

Inhalt

Perspektiven sozialpsychiatrischer Behandlung in der ambulanten Indikation und Evidenzbasierung für Sprech- und Sprachtherapien und geeignete Behandlungsmethoden <i>Rainer Schönweiler & Bettina Schönweiler</i>	2
Medizinische Rehabilitation bei Sprachentwicklungsstörungen – eine sinnvolle therapeutische Alternative <i>Stephan Springer</i>	18
Supervision – stets nebenwirkungsfrei? Nebenwirkungen und Risiken von Supervisionen: Fragen Sie besser nicht nach <i>Ulrich Rüth</i>	23
Aus jungianischer Perspektive: Krise – Katastrophe – Katharsis Jungen zwischen Irrungen und Wagnis <i>Thomas Schwind</i>	32
Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen <i>Alwin Baumann</i>	47
Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	58
Ausschreibung für ein „Direktzertifikat“ in suchtmmedizinischer Kinder- und Jugendpsychiatrie	61
GNP-Förderpreis 2017 zur Förderung der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie	63
Zi-Wissenschaftspreis „Regionalisierte Versorgungsforschung“ 2017	65
ADHS-Förderpreis	68
Hinweise für Autoren	69
Anzeigen	71
Mediadaten	83
Impressum.	84

Indikation und Evidenzbasierung für Sprech- und Sprachtherapien und geeignete Behandlungsmethoden

Rainer Schönweiler & Bettina Schönweiler

Zusammenfassung

Deutschland ist scheinbar ein Staat mit einer extrem hohen Prävalenz von behandlungsbedürftigen Sprechentwicklungsstörungen. Die verordneten Mengen liegen um ein Vielfaches über – und der Beginn der Therapien etwa 1 bis 1½ Jahre früher – als in anderen hochentwickelten Staaten. Eine noch weitere Steigerung ist zu erwarten, wenn die Suche nach krankheitsbedingten Ursachen sowie die Kontrolle der medizinischen Notwendigkeit durch verordnende Ärzte abgeschafft werden. Doch genau dies strebt die aktuelle Gesundheitspolitik an. Dies erscheint grotesk, denn Evidenzen für eine – überwiegend schwache – Effektivität von Sprachtherapieverfahren gibt es derzeit nur für Aussprachestörungen, Wortschatzstörungen und das „gewöhnliche Stottern“. Für Sprachtherapie bei rezeptiver SES, AVWS und Mutismus fehlen zurzeit die Wirkungsnachweise völlig. Doch Sprachtherapieverfahren, für die es momentan noch keine Wirkungsnachweise gibt, könnten durchaus wirksam sein – nur vorhersagen lässt sich dies zur Zeit nicht und damit kann man den Eltern der zur Therapie anstehenden Kinder auch keine Erfolgsaussichten nennen. Die Erfolge von Sprachtherapie sollten auch gegen anzunehmende Risiken und Nebenwirkungen abgewogen werden. Dieser in der Medizin allgemein etablierte Aspekt ist für Sprachtherapie bisher noch überhaupt nicht thematisiert worden. Eine weitere Steigerung der Verordnungsmengen und eine Vorverlegung des Therapiebeginns lassen sich zumindest gegenwärtig nicht wissenschaftlich begründen. Der aktuelle Trend läuft dieser Rationale paradoxerweise entgegen.

Schlüsselwörter

Sprachentwicklungsstörung, Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung, Stottern, Poltern, Mutismus, Sprechtherapie, Sprachtherapie, Evidenz, Effektivität, Effizienz, Heilmittelrichtlinien, Hilfsmittelrichtlinien

Prävalenzen

Immer mehr Kinder erscheinen uns sprachentwicklungsgestört und therapiebedürftig. Dies belegen exemplarisch die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein, die jährlich ausgewertet und in einen frei zugänglichen Bericht exportiert werden (Thyen et al. 2016). Erschienen zum Einschulungsjahrgang 2003/2004 noch 17,8 % der Kinder „sprachauf-

fällig“, so waren es im Jahrgang 2014/15 34,1 %, mithin eine Verdopplung. Die naheliegende Vermutung, der Anstieg sei durch eine zunehmende Zahl nicht deutsch sprechender Kinder verursacht, muss verworfen werden, denn in die Berechnung wurden nur die 93 % zur Einschulung anstehenden Kinder mit offensichtlich ausreichenden Deutschkenntnissen einbezogen. Leider gibt es keine Daten, die einen direkten Vergleich mit anderen Staaten zulassen, so dass nur Größenordnungen verschiedener Klientele miteinander verglichen werden können. Die Prävalenzen sog. Developmental Language Delay (DLD) und Specific Language Impairment (SLI) – diese Begriffe sind mit der umschriebenen/spezifischen Sprachentwicklungsstörung USES/SSES vergleichbar (im folgenden Text USES) – werden in der Literatur im Mittel mit 6-8 % (Spannweite 1-16 %) angenommen (BDP et al. 2014). Im Jahr 2014 waren in den USA 11 % (U.S. Dept. of Health and Human Services 2016) und in Großbritannien 10 % aller 3-6 Jahre alten Kinder sprachgestört (Communication Council 2014), wobei alle Sprachstörungen einschließlich DLD, SLI und Redeflussstörungen eingeschlossen wurden. Diese Zahlen bedeuten, dass die Prävalenzen in Deutschland weit über denen in anderen Staaten liegen.

Ähnlich verhält es sich mit der Sprech- und Sprachtherapie, im Folgenden zur „Sprachtherapie“ zusammengefasst. Die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014/2015 in Schleswig-Holstein belegen, dass 26,7 % der Kinder zum Zeitpunkt der Erhebung Sprachtherapie erhielten, und dass erfahrungsgemäß zuvor schon viele Jahre lang und oftmals schon ab 3 Jahren. Neuerdings wird die Sprachtherapie schon mit einer Diagnose „late talker“ ab 2 Jahren begonnen, ohne dass sich für solche Indikationen vor dem 4. Geburtstag in der Literatur valide Wirkungsnachweise oder Vorteile gegenüber einem Beginn der Sprachtherapie ab dem 4. Geburtstag finden. Zum Vergleich: Die Durchführung von Sprachtherapie im Jahr vor der Einschulung lag 2014 in Großbritannien bei 10,0 % und 2016 in den USA bei 4 %. Wie es scheint, wird in keinem anderen hochentwickelten Land mehr Sprachtherapie durchgeführt als in Deutschland. Angesichts dieser Zahlen ist eine kritische Überprüfung der Indikationen und Evidenzbasierungen für Sprech- und Sprachtherapien sowie deren Behandlungsmethoden gerechtfertigt.

Die vorliegende Arbeit bewertet Indikation und Evidenzbasierung der Therapie für Sprech- und Sprachstörungen, die für Kinder- und Jugendpsychiater besonders relevant sind. Mit einer Prävalenz von etwa 30 % pro Jahrgang sind die Sprachentwicklungsstörungen (SES) am wichtigsten. Um sie ur-

chenspezifisch zu behandeln, ist stets eine Differenzialdiagnose zwischen „USES“ und „SES bei Komorbiditäten“ zu klären. Schwerhörigkeiten sowie motorische, umschriebene und globale Entwicklungsstörungen gelten als die häufigsten Komorbiditäten, deren Behandlungen Vorrang vor Sprachtherapien haben sollte, um eine Basis für die vielleicht notwendige Sprachtherapie zu schaffen. Kinder- und Jugendpsychiater prüfen die sprachgestörten Kinder auf ihre geistige, emotionale und soziale Entwicklung und binden sich in die Wahl geeigneter Schulformen und ggf. in die Ausgestaltung der Inklusion in eine Regelschule ein.

Die Prävalenz Auditiver Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen (AVWS) wird mit etwa 3% geschätzt. Kinder- und Jugendpsychiater prüfen komorbide Lese- und/oder Rechtschreib-Störungen (LRS) sowie die Differenzialdiagnosen AD(H)S und „geistige Behinderung“. Redeunflüssigkeiten (d.h. Stottern, Poltern und Kombinationsstörungen) treten bei etwa 1% pro Jahrgang auf und führen unbehandelt oder bei Therapieresistenz zu psychosomatischen Folgekrankheiten. Beim Mutismus, für den eine Prävalenz von etwa 0,7% angegeben wird, liegt häufig ein sog. Störungsbewusstsein vor, oftmals eine psychische Reaktion auf die Eigenwahrnehmung sprachlicher Defizite einer SES. Für Kinder- und Jugendpsychiater weniger relevant sind Aussprachestörungen (ohne gleichzeitige SES, z.B. bei orofazialmotorischer Dyspraxie, Zerebralparese, Tonsillenhypertrophie und Gaumenspalte) sowie Sprachverlustsyndrome (Aphasie, z.B. beim Landau-Kleffner-Syndrom). Daher werden sie in der vorliegenden Arbeit nur gestreift.

Evidenzbasierung

Oftmals werden neue Publikationen als Begründung für Erweiterungen der Indikation oder für Vorverlegungen des Beginns von Sprachtherapie ins Feld geführt. Doch sind neue Publikationen schon gleich „schlagende Argumente“? Keinesfalls, denn sie unterscheiden sich in ihrer Validität ganz erheblich. Die höchste Evidenz liegt bei interdisziplinären oder multiprofessionellen Leitlinien mit definierten Evidenz-Levels sowie Konsens nach Delphi-Verfahren. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) weisen solche Leitlinien als Stufe S2k und S3 aus. Für eine Änderung der Versorgung z.B. durch Aufnahme eines Therapieverfahrens in den Heilmittelkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden solche Leitlinien und deren zugrundeliegende Evidenzen erwartet. Sind solche Leitlinien nicht verfügbar, hält man sich an

Metaanalysen ohne Delphi-Verfahren, bevorzugt der Cochrane-Library, oder an andere Reviews und Übersichtsarbeiten in namhaften Fachzeitschriften.

Erst, wenn dies nicht möglich ist und dennoch eine Entscheidung zu einer Therapie getroffen werden muss – d.h. nicht ohne „Not“ –, zieht man Originalarbeiten einzelner Autoren heran. Typischerweise stellen sie nur ein einziges neues Therapieverfahren dar. Und gerade bei solchen Originalarbeiten ist Einordnung in die Hierarchie der Evidenzlevel (z.B. des Oxford-Centre of EBM) zu berücksichtigen. Hohe Level bedeuten: 1. Die untersuchte Methode hat eine vernünftige Rationale, die sich aus einer Wissenslücke und der Rekapitulation bisheriger Ergebnisse herleitet. 2. Die Anzahl der notwendigen Probanden wurde durch eine Fallzahlberechnung ermittelt. 3. Die Ergebnisse der Patientengruppen wurden mit denen von Kontrollgruppen belegt.

Der Begriff „Evidenz“ (engl.: evidence) bedeutet natürlich noch lange nicht, dass eine Therapie auch wirkt, sondern beschreibt nur den Wahrheitsgrad eines Ergebnisses. Um es vorweg zu nehmen: hohe Evidenzen konnten nur für Therapien des Stotterns, der Aussprache (ggf. als Teilsymptom einer SES) und des Wortschatzes erarbeitet werden.

Die „Effektivität in einer wissenschaftlichen Studie“ (engl.: efficacy) ist ein Maß für das Ergebnis in Bezug zum angestrebten Ziel (unabhängig vom Aufwand). Bei Sprachtherapieverfahren finden sich Effektstärken einer halben Standardabweichung (geringe Wirkung) bis hin zu zwei Standardabweichungen (starke Wirkung). Doch das im Praxisalltag entscheidende Wirkungsmaß ist die „Effektivität im Alltag“, engl.: effectiveness, ein versorgungsmedizinischer Begriff. Für Sprachtherapie gibt es dazu noch keine Ergebnisse. Die „Effizienz“ (engl. efficiency) ist ein Maß für das Ergebnis in Bezug zum Aufwand; es beschreibt die Wirtschaftlichkeit eines Behandlungsverfahrens. Für Sprachtherapie liegen dazu ebenfalls noch keine Ergebnisse vor.

Richtlinien

In Deutschland haben die Richtlinien des G-BA ein staatliches Mandat und deshalb den Stellenwert von Gesetzen. Die Entscheidungen werden nach wissenschaftlichen Methodenbewertungen getroffen, in die das Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingebunden ist. Oftmals fließt in die Richtlinien des G-BA ein politischer Wille ein, wobei dieser aber demokratisch konsentiert wird.

Die am 1.9.2016 in Kraft getretenen Änderungen der Kinder-Richtlinien zielen besonders auf eine Verbesserung der Erkennung von Schwerhörigkeiten und Sprachstörungen ab. Dazu wurden die bisherigen Screening-Hörtests bis zum 4. Lebensjahr durch neue, evidenzbasierte Fragen zur Hör- und Sprachentwicklung ersetzt. Für die U8, mit etwa 3 ½ Jahren durchzuführen, wurde eine neue Screeningaudiometrie eingeführt, die von Kinder- und Jugendärzten Investitionen in neue Geräte, Einhaltung physikalischer Standards und eine jährliche Eichung erfordern. Trotz einer Verbesserung der Qualität bleibt es ein Screening, nicht jedes „auffällige Kind“ ist schwerhörig und nicht jede relevante Schwerhörigkeit wird entdeckt. Bei konkretem Verdacht auf eine Schwerhörigkeit oder bei auffälliger Sprachentwicklung ist weiterhin eine fachärztliche Audiometrie durchzuführen.

Die Heilmittel-Richtlinie des G-BA (2015) unterscheidet für Sprachtherapien die Indikationsschlüssel SP1 (für SES bei Komorbiditäten und USES), SP2 (AVWS), SP4 (SES bei hochgradiger Schwerhörigkeit) und RE1 (Stottern). Indikationsschlüssel für Poltern und Mutismus sind nicht vorgesehen. Die Richtlinie grenzt medizinische Therapie von „sonderpädagogischen Fördermaßnahmen“ ab. Sie verhindert durch „Regelverordnungsmengen“ ein unüberlegtes Ausufern des Umfangs. Gleichzeitig räumt sie Möglichkeiten individuell fachärztlich begründete „Verordnungen außerhalb des Regelfalls“ und „Langfristverordnungen“ ein, so dass auch schwere Fälle angemessen behandelt werden können.

Auch die Hilfsmittelrichtlinien sind relevant für die Behandlung von Sprachentwicklungsstörungen: Die AVWS ist seitens der ICD-10 in die Kategorie „Sprachentwicklungsstörungen“ eingeordnet, die meist mit dem Heilmittel „Sprachtherapie“ behandelt werden; doch dürfen seit 2012 unter bestimmten Umständen auch „Hilfsmittel“ verordnet werden: sog. Übertragungsanlagen, eine spezielle Kategorie der Hörgeräte.

Leitlinien

In Deutschland und dem deutschsprachigen Ausland genießen die Leitlinien der AWMF ein hohes Ansehen - ein staatliches Mandat benötigen sie dafür nicht. Die S2k-Leitlinie 049/006 S2k zur Diagnostik von SES/USES (BDP et al. 2014) klammert die Bewertung von Therapieverfahren ganz bewusst aus. Diese sollen in einer separaten Leitlinie erscheinen, die gerade erarbeitet wird. Die Leitlinie 049/013 zu „Redeflussstörungen – Pathogenese, Diagnostik und Behandlung“ erreicht ein S3-Niveau (BVKJ et al. 2016). Die Leitlinie 049/013 zum Thema AVWS erreicht zwar „nur“ S1-Niveau, doch die ausschließlich fachgruppenspezifische Bearbeitung des Themas ist momentan auch in den USA und Großbritannien – Staaten mit international anerkannten „Guidelines“ - noch die Regel.

Wirksamkeit von Sprachtherapie bei SES und USES

Da die angemeldete AWMF-Leitlinie zur Therapie bei SES und USES noch nicht fertig gestellt ist, empfiehlt sich die Beachtung eines Cochrane-Reviews zum Thema von Law et al. (2003). Es handelt sich um eine Meta-Analyse an 25 Publikationen, deren Daten ‚gepoolt‘ wurden. Für phonologische Störungen wurde eine mittlere Effektstärke von 0,44 Standardabweichungen (standard mean difference SMD) gefunden, mit einem 95%-Konfidenzintervall (95%CI, $p=0,01$) von 0,86, was eine „schwache Wirkung“ bedeutet. Der Wortschatz verbesserte sich mit einer SMD von 0,89 (95%CI=1,56, $p=0,21$), eine deutliche Wirkung. Die rezeptiven Komponenten der SES verbesserten sich nicht (SMD=-0,04, 95%CI= -0,64, $p=0,56$).

In einem anderen Cochrane-Review untersuchten Brennan-Jones et al. (2014) hörbasierte Therapieansätze bei schwerhörigen Kindern (auditory verbal therapy, AVT). Es wurden 2.233 Originalarbeiten zu dem Thema gefunden, von denen fast alle aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten ausgeschlossen wurden. Nur 13 Publikationen schafften es in eine nähere Betrachtung, doch letztendlich wurden auch diese verworfen. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass es momentan nur wenig Evidenz für eine „Effectiveness“ audioverbaler Therapieansätze gibt.

Orofazial-motorische Therapieansätze werden bei Aussprachestörungen sehr häufig angewendet. Sie beruhen auf mund- und zungenmotorischen Übungen mit dem Ziel, die Aussprache von Konsonanten zu verbessern. Um die Wirkung dieses weit verbreiteten Therapieansatzes zu überprüfen, führten

Lee und Gibbon (2015) einen systematischen Review durch. Es wurden 4 Publikationen gefunden, von denen 3 analysiert werden konnten. Insgesamt umfassten die Publikationen aber nur Daten von 22 Patienten, was angesichts der großen individuellen Variabilität der Symptomatik eine schwerwiegende methodische Einschränkung bedeutete. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass zur Zeit keine starke Evidenz für orofazialmotorische Übungen zur Verbesserung der Aussprache vorliegt.

Eine seltene Ursache von (dann meist schweren) Aussprachestörungen ist die Sprechapraxie. Morgan und Vogel (2008) untersuchten die Wirksamkeit von Übungen bei dieser Diagnose. Von 825 gefundenen Publikationen wurden 31 analysiert und letztendlich ebenfalls ausgeschlossen, so dass die Frage nach der Wirksamkeit von Übungen bei einer Sprachtherapie nicht beantwortet werden konnte.

Die Wirksamkeit von Sprachtherapie könnte theoretisch von der Sprache abhängen, in der sie durchgeführt wird. Daher ist ein Blick auf deutschsprachige Publikationen zu Therapieverfahren gerechtfertigt, die in deutscher Sprache durchgeführt wurden.

Bräger et al. (2007) untersuchten in einer Originalarbeit die Therapieeffektivität der „psycholinguistisch orientierten Phonologie-Therapie“. Sie stellten fest, dass nicht erreicht werden konnte, was gemeinhin von einer Sprachtherapie erwartet wird, nämlich das „100 % sichere“ Erlernen einer korrekten Aussprache. Es konnte aber signifikant nachgewiesen werden, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit der korrekten Zielformen von Sprachlauten erhöht wird. Mit anderen Worten: eine Wirkung liegt vor, wenn aus einer konstanten Aussprachestörung eine inkonstante wird. Zu Ende gedacht: damit sollte man zufrieden sein; der Transfer in den Alltag mit stets korrekter Realisierung der Ziellaute kann auch in einer Therapiepause oder nach einer ggf. vorläufigen Beendigung der Therapie erfolgen.

