

Inhalt

Die paradoxe Intention nach Viktor E. Frankl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie <i>Klaus Baumann</i>	2
Anmerkungen zum Ablauf eines Einzeltermins während der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung <i>Andreas Richterich</i>	17
Einsichtnahme in die Patientenakte <i>Martin H. Stellpflug</i>	31
Erste Erfahrungen als Gutachterin mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie und den Veränderungen der Psychotherapie-Vereinbarung seit 1.4.2017 <i>Christa Schaff</i>	39
Materialien und Reflexionen zur Ehe Minderjähriger in Deutschland <i>Christian K. D. Moik</i>	46
Die Praxis-Homepage <i>Christoph von Drachenfels, Heiko A. Giermann</i>	63
<i>Kolumnen</i>	
Aktuelle Rechtsfragen <i>Bernhard Michatz</i>	67
Forum-BKJPP vor 25 Jahren Entwicklung <i>Christian K. D. Moik</i>	72
<i>Ausschreibungen</i>	
Promotionsstipendium Stiftung Irene in der Autismusforschung	75
Weber-Bosch-Preis	77
Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter – Förderpreis 2017	78
<i>Beitrittserklärung BKJPP</i>	80
<i>Abonnement forum</i>	81
<i>Hinweise für Autoren</i>	82
<i>Media Daten 2017 / 2018</i>	94
<i>Impressum</i>	95

Die paradoxe Intention nach Viktor E. Frankl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Klaus Baumann

Bei der paradoxen Intention nach Viktor E. Frankl geht es um die Anleitung „des phobischen Patienten, sich das zu wünschen, wovor er sich so sehr fürchtet“ (Frankl, 2009, S. 243). Beispielsweise soll ein Patient, der sich davor fürchtet, in der Öffentlichkeit zu kollabieren, augenzwinkernd zu sich selbst sagen „Heute geh´ ich einmal aus, um mich vom Schlag treffen zu lassen“ (Frankl, 2009, S. 244). Oder: Wenn jemand große Angst davor hat, andere Menschen mit schweißnassen Händen begrüßen zu müssen, kann er folgenden Vorsatz fassen: „Bei der nächsten Begrüßung werde ich extra viel, am besten gleich einen ganzen Liter schwitzen. Ich werde so viel schwitzen, dass sich die andere Person das Händewaschen sparen kann.“ Ein absurd und lächerlich erscheinender Wunsch „entfaltet sich wie ein Schutzschirm über der überängstlichen Person und schützt sie mittels gesundem Trotz und groteskem Humor vor dem Ernstnehmen ihrer eigenen Horrorfantasien“ (Lukas, 2011a).

Einordnung der paradoxen Intention, Indikationsgebiete und Nachweise ihrer Wirksamkeit

Frankl hat im Jahr 1929 das Prinzip der paradoxen Intention erstmalig angewendet und in den folgenden Jahren zur Methode ausgebaut bzw. in sein System der Logotherapie eingebaut (Frankl, 1995, S. 38f). Zur Frage der Priorität, nennt er ehrlicherweise die „Mit-Finder“ Rudolf Dreikurs, Erwin Wexberg und H. v. Hattingberg und setzt bescheiden hinzu: „Es ist auch nicht anzunehmen, dass die paradoxe Intention, wenn sie wirklich wirksam sein soll, nicht ihre Vorgänger und Vorläufer gehabt haben sollte.“ (Frankl, 1995, S. 39). Mehr noch: Sie ist eine Bewältigungsstrategie, die „im Menschen bereitliegt“ (Frankl, 1995 S.50) und zum eigenen Gebrauch schon immer von

Menschen auch außerhalb professioneller Psychotherapie erfunden wurde. Daher kommt das Prinzip auch in der Ethnopsychiatrie vor, wie z.B. in der Volksmedizin der Ifaluk oder beim Curandero, dem amerikanisch-mexikanischen Schamanen (vgl. Frankl, 1995, S.50; Frankl beruft sich auf folgende Autoren: J. Ochs, Wallace und Vogelsson). Auch gibt es im Tierreich Korrelate, z.B. wenn bei kämpfenden Wölfen oder Hunden das schwächere Tier dem stärkeren Gegner seine ungeschützte Kehle darbietet und damit bei ihm eine Beißhemmung auslöst (vgl. Lukas, 2011a). Die beiden Hauptindikationsgebiete der paradoxen Intention im therapeutischen Kontext sind Angst- und Zwangserkrankungen. Bei der Sichtung der zahlreichen Kasuistiken in der Literatur konnte ich jedoch noch viele andere Anwendungsgebiete entdecken: Einschlafstörungen, Alpträume, Stottern, Enuresis, Zittern, Ticstörungen, Halluzinationen etc. (Frankl, 2009; Frankl, 2005; Frankl, 1995; Frankl, 1999; Gerz, 1966). Elisabeth Lukas geht sogar so weit, die paradoxe Intention in jeder Situation vorzuschlagen, in der die Macht eines „Gegners“ (z.B. diejenige der eigenen Angst, aber auch diejenige von realen Personen) neutralisiert werden soll (Lukas, 1994). Lukas verdeutlicht dies u.a. mit folgendem Beispiel: „Paradoxe Intention ist auch ein adäquates Erziehungsmittel, wenn Kinder im Kräftering mit ihren Erziehern versuchen, der Stärkere zu sein. Ein Kollege von mir erzählte einmal lachend, wie schnell seine beiden Söhne, die miteinander in die heftigste Prügelei verwickelt waren, damit aufhörten, als er ihnen freundlichst vorschlug, ihnen 'das Prügeln abzunehmen' indem er sie gemeinsam verklopfte. Sein 'Hilfsangebot' wurde nicht nur nicht angenommen, es bewirkte auch das sofortige Auseinandergehen der beiden Streithähne“ (Lukas, 1994). Kontraindiziert ist die paradoxe Intention bei allen realistischen Ängsten (z.B. wenn die Eltern planen, sich zu trennen), bei Psychosen, Süchten, suizidalen Krisen und vielen anderen Krankheitsbildern, die keine irrationale Entstehungskomponente aufweisen. Die Effektivität der paradoxen Intention wurde empirisch in etlichen Vergleichsstudien bei Erwachsenen nachgewiesen (z.B. Solyom et al., 1972; Turner & Ascher, 1979, Teil-Überblick bei Grave et al., 2001).

Erklärungen für die Wirkweise

Es gibt viele theoretische Begründungen und Erklärungsansätze für die Wirkweise der paradoxen Intention. Frankl selbst betont u.a., dass durch diese die „Fähigkeit zur Selbst-Distanzierung“ mobilisiert wird (Frankl, 1995, S. 35). Der Menschen ist sich selbst und seinen pathologischen Reaktionsmustern nicht hilflos ausgeliefert, sondern er kann sich von ihnen, also von sich

selbst distanzieren. Ein bekanntes Frankl-Zitat lautet „Muss man sich denn auch alles von sich gefallen lassen? Kann man nicht stärker sein als die Angst?“ (Frankl, 2008). Worin besteht aber das Reaktionsmuster der Angst? Ein harmloses Symptom, wie z.B. das Erröten, ein erhöhter Puls oder vieles mehr, kann durch eine Erwartungsangst massiv verstärkt oder gar erst erzeugt werden. Sodann kommt eine zirkelartige Perpetuierung in Gang, die durch Flucht und Vermeidung aufrechterhalten wird. Bei den Zwängen besteht das pathologische Reaktionsmuster aus einem unsinnigen Ankämpfen z.B. gegen eine irrationale Restunsicherheit, aber auch das „Nachgeben“ gegenüber dem Diktat der Zwangsvorstellung spielt eine zentrale Rolle. Auch dieser Teufelskreis wird letztlich durch Vermeidung aufrechterhalten (vgl. Frankl, 1995, S. 35ff.). Weil die Vermeidung jeweils eine große Rolle spielt, ist also das Gegenteil, die „Flucht nach vorne“ heilsam. Der Stier wird gleichsam bei den Hörnern gepackt (Frankl, 1995, S. 37). Ähnlich – nur mit lerntheoretischem Akzent – wird bei der verhaltenstherapeutischen Expositions- und Konfrontationstherapie argumentiert.

Die Frankl'sche Technik unterscheidet sich allerdings in einem wichtigen Punkt von der verhaltenstherapeutischen Expositionsübung: Eine Intention ist mehr als eine gedankliche Vorstellung eines bestimmten Verhaltens - wie sie in einer verhaltenstherapeutischen in sensu Übung praktiziert wird - und mehr als eine Kognition - wie sie im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie gemeint ist. Sie ist vielmehr ein emotional gefärbtes Wollen, ein im besten Fall erwartungsvolles oder freudiges Wünschen, ein affektiv-gedankliches „Langen nach“, welches noch zusätzlich ins Absurde gesteigert wird. Wie aber kann ein Wunsch in ein psychisches Reaktionsmuster eingreifen? Frankl kannte nicht nur das konstruktive Vermögen von Wille und Wunsch (z.B. den „Willen zum Sinn“), sondern er wusste auch umgekehrt, dass jede Intention einen „störenden Einfluss auf die Funktion“ hat (Frankl, 1995, S. 161). Und zwar gilt das sowohl für normale, als auch für abnorme Funktionen. Dass eine normale physiologische Funktion durch eine Intention irritiert werden kann, sieht man am besten bei den Sexualstörungen. Wenn nämlich die normale Potenz oder Orgasmusfähigkeit durch das überanstrengte Anpeilen oder forcierte „Herbeiwünschen“ gestört wird. Auch andere physiologische Reaktionen wie das Schlafen oder das natürliche Lachen kann ja nicht per Willensakt herbeigeführt werden, sondern im Gegenteil, diese werden durch solche „gewaltsame“ Aktionen geradezu verhindert. Analog kann eine abnorme Funktion, beispielsweise eine übergroße Angst, durch ein „scheinbares

Wünschen“, die paradoxe Intention also, therapeutisch gestört und dadurch wieder normalisiert werden (Frankl, 1995, S. 161).

Man kann die Wirkung auch als reziproke Hemmung interpretieren: Wie bei dem Zusammenspiel eines agonistischen und antagonistischen Muskelpaares, oder ähnlich wie sich mathematisch „Minus“ und „Plus“ auf „Null“ abgleichen, vermag ein sehnlicher Wunsch die Angst zu neutralisieren.

Ein weiterer wichtiger Wirkfaktor der paradoxen Intention und ein mächtiges Mittel zur Selbstdistanzierung ist der Humor. „Es gibt kaum etwas im menschlichen Dasein, das es dem Menschen so sehr und in einem solchen Ausmaß ermöglichte, Distanz zu gewinnen, wie der Humor. (...) Der Humor gestattet es dem Kranken, jene Distanz zu schaffen, die ihn das Symptom (...) erst so recht objektivieren lässt. Und diese Objektivierung ist in der Therapie der Angstneurose, wo nicht der Neurose überhaupt, von allergrößter Wichtigkeit; denn solange der Kranke etwa die Angst in sich nicht so weit objektiviert hat, dass er von 'der Angst' (...) spricht, sondern immer, wie ehemals, von sich selbst als dem, der da irgendetwas fürchtet, solange er demnach sich selbst, nach wie vor, mit der (...) Angst identifiziert, ebenso lange kann auch keine Persuasion einen therapeutischen Effekt erzielen. Mit unserer Methode der humorvollen Formelbildung - selbstverständlich nach vorangegangener sachlicher Aufklärung - lässt sich jedoch die so heilsame Distanz und Objektivierung des Symptoms in überraschend kurzer Zeit gewinnen (...).“ (Frankl, 1995, S. 156f.)

Weitere sehr prägnante Erklärungen der paradoxen Intention findet man bei Elisabeth Lukas. Sie bezeichnet die paradoxe Intention als „Verspottung der Angst“ (Lukas, 1994). Auch betont sie, dass Irrationales nur irrational bekämpft werden kann: „Patienten, die sich mit irrationalen Problemen herumschlagen, zittern auf krankhafte Weise um ihr Wohlergehen, Gesundbleiben, Anerkannt- und Geschätzt-Werden, um ihre Erfolge, ihre Sicherheit, ihren Selbstwert. Die Spinne in der Wohnzimmerdecke bedroht sie genauso, wie die Bakterien auf der Türklinke es tun (...). Die irrationale Angst bleibt erhalten, obwohl ihre Unsinnigkeit und Überflüssigkeit rational erkannt worden ist. Irrationalität erweist sich als ein Problem, das rational nicht zu lösen ist (...). 'Weil mich meine Mutter stets mit Liebesentzug bestraft hat, wenn ich schlechte Noten heimgebracht habe, reagiere ich heute noch panisch auf jede Versagensmöglichkeit' – so etwa lautet eine rationale Erklärung irrationaler Gefühlsvorgänge. Jetzt hat die Mutter den Makel der Neurosenverursacherin;

aber hat der Sohn die Neurosenfreiheit?“ (Lukas, 2011b). Die paradoxe Intention hingegen verlegt die „Lösung in die Ebene der Irrationalität. Der Patient soll sich weder wohler fühlen noch es leichter haben, noch die Berührung mit seinen ‚Gespenstern‘ vermeiden. (...) Nicht das Zu-verstehen-Versuchen, sondern der unverständliche Schrecken wird in gigantische Höhen gejagt. Spinnen in allen Ecken, am besten als Bettgefährten, Bakterien am ganzen Leibe, am besten kolonienweise, Erstickungsanfälle am laufenden Bande, am besten im Studentakt, und Blamagen über beide Ohren, am besten als komplette Sammlung aller dazu geeigneten Gelegenheiten (...).“ (Lukas, 2011b)

Lukas verweist auch darauf, dass die paradoxe Intention zwar nicht auf den ersten Blick, aber doch letzten Endes dem Patienten einen Weg in eine bestimmte Art von Behütetsein zeigt: „Durch das „generöse Loslassen des (...) verzweifelt Begehrten“, durch die „Preisgabe des Ichs an seine imaginierte Schutzlosigkeit“ wird paradoxerweise „das Ich zum Vertrauen in ein fundamentales Beschützt-Sein zurückgeführt“ (Lukas, 2011b). Schließlich wird gerade in der Logotherapie die Erfahrung von „Geborgenheit im Verborgenen und im Transzendenten“ in allen schwierigen Lagen des Menschen, besonders auch beim Erleben von übermäßiger Angst und Verunsicherung - thematisiert (Lukas, 2012).

Die paradoxe Intention bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen wird die paradoxe Intention – nach meiner Erfahrung – viel zu selten angewendet. Im Gespräch mit Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und anderen Fachkollegen stelle ich immer wieder fest, dass der Begriff nicht bekannt ist bzw. mit der paradoxen Intervention¹ verwechselt wird. In den deutschsprachigen Lehrbüchern der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinder- und Jugendpsychotherapie findet sich kein Hinweis auf die paradoxe Intention, übrigens auch nicht auf Viktor Frankl. Hinweise fehlen auch in der störungsspezifischen Literatur zu Angst-, Zwangs- oder Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen (z.B. Schneider, 2003; Wewetzer & Wewetzer 2011; Wiater & Lehmkuhl 2011). Das ist umso erstaunlicher, da – wie oben bereits angedeutet – eine enge Verwandtschaft der paradoxen Intention mit verhaltensthe-

¹ Paradoxe Interventionen wurden insbesondere durch das von Mara Selvini Palazzoli und Kollegen in den 1970iger Jahren entwickelte Mailänder Modell bekannt. Vgl. auch den Klassiker der Systemischen Therapie: „Paradoxon und Gegenparadoxon“ (Selvini Palazzoli et al., 2011) - Ich danke Herrn Dr. Spitzcok von Brisinski für diesen Hinweis.

rapeutischen Methoden wie z.B. Expositions- und Konfrontationstechniken besteht und auch in den verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern der Allgemeinen Psychiatrie Frankl und die paradoxe Intention ganz selbstverständlich zitiert werden (z.B. Linden & Hauzinger, 2000). Auch zu anderen paradoxen Techniken wie „Symptomverschreibung“, die natürlich auch bei Kindern und Jugendlichen Anwendung finden, gibt es Ähnlichkeiten. Allerdings bestehen auch hier Unterschiede. Um diese deutlich zu machen, soll ein kurzes Beispiel angeführt werden: Filip und Andrea Caby beschreiben in ihrer „Kleinen Psychotherapeutischen Schatzkiste - Teil 1“ unter der Rubrik „Verordnen von Symptomen (Paradoxe Intervention)“ folgenden Fall: Einem Kind, das wegen „ständigem Lügens“ vorgestellt wird, wird zunächst die Frage gestellt, ob es bereit sei, eine ungewöhnliche oder etwas verrückte Aufgabe zu erledigen. Sodann wird verordnet, dass es bis zum nächsten Termin mindestens fünf Mal täglich gegenüber den Eltern eindeutig und auffällig lügen solle. Auch die Eltern bekommen eine Aufgabe: Sie sollen herausfinden, welche Lügen es waren (Caby & Caby, 2011). Man sieht: Das paradoxe Vorgehen ist die Gemeinsamkeit zur paradoxen Intention. Allerdings wird auf mögliche Ängste oder Befürchtungen z.B. vor Strafen, die sehr wahrscheinlich mit dem Lügen in Verbindung stehen, gar nicht eingegangen. Auch wird das Lügen nicht formelhaft gewünscht oder intendiert, sondern es soll „nur“ durchgeführt werden.

Mehrere Kasuistiken mit Anwendung der paradoxen Intention bei Kindern oder Jugendlichen finden sich in den Büchern von E. Lukas bzw. E. Lukas / H. Schönfeld (Lukas & Schönfeld, 2016). Nach meinen Recherchen gibt es nur eine einzige Publikation, welche die paradoxe Intention ausschließlich bei Kindern und Jugendlichen thematisiert. Und zwar handelt es sich um einen Artikel aus dem Jahr 1964 von J. Lehembre, auf den Frankl selbst hinweist (Lehembre, 1964; Frankl, 1995 S. 44). In dieser Publikation werden insgesamt vier Fälle beschrieben, die aus einer stationären Behandlung im Kinderkrankenhaus in Nimwegen und aus einer ambulanten Behandlung in der poliklinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Utrecht stammen. Sie sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

Einem 12jährigen Mädchen, das seit dem 5. Lebensjahr stottert, aber ohne zu stottern singen kann, wurde gesagt: „Zeige den Kindern, dass du besser stottern kannst, als alle anderen“. Das Mädchen habe auf diesen Vorschlag mit starkem Lachen reagiert. Zunächst zeigte sich keine Verbesserung, jedoch nach zwei Wochen intensiver Übung, paradox zu intendieren, trat eine Besserung ein. Nach 8 Monaten konnte sie ohne zu stottern sprechen.

Einem 13jährigen Jungen, der ständig in Sorge war, seine Hände können schmutzig sein, wurden geraten, sich zu wünschen, dass seine Hände außerordentlich schmutzig seien. Der Junge hatte außerdem die ständige Befürchtung, sich zu verletzen und an kleinen Wunden zu verbluten. Es wurde ihm geraten zu sagen: „Es ist gut, dass es blutet! Ihr werdet sehen, was ich für ein klasse Typ bin! Ich verliere all mein Blut. Seht doch, schon ich bin mausetot.“ Nach etwa einer Woche trat eine deutliche Verbesserung der Symptomatik ein.

Weiterhin wird in dem Artikel von einem 12jährigen Jungen berichtet, der vor allem in den Fächern Physik und bei den Gesangsstunden Ängste entwickelte, einen Herztod zu erleiden.

Ihm wurde gesagt: „Wiederhole für dich selber: Eins, zwei, drei, der Herztod kommt herbei – heute werde ich dreimal sterben“. Gleichzeitig wurde eine Medikation mit Haloperidol begonnen. Nach drei Wochen bemerkte man eine leichte Verbesserung...

Und schließlich: Ein 13-jähriger Junge verweigerte plötzlich den Schulbesuch aus Angst, dass dort „etwas geschehen“ könne. Er entwickelte Schwindel, Übelkeit und empfand außerdem einen schlechten Geruch in der Klasse. Es wurde ihm vorgeschlagen, er solle sich einen widerlichen Geruch in der Klasse wünschen, sowie ausgeprägten Schwindel und Erbrechen. Der Patient erschien sehr unregelmäßig zu den weiteren Terminen und es war ihm kein einziges Mal gelungen, paradox zu intendieren. In diesem Fall konnte keine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden.

Eigene Kasuistiken

Im Rahmen meiner eigenen ambulanten psychotherapeutischen Tätigkeit konnte ich die paradoxe Intention in vielen Fällen erfolgreich anwenden. Zunächst folgt eine Kasuistik, die ausführlicher dargestellt ist. Die folgenden werden aus didaktischen Gründen stark verkürzt dargestellt, d.h. ohne Komorbiditäten und ohne psychosoziale oder entwicklungsgeschichtliche Belastungsfaktoren.

Ein 11-jähriges Mädchen L. wurde von seinen Eltern vorgestellt und folgende Problematik geschildert: Seit etwa einem Jahr lehne L. sich nirgendwo an, sie sitze immer auf der Stuhlkante, da sie die Befürchtung habe, diese Flächen sind verunreinigt. Wenn sie eine ihrer Meinung nach schmutzige Fläche berühre, komme es zu einer Art Abschüttelbewegung der Hand. Ihre beiden

jüngeren Geschwister dürfen nicht mehr ihr Zimmer betreten, das sie ja „den Finger in der Nase haben“ und sie das ekelig finde. Seit ihr kleiner Cousin auf dem Sofa gewickelt wurde, will sie sich nicht mehr darauf setzen. Wenn sie schmutzige oder vermeintlich schmutzige Sachen anfasse, müsse sie sich die Hände waschen. Dies sei an manchen Tagen bis zu ca. 20 Mal geschehen. Sie könne zum Abtrocknen kein Gemeinschafts-Handtuch benutzen, versprühe im Zimmer Desinfektionsmittel und benutze häufig Handdesinfektionsmittel. Auch habe sie Schwierigkeiten, ihre Spucke zu schlucken und es komme zu unwillkürlichem Räuspern. Die Eltern schildern einen enormen Leidensdruck, da L. ihr ganzes Umfeld in ihre Zwänge einspannt. Zum Vorstellungszeitpunkt war L. bereits für eine stationäre Therapie in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angemeldet und auf eine Warteliste gesetzt. Die Eltern wünschten, dass in Zwischenzeit bis zur stationären Aufnahme bei mir eine ambulante Psychotherapie stattfinden solle.

