräch ist jedoch weder Zeit noch ein geeignetes Setting gegeben, um auf die persönliche Problematik der DolmetscherInnen einzugehen. In einer Atmosphäre der Ruhe und des Verständnisses sollte den Betroffenen Gelegenheit gegeben werden, sich zu fassen um ihrer professionellen Rolle wieder gerecht zu werden. Die Therapeutin dient den Gesprächsteilnehmern hierbei als Ankerpunkt und fordert aktiv zur Wiederausrichtung auf das Hier und Jetzt auf.

In unserer Praxis führen wir in Fällen von emotionaler Überwältigung Stabilisierungen mit iSyLight durch. iSyLight ist ein extrahierter, leicht umzusetzender Bestandteil aus der von uns entwickelten iSyMind-Therapie (Pfister & Kötter 2012). Die Betroffenen werden angeleitet, eine Abfolge von

rhythmischen Körperbewegungen unter gleichzeitiger Atmungsregulation durchzuführen. Bei den in der Regel schwerer betroffenen Patienten werden die Bewegungen gestützt, das heißt, mit durch die Therapeutin ausgeführt. Waren DolmetscherInnen betroffen, wurde die Durchführung von iSyLight meist nur verbal angeleitet. Alle Gespräche konnten nach einer kurzen Stabilisierungsphase inhaltlich fortgesetzt werden.

Beispiele:

*1) Eine junge Frau berichtet emotionslos, dass sie dreimal bei Exekutionen von Freundinnen zusehen musste. Bevor die Therapeutin die Übersetzung dieser Schilderung erreicht, beginnt die junge Dolmetscherin zu weinen und dekompenziert. Die Sitzung wird unterbrochen und die Übersetzerin wird instruiert iSyLight durchzuführen. Sie stabilisiert sich, das Gespräch wird fortgesetzt.*

*2) Während der Anamneseerhebung kann ein junger Flüchtling nicht weiterreden, hyperventiliert und weint. Er ist sprachlich noch erreichbar. Während die Therapeutin eine akute gestützte Stabilisierung mit iSyLight durchführt, beginnt die mitanwesende (deutsche) Betreuerin zu weinen. Parallel zur Behandlung des Patienten wird die Betreuerin verbal aufgefordert iSyLight anzuwenden, um sich zu stabilisieren. In diesem Fall musste die Therapeutin zwei Betroffene gleichzeitig herunterregulieren. Der Patient wurde weiter gestützt, die Betreuerin rein verbal angeleitet. Der anwesende Dolmetscher übersetzte simultan für den Patienten mit. Auch dieses Gespräch konnte nach kurzer Zeit inhaltlich sinnvoll weitergeführt werden.*

## **Re-Acting: Aktiver Einsatz von Körpersprache, Mimik und Mikroexpression als universaler Schlüssel im therapeutischen Prozess**

Die aktive Einbeziehung von Körpersprache und Mimik (Re-Acting) ist ein wesentlicher Schlüssel des Erfolges der Intensivierten Krisenintervention bei minderjährigen Ausländern. Um Mimik, Mikroexpressionen (Ekman 2007) und Körperhaltungen korrekt zu erfassen und deutend in die Therapie einbeziehen zu können, sitzt der Patient gegenüber der Therapeutin. Die Therapeutin sollte (mindestens) eine Kenntnis der basalen universalen Gesichtsausdrücke von Ärger, Angst, Ekel / Verachtung und Freude beherrschen, um

auch dazu gehörige Mikroexpressionen die max. 400 Millisekunden ausgedrückt werden, zu erkennen und den Patienten gesprächsleitend damit konfrontieren zu können.

### **Re-Acting: Klärung von Kommunikationsfehlern**

Beispiel: Wir fordern die DolmetscherInnen auf, möglichst wortgetreu zu übersetzen. Wir erläutern, dass dies für den therapeutischen Nutzen wichtig ist. So wurde zum Beispiel die Frage „Denkst du daran dich umzubringen?“ einmal völlig verfälscht, weil sie aus kulturbedingter Scheu mit „Geht es dir sehr schlecht?“ übersetzt wurde. Da der Patient die Frage körpersprachlich bejahte, reagierte die Therapeutin mit Sorge. Die sofortige Nachfrage ergab eine Klärung des Missverständnisses. Der Patient verneinte glaubhaft jede Suizidalität. Parallel zur muttersprachlichen Übersetzung beobachtet die Therapeutin ständig DolmetscherIn und Patient, ob verbaler Inhalt und mimisch-körpersprachlicher Ausdruck übereinstimmen. Entsteht eine Diskrepanz im Ausdruck ist das Gespräch zu unterbrechen und durch Nachfragen mögliche Missverständnisse oder Übersetzungsfehler zu klären. Das Beobachten, die korrekte Deutung und die aktive Rückmeldung von körpersprachlichen Inkongruenzen ermöglicht der Therapeutin trotz fehlender Sprachkenntnisse eine jeweils simultane orientierende Überprüfung der gesprochenen Inhalte von Patient und ÜbersetzerIn.

Das sofortige aktive Nachfragen als Reaktion auf Mikroexpressionen, Mimik und körpersprachlichen Ausdruck des Patienten ist im therapeutischen Prozess außerordentlich zielführend und zeitsparend, weil keine Widerstände ausgelöst werden. In unserer gesamten Erfahrung aus Therapien und Coachingprozessen haben wir es nie erlebt, dass die Angesprochenen einen korrekt gedeuteten körpersprachlichen Ausdruck zurückgewiesen oder verleugnet hätten. Die prompte Reaktion der Therapeutin auf die Körpersprache der Patienten generiert Authentizität, führt zum Kern der Problematik oder weist (bei Freude) auf Ressourcen hin.

**Re-Acting:****Klärung (indirekter) Kooperation im therapeutischen Gespräch**

Beispiel: Dolmetscher und Patient sind etwa gleichalt und lernen sich im Erstgespräch kennen. Auch der Dolmetscher ist zum ersten Mal in der Praxis. Der dolmetschende junge Mann, BWL-Student, sitzt lässig zurückgelehnt im Stuhl, spricht verhältnismäßig leise und wirkt beim Übersetzten etwas überheblich. Der daneben sitzende Patient lehnt sich weit auf die Seite, um ihn verstehen zu können. Die Therapeutin beobachtet das Muster, das sich in den nächsten Momenten eher noch verstärkt. Sie unterbricht die Gesprächsleitung und wendet sich direkt an den Dolmetscher mit der Bitte sich aufzusetzen und dem Patienten entgegenzukommen. Sie erläutert, dass das die gegenwärtige Situation und das Aufsuchen einer Therapie für den Patienten ohnehin eine Belastung ist und wirbt damit für das geforderte (körpersprachliche) Entgegenkommen. Der studentische Dolmetscher setzt sich auf und der Rest des Gespräches verläuft ohne Probleme. Auch die weitere Zusammenarbeit mit dem Dolmetscher in anderen Fällen läuft fortan gut und konstruktiv.

Beispiel: Ein 12-jähriger syrischer Junge befand sich in der vorläufigen Inobhutnahmegruppe (VIOG). Im Erstgespräch wirkt er so belastet, dass unmittelbar eine traumatherapeutische Intervention mit iSyMind durchgeführt wurde. iSyMind fokussiert auf und bearbeitet aktuelle belastende Gefühle (Pfister & Kötter 2012). Der Junge gab an, „Angst zu haben, es nicht zu schaffen“. Nach der Behandlung wirkte er entlastet und stabiler. Das Anamnesegespräch ergab, dass der Junge aus rein wirtschaftlichen Gründen nach Deutschland geschickt wurde. Die Familie arbeite im nicht kriegsbetroffenen Ausland. Da wir den Patienten Schweigepflicht zusichern und das Arztgeheimnis von uns als höheres Gut betrachtet wird, wurde dieser Gesprächsinhalt nicht juristisch weitergeleitet (trotz dieses Beispiels möchten wir betonen, dass bei der absolut überwiegenden Zahl der bei uns vorgestellten asylsuchenden Jugendlichen schwerwiegende Notlagen bzw. Lebensbedrohungen als Fluchtgründe vorherrschend waren!).

Im darauffolgenden Gespräch, ca. 4 Wochen später war der Patient in eine kleine Einrichtung umgezogen. Der Junge lümmelte breitbeinig zurückgelehnt auf seinem Stuhl, gab auf Fragen der Therapeutin nur kurze, hochmütig wirkende Antworten. Der anwesende Betreuer und der Dolmetscher verhielten sich abwartend. In einer längeren Auseinandersetzung wurde von der Therapeutin immer wieder Respekt und situationsangemessenes Verhalten



gefordert, bis der Junge eine altersangemessenere Haltung annahm. Am Gesprächsende entschuldigte er sich für sein vorheriges Benehmen. Ob dies authentisch oder ein taktisches Verhalten war, war nicht eindeutig zu beurteilen. In einem anschließenden Telefonat mit der Einrichtung wurde der Therapeutin bekannt, dass die Familie des Jungen dem kriminellen Milieu entstammte und der Junge vor kurzem kriminellen Handlungen begangen hatte. Bei diesen wurde er gleichzeitig missbraucht und ist auch als minderjähriges Opfer zu sehen. Im Zuge einer Verlegungswelle waren diese Inhalte versehentlich der Therapeutin vor dem zweiten Gespräch nicht eröffnet worden. Auch ohne Kenntnis dieser Vorgeschichte wurde das körpersprachliche Verhalten des Patienten von der Therapeutin als völlig unangemessen wahrgenommen und war begrenzt worden. Unabhängig vom weiteren Verlauf dieses komplexen Falles sind aus unserer ärztlichen Sicht zusätzlich zu Empathie und Verständnis das Einfordern klarer Strukturen und Regeln und der Akzeptanz des deutschen Rechtssystems erforderlich, um eine gemeinsame Arbeitsgrundlage für eine gelingende Integration bereitzustellen. Das aktive Einbeziehen und Reagieren auf Körpersprache, Mimik und Mikroexpression ist dabei äußerst hilfreich, um Konflikte im Vorfeld zu entschärfen, Autoritätsprobleme, z.B. auch gegenüber Frauen, zu klären und rasch und zielorientiert die wesentlichen therapeutischen Punkte zu erschließen.

### **DolmetscherInnen als Ressource**

Wenn die Rahmenbedingungen definiert sind, kann die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen unter gegenseitiger Wertschätzung äußerst konstruktiv und bereichernd verlaufen. Sie verfügen in der Regel über Landes- und Sittenkenntnisse und können deutschen Therapeutinnen nicht bekannte Sachverhalte erklären und gegebenenfalls interkulturell vermitteln.

Wir verpflichten uns selbst, den Patienten gegenüber offen und authentisch zu sein. Dies beinhaltet, dass alle Gesprächsinhalte gedolmetscht werden und z.B. auch für den Patienten negative Informationen nicht vorenthalten werden. Unserer Ansicht nach hat der Patient vor dem Hintergrund von stattgehabter Traumatisierung und unsicherem Aufenthaltsstatus ein besonderes Recht auf wahrheitsgemäße Information. Eine eventuelle Dekompensation aufgrund belastender Zukunftsaussichten, die ohnehin meist nicht vermieden werden kann, versuchen wir therapeutisch aufzufangen. Die therapeutische

Haltung sollte trotz Authentizität Zuversicht vermitteln. Auch Therapeuten können nicht in die Zukunft schauen und manchmal werden auch Lösungen außerhalb des eigenen Machtbereiches, "Hilfe von oben", generiert.

DolmetscherInnen und BetreuerInnen sind meist auf einem aktuelleren juristischen Stand als die Therapeutin. Sie können Aussagen und Ansichten des Patienten bestätigen oder, wenn dies therapeutisch erforderlich ist, als „kundige Landsleute“, denen eher Vertrauen geschenkt wird, ebenfalls in Frage stellen.

Besteht ein enger Kontakt zwischen ÜbersetzerIn und Patient, kann diese Beziehung auch intensivtherapeutisch genutzt werden.

Beispiel: Eine junge Frau erfährt vom überraschenden Tod des Vaters. Sie war vor der Zwangsverheiratung mit einem älteren Mann, bei dem der kranke Vater Schulden hatte, geflohen. Die Patientin litt bereits zuvor unter dissoziativen Anfällen. Nach Erhalt der Todesnachricht via Handyfoto des abgebahrten Vaters reagierte sie völlig außer sich und war überflutet von Schuld- und Verlassenheitsgefühlen. In einer durch die Therapeutin angeleiteten traumatherapeutischen Intervention mit iSyMind übernahm die Dolmetscherin den therapeutischen Körperkontakt und ließ dabei viel mütterliche Nähe zu. Dies wäre der Therapeutin in diesem Ausmaß zu weitgehend gewesen. Vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Beziehung der Übersetzerin zur Patientin war der Kontakt angemessen und die Patientin konnte sich von einem Großteil der Schuldgefühle und Verlassenheitsängste entlasten. Sie zeigte am Ende der Krisenintervention eine angemessene Trauerreaktion. Mit der gleichfalls anwesenden Betreuerin wurde ein kurzfristig entlastender alltagspraktischer Rahmen festgelegt. Innerhalb dieses Rahmens erhielt die Patientin angemessene Unterstützung durch die Einrichtung mit der Möglichkeit zum Trauern. Sie stabilisierte sich im weiteren Verlauf.