In einer Arbeit von Günther und Hautvast (2009) wurde die Therapie von Aussprachestörungen (Sigmatismus und/oder Schetismus) nach zwei Prinzipien verglichen, erstens konventionell und zweitens ergänzt durch „Kontingenzenmanagement“ und „Shared-Decision-Making“. Dies bedeutete, dass Eltern und Kinder zusammen mit dem Therapeuten die Rangordnung von Therapiezielen, die Häufigkeit, die Zeitpunkte, die Art der Hausaufgaben und die Belohnungen entscheiden konnten, sozusagen ein Vergleich von „auto-

ritärer“ und „demokratischer“ Therapie. Beide Therapieformen zeigten eine Effektstärke von mehr als einer Standardabweichung. Doch die Streuung der Ergebnisse war bei der zweiten Methode viel geringer und die Wirkung noch etwas (nicht signifikant) besser. Sicher ist zumindest, dass eine Aussprachetherapie (bei Sigmatismus und Schetismus) wirksam ist.

Forrest (2002) untersuchte mit einem Review die Wirksamkeit einer Therapie von Aussprachestörungen durch mundmotorische Übungen, ein in der Praxis sehr häufig eingesetztes Therapieprinzip. Eine Wirksamkeit konnte in keiner der Studien festgestellt werden, so dass der Autor empfiehlt, stattdessen besser eine klassische Aussprachetherapie anzuwenden.

Glück (2003) untersuchte in einem Review semantisch-lexikalische Therapieverfahren bei Kindern und Jugendlichen. Jede der Studien konnte eine Wirksamkeit nachweisen. Der Autor des Reviews kritisiert aber, dass die Bedeutung der vielleicht zu realitätsfern durchgeführten Studien nicht auf Alltagssituationen übertragbar sei, d.h. eine „efficiacy“ liegt vor, eine „effectiveness“ blieb unklar.

Bei ambulant therapierefraktären SES wird in Deutschland häufig eine stationäre Komplextherapie verordnet, finanziert von Krankenkassen und/oder Rentenversicherungen. Keilmann und Kiese-Himmel (2011) untersuchten zwei Varianten einer stationären Sprachtherapie bei Kindern mit schwerer SES. Die erste Variante war eine „Blocktherapie“ mit einem einzigen sechswöchigen Aufenthalt, die zweite Variante war eine „Intervalltherapie“ und bestand aus zweiwöchigen stationären Aufenthalten mit dazwischenliegenden Pausen von je einem Monat. Beide Varianten zeigten eine signifikante und bedeutsame Wirkung bei „rezeptiven Sprachfähigkeiten“, „expressiven Wortschatz“ und „phonologischer Verarbeitung“. Die Wirkung betrug bei beiden Varianten eine bis eineinhalb Standardabweichungen, jedoch lag die Wirkung bei Variante 2 um etwa eine Viertel Standardabweichung höher als bei Variante 1. Das untersuchte stationäre Konzept mit täglicher Sprachtherapie schien also sehr wirksam und empfehlenswert zu sein.

Bei Late Talkern wird in den meisten Staaten noch keine Sprachtherapie, sondern Elternschulung durchgeführt. Roberts und Kaiser (2011) untersuchten die Wirkung von 24 Sitzungen 3 Monate nach Beendigung der Schulung. Für einen Wirkungsnachweis an den Kindern schien es zu früh, denn die Ef-

fektgrößen betragen maximal eine viertel Standardabweichung. Der Grad der Zielerreichung für ein bestimmtes Kommunikationsverhalten der Eltern besserte sich jedoch hochsignifikant und bedeutsam bis zu 3 Standardabweichungen. Im deutschsprachigen Raum sind das „Heidelberger Elterntraining (HET)“ von Anke Buschmann (2011) und „Schritte in den Dialog“ von Delia Möller (2013) besonders bekannt. Leider können sie nicht ‚im Regelfall‘ verordnet werden, da die Behandlung von Angehörigen durch die deutschen Heilmittelrichtlinien nicht vorgesehen ist. Einzelfallentscheidungen ‚außerhalb des Regelfalls‘ sind aber möglich. Außerdem werden diese Schulungsprogramme oftmals durch Stiftungen finanziert oder von Sozialpädiatrischen Zentren angeboten.

Was bedeuten die gefundenen Wirkungsnachweise für die Indikation von Sprachtherapie für SES und USES in der Praxis? In jedem Alter der Kinder sollte der Behandlung von Komorbiditäten Vorrang vor der Sprachtherapie eingeräumt werden. Dazu gehören besonders die Behandlungen schwankender Schalleitungsschwerhörigkeiten, Entwicklungsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen und – speziell bei Aussprachestörungen – die Behandlung von Tonsillenhypertrophien. Bei Late Talkern und Late Bloomern sollten die Eltern ärztlich beraten und wenn möglich, Zugang zu einem Elterntraining erhalten. Der Effekt dieser Maßnahmen ist regelmäßig, z.B. viertel- oder halbjährlich zu kontrollieren, um eine ‚Lernkurve‘ der Kinder aufnehmen zu können. Bei Kinder mit USES ist gegenwärtig zumindest in Deutschland eine Sprachtherapie ab 3 Jahren ‚in Mode‘ gekommen, aber bisher ohne evidenten Wirkungsnachweis. Bei Kindern mit SES bei Komorbiditäten kann je nach Schweregrad und Wirksamkeit der Therapie der Komorbiditäten eine Sprachtherapie ab 3½ oder ab 4 Jahren verordnet werden. Bei ‚Therapieresistenz‘ kommt eine stationäre Komplextherapie in Frage. Im Schulalter sind entweder bei inklusivem Schulbesuch ‚sonderpädagogische Fördermaßnahmen‘ und ‚Ausgleichsmaßnahmen‘ notwendig oder (sofern noch angeboten) der Besuch einer Sprachheilschule. Nach den Heilmittelrichtlinien darf in diesen Fällen keine Sprachtherapie verordnet werden; gegen diese Richtlinie wird jedoch oft verstoßen. Bei Therapieresistenz ab ca. 10 Jahren sind unter Umständen lebenslange Reststörungen im Sinne einer ‚Sprachbehinderung‘ zu bewältigen.

Wirksamkeit von Sprachtherapie bei AVWS

Nach Definition der AWMF-Leitlinie (2015) versteht man unter AVWS gestörte zentrale Prozesse des Hörens, die u.a. ermöglichen:

- Im Hirnstamm: binaurale Interaktion, z.B. zur Geräuschlokalisierung, Selektion, Störgeräuschbefreiung und Summation
- Im Kortex: vorbewusste und bewusste Analyse, Differenzierung und Identifikation von Zeit-, Frequenz- und Intensitätsveränderungen akustischer oder auditiv-sprachlicher Signale (einschließlich kognitionsnaher auditiv-sprachlicher Leistungen wie Gedächtnis und phonologische Bewusstheit)
- Über den Balken: dichotische Erkennung von Signalen, z.B. Sprache

Eine AVWS liegt vor, wenn bedeutsame Schwächen in mindestens zwei Tests einer Testbatterie nachgewiesen werden, die nicht durch andere Diagnosen erklärt werden können. Als bedeutsam gelten Ergebnisse zwei oder mehr Standardabweichungen unterhalb des kognitiven (und/oder visuellen) Leistungsniveaus und/oder ein auffälliges Verhalten in Tests mit niedrigen Leistungen, z.B. zu lange Antwortlatenz, Vermeidungsverhalten, Störungsbewusstsein. Ähnlich messende Tests sollen in ihren Ergebnissen übereinstimmen. Fakultativ sollten pathologische Ergebnisse in physiologischen Tests nachgewiesen werden, z.B. durch pathologische kontralaterale Suppression der transitorisch evozierten otoakustischen Emissionen, pathologische binaurale frühe akustisch evozierte Potentiale, pathologische späte akustisch evozierte Potentiale oder eine fehlende Mismatch-Negativity. Das Verhalten und die Symptomatik des Kindes sollen zu einer AVWS passen.

Die Behandlung einer AVWS besteht aus mehreren kombinierbaren Komponenten:

- Alle Eltern werden mündlich und ggf. schriftlich beraten, mit der Bitte einer Weiterleitung der Informationen an die Schule. Die Beratung schließt auch schulische Ausgleichsmaßnahmen und sonderpädagogische Fördermaßnahmen ein, die möglichst konkret formuliert werden. Beispielweise kann für ein Kind mit eingeschränktem Sprachverstehen im Störschall und ausgeprägter Rechtsohrdominanz ein Sitzplatz im Klassenraum links vorne am Hauptaufenthaltort der Lehrer notwendig sein. Ein Sitzplatzwechsel sollte vermieden werden. Für ein Kind mit eingeschränktem auditivem Arbeitsgedächtnis kann ein „Einzelwortdiktat“ und/oder die Befreiung vom Kopfrechnen notwendig werden. Publierte Evidenzen liegen dafür noch nicht vor.

- Für Kinder mit dominierend eingeschränktem Sprachverstehen im Störschall können akustische Maßnahmen notwendig werden. Passive Maßnahmen sind z.B. eine Schalldämmung im Klassenraum zur Reduktion des besonders schädlichen Rückwandechos und des Deckenechos. Eine aktive Behandlung ist die Übertragungsanlage (früher „FM-Anlage“), für die hohe Evidenzen einer Effektivität nachgewiesen wurden. Die Voraussetzung für eine solche Behandlung ist eine phoniatisch-pädaudiologische Verordnung nach Messungen und Diagnosekriterien, die in den Hilfsmittelrichtlinien vorgeschrieben sind.
- Für Störungen der Sprachlautunterscheidung, des auditiven Arbeitsgedächtnisses und der phonologischen Bewusstheit kann eine Sprachtherapie, nach den deutschen Heilmittelrichtlinien „Indikationsschlüssel SP2“, verordnet werden. Die Therapieverfahren weisen eine große methodische Vielfalt auf und zur Zeit sind noch keine Untersuchungen zur Evidenz verfügbar.
- Bei schwerwiegenden und ggf. therapieresistenten Fällen sind Kompensationsmaßnahmen die einzige und zeitnah effektive Hilfe für die Kinder. Dazu zählt man metalinguistische und metakognitive Strategien („gedankliche Hilfen“, „Eselsbrücken“), für deren Wirkung es ebenfalls noch keine Untersuchungen gibt.

Wirksamkeit von Sprachtherapie bei Redeflussstörungen

Redeflussstörungen mit Beginn in der Kindheit sind das Poltern und die meisten Stotterformen (BDP et al. 2016). Für die vielen Verfahren zur Behandlung des Polterns gibt es zurzeit noch keine Wirkungsnachweise, ebenso wenig für das erworbene neurogene Stottern, das psychogene Stottern und das syndromale Stottern. Doch für das sog. gewöhnliche Stottern liegen vielfältige evidenz-basierte Daten vor:

Evidenzbasierte Therapieverfahren für das sog. gewöhnliche Stottern sind:

- Die Sprechrestrukturierung: Besteht aus einem Erlernen einer neuen Sprechweise ohne Unflüssigkeiten. Typische Verfahren sind das Fluency Shaping, die Kasseler Stottertherapie (KST) und das Camperdown-Programm. Die Effektivität dieser Verfahren wurde mit hoher Evidenz nachgewiesen.
- Die Stottermodifikation: Die Patienten lernen, gestotterte Silbe im Redefluss zu stoppen und anschließend mit einer bewussten Artikulations-

bewegung zu realisieren. Die Effektivität dieser Verfahren wurde mit schwacher Evidenz nachgewiesen.

- Die Kombination der obengenannten Verfahren: Für die Effektivität liegt eine schwache Evidenz vor. Eine Überlegenheit gegenüber den Einzelmaßnahmen konnte aber nicht nachgewiesen werden.
- Das Lidcombe-Programm: Es handelt es sich um eine Konditionierung flüssigen Sprechens durch Lob für flüssiges Sprechen und (wenig) Tadel für unflüssiges Sprechen. Der Beginn dieser Therapie wird frühestens ein halbes Jahr nach Beginn des Stotterns empfohlen, um spontane Remissionen auszunutzen. Die Effektivität dieser Verfahren wurde mit hoher Evidenz nachgewiesen.
- Indirekte Methoden bedeuten, individuelle Bedingungen schaffen, unter denen die Sprechflüssigkeit zunimmt. Das Vorgehen ist im Verfahren „RESTART Demands and Capacities Model Based Treatment“ beschrieben. Die Effektivität dieses Verfahrens wurde mit hoher Evidenz nachgewiesen.

Nicht evidenzbasierte und nicht empfehlenswerte Therapieverfahren für das sog. gewöhnliche Stottern sind taktile oder akustische Taktgeber, die Del-Ferro-Methode oder „Logopädie“ als Black-Box-Begriff für eine Mischung von Methoden.

Wirksamkeit von Sprachtherapie bei Mutismus

Unter Mutismus versteht man ein unbewusstes Verweigern des Sprechens. Man klassifiziert es als „selektiv“ (gegenüber bestimmten Personen, z.B. Eltern) oder „total“ (d.h. gegenüber allen Gesprächspartnern). Das Sprachverweigerungsverhalten kann als Versuch gedeutet werden, Frustrationen durch Erleben eigenen „Unvermögens“ zu vermeiden. Die Behandlung beginnt meist mit einer Beratung zum Abbau sprachfordernden Verhaltens in der Umgebung des Kindes und ggf. in einer Therapiepause einer (U)SES-Therapie. Falls dies nicht binnen 3-6 Monaten hilft, wird ein Versuch unternommen, die Kinder in einer Therapiesituation zum Sprechen zu bringen. Dafür gibt es momentan weder anerkannte Konzepte noch eine wissenschaftliche Evidenz oder einen Indikationsschlüssel in den Heilmittelrichtlinien.

Risiken und Nebenwirkungen von Sprachtherapie?

In der Medizin birgt jede wirksame Therapie auch Risiken und Nebenwirkungen. Auch bei Sprachtherapieverfahren muss man davon ausgehen, doch sie werden zurzeit weder thematisiert noch untersucht. Alltagserfahrungen lassen aber vermuten, dass es sie gibt:

- Neuauftreten oder Verschlimmerung
 - vorbestehenden Störungsbewusstseins
 - vorbestehender eingeschränkter Frustrationstoleranz
 - vorbestehenden Verweigerungsverhaltens
- Übergeneralisierung von Erlerntem (z.B. Plosivierungen: „Plume“ statt „Blume“, „übertrieben deutliches“ Sprechen)
- Überforderung
- Verlust von Freizeit und natürlichen Entwicklungschancen
- Medikalisierung (Ärzte, Therapeuten, ... machen krank)

Fazit und Ausblick

Wirksamkeitsnachweise für Sprachtherapieverfahren gibt es derzeit nur für Aussprachestörungen, Wortschatzstörungen und das „gewöhnliche Stottern“. Die derzeitige Datenlage sollte aber keineswegs als Aufruf zu einem Verzicht auf Verordnungen fehlgedeutet werden; doch eine weitere Steigerung der Verordnungsmengen ist angesichts der in Deutschland ohnehin schon exorbitanten Mengen nicht zu rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund sollten auch Modellversuche mit „Blankoverordnungen“ oder Verzicht auf ärztliche Indikationen bewertet werden. Es gibt zurzeit keine wissenschaftlichen Argumente für ein Abweichen von den derzeitigen Heilmittelrichtlinien des G-BA.

Ein weißer Fleck auf der Karte sind Risiken und Nebenwirkungen, die bisher nicht thematisiert werden, ob wohl Anhaltspunkte für deren Existenz offensichtlich sind. Hier muss endlich mit Forschung begonnen werden.

Es steht eine multiprofessionelle Leitlinie der AWMF für die Therapie der SES und USES in Aussicht. Laufend werden Studien zum Thema Sprachtherapie publiziert. Die Gesellschaft für interdisziplinäre Spracherwerbsforschung und kindliche Sprachstörungen im deutschsprachigen Raum e.V. (GISKID) fördert die Erforschung von Sprachentwicklungsstörungen. Die Ergebnisse dieser Unternehmungen werden sich auf die Indikation und Verordnung von Sprachtherapie auswirken, sei es als ein „Mehr“ oder ein „Weniger“, ein

„Früher“ oder ein „Später“. Unveränderlich ist jedoch: Sprachentwicklungsstörungen sind eigenständige Krankheiten (USES) oder werden durch andere Krankheiten verursacht (SES). Ärztliches Denken und Handeln bleibt daher unverzichtbar.

Literatur

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ), Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie im BDP, Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe e.V. (BVSS), Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP, federführend), Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ), Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs), Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde e.V. (DGSS), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs), Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl), Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Interdisziplinäre Vereinigung der Stottertherapeuten e.V. (ivs): Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049- 013, 2016. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09.pdf. Aufgerufen am 09.10.2016.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und Sektion Klinische Psychologie im BDP, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG-Selbsthilfe), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (DGKJP), Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP, anmeldende Gesellschaft), Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGP), Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ, anmeldende Gesellschaft), Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde (DGSS), Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie (BVPP), Deutscher Berufsverband der HNO-Ärzte (BV-HNO), Deutscher Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs), Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl), Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP): Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES). AWMF-Registernummer 049- 006, 2014. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-006l_S2k_Sprachentwicklungsstoerungen_Diagnostik_2013-06-abgelaufen.pdf. Aufgerufen am 09.10.2016.

Bräger B, Nicolai A, Günther T: Therapieeffektivität der Psycholinguistisch orientierten Phonologie Therapie (P.O.P.T): Eine Therapieeffektstudie mit Kindern unter 6 Jahren. Sprache Stimme Gehör 2007; 31: 170 – 175.