Bei den ersten Einzelkontakten fiel auf, dass L.s Mimik wie versteinert wirkte. Die ganze Körperhaltung war deutlich angespannt, sie saß nur auf der vordersten Stuhlkante. Die Kontaktaufnahme gestaltet sich zunächst schwierig, da L. auf alle Fragen nur äußerst knapp antwortete oder gar nichts sagte. Nach einer Basisdiagnostik (CBCL, Mannheimer Elternfragebogen, WISC-IV) und einer störungsspezifischen Diagnostik (CY-BOCS) mit vertiefter Exploration sowie nach Auswertung von Wochenrückmeldungen durch die Eltern wurde die sich bereits bei der Anamnese abzeichnende Diagnose „Zwangsgedanken und -handlungen gemischt – F42.2“ gestellt. Eine adjuvante Psychopharmakotherapie mit einem SSRI wurde empfohlen, aber von den Eltern nicht gewünscht. Die ersten therapeutischen Interventionen orientieren sich an dem Manual von Christoph und Gunilla Wewetzer zu Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter (Wewetzer & Wewetzer, 2011). Nach verschiedenen Distanzierungsmethoden (z.B. Benennen des Zwangs, „Besuchszeiten“, etc.) und einer vorbereitenden Erklärung von Spannungskurven und wurde eine Exposition mit Reaktionsmanagement in sensu und in vivo durchgeführt. Beispielsweise sollte der als „ekelig“ empfundene Tisch im Therapieraum möglichst lange berührt und ein zwanghaftes „Abschütteln“ der Hand möglichst lange vermieden werden. Es wurden gemeinsam mit L. verschiedene weitere Expositionsübungen im Rahmen der Therapiesitzungen und für zu Hause geplant und durchgeführt. Empfohlene Entspannungsübungen wurden von L. strikt abgelehnt. Die therapeutische Beziehung hatte sich mittlerweile gefestigt, die Patientin konnte inzwischen weitgehend unbefangen erzählen und war zunehmend kooperativer. Die Eltern berichten zu diesem Zeitpunkt, dass sich die Symptomatik nur punktuell, aber insgesamt nicht

wesentlich verbessert habe. Dies war für mich der Moment, die paradoxe Intention einzusetzen: Ich riet der Patientin, „zur Abwechslung“ sich einmal vorzunehmen, ihre Geschwister in ihr Zimmer einzuladen und sie mit einem „Willkommensgeschenk“ zu überraschen. Bislang versuchte sie nämlich immer verzweifelt, ihre Geschwister aus ihrem Zimmer fernzuhalten, weil diese „alles schmutzig“ machen. Die erste Reaktion auf diesen Vorstoß war starke Empörung über meinen absurden Vorschlag. Als ich jedoch den Vorschlag in verschiedenen Sitzungen immer wieder wiederholte, schaffte sie es, auf diesen Gedanken zumindest ohne brüske Ablehnung zu reagieren. Ein andermal wurde ihr scherzhaft vorgeschlagen, sich mit dem „verkeimten“ Gemeinschaftshandtuch zu Hause recht gründlich und möglichst häufig abzutrocknen. Sie solle doch einmal versuchen, einen Rekord im Benutzen von diesem verkeimten Handtuch aufstellen. Dieser fehle noch im Guinness-Buch der Rekorde. Ein Arbeitsblatt mit dem Logo „Guinness World Records“ zusammen mit einem augenzwinkernden Smiley wurde erstellt, auf dem derartige „Rekorde“ dokumentiert werden konnten. Das Arbeitsblatt wurde von L. als „Blödsinn“ zurückgewiesen und nicht bearbeitet. Die Eltern berichteten jedoch später, dass es im weiteren Verlauf kaum mehr zur Vermeidung des Gemeinschaftshandtuches kam. Weiterhin wurde L. vorgeschlagen, doch einmal gründlich dafür zu sorgen, sich auf einen wirklich verschmutzten Stuhl zu setzen. Die Stühle hier im Raum seien eigentlich noch viel zu sauber. Ich zeigte ihr, wie man z.B. durch Abwischen einer Schuhsohle einen Stuhl „richtig“ dreckig machen könne und setzte mich mit gespielter Wohlbehagen darauf. Weiterhin wurde versucht, mit L. ein Poster zu gestalten, das den Titel trug: „Unser Familien-Dreck“. Allmählich gelang es L. auf solche überspitzten und provokativen Ideen ansatzweise mit Humor reagieren. Mittlerweile war die Wartezeit zur voll-stationären Aufnahme abgelaufen, die ambulante Psychotherapie musste pausieren. Die Stationsärztin rief mich an und teilte mit, sie sehe bei L. – außer gelegentlichen Räuspertics und einer all-gemein angespannten Psychomotorik – kaum eine wahrnehmbare Symptomatik. Jedenfalls keine Zwangshandlungen mehr...

Im kritischen Rückblick auf den Fall – diesen verdanke ich einer persönlichen Mitteilung von Frau E. Lukas – hätte die paradoxe Intention schon zu Beginn noch viel zielgenauer angewendet werden können. Warum vermied L., mit Schmutz in Berührung zu kommen? Vielleicht fürchtete sie krank zu werden? Dann hätte das Motto lauten können: „Hurra, Kranksein ist herrlich, man wird verwöhnt, muss keine Schularbeiten machen, etc.“. Oder stand die Angst vor Bakterien im Vordergrund? Die paradoxe Intention hätte lauten können: „Halte dir die Bakterien als Haustiere! Jeder will sie ausrotten. Ge-

währe du ihnen eine Zufluchtsstätte auf deinen Armen, rede liebevoll mit ihnen ... Die Expositionsübung „Hand auf den Tisch legen“ zielte hingegen auf die Folge und nicht auf den Inhalt der Angst.

Ist die paradoxe Intention auch bei Trennungsängstlichkeit anzuwenden? Bei dieser für das Kindes- und Jugendalter so spezifischen Symptomatik bestehen ja bekanntlich häufig Ängste, dass den Eltern oder engen Bezugspersonen etwas zustößt. Man kann ja schlecht einem Kind raten, sich zu wünschen, dass seine Eltern aus dem Urlaub nicht mehr wiederkommen, oder sich zu wünschen, dass ihnen möglichst schlimme Unfälle passieren, etc. Das folgende Beispiel soll zeigen, dass eine paradoxe Intention in einer bestimmten Variation dennoch möglich ist: Mir wurde ein 12jähriger Junge mit einer starken Trennungsängstlichkeit vorgestellt. Wenn J. allein zu Hause sei, müsse er seinen Eltern ständig Nachrichten über „WhatsApp“ schreiben oder sie anrufen. In der Öffentlichkeit kommen unangenehme Gefühle – verbunden mit Zittern und einem Kloßgefühl im Hals, wenn Vater oder Mutter außer Sichtweite sind. Der Schulbesuch werde immer schwerer möglich, es kam schon zu vielen Fehlzeiten. Wenn seine Mutter nachts arbeite (sie ist als Krankenschwester tätig), schlafe er im elterlichen Bett. Zunächst wurden mit dem Jungen die Vor- und Nachteile des Alleinseins erarbeitet. In einer weiteren Sitzung, bei der ich mich nur mit den Eltern verabredete, wurden diese gefragt, was sie denn dazu beitragen könnten, dass noch mehr Vorteile entstehen. Ich plädierte dafür, große Vergünstigungen für das Alleinsein oder Alleinschlafen zu gewähren. Beispielsweise wurde „ausgehandelt“, dass, wenn Mutter wieder nachts arbeiten müsse, ihr Sohn das Licht länger anlassen könne und – ganz gegen die sonstige Regelung – im Bett mit seinem Smartphone spielen dürfe. Dadurch wurde erreicht, dass sich der Junge auf die nächste Abwesenheit der Mutter zu freuen begann. Er intendierte dadurch, was er sonst so sehr fürchtete. Schließlich wurde – nach vorheriger Rücksprache mit den Eltern – ein „innerer Spruch“ mit dem Jungen vereinbart, der lautete: „Ich komme gut selbstständig klar und bin nicht abhängig von euch“. Es wurde darauf hingewiesen, diesen Spruch nicht als Angriff gegen die Eltern zu verstehen, sondern als Eigenappell an die zu stärkende Selbstständigkeit. Nach einigen Wochen kam es zu einem deutlichen Rückgang der ständigen Rückversicherungen und zu einem stärkeren Tolerieren des Alleinseins.

Ein 9jähriger Junge, wurde u.a. wegen starker Ängste vor Einbrechern vorgestellt. O. habe deshalb starke Einschlafschwierigkeiten. Daraufhin wurde mit dem Jungen lange über das Einbrechen und über den „Beruf“ eines „Ein-

brechers“ geredet. Schließlich konnte ich halb scherzhaft suggerieren, dass es auch ganz arme und bedauernswerte Einbrecher gebe, die mit dem Einbrechen ihre Familie ernähren müssten. Den armen Einbrechern müsse doch geholfen werden! Nach einigem Zögern konnte O. zustimmen, da es seine prosoziale Einstellung herausforderte. Daraufhin wurde er gefragt, ob er denn einen Gegenstand habe, den er den Einbrecher freiwillig überlassen könne. O. fand, dass er eine etwas kitschige aber vielleicht wertvolle Kaffeetasse von seiner Großmutter habe, die er gerne „opfern“ könne. Es wurde vereinbart, dass O. diese Tasse offen auf seinen Schreibtisch stellen solle. Dann wurde an einem Türschild mit folgender Aufschrift gearbeitet:

Das Ergebnis fiel nicht sogleich erfolgreich aus. Die Einschlafschwierigkeiten bestanden zunächst weiter. Erst nach einigen Wochen – wir fokussierten uns mittlerweile auf ein anderes Problem - berichtete mir O. nebenbei, dass er nun „viel cooler“ sei und keine Ängste und Einschlafschwierigkeiten mehr habe.

Ein 13jähriger Junge stellte sich mit folgendem Problem vor: Er empfinde es als unerträglich, wenn jemand, der nicht sein Vater oder Mutter ist, mit ihm im selben Raum schlafe. Er könne dann selbst nicht einschlafen. Als er kürzlich mit der Schule eine Klassefahrt unternahm, musste er von seinen Eltern nach zwei Tagen bzw. Nächten abgeholt werden. Neben verschiedenen Expositionsübungen (u.a. sollte er beim Schlafengehen vorher aufgenommen Schnarchgeräusche abspielen lassen, sein Patenonkel sollte möglichst häufig bei ihm übernachten und sollte möglichst häufig zeitgleich mit einer Entspannungsübung die beunruhigende Situation imaginieren) wurde gemeinsam mit ihm folgendes Türschild gestaltet:

Liebe Leute, hereinspaziert!
Hier gibt es Pizza und eine kostenlose Übernachtungsmöglichkeit!
Je mehr, umso besser!
Schnarchen erwünscht!

Nach drei Wochen fuhr der Junge in den Winterferien ein paar Tage lang zu seinen Großeltern. Er konnte tolerieren, dass sein Großvater mit im Zimmer übernachtete. Die Symptomatik war nach eigener Aussage nicht mehr vorhanden. Ein 17jähriger Gymnasiast, der bei seiner allein sorgeberechtigten Mutter lebt, gab an, große Sorge zu haben, „wie sein Vater“ zu werden. Dieser sei arbeitslos. Daher hatte er große Angst, keinen „guten“ Beruf zu bekommen.

Er fürchtete sich vor allem davor, Müllwerker zu werden. Ich versuchte ihm – zum Teil schmunzelnd, zum Teil im Ernst – darzulegen, wie interessant und wichtig der Beruf des Müllwerkers sei und wie erstrebenswert eine Karriere bei der Städtischen Müllabfuhr sein könne. Er solle sich daher fest vornehmen, Müllwerker zu werden. Auch wurde mit ihm gemeinsam versucht, die angenehmen Aspekte der Arbeitslosigkeit zu sehen. In etlichen weiteren Gesprächen konnte der Jugendliche einen weniger abwertenden Blick auf seinen Vater entwickeln. Die Ängste gingen deutlich zurück.

Eine 15jährige Jugendliche berichtete, nachts nicht mehr einschlafen zu können, weil sie sich vor Schritten fürchte, die sie schon mehrmals gehört habe und auf ihr Bett zukommen. Der Patientin war bewusst, dass es keine wirkliche Person gab, welche die Schritte verursachten. Nach ausführlicher Exploration, bei der auch eine dysthyme Stimmungslage deutlich wurde, deutete ich die akustischen Halluzinationen nicht als Prodromalsymptom einer schizophrenen Erkrankung, sondern als ängstlich-psychotisches Begleitsymptom einer depressiven Episode. Ich riet ihr, sich für Schritt-Geräusche zu interessieren. Beispielsweise könnte man auf die Unterschiede von Schritten, die durch verschiedenes Schuhwerk verursacht werden, achten. Die Jugendliche wurde animiert, mit ihrem Smartphone Tonaufnahmen von verschiedenen Schritten anzufertigen, um ein Hörquiz für ihre jüngere Schwester zusammenzustellen. Im Rahmen ihrer „Schritt-Recherchen“ könne sie auch die Geräusche der nächtlichen Schritte zu ihrem Bett verwerthen, daher solle sie beim Einschlafen das Smartphone griffbereit halten. Als sich die junge Patientin wieder vorstellte, berichtete sie schmunzelnd, dass es ihr nicht gelang, die nächtlichen Schritte aufzunehmen. Nach einigen Wochen mit weiteren Terminen waren ihre Ängste bezüglich der Schritte rückläufig, die Schritte selbst wurden auch seltener gehört.

Fallstricke bei der Anwendung

Ohne Frage ist die paradoxe Intention kein Allheilmittel und niemals sollte sie am falschen Platz angewendet werden. Frankl hat an vielen Stellen betont, dass nicht jede Therapie für jeden Therapeuten und nicht für jeden Patienten passt (Frankl, 1995, S. 19). Die paradoxe Intention kann daher aus zwei Hauptgründen scheitern:

Zum einen, wenn diese vom Therapeuten zu wenig glaubhaft angeboten wird. Dies ist u.a. der Fall, wenn beim Therapeuten die Befürchtung entsteht, vom

Patienten missverstanden oder als „verrückt“ abgestempelt zu werden. Daher fordert Frankl, dass es eines „Mutes zur Lächerlichkeit“ (Frankl et al., 1959, S. 725) bedarf. Diese ist umso mehr erforderlich, als dass die paradoxe Intention von einem sehr engagierten Vorsprechen oder Vormachen des Therapeuten lebt. Die paradoxen Sätze sind vorformuliert anzubieten. Und ein möglichst lebensnahes Vorspielen steigert den Effekt. Beispielsweise wischte ich vor den ungläubigen Augen eines Jugendlichen mit einer Bakterienphobie meine Handflächen auf den Boden und berührte dann lächelnd damit mein Gesicht und meine Haare, während ich sagte: „Ach ihr süßen kleinen Bakterien, ich hab euch ja so lieb“. Die Technik des „Vormachens“ ist auch in der Verhaltenstherapie als „prompting“ bekannt.

Zum anderen wird der Erfolg der Technik von der Persönlichkeit und der Gesamtsymptomatik des Patienten beeinflusst: Ich machte die Erfahrung, dass die paradoxe Intention vor allem bei Patienten gut geeignet ist, die besonders skeptisch-oppositionelle Persönlichkeitsmerkmale haben. Hingegen war die Anwendung bei Patienten mit depressiven Begleit-Symptomen deutlich erschwert. Man beachte die Kontraindikationen.

In manchen Fällen kann ein vorschnelles „Überstülpen“ der Technik zum Fallstrick werden. Dann ist es sinnvoll, die Formelbildung zunächst zurückzustellen und diese vorzubereiten. Man kann z.B. gemeinsam mit dem Patienten nach Gründen Ausschau halten, die zumindest nicht unplausibel machen, sich die gefürchtete Situation herbeizuwünschen. Diesen Vorgang könnte man als paradoxes Reframing bezeichnen. Bei den oben angeführten Fallbeispielen mit der Trennungängstlichkeit und bei der Angst vor den Einbrechern ist dies versucht worden. Eine weitere hervorragende Möglichkeit, um die „Verspottung der Angst“ zu bahnen und um eine sinnvolle Angst vor der unsinnigen zu unterscheiden, ist der „Wettbewerb um die größte Quatsch-Angst“. Diese ist von H. Schönfeld beschrieben worden: „Ich beginne: ‘Also gut, dann sprechen wir heute einmal über die Angst. Ich zum Beispiel habe immer Angst, wenn ich auf einen hohen Turm stehe. Hätte ich keine, würde ich vielleicht aus Übermut auf dem Geländer balancieren’. Florian grinst: ‘Dann kannst du abstürzen’. - ‘Die Angst vor dem gefährlichen Balancieren ist also geradezu lebenswichtig’. Wir halten fest: Angst ist manchmal eine richtig gute Sache! Wir finden noch andere Beispiele für ‘gute’ Angst, die uns schützt. Dann sage ich: ‘Ich habe Angst, dass mir gleich eine Bombe auf den Kopf fällt’. Florian lacht: ‘Das ist Quatsch’. Wir denken uns noch jede Menge Quatsch-Ängste aus, das wird ganz lustig. Wir lassen Haifische durchs

Zimmer schwimmen und Häuser versinken. Aber doof sind wir beide nicht, dass wir uns wegen solchem Unsinn fürchten“ (Lukas & Schönfeld 2016). Die paradoxe Intention in einem anderen Gewand, die ganz ohne Formelbildung auskommt, ist das Detektiv-Spiel (dieses verdanke ich einer persönlichen Mitteilung von Frau E. Lukas): Hat z.B. ein Kind Angst vor Gespenstern, so wird das Gespenst einladen, ganz nah heranzukommen. Welche Mode tragen Gespenster heutzutage? Immer noch weiße Gewänder, oder schon bunte? Und welche Socken trägt es? Geringelte oder gestreifte?

Zusammenfassend kann man die paradoxe Intention nach Viktor E. Frankl als eine in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie viel zu wenig beachtete, höchst effektive Technik bezeichnen, deren verstärkte Anwendung bei Kindern und Jugendlichen lohnen würde.

Literatur

- Caby, F., Caby, A.* (2011) Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Teil 1. 2. Aufl., Dortmund: Borgmann Media
- Frankl, V., Freiherr v. Gebattel V., Schultz J.H. (Hg.)* (1959) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Band 3, München, Berlin: Urban & Schwarzenberg
- Frankl, V.* (1995) Psychotherapie in der Praxis. 4. Aufl., München: R. Pieper Verlag. Unveränderte Ausgabe der 4. erweiterten und bearbeiteten Auflage von 1982, Wien: Franz Deuticke Verlag
- Frankl, V.* (1999) Theorie und Therapie der Neurosen. 8. Aufl., Basel: E. Reinhardt Verlag (UTB)
- Frankl, V.* (2005) Der Wille zum Sinn. 5. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber
- Frankl, V.* (2008) Bergerlebnis und Sinnerfahrung. 6. Aufl. Innsbruck, Wien: Tyrolia Verlag
- Frankl, V.* (2009) Ärztliche Seelsorge – Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Mit den „Zehn Thesen über die Person“. 2. Aufl., München: Deutscher Taschenbuch Verlag. Urspr. 1947, Wien: Franz Deuticke Verlag
- Gerz, H.O.* (1966) Über 7 jährige klinische Erfahrung mit der logotherapeutischen Technik der paradoxen Intention. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 16, 25ff.F
- Grave, K., Donati, R., Bernauer, F.* (2001) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 5. Aufl., Göttingen: Hogrefe-Verlag, erste Aufl. 1994
- Lehembre, J.* (1964) L'intention paradoxale. Procédé de psychothérapie. In: Acta neurologica et psychiatrica Belgica, 64, 725 – 735
- Linden, M., Hautzinger M. (Hg.)* (2000) Verhaltenstherapiemanual. 4. überarb. u. erw. Aufl. Heidelberg, New York: Springer Verlag

- Lukas, E.* (1994) Auch dein Leiden hat Sinn. Logotherapeutischer Trost in der Krise. Freiburg, Basel, Wien: Herder-Verlag
- Lukas, E.* (2011a) Wertfülle und Lebensfreude. Logotherapie bei Depressionen und Sinnkrisen. 4. erw. Aufl., München, Wien: Profil Verlag GmbH
- Lukas, E.* (2011b) Der Schlüssel zu einem sinnvollen Leben. München: Kösel-Verlag
- Lukas, E.* (2012) Freiheit und Geborgenheit. Süchten entrinnen - Urvertrauen gewinnen. 3. erw. Aufl. München, Wien: Profil Verlag GmbH
- Lukas, E., Schönfeld H.* (2016) Sinnzentrierte Psychotherapie. Die Logotherapie von Viktor E. Frankl in Theorie und Praxis. München, Wien: Profil Verlag
- Schneider, S.* (2003) Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart, New York: Springer-Verlag
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.,* (2011): Paradoxon und Gegenparadoxon. Ein neues Therapiemodell für die Familie mit schizophrener Störung. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 12. Aufl., Erstauflage 1977
- Solyom, L., Garza-Perez, J., Ledwidge, L., Solyom, C.* (1972) Paradoxical Intention in the Treatment of Obsessive Thoughts: A Pilot Study. In: Comprehensive Psychiatry, Vol. 13, 3, 291
- Turner, R.M., Ascher, L.M.* (1979) Controlled comparison of progressive relaxation, stimulus control and paradoxical intention therapies for insomnia. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 47, 3, 500 – 508
- Wewetzer, G., Wewetzer, Ch.* (2011) Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe-Verlag
- Wiater, A., Lehmkühl, G. (Hg.)* (2001) Handbuch des Kinderschlafs. Grundlagen, Diagnostik und Therapie organischer und nichtorganischer Schlafstörungen. Stuttgart: Schattauer Verlag

Dank:

Frau Prof. Dr. E. Lukas danke ich herzlich für die Durchsicht des Manuskriptes und für vielfältige Anregungen.

Autor:

Dr. med. Klaus Baumann
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Praxisanschrift: Hegelallee 48, 14471 Potsdam
nikolaus.baumann@web.de

Anmerkungen zum Ablauf eines Einzeltermins während der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung

Andreas Richterich

In der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung haben Einzeltermine eine wichtige Bedeutung für die Patienten, aber auch für die Eltern, die fallverantwortlichen Ärztinnen oder Therapeutinnen bzw. Ärzte oder Therapeuten (im Folgenden zusammenfassend Ärztinnen), die Stationsteams und den Therapieverlauf insgesamt. Durch die Besonderheiten des stationären Behandlungssettings sind die Aufgaben der Einzeltermine andere als bei der psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Setting. Die Besonderheiten in diesem Setting lassen sich aus dem Kontext heraus definieren: es sind insbesondere die begrenzte Anzahl der Einzeltermine mit der daraus resultierenden Notwendigkeit der Fokussierung, die Einpassung des Termins in den Gesamtkontext der stationären Behandlung, und die Ausprägung der Störung mit dem Überwiegen schwerer Symptome bei gleichzeitig häufig anzutreffendem niedrigem allgemeinen Funktionsniveau. Die Anzahl der Einzeltermine wird durch die Dauer der stationären Behandlung bestimmt; diese liegt im Bundesdurchschnitt bei inzwischen unter 38 Tagen. Selbst bei zwei psychotherapeutischen Einzelsitzungen pro Woche sind dies im Durchschnitt also nur elf Termine (!); eine umfassende und breit angelegte Psychotherapie lässt sich so nicht regelhaft umsetzen – gemeinsam mit Patient und Familie muss der Fokus der stationären Therapie sorgfältig ausgewählt werden. Natürlich gibt es eine gewisse Streuung bei der Aufenthaltsdauer, und es gibt auch weiterhin sinnvolle Indikationen für eine stationäre Behandlung von zwölf oder mehr Wochen Dauer – hier muss der Ablauf natürlich entsprechend angepasst werden. Der Einzeltermin im stationären Rahmen steht zudem in einem natürlichen Bezug zu den vielen weiteren Komponenten der Behandlung, genannt seien hier das ungewohnte Zusammenleben mit Gleichaltrigen auf der Station, die Interaktionen mit dem Pflege- und Erziehungsdienst, die weiteren gruppen- und fachtherapeutischen Angebote; es ist notwendig,

diesen Kontext angemessen einzubeziehen. Die Indikation zur stationären Behandlung wiederum wird fast nur noch bei krisenhaften Verläufen und schwer oder zumindest mittelschwer ausgeprägten Symptomen gestellt, und nicht selten bei Patienten und Familien, die über hohe Belastungen und wenige Schutzfaktoren berichten. In der beruflichen Erfahrung zeigte sich, dass diese vielfältigen Bezüge und Funktionen des Einzeltermins insbesondere in den ersten Jahren der Berufsausübung (zumindest für mich) nicht so einfach erkennbar waren, und es einige Zeit gebraucht hat, um diese Stück für Stück zu verstehen; retrospektiv erscheinen viele aufgetretene Fehler vermeidbar. Bei der Beschreibung des im Folgenden vorgeschlagenen Ablaufes für Einzeltermine soll daher besonders versucht werden, häufige Fehlerquellen zu beschreiben und durch rechtzeitige Berücksichtigung im Ablauf des Einzeltermins diese möglichst rechtzeitig zu erkennen und beachten zu können.