**Zusammenfassung:** Die Therapie minderjähriger traumatisierter Ausländer im ersten Jahr nach Ankunft unterscheidet sich durch die spezifischen Bedürfnisse der Patientengruppe und die Notwendigkeit einer übersetzungsvermittelten Therapie gravierend von ambulanter Richtlinienpsychotherapie und erfordert neue therapeutische Herangehensweisen. In Forum 4 2015 wurde die Intensivierte Krisenintervention (iKri) als niederfrequentes Behandlungsmodell zur Therapie traumatisierter (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge (Ausländer) vorgestellt. Dieser Artikel gibt praxisnahe Erläuterungen zur Anwendung von iKri. Vorgestellt werden ein orientierender Fragebogen zur standardisierten Erhebung der Symptomatik, Hinweise zum Einsatz von Dolmetschern und Beispiele zum aktiven Einsatz von Körpersprache (Re-Acting), einer spezifischen Interventionstechnik von iKri. Damit sollen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit gegeben werden, ihr bereits bestehendes Therapiekonzept zu erweitern oder iKri als Form eines therapeutischen Angebotes für junge Flüchtlinge zu etablieren.

Weitere Untersuchungen bzw. kontrollierte Studien sind erforderlich, um Wirkfaktoren zu diskriminieren und zu entscheiden, ob mit dem Einsatz von therapeutischen Modellen wie iKri der steigende Bedarf an Therapieplätzen unter den Gesichtspunkten von Patientenzentriertheit, Effektivität und Wirtschaftlichkeit gedeckt werden kann.

## Literatur

- Meike Sophia Baader, Johannes Bilstein, Toni Tholen (Hrsg.). (2012): Erziehung, Bildung und Geschlecht. Männlichkeiten im Fokus der Gender-Studies. Springer VS, Wiesbaden 2012, ISBN 978-3-531-18552-1
- Budhiraja R., Roth T, Hudgel DW, Budhiraja P., Drake CL. (2011) Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep* 2011 Jul 1:34(7):859-67. doi: 10.5665/SLEEP.1114.
- Ekman, P. (2007) Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. München, Spektrum Akademischer Verlag. 2007
- Hasemann, K. (1964) Verhaltensbeobachtung. Hrsg.: Heiss, R. Handbuch der Psychologie. Bd. 6 Göttingen, Hogrefe 807-836
- Michael F. Holick, Neil C. Binkley, Heike A. Bischoff-Ferrari, Catherine M. Gordon, David A. Hanley, Robert P. Heaney, M. Hassan Murad, and Connie M. Weaver Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2011, 96. Jg., Nr. 7, S. 1911-1930

*Lateef T, Swanson S, Cui L, Nelson K, Nakamura E, Merikangas K. (2011) Headaches and sleep problems among adults in the United States: findings from the National Comorbidity Survey-Replication study. Cephalalgia. 2011 Apr.31(6):648-53. doi: 10.1177/0333102410390395. Epub 2011 Jan 10*

*Möller H.J., Laux G. & Kampfhammer H.-P. (1999) Standardisierte Beurteilungsverfahren zur Erfassung des psychopathologischen Befundes. Hrsg.: Möller, H.-J., Laux, G. & Kampfhammer, H.-P. Psychiatrie und Psychotherapie. Springer-Verlag GmbH, 400-423*

*Pfister, Ruth, Kötter Hans Ulrich (2012) Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization – iSyMind. Beratung aktuell, Jhg. 13, Vol. 2, 3-19*

*Pfister, Ruth (2015) Intensivierte Krisenintervention (iKri) für traumatisierte unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 4, 2 -23*

### **Autoren:**

Dr. med. Ruth Caroline Pfister und Dr.med. Hans Ulrich Kötter

Institut für TraumaHeilTherapie / iSyMind

Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization

Südanlage 12, D-35390 Gießen

Tel.: ++49(0)641-9728555

Email: [info@traumaheiltherapie.de](mailto:info@traumaheiltherapie.de)

[www.psychotherapiepraxis-giessen.de](http://www.psychotherapiepraxis-giessen.de)

[www.isymind.org](http://www.isymind.org)

**Veranstaltungshinweise:**

Die Autoren / das iSyMind-Institut bieten zu diesem Thema zertifizierte Fortbildungen für Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und Kinder- und Jugendpsychiater und therapeutisch tätige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von SPV Praxen an:

**Psychotherapie für minderjährige (traumatisierte) Flüchtlinge**

Seminar und eintägiger Workshop zur Anwendung von iKri, Intensivierter Krisenintervention

Veranstaltungsdaten: Fr. 16.09.16; Fr. 25.11.16

Veranstaltungsort: Technologie- und Innovationszentrum Gießen (TIG GmbH), Winchesterstraße 2, 35394 Gießen

Veranstaltungsdauer: 10.00 Uhr – 17.30 Uhr

Mindestteilnehmeranzahl: 10 Teilnehmer

Anmeldeschluss: 05.09.16 bzw. 14.11.2016

**iSyMind (Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization)****Basisseminar zur Anwendung von iSyMind, 2tägiger Workshop**

Beschleunigung und Vertiefung von Psychotherapien durch den Einsatz von Neurointrinsic Mind Modulation and Synchronization

Veranstaltungsdaten: 10. – 11.02.16

Veranstaltungsort: Technologie- und Innovationszentrum Gießen (TIG GmbH), Winchesterstraße 2, 35394 Gießen

**Anmeldung und Kontakt:**

<http://www.psychotherapiepraxis-giessen.de/index.php/fortbildung>

## Forum-BKJPP vor 25 Jahren

*Christian K. D. Moik*

Vor 25 Jahren umfasste der „Mitgliederrundbrief II-1991“ 28 Seiten. Neben dem „Mitgliederrundbrief“ im engeren Sinne, der Einladung zur Mitgliederversammlung nach Bad Homburg im Zusammenhang mit der Jahrestagung der DGKJ, einem Vorschlag zur Satzungsänderung und der Einladung zu einem Symposium in Burg/Kreis Lübben zur Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen am 06./07.09.1991 enthielt das Heft 3 Beiträge zur Differenzialindikation für ambulante und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Therapie, die auf der Jahrestagung des BKJP am 15.06.1990 in Lübeck vorgetragen worden waren.

**Hans-Jürgen Heubach**, der als Kinder- und Jugendpsychiater in Düsseldorf niedergelassen war, stellte die „Indikation zur stationären und ambulanten Therapie aus Sicht des niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters“ dar. Diese Indikation wird ja bis heute teils kontrovers diskutiert. Und damals richtete sich die Entscheidung noch viel stärker nicht nur nach dem Krankheitsbild sondern nach den konkret vorhandenen Möglichkeiten. Und diese waren bezüglich ambulanter Versorgung höchst unzureichend. In seinem auch heute noch lesenswerten Beitrag beschreibt Kollege Heubach auch, wie stark stigmatisierend die Vorstellung beim Kinder- und Jugendpsychiater vielfach empfunden wurde. Dies schlug sich dann in Überweisungen zum „Kinderpsychologen“, zur „Schulpsychologie“ oder zum „EEG“ nieder, eine Praxis, die dem Rezensenten auch heute noch begegnet. Nur am Rande sei angemerkt, dass es damals „Neuropsychiater“ durchaus auch in der „alten“/westlichen BRD gab, auch wenn dieser Teil unseres Fachgebiets in den miteldeutschen Bundesländern intensiver gepflegt wurde.

**Johannes Kossen**, Kinder- und Jugendpsychiater in einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Hamburg, stellte die „Indikation zu ambulanter und stationärer Therapie aus ärztlicher Sicht einer Erziehungsberatungsstelle“ vor.

Die jüngeren Leser werden vielleicht überrascht sein, dass es damals in einer Erziehungsberatungsstelle (EB) eine „ärztliche Sicht“ gab, die sich heute kaum noch findet. Aber damals war auch der Rezensent ehrenamtliches Mitglied eines EB-Teams. In seinem Beitrag beschreibt Herr Kollege Kossen die Arbeitsweise einer Beratungsstelle, die spezifischen ärztlichen Aufgaben, die Kooperation und Aufgabenschwerpunkte der in einer EB vertretenen Professionen und die Therapien mit einer beispielhaften Fallvignette.

**Brigitte Roy-Feiler**, ärztliche Leiterin der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hildesheim, schildert in ihrem Beitrag die „Indikation zur stationären und ambulanten Therapie aus klinischer-stationärer Sicht“. Nach einer Beschreibung der damals 84 Betten umfassenden Klinik werden das Diagnosespektrum, die Zuweisungspraxis und die spezifischen Gründe für eine stationäre Aufnahme dargestellt. Letztere dürfte heute noch sehr ähnlich sein. In einem Absatz wird darauf hingewiesen, dass bei langjährig ambulant betreuten Patienten erst im Rahmen der stationären Diagnostik schwerwiegende Leistungsüberforderungen wegen bisher nicht erkannter intellektueller Beeinträchtigungen festgestellt wurden. Leider wird die Art der vorangegangenen ambulanten Behandlung nicht differenziert benannt. Es ist zu hoffen, dass inzwischen die zahlenmäßig verbesserte ambulante Versorgung auch zu qualitativen Verbesserungen geführt hat.

Abschließend schreibt Frau Kollegin Roy-Feiler: *„Wenn ich mir den ICD-Schlüssel vor Augen halte, so glaube ich: Bei vielen Störungsbildern und Beeinträchtigungen dürften keine nennenswerten Unterschiede in der Einschätzung zwischen einem niedergelassenen Kollegen und mir vorliegen. Das gilt wohl auch für spezielle Therapiemethoden wie Autogenes Training, Sprachtherapie, Konzentrationsübungen o. ä. Ich sehe hier auch bei Empfehlungen für die Hilfesuchenden selten Schwierigkeiten. Unterschiede könnte es in Fragen medikamentöser Therapie geben, sie wird von meinen Klienten zumeist abgelehnt bzw. kritisch in Zweifel gezogen.“*



*Für die Zukunft sehe ich gute Chancen in einer Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Institutionen und Berufsgruppen, und zwar vor allem vor Ort in psychosozialen Arbeitsgemeinschaften und Konferenzen auf anderen Ebenen, wobei wir unser Wissen, unsere Kenntnisse und Fähigkeiten einsetzen und auch anderen zur Verfügung stellen können. “*

1994 wurde die Sozialpsychiatrievereinbarung zwischen KBV und VdAK abgeschlossen, die es seither auch den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern es ermöglicht, diese multiprofessionelle und interdisziplinäre Arbeitsweise umfassend auch in der ambulanten Versorgung anzuwenden.

Was alles im Forum/Mitgliederrundbrief III/1991 stand, das erfahren Sie im Forum Heft 3/2016. Bleiben Sie neugierig!

**Autor:**

Christian K. D. Moik

Arzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kinder- und Jugendmedizin

Psychotherapie

Psychoanalyse

D-52062 Aachen, Wirichsbongardstr. 5-9

Telefax: 0241 - 470313-17

Telefon: 0241 - 470313-0

E-Mail: [ckdmoik@dgn.de](mailto:ckdmoik@dgn.de)

# Stellungnahme der Ethikkommission zu freiheitsentziehenden Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen

*M. Jung, D. Appel, A. Korebrits, C.K.D. Moik,  
C.A. Rexroth, M. Romanos*

## 1. Einleitung

Die Ethikkommission der 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Verbände wurde von den Vorständen beauftragt, eine Einschätzung zur Situation der geschlossenen Unterbringung unter Berücksichtigung ethischer Grundsätze zu erarbeiten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie sieht sich aufgrund der vorhandenen Schnittstellen und ihrer Aufgabe als Gutachter in den Anhörungen zum § 1631 b BGB zu einem Kommentar berechtigt. Die Stellungnahme soll eine bereits vorliegende Arbeit der Kommission Jugendhilfe der drei Verbände ergänzen. Daher werden hier die Rahmenbedingungen mit Verweis auf das genannte Papier zugunsten der ethischen Diskussion nur kurz beschrieben. Zudem soll auf die Situation der geschlossenen Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingegangen werden. Auch zu diesem Thema liegt bereits ein umfangreiches Papier vor [4], das dem ethischen Diskurs als Grundlage dient. Anlass der Stellungnahme sind drei aktuelle Diskussionen:

1. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (Beschluss vom 7. August 2013 – XII ZB 559/11) [2] ist die nächtliche Fixierung eines minderjährigen Autisten nicht genehmigungspflichtig, sondern obliegt allein der Entscheidung der Eltern. Der BGH urteilt, dass die Vorschrift des § 1906 Abs. 4BGB nicht auf Minderjährige anwendbar ist, weil der Gesetzgeber die Vorschrift ausdrücklich auf Volljährige begrenzt hat. Eltern handeln aufgrund ihres Elterngrundrechts (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG) [5]

2. In den psychiatrischen Fächern ist die geschlossene Unterbringung ebenfalls in der Diskussion, zuletzt angefacht durch den Fall Gustl Mollath, durch welchen u. a. die Rolle der (psychiatrischen) Gutachter in Unterbringungsverfahren in den Fokus und in die Kritik geraten ist.
3. In der Jugendhilfe kommen wiederholt geschlossene Einrichtungen in die Kritik, weil körperliche Übergriffe und ein problematischer Umgang mit Macht und Sanktionen angezeigt wurden. Nach der Feuerbergstraße in Hamburg wurde zuletzt die Haasenburg in Brandenburg geschlossen.

Die Diskussionen skizzieren unterschiedliche Fragestellungen zur geschlossenen Unterbringung und spiegeln die Bandbreite der Indikationen und rechtlichen Rahmenbedingungen wider. Die Stellungnahme untersucht zunächst die verfügbaren Fakten, Grundlagen und Werte, beschäftigt sich dann mit den Werten der Beteiligten und möglichen Wertkonflikten, um abschließend zu einer Einschätzung und ethischen Bewertung zu gelangen. Dennoch besteht in Deutschland eine durchaus inhomogene Umsetzung der Rechtspraxis, die insbesondere im Kindes- und Jugendalter darauf beruht, dass die Abgrenzung zwischen freiheitsentziehenden Maßnahmen, welche unter Richtervorbehalt stehen, und nicht genehmigungspflichtigen Maßnahmen, sogenannten unterbringungsähnlichen Maßnahmen, fließend und unscharf definiert ist. Zudem besteht die richterliche Unabhängigkeit, die zu regional teils sehr unterschiedlicher Rechtsauffassung und Rechtspraxis führt.