- Brennan-Jones CG, White J, Rush RW, Law J*: Auditory-verbal therapy for promoting spoken language development in children with permanent hearing impairments. Cochrane Database Syst Rev 2014.
- Buschmann A* (2011): Heidelberger Elternttraining zur frühen Sprachförderung: Trainermanual. 2. Aufl. Urban & Fischer Verlag/Elsevier
- Communication Council*: Children and young people's speech, language and communication needs - an introduction for health audiences. Last updated September 2014. Internet: https://www.thecommunicationtrust.org.uk/media/266719/the_communication_council_slcn_briefing_for_health_audiences-_september_2014.pdf. Aufgerufen am 26.10.2016.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP)*: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen, S1-Leitlinie, 2015, AWMF-Registernummer 049- 012. Internet: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-012l_S1_Auditive_Verarbeitungsstoerungen_Wahrnehmungsstoerungen_AVWS_2016-02.pdf. Aufgerufen am 19.10.2016.
- Forrest K* (2002): Sind mundmotorische Übungen für die Therapie von Artikulationsstörungen bzw. phonologischen Störungen sinnvoll? Sprache Stimme Gehör 26, 150-156
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*: Beschluss über eine Änderung der Kinder-Richtlinie: Regelungen über die Ausgestaltung der Empfehlung von Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 26 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 20 Absatz 5 SGB V (Präventionsempfehlung) in der Fassung vom 26. April 1976, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976, in Kraft getreten am 12. November 1976, zuletzt geändert am 18. Juni 2015, veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 18.08.2016 B1, in Kraft getreten am 1. September 2016. Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1240/RL_Kinder_2015-06-18.pdf. Aufgerufen am 28.12.2016.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*: Richtlinien über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) in der Fassung vom 20. Januar 2011 / 19. Mai 2011 , veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 ; Nr. 96 (S. 2247) in Kraft getreten am 1 . Juli 2011 zuletzt geändert am 17. Dezember 2015, BAnz AT 03.08.2016 B3 in Kraft getreten am 4. August 2016. IV Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie: 22-26. Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1231/HeilM-RL_2015-12-17_iK-2016-08-04.pdf. Aufgerufen am 28.12.2016.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*: Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/HilfsM-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011 / 15. März 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 10.04.2012 B2 vom 10. April 2012, in Kraft getreten am 1. April 2012, zuletzt geändert am 17. Juli 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 28.10.2014 B3 vom 28. Oktober 2014, in Kraft getreten am 29. Oktober 2014. Abschnitt C, Hörhilfen: 16-21. Internet: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1143/HilfsM-RL_2015-12-17_iK-2016-03-24.pdf. Aufgerufen am 23.02.2016.
- Glück CW* (2003): Semantisch-lexikalische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Therapieformen und ihre Wirksamkeit. Sprache Stimme Gehör 27(3): 125-134

- Günther T, Hautvast S* (2009): Ergänzung der klassischen Artikulationstherapie durch Kontingenzmanagement und Shared-Decision-Making: eine Therapieeffektstudie. *Sprache - Stimme - Gehör*, 33(1), 9-15.
- Keilmann A, Kiese-Himmel C* (2011): Stationäre Sprachtherapie bei Kindern mit schweren spezifischen Sprachentwicklungsstörungen *Laryngo-Rhino-Otologie* 90(11): 677-682.
- Law J, Garrett Z, Nye C*: Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.
- Lee AS, Gibbon FE*: Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015.
- Möller D* (2013): Schritte in den Dialog – frühe elternbasierte Therapie für Kinder mit pragmatisch-kommunikativen Einschränkungen. *Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*; 2, 92-100
- Morgan AT, Vogel AP: Intervention for childhood apraxia of speech. *Cochrane Database Syst Rev* 2008.
- Roberts MY, Kaiser AP* (2011): The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology* 20:180–199.
- Thyen U, Brehm S, Roenspiess B*: Bericht über die Untersuchungen der kinder- und jugendärztlichen Dienste und zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein des Schuljahres 2014/2015. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, 2016: 69-78. https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleingunter2015.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Aufgerufen am 18.10.2016.
- U.S. Department of Health & Human Services National Institutes of Health*: Quick Statistics About Voice, Speech, Language. 2016. Internet: NIDCD <https://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick-statistics-voice-speech-language>. Aufgerufen am 26.10.2016.

Korrespondenzadresse und Urheberrecht

Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler

Leiter der Sektion für Phoniatrie und Pädaudiologie
sowie des Hörzentrums Lübeck

Dr. med. Bettina Schönweiler

Oberärztin der Sektion für Phoniatrie und Pädaudiologie
sowie des Hörzentrums Lübeck

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160, D-23562 Lübeck

Tel. +49-(0)451-500-42101, Fax +49-(0)451-500-42104

Internet: www.uksh.de/phoniatrie-luebeck,

www.uksh.de/hoerzentrum-luebeck

E-Mail: rainer.schoenweiler@uksh.de

Medizinische Rehabilitation bei Sprachentwicklungsstörungen – eine sinnvolle therapeutische Alternative

Stephan Springer

Sprachentwicklungsstörungen stellen aufgrund ihrer Häufigkeit von bis zu 5%, sowie wegen der häufig begleitenden weiteren Entwicklungsstörungen und häufigen begleitenden psychiatrischen Störungen eine therapeutische Herausforderung dar. Ziel aller Behandlungen muss im Sinne der Annahme eines ganzheitlichen adaptiven Entwicklungs-Modells auch sein, nicht nur die betroffenen Kinder selbst, sondern auch ihre Umwelt (und damit die Familie) günstig zu beeinflussen und zu therapeutischen Anstrengungen zu motivieren. Aus den genannten beiden Gründen und, da Sprachentwicklungsstörungen sehr häufig im Verlauf mit einer Beeinträchtigung des schulischen Erfolges, des zukünftigen beruflichen Erfolges und einer Beeinträchtigung der Teilhabe verbunden sind, besteht eine klare Indikation für eine medizinische Rehabilitation.

Die Eltern müssen immer auch in den Fokus der Behandlung genommen werden, da sich die Symptomatik der Kinder durch den Teufelskreis aus Entwicklungsstörung, Stressbelastung der Eltern, mangelndem Kompetenzerleben der Eltern, negativem Erziehungsverhalten und kindlichen Verhaltensauffälligkeiten sonst verstärkt (Gerdes 2007, Cina & Bodenmann 2009) (Abb.1). Die elternzentrierte Frühintervention stellt einen wichtigen Ansatzpunkt dar, der die Langzeitprognose der betroffenen Kinder verbessern kann. Wirksam ist, die Eltern als Kotherapeuten und Förderer mit einzubeziehen, die elterlichen Ressourcen zu stärken, deren Selbstwirksamkeit zu erhöhen und sie in entwicklungsförderndem Verhalten zu schulen (Petermann 2010, Sharp 2008, Casey 2009, von Suchodoletz 2010). Ziel einer stationären Rehabilitation bei Sprachentwicklungsstörungen ist somit neben der Verbesserung der Primärsymptomatik, die Verbesserung der schulischen Leistungen, der psychosozialen Situation (Familie, Schule, Umfeld), der Teilhabe und der elterlichen Kompetenz.



Abbildung 1: Probleme der Eltern-Kind-Interaktion bei Entwicklungsstörungen

In einer Pilotstudie zur Behandlung der Primärsymptomatik an der Klinik Hochried in den Jahren 2013 bis 2015 an 26 Kindern im Alter von 3 bis 7 Jahren mit rezeptiven und expressiven Sprachstörungen (Ausschlusskriterien: Intelligenzminderung, genetische Syndrome und Autismus) konnte gezeigt werden, dass sich innerhalb von vier Wochen mit einer lexikalischen Strategietherapie im Gruppen- und Einzelsetting die Wortproduktion und das Wortverständnis für Verben, sowie die Erkennung von Ablenkeritems signifikant verbessern lässt (Abb.2).

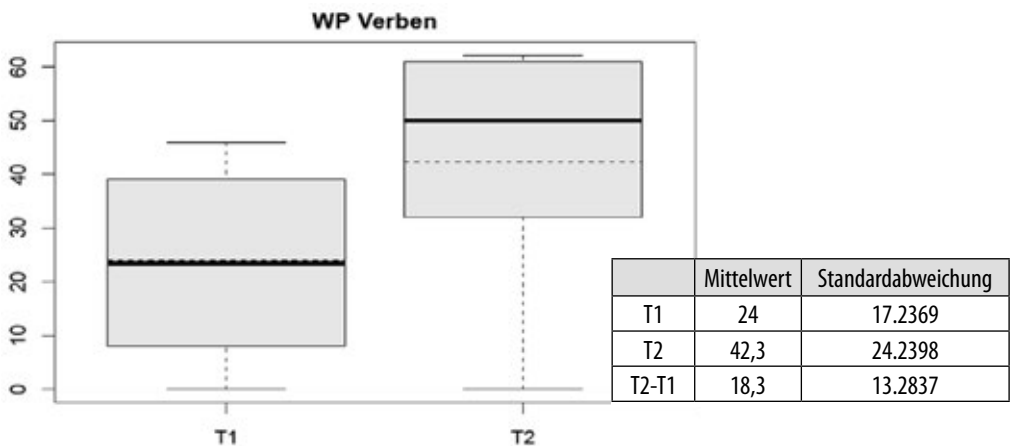


Abbildung 2: Verbesserung der Verben-Wortproduktion im Rahmen einer 4-wöchigen Rehabilitation

Weiterhin wurde in einer anderen Therapiestudie an der Klinik Hochried die Bedeutung des Elterntrainings untersucht, da eine elternzentrierte Intervention bei Entwicklungsstörungen sinnvoll sein soll (Petermann, Koch, Hampel 2006), da elternzentrierte Interventionen eventuell effektiver als Einzelsprachtherapie sein können (von Suchodoletz 2010), und da elternzentrierte Erziehungskompetenzschulungen bisher noch kaum untersucht waren (Petermann 2010).

Untersucht wurde die Wirksamkeit eines Elterntrainings, welches dazu dient, einerseits kindliche Bedürfnisse besser wahrzunehmen (und damit beispielsweise die Interaktion zu verbessern, Verstärkungsstrategien zu lernen, Kommunikation über Emotion zu verbessern und die Motivation zu verbessern) und gleichzeitig dazu dient, altersspezifische Besonderheiten verstärkt zu beachten (durch eine Verbesserung der Kenntnisse über normale Entwicklung, altersspezifische kindliche Aufgaben und kognitive Kompetenz).

Das Murnauer Rehatherapiekonzept bei Entwicklungsstörungen besteht einerseits aus 19 Fördereinheiten in fünf Förderbereichen im Gruppen- und Einzelkontext innerhalb von 4 Wochen, andererseits aus einer mehrwöchigen Elternschulung, die sich in die drei Bereiche „Wissen“ (zur Erziehung und Entwicklung und zur Anregung der Selbsterfahrung), weiterhin „Gruppentraining“ (mit Gruppenarbeit zu Förderbedingungen, Einsatz von Rollenspielen in Kleingruppen und Diskussionen), sowie „Eltern- Kind Trainingseinheiten“ (in Kleingruppen mit max. 10 Teilnehmern zum Einüben des Gelernten anhand von konkreten Aufgaben) gliedert. Dieses Training ist als ETEK (**E**ltern**T**rain**E**ring **E**rzieherischer **K**ompetenzen) wissenschaftlich evaluiert (Jaščenoka 2013). In der Evaluationsstudie wurde die Frage beantwortet, ob sich durch ein Elterntraining elterliche und kindliche Faktoren günstig beeinflussen lassen. Untersucht wurden die Kinder zu Beginn und zum Ende einer vierwöchigen Rehabilitationsmaßnahme, sowie ein Jahr später (mit einer Rücklaufquote von 70% nach einem Jahr). Gezeigt werden konnte, dass sich signifikant positiv elterliches Engagement, ein positives Erziehungsverhalten, die Anpassungsfähigkeit der Eltern, der Umgang des Kindes mit Gleichaltrigen, sowie die emotionalen Probleme und das prosoziale Verhalten des Kindes beeinflussen lassen. Es konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass Elternschulungen an sich bereits günstig wirksam sind auf die Erziehungskompetenz, die Selbstwirksamkeit und die Gesundheit der Eltern und hilfreich sind, deren Kompetenzzweifel, drohende Depression und soziale Isolation zu reduzieren. Dieses objektive Studienergebnis bestätigt die subjektive Einschätzung der Eltern in Befragungen, dass Schulungen hilfreich für den

Alltag mit den betroffenen Kindern sind, Mutter- Kind-Trainingseinheiten als besonders effektiv wahrgenommen werden und das Ernstnehmen der Eltern als Therapiepartner ein zentraler Wirkfaktor ist. Somit bestätigen die Studienergebnisse und die Elternbefragungen, dass ein Elterntraining eventuell entscheidend zur Verbesserung der Langzeitprognose beitragen kann, welches besonders effektiv während einer stationären Rehabilitation durchgeführt werden kann.

In einer dritten Studie an der Klinik Hochried (mit Auswertung von 915 Elternfragebögen zwischen 2008 und 2013) konnte dargestellt werden, dass das besondere Behandlungssetting einer stationären medizinischen Rehabilitation zu den positiven Behandlungseffekten nicht unwesentlich beiträgt, was auch als „unspezifischer Rehaeffekt“ bezeichnet werden kann. Die Stärke einer Rehabilitation liegt in der interdisziplinären Zusammenarbeit unterschiedlichster Fachbereiche auf Augenhöhe (Medizin, Psychologie, Sprachtherapie,...), der Verstärkung der Therapieeffekte durch Einsatz von Gruppentherapie und sozialem Lernen, sowie in der Kombination von kindzentrierter Therapie und Elternschulung während der stationären Behandlung.

Somit kann nachgewiesen werden, dass Kinderrehabilitation, aufbauend auf wissenschaftlich begründeten Konzepten, positive Ergebnisse bei Sprachentwicklungsstörungen erzielen kann. Die Rehabilitationsergebnisse bei Entwicklungsstörungen sind einerseits durch die Therapie selbst, andererseits aber auch durch das interdisziplinäre Gesamtkonzept begründet sehr stabil. Daher stellt die Kinderrehabilitation eine wichtige therapeutische Alternative dar. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder- und Jugendliche können sowohl über die Deutsche Rentenversicherung (DRV), bei der die Sorgeberechtigten versichert sein müssen, beantragt werden, als auch über die gesetzlichen Krankenkassen (GKV), bei denen die betroffenen Kinder versichert sind.

Literatur:

- Casey PH, Bradley RH, Whiteside-Mansell L, Barrett K, Gossett JM, Simpson PM. Effect of early intervention on 8-year growth status of low-birth-weight preterm infants. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009 Nov;163(11):1046-53
- Cina A, Bodenmann G. Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. Kindheit und Entwicklung 2009; 18: 39-48

- Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, Jensen PS.* Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *J Abnormal Child Psychol* 2007; 35: 705-714
- Jaščenoka J, Petermann U, Petermann F, Rijfeling JK, Springer S* (2013). Kurz- und langfristige Effekte von Elterntrainings bei entwicklungsverzögerten Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat* 62: 348 – 367
- Petermann, F., Koch, U. & Hampel, P.* (2006). Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Rehabilitation*, 45, 1-8.
- Petermann U, Petermann F, Franz M.* Erziehungskompetenz und Elternt raining. *Kindheit und Entwicklung* 2010; 19: 67-71
- Sharp HM, Hillenbrand K.* Speech and language development and disorders in children. *Pediatr Clin North Am.* 2008 Oct; 55(5): 1159-73
- Von Suchodoletz W.* Concepts of therapy for children with dyslexia. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2010 Sep;38(5):329-37

Kontakt:

Dr. med. Stephan Springer
Klinik Hochried, Hochried 1-12, 82418 Murnau
Telefon: 08841 474 1000, Fax: 08841 474 1006,
E-Mail: stephan.springer@klinikhochried.de

Interessenkonflikte:

Es liegen keine Interessenkonflikte vor.

Die Untersuchungen zum Elternt raining wurden durchgeführt in Zusammenarbeit mit den Lehrstühlen Prof. Franz und Prof. Ulrike Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation (ZKPR), Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Diagnostik und Lehrstuhl für Klinische Kinderpsychologie, Universität Bremen, Grazer Straße 6, 28359 Bremen und gefördert von der Deutschen Rentenversicherung Bund (Az 8011-106-31/31.90).

Supervision – stets nebenwirkungsfrei? Nebenwirkungen und Risiken von Supervisionen: Fragen Sie besser nicht nach

Ulrich Rüth

1. Nebenwirkungen von Supervision – eine Hinführung

Supervisionen werden im beruflichen Alltag als Fall- oder Teamsupervision sowohl im Einzel- wie Gruppensetting angeboten. Wiewohl ‚Supervision‘ inzwischen allgemein als Standard gilt und Supervision als Mittel der Qualitätssicherung und Reduktion von Stress und Burnout angesehen wird, werden Nebenwirkungen und Risiken dieser speziellen Beratungsform weiterhin wenig diskutiert. Und dies, wiewohl ‚unwanted side effects‘ auch im psychotherapeutischen Setting ein wichtiges Thema geworden sind (vgl. z.B. Märtens & Petzold, 2002; Margraf, 2009; Linden & Strauß, 2013).

Empirische Forschung zur Supervision geht von 10% subjektiv ungueter Erfahrungen aus (vgl. Burton et al. 1998). Parallel hierzu wird ein deutliches Forschungsdefizit zu Supervisionen an sich wie zu deren Nebenwirkungen angemahnt (Möller & Märtens, 1999). Schigl (2013) benennt, dass Fehler und Schäden durch Supervisionen auf Struktur- wie Prozessvariablen rückführbar seien. Möller & Bedenbecker (2005) betonen als wesentliche Fehlerquellen und als Ursachen möglicher, unerwünschter Wirkungen oder Nebenwirkungen von Supervisionen die Personalisierung von Teamkonflikten, eine unreflektierte Übernahme von Lösungsideen durch den Supervisor sowie eine unzureichende Fehlerfreundlichkeit im Rahmen des Supervisionsgeschehens.

2. Supervision – was ist das?

Für die Annäherung an die möglichen Nebenwirkungen von Supervision zunächst einige Überlegungen, was Supervision sein kann und was sie beabsichtigt.

2.1. Ziele von Supervision

Eine einheitliche Theorie dessen, was Supervision ist, existiert nicht (Bardé 1991).

Ich unterstütze die Definition von Lazar (1997), nach der Supervision darauf abzielt, dass

1. wo Chaos herrscht, Ordnung entsteht,
2. wo Willkür und Zufall walten, Muster erkennbar werden,
3. was unbewusst war, ins Bewusstsein gerufen wird.

Blinde Flecken sollen aufgedeckt, Missverständnisse geklärt, Überidentifikationen aufgeklärt und Abgespaltenes integriert werden. Eine entsprechende Definition kann für die unterschiedlichsten Ansätze von Supervision angewendet werden, seien sie systemisch, tiefenpsychologisch oder auch verhaltenanalytisch.

Mein eigenes Verständnis von Supervision zielt auf das eigenständige Handeln meiner Supervisanden in einer in der Zukunft liegenden, konkreten Situation. Ich verstehe Supervision ausdrücklich nicht als Selbsterfahrung oder gar therapeutische Situation für Supervisanden oder ein Team. Die Einzel- wie Teamsupervision bezweckt aus meiner Sicht eine verbesserte Arbeitsfähigkeit und im Fall einer Behandlergruppe – also einem Team – die Wiederherstellung einer Arbeitsgruppenhaltung nach Bion (vgl. Rütth, 2005). Maßnahmen, welche auf eine Verbesserung der internen Dynamik eines Teams abzielen, sollten nicht als Supervision im engeren Sinn aufgefasst werden, sondern als Schritte zur Teamentwicklung, wenngleich gerade hier das Label Supervision genutzt wird.

2.2. Spielarten von Supervision – Fall- und Teamsupervision

Fallsupervision findet sowohl einzeln wie mit Einzelnen im Gruppensetting, aber auch mit ganzen Behandlergruppen statt. Supervisionen in der Gruppe werden von einigen Kollegen wie eine Einzelsupervision durchgeführt, aber mit der Gruppe als „Zuschauer“ – was ich eher als ein „Vorführen“ des Supervisanden einstufen würde und deshalb ablehne. Günstigerweise kann die Gruppe in die Supervision aktiv miteinbezogen werden, sei es durch eine modifizierte Balinttechnik (Rütth, 2009), oder über andere spezielle Methoden der Erweiterung des „Gesichtsfelds“ mit Hilfe der Gruppenteilnehmer (vgl. Berman & Berger, 2007). Die Einbeziehung der Gruppe durch spezifische Techniken ermöglicht den Schutz des fallvorstellenden Kollegen, sei

es, damit er gerade nicht „vorgeführt“ wird, sei es, um den fallvorstellenden Kollege möglichst wenig direkt in eine Dynamik der Gruppe selbst hinein zu ziehen, wo er – trotz der Bemühungen des Supervisors um Schutz – unbewussten Prozessen von Kritik, Neid und Rivalität ausgesetzt sein würde.

Teamsupervisionen können sowohl als Fallsupervision angeboten werden als auch mit dem Ziel der genuinen Teamentwicklung. In der Team-Fallsupervision ist letztlich die Gruppe der Fallvorstellende, und die Erarbeitung der Lösung erfolgt mit dem Team als Behandlergruppe. Die Teamentwicklungs-Supervision fokussiert demgegenüber auf gruppenspezifische und organisatorische Aspekte (vgl. Giernalczyk, 2002).