Eine stationäre Behandlung besteht aus wesentlich mehr als den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapieterminen. Trotzdem haben die Patienten, aber auch Eltern (obwohl sie nicht dabei sind!), Ärztinnen und Stationsteams eine hohe Erwartungshaltung den Einzelterminen gegenüber. Patienten hoffen – neben der Arbeit am „Kern“ der Problematik oder dem „Hauptauftrag“ – auf Verständnis und Unterstützung auch in Bezug auf andere Anliegen, oft ohne diese zu benennen oder benennen zu können (!); Eltern erwarten eine konstruktive, zielgerichtete, dabei aber als hilfreich und annehmbar empfundene Behandlung ihrer Kinder; Ärztinnen müssen neben den psychotherapeutischen auch diagnostische und institutionelle Aufgaben im Blick haben; und Stationsteams wiederum erwarten (neben vielen anderen Dingen) beispielsweise zumindest, dass Patienten nach einem Einzeltermin noch weiter am normalen Stationsalltag teilnehmen können.

Werden einzelne oder mehrere dieser Erwartungen dauerhaft nicht erfüllt, bleibt dies meist nicht ohne Folgen. Wenn Patienten das Gefühl haben, dass ihre aktuell relevanten Fragen keinen Raum finden, sinkt die Motivation zur Mitarbeit, im schlechtesten Falle wird die Therapie abgebrochen. Wenn Eltern – die direkt oder indirekt von ihren Kindern auch über die Inhalte der Einzeltherapie informiert werden – denken, dass die Arbeit in den Einzelterminen nicht zielgerichtet genug, oder für ihre Kinder nicht hilfreich ist, kann der ganze Auftrag in Frage gestellt sein. Beide Bedürfnisse – die der Eltern und die der Kinder, müssen in einem Prozess der Triangulierung mit der fallführenden Ärztin ausbalanciert werden (s. Richterich und Schulte-Markwort 2007a, S. 52-53). Der Einzelkontakt ist zudem der Zeitrahmen, in dem relevante klinisch-diagnostische Informationen gesammelt werden; einen Einfluss hat natürlich auch die jeweilige Ausrichtung mit der Betonung

tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer oder systemischer Ansätze, sowie eventueller anderer institutioneller Interessen (z. B. Forschung). Nicht zuletzt muss der Einzeltermin Bezug nehmen auf Informationen, Fragen und Aufträge der Stationsteams. Solange die Arbeit der Ärztin nicht durch Erfahrung naturalisiert ist, kann dabei eine wiederkehrende Reihenfolge Sicherheit bringen. In der Kurzübersicht sind die einzelnen vorgeschlagenen Punkte dabei:

Kurzübersicht

Vorbereitung

1. Begrüßung und Kontextmarkierung
2. Fragen/Wünsche/Beschwerden
3. Zwischenanamnese
4. Anamnese
5. Ziele
6. Kommitment
7. Sokratischer Dialog I
8. Symptombezogene, zielorientierte und an das Kommitment angepasste therapeutische Strategie: nächster Schritt (Bauchladen der Techniken: Aufgaben der letzten Stunde (anknüpfen) – gemeinsames Modell – Spiegeln – Klarifizieren – Konfrontieren – Deuten – Durcharbeiten – therapeutischer Narrativ – Containing – Gedankenexperimente – Verhaltensexperimente – Ausblick/Aufgaben)
9. Sokratischer Dialog II
10. Cooldown
11. Feedback: Wie geht es Dir? Was hat heute gefehlt? Wie zufrieden bist Du?
12. Abschiedsritual

Nachbereitung

Dieser Abfolge der jeweils mit einem Titel versehenen Abschnitte soll verstanden werden als Anregung, an bestimmten Punkten im Ablauf des psychotherapeutischen Einzeltermins zu prüfen, ob diese Anteile sinnvoll sind, um diese dann in angemessener Weise zu berücksichtigen. Hierbei spielt das Zeitmanagement eine große Rolle. Im Einzeltermin ist es Aufgabe der Ärztin, diese im Blick zu haben und – gemeinsam mit den Patienten und manchmal in Form eines Kompromisses – Struktur zu bieten und den Überblick zu behalten. Oft können dabei einzelne Punkte aus der Liste sehr knapp ausfallen

oder übersprungen werden. So kann es in Akutsituationen sinnvoll sein, nach der Begrüßung die zur Verfügung stehende Zeit allein für den Bericht des Patienten (also 2, evt. auch 3 und 4) sowie Cooldown und Abschiedsritual zu reservieren. Bei längeren, deutlich mehr psychotherapeutisch orientierten Behandlungen muss auch im stationären Rahmen die „eigentliche“ Arbeit (5-9) deutlich mehr betont werden. Fast immer aber ist es sinnvoll, die Punkte 1, 2, 10, 11 und 12 genau an diesen Stellen des Einzeltermins nicht vollständig zu überspringen, sondern wenigstens einige Momente hierfür aufzusparen. Bei länger dauernden Therapien mit stabilen Patienten sollte der allergrößte Teil der Zeit für die zentralen Abschnitte 7, 8 und 9 verwendet werden.

Vorbereitung

Die fallführende Ärztin hat bestimmte Aufgaben schon vor Beginn des Einzeltermins. Hierzu gehört verpflichtend, relevante Informationen und Aufträge zu kennen, sowie sich selbst und den Rahmen (zur Verfügung stehende Zeit, Ort, erreichbare Ziele) vorzubereiten. Ein Blick in die Dokumentation als kurze Ruhe- und Konzentrationsphase vor Beginn des Termins kann hilfreich sein (gab es Aufgaben aus der letzten Stunde? Dinge, über die der Patient sprechen wollte aus dem Feedback der letzten Sitzung?). Vermeidbare Fehler in dieser Phase sind: a) relevante und vom Patient, von Eltern oder vom Team schon benannte Informationen stehen nicht zur Verfügung, z. B. Absprachen aus der letzten Visiten oder Informationen aus Berichte von Voraufenthalten ; b) die Rahmenbedingungen des Termins (Ort, Zeitrahmen, Aufgaben) sind nicht klar - hierdurch wird es schwierig, die im Schritt 1 folgende Kontextmarkierung zu überblicken und zu strukturieren.

1) Begrüßung und Kontextmarkierung

Aufgabe: Der Beginn des Einzeltermins sollte die therapeutische Beziehung stärken und den Rahmen setzen. Idealerweise kommt der Patient eigenständig zum Termin; je nach Alter und Situation kann es notwendig sein, den Patienten abzuholen. Manchmal muss bei sehr aufgedrehten oder psychomotorisch erregten Patienten ein kurzer Ausflug in den Abschnitt 10 („Cooldown“) unternommen werden, um überhaupt beginnen zu können. Die Begrüßung sollte altersangemessen und freundlich gestaltet werden. Gleich nach der Begrüßung wird es Zeit für die Kontextmarkierung (context marking). Hiermit ist gemeint, dass die für den Termin geltende Regeln und Erklärungen gegeben werden, zum Beispiel was nun geschehen wird (insbesondere wichtig bei Erstkontakt mit Psychotherapie), wozu das Gespräch dient,

wer Informationen über dieses Gespräch erhält, wieviel Zeit zur Verfügung steht etc. Die Kontextmarkierung dient als Erläuterung (quasi Bedienungsanleitung) für den Einzeltermin und schafft so Sicherheit. Viele Patienten haben zum ersten Mal Kontakt mit psychotherapeutischen Einzelgesprächen, und auch wenn spontan keine Fragen gestellt werden zum Kontext bedarf es doch gewisser Erklärungen. Ein Beispiel ist die Auskunftspflicht gegenüber den Erziehungsberechtigten: Eltern erhalten allgemeine Informationen über die Einzeltherapie, aber nicht über spezifische Inhalte. So kann es durchaus notwendig sein, Eltern zu informieren, wenn in der Einzeltherapie Themen wie der Wunsch der Beendigung der Therapie oder Fragen zu psychopharmakologischen Optionen gestellt werden; es besteht aber – insbesondere bei Jugendlichen, aber grundsätzlich bei allen einwilligungsfähigen Patienten ein besonderer Schutz für Informationen, die bei einem Einzeltermin besprochen werden. Manchmal ist es wichtig, auch darauf hinzuweisen, dass eine sehr eingeschränkte Mitteilung über die Einzeltherapie auch in Visiten mit dem Team erfolgt – ohne diese Information sind Patienten eventuell irritiert, wenn diese Informationen anderen bekannt sind. Gleichzeitig kann hier auch besprochen werden, welche Informationen nicht mit anderen geteilt werden sollen (Wünsche des Patienten), und wo Grenzen der Schweigepflicht liegen (akute Eigen- oder Fremdgefährdung).

Vermeidbare Fehler bei der Begrüßung und Kontextmarkierung sind a) zu hohe Erwartungen an Begrüßung und Start (nicht alle Patienten sind gut gelaunt und den Einzelterminen gegenüber aufgeschlossen und arbeitsbereit – dies gilt es auszuhalten, und es ist m. E. durchaus Aufgabe der Ärztin, hiermit gelassen und konstruktiv umzugehen), b) eine fehlende Vorbereitung (angemessene Menge an Information – altersentsprechender Vortrag) oder fehlende Besprechung des Kontextes (Kontextmarkierung muss nicht erfragt werden, sondern ist eine Bringschuld der Ärztin), und c) die Vernachlässigung eigener nonverbaler Äußerungen (Kinder und Jugendliche haben einen sehr genauen Blick und nicht selten eine hohe Kränkbarkeit – Ärztinnen sollten eigene emotionale Zustände gut im Blick haben. Das Aufsagen formelhafter Sätze ohne Bezugnahme zum Gegenüber oder zur eigenen Person sollte vermieden werden). Hier kurz eine Anmerkung zur Frage der Abstinenz: Fokus der Therapie sind die Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen des Patienten (und nicht die der Ärztin); letztere kann aber eine Therapie nicht „anonym“ durchführen, also ohne Beteiligung ihrer Person, sondern muss bereit sein, mit Kindern und Jugendlichen auch über eigene Erfahrungen und Ansichten zu sprechen, sie muss im Kontakt eine tragfähige und für Patienten „spürbare“ professionelle Beziehung aufbauen.

2) *Fragen/Wünsche/Beschwerden*

Aufgabe: Eine stationäre Behandlung stellt den Patienten vor eine Reihe problemträchtiger Aufgaben. Es beginnt mit dem Zimmer und möglichen Zimmernachbarn, es geht über Tagesstruktur und Regeln bis hin zu Auseinandersetzungen mit Mitpatienten, Teammitgliedern und eigenen Symptomen; Einschränkungen zum Beispiel im Medienkonsum, im Kontakt mit Familie und Freunden kommen hinzu. Die Abschnitte 2, 3 und 4 stellen daher den Bericht des Patienten in den Vordergrund, mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten Fragen/Wünsche/Beschwerden setzt hierbei die Betonung auf die Möglichkeit des Patienten, aktuelle auf die stationäre Behandlung bezogene Anliegen vorzubringen, die – falls sie nicht ausreichend beachtet werden – durchaus eine hohe Eigendynamik entwickeln können. Beispielhaft seien hier drei typische Anliegen genannt. 1) Frage: „Warum muss ich an der Gruppentherapie teilnehmen?“ Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere Jugendliche wesentlich eher bereit sind, allgemeine Stationsregeln oder Behandlungsabläufe zu akzeptieren, wenn ausreichend der Zusammenhang erläutert wird. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Frage, wenn sie nicht der Ärztin gestellt werden kann, mit den Eltern besprochen wird – wir kommen also um eine Beantwortung ohnehin nicht herum. 2) Wunsch: „Kann ich an meinem Geburtstag zuhause mit meinen Eltern feiern?“ Möglicherweise ist der Patient schon eine ganze Weile mit dieser Frage zugange und hat noch nicht den richtigen Ort gefunden, um diese Frage zu klären. Es ist eine berechnete Frage und die Klärung kann zur Stärkung der therapeutischen Beziehung beitragen. Gleichzeitig erhält die Ärztin auch Informationen darüber, wie sehr es dem Patienten gelingt, eigene Anliegen zu formulieren und zu vertreten – insbesondere bei gehemmten und ängstlichen Patienten ergibt sich hier die erste Gelegenheit, Änderungen zu erreichen. 3) Beschwerde: „Gestern hat der Betreuer mich in mein Zimmer geschickt, das war ungerechtfertigt“. Auch für Beschwerden gilt, dass diese – wenn sie nicht ausgesprochen werden können – trotzdem ihre Wirkung entfalten. Es hilft, aktiv danach zu fragen.

Auch wenn keine Fragen, Wünsche oder Beschwerden geäußert werden sollte die Wirkung einer regelmäßigen Abfrage nicht unterschätzt werden; die Ärztin wird für die Patienten berechenbarer, bei im Folgenden auftretenden Problemen dieser Art ist klar, dass sie einen Platz haben und Beachtung finden.

Vermeidbare Fehler: a) Aktuelle und vielleicht sogar drängende Anliegen des Patienten werden nicht erfasst und stören über Motivationsverlust, Ablenkung oder Gereiztheit den weiteren Ablauf des Einzeltermins – und der Bezug (nämlich zu diesem Anliegen und nicht zum aktuellen Stand der Therapie)

wird nicht deutlich! b) Nicht zu viel versprechen! Es geht bei der Sammlung der Anliegen nicht darum, alle Wünsche sofort zu erfüllen. Ganz im Gegenteil kann es wichtig sein, gemeinsam mit dem Patienten nicht zu verändernde Rahmenbedingungen offen anzusprechen und Wege zu suchen, dies auszuhalten. Manche Anliegen können ohnehin erst nach Abstimmung mit dem Stationsteam oder dem zuständigen Oberarzt geklärt werden. Wichtig ist, die weiteren Schritte zu benennen und den Patienten dafür zu validieren, dass er seine Anliegen in angemessener Form vorbringt.

3) *Zwischenanamnese*

Aufgabe: Auch wenn spontan oder auf Nachfrage keine aktuellen Anliegen (Abschnitt 2) geäußert werden, kann es im stationären Kontext relevant sein zu erfahren, ob seit der letzten Sitzung etwas Besonderes geschehen ist. Was war am Wochenende/in der Besuchszeit? Wie läuft es in der Klinikschule/in den Fachtherapien? Gibt es andere Neuigkeiten (Verliebt, Selbstverletzung, für den Patienten relevante Entlassung oder Aufnahme eines anderen Patienten)? Hier kann es sinnvoll sein, geschickte Fragen zur Gedankenprovokation zu nutzen, zum Beispiel „Was war seit unserer letzten Sitzung das Schönste/das Schlimmste, was Dir passiert ist?“. Sehr oft dieser Punkt kurz gehalten werden, er sollte aber nicht dauerhaft ausgelassen werden. Stationäre Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen ist ein so dynamischer Prozess, dass ein Bestimmen des Fokus einmal am Anfang und dann ein „Abarbeiten“ an der Lebensrealität von Kindern und Jugendlichen vorbei denkt – insbesondere, wenn wie in der stationären Behandlung so viele Einflüsse auf einmal auf die Jugendlichen einwirken; Bedeutungen und Bewertungen ändern sich schnell – Ärztinnen sollten damit Schritt halten, am besten, indem sie Patienten nach diesen befragen.

Vermeidbare Fehler: a) Für den Patienten bedeutsame aktuelle Ereignisse oder Bedeutungsveränderungen werden nicht erfasst; b) Vorsicht: Sinn dieses Punktes ist nicht, sehr lange und ausschließlich über diese aktuellen Ereignisse zu sprechen – im Gegenteil ist das Ziel durch regelhaftes kurzes Auffangen dieser Dynamik den nötigen Raum für andere Programmpunkte in der Einzeltherapie zu schützen.

4) *Anamnese*

Aufgabe: Natürlich gehört die Anamnese an den Anfang der Behandlung; das bedeutet aber nicht, dass damit alle ausschlaggebenden Punkte und Bewertungen erfasst sind. Das Erzählen der eigenen Lebensgeschichte, im Zu-

sammenhang oder in Auszügen, ist nicht nur bei traumatisierten Patienten ein langwieriger und rekursiver Prozess (Richterich und Schulte-Markwort 2007b). Es bleibt also eine Aufgabe auch im Verlauf der stationären Behandlung, immer wieder auch mit der Anamnese zu arbeiten. Wichtig kann dies sein bei Patienten, die durch zum Beispiel eine depressive Störung auch in ihrer Motivation und Willensbildung eingeschränkt sind und von sich aus keine Anliegen vorbringen; hier ist es Aufgabe der Ärztin, Wege zur konstruktiven Zusammenarbeit zu suchen, und hierzu gehört als wichtiges Mittel das einfühlsame Erfragen der lebensgeschichtlichen Zusammenhänge.

Ein vermeidbarer Fehler besteht hier vor allem darin, sich zu schnell auf die eventuell zuvor erfolgte Diagnostik und Anamnese zu verlassen, ohne nachzufragen und Interesse zu signalisieren, denn oft kann erst nach Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung berichtet werden, was relevant, aber schamhaft ist.

5) Ziele

Aufgabe: Der Auftrag zur stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt meist von den Eltern oder erziehungsberechtigten, manchmal sogar liegt die Initiative bei anderen Institutionen (Schule, Jugendamt), und nur selten sind es die Kinder und Jugendlichen selbst, die diesen Auftrag entwickeln und durchsetzen. Dies führt nicht selten zum Erleben der fallführenden Ärztin, dass die Motivation für psychotherapeutische Einzeltermine gering ist. Der Punkt Ziele soll bei jeder Sitzung der Ärztin vergegenwärtigen, dass auch die Kinder und Jugendlichen Ziele haben, selbst wenn sie diese nicht allein benennen können. Es ist unsere Aufgabe, geduldig mit unseren Patienten diese Ziele zu erarbeiten. Manchmal sind diese anfangs nur funktional („ich will weniger Streit mit meinen Eltern“) – aber auch damit kann die Arbeit beginnen. Ganz ohne eigene Ziele des Patienten macht es wenig Sinn, mit den folgenden Therapieschritten weiter zu machen. In diesem Abschnitt muss evt. auch das aktuelle Ziel der Arbeit angepasst werden, beispielsweise bei therapiegefährdenden Verhaltensweisen – in diesem Sinne geht es also nicht nur um vom Patienten benannte eigene Ziele, sondern insgesamt um die Ziele der gemeinsamen Arbeit, und da kann es sein, dass zum Beispiel im Sinne der Dialektisch-Behavioralen Therapie eine Neubewertung der Ziele bei suizidalem Verhalten oder anderen therapiegefährdenden Schwierigkeiten nötig wird.

Vermeidbare Fehler sind bei diesem Schritt a) zu erwarten, dass Patienten ihre eigenen Ziele schnell und allein benennen können, hier ist Hilfestellung

erforderlich und b) zu erwarten, dass Kinder und Jugendliche ihre Ziele an einem „guten“ Wertesystem orientieren; dieses ist ja erst in der Entstehung, und auch materielle oder funktionale Ziele können dazu dienen, aus diesen zum Beispiel günstige Verhaltensweisen abzuleiten.

6) *Komitment*

Aufgabe: Wenn eigene Ziele (vielleicht auch nur kleine oder vorläufige) benannt sind, bedeutet dies nicht, dass Patienten sofort bereit sind, für diese Ziele zu arbeiten, und noch lange nicht, dass dieses Kommitment stabil und gleichbleibend hoch ist. Um die folgenden Schritte sinnvoll an das aktuell vorliegende Kommitment anpassen zu können, sollte die Ärztin dieses ausreichend einschätzen können. Hierzu dienen nicht allein verbale und nonverbale Äußerungen des Patienten, sondern auch die Beachtung und Bewertung des Verhaltens auf der Station, sprich: dieser Schritt ist mehr eine Wertungsaufgabe für die Ärztin, als etwas, was immer explizit besprochen werden muss. Liegen allerdings Anzeichen für niedriges oder schwankendes Kommitment vor, so muss hier ausführlich gearbeitet werden.

Typische vermeidbare Fehler in diesem Schritt sind a) keine Einschätzung des Kommitments vornehmen und dann „am Patienten vorbei therapieren“ b) sich davon irritieren lassen, dass Kommitment nun einmal schwankend sein kann, und c) keine Kommitment-Strategien kennen, die hilfreich sein können (z. B. „Cons and Pros“, „cheerleading“, „foot in the door“ und „door in the face“, „advocatus diaboli“ etc., vgl. Marsha Linehan 1996).

7) *Sokratischer Dialog I*

Mit den Abschnitten 7 bis 9 wird nun das Kernstück der Therapie erreicht. Dabei liegt der nächste Schritt eingebettet zwischen zwei Teilen eines sokratischen Dialoges. Hintergrund ist die Erfahrung aus vielen Supervisionen und Visiten, aber auch aus eigener Anschauung, dass das wesentliche Mittel des sokratischen Dialoges – die Frage – nicht selten zu kurz kommt im Einzelgespräch. Gemeint ist hier Fragen im Gegensatz zum Belehren; meist haben Patienten ausreichend Erfahrung mit Vorschlägen, was sie alles tun und lassen sollten. Um einen Unterschied herzustellen, sollte also gefragt werden. Aufgabe im „Sokratischen Dialog I“ in dieser Aufzählung ist dabei, den Weg von den Zielen des Patienten zu den im nächsten Abschnitt folgenden Strategien zu ebnen, also möglichst eine gemeinsame Position zu entwickeln, die in der Formulierung des Patienten ungefähr lautet „um mein Ziel zu erreichen, kann es nützlich sein, wenn ich X ausprobieren (bzw. überdenke, verändere etc.)“.

Die unvoreingenommene Frage und das Interesse daran, was als nützlich und hilfreich empfunden wird kann im Besten Fall zum Feststellen kognitiver Dissonanzen oder Definieren zielgerichteter Arbeitsschritte führen, die dann im nächsten Abschnitt umgesetzt werden. Der Sokratische Dialog I und II erfüllen zusammen die Aufgabe des Brotes in einem guten Sandwich – sie halten die verschiedenen Anteile zusammen und machen sie im Wortsinne handhabbar.

Der zu vermeidende Fehler in diesem Abschnitt ist, unvermittelt mit einer noch so guten therapeutischen Strategie zu beginnen, ohne das Feld vorbereitet zu haben. Es macht aus Sicht des Patienten viel mehr Sinn, auch mit schwierigen Übungen und Aufgaben weiter zu machen, wenn er die Verbindung sieht zwischen den eigenen Zielen und den anstehenden Bemühungen.