## 2. Fakten

In diesem Abschnitt werden juristische Regelungen und Fakten der beteiligten Institutionen dargestellt. Die freiheitsentziehenden Maßnahmen kommen nach allgemeiner Überzeugung und nach Rechtsprechung in der Psychiatrie wie Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Jugendhilfe nur dann in Frage, wenn eine Gefahr für die Person oder die Gemeinschaft nicht anders abgewendet werden kann, „wenn mildere Mittel nicht ausreichend“ sind. Für Erwachsene gelten auch „Unterbringungsähnliche Maßnahmen“ wie Fixierungen als genehmigungspflichtig, für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen reicht nach der jetzigen Rechtsprechung der Elternwille als Grundlage aus.

## 2.1. Freiheitsentziehung

Die Freiheitsentziehung spielt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als Möglichkeit zur Schadensabwehr eine Rolle bei akuter krankheitsbedingter Selbst- oder Fremdgefährdung. Krankheitsbedingte Gründe finden sich z.B. bei akuter Suizidalität, Verwirrtheit, Orientierungslosigkeit oder bei erheblichen krankhaften Störungen des Antriebs. Die häufigsten zugrunde liegenden Diagnosen sind schwere depressive Störungen mit akuter Suizidalität, schizophrene Psychosen mit unklarer Selbst- oder Fremdgefährdung, bipolar-affektive Störungen, schwere Essstörungen und externalisierende Störungen (z. B. Bindungsstörungen mit Enthemmung, hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens) sowie Intoxikationen.

Allen Situationen ist in der Regel gemeinsam, dass die Betroffenen keine Einsicht in die Notwendigkeit der medizinischen Maßnahmen haben, während die verantwortlichen Erwachsenen ein erhebliches Gefährdungspotenzial erkennen, das aus ihrer Sicht die diagnostische oder therapeutische Maßnahme rechtfertigt.

In der Jugendhilfe kommen Überlegungen zur geschlossenen Unterbringung ins Spiel, wenn die Entwicklung der Jugendlichen gefährdet ist. Dann droht keine unmittelbare Gefahr für Leib oder Leben, kann risikoreiches, chronisch selbstschädigendes Verhalten oder dissoziales Verhalten die kurz-, mittel- oder langfristige Entwicklung des Jugendlichen beeinträchtigen, so dass eine soziale Desintegration oder emotionale Beeinträchtigung droht oder aber auch chronisch Gefahr für die körperliche Versehrtheit des Jugendlichen besteht. Grundlage der Überlegungen zur geschlossenen Unterbringung bildet die Annahme, die Jugendlichen könnten aufgrund ihrer aktuellen Fehlentwicklung die Auswirkungen ihrer aktuellen impulsiven Entscheidungen nicht abschätzen und sich damit ihre Zukunft zerstören. Betroffen sind Jungen oder Mädchen die z. B. weglaufen, die früh delinquent werden, die Schule / Ausbildung nicht mehr besuchen oder die sich prostituieren. Auch hier spielt die Frage der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit eine Rolle; allerdings sind längerfristige Maßnahmen vorzusehen, mit dem Ziel, in einem Stufenmodell eine förderliche Entwicklung zu ermöglichen.

Die geschlossene Unterbringung ist als längerfristige Möglichkeit angelegt und als solche umstritten. Die juristische Sicht der geschlossenen Unterbringung umfasst rechtliche Sanktionen, in erster Linie den Schutz der Öffentlichkeit (Landesrecht), Arrest oder Jugendstrafe, die zivilrechtliche Unterbringung zur Sicherstellung des Kindeswohls und bei verminderter oder

aufgehobener Schuldfähigkeit die Unterbringung und Behandlung als forensische Unterbringung.

Die geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe und der Jugendforensik ist nicht in allen Bundesländern möglich oder vorgesehen.

Als Freiheitsentzug im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung gilt nur der Einschluss: hierbei hindern mechanische Vorrichtungen am Gebäude den Betroffenen am Verlassen des Aufenthaltsorts.

## 2.2. Freiheitsbeschränkung

Gegenüber den freiheitsentziehenden Maßnahmen sind unterbringungsähnliche Maßnahmen der Aufsichtspflicht und Fürsorge der Eltern unterworfen, sie stehen nicht unter Richtervorbehalt. So gehören u.a.

- Fixierungen durch Gurte im Bett oder auf einem Stuhl
- Zwangsernährung
- die Gabe sedierender Medikamente
- oder auch das Festhalten von Kindern

zu den unterbringungsähnlichen Maßnahmen und müssen – zumindest bei erwachsenen Personen – betreuungsgerichtlich genehmigt werden. Diese Vorschrift gilt allerdings nicht für Unterbringungen von Minderjährigen. Aufgrund des o. g. BGH-Urteils wurde festgestellt, dass die Genehmigungspflicht von unterbringungsähnlichen Maßnahmen bei Erwachsenen nach § 1906 Abs. 4 BGB nicht auf Minderjährige zu übertragen ist. Damit obliegt die Entscheidung über die Anwendung von unterbringungsähnlichen Maßnahmen ausschließlich der elterlichen Sorge. Streng ausgelegt bedeutet dies, dass im Kindes- und Jugendalter die familienrechtlich genehmigungspflichtige Unterbringung sehr eng definiert ist und sich nur auf den konkreten physikalischen Einschluss bezieht, wohingegen Fixierungen, Zwangsernährung, pharmakologische Sedierung etc. im Rahmen einer Unterbringung nach § 1631 b BGB, aber eben auch außerhalb einer Unterbringung, ausschließlich dem Elternwillen obliegt. Begrenzt werden kann die Entscheidungsbefugnis nur durch die Fragen des Kindeswohls und i.R. der elterlichen Pflichten, die in den weiteren Kapiteln erörtert werden.

### 2.3. Kindeswohl

Das Kindeswohl ist ein juristischer Begriff aus dem deutschen Familienrecht, der das gesamte Wohlergehen des Kindes oder Jugendlichen und seine gesunde Entwicklung umfasst [1]. Die Gefährdung des Kindeswohls ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der der Auslegung durch das Gericht bedarf. Um dieses Wohlergehen bestimmen zu können, wird das Kindeswohl anhand folgender Kriterien beurteilt [16]:

- Haltung des Kindes sowie dessen Eltern zur Gestaltung ihrer Beziehungen im Falle einer Trennung/Scheidung
- Innere Bindungen des Kindes
- Kindeswille
- Kontinuität und Stabilität von Erziehungsverhältnissen
- Positive Beziehungen zu beiden Elternteilen

Demzufolge sind die Oberbegriffe, nach welchen eine Beurteilung des Kindeswohls vollzogen wird, „Förderung des Kindes“ und „Schutz des Kindes“. Insbesondere ist zu beachten, dass ein Kind

- ein Recht auf Achtung seiner Menschenwürde,
- ein Recht auf Leben und
- ein Recht auf körperliche Unversehrtheit

sowie

- ein Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit

besitzt.

Die staatlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls sind im § 1666 BGB geregelt:

1. Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.
2. In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflich-

ten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

3. Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere
  - a) Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
  - b) Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
  - c) Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
  - d) Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
  - e) die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
  - f) die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.
4. In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

## 2.4. Elternrechte und -pflichten

Das Elternrecht wird u.a. im Grundgesetz [5] und im BGB festgeschrieben.

Artikel 6 Grundgesetz

1. ...

2. Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

3. Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.



## 2.5. § 1631 BGB Inhalt und Grenzen der Personensorge

1. Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
2. Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.
3. Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

Kommen die Eltern ihrer Erziehungspflicht nicht nach und ist das Kindeswohl gefährdet, können »gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls« zum Einsatz kommen. Insbesondere das in § 1631 BGB Satz 2 formulierte Recht auf gewaltfreie Erziehung steht das durch das BGH bestätigte Recht der Eltern, über unterbringungsähnliche freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu entscheiden, potentiell entgegen. Es stehen sich an dieser Stelle unterschiedliche Aspekte des Kindeswohls und den elterlichen Rechten und Pflichten gegenüber und müssen abgewogen werden.

## 2.6. Juristische Grundlagen zur geschlossene Unterbringung

Die geschlossene Unterbringung wird in § 1631 bBGB sowie in den Unterbringungsgesetzen der Länder (z.B. PsychKG, BayUnterbrG) geregelt. Diese Vorschriften gelten prinzipiell auch für unter 18jährige.

### § 1631 b BGB

Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschieben der Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen« Hier ist die häufigste juristische Grundlage der geschlossenen Unterbringung gelegt, die auf Antrag der Sorgeberechtigten mit jugendpsychiatrischer Stellungnahme und richterlicher Genehmigung erfolgt.

## *PsychKG*

Die Psychisch Krankengesetze sind Ländergesetze. Sie regeln die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die geschlossene Unterbringung in der Psychiatrie aufgrund akuter psychiatrischer Erkrankung und je nach Bundesland auch weitere Hilfen. Für Jugendliche können sie vor allem dann zur Anwendung kommen, wenn die Sorgeberechtigten nicht einwilligen können oder wollen, eine entsprechende Unterbringung aber geboten erscheint.

### **2.7. Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Die geschlossene Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet auf der Grundlage des § 1631 b BGB oder der jeweiligen PsychKG-Fassung der Bundesländer statt. Darüber hinaus kann eine geschlossene Unterbringung im Rahmen der Inobhutnahme durch das Jugendamt erfolgen (§ 42 Abs. 5 SGB VIII) oder auf Grundlage der Landespolizeigesetze.

Sie muss allerdings unverzüglich dem Familiengericht vorgelegt und bei länger als maximal 48stündiger Dauer durch dieses verifiziert oder aufgehoben werden.

#### **2.7.1. Diagnostische Einordnung**

»Dieses willkürliche Moment in der Grenzziehung zwischen (»schon«) Krankheit und (»noch«) Normalem begründet ein ethisches Problem, wenn es um Einstellung zu den Folgen der Definition geht« stellt Helmchen [8] fest. Das medizinische Modell bietet dem Betroffenen einerseits Schutz, schränkt andererseits die Selbstverfügbarkeit des Patienten sowohl durch die krankheitsbedingten inneren Gründe als auch durch die Übernahme der Krankenrolle ein. Gibt man andererseits das medizinische Modell auf, dann »wird dem betroffenen Menschen (. . .) eine Verantwortung angelastet, die er nicht zu tragen imstande ist«. Innerhalb der Psychiatrie gilt es, das Maß der individuellen Einschränkungen zu bestimmen und »noch erhaltene Autonomie bei jedem Patienten richtig zu erkennen . . .«. Der Psychiater kann dem Problem der Grenzziehung nicht entgehen, es ist zugleich eine ethische und fachliche Frage, die »Grenze der noch erhaltenen Autonomie richtig zu erkennen und Fehleinschätzung zu vermeiden.«

Formal ist diese diagnostische und psychopathologische Einordnung eine grundsätzlich medizinisch-fachliche. Die Entscheidung über die Rechtmä-

Bigkeit einer Unterbringung muss stets richterlich getroffen werden und wird damit formal vom Behandler bzw. Gutachter an das Gericht weitergegeben. Faktisch spielt jedoch die fachliche Stellungnahme für die richterliche Entscheidung eine meist tragende Rolle in der Beurteilung.

Das Dilemma um die geschlossene Unterbringung von Kindern und Jugendlichen lässt sich nicht auflösen, da es sich um Sichtweisen auf zwei unterschiedlichen Ebenen handelt. Während sich der Richter am Recht orientiert, wird sich die medizinisch-fachliche Perspektive vorrangig an dem ausrichten, was für die Entwicklung des Patienten für förderlich gehalten wird.

Aus jugendpsychiatrischer Sicht wäre dem entwicklungsfördernden Aspekt der Vorrang zu geben, da es sich hierbei um einen, auch unter humanistischem Blickwinkel übergeordneten Wertebegriff handelt.

### **2.7.2. Therapie- bzw. Entwicklungsziele**

Die Indikation zur pädagogischen oder therapeutischen Intervention und zur Auswahl der Rahmenbedingungen dieser Intervention wird von den beteiligten Fachleuten vor dem Hintergrund einer Vorstellung über die sinnvolle förderliche Entwicklung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen und Überlegungen zum wünschenswerten Verlauf gestellt. Aus der Diskrepanz zwischen dieser in die Zukunft projizierten Vorstellung und der gegenwärtigen Einstellung des Jugendlichen bzw. seiner aktuellen Anpassung erfolgt die Einschätzung zwischen »verantwortlicher Entscheidung« und »unreifer Opposition«. »Bei Fragen der Setzung von Therapie- und Entwicklungszielen ist es von Bedeutung, dass der Gutachter zwischen Tatsachenbehauptungen und Wertungen unterscheidet und seine Expertise strikt auf den Bereich der Fakten und der Behandlungstechniken beschränkt. Der Anspruch der Expertise darf nicht so weit gehen, dass er auch die Festlegung der finalen Therapieziele festlegt« [7]. Während diese Überlegungen zur Psychotherapie Erwachsener unmittelbar einleuchten, kommt in der Kinder – und Jugendpsychiatrie die Verantwortung der Erwachsenen für die Erziehung und Entwicklung der Kinder hinzu, sodass die individuellen und aktuellen Ziele der Jugendlichen und die Zukunftsüberlegungen in die stellvertretenden Zielüberlegungen der beteiligten Erwachsenen unter dem Aspekt des »Kindeswohls« (s. Abschnitt 2.3) einfließen müssen. Eine differenziertere Diagnostik ist demnach Grundlage einer spezifischen Indikation zur geschlossenen Unterbringung, zunächst unabhängig von der Frage der praktischen Umsetzung.