2.3. Was handelt Supervision ab?

In der Supervision wird ein Fall oder eine Thematik lediglich vorgestellt, und damit nur „repräsentiert“. Der Supervisor hat – sofern es sich klassisch um Supervision handelt – weder eine Behandlungsverantwortung, noch führt er selbst das Team. Ebenso wenig ist er in die Institution organisatorisch eingebunden.¹

Bei der Supervision in der (psycho-)therapeutischen Ausbildungssituation stellt sich dies durchaus anders dar: Dort trägt der Supervisor für gewöhnlich die Behandlungsverantwortung mit. Damit handelt es sich bei der Ausbildungssupervision eher um eine fachliche Anleitung als um Supervision im klassischen Sinn – welche aber in Teilaspekten dennoch stattfinden mag. In der genuinen Supervision soll mithilfe von Diskussion und Reflexion und den sich hieraus ergebenden erweiterten Sichtweisen eine bisher so noch nicht erkennbare, neue Problemlösung erarbeitet werden. In der Ausbildungssupervision geht es hingegen um die Anleitung zu fachlich richtigem bzw. richtigem Handeln.

Während die klassische Einzelsupervision einer (therapeutischen) Behandlung ihre Wurzeln in der „Kontrollanalyse“ der Psychoanalytiker hat, war Teamsupervision ursprünglich eine Revolte gegen als überkommen angesehene „Hierarchien“ in der jeweiligen Organisation mit dem mehr oder minder ausgesprochen bzw. unausgesprochenen Ziel einer „Gegenleitung“ mit Hilfe des Supervisors (vgl. Pühl, 1998).

¹ Dies zeigt sich anders in der oberärztlichen Supervision, in der zwischen hierarchischer Behandlungsverantwortung und genuin supervisorischen Aspekten changiert wird (vgl. Rütth, 2003; Vollmoeller, 1998).

3. Nebenwirkungen von Supervision

Ein Risiko für Nebenwirkungen besteht auf unterschiedlichen Ebenen: bedingt durch Supervisand oder Supervisor, oder bezogen auf den Fall oder die Institution.

3.1. Nebenwirkungsrisiko beim Supervisanden

Fehlt dem Supervisanden ausreichendes Know-how zu der von ihm vorgestellten Thematik, läuft er Gefahr, durch Korrekturen und Verweise auf das unzureichende Wissen narzisstische Kränkungen zu erfahren. Oder aber es wird versucht, vorrangig dem Supervisor, damit aber auch sich selbst gegenüber, dieses mangelnde Know-how zu verbergen, um solchen narzisstischen Anfeindungen auszuweichen. Dies kann durch fehlerhafte Schilderung oder auch durch Auslassungen geschehen, womit dann eine falsche Repräsentation von Behandlungsabläufen im supervisorischen Prozess auftritt. Dies bedeutet in der Folge, dass an sich erkennbare Probleme erst gar nicht benannt und korrigiert werden. Aspekte von Beschämung oder narzisstischer Bedürftigkeit interferieren dann sehr ungünstig miteinander.

Daneben können Selbstwertkonflikte ausgelöst werden durch nicht ausreichend benannte Rollenkonflikte, z.B. hinsichtlich einer Idealisierung oder auch Entwertung des Behandlers durch den Patienten oder dessen Angehörige, oder entsprechende Prozesse in der Institution des Supervisanden. Werden solche interpersonalen Prozesse in der Supervision nicht hinreichend benannt und bearbeitet, wirken sie als Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme weiter – und können so den Supervisor zu falschen Schlüssen zum weiteren Vorgehen veranlassen.

3.2. Nebenwirkungsrisiko beim Supervisor

Der Supervisor trägt Verantwortung für die Klärung des Auftrags zur Supervision, für die Gestaltung des Settings und für den supervisorischen Prozess als solchen. Insbesondere die Auftragsklärung erscheint essentiell, um unbewusste Dynamiken einzugrenzen. Wolf (1995) betont hierzu, dass besonders für die Arbeit mit Gruppen die mögliche Aktualisierung von regressiven Momenten durch das Supervisionsangebot beachtet werden muss, um beim Arbeitsauftrag bleiben zu können.

Fehlen auf Seiten des Supervisors Feld-Kompetenz oder Know-how zur Thematik, können ungünstige Interventionsvorschläge bis hin zu Fehleinschätzungen auftreten – dies fällt immer wieder auf bei psychotherapeutisch ausgerichteten Supervisoren im Zusammenhang einer Fallbearbeitung besonders schwieriger psychiatrischer Patienten, und gerade bei jenen in institutioneller Behandlung mit den dort induzierten komplexen Dynamiken von Spaltung und projektiver Identifikation im Team (vgl. z.B. Gabbard, 1989).

Grundsätzlich muss der Supervisor ausreichende Fähigkeiten besitzen, sich abzugrenzen und unbewusste Dynamiken zu erkennen – sowohl bei sich selbst, seinem Gegenüber wie dem Team –, um diese Dynamiken dann durch angepasste technische Interventionen zu modellieren. Fehlen solche Abgrenzungen, läuft die Supervision Gefahr, ungünstige Dynamiken durch Identifikationen weiter zu verstärken.

Die Fähigkeit des Supervisors, konstruktiv und wertschätzend zu kritisieren, ist essentiell, um seinen Supervisanden oder das supervidierte Team vor Kränkungen zu schützen und insbesondere auch, um einen dann drohenden Abbruch der Supervision zu verhindern.

3.3. Fallsupervision – die fallbezogene Nebenwirkung

Durch unzureichende Information des Supervisors droht eine falsche Präsentation des Falls, und hierdurch eine fehlerhafte bis falsche Interpretation wie Intervention durch den Supervisor oder die an der Supervision beteiligte Gruppe.

Beispiel: Die Umstände und das Verhalten des Patienten werden nicht in den vollständigen wesentlichen Details geschildert. Die Interventionen des Therapeuten bleiben so teilweise unverständlich und damit nicht ausreichend rückführbar auf ihre Ursprünge. Die Intervention des Supervisors beruht deshalb auf falschen Annahmen. Eine vorgeschlagene therapeutische Intervention geht daraufhin am Patienten und dessen Problematik vorbei.

3.4. Fallsupervision – die institutionsbezogene Nebenwirkung

Setting-bedingt wird bei der Fallsupervision zumeist der letztendlich hierarchisch für die Behandlung Verantwortliche eines Teams nicht mit einbezogen, es sei denn, z.B. der zuständige Oberarzt nimmt selbst an der Supervision seines Teams teil. Findet in der Supervision eine fachliche Anleitung parallel zu den Einschätzungen und Vorgaben der hierarchisch verantwortlichen

Behandlungsleitung statt, wird dies zu Irritationen bis hin zu Spaltungen im Team führen. Damit gerät die Supervision in eine Konkurrenzsituation mit der Hierarchie innerhalb der Organisation.

Beispiel: Der Supervisor schlägt eine Intervention vor, ohne dass er auf die notwendige Abstimmung mit dem behandlungsverantwortlichen Oberarzt hinweist. Durch den Vorschlag fühlt sich das Team subjektiv entlastet und gleichzeitig empowert und ‚gegen‘ den Oberarzt unterstützt. Das Auslassen eines Hinweises auf hierarchische Verantwortlichkeiten geschieht aufgrund einer Identifikation des Supervisors mit dem Team. Der neue Behandlungsvorschlag wird dem Oberarzt als (nahezu) feststehend und bindend vorgelegt, gerade auch weil die Überlegungen im Gegensatz zur bisherigen Behandlungsplanung stehen. Durch die Intervention des Supervisors ist damit ein Konflikt zwischen Team und oberärztlicher Leitung verstärkt worden.

Die Wahrscheinlichkeit, dass der zuständige Oberarzt die stattfindende Supervision in dieser Form nicht mehr gutheißen wird, erscheint recht hoch. Analoge Situationen werden immer wieder aus Balint-Gruppen berichtet, die an einem Fall arbeiten. Gerade auch dort sollte besonders darauf hingewiesen werden, dass lediglich zusätzliche Aspekte in der Gruppe erarbeitet wurden, deren weitere Integration in die Gesamtbehandlung aber noch aussteht und in der Institution erarbeitet werden muss.

3.5. Gruppe und Supervision – die teambezogene Nebenwirkung

Der Supervisor trägt Verantwortung für den Schutz der Teammitglieder und insbesondere des fallvorstellenden Kollegen. Ist dieser Schutz im Sinne der Eingrenzung einer Gruppendynamik nicht ausreichend, kann eine bereits in Schieflage befindliche Teamsituation eskalieren.

Beispiel: Mehrere Mitglieder eines Teams werfen ihrem Kollegen in der Teamsupervision ein fachlich falsches Handeln gegenüber einem Patienten vor. Zusätzlich werden in der Gruppensituation der Supervision unvollständige bzw. falsche Informationen genannt und somit Aspekte der Behandlung nur fragmentarisch an den Supervisor weitergegeben. Hinter dem Vorwurf fachlich falschen Handelns steckt eine Gruppendynamik mit rivalisierenden Untergruppen im Team.

Verkennt der Supervisor eine solche Situation und missinterpretiert damit die *Gesamtproblematik*, so besteht die Gefahr einer Mobbing-ähnliche Konstellation. Bei unzureichendem Schutz des angegriffenen Teammitglieds erhöht sich die Dynamik im Team, hierdurch entsteht wiederum ein noch größerer ‚Supervisions‘-bedarf, um diese Dynamik vermeintlich aufzulösen. Bleibt es aber bei dieser, entsteht die Gefahr einer spiralförmigen Eskalation.

Im genannten Fall benötigte das Team weitere Supervisionssitzungen mit zunehmender Frequenz, bis schließlich durch Leitungsentscheidung die Supervisionen beendet wurden und über eine fachlich-hierarchische Anleitung die Teamdynamik deeskaliert werden konnte.

4. Abwendung von Nebenwirkungen von Supervision

Petzold et al. (1997) verweisen darauf, dass in der Arbeit mit Teams organisationssoziologische Kenntnisse notwendig seien, da die Arbeit am Fall alleine und dessen Repräsentation in den Köpfen der Teilnehmenden zu kurz greife. Schigl (2013) betont, dass als Hauptfaktor für Schädigungen von Supervisanden die fehlende Metakommunikation über empfundene Ungerechtigkeiten oder Fehler angesehen wurde. Ein solches Erleben tritt auf, wenn maligne Gruppenprozesse nicht rechtzeitig genug durch den Supervisor erkannt und modifiziert werden. Für den Supervisor wird neben der Selbstreflexion auch eine eigene Intervention gefordert. Daneben scheint Feld- und Organisationskompetenz des Supervisors von entscheidender Bedeutung.

Als höchstes Risiko wird aber laut Keiblinger (2012) die Persönlichkeit des Supervisors gesehen, der seine eigenen narzisstischen Defizite nicht ausreichend bearbeitet hat.

Literatur:

- Bardé, B. (1991): Supervision – Theorie, Methode und empirische Forschung. Versuch eines systematischen Überblicks. *Supervision*, 19: 3-37.
- Berman, A.; Berger, M. (2007): Matrix and Reverie in Supervision Groups. *Group Analysis*, 40, 2: 236-250.
- Burton, M.; P. Henderson, P.; Jenkins, G. C. (1998): Primary care counsellors' experiences of supervision. *Counselling-Rugby*, 9: 122-133.
- Deuerlein, I. (2001): Von der Organisationsberatung zur Organisationsentwicklung. In: T. Giernalczyk (Hg): *Supervision und Organisationsentwicklung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 80-93.

- Gabbard, G. O.* (1989): Splitting in hospital treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 4: 444-451.
- Giernalczyk, T., Hrsg.* (2002): *Supervision und Organisationsberatung. Institutionen bewahren durch Veränderung.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Keiblinger, M.* (2012): *Risiken, Schäden, Nebenwirkungen von Supervision aus der Sicht von ExpertInnen.* Masterthesis Donau Universität Krems. <http://webthesis.donau-uni.ac.at/thesen/91322.pdf> – aufgerufen 28.12.2016
- Lazar, R. A.* (1997): Das Verstehen psychodynamischer Prozesse als Aufgabe der Supervision. *Wege zum Menschen*, 49, 4: 188-213.
- Linden, M.; Strauß, B., Hrsg.* (2013): *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Märtens, M.; Petzold, H. (Hg.)* (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie.* Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Margraf, J.* (2009): *Risiken und Nebenwirkungen.* In : J. Margraf, J.; Schneider, S., Hg.: *Lehrbuch der Verhaltenstherapie.* Band 1, 3. Auflage. Heidelberg: Springer, 277-296. www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/public/margraf%20books/Band1-Kapitel17.pdf – aufgerufen 28.12.2016
- Möller, H.; Bedenbecker, B.* (2005): *Psychotherapie und Supervision – Risiken und Nebenwirkungen.* In: Tatzer, E. (Hg.): *Lob dem Fehler – Störung als Chance: Interdisziplinäre Heil- und Sonderpädagogik in Theorie und Praxis.* Wien: Krammer, 59-78. <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2009091630164/1/MoellerPsychotherapie2005.pdf> – aufgerufen 28.12.2016
- Möller, H.; Märtens, M.* (1999): *Evaluation von Supervision wohin?* In: Pühl, H. (Hg.): *Supervision und Organisationsentwicklung - Handbuch 3.* Opladen: Leske + Budrich, 104-122.
- Petzold, H.; Rogriguez-Petzold, E.; Sieper, J.* (1997): *Supervisorische Kultur und Transversalität: Grundkonzepte Interkultureller Supervision Teil II.* *Integrative Therapie*, 4: 472-511.
- Pühl, H.* (1998): *Teamsupervision. Von der Subversion zur Institutionsanalyse.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rüth, U.* (2003): *Psychoanalytische und organisationsdynamische Aspekte oberärztlicher Führung und Supervision.* *Dynamische Psychiatrie*, 36: 148-171. https://www.researchgate.net/publication/293343013_Aspects_of_senior_physicians'_leadership_and_supervision_based_on_pschoanalytic_thinking_and_organizational_dynamics_Psychoanalytische_und_organisationsdynamische_Aspekte_oberaerztlicher_Fuehrung_und – aufgerufen 28.12.2016
- Rüth, U.* (2005): *Bion für Beginner - Eine Einführung zu Wilfred Ruprecht Bion (1897-1979): Leben und Werk.* *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 15, 4: 66-81. www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/forum/forum_2005_4.pdf dort ab S. 66 – aufgerufen 28.12.2016

- Rüth, U.* (2009): Classic Balint Group work and the thinking of W.R., Bion: How Balint work increases the ability to think one's own thoughts. *Group Analysis*, 42, 4: 380-391.
- Schigl, B.* (2013): Wie gefährlich kann Supervision sein? Perspektiven in ein Dunkelfeld. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 20, 1: 35-49.
www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/schigl-wie-gefaehrlich-kann-supervision-sein-perspektiven-in-ein-dunkelfeld-supervision-02-2016.pdf – aufgerufen 28.12.2016
- Vollmoeller, W.* (1998): Interne oder externe Teamsupervision? Die Frage nach der Leitungskompetenz der Vorgesetzten. In: Eck, D. (Hg.): *Supervision in der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag, 46-54.
- Wolf, M.* (1995): Stellvertretende Deutung und stellvertretende Leitung. Funktion und Kompetenzen des psychoanalytischen Teamsupervisors. In: Becker, H. (Hg): *Psychoanalytische Teamsupervision*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 126-178.

Autor:

Dr. med. Ulrich Rüth

Goethestraße 54, 80336 München.

E-Mail: ulrich.rueth@mnet-online.de

23 Jahre stationär-klinische Tätigkeit, davon knapp 18 Jahre als Oberarzt. Fortbildung in psychoanalytisch orientierter Teamsupervision und Organisationsberatung, Balint-Gruppenleiter (DBG, BLÄK), Supervisor für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (BLÄK, DFT). Seit 2011 Praxis für Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Supervision und Fort- und Weiterbildung.

Aus jungianischer Perspektive: Krise – Katastrophe – Katharsis Jungen zwischen Irrungen und Wagnis

Thomas Schwind

Die seelische Entwicklung von Jugendlichen und Pubertierenden ist für viele Begleiter – seien es Eltern, Lehrer, PsychotherapeutInnen etc. – eine große Herausforderung. Besonders für die in unserer sich transformierenden Gesellschaft oft zu kurz kommenden männlichen Jugendlichen stellen sich Fragen (s.a. Hans Hopf, Die Psychoanalyse des Jungen, s.a. Frank Dammasch, Männliche Identität), die unter dem Gesichtspunkt archetypischer Grundbedürfnisse in ein neues Licht getaucht werden können.

Was ist das Grundphänomen, der grundlegende seelische Vorgang, der in der Jugend stattfindet? Ich formuliere es ‚radikal‘: Während der Jugend stirbt das Kind und wird der Erwachsene geboren.

In dieser etwas radikalen Formulierung ist enthalten, dass die Jugend eine Individuations- und Wandlungsphase ist, in der so tiefe Veränderungsprozesse stattfinden wie in keiner anderen Lebensphase. Das Stirb-und-Werde-Prinzip ist nirgends von so großer Wucht wie in der Pubertät und Adoleszenz.

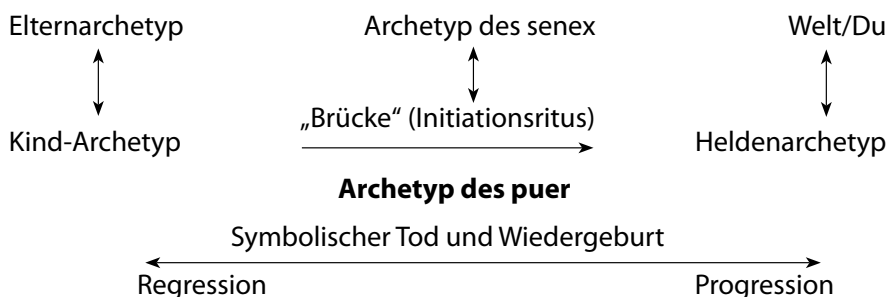
Pubertät und Adoleszenz sind der Prototyp für alle nachfolgenden Übergänge im Laufe des menschlichen Lebens. Jeder von uns kennt mehr oder weniger aus seiner Jugendzeit diese Durchbrüche, dieses Hin- und Hergerissen-Sein zwischen Hochstimmung und lustloser Niedergeschlagenheit, zwischen ‚Ich bin der Größte und werde die Welt retten‘ und ‚Ich bin ein Nichts, unzulänglich und voller Angst‘, zwischen intensivster Begeisterung und ödester Langeweile. Wenn wir das alle in der einen oder anderen Form kennen, dann muss es offenbar Gesetzmäßigkeiten, oder wie wir Jungianer sagen, innere Bereitschaftssysteme, sog. archetypische Muster geben, die das Durchleben dieser Entwicklungs- und Wandlungsphase vorstrukturieren.

Wir alle wissen auch, dass Übergänge im menschlichen Leben Zeiten größter Gefährdung sind. Besonders die Pubertät bedeutet ein ungeschütztes Frei-

schweben in einem Vakuum zwischen Ablösung von einem früheren Zustand der Vertrautheit, der Sicherheit, der Geborgenheit, des unhinterfragt spontanen Selbstseins und einem neuen Zustand, in dem der Jugendliche vor der immensen Aufgabe steht, sich selbst und seinen Weg in die Gesellschaft zu finden. Das Kind ist noch in einem quasi unreflektierten Selbstsein, während der Pubertierende beginnen muss, ein bewusstes Verhältnis zu sich selbst (und zu den Anderen) zu suchen.