8) *Symptombezogene, zielorientierte und an das Kommitment angepasste therapeutische Strategie: nächster Schritt (Bauchladen der Techniken)*

Dieser Abschnitt ist der Kern des therapeutischen Vorgehens, die Abschnitte vorher und hinterher dienen dazu, die Arbeit hier gut einzubetten bzw. erst zu ermöglichen. Aus diesem Grund sollte im Regelfall die Zeiteinteilung auch für diesen Punkt den meisten Raum reservieren. Aufgabe der Ärztin ist es, die passende therapeutische Strategie Schritt für Schritt weiter zu verfolgen. Mit passend ist dabei gemeint, dass die Strategie für diesen Patienten, mit seinen Symptomen, mit seinen Zielen und dem derzeitigen Kommitment angemessen ist. Die Arbeit beginnt typischerweise mit dem Anknüpfen an die letzte Stunde (gab es Aufgaben?) und endet mit einem Ausblick bzw. neuen Aufgaben. Je nach gemeinsam entwickeltem Modell, institutionellen Vorgaben (TP, VT bzw. systemische Ausrichtung) kommen nun die in den klassischen Therapie-Lehrbüchern ausführlich dargestellten Techniken zum Einsatz, von Spiegeln, Klarifizieren, Konfrontieren, und Deuten bis zum Durcharbeiten, bzw. Gedankenexperimente, Verhaltensexperimente, über Wunder- und Unterschiedsfragen und Abschlussinterventionen bis hin zum therapeutischen Narrativ und bei entsprechender Indikation Techniken des Containing oder das Trainieren von Fertigkeiten der Emotionsregulation, Stresstoleranz und Achtsamkeit.

Vermeidbare Fehler sind insbesondere a) ein zu gering gefüllter „Bauchladen“ – Ärztinnen sollten sich in den ersten Berufsjahren (und auch später!) kontinuierlich um das Erlernen therapeutischer Techniken und Kompetenzen bemühen, und sich dabei insbesondere immer selbst prüfen, ob sie nur in ihrer eigenen „Wohlfühllecke“ arbeiten oder patientenorientiert auch neuen

und ungewohnten Techniken eine Chance geben; b) eine zu geringe oder zu hohe Flexibilität bezüglich des nächsten Schrittes, zum Beispiel durch falsches Zeitmanagement oder zu geringe Reflektion der Gesamtsituation; die Gefahr wäre entweder also zu starr an „jetzt nun mal anstehenden“ Schritten festzuhalten einerseits, und andererseits das nicht hartnäckig genug festgehalten wird an der Möglichkeit eines kontinuierlichen Arbeitens, auch bei noch so viel aktuellen Themen und drängenden anderen Schwierigkeiten.

9) *Sokratischer Dialog II*

Aufgabe: So wie der „Sokratische Dialog I“ den Weg geebnet hat von den Zielen zu konkreten therapeutischen Schritten, so sollte im Anschluss an Abschnitt 8 der Weg aus dem therapeutischen Raum zurück in die Umsetzung im Alltag bereitet werden. Je nach Situation kann hier zurückgesprungen werden zu Abschnitt 8, falls nötig. Durch vorurteilsfreies und zugewandtes Fragen sollte ein echtes Interesse daran geäußert werden, wie sehr sich der Patient in der Lage sieht, die eben gemachten Erfahrungen umzusetzen. Nicht nur äußere Hindernisse können hierbei benannt, sondern auch eigene Widerstände oder Ängste dürfen benannt werden und finden hier ihren Platz. Dies umfasst insbesondere die negative therapeutische Reaktion zum Beispiel bei Patienten mit chronisch-dysthymen klinischen Bildern, aber auch die Frage, was eigentlich den Platz der Störung einnehmen wird, wenn diese „verschwindet“. Sinn dieses mal im „Columbo“- und mal im „advocatus diaboli“-Stil geführten Dialoges ist die Prüfung auf Angemessenheit und Umsetzbarkeit des in Abschnitt 8 Erfahrenen. Es macht je nach Alter, Stabilität und Kommitment mehr Sinn, eventuell noch nachzubessern und Unterstützungsmöglichkeiten zu diskutieren (zurück zu 8), also auch Frustrations-Schutz mitzugeben, als den Patienten allein diese Erfahrung machen zu lassen.

Ein vermeidbarer Fehler liegt in der Überzeugung der Ärztin, eine Intervention richtig durchgeführt zu haben, ohne sich darüber Gewissheit zu verschaffen, wie der Patient die Umsetzungsmöglichkeit beurteilt; ein weiterer besteht darin, dass ohne eine erneute Dialogrunde die Gefahr besteht, dass wichtige Gedanken und eigene Impulse des Patienten keinen Platz im therapeutischen Raum finden und dann auf der Station auftauchen („das funktioniert doch eh nie“; „ich hab das zwar verstanden, aber ich will das eigentlich gar nicht“) mit Folgen für andere Patienten.

10) *Cooldown*

Aufgabe in diesem Abschnitt ist es, aufgebrachte, nervöse oder agitierte Patienten zu beruhigen und in die Lage zu versetzen, auf der Station dem Alltag weiter mitzumachen, unabhängig davon, ob die Situation durch die Arbeit im Einzeltermin entstanden ist oder schon vorher bestand. Die Auswahl der Technik sollte nach Alter, Hauptsymptomatik und Situation sorgfältig ausgewählt werden. Eine kurze Entspannungsübung, eine Phantasiereise oder auch ein kurzer Spaziergang sind ebenso möglich wie eine kurze Aktivitätsphase (ein paar Bälle werfen oder schießen) oder auch das klassische „Talking down“; bei manchen Patienten hilft eine ruhige Aufgabe (malen, ein ruhiges Spiel, oder auf Wunsch des Patienten auch ganz einfach eine kurze Phase des Schweigens. Zu Beginn und zu Ende des Cooldowns sollte das subjektive Empfinden erfragt werden.

Vermeidbarer Fehler in diesem Abschnitt ist es, sich nur auf äußere und sichtbare Aspekte der Anspannung und Unruhe zu beziehen; auch wenn äußere Zeichen fehlen kann der empfundene Stress sehr hoch sein. Stets auch eine verbale Rückmeldung des Patienten einholen!

11) *Feedback*

Nun ist die Zeit für den Einzeltermin fast zu Ende; trotzdem sollte zumindest meistens Zeit bleiben für ein Rückmeldung: „Wie geht es Dir jetzt? Worüber hättest Du heute gerne noch gesprochen? War dieser Termin heute hilfreich für Dich?“ Das Einholen dieses Feedbacks kann auch ganz kurz schriftlich geschehen, zum Beispiel anhand einer visuellen Analogskala, oder bei Kindern mit Smileys. Manchmal fragen auch Patienten nach einer Rückmeldung; diese sollte vorsichtig und konstruktiv gegeben werden, und immer mit Hoffnung verknüpft. Anders als im Abschnitt 9 sollte sich hier nicht erneut ein Dialog entspinnen, sondern die Aufgabe des Feedbacks ist eher auf die nächste Stunde gerichtet.

Ein wichtiger und unbedingt zu vermeidender Fehler ist es, Angaben des Patienten nicht zu dokumentieren oder vor der nächsten Sitzung sich diese nicht zu vergegenwärtigen (Vorbereitung des nächsten Termins)!

12) Abschiedsritual

Aufgabe: Verlässlichkeit, Kalkulierbarkeit und klare Routinen machen es Kindern und Jugendlichen (und nicht nur diesen) leichter, das Jahr, die Woche, den Tag und auch die Einzelsitzung als wiederkehrenden und Sicherheit gebenden Rhythmus zu erleben. In diesem Sinne sollte der Abschied genauso ritualisiert sein wie die Begrüßung. Dies kann je nach Ärztin, Station oder Klinik natürlich unterschiedlich ausfallen, aber erkennbar sein. Bei jüngeren Kindern bietet es sich an, die Therapiezeit aufzuteilen; am Ende der Sitzung wird dann zum Beispiel gespielt, oder etwas anderes gemacht, was die Kinder sich aussuchen, in Bochum zum Beispiel auch das Kleintiergehege gemeinsam aufsuchen. Zur Ritualisierung gehört auch, im Regelfall den zeitlichen Rahmen einzuhalten; ein Hinweis auf die nächste Sitzung, evt. die Wiederholung vereinbarter Aufgaben kann dazu gehören. Nicht immer muss ein Handschlag zwingend erfolgen, wird aber von den Kindern als Zeichen, das die Stunde nun wirklich abgeschlossen ist und sich nun der Rahmen verändert (Verlassen des therapeutischen Raumes) durchaus angenommen.

Vermeidbare Fehler beim Abschiedsritual sind a) diese zu vergessen oder in der Bedeutung zu unterschätzen und b) unachtsam mit diesem umzugehen (zum Beispiel schon zum Telefon zu greifen, statt den Patienten zur Tür oder zur Station zurück zu begleiten).

Nachbereitung

Aufgaben: Nach dem Termin muss neben der inhaltlichen Dokumentation auch die formale (PEPP) erledigt werden. Bei Besonderheiten während des Termins empfiehlt sich eine mündliche Übergabe an das Stationsteam, zum Beispiel wenn Patienten sehr traurig oder wütend reagiert haben, oder wenn dringende Anliegen oder Fragen zu klären sind. Dies gilt umso mehr, wenn der Termin am Ende der Arbeitszeit oder vor einem Wochenende liegt! Merke: schwierige Termine sollten möglichst früh geplant und möglichst nicht auf einen Freitagnachmittag gelegt. Für Ärztinnen in der psychotherapeutischen Ausbildung gilt es jetzt noch, Notizen für die Supervision anzufertigen, nach Abschluss der Ausbildung gegebenenfalls für die Intervention; oder auch für die Supervision, zum Beispiel wir im Kontakt mit Patienten nach ritualisiertem Missbrauch und anderen schwersten Traumatisierungen stets eine schnelle und ausreichende Supervision notwendig, unabhängig vom Ausbildungsstand und der Erfahrung. Als letztes sollte geprüft werden, ob sich aus dem Termin ein Bedarf an Selbststudium ergibt und gegebenenfalls gleich ein Termin festgelegt werden – vor dem nächsten Einzeltermin mit dem Patienten.

Im klinischen Alltag kann nicht immer alles geplant werden. Umso wichtiger ist es, dass Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten Kompetenzen (wie zum Beispiel die hier angesprochenen, also Übersicht, Zeitmanagement, und breit angelegte Kenntnisse unterschiedlicher Methoden) erwerben und trainieren. Anfangs kann ein Ablauf oder Algorithmus wie der hier vorgelegte hilfreich sein, nichts zu vergessen und eine eigene Struktur zu entwickeln. Die hier vorgelegten Beschreibungen von Abschnitten in der stationären Einzeltherapie sind nicht wissenschaftlich untersucht und stellen eher eine Erfahrungssammlung dar; in diesem Sinne sind Anmerkungen, Kommentare, Ergänzungen und Erweiterungen gern gesehen. Es gibt aber klare Hinweise darauf, dass modulare und flexibel anpassbare Vorgehensweisen Vorteile bei Patienten mit vielen Komorbiditäten und wechselnden Therapiezielen bieten – also genau für Patienten, die im stationären Umfeld häufig anzutreffen sind, siehe z. B. Schmidt und Schimmelmann (2016).

Literatur

- Richterich A, Schulte-Markwort M (2007a): Besonderheiten bei der Vermittlung der Lernziele zu Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. In: Voderholzer (Hg.): *Lehre im Fach Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer,
- Richterich A, Schulte-Markwort M (2007b) *Entwicklungspsychiatrische Aspekte aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. *Die Psychiatrie* 4 (4), 245-251
- Linehan M (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien. München.
- Schmidt S, Schimmelmann B (2016): *Modulare Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* (2016), 44, pp. 467-478.

Autor:

Dr. med. Andreas Richterich

Chefarzt

Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie

HELIOS St. Josefs-Hospital Bochum Linden

Axstraße 35, 44879 Bochum

andreas.richterich@helios-kliniken.de

Einsichtnahme in die Patientenakte

Martin H. Stellpflug

Einführung

Jeder Arzt, jeder Behandler ist verpflichtet, die wesentlichen Aspekte seiner Behandlungstätigkeit in einer Patientenakte zu dokumentieren. Regelungen zur Dokumentationspflicht finden sich in den Heilberufsgesetzen, den Berufsordnungen und auch ausdrücklich in § 630 f BGB (als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag). Die Dokumentationspflicht ist kein Selbstzweck; sie dient der Therapiesicherung, der Rechenschaftslegung und der Beweissicherung. Aus Sinn und Zweck der Dokumentationspflicht folgt unmittelbar, dass der Patient auch die Möglichkeit haben muss, Einsicht in die Patientenakte zu nehmen. Sofern der (minderjährige) Patient nicht über die behandlungsbezogene Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, sind es regelmäßig die Sorgeberechtigten, die das Einsichtsrecht wahrnehmen. Art und Umfang der Einsichtsrechte des Patienten in die Patientenakte sind Gegenstand der nachfolgenden Darstellung.

Rechtliche Grundlagen

Neben dem verfassungsrechtlich anerkannten Selbstbestimmungsrecht des Patienten normiert vor allem der mit dem „Patientenrechtegesetz“ eingefügte § 630 g BGB ausdrücklich das Einsichtnahmerecht des Patienten in seine Patientenakte. Die Vorschrift lautet:

- (1) *„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.“*

- (2) *Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat den Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.*
- (3) *Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, sobald der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.“*

Schon aus dem Wortlaut der zitierten Vorschrift folgen zahlreiche wichtige Vorgaben für die Praxis:

Unverzüglich

Sofern ein Patient Einsicht in seine Patientenakte begehrt, ist ihm diese „unverzüglich“ zu gewähren. „Unverzüglich“ bedeutet: ohne schuldhaftes Zögern. Die Formulierung verleiht dem rechtlichen Anspruch eine gewisse Dringlichkeit (Stellpflug/Berns, 2015), wobei es jeweils von der Situation des Einzelfalles abhängt, wie zeitnah der Anspruch des Patienten erfüllt werden muss. Sofern beispielsweise der Patient zu einer Zeit die Einsichtnahme erbittet, in der der Behandler sich im Urlaub befindet, so handelt der Behandler auch dann noch unverzüglich, wenn er erst nach Rückkehr aus seinem 3-wöchigen Urlaub die Patientenakte kopiert und seinem Patienten zur Verfügung stellt. Im „normalen“ Praxisbetrieb dagegen handelt der Behandler nicht mehr „unverzüglich“, wenn er den Patienten drei oder vier Wochen warten lässt.

Vollständige Patientenakte

Mit dem Wort „vollständig“ wird im Ausgangspunkt betont, dass das Einsichtnahmerecht keine inhaltlichen Differenzierungen beispielsweise zwischen Eigenbefunden, Fremdbefunden, Behandlungsmaßnahmen, Therapieempfehlungen, handschriftlichen Aufzeichnungen oder elektronisch erstellten Ausdrucken kennt. In die gleiche Richtung weist der mit dem Patientenrechtengesetz geprägte Begriff der „Patientenakte“. Dieser Begriff der „Patientenakte“ ist weit gefasst. Hierzu regelt § 630 f Abs. 2 BGB: *„Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersu-*

chungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapie und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“ Dem Einsichtsrecht des Patienten unterliegen damit grundsätzlich auch solche Unterlagen, die der Behandler von dritter Seite im Zusammenhang mit der Behandlung seines Patienten erhalten hat, beispielsweise Arztbriefe und Fremdbefunde.

Entgegenstehende erhebliche therapeutische Gründe

Schon in einer Entscheidung vom 6.12.1988 hatte der Bundesgerichtshof das Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankenunterlagen aus therapeutischen Gründen eingeschränkt (BGH, 1988). Dieser „therapeutische Vorbehalt“ gegen ein Einsichtsrecht des Patienten rechtfertigt sich vor allem aus den Besonderheiten des betroffenen Leidens (insbesondere bei psychiatrischen Behandlungsverhältnisse) und der Gefahr einer fehlerhaften Verarbeitung (Stellpflug, 2013). Mit den Worten des BGH: *„Sie [die Besonderheiten des der Behandlung zugrunde liegenden Leidens] können für den Erfolg selbst einer abgeschlossenen Therapie und für eine negative Entwicklung der Befindlichkeit des Patienten spezifische Risiken eröffnen, wenn ihm durch Einsicht in die Krankenaufzeichnungen und Protokolle über die Gespräche mit seinem Arzt die Möglichkeit gegeben wird, sich ohne ärztlichen Rat mit seiner Krankheit zu beschäftigen und dabei den Prozess der therapeutischen Verarbeitung seiner psychischen Ausfälle krankhaft zu reproduzieren. Wenn derartige spezifische Risiken konkret zu befürchten sind, dann kann der Arzt berechtigt sein, nach pflichtgemäßer Abwägung mit dem schutzbedürftigen Interesse des Patienten an Erkenntnis der Krankengeschichte und der darüber gefertigten Aufzeichnungen dem therapeutischen Schutz Vorrang einzuräumen“*.

Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass in diesem vom BGH entschiedenen Fall das Krankenhaus dem Patienten angeboten hatte, im Beisein eines Arztes die Krankenunterlagen einzusehen; lediglich die Herausgabe der Krankenunterlagen oder eine uneingeschränkte Einsichtnahme waren abgelehnt worden (Stellpflug, 2013).

Rechte Dritter

Wenn dem Einsichtnahmerecht des Patienten „Rechte Dritter“ entgegenstehen, führt dies in der Praxis im Ergebnis dazu, dass entsprechende Passagen aus der Behandlungsdokumentation geschwärzt oder Unterlagen der Patien-

tenakte dem Patienten teilweise vorenthalten werden. „Rechte Dritter“ sind häufig dann betroffen, wenn beispielsweise im Rahmen der Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie Informationen von Dritten oder über Dritte dokumentiert werden, deren Weitergabe/Offenlegung deren Persönlichkeitsrechte verletzen könnten (Stellpflug/Berns, 2015). Auch im Zusammenhang mit Gruppenbehandlungen kommt dem Schutz der Rechte Dritter gegebenenfalls eine besondere Bedeutung zu.

Einsicht gewähren

Aus dem Recht zur „Einsichtnahme“ folgt keine Verpflichtung zur Aushändigung von Originalunterlagen. Allerdings kann der Patient nach § 630 g Absatz 2 BGB Abschriften von der Patientenakte verlangen. Typischerweise wird der Anspruch auf das Einsichtsrecht des Patienten dadurch erfüllt, dass dem Patienten Kopien der vollständigen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden. Gesetzlich ausdrücklich geregelt ist, dass der Patient, wenn er Abschriften verlangt, dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten hat.

Nach einer Entscheidung des Amtsgerichts Frankfurt am Main (AG Frankfurt, 1988) darf für den Kopiervorgang allenfalls 0,50 € pro Seite plus Porto angesetzt werden. Berücksichtigt werden sollte aber auch, dass nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) bis zu einer Größe von DIN A3 0,50 € je Seite für die ersten 50 Seiten und nur 0,15 € für jede weitere Seite und für Farbkopien und -ausdrucke jeweils das Doppelte der Beträge vorgesehen sind.

Nach einer Entscheidung des Amtsgerichts Hamburg (AG Hamburg, 2014) kann, wenn der Patient eine Übersendung der kopierten Patientenakte an ihn verlangt, der Behandler einen Vorschuss hinsichtlich der zu erwartenden Kopier- und Portokosten verlangen. Es besteht aber nach einer Entscheidung des Landgerichts Düsseldorf (LG Düsseldorf, 2006) kein Anspruch auf Bestätigung der Richtigkeit der ausgehändigten Kopien beziehungsweise kein Anspruch auf Herausgabe (amtlich) beglaubigter Kopien.

Für die Praxis ist allerdings anzuraten, im Falle eines Einsichtsbegehrens des Patienten möglichst empathisch und deeskalierend zu reagieren. Hohe Kopierkosten, das Verlangen nach einem Vorschuss und Geltendmachung eines Zurückbehaltungsrechts spitzen möglicherweise den Arzt-Patienten-Konflikt nur zu, ohne letztlich die vom Gesetz geforderte vollständige Einsicht des Patienten verhindern zu können.

Ärztliche Berufspflicht

Die beschriebenen Rechte des Patienten werden flankiert von spezifischen Berufspflichten des Arztes in der für ihn maßgeblichen Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammer. Allerdings ist sorgfältig zu prüfen, ob und inwieweit in der jeweiligen Berufsordnung tatsächlich die Pflichten des Arztes unter Berücksichtigung des Patientenrechtegesetzes aus dem Jahre 2013 noch richtig umschrieben sind. So regelt beispielsweise die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer in § 10 Abs. 2, dass Ärzte Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren haben, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte des Arztes oder Dritten entgegenstehen. Zu einer vergleichbaren Formulierung in der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns hat das Bayerische Verwaltungsgericht in München im Jahre 2016 entschieden, dass die zitierte Beschränkung des Einsichtsrechts gegen höherrangiges Recht verstößt (BayVG München, 2016). Nach Ansicht des Bayerischen Verwaltungsgerichts ist das Einsichtsrecht des Patienten in die Patientenakte nicht darauf beschränkt, dass „erhebliche Rechte des Arztes“ nicht entgegenstehen. Rechte des Arztes zur Verweigerung der Einsichtnahme können, so das Verwaltungsgericht, mit Rechten Dritter und der Verweigerung aus therapeutischen Gründen nicht gleichgesetzt werden. Sie seien nur höchst ausnahmsweise zu berücksichtigen. Nur ausnahmsweise könne sich ein Arzt im Einzelfall auf den Schutz seines allgemeinen Persönlichkeitsrechts berufen.

Diese weitgehende Unbeachtlichkeit der (Persönlichkeit)Rechte der Ärzte im Zusammenhang mit dem Einsichtsrecht des Patienten ist vor allem im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten ausgesprochen kritisch. Denn Psychotherapeuten und Psychiater, die in und mit der Beziehung zum Patienten arbeiten, sind teilweise erheblich als Person in einer Weise intensiv involviert, die ihre eigenen Persönlichkeitsrechte stark betrifft (Rautschka-Rücker, 2017). Trotz zahlreicher Interventionen der Kammern und der Berufsverbände der Psychiater und Psychotherapeuten hat aber der Gesetzgeber im Patientenrechtegesetz darauf bestanden, das Einsichtsrecht der Patienten nur mit Blick auf therapeutische Gründe (zum Schutz des Patienten) und Rechte „Dritter“, nicht jedoch der Rechte des Arztes, einzuschränken. In der Gesetzesbegründung zu dem zitierten § 630 g BGB heißt es insoweit auch sehr deutlich, dass Niederschriften über persönliche Eindrücke des Behandelnden „grundsätzlich“ durch die Ärzte offen zu legen seien und dass ein begründetes Interesse an einer Einsichtsverweigerung „im Regelfall“

nicht bestehe. Auch die juristische Kommentarliteratur geht daher davon aus, dass der Arzt es regelmäßig im Rahmen der Einsichtnahme in die Patientenakte hinzunehmen habe, dass der Patient Einblick auch in die persönlichen Eindrücke oder subjektive Wahrnehmung des Arztes erhält. Dem grundrechtlich geschützten Informationsinteresse des Patienten komme ein so starkes Gewicht zu, dass der Arzt sich nur ausnahmsweise im Einzelfall auf dem Schutz seines allgemeinen Persönlichkeitsrechtes berufen könne (BayVG München, 2016).

Für die Praxis bedeutet dies, dass gerade in Psychiatrie und Psychotherapie die dokumentierenden Ärzte sich jederzeit bewusst sein sollten, dass die Patienten Einsicht in die vollständige Patientenakte verlangen können. Im Rahmen des therapeutisch Gebotenen (Stichwort: Übertragung/Gegenübertragung) sollten die Dokumentationsziele Therapiesicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung erreicht werden, ohne das zu viel über die Persönlichkeit des Behandlers niedergelegt wird.