## 2.8. Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen

Auto- und fremdaggressives Verhalten sind häufige Verhaltensprobleme von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Im Bereich der Behindertenpädagogik und der entsprechenden kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung stellen aggressive Verhaltensweisen oft große Herausforderungen dar. Es stellt insbesondere die betroffenen Familien im Alltag vor große Probleme im Umgang mit dem behinderten Familienmitglied, zumal dann, wenn die Körperkräfte in der Pubertät zunehmen und dann eingesetzt werden. Aggressives Verhalten gegen sich und andere tritt laut Prävalenzstudien bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen in etwa 25% der untersuchten Patienten auf [9].

Es ist auch unter psychotherapeutisch Tätigen nicht unbedingt sicheres Wissen, dass Psychotherapie auch bei Menschen mit Intelligenzminderung erfolgreich möglich ist [26]. Es sind daher bei den Betroffenen, aber auch bei fachfernen Helfern nicht unbedingt die notwendigen Kenntnisse zur Behandlung komorbider Störungen im Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung vorauszusetzen.

Nur teilweise ist die Behandlung von intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in spezialisierten Einrichtungen möglich.

Ist dies nicht vorgesehen, kommt es schnell zu Überforderungssituationen und Reizüberflutung.

Hier kann es durch mangelnde Vorbereitung und Erkenntnisfähigkeit des intelligenzgeminderten Patienten oder der Patientin durchaus zu Widerstand gegen die Behandlung oder zum Weglaufen aus der Behandlung kommen und daher zu den Voraussetzungen einer Unterbringung.

Das eingangs genannte Urteil des BGH zur Fixierung (s. Abschnitt 1) [2]) stellt fest, dass die Freiheit einschränkende Maßnahmen durch die Eltern zu verantworten sind. Grundlage dafür ist die Entscheidung des BGH, dass eine entsprechende Vorschrift im Kindschaftsrecht auch nicht durch das staatliche Wächteramt von Verfassung wegen geboten ist. Anders als im Betreuungsrecht handeln Eltern gegenüber ihren minderjährigen Kindern nicht aufgrund staatlicher Bestellung, sondern in Ausübung ihres Elterngrundrechts aus Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG.

Die Erziehung der Kinder ist damit primär in die Verantwortung der Eltern gelegt; staatliche Verantwortung und Kontrolle sind im Bereich des Erziehungsrechts eingeschränkt. Zur Gewährleistung des Schutzes minderjähriger

Kinder bietet das Gesetz u.a. mit dem Verbot entwürdigender Erziehungsmaßnahmen in § 1631 Abs. 2 BGB und mit der Möglichkeit einer Entziehung der elterlichen Sorge bei Gefährdung des Kindeswohls nach den §§ 1666 ff. BGB ausreichende Handhabe [2]. Auch bei diesem Thema stellt sich die Frage, ob nicht entwicklungsfördernde Aspekte dem Elternrecht überzuordnen sind. Im Bereich der geistigen Behinderung ist diese Frage umso kritischer, als die Kinder und Jugendlichen sich infolge ihrer kognitiven Einschränkung, ihrer eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten und aufgrund ihrer häufigen psychiatrischen Mehrfachbelastung nicht hinreichend wehren oder verständlich machen können.

Die Studienlage zum Thema ist unbefriedigend. Verdugo et al. stellen ein erhöhtes Misshandlungsrisiko bei intelligenzgeminderten Kindern und Jugendlichen fest [28], die Zusammenfassung von Horner, Johnsen und Drum [14] weist in dieselbe Richtung. Entgegen der höchstrichterlichen Annahme, dass der Schutz des Kindes durch Elternwillen gesichert sei, weist z. B. die Leitlinie »Kindesmisshandlung und Vernachlässigung« für Kinder mit Entwicklungsverzögerung oder Intelligenzminderung Intelligenzminderung und begleitende Symptome als Risiko für eine körperliche Misshandlung aus [28]. Vor dem Hintergrund, dass freiheitsentziehende bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen immer als ultima ratio anzuwenden sind, stellt sich die Frage, inwiefern die in den therapeutischen und pädagogischen Einrichtungen, aber auch in den Familien, vielfach angewandten Fixierungen, Einschlüsse, Seditierungen, Schutzhelme, Schutzhandschuhe und sonstige freiheitseinschränkende Hilfsmittel zu häufig und undifferenziert zum Einsatz kommen. Die Forderung, diese zu minimieren durch den Einsatz von höherer Personalpräsenz mit entsprechender Qualifikation, ist grundsätzlich richtig und sicherlich in vielen Fällen zielführend. Andererseits muss diese Forderung auch durch eine entsprechende finanzielle Ausstattung realisierbar sein, angesichts schlechter Refinanzierungsquoten und oder kaum verfügbarem qualifizierten Personal. Insofern kommt es zu Situationen, in denen die alleinige Entscheidung von Eltern nicht immer das Kindeswohl sichern kann. Dies kann z. B. dann gegeben sein, wenn die Familien durch die Verhaltensprobleme des behinderten Kindes überlastet sind, die Einrichtung jedoch die Anwendung unterbringungsähnlicher Maßnahmen zur Bedingung macht. Im Einzelfall kann dann eben das Kindeswohl nicht gewährleistet sein, zumal wechselseitige Abhängigkeiten zwischen Einrichtung und Familie zu Lasten des Kindes gehen können. Eine unabhängige richterliche Kontrolle dieser Konstellation ist daher grundsätzlich zu fordern.

## 2.9. Unterbringung in der Jugendhilfe

Die möglichen Maßnahmen in der Jugendhilfe werden in den Paragraphen 28 - 35 des SGBVIII geregelt. Als Optionen werden dort

- Erziehungsberatung (§ 28)
- Soziale Gruppenarbeit (§ 29)
- Erziehungsbeistand/Betreuungshelfer (§ 30)
- Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31)
- Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32)
- Vollzeitpflege (§ 33)
- Heimerziehung (§ 34)
- Intensive Sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35)

aufgeführt. Im § 35 a ist die Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder geregelt.

### 2.9.1. Praxis der geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe

Nach [11] waren 2013 in Deutschland 390 Plätze als »geschlossen« deklariert. 8 Bundesländer hatten auf geschlossene Einrichtungen verzichtet. 8 Bundesländer hatten auf geschlossene Einrichtungen verzichtet. Die geschlossene Unterbringung soll nach Auffassung aller Beteiligten nach vorheriger Ausschöpfung aller anderen geeigneten niederschwelligeren Optionen die Ausnahme sein. In der KJPP stellen psychiatrische Situationen mit unmittelbarer Gefährdung für den Jugendlichen oder die Umgebung die Indikationen für eine geschlossene Unterbringung dar. Kommt es im Rahmen einer Unterbringung in der Jugendhilfe zu entsprechenden psychiatrischen Situationen, so kommt es regelhaft zur Inanspruchnahme der KJPP. Auch daran lässt sich erkennen, dass die Unterbringung in der KJPP gegenüber der Jugendhilfe zwar Schnittmengen aufweist, aber grundsätzlich unterschiedlich gelagert ist.

Während die akute Sicherung der Gesundheit und des Überlebens noch als rechtfertigende Begründung für eine Unterbringung akzeptiert wird, sind die längerfristig erkennbaren Gefährdungen der Entwicklung vor allem durch Weglaufen oder eine erhöhte Bereitschaft, Gewalt anzuwenden, umstritten (z.B. [11]).

Die aktuelle Diskussion ist zwischen geschlossener Unterbringung als angemessener Möglichkeit und der absoluten Ablehnung (z.B. Stellungnahme des Bundesverbandes der freien Träger in der Jugendhilfe -VPK [29]) aufge-

spannt. Dabei herrschen Glaubenssätze vor, während tatsächlich Studien nur in kleinerem Umfang die Diskussion bestimmen. Für die Einrichtung »Feuerbergstraße« (Geschlossene Unterbringung Feuerbergstr - GUF) in Hamburg legte der Senat eine Übersicht vor. Demnach hat am »2. September 2002 . . . der Senat die Einführung der GUF beschlossen mit dem Ziel, besonders auffälligen, delinquenten Jungen mit dem neuen Jugendhilfeangebot und einem abgestuften Maßnahmenkatalog Integrationschancen zu eröffnen und »kriminelle Karrieren« zu durchbrechen. Anfang 2003 nahm die GUF unter Trägerschaft des Landesbetriebs für Erziehung und Berufsbildung ihren Betrieb auf. Am 12. November 2008 wurde sie geschlossen.« [12]. Seit Inbetriebnahme wurden insgesamt 50 Minderjährige pädagogisch betreut, davon 41 Jungen aus Hamburg und neun aus anderen Bundesländern. Seit Anfang 2006 waren insgesamt sieben Hamburger Jugendliche in der GUF. Das Durchschnittsalter bei Aufnahme lag zwischen 15 und 16 Jahren. Die Aufenthaltsdauer betrug im Schnitt 240 Tage. Den Minderjährigen wurden zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die GUF durchschnittlich 20 bis 30 Tatvorwürfe zur Last gelegt, in der Regel gefährliche Körperverletzungen, räuberische Erpressungen und Raubdelikte. Eine Auswertung in Bezug auf die Frage, ob die GUF für die Minderjährigen erfolgreich war, ist nur eingeschränkt möglich, da für Minderjährige aus anderen Bundesländern und ehemals Betreute ab dem Zeitpunkt der Volljährigkeit keine Aussagen getroffen werden können. Die Entwicklung der anderen Entlassenen war positiv zu bewerten. Auch waren die Rückmeldungen auswärtiger Jugendämter durchweg positiv. Ein Indiz dafür ist auch, dass die GUF von März 2006 bis Juli 2008 in mehr als 100 Fällen von auswärtigen Jugendämtern um eine Aufnahme nachgefragt wurde.

Eine Ausarbeitung des Deutschen Jugend Institutes (DJI)[13] stellt sehr ausführlich die Möglichkeiten und Alternativen der freiheitentziehenden Maßnahmen (FM) dar, befürwortet für ausgewählte Situationen bei guter fachlicher Kontrolle die Möglichkeit der GU und setzt sich ausführlich mit den Alternativen auseinander (Offene Jugendhilfe, Kinder - und Jugendpsychiatrie Auslandsprojekte, Verelendung auf der Straße und Prostitution). Dort wird ausgeführt: »Alternativen zu FM werden also nicht immer gefunden und mögliche Alternativen können ebenso mit Nachteilen und Risiken verbunden sein wie FM. Auch wer gute Gründe dafür hat, FM generell abzulehnen – und die Unschärfe der Indikationsstellungen ist sicher einer dieser Gründe – muss sich damit auseinandersetzen, dass manchen Jugendlichen durch diese Ablehnung eine Maßnahme vorenthalten wird, die ihnen vielleicht als Einziges noch helfen könnte.«



Permin [11] kommt ebenfalls in Auswertung der Studie des DIJ zu dem Ergebnis, dass in der geschlossenen Maßnahme eine Chance steckt: »Die Ergebnisse der Follow-up-Studie wie der Fragebogenerhebung machen deutlich, dass Geschlossenheit, Abschottung nach außen und geringe Partizipationsmöglichkeiten in der Tat den Erziehungsprozess und den Aufbau pädagogischer Beziehungen zumindest am Anfang für die große Mehrzahl der Jugendlichen sehr erschweren. Das Paradox, durch Freiheitsentzug zur Freiheit erziehen zu wollen, kann nur dann produktiv aufgelöst werden, wenn die Jugendlichen in FM ihrerseits paradox reagieren und die ›Zwangsangebote‹ quasi ›freiwillig‹ annehmen.«

In einem Beitrag auf dem 14. Deutschen Jugendhilfe Tag in Stuttgart wird eine Beschreibung und Evaluation des »Jugendhilfezentrum Raphaelshaus« vorgestellt. Zielsetzung sei, den Drehtüreffekt in der Jugendhilfe zu stoppen. Deutlich wird, dass für die Gruppe der intensiv betreuten Jugendlichen der größte Zuwachs sozialer Kompetenzen gegenüber den Anfänglichen Defiziten zu erzielen war [23].

### **2.9.2. Debatte um die geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe**

Die Debatte in den pädagogischen Wissenschaften um die Notwendigkeit, inhaltliche Begründung einer geschlossenen Unterbringung und um Alternativen stützt sich nur teilweise auf begründbare Fakten. Daten zur Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen sind die Ausnahme.

Die geschlossene Unterbringung gerät zudem in Misskredit: die Umstände der Unterbringung erinnern an Strafvollzug, die Zusammensetzung der Gruppen und die damit verbundene Auswahl der Betreuer bedingt, dass in den Einrichtungen ein Klima der Gewalt entsteht, das keinesfalls als förderlich eingestuft werden kann. Hinzu kommt, dass die Einrichtungen teilweise privatisiert und unter finanziellem und politischem Druck arbeiten. Die Feuerbachstraße in Hamburg bzw. die Haasenburg in Brandenburg sind unter diesen Umständen nach kurzer Betriebszeit wieder geschlossen worden, während andere Einrichtungen weiterhin arbeiten. Nicht zuletzt wird von den Kritikern der geschlossenen Unterbringung die Zuständigkeit der Justiz für die Grenzsetzung bei Straftaten angemahnt, während andererseits die Eignung der Justiz als Möglichkeit zur Beeinflussung schwieriger Karrieren angezweifelt wird.