Das kollektive Bewusstsein der Menschheit weiß von diesen Gefahren dieses Überganges und hat deshalb Übergangsriten, sog. Initiationsriten entwickelt, mit deren Hilfe dieser kritische Übergang bewältigt worden ist. Mit Hilfe dieser Initiationsriten wurde dem jungen Menschen ein Gerüst, eine Begleitung für diese Krisenzeit der Trennung und des Neubeginns gegeben. Wir müssen freilich sagen, dass wir diese Riten heute nicht mehr zur Verfügung haben, wir – oder besser gesagt, die Jugendlichen stehen meist ohne Begleitung, ohne Übergangsritual, ohne Mentor, ohne Vorbild in diesen innerseelischen Stürmen. Das heißt aber auch: Die Jugendlichen, die diese rituellen und von den Erwachsenen geleiteten Möglichkeiten nicht mehr angeboten bekommen, bleiben in einer archetypischen Erwartung stecken, die nach Erfüllung sucht – unbedingt und zwingend. Dies führt dann dazu, dass Jugendliche viele solcher Rituale selbst neu erfinden (müssen) oder nach Wegen suchen, diese Rituale in neuzeitlicher Form wiederzubeleben. Die Jugendlichen erfinden Einstiegsszenarien, um den Transformationsprozess von der Kindheit zum Erwachsenenendasein zu bewerkstelligen, mit dem sie sich seelisch in die Gesellschaft einbringen und das Dasein symbolisieren können (s.a. den Ritualbegriff von Turner 1989).

Für männliche Pubertierende und Jugendliche begreifen wir diesen Wandlungsprozess als einen archetypisch gesteuerten Prozess, in dem der Archetyp des puer und der Archetyp des Helden eine hervorragende Rolle spielen.



«Je mehr der Senex, der traditionelle Geist unserer Kultur, zerfällt, desto bedeutender wird der Puer für das Problem der schöpferischen Erneuerung.» (JUNG)

„Die Antike kannte ihn als einen Gott des Lebens, des Todes und der Auferstehung, und als mythologische Figuren sind der «ewige Jüngling» und das «göttliche Kind» bis heute lebendig. C.G. Jung hat den Puer aeternus als Bild des Selbst und des schöpferischen Genius beschrieben, als Symbol der religiösen Erneuerung, das immer dann besondere Bedeutung erlangt, wenn der traditionelle Geist einer Kultur zerfällt und nach neuen Werten, Lebensformen und Problemlösungen gesucht wird. (M.-L. von Franz, Der ewige Jüngling, München, 1992)

Warum in der Gegenwart Jugendkult betrieben wird: die Suche nach Erneuerung der Kultur, die – so meinen zumindest sehr viele gegenwärtige Geschichtsphilosophen – alle Anzeichen eines Übergangs in eine neue Kultur trägt.

Die positive archetypische Energie des puer ist:

Erneuerung
Wachstum
Unabhängigkeit
Originalität
Neue Lebensmöglichkeiten
Abenteuertum
Revolutionäre Ideen
Fliegen – Phantasieren (Ikarus)

Ikarus - der griechische Jüngling, der mit wachsbefestigten Flügeln zu nah an die Sonne flog, bis das Wachs schmolz und er ins Meer stürzte: Er wurde zum Mahnbild gegen männliche

Grandiosität... Zu Recht? Wie so oft lesen wir auch diese Sage zu moralisch: Es ist nicht gut, zu hoch hinaus zu wollen, die Strafe folgt sofort...

Liest man die Geschichte genauer, so fällt auf: Vater Dädalus gab dem Sohn den Rat, in der Mitte zwischen Sonne und Meer, zwischen Feuer und Wasser zu fliegen, wobei er genau wusste, wie schwierig dieser Mittelweg zu finden war. Denn unten, in Meeresnähe, drohte die Feuchtigkeit die Federn schwer zu machen. Der Junge folgte nur einmal kurz nicht seinem Vater und kam zu hoch hinauf.

Es gibt natürlich auch eine negative archetypische Energie des puer:

Die negative archetypische Energie des puer, die dann manifest wird, wenn ein junger Mensch in dieser Lebensphase steckenbleibt, ist:

- Größenwahn
- Anpassungsschwierigkeiten
- Romantische Schwärmerei
- Arroganz
- Unberechtigtes Überlegenheitsgefühl
- Provisorisches Leben
- Verantwortungslosigkeit

Die wesentliche Funktion dieser puerilen Kraft in einem Jungen ist es, die Energie zum Fortschreiten, die Energie für die Weiterentwicklung zu mobilisieren, um eine erweiterte Identität herzustellen. Gleichzeitig ist die Belebung dieser fortschreitenden Energie der Auslöser für das labiler werdende Gleichgewicht von progressiven und regressiven, von kreativen und destruktiven Kräften, die im Jugendlichen wirksam sind.

Wird diese archetypische Energie des puer in einem Jungen nicht genügend mobilisiert oder abgespalten bzw. abgewehrt, haben wir häufig das Bild des verschlafenen, in einem unbewusst-wässrigen Zustand verbleibenden Jungen, der dem unterweltlich-unbewussten Mutterraum verhaftet bleibt. Später können dann freilich massive Störungen eintreten, weil die verdrängte Energie sich im Unbewussten negativ aufgeladen hat und über Projektionsmechanismen neurotische oder sogar psychotische Störungen auslösen kann.

Ich habe gerade Ikarus erwähnt, als ein mythologisches Beispiel für einen puer, der eine ungeheure Energie und Bereitschaft zum **Wagnis** hat – der aber m.E. zu wenig geführt worden ist von seinem Vater Dädalus, der seinerseits bei dem Flug mit den Wachsflügeln ja nicht umkam, also der eigentlich wusste, wie man richtig fliegt. Können wir hier nicht eine Metapher sehen, deren Wirklichkeit uns heute überall begegnet: der Kommunikationsbruch zwischen Vater und Sohn, die mangelnde Bindung und Verbindung zwischen Vater und Sohn, die dazu führt, das so viele Söhne ohne Erfahrung, aber auch ohne Reibung mit ihren Vätern in ihrer Jugendlichkeit verharren und zu puer aeterni werden?

Ich möchte darauf hinweisen, dass jede Konstellierung eines Archetyps zugleich andere archetypische Muster und Wirkfelder mitkonstituiert.

Im Falle des puer wird als Gegenüber immer der *Archetyp des Senex* konstelliert.

Der Senex ist einerseits der wissende Ältere, der sich seiner Geschichtlichkeit bewusst ist und der daher die Jüngeren mit der Tradition und der geschichtlichen Erfahrung verbinden kann. Der Senex kann aber auch in seiner negativen Ausprägung der verhärtete verbitterte Alte sein, der einzig und allein auf die Einhaltung der Regeln besteht und alles Neue und Umwälzende rigide ablehnt und abstrafft. Gerade wegen der grenzüberschreitenden Energie des puer läuft Pädagogik häufig Gefahr, in diesen Modus des grenzsetzenden rigiden senex zu verfallen. Dieser rigide senex hat eben Angst, dass Ikarus abstürzt und hindert ihn daher oft daran, überhaupt zu fliegen, insbesondere dann, wenn der pädagogische oder psychotherapeutische Helfer selbst bei seinem Flug in eine neue Welt seinerzeit abgestürzt ist.

„Moral bringt nichts, um den Höhenflug des Ikarus zu verstehen. Der junge Mann wollte sich wohl nicht absichtlich gefährden. War es jugendlicher Übermut, der ihn höher steigen ließ? Oder hatte er Angst, dem Wasser und der Erde zu nahe zu kommen? Moral lehrt Ikarus auch nicht besser fliegen, im Gegenteil, sie macht ihn noch ängstlicher und verkrampter und bewahrt ihn bestimmt nicht vor dem Absturz. Vielleicht hat ihm einfach eine gute Flugschulung gefehlt. Von begleiteten kleineren Probeflügen wird nichts erzählt. Während der Vater seine Flügel ausprobierte, gab er dem Sohn einzig den Ratschlag mit, auf dem Mittelweg zwischen Sonne und Wasser zu fliegen.

Dabei hatte auch der Vater die Gefahr des schmelzenden Wachses nicht gesehen, er befürchtete, die Flügel würden zu nahe an der Sonne Feuer fangen oder von der Feuchtigkeit des Meeres zu schwer werden. Wie wäre die Geschichte ausgegangen, wenn neben dem Vater andere Männer Ikarus im Fliegen geschult hätten, neben ihm geflogen und ihn auch mal zu einer Zwischenlandung angehalten hätten? Junge Männer wollen sich nicht umbringen, sondern starten, fliegen und landen im Leben. Dafür brauchen sie aber viel Zeit zum Üben und das Wissen von Älteren, die etwas vom Fliegen zwischen Himmel und Erde verstehen.“ (Christoph Walser in: www.maennerzeitung.ch/pdf/zeitungen/alt/maennerzeitung_nr_11_3_2003.pdf)

Wir könnten hier an dieser Stelle noch weitere Mythologeme von Jünglingen neben dem des Ikarus aufrufen, in denen die Grenzüberschreitung den Tod mit sich bringt, z.B. Narzissos, Adonis, die Jünglinge, die dem Minotauros geopfert werden usw. Ohne ins Detail gehen zu können, weisen diese Mythen und Symbole daraufhin, wie nah archetypische Kräfte Jugendliche an den

Tod, und hoffentlich an den **symbolischen Tod**, heranführen können. Es ist das intensive Bedürfnis, mit etwas radikal Schluss zu machen, sich zu trennen, etwas von sich abzuschütteln: Eltern, Heimat, Schule oder was sonst zur vertrauten Umgebung, zum geborgenen Nest gehört haben mag.

Existierte jedoch diese Geborgenheit nicht, sondern war der Jugendliche in seiner Kindheit seelischen Traumatisierungen ausgesetzt, erhält diese ganze Trennungsdramatik negative Vorzeichen: wir sehen dann Jugendliche, die in den Tod rasen (wie James Dean), oder Jugendliche, die in der Magersucht, die inzwischen ja auch für Jungen möglich geworden ist, ihren Körper beseitigen möchten.

Ich möchte an dieser Stelle die These wagen, dass viele schwere psychopathologische Erscheinungen, die uns so sehr beunruhigen, wie Psychose, Drogensucht, schwere Essstörungen, Suizidalität, Selbstverletzungen etwas zu tun haben können mit dem unbedingten und unbewussten Wunsch, diesen innerseelischen symbolischen Tod zu durchleben. Da Jugendliche dazu neigen bzw. darauf angewiesen sind, innere Konflikte zu **externalisieren**, wird häufig auch dieses Stirb-und-Werde-Muster als Tod- und Wiedergeburtserfahrung agiert. Dieses Agieren hat – sofern es symbolisch gelingt und nicht in den realen Tod zu Ende ausagiert wird - eine schützende Funktion, da eine Introversion, d.h. ein Drinnenhalten der enormen Energien das labile Ich des Jugendlichen überfordern würde. Ein junger 19jähriger Patient kommentiert seine Selbstverletzungen, die er sich mit einem Messer zufügt, mit: „Ich lasse einfach Druck ab.“

Das Ich des Jugendlichen ist noch wenig kohärent und gleichzeitig antagonistischen Kräften, der Progression und Regression ausgesetzt, die zur Selbstentzweiung führen können. Starke, schwer bewältigbare Konflikte entstehen, wenn der Jugendliche seine libido von den Primärobjekten, den Eltern zurückziehen will, aber nicht im Stande ist, außerhalb der Familie neue Objekte zu finden, die sich zur Besetzung anbieten. Die Ablösung von den Eltern wird dort zum krankmachenden Konflikt, wo die Elternbilder übermächtig die Besetzungsenergien des Jugendlichen an sich ziehen, wo also eine Regression der libido stattfindet. Der Jugendliche hat dann größte Schwierigkeiten, seine libido von den persönlichen Elternbildern auf überpersönliche Inhalte zu übertragen. Das „Agieren ist dabei eine Form der Inflationierung des Ichs durch kollektive Inhalte“ (Bovensiepen), die die meisten Jugendlichen im Umgang mit der peer-Gruppe, Idolen und Idealen ihrer Generation finden können.

Gelingt diese Übertragung der libido auf überpersönliche Inhalte nicht, ist der Jugendliche auf seine frühen Lebenserfahrungen als Kind zurückgeworfen. Was sich dann immer als Besetzungsmöglichkeit anbietet, ist der eigene Körper als möglicher Ort libidinöser und destruktiver Besetzung. Ein junger Mann, der als Kind von seiner Mutter wie eine Puppe, die ganz in ihrem Besitz war, behandelt worden ist, entwickelte in der Pubertät und Adoleszenz eine schwere Magersucht als Möglichkeit der Verweigerung: meine Mutter hat über meinen Körper keine Kontrolle mehr. Seine Magersucht lässt sich als Verweigerung und Versuch zur Autonomie verstehen, der sich gegen die symbiotische und vereinnahmende Beziehung mit der Mutter richtete. Gleichzeitig kam dieser Jugendliche nicht in den Stimmbruch, er wurde, wie er selbst sagte zum „Eunuchen“. Das Hängenbleiben in diesen misslingenden Ablösungsversuchen von der Mutter führt zum Gefühl der völligen Wertlosigkeit und **Unmännlichkeit**.

Dieses Beispiel ist dabei typisch für die Situation von beschädigten Jungen. In den Irrungen ihrer Identitätsfindung kommt fast durchgängig zum Vorschein, dass sie in hoch aufgeladenen Mutterkomplexen festsitzen und die Alternative „Vater“ fast regelmäßig fehlt. Der Vater dieses jungen Mannes war selbst ein Kind, unfähig sich ein Butterbrot zu schmieren. Es ist in einem solchen Fall nicht zu sehen, wie dieser Junge in einen **Heldenkampf** sich hinein entwickeln konnte, in dem er die Abhängigkeit von den persönlichen Eltern hätte überwinden und überwachsen können, um in diesem Heldenkampf zu einem „Eingeweihten“ zu werden: die Einweihung bedeutet das Hineinwachsen des Adoleszenten in das Kollektiv, in die Gesellschaft und den Wertekanon des Kollektivs bzw. der Gesellschaft. Hier freilich stoßen wir auf eine Fülle von gesellschaftlichen und psychologischen Problemen unserer gegenwärtigen kollektiven seelischen Verfasstheit, an deren oberster Stelle meines Erachtens das Problem der „Vaterlosigkeit“ und der in eine Vielheit zerfallenden Wertorientierungen in unserer Gesellschaft steht.

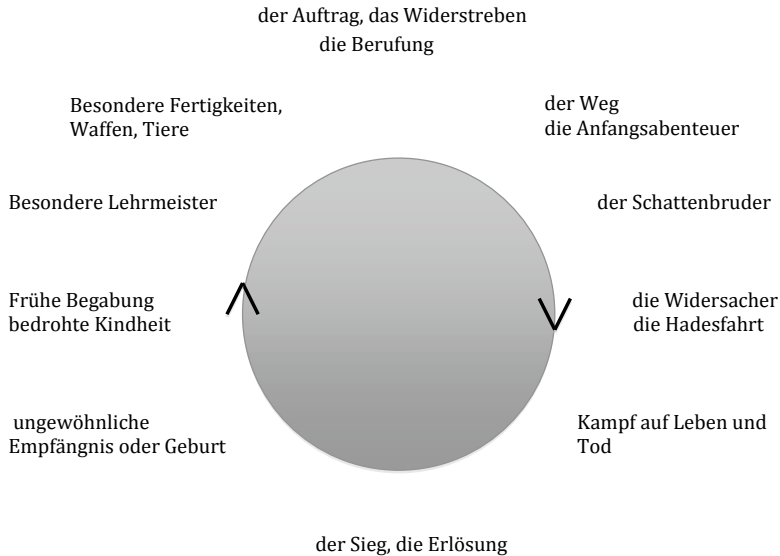
Zunächst aber zur *jungschen Vorstellung vom Heldenkampf*.

Der Begriff „Heldenkampf“ hat etwas Verdächtiges, Altmodisches, Unmodernes und scheint auf den ersten Blick, insbesondere wenn man die männliche Individuation im Auge hat, patriarchale Denkmuster hervorzurufen.

Aber augenfällig ist ja dennoch, wie sehr Heldenmythen in den verschiedensten Formen unsere Kultur, unsere Medienwelt, unsere kollektive Bilderwelt prägen. Ich erwähne nur: Harry Potter, Herr der Ringe, Sportlerhelden, Mount Everest-Bergsteiger, Nelson Mandela, Krieg der Sterne etc. Oder etwa virtuelle Rollenspiele wie DSA oder DND.

In seinem 1953 erschienenen Klassiker *The hero with a thousand faces* (Joseph Campbell, *Die Masken Gottes, Band 3, Die Mythologie des Westens, München 1996*) differenziert der Mythologe Joseph Campbell die Heldenreise noch weiter: Anfänglich wenig geneigt, dem Ruf, den er vernimmt, zu folgen, wird der Held Campbell zufolge von verschiedenen Wächterfiguren schließlich dazu gebracht, es doch zu tun; er tritt in eine finstere, gefährvolle Welt ein. Dort ringt er mit feindlichen männlichen oder weiblichen Gottheiten, bis er ihre Kraft in sich aufnimmt und ihre besseren Seiten erkennt. In offener Konfrontation mit der Gefahr befreit sich die Psyche des Helden von den Ängsten und Abhängigkeiten der Kindheit, und in ihm kommt der seiner Mission bewusste Erwachsene zum Vorschein. Sein Leidensweg ist aber noch nicht zu Ende. Ausgestattet mit seinem neuen Selbstbewusstsein, muss er in eine „wirkliche“ Welt zurückkehren, die er entweder als indifferent oder feindlich empfindet oder die ihm nach seiner Erleuchtung schal und zuwider geworden ist. Gelingt es ihm, seine Mutlosigkeit und Abscheu zu überwinden, hat er die Chance, seine Botschaft erfolgreich der Gesellschaft zu verkünden. Dieses Paradigma ist zwar auch schematisch, hilft uns aber, die Übereinstimmungen zwischen klassischen Heldenfiguren wie Christus, Moses, Buddha oder Odysseus zu erkennen. Campbell macht auf überzeugende Weise deutlich, dass dieses Muster archetypisch ist, und dass zwar nicht jeder ein Leben führt, das einer höheren Sendung gewidmet ist, dass aber wir alle manchmal etwas Ähnliches zu verspüren glauben und, wenn auch unbewusst, danach streben, mit den Parametern eines solchen Schicksals in Kontakt zu kommen. Ganz gleich, was er sonst noch alles sein mag, der Held ist ganz offenkundig **„Der, Der Seinen Eigenen Weg Geht.“**

Der Archetyp des Helden



Schematische Darstellung des Archetyps des Helden (s.a. Lutz Müller: *Manns-Bilder: Zur Psychologie des heroischen Bewusstseins*, in: *Der Mann im Umbruch*, hrsg. Von der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie, Walter-Verlag Freiburg, 1989)

Beschreibung der typischen Etappen einer Heldenfahrt:

1. Der Held hat meist göttliche oder königliche und normal-menschliche Eltern zugleich. Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und frühe Kindheit stehen unter großer Belastung. Manchmal sind die Eltern zunächst unfruchtbar, manchmal ist er von Anfang an unerwünscht, seine Geburt muss an heimlichem Ort stattfinden, er soll getötet werden und wird ausgesetzt. Einerseits ist er königlich-göttlicher Herkunft, andererseits erlebt er das Leid des ausgestoßenen, verlassenen Kindes, dessen wahre Natur zunächst nicht erkannt wird. Er ist mächtig und hilflos zugleich.
2. Er wird von Adoptiveltern oder Tieren aufgezogen.
3. In seiner Jugend offenbart er aber schon bald besondere Kräfte, Fähigkeiten und Talente.