Obwohl die Regelungen zum Behandlungsvertrag im BGB, wie ausgeführt, eine (partielle) Einsichtsverweigerung nur aus therapeutischen Gründen oder bei entgegenstehenden Rechten Dritter kennen, bestätigt auch das Bayerische Verwaltungsgericht, dass es besondere Ausnahmefälle geben kann. In der Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist diese Ausnahmesituation in § 11 Abs. 2 S. 2 wie folgt umschrieben: *„Nimmt die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ausnahmsweise einzelne Aufzeichnungen von der Einsichtnahme aus, weil diese Einblicke in ihre oder seine Persönlichkeit geben und deren Offenlegung ihr oder sein Persönlichkeitsrecht berührt, stellt dies keinen Verstoß gegen diese Berufsordnung dar, wenn und soweit in diesem Fall das Interesse der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten am Schutz ihres oder seines Persönlichkeitsrechts in der Abwägung das Interesse der Patientin oder des Patienten an der Einsichtnahme überwiegt.“*

Damit werden die Rechte der Patienten geschützt, ohne Behandler rechtlos zu stellen (Rautschka-Rücker, 2017).

Zusammenfassung

Mit den „Patientenrechtegesetz“ 2013 wurde das Recht der Patienten in die Einsichtnahme in ihre Patientenakte besonders hervorgehoben und in § 630 g BGB ausdrücklich normiert. Der Patient hat einen (einklagbaren) Rechtsanspruch auf Einsichtnahme in die Patientenakte und der Behandler ist verpflichtet, diesen Anspruch (im dargestellten Umfang) „unverzüglich“ zu erfüllen. Für Psychiater und Psychotherapeuten sind die Motive des Patienten für seinen Einsichtnahmewunsch auch potentielle Objekte des psychotherapeutischen Bemühens (Stellpflug/Berns, 2015). Wünscht der Patient während einer laufenden Therapie die Einsichtnahme, wird dies immer Gegenstand der therapeutischen Interventionen sein. Im therapeutischen Gespräch kann der Patient nach Kenntnis von „Risiken und Nebenwirkungen“ einer Einsichtnahme von seinem Wunsch auch wieder Abstand nehmen. Bleibt er jedoch bei seinem Einsichtnahmebegehren, gebietet es das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dem zu entsprechen. Für eine Einsichtnahmeverweigerung aus therapeutischen Gründen bleibt nur in besonderen Ausnahmefällen Raum. Gleiches gilt für Einschränkungen zum Schutz der Persönlichkeitsrechte des Arztes.

Literatur

AG Frankfurt am Main (1988) Urteil vom 16.10.1988 – 30 C 1340/89 - 47

AG Hamburg (2014) Urteil vom 07.11.2014 – 4 C 345/14

LG Düsseldorf (2006) Urteil vom 28.09.2006 – 3 O 106/06

BayVG München (2016) Urteil vom 27.09.2016 – M 16 K 15.5630 = MedR 2017, 581-583

Rautschka-Rücker, J. (2017), Anmerkung zu BayVG München, MedR 2017, 583-584

BGH (1988) Urteil vom 06.12.1988 – VI ZR 76/88 =Arztrecht 11/89, 338 ff.

Stellpflug, M. (2013) *Psychotherapeutenrecht*, 2. Auflage, Heidelberg: Psychotherapeuten-Verlag

Stellpflug, M./Berns, I. (2015), *Musterberufsordnung, Text und Kommentierung*, 3. Auflage, Heidelberg: PsychotherapeutenVerlag

Kontaktadresse:

Prof. Dr. iur. Martin H. Stellpflug, MA (Lond.)

Fachanwalt für Medizinrecht

Fachanwalt für Sozialrecht

Professor für Gesundheitsrecht und Ethik an der Psychologischen Hochschule Berlin

DIERKS+BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin

Tel: 030-327787-0, Fax: 030- 327787-77

stellpflug@db-law.de

www.db-law.de

Erste Erfahrungen als Gutachterin mit der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie und den Veränderungen der Psychotherapie-Vereinbarung seit 1.4.2017

Christa Schaff

In den ersten drei Monaten nach Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) und der geänderten Psychotherapie-Vereinbarung (PT-V) zeigen sich viele Unsicherheiten bei Therapeuten, Mitarbeitern aller Kassenarten und uns Gutachtern¹. Nur ein Teil der Anträge kommt vollständig den neuen Regeln entsprechend bei den Gutachtern an. Stattdessen erhalten wir einen bunten Mix aus alten und neuen Formularen von Psychotherapeuten und Kassenmitarbeitern, sowie Berichte der Therapeuten nach altem oder neuem Schema.

Deutlichste Veränderung für uns Gutachter ist der Rückgang der gutachterpflichtigen Anträge seit dem 1.4.2017. Es bleibt abzuwarten, ob das ein Übergangsphänomen ist – einige Gutachter hatten im ersten Quartal 2017 besonders viele Anträge zu bearbeiten – oder ob dieser Trend anhalten wird.

Nach meinen eigenen Zahlen, die natürlich nicht repräsentativ sind, haben die zu begutachtenden Anträge im Vergleich zum Durchschnitt der Zahl der Anträge in den fünf Vorjahren im gleichen Zeitraum um ein Drittel abgenommen. Das betrifft sowohl Erstanträge als auch Umwandlungsanträge und Fortführungsanträge. Dabei scheinen Umwandlungsanträge für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) zuzunehmen und die Fortführungsanträge für TP mehr abnehmen als für analytische Psychotherapien (AP). Es ist aber verfrüht daraus Tendenzen abzulesen, dazu sollte mindestens der Zeitraum eines Jahres überblickt werden können.

Die verschiedenen Kassenarten haben sich sehr unterschiedlich auf die jetzt rechtsgültigen Veränderungen eingestellt. Einzelne Kassenmitarbeiter schik-

¹ Auf eine Genderisierung wird zur besseren Lesbarkeit verzichtet

ken noch immer das alte Formular des PTV 5 (als Vorlage für die Stellungnahme der Gutachter für Kassen und Therapeuten) an den Gutachter oder es erreichen uns Gutachtenaufträge bei Kurzzeittherapien und Fortführungsanträgen mit leeren Briefumschlägen (PTV 8), da offenbar Unklarheit bezüglich des Wegfalls der Begutachtung besteht.

Unklarheiten im Umgang mit den Formularen:

Das frühere Formblatt PT 3 K ist weggefallen – wird aber oft immer noch mitgeschickt. Die dort bisher erfragten Inhalte sind jetzt am Anfang des Berichts an den Gutachter unter Punkt 1 (Relevante soziodemographische Daten) laut Formblatt PT V 3 (Leitfaden zum Erstellen des Berichts an den Gutachter oder die Gutachterin) anzugeben. Da der Bericht von manchen Therapeuten oft noch nach altem Schema verfasst wird, andererseits aber der PT 3 K nicht mehr mitgeschickt wird, fehlen manchmal die soziodemographischen Angaben und können vom Gutachter nachgefordert werden.

Im PT V 2 sind einige für uns Gutachter wichtige Informationen weggefallen. Es wird keine Angabe zum geplanten gesamten Behandlungsumfang mehr erfragt, lediglich ist anzukreuzen, dass vermutlich eine Fortführung erfolgen soll. Auch im Behandlungsplan nach PTV 3 wird nicht ausdrücklich auf die Angabe des geplanten Gesamtkontingents hingewiesen. Diese ist aber unbedingt notwendig, wenn Gutachter z.B. beurteilen sollen, ob eine Jugendlichentherapie über das 21. Lebensjahr hinaus zur Sicherung des Therapieerfolgs befürwortet werden kann.

Schwierig ist neuerdings die Einschätzung des Behandlungsbeginns einer Richtlinien-therapie für Gutachter bei Umwandlungsanträgen. Bei Erstanträgen sind auf dem Formblatt PTV 2 die Daten der beiden obligatorischen probatorischen Sitzungen anzugeben. Da Umwandlungsanträge für den Gutachter auch Erstanträge (im Sinne eines ersten gutachterpflichtigen Antrags) sind und zur Einschätzung des Berichts von den Kurzzeittherapien (KZT 1 und KZT2) die Kenntnis vom Behandlungsbeginn bzw. der Behandlungsdauer dieser Therapien notwendig ist, sollten die Daten der probatorischen Sitzungen auch bei Umwandlungsanträgen angegeben werden. Zusätzlich sollte wie bisher eine Kopie des Antrags für die KZT 1 und die KZT 2 mitgeschickt werden.

Wichtig ist die sorgfältige Eintragung des bisherigen Behandlungsumfangs mit KZT 1 und KZT 2, sowie gegebenenfalls der psychotherapeutischen Akutbehandlung mit Angabe der, ab 1.7.2017 neuen unterschiedlichen EBM-Nummern. Der Gutachter sollte die bereits genehmigten Kontingente ken-

nen um die beantragten Kontingente einschätzen zu können – jetzt in der Übergangszeit insbesondere auch um zu sehen, ob eine Kurzzeittherapie vor oder nach dem 1.4.2017 begonnen hat und bereits 24 oder 25 Stunden (oder weniger) durchgeführt worden sind. Dabei ist zu beachten, dass beim bisherigen Behandlungsumfang auf dem Formblatt PTV 2 nur nach den Therapieeinheiten (TE) für Kinder oder Jugendliche gefragt wird, und die Angabe der Stunden für Bezugspersonen nicht erfolgt.

Ärgerlich ist das Fehlen der Information zur geplanten Behandlungsfrequenz auf dem PTV 2, zumal auch der PT 3K weggefallen ist, der früher auch die Angabe zur Behandlungsfrequenz enthielt. Der Gutachter kann sich jetzt nur an den Angaben im Bericht des Therapeuten orientieren. Allerdings enthalten (geschätzt) mindestens die Hälfte der Berichte keine Angaben zur Behandlungsfrequenz, sondern nur die geplanten Kontingentschritte. Ohne Angabe der Behandlungsfrequenz ist aber eine Behandlungsplanung und ein beantragtes Kontingent nicht plausibel und kann beanstandet werden.

Der Briefumschlag PT V 8 hat besondere Bedeutung bekommen, da jetzt darauf die Erklärung angekreuzt werden muss, dass der Bericht vollständig selbst erstellt wurde (was früher im PT V 2 stand). Wenn jetzt im Zuge der Anpassung an die neuen Regeln und der Vermischung alter und neuer Formblätter der alte rote Briefumschlag verwendet wird und ein neuer PTV 2, fehlt die Erklärung des Therapeuten zur selbstständigen Erbringung des Berichts – hier muss der Gutachter nachfragen.

Unklarheiten im Umgang mit Kontingentschritten:

Viel Unklarheit scheint es bei der Beantragung der Kontingentschritte zu geben. Überzufällig häufig werden seit dem 1.4.2017 nach einer KZT weitere 70 oder 90 Therapieeinheiten (TE) als Einzeltherapie beantragt. Bei Umwandlungsanträgen müssen aber unverändert die Kontingente einer KZT 1, einer KZT 2 mit/oder einer psychotherapeutischen Akutbehandlung auf das Kontingent einer LZT angerechnet werden. Wenn die KZT vor dem 1.4.2017 beantragt wurde, werden 25 TE von 70 TE bei Kindertherapien und 90 TE bei Jugendlichentherapien oder 60 TE bei Gruppentherapien abgezogen. Wenn die KZT nach dem 1.4. 2017 beantragt wurde werden entweder 12 (KZT 1) oder 24 (KZT 1 und KZT 2) TE inklusive der TE einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei demselben Therapeuten abgezogen.

Neu ist aber, dass ein Fortführungsantrag weggefallen ist. Nach 70 TE Kindertherapie können bei Fortführung weitere 80 TE bis zum Höchstkontingent von 150 TE für Einzeltherapien mit Kindern und nach 90 TE Jugendlichen-

therapie weitere 90 TE bis zum Höchstkontingent von 180 TE für Einzeltherapien mit Jugendlichen beantragt werden. Unverändert kann der Gutachter aber aufgrund seiner fachlichen Einschätzung ein niedrigeres Kontingent mit entsprechender Begründung befürworten, wenn er aufgrund der Symptomatik, der Entwicklungsprozesse bei Kindern und Jugendlichen und möglicher Prozess relevanter Faktoren des geschilderten Therapieprozesses den prognostizierbaren Zeitraum für den Erfolg einer Therapie kürzer einschätzt und eine Reduzierung des Kontingents im Sinne der Prozessqualität und Ergebnisqualität für notwendig hält.

Bei Gruppentherapien ist der erste Kontingentschritt sowohl bei Kinder- als auch bei Jugendlichentherapien weggefallen, es können gleich 60 TE beantragt werden und bei Fortführung weitere 30 TE bis zu den Höchstkontingenten bei Kindern und Jugendlichen. Eine Zunahme der Beantragung von Gruppentherapien ist bisher nicht zu beobachten. Dazu ist der Zeitraum aber auch zu kurz, weil durch die nicht mehr gutachterpflichtige KZT bei Gruppenbehandlungen die Umwandlungen frühestens Endes des Jahres zu erwarten sind.

Kombinationstherapien werden nur vereinzelt beantragt und spielen bei der Begutachtung bisher nur eine geringe Rolle.

Zur Anrechnung der Stunden einer psychotherapeutischen Akutbehandlung bei Beantragung einer LZT hier ein Beispiel:

Es wird eine tiefenpsychologisch fundierte LZT für ein Kind beantragt. Möglich wäre im ersten Schritt der Beantragung ein Kontingent mit 70 Therapieeinheiten für das Kind und 18 Therapieeinheiten für die Bezugspersonen. Es wurden aber schon 6 Stunden psychotherapeutische Akutbehandlung durchgeführt, die vom Gesamtkontingent (Therapieeinheiten für Kind und Therapieeinheiten für Bezugspersonen) abgezogen werden müssen, wenn derselbe Therapeut die Richtlinien-therapie weiter durchführt. Das bedeutet, dass statt 88 Therapieeinheiten insgesamt weitere 82 Therapieeinheiten für die Richtlinien-therapie mit Kind und Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Außerdem soll aber mit den Bezugspersonen im Verhältnis 1:3 statt des üblichen Verhältnisses 1:4 gearbeitet werden. Es können dann 62 (oder 61) Therapieeinheiten für das Kind und 20 (oder 21) Therapieeinheiten für die Bezugspersonen beantragt werden.

In so einem Fall können wir Gutachter jetzt auch eine Erläuterung zu den Kontingenten auf dem neuen Formblatt PTV 5 an die Kassenmitarbeiter schreiben.

Unklarheiten im Umgang mit den Berichten an die Gutachter:

Die größten Missverständnisse bei Therapeuten scheint es aus Sicht der Gutachter bei der Abfassung der Berichte an die Gutachter nach dem Formblatt PTV 3 zu geben. Dieses Formblatt ist ein „Leitfaden zum Erstellen des Berichts an die Gutachterin oder den Gutachter“ für alle Verfahren und alle Altersgruppen. Das ist eine wesentliche Veränderung gegenüber dem früheren „Informationsblatt für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“, welches ein für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen und für die Verfahren TP und AP spezifisch erstelltes Informationsblatt neben mehreren anderen Informationsblättern war.

Der Leitfaden ist als Gedankenstütze gedacht, summiert wichtige Inhalte eines Berichtes auf, führt diese aber nicht verfahrensspezifisch aus. Bei der Erstellung des Leitfadens wurde davon ausgegangen, dass jeder Therapeut mit seiner verfahrensspezifischen Kompetenz als Psychotherapeut den Bericht wie bisher, allerdings in etwas geänderter Ordnung, erstellt und dass die Inhalte der Berichte natürlich auf den in der PT-RL genannten Grundlagen der Verfahren basieren müssen. Dazu verweise ich auf §16 der PT-RL, in dem beschrieben ist, wie die psychoanalytisch begründeten Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie) „Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie sind und die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen... zum Gegenstand der Behandlung machen“.² Bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie soll die „unbewusste Psychodynamik aktuell wirksamer Konflikte und struktureller Störung unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand behandelt werden“ (§16a PT-RL) Bei der analytischen Psychotherapie sollen neurotische Symptomatik, neurotischer Konfliktstoff und zugrundeliegende neurotische Struktur in einem therapeutischen Geschehen „mit Hilfe der Übertragungs- Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse“ in Gang gesetzt und gefördert werden.“ (§16b PT-RL). Auch wenn diese Inhalte und Anforderungen an ein psychoanalytisch begründetes Verfahren im neuen Leitfaden so nicht mehr ausgeführt sind, sondern nur stichwortartig „auslösende Situation, intrapsychische Konfliktebene und aktualisierte Konflikte, Abwehrmechanismen, struktureller Ebene und dysfunktionalen Beziehungsmustern“ genannt sind, müssen im Bericht die Anforderungen der PT-RL mit Darstellung der unbewussten Dynamiken, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen und Abwehrprozessen

² Bender et al., Praxishandbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung, Heidelberg 2017, S. 31-33 und S.82-84

wie bisher dargestellt werden. Anamnestische Daten sollen auf relevante Angaben zur Erklärung psychodynamischer Hypothesen beschränkt werden. Leider ist mit der möglichen Reduzierung der Seitenzahl des Berichts auch eine Reduzierung der Reflexionstiefe der unbewussten Psychodynamik, vor allem auf der intrapsychischen Ebene zu beobachten, sodass die Anforderungen an eine RL-PT in einigen Berichten der letzten Monate nicht mehr erfüllt waren. Der Kürzung der Länge eines Berichts darf eine fundierte Psychodynamik nicht zum Opfer fallen! Da wir Gutachter verpflichtet sind zu prüfen, ob die in der „Richtlinie genannten Voraussetzungen erfüllt sind (§34 PT-RL Satz 5)“ können Berichte ohne eine Darstellung unbewusster psychodynamischer Prozesse in der Regel nicht akzeptiert werden. Es ist Konsens, dass wir Gutachter längere Berichte akzeptieren.

Erwähnenswert ist noch - wie schon ausgeführt - dass der Bericht mit soziodemografischen Daten, die früher im PT 3K angegeben wurden, beginnen soll. Dabei kann die aktuelle Lebenssituation des Kindes berichtet werden. In Punkt 2 soll die aktuelle Symptomatik mit dem psychischen/psychopathologischen und subjektiven Eindruck von Kind/Jugendlichen und Eltern dargestellt werden. Hier sollte spezifisches Material von Spielsequenzen und Träumen, sowie dem Übertragungsgeschehen im individuellen Prozess mit Kind/ Jugendlichen oder Eltern geschildert werden. Das ist weiterhin zum Verständnis des therapeutischen Geschehens für uns Gutachter sehr wichtig. Die neue Zusammenführung von relevanten lebensgeschichtlichen Daten und Psychodynamik unter Punkt 4 laut PTV 3 in den Berichten der Therapeuten an den Gutachter birgt nämlich die Gefahr, dass „Psychodynamik aus der Lebensgeschichte rekonstruiert wird“³ und die klinische Beobachtung des szenischen Geschehens und der Übertragungs- und Gegenübertragungswahrnehmung der aktuellen Dynamik in der therapeutischen Beziehung in den Hintergrund gerät. Diese Informationen können im Bericht sowohl unter Punkt 2 als auch unter Punkt 4 gebracht werden.

Die inhaltlichen Anforderungen an den Bericht an den Gutachter sind bis auf die neue Ordnung unverändert geblieben. Wie bisher sollten Symptomatik, psychischer Befund mit subjektivem Eindruck und psychodynamische und neurosenspezifische Diagnose, Psychodynamik und Behandlungsplan zusammenpassen. Beim Behandlungsplan sind insbesondere Angaben zum Setting und zur Behandlungsfrequenz (siehe oben) und bei Gruppenbehandlungen auch Angaben zum Gruppenkonzept, sowie bei Kombinationsbehandlungen zum Gesamtbehandlungsplan notwendig.

³ Bemerkung von Hans Hopf, Mail am 26.2.17

Es ist sehr erfreulich, dass einigen Therapeuten die Berichte in der neuen Form schon hervorragend gelingen!

Weitere Informationen zur neuen PT-RL und PT-V finden Sie im „Praxis-
handbuch Psychotherapie-Richtlinie und Psychotherapie-Vereinbarung“ von
Bender/Berner/Best/Dilling/Schaff/Uhlemann, medhochzwei Verlag, Heidel-
berg, Mai 2017, ISBN 978-3-86216-354-0 mit einem ausführlichen Kapitel
zur Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.

Kontaktadresse:

Christa Schaff

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

Psychoanalytikerin, Nervenärztin

Stuttgarter Str. 51, 71263 Weil der Stadt

Tel: 07033/2803,

E-Mail: schaff@dr-schaff.de

Materialien und Reflexionen zur Ehe Minderjähriger in Deutschland

Christian K. D. Moik

Vorbemerkungen zur Entstehung dieses Beitrags

Am 17.07.2017 trat das „Gesetz zur Bekämpfung von Kinderehen“ mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt in Kraft, unterzeichnet vom Bundespräsidenten Steinmeier, der Bundeskanzlerin Dr. Angela Merkel, dem Bundesminister der Justiz und für Verbraucherschutz Heiko Maas, dem Bundesminister des Inneren Thomas de Maizière und der Bundesministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend Katarina Barley.

Der Gesetzentwurf war am 17.02.2017 vom Bundesjustizministerium an die Fachkreise und Verbände verschickt worden. Bereits im Vorfeld hatten mehrere Verbände, darunter der Deutsche Anwaltsverein, erste Stellungnahmen zu der Problematik veröffentlicht. Am 17.05.2017 erfolgte eine Anhörung von Verbänden und Sachverständigen im Deutschen Bundestag, nachdem bereits am 28.04.2017 die erste Lesung erfolgt war. In der Nacht vom 1. zum 2. Juni 2017 wurde das Gesetz mit den Stimmen von CDU, CSU und SPD beschlossen.

Nachdem der Deutsche Bundestag am 22.03.1974 beschlossen hatte, das Volljährigkeitsalters und damit das Heiratsalter von 21 auf 18 Jahre zu senken, eine Altersgrenze, die in der DDR bereits seit 1950 galt, waren „Kinderehen“ ca. 4 Jahrzehnte lang kein relevantes Thema in der öffentlichen Diskussion. Erst als mit der Immigrationswelle 2015/2016 auch vermehrt minderjährige Verheiratete nach Deutschland kann, entstand eine Diskussion um die Gültigkeit dieser Ehen. Dies mündete schließlich in den Entwurf und in das jetzige „Gesetz zur Bekämpfung von Kinderehen“.

In einer Antwort des Bundesinnenministeriums auf eine Anfrage der Grünen waren laut Ausländerzentralregister zum Stichtag 31. Juli 2016 1475 minderjährige Ausländer mit dem Familienstand „verheiratet“ registriert, davon 1152 weiblich und 323 männlich. 995 waren zu dem Zeitpunkt 16 bis 18

Jahre alt, 361 jünger als 14 Jahre. Die größte Gruppe stammte aus Afghanistan (157), aber es gab auch minderjährige Verheiratete aus den EU-Staaten Bulgarien, Polen, Rumänien und Griechenland, insgesamt 171.

Mehrere Fachverbände (s. u.) haben vor und während des Gesetzgebungsverfahrens in ausführlichen, juristischen Stellungnahmen insbesondere kritisiert, dass in dem Gesetzentwurf bei der Aufhebung und Nichtigkeitserklärung von Ehen mit Minderjährigen keine richterliche Anhörung und Entscheidung vorgesehen ist, u. a.:

- Dt. Institut für Menschenrechte von Nov. 2016
- Dt. Anwaltsverein – Ausschuss Familienrecht von Feb. 2017
- Dt. Juristinnenbund e.V. vom 01.02.2017
- Dt. Notarverein vom 22.02.2017
- Dt. Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. vom 22.02.2017
- Dt. Familiengerichtstag e.V. vom 29.11.2016
- Dt. Familiengerichtstag e.V. vom 23.02.2017

Außerdem haben zahlreiche andere Verbände wie TERRE DES FEMMES, Diakonie Deutschland, Kommissariat der deutschen Bischöfe und Zentralrat der Ex-Muslime Stellung genommen. In den nichtjuristischen Stellungnahmen wird überwiegend die Tendenz des Gesetzes positiv beurteilt, jedoch dringend eine Unterstützung der nach der Ehe-Annullierung schutzlosen Minderjährigen und ihrer eventuellen Kinder gefordert. In einer Veröffentlichung des Bundesjustizministeriums werden 22 Stellungnahmen zitiert, und das sind nicht alle.