### 2.9.3. Alternativen zur geschlossenen Unterbringung

Die Formulierung des § 1631 b BGB unterstreicht die Notwendigkeit zu prüfen, ob »mildere Mittel« bekannt sind und zur Verfügung stehen, bevor eine gerichtliche Genehmigung zur Unterbringung erteilt wird. Aber auch unter der Vorstellung, zum Wohle des Kindes zu handeln und im Nachhinein zu einer positiven Bewertung zu gelangen ist diese Abwägung erforderlich.

Aus der Studie des DJI [11] wird deutlich, dass auch in Bundesländern mit geschlossener Unterbringung neben dieser Möglichkeit auch immer wieder auf den Einzelfall bezogene Lösungen entstehen, die sich aus den regionalen Ressourcen speisen, und die per se nicht generalisiert dargestellt werden können. Daneben werden dort die Ansätze der Erlebnispädagogik und des Streetwork beschrieben. Ein stadtbezogener präventiver Ansatz wurde u.a. in einem Modellversuch in Niedersachsen erprobt.

»Communities That Care« ist eine in den USA entwickelte Arbeitsmethode, um in Kommunen, Gemeinden und Stadtteilen die Rahmenbedingungen für ein sicheres und gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Mit dieser Methode kann problematischem Verhalten, wie Jugendgewalt, Kriminalität, Alkohol- und Drogenmissbrauch, frühzeitigem Schulabbruch, Teenager-Schwangerschaften, sowie Depressionen und Ängsten entgegen gesteuert werden, bevor es auftritt (»Prävention«). CTC geht davon aus, dass diejenigen Umstände, die ein sicheres Aufwachsen bedrohen (»Risikofaktoren«) und diejenigen Umstände, die diese Risiken abmildern oder ihnen entgegenwirken können (»Schutzfaktoren«), präzise benennbar sind. CTC stützt sich dabei auf viele wissenschaftliche Studien, die diese Faktoren in den für Kinder und Jugendlichen wichtigen Bereichen untersucht haben: in der Familie (z.B. Erziehungskompetenzen der Eltern), in der Schule (z.B. früh beginnende Lernrückstände), unter Gleichaltrigen (z.B. Umgang mit Freunden, die selber Probleme haben) und im Umfeld (z.B. wenig nachbarschaftliche Bindungen). CTC unterstützt kommunale Akteure und Netzwerke bei ihrer Entscheidung, welches die am dringendsten zu bearbeitenden Faktoren vor Ort sind. Dafür werden auf Sozialräume, Stadtteile oder Gemeinden bezogene Untersuchungen durchgeführt. Anhand von detailliert erhobenen lokalen Daten zur Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren sollen alle relevanten Akteure in einem Gebiet in die Lage versetzt werden, ihre Aktivitäten besser aufeinander abzustimmen, zu koordinieren und bestehende Lücken zu schließen, um effektiv Risikofaktoren zu mindern und Schutzfaktoren zu stärken.

Die »Konfrontative Pädagogik« nach Weidner [18] geht von einem langfristigen Prozess in der Arbeit mit gewaltbereiten Jugendlichen aus, der auf der Basis der persönlichen Beziehung gelingt. Eine Evaluation liegt nicht vor.

Im August 2008 veröffentlichte das Hessische Justizministerium umfangreiche Vorschläge zur Prävention und Frühintervention aus juristischer Sicht. U.a. werden Möglichkeiten des offenen Strafvollzuges erörtert und entsprechende Modelle von Trainingscamps (Kannenberg, Creglingen, Leonberg) vorgestellt. Eine abschließende Bewertung wurde mit Verweis auf die fehlende Evaluation nicht vorgenommen [17].

Einen Behandlungsansatz für sozial auffällige Jugendliche stellt die Multisystemische Therapie [10] dar, das manualisierte Programm »verbindet verhaltenstherapeutische und systemische Grundsätze. Es fokussiert eine vermehrte Präsenz und konsistente Erziehungshaltung der Eltern und weiterer wichtiger Bezugspersonen ... die Behandlung des Jugendlichen – pro Woche mehrere Therapiesitzungen – findet dementsprechend in ihrem häuslichen Milieu unter Einbezug ihrer Familie, der Schule oder des Lehrbetriebs und des gesamten sozialen Umfelds statt.«

Es gibt inzwischen Versuche, die Idee des »correctional bootcamps«, einer Bewegung aus den USA, auch auf deutsche Verhältnisse zu übertragen.

Gleichwohl stellt das US Justizministerium in seinem Report von 2003 fest [21]:

- Participants reported positive short-term changes in attitudes and behaviors; they also had better problem-solving and coping skills.
- With few exceptions, these positive changes did not lead to reduced recidivism. The boot camps that did produce lower recidivism rates offered more treatment services, had longer sessions, and included more intensive postrelease supervision. However, not all programs with these features had successful results.
- Under a narrow set of conditions, boot camps can lead to small relative reductions in prison populations and correctional costs.

Für die ethische Bewertung der geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe und in der Abwägung zu alternativen Modellen der therapeutisch-pädagogischen Begleitung der Kinder und Jugendlichen ist offen, wie die Verläufe der Betroffenen sich darstellen und welche Folgen für die Gesamtgesellschaft sich ergeben. Die Kosten für die Gesellschaft durch Inhaftierungen, durch Sozialleistungen, durch Folgeschäden potentieller Opfer sind hoch, aber letztlich

unbekannt. Demgegenüber steht die Frage der Kostenersparnis durch Verhinderung negativer Verläufe mit anschließend guter psychosozialer Integration. Letztlich muss eine Einigung herbeigeführt werden, welche Quote gelingender Resozialisierung nach geschlossener Unterbringung als Erfolg aufgefasst werden soll, und wie viele geschlossene Maßnahmen akzeptabel sind, wenn nur eine Teilgruppe davon profitiert. Die Datenlage zu diesen Fragen ist unbefriedigend.

## 2.10. Justiz

In der Justiz sind freiheitsentziehende Maßnahmen eine der verfügbaren Möglichkeiten. Im Jahr 2014 verbüßten in der BRD 4608 Jungen und 184 Mädchen Jugendstrafe [25]. Nach Bundesländern aufgliedert:

Bundesland	Gefangene
Nordrhein-Westfalen	1266
Bayern	599
Baden-Württemberg	453
Niedersachsen	453
Rheinland-Pfalz	347
Hessen	333
Sachsen	240
Berlin	225
Sachsen-Anhalt	216
Mecklenburg-Vorpommern	149
Thüringen	143
Brandenburg	106
Saarland	80
Hamburg	45
Bremen	19

Angesichts der Zahl der in der Justiz untergebrachten Minderjährigen stellt sich die Frage, inwieweit eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung einer Maßnahme der Justiz standardmäßig vorangestellt oder zumindest begleitend erforderlich ist, um dem Recht des Minderjährigen auf eine adäquate kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung zu entsprechen und nicht die Strafe einer adäquaten Behandlung vorzuziehen.

## **2.11. Interinstitutionelle Kooperation**

Die verfügbaren Quellen weisen immer wieder auf die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen hin, da die Störungen des Sozialverhaltens im Behandlungsverlauf bzw. im pädagogischen Umgang prognostisch ungünstig einzuordnen sind. Auf der Interventionsebene scheinen vernetzte Programme besonders sinnvoll zu sein [22] [10]. Neben therapeutischen Interventionen sind zudem die Übergänge zwischen den beteiligten Institutionen wegen der damit verbundenen personellen und aufgabenbezogenen Diskontinuitäten relevant. Beispielsweise führt die Dokumentation zu einem Expertenhearing des DJI im Rahmen des Projektes »Jugendliche Gewalttäter zwischen Jugendhilfe und krimineller Karriere« aus [15]:

»Das Thema institutionenübergreifende Kooperation hat in den letzten Jahren an vielen Stellen eine besondere Aufmerksamkeit erhalten (z. B. im Rahmen der Einführung von Fallkonferenzen, Häusern des Jugendrechts etc.). Die diese Entwicklung begleitenden Diskussionen verweisen immer wieder auf die Bedeutung ausreichender Ressourcen, auf Fragen der interinstitutionellen Verankerung, auf den Sozialdatenschutz, aber auch auf die Berücksichtigung der Perspektive der betroffenen Jugendlichen und ihrer Familien als zentrale Punkte für die notwendige Verfestigung und Nachhaltigkeit.«

### 3. Werte

Die Diskussion erfolgt vor dem Hintergrund der nachfolgenden aufgeführten Grundannahmen über die zugrunde liegenden Werte und Wertvorstellungen.

#### 3.1. Werte der Gesellschaft

Eine Suche nach den »Werten der Gesellschaft« zeigt einerseits eine klare Orientierung an Werten, andererseits eine breite Diskussion um einen »Wertewandel«. Die grundlegenden Werte der Gesellschaft werden in der UN Charta of human rights und im Grundgesetz geregelt. Eine besondere Rolle spielen dabei Freiheit und Würde. Für die betroffenen Kinder gelten Gesundheit, Frieden, das Recht auf eine Ausbildung als erstrebenswert.

In der modernen Gesellschaft entsteht ein Spannungsfeld zwischen den Polen der materiellen und der ideellen Werte. Zudem entstehen Fragen kultureller und religiöser Ausrichtung mit zahlreichen Auseinandersetzungen. Übergeordnet gelten die Menschenrechte, Demokratie und Rechtsstaatlichkeit als Grundlage des Zusammenlebens.

Voraussetzung für ein friedliches Zusammenleben sind Toleranz mit den Möglichkeiten für Meinungs-, Gewissens-, Religions- und Pressefreiheit [27]. Ein Überblick findet sich bei [31].

##### 3.1.1. Freiheit

###### Freiheitsbegriff

In unserer Stellungnahme beziehen wir uns auf die Grundrechte der Bundesrepublik Deutschland:

###### *Artikel 2 Grundgesetz*

- (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
- (2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

### *Artikel 104 Grundgesetz*

(1) Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich misshandelt werden.

(2) Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in eigenem Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.

(3) Jeder wegen des Verdachtes einer strafbaren Handlung vorläufig Festgenommene ist spätestens am Tage nach der Festnahme dem Richter vorzuführen, der ihm die Gründe der Festnahme mitzuteilen, ihn zu vernehmen und ihm Gelegenheit zu Einwendungen zu geben hat. Der Richter hat unverzüglich entweder einen mit Gründen versehenen schriftlichen Haftbefehl zu erlassen oder die Freilassung anzuordnen.

(4) Von jeder richterlichen Entscheidung über die Anordnung oder Fortdauer einer Freiheitsentziehung ist unverzüglich ein Angehöriger des Festgehaltenen oder eine Person seines Vertrauens zu benachrichtigen.

### **3.1.2. Freier Wille**

Auf die umfangreiche Diskussion zwischen den verschiedenen philosophischen Strömung zum »Freien Willen« kann hier nicht eingegangen werden. Wesentliche Positionen gehen von

- Entscheidungen als Folgen vorheriger Ereignisse (»Determinismus«)
- dem freien Willen als vereinbar mit dem Determinismus (»Kompatibilismus«)
- einem freien Willen (»Libertarismus«)
- anderem

aus. Eine Übersicht findet sich bei [32]. Bei einer internationalen Umfrage unter Philosophen aus dem Jahr 2009 ergab sich folgende Haltung zu den philosophischen Richtungen [3]:

<b>Free will</b>	<b>compatibilism</b>	<b>59.1%</b>
	<b>libertarianism</b>	<b>13.7%</b>
<b>no free will</b>		<b>12.2%</b>
<b>other</b>		<b>14.9%</b>

Die Diskussion über die Grundlagen des freien Willens hat durch das »Libet Experiment« von 1979 neue Nahrung bekommen. Libet konnte zeigen, dass die Bereitschaftspotenziale einer Entscheidung dem bewussten Erleben der Entscheidung vorausgehen.

### 3.1.3. Kindeswohl

Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention lautet:

Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

Das Kindeswohl stellt auch im KJHG einen wesentlichen Aspekt der Regelungen dar und ermöglicht Meldungen (§ 8a KJHG) bei Gefährdung und Inobhutnahme (§ 42 KJHG).

»(5) Freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Inobhutnahme sind nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib oder Leben des Kindes oder des Jugendlichen oder eine Gefahr für Leib oder Leben Dritter abzuwenden. Die Freiheitsentziehung ist ohne gerichtliche Entscheidung spätestens mit Ablauf des Tages nach ihrem Beginn zu beenden«.

### 3.1.4. Entwicklung

Der Entwicklungsbegriff prägt den Begriff »Kindeswohl« entscheidend mit, hat im Kindes- und Jugendalter eine zentrale Bedeutung und ist in der Wertediskussion besonders herauszustellen. Unterschieden wird zwischen entwicklungshemmenden und entwicklungsfördernden Aspekten. Dem jungen Menschen kommt das Recht auf eine förderliche Entwicklung unbenommen zu. Sichere Bindung und Beziehungsangebote ermöglichen und sichern den

Entwicklungsverlauf. Diagnostisch-therapeutische sowie pädagogische Perspektiven orientieren sich maßgeblich daran, während aus juristischer Sicht der Begriff unscharf bleibt. Auch die Verhinderung einer Entwicklung bzw. eine Entwicklungsstillstand gilt als Kindeswohlgefährdend.

### 3.1.5. Wertewandel

Neben den vereinbarten und juristisch gesicherten Grundwerten findet sich eine breite Diskussion über den »Wertewandel« in der postmodernen Gesellschaft. Grundtenor ist die Abkehr von den traditionellen Institutionen hin zu einem am Individuum orientierten Wertekanon.