4. Hervorragende Lehrmeister helfen ihm, seine Fertigkeiten und Kenntnisse zu vervollkommen.
5. Er erwirbt seine persönlichen Waffen, die meist von besonderer Qualität und Herkunft sind.
6. Häufig findet er auch ein treues Begleittier, meist Pferd, Hund oder Vogel, das sich durch Klugheit, Instinktsicherheit und Kraft auszeichnet.
7. Dann erhält er den Auftrag oder die Berufung zur Heldenfahrt. Nach anfänglichen Widerständen, die sich in eigener Angst, Unlust oder in der Warnung durch andere Menschen zeigen, macht er sich auf den Weg.
8. Bis es zu dem eigentlichen Hauptkampf kommt, muss er eine Reihe von Nebenabenteuern bestehen. Zum Beispiel begegnet er einem anderen, zunächst feindlichen Helden, mit dem er kämpft und der sich als gleich stark herausstellt. Manchmal verbindet er sich mit diesem dann in Freundschaft.
9. Der eigentliche Heldenkampf führt ihn über eine Schwelle in unbekannte, fremde Bereiche. Es kann sich um einen verborgenen, schwer zugänglichen Ort handeln, wo eine unheimliche, bedrohliche Macht wirkt, zum Beispiel ein drachenartiges Ungeheuer, ein gefährlicher Feind oder auch der Tod.
10. Nach hartem, fast tödlichem Kampf vermag der Held diese feindliche Macht zu überwinden.
11. Danach gewinnt er einen Schatz (Gold, Königreich, Erkenntnis, Berühmtheit) und eine Jungfrau, mit der er sich verbindet und mit der er ein Kind zeugt.

Die zentralen Motive und Hauptaktivitäten des Heldenweges können unter dem Symbolbegriff „**Drachenkampf**“ zusammengefasst werden. Der Drache ist ein äußerst vieldeutiges, archaisches Symbol. Deshalb lässt er sich auf die verschiedensten Mächte, die dem Menschen als gefährliches und lebenshemmendes Problem erscheinen, beziehen: beispielsweise auf die Naturgewalten, ein schweres Lebensschicksal, gefangen setzenden Bann der Eltern, auf das Unbekannte, Dunkle und Böse der Seele oder auf den Tod. “(Lutz Müller) (weiteres Beispiel z.B. *Christiane Lutz Jeder ist Herakles. Süchtig*

handeln oder zum Ich entscheiden, opus magnum 2003. Erstmals erschienen: Leinfelden-Echterdingen: Bonz 1997)

Wenn wir dieses Modell auf uns, oder auf unsere Klienten anwenden, werden wir eine Fülle von Parallelen finden, mit denen wir den Weg des Betroffenen ordnen und neu verstehen können. Vor allem bekommt die Rede von der ressourcenorientierten psychosozialen Hilfe einen wesentlich tieferen Sinn, weil die archetypische Sichtweise den Einzelnen mit dem verbindet, was wir das kollektive Unbewusste nennen: Energiefelder, die tatsächlich fruchtbar gemacht werden können, wenn sie auf symbolische Weise in das Leben des Ichs mithineingenommen werden können und nicht abgespalten oder abgewehrt außen vor bleiben.

Wenn wir uns dieses Modell vergegenwärtigen, sehen wir auch, dass **Krisen** notwendiger Bestandteil jeglichen Entwicklungsprozesses, jeglichen Heldenweges sind.

Beispielsweise:

- Die Geburtssituation: Bei genauerer Betrachtung finden wir fast immer besondere Umstände: die prekäre familiäre Situation, in die ein Kind geboren wird, die Position in der Geschwisterreihe, die Bedeutung, die die Geburt eines Kindes für die Elternbeziehung hat usw.. Wenn ich beispielsweise den jungen magersüchtigen Mann nehme: seine Geburt war nicht die Geburt eines eigenen menschlichen Wesens, sondern die eines Gegenstandes, einer Sache, mit der die Mutter nach Belieben verfahren zu können meinte.
- Die bedrohte Kindheit: Einsamkeit und Verlassenheit. Welcher der Jugendlichen, die wir pädagogisch oder psychotherapeutisch betreuen, musste diese existentielle Angst nicht aushalten? Traumatische Erfahrungen, etwa Opfer von Gewalttaten zu sein, Opfer von sexuellem oder seelischem Missbrauch zu sein kennzeichnen die Ausgangssituation von Jungen, die dann mit dieser Hypothek in die Adoleszenz kommen. Könnte man da nicht sinnvoll fragen, welche Begabung ihn dazu befähigt hat, die traumatische Kindheitssituation überhaupt zu überleben? Wiederum das Beispiel des magersüchtigen jungen Mannes: er entwickelte eine besondere Fähigkeit: er engagierte sich als Messdiener, nicht so sehr aus einem Glauben heraus, sondern weil er eine heilige Messe mit Weihrauch und den schönen Gewändern und dem ganzen Brimborium etc. wie ein verzauberndes Theaterstück erlebte. Er benutzte dies, um in eine ganz andere Welt als die seiner

Eltern zu fliehen und erlangte so einen Zugang zur Theaterwelt, zur Literatur, die ihn, den Sohn eines Maschinenschlossers, dessen einzige geistige Tätigkeit darin bestand, fernzusehen, heute dazu führte, eine Arbeit über Heinrich von Kleists Geschlechteranthropologie zu schreiben. Damit will ich auch sagen: manchmal findet man Begabungen auf ganz abwegigen Gebieten.

- Könnte es erhellend sein, wenn wir nach Lehrmeistern Ausschau halten, die dem Jugendlichen helfen, seine besonderen Fähigkeiten günstig für sich einzusetzen? Die besondere Aggressivität beschädigter und traumatisierter männlicher Jugendlicher kann man auch als Resource sehen.

Dabei scheint mir wichtig zu sein, auf einen wichtigen Gedanken von Lutz Müller hinzuweisen: „Der moderne Mann lebt meistens nicht den ganzen, positiven Helden-Mythos, sondern nur einen kleinen Teil davon. Zum Beispiel wiederholt er immer wieder den Aspekt, der im Schema als „Bedrohte Kindheit“ bezeichnet wird. Er wiederholt unentwegt das Drama des unverstandenen, ungeliebten Kindes, das sein schwaches Selbstwertgefühl nur durch Allmachts-, Unverwundbarkeits- und Dauerpotenzphantasien ausgleichen kann.“ (Müller, 1989, s.o.) Der durch Gewalt traumatisierte junge Mann bleibt etwa gefangen und fixiert in seine Rachewünschen gegen den Täter bzw. in Identifikation mit dem Täter wiederholt er beständig die Traumatisierung, er gerät in eine destruktive Zerrform des Helden, der keinen Zugang zu den anderen archetypischen Bereichen des Helden-Mythos hat – er wird zu einem kampf süchtigen Herakles, wie ihn Frau Lutz in ihrem Buch „Jeder ist Herakles“ beschrieben hat.

Gerade das Thema „Waffen“ und Aggressivität ist für die Individuation von Jungen von großer Bedeutung. Natürlich ist es ein Fehler, Jungs die Spielzeugpistolen wegzunehmen, so nach dem Motto: „Auf Menschen darf man doch nicht schießen“.

Natürlich darf ein Junge, in gesunder Rivalität sich messend mit den Kräften des älteren männlichen Gegenübers, auf den Vater schießen: Entscheidend ist, dass der Vater nach dem Kampf wieder aufsteht und überlebt hat.

Oder Jungs diese schrecklichen Computerspielen, in denen ein Gemetzel nach dem Anderen stattfindet, zu verbieten. Gerade diese Computerspiele sind heutzutage, wo es keine Möglichkeiten mehr

gibt, Räuber und Gendarm im Wald zu spielen, sehr gut geeignet, durch Schnelligkeit, Geschicklichkeit und schnelle Auffassungsgabe dem Ich des Jungen das Gefühl der Kontrolle über die oft gefährlichen und aggressiven Monster, sprich innere Phantasien zu geben. Problematisch werden diese Computerspiele erst, wenn das Gefühl der absoluten Kontrolle zur Sucht wird und zu autistischer Isolation führt. Entscheidend ist hier immer: gibt es erfahrene Ältere – seien es nun Väter oder andere männliche Erwachsene -, die diese Spiele kennen, die mit dem Jungen über diese Spiele in die Interaktion kommen, ohne den Junge zu verurteilen für das vermeintliche blödsinnige Computergehacke.

- Der Umschlagspunkt „Die Berufung“ scheint mir in unserer Gesellschaft und dem, was sie werdenden jungen Männern anbietet, besonders problematisch zu sein. Kann man heute noch von einem „höheren Auftrag“, einer „Berufung“ sprechen, ohne wegen schwärmerisch-religiöser Rückwärtsgewandtheit sich lächerlich zu machen? Nichtsdestotrotz steht jeder Jugendliche vor der Aufgabe einen Beruf zu finden – d.h. einen Zukunftsentwurf von sich zu entwickeln, seinen Beitrag zur gesellschaftlichen Reproduktion zu entwickeln. Dazu ist es notwendig, sich mit den Phantasien, Wünschen und Träumen der Kindheit aktiv auseinanderzusetzen, den „Drachen“, der ihn zurück zieht in die Verantwortungslosigkeit eines unschuldigen Kindseins, zu besiegen.
- Die Suche nach einem eigenen Lebensauftrag, nach einer sinnvollen Arbeit ist selbst Bestandteil des Heldenweges und das Finden dieses Auftrages ist eines der zwei wesentlichen Ergebnisse des Heldenkampfes selbst. Dabei bedarf es dann einer langen Auseinandersetzung, in der viele Irrwege und Umwege, viele Nebenabenteuer und Kämpfe zu bestehen sind. Ein Hauptaspekt dieser spätadoleszenten Entwicklungsaufgabe ist die Auseinandersetzung mit dem, was wir den Schattenbruder nennen – also jenes anderen jungen Mannes, der all das hat, was ich nicht habe. Der Kampf mit diesem führt im günstigen Fall dazu, dass der Schattenbruder mein Freund wird. Solche Männerfreundschaften werden Sie im Übrigen sehr häufig gerade in der ersten Lebenshälfte von Männern antreffen. Sollten Sie einem Mann begegnen, der keinen männlichen Freund hat, können Sie fast sicher davon ausgehen, dass er sich in den Kampf mit den anderen Männern kaum jemals eingelassen hat und im Schoß der emotiona-

len Versorgung durch die Mutter und ihre Stellvertreter gefangen geblieben ist. Für Jugendliche in unserem Kontext hier besteht dabei natürlich immer das Problem, dass erstens die Gewalt in diesen Auseinandersetzungen ein großes Risiko darstellt, und das zweitens die regressiven Wünsche nach mütterlicher Versorgtheit, die so unerfüllt häufig blieben, diese jungen Männer in diesen Kampf nicht hineingeraten lassen. In diesem Ablösungskampf von der Mutter spielt die wechselnde Rivalität und Identifikation mit dem Vater eine entscheidend wichtige Rolle, um dem adoleszenten Jungen - zumindest unter den Bedingungen einer patriarchalen Gesellschaftsordnung – die „Selbstzeugung des Mannes“ zu ermöglichen. Damit ist gemeint, dass die Abkehr von der Mutter zugleich auch die Abkehr von der Unbewusstheit des kindlichen Daseins beinhaltet.

So können wir versuchen, den Weg eines jungen Menschen unter dieser Perspektive zu sehen: als Versuch, einen Heldenweg zu gehen, der an vielen Stellen scheitern kann; als einen Heldenweg, der schmerzliche Erfahrungen bereithält; als einen Heldenweg, der notwendig Krisen enthält, in denen sich die ganze archetypische Tiefe eines individuellen Daseins offenbart. Als einen Heldenweg, auf dem der junge Mann Lehrmeister braucht.

„Zu hoffen ist, dass zwischen den Helden der Kindheit und Jugend und denen des Erwachsenenalters ein qualitativer Unterschied besteht, welcher dem Klischee, wonach das Alter Weisheit mit sich bringe, wenigstens ein Quäntchen Glaubwürdigkeit verleiht. Wenn wir älter werden, hören wir auf, Eigenschaften wie Macht, Reichtum, Schönheit, Stärke ohne weiteres zu bewundern. Haben wir mit, sagen wir, 25 Jahren einen bestimmten Grad an Selbstachtung erreicht, beginnen sich unsere Helden zu verändern. Sobald wir entdeckt haben, dass man im Leben um das, was man will, kämpfen muss, und dass ein großer Teil dieses Kampfes aus der Suche nach dem Gleichgewicht zwischen dem, worauf wir Lust haben und dem, was man tun muss, um zu überleben, besteht, werden unsere Helden lebensnäher, vielleicht auch bescheidener. Wir beginnen, Eigenschaften wie Standhaftigkeit, Aufrichtigkeit, Idealismus und vor allem Beharrlichkeit, die Fähigkeit, auch unter schwierigsten Bedingungen durchzuhalten, zu bewundern. ***Unsere Helden beginnen immer mehr uns selbst zu ähneln.***“ „Blecher 2002, Seite 31“

Literatur:

Blecher, George (2002) Helden, Führer, Demagogen. Wespennest 129, 31-36.

www.wespennest.at/pdf/wn129-blecher.pdf

Campbell, Joseph (1996) Die Masken Gottes, Band 3, Die Mythologie des Westens, München

Dammasch, Frank, u.a. (Hrsg.) (2009) Männliche Identität, Frankfurt a.M.

M.-L.von Franz (1999) Der ewige Jüngling, München

Hopf, Hans (2015) Die Psychoanalyse des Jungen, Stuttgart

Lutz, Christiane (2003) Jeder ist Herakles. Süchtig handeln oder zum Ich entscheiden, opus magnum. Erstmals erschienen: Leinfelden-Echterdingen: Bonz 1997

Müller, Lutz (1989) Manns-Bilder: Zur Psychologie des heroischen Bewusstseins, in: Der Mann im Umbruch, hrsg. Von der Internationalen gesellschaft für Tiefenpsychologie, Walter-Verlag Freiburg

Turner, Victor (1989) Das Ritual. Frankfurt/Main, Campus

Autor:

Dipl.Psych., Dipl.Päd. Thomas Schwind

Ossenkampstiege 89a, 48163 Münster

Tel.: 0251 / 7624900

E-Mail: thomasschwind@t-online.de

Diplom in Pädagogik 1979, Diplom in Psychologie 1980, Ausbildung am Bremer Institut für Psychoanalyse 1985 - 1993, Dozent an diesem Institut bis 1996, Mitgründer und 1.Vorsitzender der C.G. Jung-Gesellschaft Köln. Lehranalytiker in NRW und am C.G. Jung-Institut Stuttgart

Supervisor, Vortrags- und Seminartätigkeit, z.B. C.G. Jung-Gesellschaft Köln, C.G. Jung-Gesellschaft Hannover, Lindauer Psychotherapiewochen, ZAP Bad Salzufflen

2004-2006 Studium der Angewandten Ethik mit Abschluss „Master of advanced studies in applied ethics“

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen

Alwin Baumann

Bei der Betreuung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen ist selten von der Kinder- und Jugendrehabilitation die Rede. Dabei kann dieser oft wenig bekannte und häufig unterschätzte Bereich ein wertvoller Baustein in der gesamten Versorgung sein. Zudem wurde die Kinder- und Jugendrehabilitation zum Jahresende 2016 im Rahmen des Flexirentengesetzes aufgewertet. Bisher wurden diese Maßnahmen ausschließlich stationär durchgeführt, künftig soll eine ambulante Kinder- und Jugendreha und eine Nachsorge entwickelt werden.

Rehabilitationsmaßnahmen 2015

Um das Angebot einordnen zu können, sind die durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen des Jahres 2015 differenziert aufgeführt. Die meisten Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche werden durch die Deutsche Rentenversicherung finanziert. Sie legt auch regelmäßig umfangreiche Daten zur Durchführung vor. Da es sich um eine medizinische Rehabilitation handelt, erfolgt die Betrachtung über die ICD-Klassifikation, genauer nach den Erstdiagnosen bei Entlassung.

Insgesamt wurden 2015 durch die Deutsche Rentenversicherung 31.354 Maßnahmen durchgeführt, darunter 7.515 bei psychischen und Verhaltensstörungen.

Diagnosen	Zahl der Rehamaßnahmen 2015
Psychische und Verhaltensstörungen gesamt	7.515
darunter	
Verhaltensstörungen (ADHS, emotionale Störungen, Schulabsentismus, Störung des Sozialverhaltens, Bindungsstörungen, Enuresis, Enkopresis)	3.239
Entwicklungsstörungen (Sprachentwicklungsstörungen, Störungen schulischer Fertigkeiten, Aspergersyndrom / Autismus)	1.800
Anpassungsstörungen (Angststörungen, Belastungsstörungen)	1.720
Depressionen (depressive Episode, manische Episoden, affektive Störungen)	498
Körperliche Verhaltensauffälligkeiten (Essstörungen, Anorexie, Bulimie, Schlafstörungen)	180
andere	78

Die Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche

Rund 50 Kliniken führen die Rehabilitationsmaßnahmen durch. Die Verteilung der Kliniken über das Land ist nicht flächendeckend, sondern entsprechend der Herkunft aus der Kinderkur befinden sich gehäuft Kliniken an der See im Norden oder in den Bergen im Süden. Vier Kliniken sind in Trägerschaft der Deutschen Rentenversicherung, die anderen sind in frei gemeinnütziger oder privater Trägerschaft. Die Größe der Kliniken schwankt zwischen 70 und 180 Plätzen. Neben den Häusern für die Gruppen der Kinder und Jugendlichen verfügen die Kliniken über Therapiegebäude, Turnhallen, Schwimmbäder oder Sport- und Freizeitanlagen sowie Schulgebäude.

Entsprechend der Verteilung der Hauptdiagnosen (2015) mit 24,3 % (7.633) Atemwegserkrankungen, 24 % (7.515) psychische und Verhaltensstörungen, 19,3 % (6.040) Adipositas, 8,4 % (2.623) Hauterkrankungen, 8,2 % (2.556) orthopädische Erkrankungen etc. gibt es zwar gewisse Spezialisierungen, allerdings stärker als in der Erwachsenenrehabilitation eine indikationsbreite Ausrichtung der Kliniken. Kinder und Jugendliche mit psychischen und Verhaltensstörungen sind in vielen Kliniken zu finden, solange es der Schweregrad zulässt.

- Startseite
- Reha für Kinder & Jugendliche - INFOS
- Reha Leistungen
- Reha-Kliniken für Kinder & Jugendliche
- Reha-Antrag stellen
- Flyer, Formulare & Links
- Fragen & Antworten
- Aktuelles & Archiv
- Veranstaltungen & Vorträge
- DGPRP – Wir über uns



KINDER- UND JUGEND-REHA IM NETZ

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention
in Zusammenarbeit mit dem
Dänischen Kinder- und Jugendreha

Willkommen auf dem Informationsportal zur Kinderreha und Jugendreha

Eine medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche kann gezielt helfen, chronische Krankheiten zu lindern, Spätfolgen zu verhindern und die Leistungsfähigkeit für Schule und Ausbildung zu verbessern. Damit wird die Lebensqualität der jungen Patienten nachhaltig gesteigert.