Der Verzicht auf einen Gerichtsvorbehalt war möglicherweise ein Reflex auf das Urteil des Oberlandesgerichts Bamberg, das im Mai 2016 die Ehe einer Syrerin, die im Alter von 14 Jahren mit einem Cousin verheiratet worden war, anerkannte.

Im November 2016 hatten die Vorstände von BAG, BKJPP und DGKJP die gemeinsame Ethikkommission beauftragt, eine Stellungnahme zur Ehe Minderjähriger aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zu erarbeiten. Es sollte insbesondere untersucht werden, ob sich aus entwicklungspsychologischer oder psychopathologischer Sicht ergänzende Aspekte zur aktuellen juristischen Diskussion ergäben. Bei der Arbeit zu diesem Thema unter der Federführung des Autors dieses Beitrages ergab sich zum Einen, dass es nur wenig evidenzgestütztes Wissen darüber gibt, zum Anderen, dass die Thematik so komplex und kontrovers ist, dass eine zielführende gemeinsame Stellung-

nahme der Fachverbände nicht möglich schien. Außerdem war inzwischen das „Gesetz zur Bekämpfung der Kinderehen“ vom Bundestag verabschiedet worden.

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes wird die öffentliche und juristische Diskussion jedoch nicht beendet sein. Es wird rechtliche Überprüfungen vor deutschen und internationalen Gerichten geben. Die Problematik wird uns auch in der jugendpsychiatrischen Praxis beschäftigen. Schon in der Vergangenheit hatte der Autor immer wieder mit Patienten zu tun, die vor Gott, nicht aber zivilrechtlich verheiratet waren, dies vornehmlich bei Patienten muslimischen Glaubens. Von daher stellt der Autor die erarbeiteten Materialien und Reflexionen zu dieser Thematik dar. Die geschieht im teilweisen Einverständnis mit den anderen Mitgliedern der gemeinsamen Ethikkommission und den Vorständen von BAG, BKJPP und DGKJP, jedoch ausdrücklich nicht in deren Namen.

Rechtlicher Rahmen

Nach Artikel 6, Abs. 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland „stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz der staatlichen Ordnung.“ Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) bestimmte bis zum 17.07.2017 im § 1303, Abs. 1: „Die Ehe soll nicht vor Eintritt der Volljährigkeit eingegangen werden.“ Der Absatz 2 ergänzte: „Das Familiengericht kann auf Antrag von dieser Vorschrift Befreiung erteilen, wenn der Antragsteller das 16. Lebensjahr vollendet hat und sein künftiger Ehegatte volljährig ist.“

Seit dem 17.07.2017 lautet der § 1303 BGB: „Ein Ehe darf nicht vor Eintritt der Volljährigkeit eingegangen werden. Mit einer Person, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann eine Ehe nicht wirksam eingegangen werden.“

Weitere Regelungen für in Deutschland geschlossene Ehen finden sich in den §§ 1297 bis 1588 BGB.

Für Ausländer in Deutschland ist im Einführungsgesetz BGB (EGBGB) im Artikel 13, Abs. 1 geregelt: „Die Voraussetzungen der Eheschließung unterliegen für jeden Verlobten dem Recht des Staates, dem er angehört.“

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Kinderehen wurde zum Artikel 13 des EGBGB der Absatz 3 eingefügt: „Unterliegt die Ehemündigkeit eines Verlobten nach Abs. 1 ausländischem Recht, ist die Ehe nach deutschem Recht

1. unwirksam, wenn der Verlobte im Zeitpunkt der Eheschließung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte, und
2. aufhebbar, wenn der Verlobte im Zeitpunkt der Eheschließung das 16. nicht aber das 18. Lebensjahr vollendet hatte.“

Außerdem wird im Artikel 14 ausgeführt: „Die allgemeinen Wirkungen der Ehe unterliegen

1. dem Recht des Staates, dem beide Ehegatten angehören oder während der Ehe angehört haben, wenn einer von ihnen diesem Staat noch angehört, sonst
2. dem Recht des Staates, in dem beide Ehegatten ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben oder während der Ehe zuletzt hatten, wenn einer von ihnen dort noch seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, hilfsweise
3. dem Recht des Staates, mit dem die Ehegatten auf andere Weise gemeinsam am engsten verbunden sind.

Begriffsbestimmung „Kind“:

In Deutschland gibt es keine einheitliche Rechtsdefinition des Begriffes „Kind“.

Umgangssprachlich ist mit dem Begriff „Kind“, sofern er nicht ein Abstammungsverhältnis bezeichnet, ein Mensch vor der Pubertät gemeint.

Nach § 1 Abs. 1 des Jugendschutzgesetzes (JuSchG) sind Kinder Personen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Jugendliche sind Personen, die das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Diese Definition findet sich auch im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG).

Im Jugendarbeitsschutzgesetz wird im § 2 definiert: „Kind im Sinne dieses Gesetzes ist, wer noch nicht 15 Jahre alt ist. Jugendlicher im Sinne dieses Gesetzes ist, wer 15 aber noch nicht 18 Jahre alt ist.“

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird „Kind“ „ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr“ definiert in Abgrenzung zum Neugeborenen, Säugling und Kleinkind einerseits und zum Jugendlichen (vom Beginn des 13. bis zum vollendetem 18. Lebensjahr) und Erwachsenen andererseits.

Das deutsche Jugendstrafrecht kennt noch den Begriff des „Heranwachsenden“ im Alter von 18 bis 21 Jahre.

Auch in der „Erklärung der Rechte des Kindes“ vom 20.11.1959 (Kinderrechtskonvention) ist die Definition nicht eindeutig. Eine Altersbestimmung findet sich im Artikel 38 Abs. 3: „Die Vertragsstaaten nehmen davon Abstand, Personen, die das fünfzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, zu ihren Streitkräften einzuziehen. ...“

In Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz liegt inzwischen das Volljährigkeitsalter bei 18 Jahren, nachdem es früher überwiegend bei 21 Jahren lag. In der alten BRD hat der Deutsche Bundestag erst am 22.03.1974 beschlossen, das Volljährigkeitsalters von 21 auf 18 Jahre zu senken, eine Altersgrenze, die in der DDR bereits seit 1950 galt.

Auch in anderen Ländern liegt die Volljährigkeit überwiegend bei 18 Jahren. In Ländern wie Bahrein, Guinea, Honduras, Singapur u.a. liegt es jedoch bei 21 Jahren. In den USA entscheiden die einzelnen Bundesstaaten über die Volljährigkeit, die zumeist bei 18 Jahren liegt, in Mississippi und Pennsylvania aber erst bei 21 Jahren, bei einigen Bundesstaaten dazwischen.

Heiratsalter in historischer Sicht

Historisch sind Einzelfälle früher Eheschließung und Elternschaft bekannt, wobei diese überwiegend der sozialen Oberschicht angehörten. So heiratete Gajus Julius Cäsar (13.07.100 v.Chr. – 15.03.44 v. Chr.) mit 16 Jahren Cornelia, nachdem er die Verlobung mit Cossutia, mit der ihn sein Vater verlobt hatte, nach dessen Tod löste.

Nach der Überlieferung heiratete der Prophet Mohammed seine 3. Ehefrau, Aischa (613 oder 612 – 678) als diese 6 oder 7 Jahre alt war und vollzog mit ihr die Ehe, als diese 9 Jahre alt war.

Theophanu (ca. 960 – 15.06.991) heiratete am 14.4.972, also mit ca. 12 Jahren, Otto II, und gebar mit 15 Jahren das erste von 5 Kindern. Von 985 bis zu ihrem Tod 991 war sie in Nachfolge ihres Ehemannes Kaiserin des deutsch-römischen Kaiserreiches (Regnum Teutonicum), des späteren Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation.

Hedwig von Schlesien (1174(?) – 15.(?)10.1243) heiratete 1188, also mit 14 Jahren, Herzog Heinrich I. von Schlesien und gebar im folgenden Jahr das erste von 7 Kindern. Nach 22-jähriger Ehe gelobten Heinrich und Hedwig Enthaltensamkeit.

Elisabeth von Thüringen (07.07.(?)1207 – 17.11.1231), Tochter des ungarischen Königs Andreas II und Nichte von Hedwig von Schlesien, wurde mit 4 Jahren mit dem 11-jährigen Thüringischen Landgrafensohn Herrmann verlobt

und zur Erziehung zur künftigen Schwiegermutter nach Thüringen geschickt. Als jedoch Herrmann 1216 starb hat sie dessen Bruder, Landgraf Ludwig IV. 1221 als 14-Jährige geheiratet. Auch sie bekam im folgenden Jahr als 15-Jährige ihr erstes von insgesamt 3 Kindern.

Dagegen lässt sich aus den Heiratsstatistiken ab dem 18. Jahrhundert erkennen, dass das durchschnittliche Heiratsalter vor allem von den sozioökonomischen Verhältnissen geprägt wird, wenn mit der Heirat auch ein neuer Hausstand gegründet wird.

John Hajnal stellte für Europa fest, dass in Osteuropa ein Heiratsalter von 20 bis 22 Jahren üblich war, in Westeuropa erst ab dem 30. Lebensjahr.

Auch in Deutschland waren Ehen von Unter-Zwanzigjährigen die Ausnahme.

Heiratsalter im internationalen Vergleich

In der Bundesrepublik Deutschland sollte bis zum 17.07.2017 nach § 1303 BGB die Ehe nicht vor Eintritt der Volljährigkeit eingegangen werden. Das Familiengericht konnte auf Antrag von dieser Vorschrift Befreiung erteilen, wenn der Antragsteller das 16. Lebensjahr vollendet hatte und sein künftiger Ehegatte volljährig war (s.o.). Inzwischen dürfen nur Über-18-Jährige die Ehe schließen.

In Österreich gilt seit dem 01.07.2001 ein Mindestalter von 18 Jahren für die Ehemündigkeit. Auf Antrag kann ein Gericht die Erlaubnis zur Heirat auch 16-Jährigen erteilen, wenn der zukünftige Ehepartner volljährig ist. Zuvor durften auch 15-jährige Mädchen einen solchen Antrag aus freiem Willen stellen.

In der Schweiz ist seit 1996 die Ehemündigkeit zusammen mit der allgemeinen Mündigkeit auf 18 Jahre festgelegt.

In Schottland liegt seit 1929 das Mindestalter für eine Eheschließung bei 16 Jahren, wobei keine Einwilligung der Eltern erforderlich ist. Zuvor lag das Mindestalter für Mädchen bei 12 Jahren und für Jungen bei 14 Jahren. Da im benachbarten England ab 1753 mit dem „Lord Hardwick’s Marriage Act“ für eine Heirat Minderjähriger das Einverständnis der Eltern erforderlich war, wurde Schottland, und insbesondere Gretna Green als erster Wohnort jenseits der englisch-schottischen Grenze zum Ziel junger Heiratswilliger. 1967 nutzen Joschka Fischer und seine 1. Ehefrau, Edeltraut, damals sie 18 und er 19 Jahre, diese Gelegenheit, um in Gretna Green zu heiraten, da in Deutschland das Heiratsalter noch bei 21 Jahren lag und beide Eltern weder mit einer so

frühen Heirat noch mit einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft einverstanden waren.

Nach kanonischem Recht der römisch-katholischen Kirche liegt nach can. 1083 CIC (Codex Iuris Canonici) das Mindestalter zur Eheschließung für Frauen bei 14 Jahren und für Männer bei 16 Jahren. Allerdings soll nach can. 1072 bei Jugendlichen darauf Einfluss genommen werden, für die Eheschließung das übliche Alter nach Landessitte zu berücksichtigen.

In den USA werden allgemeines Mündigkeitsalter und Ehemündigkeit von den einzelnen Bundesstaaten geregelt. In den meisten Bundesstaaten liegt die Ehemündigkeit bei 18, mit Einverständnis der Eltern bei 16 Jahren. Doch gibt es Abweichungen in beide Richtungen: In Mississippi darf erst ab 21 Jahren ohne Einverständnis der Eltern geheiratet werden, in Nebraska ab 19 Jahren. In Arizona, Colorado, Kalifornien, North Carolina und West Virginia gibt es kein Mindestalter, wenn ein Richter und/oder die Eltern einverstanden sind, in New York und Pennsylvania liegt unter diesen Voraussetzungen das Mindestalter bei 14, in Indiana, Michigan und Utah bei 15, in Georgia und New Jersey bei 16, wobei im Fall einer Schwangerschaft keine Einverständnis der Eltern vorliegen muss.

Im Iran liegt das Mindestalter zur Eheschließung laut Internationaler Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) für Mädchen bei 13 Jahren und für Jungen bei 15 Jahren. Ausnahmen seien dort mit Genehmigung von Eltern und Gericht möglich. Es gebe im Iran Bestrebungen, das Mindestalter für Mädchen wieder auf 9 Jahre zu senken, die Altersgrenze, die bis Mai 2002 galt.

Dauer der Ehe

In Deutschland wird die „Ehe auf Lebenszeit“ geschlossen. Dieses idealtypische, lebenslange Eheversprechen wird jedoch inzwischen nur noch von ca. 60 % der Ehegemeinschaften erfüllt.

Für ca. 40 % der Ehepaare ist die Ehe tatsächlich eine Gemeinschaft auf Zeit, ein Anteil, der sich in den letzten 60 Jahren mehr als verdreifacht hat: Während laut Statistischem Bundesamt in der BRD im Jahr 1955 617.228 geschlossenen Ehen (8,8 auf 1000 Einwohner) 48.275 Ehescheidungen gegenüber standen, wurden 2015 400.115 Ehen geschlossen (4,9 pro 1000 Einwohner) und 163.335 Ehen geschieden.

Scheidungsdaten für gestiftete Ehen hat der Verfasser nicht gefunden. Die unter orthodoxen Juden üblichen gestifteten Ehen sollen sehr stabil sein.

Rechtliche Pflichten in der Ehe

Mit dem rechtsgültigen Ehevertrag ergeben sich für die Dauer der Ehe für die beiden Ehepartner weitreichende Rechte und Pflichten. Diese betreffen:

1. Eheliche Lebensgemeinschaft
In einem Betrag auf „Rechtsanwalt News“ leitet der Rechtsanwalt Brandau aus dem BGB folgende Pflichten in der ehelichen Lebensgemeinschaft ab:
 - a. Häusliche Gemeinschaft der Ehegatten
 - b. Geschlechtsgemeinschaft
 - c. Familienplanung
 - d. Beistand und Fürsorge
 - e. Rücksichtnahme
 - f. Achtung des persönlichen Freiraums
 - g. Verständigungsbereitschaft
 - h. Pflicht zur Mitarbeit
2. Schlüsselgewalt
3. Ehelicher Unterhalt
4. Ehe name
5. Güterrecht/Güterstand
6. Kindschaftsrecht
7. Erbrecht

In der Diskussion um die Ehe Minderjähriger wird u. a. angeführt, dass Minderjährige nicht in der Lage seien, die Rechtsfolgen der Ehe vollumfänglich abzusehen und dementsprechend verantwortlich zu entscheiden.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob alle Volljährigen die Rechtsfolgen einer Heirat vollumfänglich erfassen. Bei gestifteten Ehen sorgen die beteiligten Familien und traditionelle bzw. professionelle Berater dafür, dass die Rechtsfolgen für das Paar zukunftssicher geregelt werden. Wie wenig selbst der Staat der alleinigen Verantwortlichkeit von Eheleuten traut, zeigt sich beim Scheidungsprozess. Da wird verpflichtend zumindest ein Rechtsanwalt im gerichtlichen Scheidungsverfahren verlangt. Wäre es nicht sinnvoller, einen solchen verpflichtenden Rechtsbeistand am Anfang der Ehe zu fordern? Nicht selten sind da die Brautpaare zu unerfahren und naiv oder empfinden jede Regelung der Rechtsfolgen als Ausdruck von Misstrauen und ungenügender Liebe.

Rechtliche und entwicklungspsychologische Überlegungen zur Urteils- und Entscheidungsfähigkeit Minderjähriger

Im Bereich des Jugend-, Familien- und Strafrechts werden häufig kinder- und jugendpsychiatrische Stellungnahmen erbeten, in welchem Umfang Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene intellektuell und emotional in der Lage sind, Folgen ihrer Entscheidungen und Handlungen altersgerecht zu beurteilen und danach zu handeln.

Während es noch relativ gut möglich ist, einen bestimmten Probanden mit seinem Alterskollektiv zu vergleichen, enthält die Aussage, welche Entscheidungen entsprechend dieses Alters möglich sind, bereits überwiegend Wertungen und Setzungen, die nicht wirklich evidenzbasiert sind.

Derzeit wird Minderjährigen in der BRD in verschiedenen Lebens- und Rechtsbereichen in unterschiedlichem Ausmaß eine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit zuerkannt. Es wird neben dem kalendarischen Alter auch das Entwicklungsalter berücksichtigt.

Minderjährige ab dem vollendeten 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind nach § 106 BGB beschränkt geschäftsfähig. Dabei wird mit zunehmendem Alter der Umfang der zulässigen Rechtsgeschäfte größer, u. a. geregelt durch den sogenannten „Taschengeldparagraph“ (§110 BGB).

Während für Bundestags- und Europawahlen für das aktive Wahlrecht ein Mindestalter von 18 Jahren gilt, besteht in vielen Bundesländern bei Landtags- und Kommunalwahlen das aktive Wahlrecht bereits ab 16 Jahren. Derzeit gibt es Bestrebungen, in der BRD das allgemeine aktive Wahlrecht für Bundestagswahlen auf 16 Jahre festzulegen, für das passive Wahlrecht zum Bundespräsidenten neben der deutschen Staatsbürgerschaft die Vollendung des 10. Lebensjahres als Voraussetzung. Und nach den Erfahrungen mit dementsprechend jungen Präsidenten gibt es Bestrebungen, dieses Mindestalter zu erhöhen.

Nach § 19 StGB ist „schuldunfähig, wer bei Begehung der Tat noch nicht 14 Jahre alt ist“. Jugendliche (ab vollendetem 14. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) sind nach § 3 JGG strafrechtlich verantwortlich, wenn sie zur Zeit der Tat nach der sittlichen und geistigen Entwicklung reif genug sind, das Unrecht der Tat einzusehen und nach dieser Einsicht zu handeln.

Mit den jeweiligen Landesgesetzen zur Schulpflicht bestimmen die einzelnen Bundesländer, dass Minderjährige bis zum Abschluss des 10. bzw. 9. Schulbesuchsjahres eine volle Schulpflicht haben. Danach besteht bis zum Ende des 18. Lebensjahrs Berufsschulpflicht. D. h. weder die Minderjährigen noch die Sorgeberechtigten haben bezüglich der Schulpflicht ein eigenes Entschei-

dungsrecht. Lediglich über die Schulform dürfen die Sorgeberechtigten im Rahmen der jeweiligen Landesgesetze entscheiden.

Nach dem Gesetz über die religiöse Kindererziehung entwickelt sich die Religionsmündigkeit in 3 Stufen. Ab dem 10. vollendeten Lebensjahr ist ein Kind zu hören, wenn es in einem anderen religiösen Bekenntnis als bisher erzogen werden soll. Ab dem vollendeten 12. Lebensjahr darf es nicht mehr gegen seinen Willen in einem anderen als dem bisherigen religiösen Bekenntnis erzogen werden. Ab dem vollendeten 14. Lebensjahr besteht die volle Religionsmündigkeit.

Nach § 176 StGB sind sexuelle Handlungen an Personen unter 14 Jahren (Kind) mit Strafe bedroht. D.h., Minderjährigen unter 14 Jahren wird kein sexuelles Selbstbestimmungsrecht im Hinblick auf Kontakte mit über 14-Jährigen zugebilligt. Inwieweit Eltern, die solche Kontakte zulassen, sich strafbar machen, ist strittig. Gebilligt wird jedoch, dass Frauenärzte Mädchen unter 14 Jahren kontrazeptive Mittel verordnen, wenn sie davon ausgehen müssen, dass diese Minderjährigen ansonsten sexuelle Kontakte ohne Kontrazeption haben werden.

Jugendlichen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr wird ein sexuelles Selbstbestimmungsrecht zuerkannt. Allerdings gibt es Einschränkungen durch den § 182 StGB, um diese Jugendlichen vor Missbrauch zu schützen. Dabei ist in Einzelfällen die Fähigkeit des Jugendlichen zur sexuellen Selbstbestimmung zu prüfen.

Daten zum Sexualverhalten Minderjähriger

Eine umfassende Darstellung des Sexualverhaltens Jugendlicher findet sich in der Erhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung „Jugendsexualität 2015 – Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen – Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Wiederholungsbefragung“ von Heidrun Bode und Angelika Heßling.

Danach gaben bei den 14-Jährigen 6 % Koituserfahrung an, und zwar Mädchen ohne (6 %) und mit (4 %) Migrationshintergrund ähnlich häufig. Dagegen lagen die Angaben von 14-jährigen Jungen für die mit Migrationshintergrund mit 14 % deutlich über der ohne Migrationshintergrund (3 %). Später gleicht sich die Häufigkeit zwischen beiden Gruppen an.

Im Alter von 15 Jahren haben 19 %, im Alter von 16 Jahren 39 %, im Alter von 17 Jahren 58 % und im Alter von 18 Jahren 77 % Koituserfahrung.

Lt. Statistischem Bundesamt kamen 2015 auf 1000 15-jährige Frauen 0,8 Lebendgeburten (1972: 1,3), also ca. 360 Kinder, auf 1000 16-Jährige 2,2 (1972: 6,7) / ca. 770 Kinder, auf 1000 17-Jährige 4,7 (1972: 24,8) / ca. 1645 Kinder, auf 1000 18-Jährige 8,3 (1972: 83,7) / ca. 2900 Kinder. Bei den 18-Jährigen kann angenommen werden, dass ein erheblicher Teil dieser Kinder vor dem vollendeten 18. Lebensjahr der Mutter gezeugt wurde.

Zum Vergleich: Derzeit liegt das Durchschnittsalter von Frauen in der BRD beim ersten Kind bei 29,5 Jahren. Die meisten Kinder gebären 2015 Frauen im Alter von 31 Jahren, nämlich 31 auf 1000 Frauen dieses Alters. 1972 waren es die Frauen im Alter von 23 Jahren mit 112,7 Kinder /1000.

Ebenfalls nach den Angaben des Statistischem Bundesamtes gab es im Jahr 2016 330 Schwangerschaftsabbrüche bei Mädchen unter 15 Jahren und 2750 bei Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren, im Jahr 2015 lagen die Zahlen etwas höher.

In ca. 95 % aller Schwangerschaftsabbrüche (2016: 98.721) erfolgte dies nach der Beratungsregelung, also auf Grund einer psychosozialen Notlage. Das Statistische Bundesamt gibt nicht an, ob dies in gleicher Häufigkeit auch für die Jugendlichen zutrifft.

Der Verfasser hat keine Angaben darüber gefunden, wer die rechtsverbindliche Entscheidung über diese Schwangerschaftsabbrüche getroffen hat, ob die Jugendlichen selbst, die Sorgeberechtigten oder beide gemeinsam.

Epidemiologisch gibt es nachdenkenswerte Korrelationen zur Häufigkeit von Ehen Minderjähriger.