»Erst wenn die notwendigen Bedürfnisse befriedigt sind, ist für die Erfüllung – und Entwicklung – von Wünschen und Bedürfnissen Platz. Dies bedeutete einerseits die Mehrung des persönlichen Wohlstands, andererseits aber auch einen Verlust gemeinsamer Werte. Institutionen wie Kirche und Staat, die bis dahin eine starke Rolle als Identitäts- und Sinnstifter übernommen hatten, verloren an Bedeutung.

Mit dem Einzug des Wohlstands haben auch materielle Gewinne an Wert verloren und sind nicht länger alleiniger Antrieb für Wirtschaft und Gesellschaft. Der Mensch misst insbesondere den knappen Gütern einen hohen Stellenwert bei. Nach Befriedigung seiner Primärbedürfnisse, wie Nahrungsaufnahme oder Wohnen, sind das nach Abraham Maslow Güter, die sein Sozialbedürfnis, das Bedürfnis nach Anerkennung und Wertschätzung und das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung befriedigen. Materielle und postmaterielle Werte schließen sich jedoch nicht aus. Der moderne Mensch ist vielmehr in seinem Handeln geprägt durch einen Wertpluralismus« [24].

»Zu den traditionellen Instanzen wie Kirche oder Familie sind neue Instanzen der Sinnggebung wie z. B. Medien, Konsumstile oder Kulturindustrien hinzugekommen, wodurch ein heterogener Wertekosmos entstanden ist, aus dem die Individuen sich ihren ganz persönlichen Wertekatalog zusammenstellen können und müssen. Die unbeschränkte individuelle Freiheit brachte das Brechen von sozialen Regeln und moralischen Werten mit sich, was ernsthafte gesellschaftliche Probleme verursachte. Der Zusammenhalt der Gesellschaft erfolgt nicht mehr länger zentral durch ein Wertekorsett, sondern durch Konsum, Ästhetik und Zeitverwendung« [30].



### 3.1.6. Psychiatrie

Angesichts ungelöster moralphilosophischer Grundlagenkontroversen schlagen Beauchamp und Childress [zitiert nach 20] vor, den Anspruch auf eine umfassende ethische Theorie mit oberstem Moralprinzip aufzugeben und sich stattdessen an konsensfähigen mittleren Prinzipien zu orientieren. Hierzu sollen zählen:

<b>Respekt vor der Autonomie des Patienten</b>	<b>respect for autonomy</b>
<b>Nicht schaden (»primum nil nocere«)</b>	<b>nonmaleficence</b>
<b>Fürsorge, Hilfeleistung</b>	<b>beneficence</b>
<b>Gleichheit und Gerechtigkeit</b>	<b>justice</b>

Die Anwendung der Prinzipienethik kann im Einzelfall einen erheblichen Beurteilungsspielraum zulassen. Die relative Gewichtung der Prinzipien ist nicht vorgegeben.

## 4. Wertkonflikte

Die wesentlichen Konflikte ergeben sich aus dem Spannungsfeld zwischen den Freiheitsrechten der betroffenen Jugendlichen und konfligierenden Vorstellungen der beteiligten Erwachsenen mit ihren unterschiedlichen Rollen. Diese Konflikte sind immer nur in der Zusammenschau und gemeinsamen Diskussion der Beteiligten zu lösen.

Im Folgenden werden exemplarisch ergänzende intrapersonelle Konflikte dargestellt, die sich aus den jeweiligen Rollen und Funktionen ergeben.

### 4.1. Eltern

Den Eltern kommt die Verantwortung für die Entwicklung zu, wobei sich im Rahmen des Ablösungsprozesses naturgemäß Konflikte ergeben, die zu massiven Auseinandersetzungen führen können. Die Konstruktion des Elternrechts baut darauf auf, dass Eltern sich informieren und für ihr Kind die angemessenen Entscheidungen treffen.

Es liegt die Annahme zugrunde, dass Eltern »gute Eltern« sein wollen und ihre Funktion verantwortlich entwicklungsfördernd ausüben (1).

Es ist nicht selbstverständlich davon auszugehen, dass Eltern eine genaue Vorstellung davon haben, was dem altersbezogenen Entwicklungsstand ihres Kindes zuträglich ist oder nicht.

Die Erziehungshaltung der Eltern beruht auf deren eigener Erfahrung und Einstellung und deren Vermögen, diese Ideen umzusetzen. Treten jedoch besondere Umstände wie psychische Erkrankung, geistige oder Mehrfach-Behinderung hinzu, sind intuitive Verhaltensweisen und Erziehungsstile unter Umständen nicht ausreichend, sondern es müssen spezifische heilpädagogische Aspekte berücksichtigt werden, die das Verständnis für Verhaltensweisen ermöglichen, die bei einigen Kinder zu beobachten sind. Da es sich u.U. um unverständliche, aggressive oder selbstgefährdende Verhaltensstile handelt, ist die Gefahr einer Misshandlung dieser Kinder in Folge der damit verbundenen Hilflosigkeit besonders hoch. (s. z.B. [6]), bei Kindern mit Behinderungen in ihren Familien etwa vierfach gegenüber nicht behinderten Kindern. Daher brauche die Eltern dieser Kinder spätestens dann Beratung von Fachleuten, wenn sie unterbringungsähnliche Maßnahmen in Erwägung ziehen.

Da die Eltern die Grundrechte ihrer Kinder wahrnehmen, obliegt ihnen eine Vielzahl von Entscheidungen, die nur durch die Feststellung einer Kindeswohlgefährdung eingeschränkt werden kann. Mit dem Erleben des Scheiterns ihrer Erziehungsbemühungen, möglichen kritischen Rückmeldungen aus dem Umfeld (Schule, Nachbarschaft, Jugendamt ...) geraten Eltern in die Situation, sich entweder aus dem Erziehungsgeschehen zurückzuziehen und die eigene Hilflosigkeit einzugestehen, oder Maßnahmen zu ergreifen, mit denen sich die Opposition des Jugendlichen eingrenzen lässt. Aufgrund der erlebten Hilflosigkeit sind aversive Affekte, z.B. infolge von Schuld- und Schamkonflikten oder Kränkungerfahrungen, mit überschießenden Reaktion nicht auszuschließen, vielleicht sogar wahrscheinlich.

Neben dem intrapsychischen Konflikt der Eltern sind sie diejenigen, die letztlich über den Freiheitsentzug ihres Kindes entscheiden wenn sie nach § 1631 b BGB um die Genehmigung einer Unterbringung ersuchen.

## **4.2. Betroffener**

Der betroffene Jugendliche muss sich in seinen gewohnten Entscheidungen und Freiheitsgraden beschnitten fühlen, da der unangemessene Umgang mit der individuellen Freiheit in der Regel die Entscheidung zur geschlossenen Unterbringung begründet.

Die betroffenen Jugendlichen sind daher mit der von den verantwortlichen Erwachsenen beschlossenen Maßnahme nicht einverstanden, sonst wäre eine geschlossene Unterbringung nicht erforderlich. Gleichwohl wäre zu unterstellen, dass der Jugendliche ein implizites Interesse daran hat, eine zielführende und verantwortungsvolle Begleitung zu erhalten. Verlässliche, emotional nahe Beziehungsangebote sind daher in der geschlossenen Unterbringung von zentraler Bedeutung. Aus der Arbeit des DJI [11] und den klinischen Erfahrungen ergeben sich Hinweise, dass Jugendliche die Maßnahmen im Nachhinein gutheißen, soweit sie sich auf den Prozess einlassen. Zudem ist nicht völlig von der Hand zu weisen, dass der Jugendliche auch ein Interesse an den entscheidenden Personen, in der Regel seinen Eltern hat.

Aus Sicht des Betroffenen wird es entscheidend darauf ankommen, dass er aus der Haltung der handelnden Personen erkennen kann, dass sie ihm wohlgesonnen gegenüber treten und die der Situation innewohnenden Macht nicht missbrauchen. Die Einschätzung über die Angemessenheit muss im Alltag diskrepanz sein, solange pädagogische Maßnahmen mit Begrenzung verbunden sind. Alltägliche Konflikte können aus Sicht der Betroffenen Jugendlichen die Bewertung der Maßnahmen beeinträchtigen, sodass deren Bewertung *ex post* eine besondere Bedeutung zukommt. Für den Jugendlichen entscheidend wird in der aktuellen Situation weiterhin sein, dass er in der eigenen Not Hilfe erfährt, sodass er in der Begrenzung Alternativen zur Entlastung der psychischen Situation und einen angemessenen Umgang mit problematischen Vorerfahrungen erfährt.

Ein spezieller Konflikt kann zwischen einsichtsfähigen Jugendlichen und dem Umfeld entstehen, wenn die Situation sich aufgrund vorherigen Verhaltens des Jugendlichen und einer überschießend kustodialen Reaktion der beteiligten Erwachsenen (Jugendamt und Eltern) zugespitzt hat und eine Lösung erschwert ist. Zudem können vom Umfeld unangemessene Forderungen mit der Unterbringung verbunden sein, etwa der Forderung nach einer Medikation. So ist es in der Praxis nicht unüblich, dass von den Einrichtungen eine Einstellung auf Neuroleptika oder auf eine i. m. Kontrazeption gefordert wird, die von den Jugendlichen nicht akzeptiert wird. Das Konfliktfeld spannt sich auch hier zwischen den Polen der angemessenen Unterstützung in der Absicht, Unbill abzuwenden und einer überschießenden Reaktion mit Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der Jugendlichen.

### 4.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gutachter

Für den Gutachter stellen sich eine Reihe konflikthafter Fragen, zumal von seiner Bewertung der weitere Weg des Betroffenen wesentlich abhängt. Die Konflikte hängen wesentlich mit der Schwierigkeit der Prognose, aber auch mit der Verfügbarkeit und Wirtschaftlichkeit von alternativen Maßnahmen ab. Für die Gutachtenstellung werden muss sich daher der Gutachter einerseits über seine eigene Position im Klaren sein wie:

- Wie ist die persönliche Haltung des Gutachters gegenüber dem Patienten?
- Liegen »Übertragungsprobleme« bzw. Sympathieprobleme vor?

Darüber hinaus wäre gegenüber dem Gericht im Gutachten darzulegen bzw. durch das Gericht zu beurteilen:

- Sind dem Gutachter bestehende Alternativen regional und überregional bekannt?
- Ist die Bewertung transparent und nachvollziehbar?
- Lässt sich eine geschlossene Unterbringung mit der Diagnostik in Einklang bringen, d.h. ergibt sich auf der Grundlage der Diagnostik eine Gefährdung?
- Liegen komorbide Störungen vor( Traumatisierung?)
- Wie sorgfältig sind die Diagnose und vor allem die multiaxialen Komponenten geprüft?
- Gibt es eine gute Grundlage für die diagnostische Evidenz, bzw. ist der Betroffene komplex beeinträchtigt?
- Welche Auswirkungen hat die Störung auf die Teilhabe, die Entwicklung und damit das Kindeswohl?
- Ist hinreichend versucht worden, sowohl die Haltung der Sorgeberechtigten als auch des oder der Jugendlichen zu verstehen?

### 4.4. Institutionen

Der Umgang mit »schwierigen Jugendlichen« geht nicht selten mit Spannungen zwischen Vertretern der beteiligten Institutionen einher. Es hilft mitunter, sich deren jeweilige Grundpositionen und Konflikte zu vergegenwärtigen.

#### 4.4.1. Primat jeweiligen Sicht?

Als fallführender Vertreter der Institution fühlen sich die jeweiligen Vertreter für »ihren Patienten/Fall« verantwortlich und übernehmen aus der Rolle mitunter Bewertungen innerhalb des psychosozialen Netzes, die einer kritischen Überprüfung nur begrenzt Stand halten. Es ergibt sich für den Einzelfall z.B. die Frage nach der Trennung zwischen therapeutischem Raum und Realitätsorientierung. Spätestens bei der Verletzung der Rechte Dritter sind übergeordnete, d. h. juristische Konsequenzen zu erwägen.

Schulen, Jugendhilfe oder Justiz arbeiten mit eigenen Strukturen, in denen therapeutische Überlegungen nicht oder nur teilweise im Mittelpunkt stehen sollen und können. Andererseits sind Vertreter der Institutionen an die jeweilige Aufgabe gebunden, sodass Fragen der fachlichen oder regionalen Zuständigkeit bzw. Nichtzuständigkeit in den Blickpunkt geraten.

Übergeordnete institutionsbedingte Interessen wie die Schonung oder das Fehlen finanzieller oder materieller Ressourcen können zu überzogener Abgrenzung und Verschiebung in jeweils andere Ressorts führen.

Zudem spielen die individuellen Einschätzungen der aktuellen Sachbearbeiter neben hierarchischen Entscheidungen eine wesentliche Rolle in der Auswahl und Gestaltung der jeweiligen therapeutischen und pädagogischen Situationen, auch in der Befürwortung oder Verneinung geschlossener Unterbringung. Unter öffentlichem Druck werden u.U. sinnvolle Maßnahmen vermieden bzw. eher populistische aber weniger wirksame Maßnahme vorangetrieben. Es stellt sich die Frage, ob und auf welcher Grundlage die Maßnahmen der Jugendhilfe als geeignet eingeschätzt werden, und inwieweit mögliche Vorschläge der Begutachtung berücksichtigt werden können. Nicht zu vernachlässigen sind die merkantilen Interessen der Anbieter spezieller Maßnahmen mit teilweise erheblichen Kosten, und auf der anderen Seite die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeit auch auf Seiten der Behörden.