Die bundesweiten Kinderreha- und Jugendreha-Kliniken sind in ihrer medizinischen Ausstattung und mit einem fachübergreifenden Team speziell auf Beschwerden im Kindes- und Jugendalter sowie junger Erwachsener ausgerichtet. Reha-Maßnahmen können für viele junge Patienten, z.B. bei Asthma, chronischer Bronchitis, starkem Übergewicht, psychischen Auffälligkeiten wie ADHS und schweren Schulproblemen beantragt werden. Erster Ansprechpartner für die Verordnung einer Reha ist der Kinder- und Jugendarzt, der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. der Hausarzt.



Aktuelles

10.02.2017

Flexibilitätsgesetz: Reha-Leistung wird ausgebaut
Zehntausende chronisch oder psychosomatisch kranke Kinder brauchen aus Sicht von Experten eigentlich eine Reha. Doch nur ein kleiner Teil von ihnen bekommt bislang auch einen Platz. Ein neues Gesetz soll dies ändern...
[weiter lesen](#)



02.01.2017

Gesetzesänderung erleichtert kranken Kindern Inanspruchnahme einer Reha-Leistung
Ab 2017 gelten entscheidende Änderungen bei der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. Diese Neuerungen zeigen die wichtige Bedeutung der Kinder- und Jugendrehabilitation innerhalb der medizinischen Versorgung chronisch kranker Kinder und entlasten betroffene Familien.
[weiter lesen](#)

Infos zu den Kliniken sind auf der Homepage der Kinder- und Jugendrehabilitation www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de zu finden.

Neun Kliniken haben sich besonders auch auf psychische und Verhaltensstörungen ausgerichtet und stehen unter kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung.

Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche mit kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung (geordnet nach PLZ)

- Median Klinik Bad Gottleuba, Königstr. 39, 01816 Bad Gottleuba:
Dr. Milan J. Meder
- AHG Klinik Beelitz-Heilstätten, Paracelsus Ring 8, 14547 Beelitz-Heilstätten:
Dr. Maike Pellarin
- Fontane-Klinik, Fontanestr. 5, 15749 Mittenwalde OT Motzen
Dr. Hannes Bielas
- Inselklinik Heringsdorf „Haus Gothensee“, Setheweg 11, 17424 Seebad Heringsdorf
Dr. Kerstin Ziesemer
- Rehaklinik Charlottenhall, Mathilde-Wurm-Str. 7, 36433 Bad Salzung
Dr. Kirsten Geißler
- Klinik Viktoriastift, Cecilienhöhe 3, 55543 Bad Kreuznach
Dr. Beate Kentner-Figura
- Kinderfachklinik Bad Sassendorf, Lütgenweg 2, 59505 Bad Sassendorf
Dr. Matthias Kaminski
- Luisenklinik, Luisenstr. 56, 78073 Bad Dürkheim
Dr. Marianne Ledwon-Feuerstein
- Klinik Hochried, Hochried 1-12, 82418 Murnau
Dr. Stephan Springer
- Fachkliniken Wangen, Am Vogelherd 14, 88239 Wangen im Allgäu
Dr. Dirk Dammann

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche erhalten dann eine Rehabilitation, wenn eine medizinische Indikation nach der ICD-10-Klassifikation vorliegt. Der bis 2016 zu Grunde liegende beschränkte Indikationskatalog wurde durch das Flexi-
rentengesetz aufgehoben. Die vorliegende chronische körperliche oder seelische Erkrankung führt dann zu einem Rehabilitationsanspruch, wenn die Erkrankung die Teilhabe im Alltag, in der Familie, im Kindergarten, der Schule oder im sozialen Umfeld und Freundeskreis einschränkt. Es geht in der Rehabilitation also um die nachhaltige Teilhabeverbesserung in den emotionalen, psychischen, psychosozialen und schulischen Belangen. Das Ziel einer Rehabilitation ist die Schul-, Ausbildungs- und Erwerbsfähigkeit. Inhaltlich orientiert sich die Rehabilitation an der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Eine Rehabilitation setzt dann ein, wenn die ambulanten Maßnahmen ausgereizt oder nicht vorhanden sind und eine akutpsychiatrische Aufnahme nicht zwingend indiziert ist. Das besondere an einer Rehabilitation ist die Verhaltensbeobachtung und das Verhaltenstraining über einen längeren Zeitraum durch verschiedene und erfahrene Berufsgruppen. Sie arbeitet der ambulanten Betreuung zu, entlastet die Praxis vor Ort und kann neue Erkenntnisse durch die Verhaltensbeobachtung erbringen und die Entwicklung stabilisieren. Das Grundverständnis der Rehabilitation orientiert sich an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Ein Rehabilitationsbedarf bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen kann grundsätzlich bei jeder F-Diagnose gegeben sein. Im Fachgebiet der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter spielen dabei folgende Punkte eine wesentliche Rolle:

- Entwicklungsbezug
- psychosoziale Belastungsfaktoren
- psychosoziale Anpassungsfähigkeit
- primäre Diagnose
- komorbide Störungen
- Ausprägungsgrad (Quantität) des Störungsbildes

Die Systematik des Multiaxialen Klassifikationssystems psychischer Krankheiten des Kindes- und Jugendalters (MAS) kann als angemessene Erweiterung der ICD-10-Diagnose-Klassifikation in diesem Fachgebiet gelten.

Planung einer Rehabilitationsmaßnahme

Voraussetzungen für die Durchführung einer Rehabilitation sind bei den Kindern und Jugendlichen entweder eine ausreichende Krankheitseinsicht oder ein Leidensdruck oder die Akzeptanz des Willens der Eltern. Diese sollten zu der Bereitschaft führen, für mehrere Wochen in enger Gemeinschaft mit anderen Kindern oder Jugendlichen zusammenzuleben. Damit sollte die Bereitschaft vorliegen, altersentsprechend im Sinne des eigenen Rehabilitationsziels mitzuarbeiten. Bei Kindern und Jugendlichen ist eine rehabilitative Behandlung gegen ihren durchgängig erklärten Willen weder sinnvoll noch gerechtfertigt.

Vor einer Rehabilitationsbehandlung sollten notwendige somatische und kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik, gegebenenfalls einschließlich testpsychologischer Untersuchungen und – soweit erforderlich – Behandlungen

durchgeführt sein. Es ist die vorherige Konsultation eines mit der spezifischen Problematik vertrauten Facharztes oder Psychotherapeuten empfehlenswert. Fehleinweisungen sollten vermieden werden. So sollte keine Rehabilitation eingeleitet werden, wenn Eltern geeignete Maßnahmen im akutmedizinischen Bereich etwa bei Anorexie oder schwere Angststörungen verweigern. Bei vorliegender rehabilitationsrelevanter Komorbidität ist zu prüfen, inwiefern die vorliegenden strukturellen Gegebenheiten der Rehabilitationsklinik eine hinreichende Berücksichtigung ermöglichen. Eine Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess ist immer dann erforderlich, wenn sich aus der Komorbidität Einschränkungen im Funktionsniveau ergeben, die entweder ebenfalls mit rehabilitationsspezifischen Behandlungsansätzen zu beeinflussen sind oder einen Einfluss auf die erforderlichen oder möglichen Behandlungsmittel haben.

Abgrenzung zur Mutter-Kind-Maßnahme

Häufig wird die Kinder- und Jugendrehabilitation mit der bekannteren Mutter-Kind-Maßnahme verwechselt, so dass viele rehabilitationsbedürftige Kinder und Jugendliche irrtümlicherweise in Mutter-Kind-Einrichtungen landen. Mutter-Kind-Maßnahmen sind Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für erholungsbedürftige Mütter, bei denen Kinder ohne eigenen Rehabilitationsanspruch mit aufgenommen werden können. Entsprechend ist der Fokus bei diesen Maßnahmen nicht auf die Kinder ausgerichtet.

Durchführung der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wird derzeit als stationäre Maßnahme in wohnortfernen Fachkliniken durchgeführt. Herausgelöst aus seinem häuslichen Umfeld können die Kinder und Jugendlichen in einem neutralen therapeutischen Setting neue Verhaltensstrategien entwickeln und erproben. Die Rehabilitationsmaßnahmen dauern im Durchschnitt 4 bis 6 Wochen. Die tatsächliche Dauer legt der Arzt der Klinik in Absprache mit den Patienten und seinen Eltern nach medizinischer Notwendigkeit fest. Die Klinik orientiert sich dabei an vorgegebenen Verweildauerkorridoren, die je nach Indikation variieren.

Die Unterbringung der Kinder und Jugendlichen erfolgt in altershomogenen und geschlechtsgemischten Gruppen. Die Gruppen sind Wohneinheiten mit Schlafzimmern, Ess- und Aufenthaltsräumen sowie Betreuerbüros. Ziel der Rehabilitation ist es, dass die Kinder und Jugendlichen anschließend wieder in ihrem Alltag („alltagsnahe Rehabilitation“) zurechtkommen.

Die Rehabilitationsbehandlung hat einen gruppentherapeutischen Schwerpunkt. Die Ziele der Behandlung werden individuell besprochen. Während des Aufenthaltes erfolgen Zielerflexionen. Bei den häufigsten Störungsbildern erfolgen Schulungen, in denen die Kinder je nach Diagnosen in Gruppen zusammen gefasst sind. Den Alltag erleben die Patienten auf den pädagogisch geführten Gruppen.

Die Betreuung erfolgt interdisziplinär. Bei jüngeren Kindern erfolgt eine Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn sie zur Durchführung der Rehabilitation notwendig ist. Bei einer besonderen Notwendigkeit kann auch die ganze Familie („familienorientierte Rehabilitation“) mit aufgenommen werden. Elternarbeit erfolgt auch bei den Jugendlichen, die alleine die Rehabilitation durchführen. Während der Rehabilitation erfolgt Schulunterricht in Absprache mit der Heimatschule.

Zukünftig soll auch eine ambulante Kinder- und Jugendrehabilitation angeboten werden können. Ebenso sieht das neue Flexirentengesetz vor, dass eine Nachsorge nach einer durchgeführten Rehabilitation angeboten wird, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.

Interdisziplinäre Betreuung

Typisch für eine Rehabilitation ist ein Konzept, das auf einer interdisziplinären Betreuung aufbaut. Die fachliche Verantwortung tragen dabei Ärzte und Psychologen. Je nach Spezialisierung der Klinik sind dies Kinder- und Jugendpsychiater und Kinder- und Jugendärzte, ggf. mit Zusatzbezeichnungen. Gleiches gilt für die Psychologen mit approbierten Psychotherapeuten, Heilpädagogen usw. Die weiteren Therapeuten können Physiotherapeuten, Sportwissenschaftler, Ergotherapeuten, Logopäden oder Musiktherapeuten sein. Weil viele Kinder und Jugendlichen mit ernährungsabhängigen Erkrankungen kommen, spielen die Mitarbeiter der Ernährungstherapie eine wichtige Rolle. Ein anderer besonderer Bereich ist die Patientenschulung, die durch Mitarbeiter mit Trainerausbildungen angeboten wird.

Die Basisbetreuung übernehmen die sozialpädagogischen und pflegerischen Mitarbeiter.

Ablauf einer Rehabilitation

Eine Rehabilitation ist Teil einer Behandlungs- und Unterstützungskette. Wird eine Rehabilitation genehmigt, erhält die Klinik über den Leistungsträger oder den einweisenden Arzt Berichte und Befunde. In besonderen Einzelfällen kann auch ein ambulantes Gespräch vorgeschaltet werden. Am mit den Eltern abgesprochenen Aufnahmetag findet ein ausführliches psychotherapeutisches und ärztliches Anamnesegespräch im Beisein der Eltern statt. Weitere Gespräche mit den Sozialpädagogen und weiteren Therapeuten folgen. Aus diesen Gesprächen und den Berichten wird das Rehabilitationsziel festgelegt und in den wöchentlichen Teambesprechungen angepasst. Im für die Rehabilitation notwendigen Umfang findet ein Eingangs- und Verlaufsdiagnostik statt. Hauptteil der Rehabilitation sind die Therapien und Schulungen. Alle Angebote orientieren sich an der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Bei bestimmten Indikationen, die gehäuft rehabilitiert werden, wie bei der Adipositas sind die KTLs zu Rehatherapiestandards (RTS) zusammengefasst. Am Ende der Rehabilitation stehen ausführliche Abschlussgespräche. Die Dokumentation der Rehabilitation erfolgt im Entlassbericht, der auch Empfehlungen für die weitere Betreuung enthält.

Elternarbeit

Trotz eines wohnortfernen Angebots werden die Eltern umfangreich in die Maßnahmen einbezogen. Dabei ist zu unterscheiden, ob ein Kind durch einen Elternteil begleitet wird oder alleine die Rehabilitation wahrnimmt.

Kinderrehabilitation mit einer Begleitperson

Kinder werden während der gesamten Rehabilitation von einem Elternteil begleitet, wenn dies für die Durchführung oder den Erfolg der Leistung zur Kinderrehabilitation notwendig ist. Kind und Elternteil – es kann auch ein Großelternanteil oder eine andere Pflegeperson sein – werden gemeinsam in einem Appartement untergebracht, es sei denn es handelt sich um ein älteres Kind, das in der Kindergruppe betreut wird. Hier kann die Begleitperson in einem anderen Gebäudeteil oder in der Nähe der Klinik untergebracht sein.

Die Begleitperson wird in die Rehabilitation des Kindes einbezogen, sie begleitet das Kind bei den Untersuchungen und bei den meisten Therapien und nimmt an Schulungen und Entspannungen teil. Es gibt Einzel- und Gruppengespräche sowie sozialarbeiterische Hilfestellungen.

Eine Sonderform der Mitaufnahme stellt die Begleitung für eine Woche zur Eingewöhnung dar.

Übrigens können gesunde Geschwisterkinder in die Klinik mitaufgenommen werden, wenn diese durch die Mitaufnahme des Elternteils zuhause unverorgt wären.

Rehabilitation von alleinreisenden Kindern und Jugendlichen

Bei alleinreisenden Kindern und Jugendlichen findet die Einbeziehung der Eltern vor allem bei den Aufnahme- und Entlassgesprächen, sowie telefonisch und neuerdings per E-Mail statt. Die Eltern können zu Zwischengesprächen vorbeikommen oder an Angeboten am Wochenende teilnehmen.

Schulunterricht während der Rehabilitation

Die Kliniken sorgen mit ihren staatlich anerkannten Schulen dafür, dass die Kinder und Jugendlichen auch während der mehrwöchigen Rehabilitation Unterricht erhalten. Dazu findet ein Austausch mit der Heimatschule statt, die der Klinikschule mitteilt, was an Unterricht die nächsten Wochen ansteht. Am Ende der Rehabilitation erhält die Heimatschule einen Schulbericht von der Klinikschule.

Aufgabe der Klinikschule ist bezogen auf die gesundheitlichen Probleme auch eine Schul- und Schullaufbahnberatung sowie Ausbildungs- und Berufsberatung.

Da sich die gesundheitlichen und persönlichen Probleme der Kinder und Jugendlichen oft negativ auf die Schule auswirken (Leistungsabfall, Mobbing, Unterrichtsausfall, Schulabsentismus), leisten die Kliniken auch schulische Rehabilitation. Die Lehrer sind Teil des Rehteam und tauschen sich entsprechend mit den Ärzten und Therapeuten aus.

Einleitung einer Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf eine Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung über die Versicherung eines Elternteils. Möglich ist die Rehabilitation auch über die Versicherung der Pflegeeltern. Auf dem jeweiligen Rentenbescheid steht, welche Rentenversicherung zuständig ist. Sind die Eltern unterschiedlich rentenversichert, können sie auswählen, wo sie den Antrag stellen. Da es sich um ein Antragsverfahren handelt, müssen die Eltern einen Antrag ausfüllen und ein Arzt den ärztlichen Befundbericht.

Die Anträge sind im Internet über den Suchbegriff „Anträge Kinderreha“ (Antragspaket Kinderrehabilitation) zu finden oder auf www.deutsche-rentenversicherung.de bei „Suche“ eingeben: Kinderrehabilitation oder ganz einfach unter: www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de.

Anträge können auch bei der zuständigen Krankenversicherung oder über die Beihilfe gestellt werden.

Leistungen der Deutschen Rentenversicherung

Der Leistungsträger wählt eine geeignete Klinik aus, es sei denn der einweisende Arzt bzw. die Eltern haben berechtigte Gründe für eine Klinikwahl (Wunsch- und Wahlrecht). Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten der Rehabilitation, der notwendigen Begleitperson, den Verdienstausfall der Begleitperson, die Kosten der Mitaufnahme gesunder Begleitkinder und die Reisekosten. Eine Zuzahlung fällt bei Kindern und Jugendlichen nicht an.

Gesicherte Qualität der Kinder- und Jugendrehabilitation

Seit vielen Jahren unterliegen die Rehakliniken für Kinder und Jugendliche einer internen und einer externen Qualitätssicherung durch die Deutsche Rentenversicherung.

- Zertifizierung nach BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation)
- Belegungsverträge
- Struktur- und Personalvorgaben
- Erhebungen zur Struktur und zum Personal
- Auswertungen der Therapeutischen Leistungen (KTL)
- Auswertungen der Reha-Therapiestandards
- Anforderungsprofile
- Rehabilitandenbefragung
- Erhebungen der Rehabilitandenstruktur
- Auswertungen der Laufzeiten der Entlassberichte
- Visitationen durch die Rentenversicherung in den Kliniken
- Bewertungen der Qualität der Reha-Einrichtungen

Nur zertifizierte Kliniken können belegt werden. Es gibt Vorgaben zur Struktur und zur Mindestanzahl des Personals und deren Qualifikation. Die Kliniken müssen regelmäßig die entsprechenden Daten personenbezogen abgeben. Basis der Leistungen sind konzeptionelle Anforderungsprofile und eine Leistungsdokumentation (Klassifikation Therapeutischer Leistungen, KTL) im Entlassungsbericht. Bei einigen Diagnosen gibt es konkrete Leistungsvorgaben, so genannte Reha-Therapiestandards (RTS). Nach der erfolgten Rehabilitation werden Patienten und Eltern postalisch befragt (Rehabilitandenbefragung). Um eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten zu erreichen, müssen die Entlassberichte spätestens nach 14 Tagen beim Empfänger sein. Über all diese Qualitätsparameter erhalten die Kliniken regelmäßig Auswertungen. Bleiben Kliniken unter den Qualitätsanforderungen, werden Qualitätsdialoge zur Verbesserung geführt. Ein besonderes Qualitätsinstrument sind Visitationen. Ärztliche und Verwaltungsmitarbeiter der Rentenversicherung verbringen einen ganzen Tag in der Klinik und führen nach standardisierten Vorgaben Visitationen durch.

Alle Informationen auf einer Homepage

Alle Informationen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gibt es unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de. Hier sind die Reha-Anträge zu finden, Informationen zu den Kliniken, Antworten auf die wichtigsten Fragen sowie Infomaterialien für Patienten und Eltern.

Autor

Alwin Baumann

Bündnis Kinder- und Jugendreha

Waldburg-Zeil Fachkliniken Wangen im Allgäu

Tel.: 07522 797-1260

E-Mail: alwin.baumann@wz-kliniken.de

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Das Heft 1-1992 des „Mitgliederrundbriefes“ (Mrb), des zweiten Jahrgangs unseres heutigen „forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ umfasste nur 40 Seiten, darin aber 4 für Praxis und Klinik relevante Beiträge.