Psychische und soziale Folgen bei Aufhebung/Nichtigkeitserklärung einer Ehe Minderjähriger

1. Folgen in der Selbstwahrnehmung und dem Selbstwertgefühl

Wenn die Ehen Minderjähriger gegen deren Willen aufgehoben oder für nichtig erklärt werden, versetzt der Staat diese in einen Zustand sozialer, religiöser und letztlich auch rechtlicher Unordnung. Die bisher gelebte Ehe wird staatlicherseits zum illegitimen oder gar strafbaren Verhältnis erklärt.

Aus einer sittlich gesicherten Verbindung wird per Gesetz ein sittenwidriges Verhalten, falls die bisherige Beziehung offen oder heimlich fortgesetzt wird. Es wird häufig unterstellt, dass gestiftete Ehen per se Zwangsehen und damit unglückliche Ehen seien. Der Verfasser hat wiederholt von den Eltern der Patienten seiner Praxis erfahren, dass deren Ehe arrangiert wurden, dass sie dies

jedoch nicht als Zwang sondern selbstverständlich empfunden haben und mit der getroffenen Wahl durchaus einverstanden sind. Es gibt keine empirischen Belege dafür, dass Liebesehen für die Ehepartner insgesamt glücklicher, erfolgreicher und gerechter wären als gestiftete Ehen. Während die gestifteten Ehen durch Vereinbarungen und Verträge der Familien und sozialen Gemeinschaften gleich zu Beginn der Ehe einen gesicherten rechtlichen Rahmen schaffen, ist es bei den hierzulande üblichen Liebes- oder Vernunftehen offensichtlich notwendig, den rechtlichen Rahmen im Fall einer Scheidung nachträglich durch verpflichtende rechtliche Regelungen zu ersetzen.

2. Beziehungsstörung/-abbruch in der Partnerschaft einschließlich der Elternschaft

Die Minderjährigen, deren Ehe durch das neue Gesetz annulliert oder aufgehoben wird, werden, sofern sie nicht selbst die Aufhebung der Ehe im Rahmen einer Scheidung wünschen, in einen Beziehungs- und Selbstwertkonflikt gestürzt. Es entstehen Loyalitätskonflikte in Bezug auf den bisherigen Ehepartner/die bisherige Ehepartnerin. Die bereits gelebte Partnerschaft einschließlich der geschlechtlichen Gemeinschaft erhält bei zwangsweiser Aufhebung oder Annullierung den Stempel des Illegalen, ggf. sogar des Strafbaren. Die von Anfang an bestehende oder inzwischen gewachsene Paar- und Liebesbeziehung darf öffentlich nur noch als regellose Beziehung oder u. U. überhaupt nicht mehr gelebt werden.

Kinder, die dieser Beziehung entstammen sind plötzlich unehelich mit allen möglichen sozialen, rechtlichen und psychischen Folgen. Die Mütter und Väter sind nachträglich Eltern unehelicher Kinder, ebenfalls mit den entsprechenden Folgen.

3. Folgen in der Ursprungsfamilie und in der sozialen/ethnischen Gemeinschaft

Für die eigene Familie, die bisherige Schwiegerfamilie und die soziale Gemeinschaft wird aus einem Familien- und Gemeinschaftsmitglied, das in sittlicher Ordnung und Verantwortung lebt, durch den Eingriff des Staates eine Person außerhalb der jeweiligen sittlichen und religiösen Normen, deren Ruf und Wert u. U. in schlimmster Weise beschädigt wird.

Sofern die aufgehobene/für nichtig erklärte Ehe nicht nach der Vollendung des 18. Lebensjahres wieder durch eine erneute staatliche Eheschließung wieder auflebt, bleibt die/der Betroffene in vielen Fällen zeitlebens in einer Außenseiterposition, ggf. auch völlig ausgeschlossen aus der Herkunftsgemeinschaft.

4. Folgen im religiösen Selbstverständnis und in der religiösen Gemeinschaft

Während Minderjährige in einer nach den Normen des Herkunftslandes rechtsgültig geschlossenen Ehe ihre Partnerschaft in jeder Hinsicht sittlich und moralisch makellos leben können, wird diese Beziehung durch die Aufhebung oder Nichtigkeitserklärung nachträglich als sittenwidrig etikettiert, es sei denn, das Paar hat die innere Stärke, die bisherige Ehe trotz der staatlichen Aufhebung/Nichtigkeitserklärung als religiös und sittlich weiter existent zu betrachten.

Entsprechend wird auch die soziale und religiöse Gemeinschaft die bisherige Partnerschaft Minderjähriger entweder nachträglich als verwerflich ansehen oder es wird im Sinne einer höheren Rechtsordnung die staatliche Aufhebung/Nichtigkeitserklärung in der eigenen Bewertung nicht anerkennen und die Partner als vor Gott weiterhin verheiratet betrachten.

Ähnliches gibt es schon seit langem in Deutschland in Bezug auf die Römisch-Katholische Kirche, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen, indem Zivilehe und Zivilscheidung zwar in ihren staatlichen Rechtsfolgen, nicht aber in der religiös-sakramentalen Wirksamkeit anerkannt werden.

5. Mögliche Auswirkungen auf Partnerschaften Minderjähriger mit religiöser und traditioneller Bindung in der Zukunft

Schon jetzt gibt es Jugendliche, die sich religiös trauen lassen, um ihre Liebe und ihre sexuelle Selbstbestimmung in sittlicher Verantwortung und in ihrem religiösen Verständnis schuldlos vor Gott zu leben. In der Praxiserfahrung des Verfassers gibt es auch Erwachsene, die ausschließlich religiös die Ehe geschlossen haben, weil ein Partner bzw. seine/ihre Familie die religiöse Eheschließung für die Vollziehung der Lebensgemeinschaft forderte, während die/der andere oder auch beide sich (noch) nicht für eine zivilrechtliche Eheschließung entscheiden können/wollen.

Zwar wird im Artikel 3 des Gesetzes zur Bekämpfung der Kinderehen zur Änderung des Personenstandsgesetzes die Zuständigkeit des deutschen Standesamtes für die Eheschließung noch einmal besonders hervorgerufen und religiösen oder traditionellen Handlungen, die darauf gerichtet sind, ohne vorherige standesamtliche Eheschließung eine der Ehe vergleichbare dauerhafte Bindung zweier Personen zu begründen, mit einer Ordnungsstrafe belegt. Ob dies Paare und soziale Gemeinschaften, die göttliches Gesetz über staatliches Recht stellen (s. Apostelgeschichte 5, 29) von einer solchen Praktik abhält, ist jedoch fraglich. Sofern keine Ansprüche gegenüber dem Staat aus einer

solchen internen Eheschließung abgeleitet werden, werden diese nur zufällig bekannt und nicht regulär erfasst werden.

In der römisch-katholischen/lateinischen Tradition wird davon ausgegangen, dass die Eheleute sich gegenseitig das Sakrament der Ehe spenden. Der Priester assistiert nur diesem sakramentalen Geschehen. Dementsprechend könnten Paare sich der staatlichen Kontrolle entziehen, wenn sie auf die offizielle Assistenz der Kirchenvertreter verzichten.

Auch in anderen Religionen ist die religiöse/traditionelle Eheschließung für die soziale Anerkennung und die eigene Wertschätzung/das eigene Seelenheil entscheidend, nicht die staatliche Anerkennung. Deren Bedeutung liegt in den diversen Rechtsfolgen, insbesondere im Kindschafts- und Erbrecht.

Folgen für die Kinder Minderjähriger, deren Ehe aufgehoben/annulliert wurde

1. *Rechtsfolgen hinsichtlich Abstammung und Ehelichkeit*

Auf die möglichen Rechtsfolgen für Kinder aus Ehen Minderjähriger bei Aufhebung oder Nichtigkeitserklärung dieser Ehen haben die obengenannten juristischen Verbände umfassend hingewiesen und fordern auch deshalb ein richterliches Anhörungsverfahren.

2. *Folgen für den sozialen Status in der mütterlichen und väterlichen Familie*

Sofern die Familien der betroffenen Ehepartner die staatliche Aufhebung oder Annullierung der Ehe mit Minderjährigen nicht nur als staatlichen Rechtsakt ansehen, der innerfamiliär und in der sozialen Gemeinschaft keine Relevanz besitzt, würden die Kinder aus solchen Ehen auch sozial den Status unehelicher Kinder bekommen, was in vielen sozialen Gemeinschaften noch immer als Makel gilt, wenn es nicht sogar zum Ausschluss aus der sozialen Gemeinschaft führt.

3. *Folgen in der Selbstwahrnehmung und dem Selbstwert*

Wenn der staatliche Eingriff in die Paarbeziehung durch die Aufhebung /Nichtigkeitserklärung nicht durch eine sozial und emotional höherrangige Bewertung der sozialen Gemeinschaft kompensiert wird, werden die Kinder aus solchen Beziehungen ähnlich wie uneheliche Kinder bis vor kurzem in der traditionellen deutschen Gesellschaft sich als weniger wert und weniger geachtet erleben im Vergleich zu Kindern in anerkannten Partnerschaften.

Wenn ihnen darüber hinaus durch eine staatlich verordnete Trennung des Elternpaares auch noch für längere Zeit, nämlich bis zur Volljährigkeit beider Partner, ein Elternteil, zumeist der Vater, vorenthalten wird, werden sie zusätzlich in ihrer Identitätsentwicklung und Bindungsfähigkeit gefährdet.

4. *Folgen im Erbrecht*

Diesbezüglich wird ebenfalls auf die juristischen Stellungnahmen der oben genannten Verbände verwiesen.

Abschließende Überlegungen

Die Diskussion um die Ehe Minderjähriger berührt grundlegende Vorstellung zur Ehe und deren Stellung in der sozialen Gemeinschaft und zur Entwicklung Jugendlicher, sowohl hinsichtlich ihrer Geschäftsfähigkeit als auch zu ihrer sexuellen Selbstbestimmung. Die derzeitige Ordnung geht davon aus, dass Jugendliche nur bedingt geschäftsfähig sind und dass sie in ihren Rechten wesentlich durch ihre Eltern vertreten werden. Mit dieser Vorstellung begründet sich auch unsere o.g. Rechtslage zur Ehe.

Bezüglich der Volljährigkeit und der Ehefähigkeit zeigen die Verhältnisse in den USA anschaulich, dass es offensichtlich keine strikten, unwiderlegbaren Grenzen gibt, allerdings doch Alterskorridore, die von allen eingehalten werden. Der Vergleich mit den USA ist u. a. deshalb hilfreich, da in den USA ein ähnlicher Wertekanon besteht, wie in Deutschland und in Mitteleuropa.

Der Verfasser, der am Ende des 2. Weltkrieges geboren wurde, hat in seiner Lebenszeit in Deutschland einen weitgehenden Rechts- und Wertewandel erlebt sowie deren Widersprüchlichkeit. Zwanzigjährig durfte er wesentliche Rechtsgeschäfte nicht allein abschließen, jedoch als Soldat bei der Bundeswehr bereits anderen Befehle erteilen, die diese ausführen mussten.

Bis 1973 galten in der BRD die Kuppelei-Paragrafen 180 und 181 StGB uneingeschränkt auch für Beziehungen unter nicht verheirateten Erwachsenen. Danach waren Personen mit Gefängnisstrafe bedroht, wenn sie unverheirateten Personen gestatteten, gemeinsam bei ihnen zu nächtigen. Es war selbstverständlich, dass z. B. Vermieter von Untermietern verlangten, dass andersgeschlechtlicher Besuch spätestens um 22 Uhr die Wohnung verließ.

Auch Homosexualität galt bis 1973 als Krankheit oder Straftat, und war nach § 175 StGB mit Gefängnisstrafe bedroht. Noch Anfang der 70iger Jahre wur-

de Homosexualität in den psychiatrischen Standardlehrbüchern als Perversi-
on und Krankheit abgehandelt.

Diese Reminiszenzen haben insofern mit dem Thema der Ehe Minderjähriger
zu tun, als sie aufweisen, dass sich in Deutschland in den letzten 50 Jahren
ein umfassender Werte- und Rechtswandel vollzogen hat, insbesondere in der
Regelung der zwischenmenschlichen Beziehung.

Eine besondere Betrachtung verdient auch die zeitliche Perspektive, in der
Ausländer sich im deutschen Rechtsgebiet aufhalten. Das Gesetz zur Be-
kämpfung der Kinderehe gilt für Personen, die sich nicht nur kurzfristig in
Deutschland aufhalten. Wie ist dies zu definieren?

Besonders für Flüchtlinge, die in der BRD Asyl oder subsidiären Schutz er-
halten haben, gilt, dass deren Aufenthalt zumindest theoretisch temporär ist.
Wenn der Asylgrund entfällt, könnten sie in ihr Ursprungsland zurückkehren.
Das kann sehr jedoch sehr lange Zeiträume umfassen.

Vor mehr als 30 Jahren betreute der Verfasser afghanische Familien, die vor
dem kommunistischen Regime geflohen waren und deren Väter als Taliban
für ein freies Afghanistan kämpften. Später waren es Familien, die vor den
Taliban geflohen waren. Manchmal waren es auch dieselben Familien, die
sich bedroht fühlten.

Sofern Ehen mit Minderjährigen unter 14 Jahren als sexueller Missbrauch
gewertet werden, kann solch ein Missbrauch bei kurzfristigem Aufenthalt ge-
duldet oder muss er nicht strafrechtlich verfolgt werden?

Aus der ärztlichen Praxis sind dem Verfasser etliche Fälle bekannt, wo das
Lebensalter nach unten korrigiert wurde, um den besonderen Schutz von Min-
derjährigen zu erhalten. Es wäre nicht verwunderlich, wenn bei jungen ver-
heirateten Migranten jetzt eine gegenseitige Alterskorrektur erfolgen würde.
Das jetzige Gesetz zur Bekämpfung von Kinderehen entspricht nur teilweise
dem Kindeswohl der betroffenen Minderjährigen, sofern nicht in jedem Ein-
zelfall eine eingehende gerichtliche Prüfung mit Untersuchung und Beurtei-
lung aller besonderen Umstände in der jetzigen Lebenssituation in Deut-
schland und den Rechtsnormen, religiösen und traditionellen Vorstellungen des
Heimatlandes erfolgt.

Eine Rechtsnorm, die für die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland eine im
Ausland gültig geschlossene Ehe aufhebt oder für nichtig erklärt, während
diese Ehe im Herkunftsland weiterhin gültig ist, schafft für die betroffenen
Minderjährigen keine Rechtssicherheit, sondern eine zusätzliche Konfliktsi-
tuation.

Sofern diese Minderjährigen als Asylsuchende oder Besucher nach Deutschland gekommen sind, ist deren Aufenthalt in Deutschland zumindest formal vorübergehend. Es nützt der Entwicklung dieser Minderjährigen nichts, wenn die Gültigkeit der von ihnen geschlossenen Ehe für die Zeit dieses Aufenthaltes staatlich suspendiert wird.

Da es im Einzelfall durchaus fraglich sein kann, ob die im Ausland geschlossene und nicht selten gestiftete Ehe tatsächlich aus freiem Willen eingegangen wurde, wäre es sinnvoll, wenn minderjährigen Ehepartnern, deren gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland ist, Gelegenheit gegeben würde, ihren eigenen Willen zur Fortsetzung oder Aufhebung/Scheidung der Ehe mit möglichst geringer Einflussnahme anderer kundzutun und zu dokumentieren. Dazu könnte ein gerichtliches Überprüfungsverfahren mit je eigenem rechtlichem Beistand für beide Ehepartner hilfreich sein.

Parteiische Beeinflussung kann allerdings in der einen oder anderen Weise nicht nur durch die Ehepartner, die jeweiligen Familien und sozialen Gemeinschaften, sondern ebenso durch Jugendämter, Beratungsstellen, Therapeuten und andere Hilfesysteme erfolgen.

Umso wichtiger ist ein Gehör durch Richterinnen und Richter, die sowohl mit ausländischem Ehe- und Familienrecht als auch mit kulturellen und religiösen Gegebenheiten der Herkunftsländer vertraut sind, was im jetzigen Gesetzentwurf ausdrücklich nicht vorgesehen ist.

Eine am Kindeswohl orientierte Unterstützung minderjähriger Ehepartner erfolgt eher durch annehmende und wertschätzende Unterstützung der Paare als durch administrative Eingriffe, auch wenn diese in Einzelfällen notwendig sein können.

Wir Kinder- und JugendpsychiaterInnen sollten vorbereitet sein, um sich Problemen, die sich aus dem Gesetz zur Bekämpfung der Kinderehe ergeben, zu stellen und Betroffene bestmöglich und in deren freier Entwicklung zu unterstützen.

Literatur beim Verfasser

Autor:

Christian K. D. Moik
Wirichsbongardstr. 5-9
52062 Aachen

Die Praxis-Homepage

Christoph v. Drachenfels & Heiko A. Giermann

Rechtliche Vorgaben und Fallstricke

Die Homepage der Arztpraxis gewinnt immer mehr an Bedeutung. Das Internet ist eine der wichtigsten Informationsquellen unserer Gesellschaft.

Die „gute“ Homepage sollte in ihrer Gestaltung immer klar, einfach und selbst-erklärend sein. Ein Nutzer sollte sich leicht zurechtfinden. Die drei Schlagworte „Einfachheit, Konsistenz und Transparenz“ gelten insoweit nicht nur für das Design und die Informationsarchitektur – sie lassen sich auch auf die rechtliche „Seite“ übertragen. Rechtlich gesehen sind bestimmte Informationen zwingend anzugeben, manche erlaubt und manche nicht zulässig.

Pflichtangaben im Impressum

Die Pflichtangaben werden üblicherweise im Impressum aufgeführt. Dieses muss nach § 5 des Telemediengesetzes (TMG) leicht erkennbar, unmittelbar erreichbar und ständig verfügbar sein und folgende Angaben enthalten:

- Vollständiger Name des Anbieters
- Postanschrift und Daten zur schnellen Kontaktaufnahme (E-Mail-Adresse und Telefonnummer)
- ggf. auch die Rechtsform, in der die Praxis betrieben wird.
- Ärzte sind darüber hinaus zu weiteren Angaben verpflichtet:
- Gesetzliche Berufsbezeichnung („Arzt“; nicht: Facharztanerkennung) mit Angabe des Staates, der sie verliehen hat
- Benennung der zuständigen Ärztekammer als Aufsichtsbehörde und bei Vertragsärzten der zuständigen KV

- Angabe der für den Arzt geltenden Berufsordnung und des Heilberufsgesetzes und dazu, wie diese zugänglich sind (in der Regel kann auf diese verlinkt werden).
- Unterliegt die Praxis der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, muss sie auf ihrer Homepage die E-Mail-Adresse des Beauftragten für Medizinproduktesicherheit bekannt geben.

Streitbeilegung

Auch wenn Ärzte nicht unter den Unternehmerbegriff des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes fallen, sollten sie sicherheitshalber auf ihrer Homepage unter der Rubrik „Impressum“ mitteilen, ob sie bereit oder verpflichtet sind, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Im Falle der Bereitschaft ist auf die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle hinzuweisen. Der Hinweis muss Angaben zu Anschrift und Webseite der Verbraucherschlichtungsstelle enthalten.

Pflichtangaben zu redaktionellen Inhalten

Enthält die Homepage journalistisch-redaktionelle Inhalte, z.B. als Rubrik „Aktuelles“, „Newsletter“, „Medizinische Beiträge“, sind nach § 55 Rundfunkstaatsvertrag (RStV) zusätzliche Angaben zu machen. In dem Impressum muss dann ein Verantwortlicher gemäß § 55 RStV mit Namen und Anschrift benannt werden. Das gilt bereits dann, wenn der Arzt auf seiner Homepage medizinische Sachverhalte mit eigenen Worten näher beschreibt.

Eventuell ist im Einzelfall auch die Umsatzsteueridentifikationsnummer anzugeben; Angaben zur Berufshaftpflichtversicherung sind nicht zwingend erforderlich.

Zulässige Inhalte der Homepage

Zulässig sind die Angaben, die auch auf dem Praxisschild anzugeben sind bzw. angegeben werden dürfen: Name, Facharztbezeichnung, Praxisprechzeiten und ggf. die Bezeichnung der Berufsausübungsgesellschaft, Leistungsspektrum, Tätigkeitsschwerpunkte, ärztliche Qualifikationen. Auch organisatorische Angaben, wie Erreichbarkeit außerhalb der Sprechzeiten etc., sind zulässig.

Informationen zu externen Links

Empfehlenswert sind sog. „Disclaimer“, auch wenn deren rechtliche Reichweite differenziert bewertet wird. Die Homepage sollte daher gut sichtbar und deutlich formuliert einen Haftungsausschluss für externe Links enthalten. Dabei genügt nicht der Hinweis, dass für den Inhalt der verlinkten Seiten keine Haftung übernommen wird. Vielmehr ist ausdrücklich festzustellen, dass für den Inhalt externer Links ausschließlich deren Betreiber verantwortlich ist, zum Zeitpunkt der Verlinkung keine Rechtsverstöße erkennbar waren und im Falle des Bekanntwerdens einer solchen Rechtsverletzung der Link umgehend entfernt wird.

Bei der Verwendung von Links sollte weiterhin beachtet werden, dass Verlinkungen zu Herstellern und Händlern als indirekte Produktempfehlung unzulässig sind. Zudem darf nicht ohne Grund an andere Anbieter verwiesen werden.

Datenschutzerklärung bei Kontaktformularen

Oft verwenden Ärzte auf ihrer Homepage ein Kontaktformular, z.B. zur Terminvereinbarung oder für Anfragen. In diesem Fall muss die Homepage deutlich sichtbar eine Datenschutzerklärung enthalten, auf die der Nutzer (Patient) vor Eingabe der Daten hingewiesen wird. Die Datenschutzerklärung muss so platziert sein, dass sie für den Patienten jederzeit abrufbar ist. Beachte zum E-Mail-Kontakt: Nach § 7 Abs. 4 der Musterberufsordnung Ärzte dürfen Ärzte eine individuelle ärztliche Behandlung oder Beratung nicht ausschließlich über Print- oder Kommunikationsmedien durchführen.

Bisher besteht aber keine gesetzliche Verpflichtung, einen Datenschutzbeauftragten auf der Praxishomepage zu nennen – unabhängig davon, ob die Praxis verpflichtet ist, einen Datenschutzbeauftragten zu bestellen (dies ist Pflicht, wenn in der Regel mehr als neun Personen ständig am PC mit personenbezogenen Daten arbeiten).

Urheber- und Wettbewerbsrecht

Bei der Verwendung von Bildern ist das Urheberrecht zu beachten: Der Urheber muss vor Freischaltung der Verwendung zugestimmt haben. Das gilt nicht nur für Fotos, sondern auch bei der Verwendung von Ausschnitten aus Straßenkarten als Anfahrtsskizze.

Im Bereich des Wettbewerbsrechts sind durch die Novellierung des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) einige Lockerungen eingetreten. Fotos in Berufskleidung sind nunmehr grundsätzlich zulässig.

Auch kann der Arzt den Domain-Namen seiner Homepage grundsätzlich frei wählen, sofern keine berufswidrige Werbung vorliegt. Das ist u.a. der Fall, wenn eine unsachliche Selbstanpreisung oder ein Name gewählt wird, in dem eine Alleinstellung behauptet wird wie z.B. „www.Psychiatriezentrum-Westdeutschland.de“ oder „www.Der-Beste-Psychiater.de“.

Sogenannte Vorher-Nachher-Bilder sind im Bereich plastisch-chirurgischer Behandlungen weiterhin nicht erlaubt, ansonsten sind sie zulässig, solange sie nicht in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise benutzt werden. Da es sich insoweit jedoch um unbestimmte und ausfüllungsbedürftige Rechtsbegriffe handelt, ist bei der Verwendung weiterhin eine gewisse Vorsicht geboten.