In den Einrichtungen spielen therapeutisch-pädagogische Grundsätze und individuelle Belastungen auf Seiten der Mitarbeiter eine Rolle, die die Tragfähigkeit der jeweiligen Einrichtung bestimmen und begrenzen. Die Einrichtungen sind zudem Teil der umgebenden sozialen Strukturen und als solche gerade im ländlichen Raum auf ihren »guten Ruf« und die Akzeptanz durch die Bevölkerung angewiesen. Zudem sind die Einrichtungen in die bereits beschriebenen ideologischen Annahmen eingebunden. Ihre pädagogischen Mittel bauen überwiegend auf gegenseitige Verbindlichkeit der Absprachen und sind bei deren einseitiger Aufkündigung durch den Jugendlichen nur begrenzt

bis nicht mehr wirksam. Insofern ist auch bei professioneller Ausgestaltung eine offene Einrichtung letztlich auf einen längerfristig ausgerichteten Konsens mit dem Jugendlichen ausgerichtet.

#### **4.4.2. Schutz der Mitarbeiter**

Treten aggressive Verhaltensweisen aktuell oder dauerhaft in Erscheinung oder muss damit gerechnet werden, sind Einrichtung aber auch Psychiatrie gefordert, die Sicherheit der Mitbewohner bzw. Mitpatienten und des Personals zu gewährleisten und entsprechende Sicherheitskonzepte zu erarbeiten. Dazu gehören institutionelle Überlegungen zu Personalausstattung, Auswahl und Baulichkeit, aber auch Schulung der Mitarbeiter hinsichtlich Deeskalation und entsprechende Krisenpläne. Daher bewegen sich Einrichtungen mit problematischer Klientel an der Grenze zur Justiz, andererseits kann ein machtvolleres Auftreten der Einrichtung Konflikte provozieren und entsprechend oppositionelle Verhaltensweisen bei den Jugendlichen verstärken.

Sowohl in der Jugendhilfe als auch in der Psychiatrie keimt zum Schutz der Mitarbeiter und Mitbewohner die Hoffnung auf Erleichterung durch pharmakologische Interventionen oder auch mechanische Hilfsmittel wie Fixierung oder Isolierung auf. Trotz primärer und grundsätzlicher Zweifel an der Notwendigkeit dieser Maßnahmen oder an deren Wirksamkeit kann das Ziel, die Mitarbeiter vor Verletzungen und Traumatisierung zu schützen, dazu führen, dass diese freiheitsbeschränkende Maßnahmen ungebührlich rasch und ohne Einsatz vorheriger niederschwelliger Maßnahmen durchgeführt werden.

### **5. Ergebnis der Überlegungen**

Fasst man die Vorüberlegungen zusammen, dann sind eindeutige Aussagen zu wirksamen Aspekten geschlossener Unterbringung von Kindern und Jugendlichen kaum möglich. Konsensfähig ist es offenbar, im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie akute und unmittelbare Gefährdung des Individuums aufgrund einer akuten Erkrankung abzuwenden, mit der Option einer kurzfristigen Besserung bzw. der Abwendung vitaler Bedrohung.

Systemübergreifend besteht Konsens für das Ziel, möglichst wenige Minderjährige in Klinik und Jugendhilfe auf der Rechtsgrundlage einer freiheitsentziehenden Maßnahme unterbringen zu müssen, um eine Behandlung, eine Betreuung oder beides sicherzustellen. Aus fachlicher und ethischer Sicht er-

scheint im Einzelfall die unmittelbare Hilfestellung erforderlich und geboten, muss jedoch angesichts des dabei erheblichen Eingriffs in die Grundrechte sorgfältig kontrolliert werden. Zusätzlich steht die konkrete Situation im Raum, dass geeignete geschlossene Plätze in der Jugendhilfe nur in geringem Umfang verfügbar sind, die Unterbringung selbst ist oftmals mit langen Wartezeiten verbunden. Obgleich die Abwendung einer akuten und unmittelbaren Gefahr zwar als erforderlich anzusehen ist, fehlen Untersuchungen zum längerfristigen Nutzen oder Schaden dieser Unterbringung weitgehend.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind durch Besuchskommission, Personalstrukturvorgaben und die gesetzlichen Regelungen Kontrollstrukturen wie Begutachtung und den Einbezug von gesetzlichen Vertretern vorgesehen, die das Risiko eines Missbrauchs dieser Unterbringung eingrenzen sollen. In der Jugendhilfe übernimmt diese Rolle die Heimaufsicht. Überlegungen zu einer erweiterten interdisziplinären Kommission z.B. unter Einbezug von Juristen, Angehörigen und ggf. Ärzten für KJP wäre zu erwägen.

Mindestanforderungen an die Institutionen sind formuliert worden (A.1). Obgleich die Abwendung einer akuten und unmittelbaren Gefahr zwar als erforderlich angenommen wird ist, fehlen Untersuchungen zum längerfristigen Nutzen oder Schaden dieser Unterbringung weitgehend.

Diagnostik und Behandlung auf der Grundlage freiheitsentziehender Maßnahmen stellen die ggf. zwingend erforderlichen kinder- und jugendpsychiatrischen Maßnahmen sicher. Aufgrund des Grundsatzes der medizinischen Notwendigkeit in der Behandlung folgt in mehr oder weniger Zeit die Entlassung.

Hingegen kann eine Jugendhilfemaßnahme auf der Rechtsgrundlage einer freiheitsentziehenden Maßnahme durchaus von längerer Dauer sein. Hier ist eine Sicherstellung von Kontinuität in der Beziehungsgestaltung mit den Klienten sowie eine entsprechende Nachfolgeplanung erforderlich, welche die Kriterien der Beziehungs- und Bindungskontinuität erfüllt. Andernfalls gerät die Jugendhilfe in den Fokus institutionalisierter Kindeswohlgefährdung, wenn allzu rasch und nicht im multiprofessionellen Kontext (s. § 36SGB·VIII) getroffene Entscheidungen handlungsleitend werden.

Für die Überlegungen der längerfristigen geschlossenen Unterbringung im Rahmen von Jugendhilfe lässt sich aus der vorliegenden Literatur ableiten, dass die geschlossene Unterbringung eine entscheidende positive Weichenstellung auf dem Lebensweg junger Menschen sein kann. Das gilt offenbar insbesondere dann, wenn der betroffene Jugendliche die Wohnform



als Chance begreift, sich mit den Rahmenbedingungen arrangiert und sich darin entwickelt.

Grundlage ist in jedem Fall die Gestaltung eines förderlichen Milieus, keinesfalls ist mit der geschlossenen Unterbringung die Forderung einer reinen Unterwerfung oder vordergründigen Anpassung.

Die Diskussion um die geschlossene Unterbringung als pädagogische Maßnahme im Rahmen der Jugendhilfe findet polarisiert statt, von völliger Ablehnung bis hin zur Auffassung, die geschlossene Unterbringung sei eine notwendige Lösung. Beide Positionen basieren überwiegend auf subjektiven Überzeugungen und theoretisch kaum evaluierten Überlegungen. Insbesondere scheint es wenig Einigkeit darüber zu geben, wie der »Erfolg« einer solchen Maßnahme gemessen werden soll. Angesichts der häufig schlechten Prognose von Jugendlichen mit biographisch früh einsetzender, ausgeprägter dissozialer Entwicklung könnten bereits relativ geringe Verbesserungen der »Erfolgsquoten« als hinreichende Begründung und Rechtfertigung der geschlossenen Maßnahmen in der Jugendhilfe angesehen werden.

Die Praxis der geschlossenen Unterbringung in der Jugendhilfe mit zahlreichen Hinweisen auf Übergriffe zeigt, wie schwer es ist, ein Klima zu schaffen, das einerseits strukturelle Sicherheit bietet, andererseits aber einen förderlichen Rahmen, in dem eine positive Entwicklung für eine größere Anzahl Jugendlicher ermöglicht wird.

Durch die Auswahl der Jugendlichen mit geringer Regelakzeptanz einschließlich eingeschränktem Respekt vor den Grenzen Dritter ist die Wahrscheinlichkeit negativer Affekte bei Betreuern und Mitbewohnern sehr hoch, und es bedarf höchstwahrscheinlich sowohl quantitativ als auch qualitativ einer exzellenten Personalauswahl, fortlaufender Fortbildung und externer Supervision ebenso wie unabhängiger externer Kontrolle. Der Rückgriff auf eine Reglementierung über Maßnahmen mit Bootcamp-ähnlichen Methoden erscheint vielen immer wieder vordergründig ein Ausweg zu sein. Allerdings haben sich diese Maßnahme nicht als wirksam erwiesen, sie zielen lediglich auf reine Unterwerfung, auf Brechen des Willens. Sie sind verbunden mit einer erheblichen Gefahr der Traumatisierung.

Dennoch kommen immer wieder Berichte über derlei Heimeinrichtungen ans Licht, die zu Recht regelmäßig zur politischen Eskalation und zur Schließung der Heime mit entsprechender öffentlicher Reaktion führen.

Gleichwohl ist es auch in ethischer Hinsicht erforderlich, dass eine geschlossene Unterbringung, wenn sie denn stattfindet, mit der notwendigen Intensität angeboten wird, um tatsächlich Aussicht auf eine Verbesserung der Proble-



matik des Kindes zu haben. Eine Unterbringung ohne ausreichende Perspektive auf Verbesserung ist in jedem Fall abzulehnen.

Es lässt sich festhalten, dass allgemeine Aussagen zum Nutzen der geschlossenen Unterbringung auch in der Jugendhilfe kaum möglich sind.

Für die kinder- und jugendpsychiatrische Gutachterpraxis bedeutet das, sich der Begrenztheit der eigenen Prognosemöglichkeiten bewusst zu sein und in Abwägung der regionalen Voraussetzungen im Zusammenwirken mit den beteiligten Vertretern des Jugendlichen, der Jugendhilfe und der Justiz Lösungen in schwierigen Situationen zu erarbeiten, die auch die Möglichkeit geschlossener Unterbringung nicht ausschließt.

Dabei ist insbesondere auf eine angemessene Ausstattung der Einrichtungen mit Personal und Ausbildungsmöglichkeiten zu achten. Die Gestaltung und Kontrolle dieser Einrichtungen liegt im Verantwortungsbereich der Jugendhilfe.

Eine geschlossene Unterbringung um ihrer selbst willen – d.h. ohne Berücksichtigung der vorhandenen zwischenmenschlichen Angebote – ist als höchstwahrscheinlich schädlich abzulehnen.

Wegen der Gefahr eines kommerziellen Missbrauchs sind die Anforderungen an Kontroll- und Supervisionsstrukturen hoch. Der Entwicklung und Evaluation von Alternativen kommt eine hohe Bedeutung zu.

Für die unterbringungsähnlichen Maßnahmen oder tatsächlichen Unterbringungen im Rahmen der Behindertenhilfe halten wir die Gefahr des Missbrauchs hoch. Ein spezieller Förderaspekt bei der Fixierung Behinderter lässt sich kaum erkennen. Die Einschätzung einer »Notwendigkeit« der Fixierung setzt voraus, dass Alternativen bekannt und verfügbar sind.

So kann allein die Tatsache, dass ein Jugendlicher Autist nachts aufsteht, nicht zur Fixierung führen, wenn sich durch persönliche Intervention eines Betreuers die Situation bereinigen lässt.

Die Gefahr einer Fixierung durch Überforderung der betroffenen Erwachsenen, durch das Primat finanzieller Überlegungen oder gar aus Bequemlichkeit ist hoch, sodass eine interdisziplinäre Beurteilung zum Schutz der Jugendlichen und eine Überprüfung der Maßnahmen sicherlich geboten sind. Dies gilt umso mehr, als sich die Betroffenen teilweise nicht hinreichend artikulieren und damit verbal wehren können.

Die geschlossene Unterbringung von Jugendlichen lässt sich nach aller Erfahrung und der Datenlage nicht vermeiden, sie bietet durchaus Chancen. Sie setzt aber voraus, dass sich die beteiligten Erwachsenen der Risiken und ihrer

Verantwortung bewusst sind und in besonderer Weise auf die Rahmenbedingungen der Durchführung achten.

Insgesamt lassen sich aus den obigen Überlegungen eine Reihe von Gefahren und Defiziten ableiten, welche durch verschiedene Maßnahmen vermindert oder verhindert werden können:

- Eine geschlossene Unterbringung auch in der Jugendhilfe erscheint für den Einzelfall sinnvoll. Geschlossene Einrichtungen sind an die Erfüllung der Mindeststandards gebunden (siehe oben). Entsprechende Einrichtungen sind personell quantitativ und qualitativ besonders gut auszustatten.
- Eine interinstitutionelle Kooperation ist unerlässlich.
- Wünschenswert und sinnvoll ist eine koordinierte Jugendhilfeplanung auf Landesebene zur Sicherstellung der erforderlichen Angebote in der Jugendhilfe und Umsetzung der allgemeinen Formulierungen auf Landesebene.
- Die aktuelle Rechtsprechung hinsichtlich der fehlenden Genehmigungspflicht unterbringungsähnlicher Maßnahmen birgt erhebliche Gefahren für das Kindeswohl. Wir halten die Annahme, unterbringungsähnliche Maßnahmen seien ein milderes Mittel, für unzutreffend. Der Eingriff in die individuelle Bewegungsfreiheit ist sogar einschneidender und unmittelbarer als der verbindliche Aufenthalt in einem Gebäude
- Durch verbindliche und eindeutige Regelungen (z.B. analog § 1906 Absatz 4 BGB, s. unten Abschnitt A.2) muss es in der Folge zu einer Vereinheitlichung der Rechtspraxis kommen und auch zu einer Verbesserung der Rechtssicherheit von Therapeuten und Pädagogen und den Einrichtungen, in welchen Minderjährige geschlossen untergebracht behandelt oder betreut werden.
- Mit der Einführung einer Genehmigungspflicht ist analog zu den Verfahrenspflegern bei der Unterbringung eine externe Beschwerde- und Kontrollmöglichkeit der unterbringungsähnlichen Maßnahmen erforderlich.
- Die Anwendung von Unterbringung und unterbringungsähnlichen Maßnahmen ist in der Praxis oft unabwendbar in der unmittelbaren Schadensabwehr. Dennoch fehlen weitgehend Evaluationen der Maßnahmen, insbesondere in der mittel- und langfristigen Anwendung. Hierfür ist eine gezielte Förderung der Versorgungsforschung nötig,

um zu klären, ob geschlossene Unterbringung die erhofften Effekte bringt. Das würde auch zur Versachlichung der Diskussion und zur Schärfung der Indikationskriterien beitragen.