Prof. Dr. Renate Zimmer vom Sportzentrum der Universität Osnabrück stellte die Psychomotorik als Beispiel funktioneller Therapien dar. Die funktionellen Therapien spielten damals in vielen der bereits existierenden kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen eine große Rolle, da es erst weniger Ergotherapie-Praxen gab und man mithin die notwendigen funktionellen Behandlungen oft nicht delegieren konnte.

Dr. med. Helga Färber, Leiterin der Tagesklinik Pionierstraße, Klinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Köln, berichtete über „Familientherapie bei Aufmerksamkeitsstörungen – hyperkinetischem Syndrom – im Kindesalter“.

Dr. med. H. Schernikau und Prof. Dr. sc. med. J. Vesper vom Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie, II. Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, Berlin-Lichtenberg stellten „Einweisung auf Anordnung – Verfahrensweise psychiatrischer Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der ehemaligen DDR – Erfahrungsbericht aus Ostberlin“ dar.

Nach diesem zeithistorischen Rückblick gab Dr. Joachim Jungmann, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg, einen umfassenden Überblick über die rechtlichen Grundlagen und die aktuelle Praxis der „geschlossenen Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Im „Mitgliederrundbrief“ berichtete der Vorsitzende über den Stand der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-Wbo), nachdem es gelungen war, einen eigenen Anhörungstermin für unser Fachgebiet bei der Ärztekammer zu erreichen. Fast wären wir vergessen worden.

Bei der Verabschiedung der M-Wbo wurden schließlich viele unserer Forderungen einschließlich der Weiterbildungsmöglichkeit in der Praxis und der Integration der Psychotherapie in unsere Weiterbildung und in die Fachgebietsbezeichnung aufgenommen. Allerdings ist nur die Aufnahme der „-psychotherapie“ mit Binderstrich und kleinem „p“ und nicht mit großen „P“, also der „Psychotherapie“ gelungen. Dieser „kleine Unterschied“ hatte die große Folge, dass es künftig Kinder- und Jugendpsychiatern in der vertragsärztlichen Versorgung nur noch in Ausnahmefällen erlaubt war, Erwachsene jenseits des 21. Lebensjahres zu behandeln, obwohl zur damaligen Zeit die meisten Kinder- und Jugendpsychiater vorzugsweise eine „erwachsenen“-psychotherapeutische Ausbildung absolviert hatten, also für Erwachsenen-Psychotherapie durchaus qualifiziert waren. In Verkennung der vertragsärztlichen Wirklichkeit hatten die damaligen Vertreter der DGKJP die Bedeutung dieses Unterschiedes nicht erkannt und das Recht unseres Fachgebiets auf umfassende psychotherapeutische Weiterbildung und Versorgung nicht mit Nachdruck vertreten.

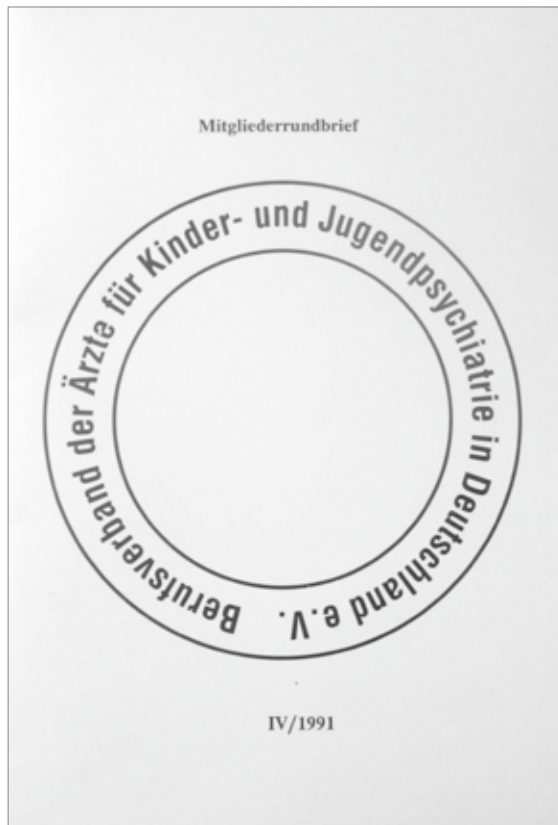
Zu dem Zeitpunkt war auch kontrovers, inwieweit die Neurologie des Kindes und Jugendalters und insbesondere die Epileptologie Teil unseres Fachgebietes bleiben oder werden sollten. Diese Kontroverse bestand auch innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiater, da die Neurologie im Westen der BRD nur von einzelnen Kinder- und Jugendpsychiatern gepflegt wurde, während sie für die „Neuropsychiater des Kinder- und Jugendalters“ der ehemaligen DDR selbstverständlich war.

In diesem Mrb wird erneut über die Bemühungen des Berufsverbandes gemeinsam mit der KBV berichtet, die Gesetzlichen Krankenkassen für die Schaffung einer sozialpsychiatrischen Vereinbarung in Umsetzung der §§ 43a und 85.2 SGB V zu gewinnen. Erst 2 Jahre später war dieses Bemühen erfolgreich.

Da sich nicht zuletzt in den Diskussionen mit den KVen und der KBV, den GKVen und dem Bundesgesundheitsministerium zeigte, dass viele in Klinik und Praxis durchgeführte kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahmen zwar der klinischen Erfahrung entsprachen, wissenschaftlich jedoch oft nicht genügend untermauert waren, lobte der Berufsverband im Frühjahr 1992 erstmals einen „Förderpreis für praxisrelevante kinder- und jugendpsychiatrische Therapieforchung“ aus, der mit 10.000,- DM dotiert war. Später übernahm die Ausschreibung dieses Förderpreises die 1997/1998 gegründete „Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter“.

Was berufspolitisch im Frühsommer 1992 wichtig war und was alles im Forum/Mitgliederrundbrief II/1992 stand, das erfahren Sie im „forum 2/2017“. Bleiben Sie neugierig!

Chr. K. D. Moik



Ausschreibung für ein ‚Direktzertifikat‘ in suchtmedizinischer Kinder- und Jugendpsychiatrie

2014 haben die wissenschaftliche Fachgesellschaft und die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie (DG-KJP, BAG KJPP, BKJPP) über die Gemeinsame Kommission Sucht (Vorsitz: Prof. Thomasius) ein spezifisches Curriculum zur Fortbildung in Suchtmedizinischer Kinder- und Jugendpsychiatrie initiiert, das einen erfolgreichen ersten Durchlauf verzeichnen konnte und mit der Verleihung des Zertifikates der drei Fachverbände endete. Der 2. Durchlauf beginnt im Sommer 2017.

Jede/r bereits in der Suchtbehandlung Jugendlicher mit stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Problemen einschlägig erfahrene/r Fachärztin/ Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie kann sich nun bei der Gemeinsamen Kommission Aus-Weiter-Fortbildung der drei Fachverbände des Gebietes für die Verleihung des Zertifikates auch ohne Durchlaufen des Curriculums bewerben.

Ziel dieser Ausschreibung ist, eine Gruppe von Kolleginnen und Kollegen zu zertifizieren, die dann ihrerseits an der Gestaltung des „Sucht-Curriculums“ mitwirken können oder die bereits in der Behandlung aktiv tätig sind.

Die Berechtigung zur Weiterbildung von Fachärzten (Weiterbildungsbefugnis) ist unabhängig von dieser Zertifizierung. Ein Zertifikat dient nur denjenigen, die nach der Facharzt-Weiterbildung im Suchtbereich tätig sind oder sein wollen und in einen fachlichen Austausch dazu eintreten möchten.

Die Liste der Zertifizierten, die dann laufend ergänzt wird durch die Absolventen des suchtmedizinischen Curriculums von BAG KJPP, BKJPP und

DGKJP, soll auf der homepage der AWF-Kommission öffentlich zugänglich eingestellt werden.

Bewerbungen unter Angabe von

- Jahr der Facharztprüfung
- evtl. zusätzliche Qualifikationen
- Suchtspezifische Qualifikation nachgewiesen durch
 - Tätigkeit auf einer Suchtstation / für Erwachsene // für Jugendliche von bis..... als
 - Suchtmedizinische Grundversorgung – Kurs absolviert
 - Veröffentlichungen zu suchtspezifischen Themen (bitte ggfs. gesonderte Liste)
 - Vorträge zu suchtspezifischen Themen (bitte ggfs gesonderte Liste)
 - Behandlung von Suchtpatienten in Klinik und Praxis; wie viele pro Jahr? (geschätzt, ca.)

richten Sie bitte an die

Geschäftsstelle der Gemeinsamen Kommissionen der KJPP-Verbände
c/o DGKJP

geschaefsstelle@dgkjp.de

oder per Post an:

DGKJP-Geschäftsstelle

Reinhardtstr. 27 B, 10117 Berlin

GNP-Förderpreis 2017 zur Förderung der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie

Die Gesellschaft für Neuropsychologie e.V. (GNP) möchte die Professionalisierung und die Forschung im Bereich der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie fördern. Unter anderem will sie diesem Ziel durch die Ausschreibung eines Förderpreises nachkommen, den sie jährlich an junge Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler für herausragende Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie vergibt.

Der Preis soll jungen Nachwuchswissenschaftlern (Höchster 35 Jahre zzgl. Erziehungszeiten) aus Hochschulen oder aus außeruniversitären Einrichtungen (z. B. Rehabilitationskliniken) für hervorragende und beispielgebende Forschungsarbeiten im Bereich der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie verliehen werden.

Dotierung

Der Preis ist mit € 1.000,- dotiert.

Vergabe des Preises

Über die Verleihung des Preises entscheidet eine Jury, der Wissenschaftler auf dem Gebiet der Klinischen und Kognitiven Neuropsychologie angehören. Die Preisverleihung wird im Rahmen der GNP-Jahrestagung vom 21.09.2017 – 23. 09. 2017 in Konstanz stattfinden.

Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausschreibung richtet sich an Hochschulabsolventen, die ihre eingereichten Arbeiten in den vergangenen zwei Jahren als Diplom-/Masterarbeiten oder Dissertationen an einer deutschen Universität oder Hochschule eingereicht oder in diesem Zeitraum als Nachwuchswissenschaftler eine wissenschaftliche Arbeit verfasst haben.

Vergleichbare akademische Leistungen im Ausland können ebenfalls berücksichtigt werden. Bevorzugt werden Arbeiten, die in deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.

Die eingereichten Arbeiten dürfen nicht schon anderweitig mit einem Preis ausgezeichnet worden sein. Wiederholte Bewerbungen mit derselben Arbeit werden nicht berücksichtigt. Der Rechtsweg gegen den Beschluss der Jury ist ausgeschlossen.

Bewerber werden gebeten, bei der Einreichung ihrer Unterlagen mitzuteilen, ob sie an der Preisverleihung auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropsychologie teilnehmen können.

Die Arbeit ist zusammen mit einer allgemeinverständlichen Zusammenfassung (PDF-Format, max. 1500 Zeichen inkl. Leerzeichen) und einem tabellarischen Lebenslauf (PDF-Format) bis 30.04.2017 per E-Mail bei der Geschäftsstelle der GNP einzureichen.

GNP Geschäftsstelle

Nikolausstraße 10

36037 Fulda

Deutschland

Tel. ++49(0)6 61/9 01 96 65

Fax ++49(0)6 61/9 01 96 92

Email: fulda@gnp.de

Internet: www.gnp.de

Zi-Wissenschaftspreis „Regionalisierte Versorgungsforschung“

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) schreibt in 2017 erneut einen Wissenschaftspreis zur Förderung der Erforschung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung aus.

Mit dem Wissenschaftspreis sollen überdurchschnittlich gute Arbeiten auf dem Gebiet der Versorgungsforschung ausgezeichnet werden, die sich der Untersuchung regionaler Unterschiede in der Gesundheitsversorgung gewidmet haben. Der Preis ist mit 5.000 € dotiert und kann geteilt werden, sofern dies vom Entscheidungsgremium beschlossen wird.

Ablauf der Ausschreibungsfrist

30. Juni 2017

Preisverleihung

Voraussichtlich im Herbst 2017.

Teilnahmeberechtigung

1. Teilnahmeberechtigt sind Forscher/innen, die nicht dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), dem wissenschaftlichen Beratungsgremium des Versorgungsatlas (Redaktionsbeirat) oder den Stiftungsträgern des Zi (Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung) angehören.
2. Die beim Zi eingereichten Publikationen dürfen in den Folgejahren nicht noch einmal eingereicht werden.
3. Bewerbungen sind auf eine Einreichung pro Bewerber/in (Erstautor/in bzw. gleichberechtigte/r Erstautor/in) beschränkt.
4. Bei bereits anderweitig veröffentlichten Arbeiten mit mehreren Koautoren/innen muss die Bewerbung durch die Erstautorin/den Erstautor bzw. durch die gleichberechtigten Erstautoren/innen erfolgen. Das Einverständnis der Koautoren/innen mit der Bewerbung muss schriftlich mit Unterschrift bestätigt werden.

Anforderungen an die Einreichung

1. Grundsätzlich können Arbeiten aus allen Bereichen der Versorgungsforschung eingereicht werden, sofern sie auf regional differenzierte Untersuchungsergebnisse abzielen. Die Arbeiten sollen durch ihre innovative methodische oder inhaltliche Ausrichtung einen Beitrag zur Weiterentwicklung der regionalisierten Versorgungsforschung in Deutschland leisten.
2. Mit Einreichung der Publikation verpflichtet sich der Autor dazu, die Ergebnisse auch im Versorgungsatlas zu veröffentlichen.
3. Die Einreichung von bereits anderweitig veröffentlichten Publikationen aus dem vorangehenden Kalenderjahr ist grundsätzlich möglich. Auch unveröffentlichte Manuskripte, Ergebnisse aus Diplom- oder Masterarbeiten sowie Dissertationen können eingereicht werden.
4. Nicht eingereicht werden dürfen Arbeiten, die bereits zu einem anderen Preiswettbewerb gemeldet und ausgezeichnet wurden.
5. Nicht angenommen werden können Arbeiten, die vom Zi gefördert wurden, z. B. im Rahmen der Forschungsförderung oder anderer Projekte.
6. Bei bereits anderweitig publizierten Arbeiten ist sicherzustellen, dass dem Zi für die Veröffentlichung im Versorgungsatlas ein Nutzungsrecht eingeräumt wird.
7. Es wird zugesichert, dass die eingereichte Arbeit frei von Schutzrechten Dritter ist. Das Zi wird von allen Ansprüchen Dritter freigestellt, die Dritte aufgrund von tatsächlichen oder angeblichen Schutzrechtsverletzungen geltend machen.
8. Die eingereichte Arbeit muss dem Aufbau einer wissenschaftlichen Publikation und den Autorenrichtlinien des Versorgungsatlas entsprechen (siehe dazu die Vorgaben unter www.versorgungsatlas.de). Für den Wissenschaftspreis eingereichte Arbeiten sollten nicht mehr als 10 Seiten aufweisen. Die Ergebnisse müssen zumindest in Teilen kartographisch darstellbar sein.
9. Vorgegebene mögliche räumliche Analyseebenen sind Bundesländer bzw. KV-Bereiche, Raumordnungsregionen (ROR), die Landkreise bzw. kreisfreien Städte sowie Mittelbereiche. ROR, Kreise und Mittelbereiche sollen den vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung veröffentlichten Einheiten entsprechen. Idealerweise handelt es sich um

bundesweite Ergebnisse, eine Teildarstellung (z. B. Kreise einzelner Bundesländer) ist jedoch grundsätzlich auch möglich.

10. Die Ergebnisse müssen für das Webportal des Versorgungsatlas geeignet sein (siehe Vorgaben unter www.versorgungsatlas.de). Sollten neben den unter 9. genannten Raumeinheiten andere Analyseebenen (z. B. Gemeinden, PLZ-Gebiete, LOR-Berlin) verwendet werden, können diese Ergebnisse als Karte nur im Bericht selbst, nicht aber im Webportal in Form interaktiver Karten dargestellt werden.

Entscheidungsgremium

Das Entscheidungsgremium setzt sich aus der Redaktion und dem Redaktionsbeirat des Versorgungsatlas zusammen (vgl. www.versorgungsatlas.de).

Entscheidungskriterien

Die Bewertung der Arbeit durch das Entscheidungsgremium erfolgt nach herausragenden methodischen, inhaltlichen und individuellen Merkmalen der Arbeit. Die Entscheidung über die Vergabe erfolgt im Entscheidungsgremium durch Mehrheitsbeschluss. Das Entscheidungsgremium behält sich vor, bei Nichterfüllung der Entscheidungskriterien keinen Preis zu vergeben.

Fristen

Einsendeschluss für die Einreichung von Publikationen ist der 30. Juni 2017. Die Einsendung kann auf dem Postwege, per Email (Anhänge bis max. 5 MB) oder persönlich (bis 16:00 Uhr am Stichtag) erfolgen.

Ansprechpartner für inhaltliche Rückfragen

Benjamin Goffrier Dr. Jörg Bätzing-Feigenbaum

Telefon: 030-4005-2414 Telefon: 030-4005-2419

Fax: 030-4005-272414 Fax: 030-4005-272419

E-Mail: bgoffrier@zi.de Email: jbaetzing-feigenbaum@zi.de

Einsendeadresse

Bewerber/innen werden gebeten, die Arbeiten mit Lebenslauf und Publikationsliste der Erstautorin/des Erstautors an folgende Adresse zu senden:

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

z. H. Frau Katja Sandschneider

Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

Telefon: 030-4005-2457, Fax: 030-4005-272457

Email: ksandschneider@zi.de

14. ADHS-Förderpreis

Gesucht werden praxisorientierte und zukunftsweisende Projekte, die zur besseren Versorgung von Menschen mit ADHS beitragen, insbesondere mit den Schwerpunkten

- Neue Medien und digitale Technologien bei ADHS,
- Sport, Bewegung und Musik bei ADHS.

Darüber hinaus sind Projekte aus allen anderen Bereichen der ADHS-Versorgung aufgerufen, sich zu bewerben.

Der 14. ADHS-Förderpreis

- richtet sich an alle, die sich haupt-, nebenberuflich oder ehrenamtlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit ADHS engagieren,
- ist mit insgesamt € 10.000 dotiert,
- wird von der Shire Deutschland GmbH verliehen.

Die eingereichten Projekte werden durch ein unabhängiges interdisziplinäres Expertengremium aus den Bereichen Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Psychologie und Psychiatrie beurteilt.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung,...

- wenn Sie aktiv in der ADHS-Versorgung tätig sind.
- wenn Ihr Projekt sich bereits in der Umsetzung befindet.
- wenn Ihr Projekt zu einer besseren Versorgung von ADHS-Betroffenen beiträgt.
- wenn der Erfolg Ihres Projektes durch Begleitevaluation und Qualitätssicherung gemessen wird.

Bitte laden Sie für Ihre Bewerbung den Bewerbungsbogen herunter, füllen ihn aus und senden ihn zusammen mit einer fünf- bis zehnteiligen Projektbeschreibung bis zum 31. Mai 2017 an:

Shire Deutschland GmbH

Stichwort: 14. ADHS-Förderpreis

Friedrichstr. 149, 10117 Berlin

Online-Bewerbung: <http://www.shire.de/patients/patient-advocacy/form>

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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.