Unzulässige Inhalte

Unzulässig sind Informationen, die gegen die Vorgaben der Berufsordnung (berufswidrige Werbung) oder das Heilmittelwerbegesetz oder sonstige gesetzliche Bestimmungen verstoßen. In erster Linie geht es dabei um Informationen, die unwahr, unsachlich, unwürdig, unseriös, vergleichend, täuschend oder anpreisend und dergleichen sind.

Nach wie vor unzulässig sind weiterhin außerdem Werbebanner, Pop-up-Fenster, Gewinnspiele oder Gästebücher.

Kontaktadressen:

RA Dr. Christoph v. Drachenfels

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, VON DRACHENFELS - Kanzlei für Medizinrecht, Brunshofstr. 12, 45470 Mülheim an der Ruhr, www.kanzlei-drachenfels.de

RA Dr. Heiko A. Giermann, Düsseldorf

Rechtsanwalt, Vertrags- und Gesellschaftsrecht, FPS Rechtsanwälte mbB, Königsallee 60 C (KÖ-Höfe), 40212 Düsseldorf, www.fps-law.de

Kolumne

Aktuelle Rechtsfragen

Keine GEMA Gebühren für Hintergrundmusik aus dem Radio in Arztpraxen
Ärzte müssen weiterhin keine GEMA Gebühren für Hintergrundmusik aus dem Radio zahlen. Das Urteil des Bundesgerichtshofs aus dem 2015 zu genau dieser Fallkonstellation hat weiterhin Bestand, unabhängig von der Größe oder Exklusivität der Praxis.

Es kann aber nicht von einem Grundsatzurteil für medizinische Einrichtungen mit Publikumsverkehr gesprochen werden. In dieser komplizierten Rechtsmaterie entscheiden Gerichte meist einfallbezogen. So hat etwa der Europäische Gerichtshof im Falle einer Fernsehübertragung in einem Reha-Zentrum entschieden, dass GEMA Gebühren zu zahlen sind. Denn, im Gegensatz zu einer Hintergrundmusik in einer Arztpraxis, will das Reha-Zentrum mit der Fernsehübertragung die Gäste und Kunden der Einrichtung direkt und gezielt erreichen und damit die Attraktivität und die Frequentierung des Reha-Zentrums steigern.

Schweigepflicht gilt auch bei Krankenhauseinweisungen

Viele niedergelassene Ärzte unserer Fachgruppen sind mit dem Informationsfluss nach einer Krankenhauseinweisung nicht zufrieden. Sie erhalten keinerlei Informationen darüber, ob der Patient sich in die Klinik hat einweisen lassen. Doch die gewünschten Informationen lassen sich leider nur unter sehr hohem bürokratischen Aufwand beschaffen.

Gemäß § 9 Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte (MBO) unterliegt der Arzt im Krankenhaus auch gegenüber anderen Ärzten der Schweigepflicht. Die Schweigepflicht kann nur durch das Einverständnis des Patienten gebrochen werden. Dieses Einverständnis muss in regulären Fällen schriftlich und ausdrücklich erfolgen.

Will der niedergelassene Arzt an die Information über seinen Patienten gelangen, muss er dem Patienten gemeinsam mit der Krankenhausüberweisung

eine Einverständniserklärung vorlegen. In dieser entbindet der Patient den einweisenden Arzt im Krankenhaus von seiner Schweigepflicht. Diese Erklärung muss der niedergelassene Arzt dem Krankenhaus vorlegen. Nur nach diesem beschwerlichen Weg kann der Arzt an die gewünschte Information gelangen.

Notdienst und Bereitschaftsdienst – Wie weit geht hier die Behandlung?

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird in seiner Bedeutung in den nächsten Jahren zunehmen: Ob beim Patienten zu Hause oder in einem neu strukturierten Belegarztsystem an den Kliniken.

Spannend ist für den Arzt in Bereitschaft, in welchem Umfang er den Patienten behandeln muss. Hierzu hat sich der Gesetzgeber geäußert. In der Gesetzesbegründung zum Krankenhausstrukturgesetz wird der Umfang definiert: Ziel einer Behandlung im vertragsärztlichen Notdienst ist lediglich, die Stabilisierung der gesundheitlichen Situation des Patienten zu erreichen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist der Not- und Bereitschaftsdienst kein Surrogat einer regelmäßigen vertragsärztlichen Behandlung. Die weitergehende Versorgung ist daher im Rahmen der regulären Öffnungszeiten durch eine vertragsärztliche Praxis zu gewährleisten.

Ein gutes und deutliches Signal des Gesetzgebers: Jeder Facharzt kann die geforderter Behandlung leisten – unabhängig seiner Facharzttrichtung. Zudem ist die Begründung ein Bekenntnis zum Grundsatz ambulant vor stationär.

Der angestellte Arzt als Haftungsrisiko?

Mittlerweile ist es nicht nur den Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) vorbehalten, Ärzte anzustellen. Auch selbstständig tätige Kollegen haben mittlerweile diese Möglichkeit. Im Fall einer Anstellung stellt sich häufig die Frage nach der Verteilung der Haftungsrisiken. Haftungsfälle können vielschichtig auftreten. Vom Behandlungsfehler über die Nutzung des Praxis-PKW bei Hausbesuchen, bis hin zu Regressforderungen und Verstößen gegen die ärztliche Schweigepflicht.

Im Fall eines Anstellungsverhältnisses ist der Umfang der Berufshaftpflichtversicherung besonders zu berücksichtigen, ggf. nachzubessern. Die Tätigkeiten des angestellten Arztes sollten hier mit abgedeckt sein. Um aber den kompletten Deckungsumfang zu sichern, ist es dringend zu empfehlen, dass auch der Arbeitnehmer eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abschließt. Das finanzielle Risiko kann daher von vornherein minimiert werden.

Grundsätzlich ist der Arbeitgeber für das Verhalten seiner Angestellten gegenüber Dritten haftbar und kann bei einem Fehler direkt in Anspruch genommen werden. Gerade bei der Erfüllung vertragsärztlicher Pflichten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen können Fehler des angestellten Arztes schnell Existenz gefährdend für den Praxisinhaber sein. Regelmäßige Kontrollen und Fortbildungen im Bereich der Abrechnung sind für die angestellten Kollegen dringend zu empfehlen. Denn lediglich bei groben oder vorsätzlichen Verfehlungen des Arbeitnehmers ist der Praxisinhaber als Arbeitgeber nicht in der Haftung. Haftungsklauseln in Arbeitsverträgen sind nur in engen Grenzen möglich und sollten unbedingt vorher rechtlich geprüft werden.

Wie weit gehen meine Werbemöglichkeiten als Arzt?

Seit dem Jahr 2012 ist das Werbeverbot für Ärzte weitgehend aufgeweicht worden. Daraus ergaben sich für Arztpraxen gute Chancen sich gegenüber anderen Kollegen hervorzuheben. Aber offensives Werben birgt auch Risiken in sich. Grundsätzlich sind die Werbemöglichkeiten des Arztes vielfältig. Neben dem gängigen Praxisschild, können Informationen über die klassischen Medien und das Internet verbreitet werden. Auch ein soziales Sponsoring von Kultur- und Sportveranstaltungen ist möglich.

Es gibt aber auch klare Grenzen: Pauschalangebote für ärztliche Leistungen (soweit sie nach der Gebührenordnung abrechenbar sind), als auch Gutscheine oder Rabatte sind unzulässig. Grundsätzlich darf das Leistungsangebot in sachlicher Art vorgestellt werden. Besondere Zurückhaltung ist jedoch bei neuen Behandlungsverfahren oder in ihrer Wirksamkeit fachlich noch umstrittenen Methoden geboten. Hier muss sichergestellt werden, dass es sich um nach gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnis wirksame Maßnahmen handelt. Gegebenenfalls muss auf eine abweichende Fachmeinung hingewiesen werden.

In naher Zukunft kann es auf dem Gebiet des Fernbehandlungsverbotes zu Änderungen kommen. Hieraus könnten sich auch neue Möglichkeiten für Werbemöglichkeiten ergeben. Sie werden über die neuesten Entwicklungen von uns selbstverständlich rechtzeitig informiert. Bevor sich Kollegen für eine innovative Form des Werbens entscheiden, sollten sie sich unbedingt rechtlichen Rat einholen. Die Rechtsprechung ist auf diesem Gebiet sehr vielschichtig und oft einzelfallabhängig.

Bundesverfassungsgericht bestätigt Tarifeinheitgesetz – Marburger Bund geschwächt

Das Bundesverfassungsgericht hat das Tarifeinheitgesetz in den wesentlichen Teilen bestätigt. Das Urteil bedeutet eine deutliche Schwächung für den Marburger Bund. Im Falle von kollidierenden Tarifverträgen wird derjenige verdrängt, der weniger Mitglieder in einem Betrieb hat. Diese Regelung kann grundsätzlich von allen Tarifparteien des Betriebes ausgesetzt werden. Trotz der Möglichkeiten der Ergänzung von Tarifverträgen der „großen“ Gewerkschaften sind Spartengewerkschaften wie der Marburger Bund nachhaltig geschwächt. Es ist daher gut möglich, dass kleine Gewerkschaften ihren Mitgliederstamm erweitern (etwa auf Pflegekräfte), um weiterhin einen Einfluss im Betrieb gewährleisten zu können.

Outgesourcte Dienstleistungen in Praxen und der Geheimnisschutz

Im September 2017 wird der Bundesrat über den (Straf-)Gesetzentwurf des Bundestages zur *Neuregelung des Schutzes von Geheimnissen bei Mitwirkung Dritter an der Berufsausübung schweigepflichtiger Personen* abstimmen, welches eine neue Regelung des Strafgesetzbuches im Hinblick auf den Berufsgeheimnisträgerschutz beinhaltet. Für die Angestellten von Berufsgeheimnisträgern, z.B. Ärzte oder Arzthelferinnen, ist die Geheimhaltungspflicht bereits jetzt selbstverständlich und es werden sich durch die neue Gesetzeslage keine einschneidenden Änderungen für die unbedingte Verpflichtung zur Geheimhaltung in der Praxis ergeben.

Die Frage aber, ob überhaupt eine Dienstleistung durch Outsourcing aus dem Betrieb ausgegliedert werden kann, die nur ausgeführt werden kann, wenn auch Geheimnisse weitergetragen werden, ist nun klarstellend bejaht worden. Der Gesetzestext erstreckt sich dabei auf „sonstige mitwirkende Personen“. Dies ist erkennbar ein sehr weitreichender Personenkreis, und es darf mit Spannung abgewartet werden, welche Art von Aufgaben nun tatsächlich in der Praxis auf Außenstehende übertragen werden.

Wichtig ist für den Berufsträger, also Sie als Arzt, dass, wenn Aufgaben auf andere Personen übertragen werden, diese unbedingt zur Geheimhaltung verpflichtet werden müssen. Dies kann für die Praxis nur bedeuten, dass eine schriftliche Bestätigung eingeholt werden muss, damit überhaupt eine Berührung mit Privatgeheimnissen von Patienten im Rahmen der Leistungserbringung Dritter stattfinden kann. Sollte der Arzt diese Verpflichtung verletzen, droht, wenn tatsächlich ein Geheimnis von einem Auftragnehmer offenbart wurde, eine Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr.

Weiterhin enthält der Entwurf eine klare Einschränkung, dass der Arzt, wenn Dienstleistungen an Dritte übertragen werden, auch hier zuerst prüfen muss, ob überhaupt eine Offenbarung fremder Geheimnisse, also insbesondere von Patientendaten, Akten, Befunden usw., erforderlich ist, um die Tätigkeit zu erbringen. Es muss stets eine sorgfältige Überprüfung dahingehend stattfinden, welchen Umfang die zu erbringende Tätigkeit hat, und inwieweit es dabei tatsächlich notwendig ist, der mitwirkenden Person Einblick zu gewähren.

Besonders bei externen IT-Dienstleistungen empfiehlt es sich daher, vor Abschluss eines Vertrages zu überlegen, inwieweit Daten herausgegeben werden müssen. Sämtliche Personen müssen explizit schriftlich zur Geheimhaltung verpflichtet werden.

Es bleibt nun abzuwarten, welche Konsequenzen sich aus dieser Erweiterung der Strafbarkeit für die Abwicklung im Alltag ergeben.

RA Bernhard Michatz, Geschäftsführer Spitzenverband ZNS

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Im „Mitgliederrundbrief“ III-1992 (Mrb) lud der Vorsitzende zunächst zur Jahrestagung 1992 ein, die unter der Schirmherrschaft des damaligen Bundesgesundheitsministers, Horst Seehofer, am 25./26. September in Bayreuth stattfand. Schwerpunktthemen waren die „Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ und „Sexueller Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen“, beides Themen von unverändert großer Bedeutung. Besonders beim Problem des sexuellen Mißbrauchs, das damals intensiv in Fachgremien und der Öffentlichkeit diskutiert wurde einschließlich des „Mißbrauchs des Mißbrauchs“, war es für den Rezensenten in der jüngeren Vergangenheit wie ein Déjà-vu, dass dieses Thema erneut erörtert wurde, als sei es und als seien die schlimmen Taten eben erst entdeckt worden.

Am den 16.09.1992 fand im Bundesgesundheitsministerium mit der parlamentarischen Staatssekretärin Dr. Sabine Bergmann-Pohl ein Gespräch über die Umsetzung des seit 1988 geltenden § 85.2 SGB V zur interdisziplinären psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen statt. Es sollte dann noch fast 2 Jahre dauern, bis Mitte 1994 zwischen der KBV und dem VdAK/AEV die „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung“ abgeschlossen wurde.

Es folgte die „Stellungnahme des BKJP zur Lage von Kindern, Jugendlichen und Familien in den neuen Bundesländern – 2. überarbeitete Fassung vom Mai 1992“, erarbeitet von Dr. Jenny Junghanß, Dr. Edwin Fischer und Dr. Ulrich Schumann. Diese Stellungnahme war der Politik und der Öffentlichkeit noch vor den Ausschreitungen in Rostock-Lichtenhagen übergeben worden. Die damaligen Probleme waren rechtzeitig bekannt. Es gab auch Gesetze, die zu einer leichteren und besseren Integration westdeutscher und mitteldeutscher Bürger hatten beitragen können. Unzureichend waren der Wille und/oder die Fähigkeit zur Umsetzung. So hätte z. B. zum damaligen Zeitpunkt der § 85.2

SGB V genutzt werden können, die im Gebiet der ehemaligen DDR teilweise noch bestehenden psychosozialen Versorgungszentren und Polikliniken in sozialpsychiatrische Praxen und Ambulanzen umzuwandeln. Stattdessen erfolgten deren Abwicklung und später ein mühsamer Wiederaufbau.

Dr. Helga Epple und Dr. Annegret Schill berichteten in einen „Brief aus dem Süden“ und dem Protokoll der Regionalgruppe über die Arbeit der Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Baden-Württemberg. U.a. wurde eine Landkarte mit den Standorten der Praxen erstellt. Bis der BKJP dies auch für die BRD realisieren konnte, hat es wegen der stets knappen finanziellen Mittel noch Jahre gedauert.

Dr. Jenny Junghanß stelle den „Kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsdienst am Überregionalen Beratungs- und Behandlungszentrum (ÜBZ) Augsburg – Modellprojekt ergänzender kinder- und jugendpsychiatrischer Dienste in der Jugendhilfe im Regierungsbezirk Augsburg“ vor. Ausgangspunkt dieses Projektes war die Erfahrung des sogenannten „Freitagnachmittag-Syndroms“, wonach verstärkt am Freitagnachmittag Heime der Jugendhilfe vor Wochenendbeurlaubungen Kinder und Jugendliche zur Krisenintervention in die Klinik brachten. Es wurden umfassende Maßnahmen entwickelt, um die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie vertrauensvoller und effektiver zu gestalten.

Ewald Schneider stellte die „Geschlossene Unterbringung – eine Möglichkeit in der Jugendhilfe am Beispiel des Jugendheimes Mühlkopf/Rodalben“ vor.

Dr. Gustav Bovensiepen und Margot Völger berichteten über „Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Langzeitbehandlung von Kindern und Jugendlichen im tagesklinischen Setting“ am Beispiel der kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik am Max-Bürger-Krankenhaus in Berlin-Charlottenburg.

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!



Zum Schluss rezensierte Dr. H.-J. Groebner „Das Geheimnis – Ein Stück zur Prävention sexuellen Mißbrauchs – ein Stück, das Kinder stark machen soll“. Die Münchener Theatergruppe „Die Trampelmuse“, die dieses Stück aufgeführt hat, gibt es heute noch. Die Münchener KollegInnen können vielleicht demnächst hier ein aktuelles Stück rezensieren!

Was berufspolitisch im Herbst und Winter 1992 wichtig war und was alles im Mitgliederrundbrief IV/1992, dem späteren „forum“ stand, das erfahren Sie im „forum 4/2017“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik

Ausschreibung für Promotionsstipendium Stiftung Irene in der Autismusforschung

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

Bevorzugt gefördert werden Promotionsvorhaben, bei denen der frühkindliche Autismus im Erwachsenenalter im Fokus steht. Zur Bewerbung eingeladen sind aber auch Kandidaten, die eine Fragestellung mit Schwerpunkt frühkindlicher Autismus im Kindesalter oder hochfunktionalen Autismus bearbeiten möchten.

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

Mögliche Forschungsbereiche sind z.B.

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

Die WGAS bietet dem Promovierenden während der Promotionszeit wissenschaftliche Betreuung (Zweitbetreuung der Doktorarbeit durch WGAS-Mitglied, Möglichkeit des Mentoring durch WGAS-Vorstandsmitglied, Besuch der wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS)). Die Höhe des monatlichen Stipendiums beträgt max. 1200.--€. Die Förderung ist auf zwei

Jahre ausgelegt. Sie wird zunächst für ein Jahr bewilligt und wird nach der Vorlage eines erfolgreichen Zwischenberichtes um ein zweites Jahr verlängert. Danach kann das Stipendium bei guter Begründung noch zweimal um je sechs Monate verlängert werden, nicht jedoch über drei Jahre hinaus (Höchstförerungsdauer).

Folgende Bewerbungsunterlagen sind bis zum 31.1.2018 per Mail an info@wgas-autismus.org zu richten. Bei Fragen zur Bewerbung steht Simone Kirst unter genannter E-Mail-Adresse zur Verfügung.

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

Die Unterlagen sind in oben genannter Reihenfolge zusammengefasst in einem PDF (max. Größe 3 MB) zu senden.

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

Stiftung Irene Die Stiftung Irene ist eine gemeinnützige Stiftung zum Wohle autistischer Menschen (www.stiftung-irene.de). Sie wurde 1982 von Helen und Werner Blohm, selbst Eltern eines autistischen Kindes, gegründet. Seit 1983 betreibt die Stiftung Irene den Weidenhof in Hitzacker, ein spezialisiertes Wohnheim für erwachsene Menschen mit Autismus mit

Einrichtungseigenen Werkstätten (www.weidenhof-autismus.de). Darüber hinaus sieht die Stiftung Irene ihre Aufgabe in der Förderung von Projekten für und mit Menschen aus dem autistischen Spektrum sowie die Erforschung des Krankheitsbildes. Die Stiftung Irene ist Mitglied der wissenschaftlichen Gesellschaft Autismus-Spektrum e.V..

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

Weber-Bosch-Preis

Die Wissenschaftliche Gesellschaft Autismus-Spektrum (WGAS) e.V. möchte Innovation und außerordentliche Leistung von im Inland oder Ausland tätigen deutschsprachigen NachwuchsforscherInnen (A, D, CH) bis zu 5 Jahre nach Dissertation bzw. Alter von 35 Jahren⁴ auszeichnen.

Zu diesem Zweck vergibt die Gesellschaft zum siebten Mal den Weber-Bosch-Preis. Er ist mit € 500,00 dotiert und wird bei der 11. Wissenschaftlichen Tagung Autismus-Spektrum (WTAS) in Frankfurt/Main im März 2018 verliehen. Der Preisträger erhält dort ebenfalls die Möglichkeit, seine Arbeit in Form eines Vortrags dem Fachpublikum zu präsentieren.

Ausgezeichnet werden empirische Diplom-, Master- und Doktorarbeiten sowie bevorzugt Publikationen in Journalen. Über die Verleihung des Preises entscheidet der Vorstand der WGAS. Gegen den Beschluss des Vorstandes ist der Rechtsweg ausgeschlossen. Die eingereichten Arbeiten sollten nicht schon anderweitig mit einem Preis ausgezeichnet worden sein. Eine erneute Einreichung einer in den vergangenen Jahren bereits begutachteten Arbeit ist möglich. Der Neuheitswert der Arbeit ist zu kommentieren.

Bewerbung

Bewerbung bis zum 15.10.2017 an:

preise@wgas-autismus.org. Fügen Sie folgende Dokumente an:

Bewerbungsbogen, Anschreiben, Lebenslauf mit Lichtbild, wissenschaftliche Arbeit (Diplomarbeit, Doktorarbeit, Publikation in Journal).

Im Fall einer kumulativen Doktorarbeit wählen Sie bitte eine Publikation zur Beurteilung aus.

Bitte schicken Sie alle Bewerbungsdokumente in einem PDF, aber Ihre wissenschaftliche Arbeit als separates PDF (Mailgröße max. 3 MB).

Weitere Informationen über die WGAS finden Sie auf www.wgas-autismus.org.

⁴ Die Altersbegrenzung kann durch Gründe wie Elternzeit, Therapieausbildung o.ä. verlängert werden, siehe Bewerbungsbogen auf www.wgas-autismus.org.

Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Förderpreis 2017

Die Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter schreibt 2017 erneut einen Förderpreis aus.

Ziel: Förderung eines wissenschaftlichen Projektes, das geeignet ist, die ambulante oder transektorale psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen, Heranwachsenden und ihren Familien nachhaltig zu verbessern. Zudem soll der Förderpreis die Implementierung von qualitativ hochwertiger Forschung im ambulanten Setting fördern und unterstützen.

Bei der Vergabe des Preises werden Projekte bevorzugt, die innovative Versorgungsziele beinhalten, die durch den evidenzbasierten Nachweis von Wirksamkeit experimentelle Behandlungsformen in die ambulante Versorgung implementieren oder die auf Patientengruppen fokussieren, deren transektorale Versorgung und Erforschung unzureichend ist.

Dotierung; 10.000,- €

7000,- € werden bei der Preisverleihung vergeben, die restlichen 3000,- € nach der Vorlage der Projektergebnisse.

Bewerbungen sind mit einer Darstellung des Projektes (max. 10 Seiten) in seiner Fragestellung, seiner Zielsetzung und mit den vorgesehenen Durchführungsschritten in deutscher Sprache und in achtfacher Ausfertigung **bis zum 15.12.2017** an die Geschäftsstelle der Stiftung-KJPP, c/o Christian K. D. Moik, Lütticher Str. 512 a, D-52074 Aachen, zu senden. Hinsichtlich des Aufbaus des Antrags wird eine Anlehnung an die Systematik von Anträgen an die DFG oder das BMBF empfohlen.

Es wird erwartet, dass die Ergebnisse des geförderten Projekts **bis zum 28.02.2020** dem Vorstand der Stiftung-KJPP vorgelegt werden.

Eine Darstellung des Projektes und der zwischenzeitlich erzielten Erkenntnisse auf dem Symposium 2019 der Stiftung-KJPP, das für April/Mai 2019 geplant ist, ist erwünscht.

Impressum

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

Forum Verlag – Aachen
ISSN 1866-6677

Herausgeber

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

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

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

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

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

E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Anja Walczak

Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

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

Gesamtherstellung

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

Verantwortlich für den Anzeigenteil

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

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