- In dem Streben, die klinische Versorgung zu optimieren sind im Rahmen der Evaluation freiheitsentziehender Maßnahmen alternative Maßnahmen zu generieren und zu prüfen. Grundsätzlich sollte das Idealziel sein, Unterbringungen so weit als möglich zu vermeiden.
- In diesem Kontext ist es erforderlich, eine Früherkennung und frühe indizierte therapeutische bzw. präventive Interventionen anzubieten, um die Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen positiv zu beeinflussen und schwere Verläufe abzumildern oder zu verhindern. Insofern
- ist ein weiterer Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in den meisten Regionen Deutschlands – mit dem Primat ambulanter und familieneinbeziehender Angebote – dringend erforderlich.
- Bei der Erstellung von Gutachten zur Unterbringung sind Standards und Qualitätskriterien einzuhalten. Ein Curriculum mit weitergehender Qualifizierung und Zertifizierung wird von den drei kinder- und jugendpsychiatrischen Gesellschaften angeboten. Gutachter ohne ausreichende fachliche Qualifikation sind besonders gefährdet, die ethischen Problematiken innerhalb der Gutachtenerstellung zu übersehen. Insofern ist es wesentlich, auch in der Ausbildung der Richter relevante Qualitätsmerkmale von Unterbringungsgutachten in Bezug auf kinder- und jugendpsychiatrische Spezifika zu vermitteln.

## A. Anhang

### A.1. Mindeststandards

*Mindeststandards in Institutionen zur Verhinderung von Übergriffen auf die Jugendlichen Unterarbeitsgruppe des Runden Tisches nach [19]*

1. Vorlage eines verbindlichen Schutzkonzeptes
2. Durchführung einer einrichtungsinternen Analyse zu arbeitsfeldspezifischen Gefährdungspotentialen und Gelegenheitsstrukturen
3. Bereitstellung eines internen und externen Beschwerdeverfahrens
4. Notfallplan für Verdachtsfälle

5. Hinzuziehung eines/einer externen Beraters/Beraterin in Verdachtsfällen (z.B. Fachkraft für Kinderschutz)
6. Entwicklung eines Dokumentationswesens für Verdachtsfälle
7. Themenspezifische Fortbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen durch externe Fachkräfte
8. Prüfung polizeilicher Führungszeugnisse
9. Aufarbeitung und konstruktive Fehlerbearbeitung im Sinne der Prävention und Rehabilitierungsmaßnahmen

## A.2. §1906 BGB

### § 1906 Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung

1. Eine Unterbringung des Betreuten durch den Betreuer, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil
  - a) auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, oder
  - b) zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, ohne die Unterbringung des Betreuten nicht durchgeführt werden kann und der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.
2. Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat die Beendigung der Unterbringung dem Betreuungsgericht anzuzeigen.
3. Widerspricht eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 Nummer 2 dem natürlichen Willen des Betreuten (ärztliche Zwangsmaßnahme), so kann der Betreuer in sie nur einwilligen, wenn
  - a) der Betreute auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,

- b) zuvor versucht wurde, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
- c) die ärztliche Zwangsmaßnahme im Rahmen der Unterbringung nach Absatz 1 zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
- d) der erhebliche gesundheitliche Schaden durch keine andere dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
- e) der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

§ 1846 ist nur anwendbar, wenn der Betreuer an der Erfüllung seiner Pflichten verhindert ist.

- a) (3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Der Betreuer hat die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen wegfallen. Er hat den Widerruf dem Betreuungsgericht anzuzeigen.
4. Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.
5. Die Unterbringung durch einen Bevollmächtigten und die Einwilligung eines Bevollmächtigten in Maßnahmen nach den Absätzen 3 und 4 setzen voraus, dass die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in den Absätzen 1, 3 und 4 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

### A.3. § 1896 BGB

§ 1896 Voraussetzungen

- (1) Kann ein Volljähriger auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen, so bestellt das Betreuungsgericht auf seinen Antrag oder von Amts wegen für ihn einen Betreuer. Den Antrag kann auch ein Geschäftsunfähiger stellen. Soweit der Volljährige auf Grund einer körperlichen Behinderung seine Angelegenheiten nicht besorgen kann, darf der Betreuer nur auf An-

trag des Volljährigen bestellt werden, es sei denn, dass dieser seinen Willen nicht kundtun kann.

(1a) Gegen den freien Willen des Volljährigen darf ein Betreuer nicht bestellt werden.

- (2) Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten, der nicht zu den in § 1897 Abs. 3 bezeichneten Personen gehört, oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.
- (3) Als Aufgabenkreis kann auch die Geltendmachung von Rechten des Betreuten gegenüber seinem Bevollmächtigten bestimmt werden.
- (4) Die Entscheidung über den Fernmeldeverkehr des Betreuten und über die Entgegennahme, das Öffnen und das Anhalten seiner Post werden vom Aufgabenkreis des Betreuers nur dann erfasst, wenn das Gericht dies ausdrücklich angeordnet hat.

## Literatur

[1] Arbeitsgruppe. Arbeitsgruppe »Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls«, Abschlussbericht. 2006. <http://www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/downloads/Abschlussbericht-Kindeswohl.pdf>

[2] BGH. Beschluss vom 7. August 2013 – XII ZB 559/11. 2013.

[3] Chalmers DJ Bourget D. »What do philosophers believe?« In: *Philosophical Studies* (2013).

[4] Schepker R Brünger M Naumann A. Empfehlungen zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. 2013. [http://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/freiheitsentziehende%5C\\_Massnahmen.pdf](http://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/bag/freiheitsentziehende%5C_Massnahmen.pdf)

[5] Bundestag. Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. 1949. [http://bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg%5C\\_01/245122](http://bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg%5C_01/245122)

[6] Bindt C. Primäre Mütterlichkeit. 2013. [http://paediatric.sanicademia.eu/wp-content/uploads/Bindt\\_Vortrag-P%C3%83%C2%A4diatrietage-2013\\_Venedig\\_II.pdf](http://paediatric.sanicademia.eu/wp-content/uploads/Bindt_Vortrag-P%C3%83%C2%A4diatrietage-2013_Venedig_II.pdf)  
[http://paediatric.sanicademia.eu/wp-content/uploads/Bindt\\_Vortrag-P%C3%83%C2%A4diatrietage-2013\\_Venedig\\_II.pdf](http://paediatric.sanicademia.eu/wp-content/uploads/Bindt_Vortrag-P%C3%83%C2%A4diatrietage-2013_Venedig_II.pdf)

[7] »Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen«. In: *Ethik in der Medizin*. Reclam, 2012.

[8] »Ethische Fragen in der Psychiatrie«. In: *Ethik in der Medizin*. Reclam, 2012.

- [9] Häbler F. Intelligenzminderung. Springer Verlag, 2011.
- [10] Rhiner B Fürstenau U. »Multisystemische Therapie (MST) Die jugendpsychiatrische Intensivstation zu Hause«. In: Schweiz-Med Forum (2009).
- [11] Permien H. Zentrale Ergebnisse der DIJ Studie »Effekte Freiheitsentziehender Maßnahmen in der Jugendhilfe«. 2010. [http://www.dji.de/fileadmin/user%5C\\_upload/freiheitsentzug/forschung%5C\\_0510%5C\\_Permien%5C\\_2010.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user%5C_upload/freiheitsentzug/forschung%5C_0510%5C_Permien%5C_2010.pdf)
- [12] Stadt Hamburg. Die Geschlossene Unterbringung Feuerbergstraße (GUF) auf einen Blick. 2008. <http://www.hamburg.de/contentblob/826832/data/%202008-11-12-bsg-geschlossene-unterbringung-anlage.pdf>
- [13] Permien H Hoops S. Mildere Maßnahmen sind nicht möglich! 2006. [http://www.dji.de/fileadmin/user%5C\\_upload/freiheitsentzug/forschung%5C\\_0906%5C\\_1%5C\\_FM%5C\\_bericht.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user%5C_upload/freiheitsentzug/forschung%5C_0906%5C_1%5C_FM%5C_bericht.pdf)
- [14] Drum CE. Horner-Johnson W. »Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research.« In: Ment Retard Dev Disabil Res Rev. (2006).
- [15] Arbeitsstelle Kinder- und Jugendkriminalitätsprävention. Mehrfach auffällige jugendliche Gewalttäter aus der Perspektive von Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Polizei, Staatsanwaltschaft, Strafvollzug sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. 2012. [http://www.dji.de/fileadmin/user%5C\\_upload/bibs/jugendkriminalitaet/Expertenhearing%5C\\_2012.pdf](http://www.dji.de/fileadmin/user%5C_upload/bibs/jugendkriminalitaet/Expertenhearing%5C_2012.pdf)
- [16] Juraforum. Kindeswohlgefährdung. 2015. <http://www.juraforum.de/lexikon/kindewohl-gefaehrung>
- [17] Hessisches Ministerium Justiz. Abschlussbericht der Expertenkommission zur Verbesserung der rechtlichen und tatsächlichen Instrumentarien zur Bekämpfung der Jugendkriminalität. 2008. <http://www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/downloads/HMJ-Expertenkommission-Jugendkrimi.pdf>
- [18] Sandvoß A Kuhfuß H. Mindeststandards von AGT und CT. 2015. [http://www.konfrontativepaedagogik.de/downloads/Rund%5C\\_um%5C\\_die%5C\\_Jugendhilfe.pdf](http://www.konfrontativepaedagogik.de/downloads/Rund%5C_um%5C_die%5C_Jugendhilfe.pdf)
- [19] Wolff M. Macht und Machtmissbrauch durch Professionelle in Institutionen Konzepte und Maßnahmen für den besseren Schutz von Schutzbefohlenen. 2012. [http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/%202011/11/vortrag%5C\\_macht%5C\\_u%5C\\_machtmissbrauch.pdf](http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/%202011/11/vortrag%5C_macht%5C_u%5C_machtmissbrauch.pdf)
- [20] Wiesing U Marckmann G Bormuth M. »Allgemeine Einführung in die medizinische Ethik«. In: Ethik in der Medizin. 2012.
- [21] ncjrs. Correctional Boot Camps: Lessons From a Decade of Research. 2003. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/197018.pdf>
- [22] Landespräventionsrat Niedersachsen. Communities that care. 2015. <http://www.ctc-info.de>

- [23] Raphaelshaus. Den Drehtüreffekt in der Jugendhilfe stoppen. 2011. [http://www.ikj-mainz.de/tl%5C\\_files/Downloads/Veranstaltungen/%20Kickoff-Gruppen%5C\\_DJHT%20%5C\\_7.%5C\\_%5C\\_9.6.2011%5C\\_Stuttgart%5C\\_Scholten-Macsenaere.pdf](http://www.ikj-mainz.de/tl%5C_files/Downloads/Veranstaltungen/%20Kickoff-Gruppen%5C_DJHT%20%5C_7.%5C_%5C_9.6.2011%5C_Stuttgart%5C_Scholten-Macsenaere.pdf)
- [24] Abbate S. Authentisch und wertorientiert kommunizieren. 2014.
- [25] statista. Anzahl der Gefangenen im Jugendstrafvollzug\* in Deutschland nach Bundesländern. 2014. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/37477/%20umfrage/gefangene-im-jugendstrafvollzug-in-deutschland/>
- [26] Voß T. »Und es geht doch... Psychotherapie bei Geistigbehinderten«. In: PiD – Psychotherapie im Dialog 9.2 (2008), S. 132–137.
- [27] Bündnis für Toleranz und Weltoffenheit. Werte einer offenen Gesellschaft verteidigen. 2015. [http://www.evkirchepfalz.de/aktuellesund-presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.html?no%5C\\_cache=1&tx%5C\\_aspresse%5C\\_pi1\[item\]=1720](http://www.evkirchepfalz.de/aktuellesund-presse/pressemitteilungen/pressemitteilung.html?no%5C_cache=1&tx%5C_aspresse%5C_pi1[item]=1720)
- [28] Fuertes J Verdugo MA Bermejo BG. »The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents«. In: Child Abuse Negl. (1995).
- [29] vpk. VPK Stellungnahme Geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe. [www.Dvjj.de/](http://www.Dvjj.de/). 2002. <http://www.dvjj.de/sites/default/files/medien/imce/documente/themenschwerpunkte/geschlossene-unterbringung/Stellungnahme-der-VPK.pdf>
- [30] Schertler W. Strategisches Affinity Group Management. Springer Gabler, 2006.
- [31] Wikipedia. Axiologie. 2015. <https://de.wikipedia.org/wiki/Wertphilosophie>
- [32] Wikipedia. Freier Wille. 2015. [http://de.wikipedia.org/wiki/Freier%5C\\_Wille](http://de.wikipedia.org/wiki/Freier%5C_Wille)

## **Kontakt:**

Dr. 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: [jungmartinsl@gmx.de](mailto:jungmartinsl@gmx.de), Internet: [www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de)



## 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.