

Inhalt

Editorial:

Kinderschutz – individuell, institutionell, in unseren Praxen	2
---	---

Themenschwerpunkt Kinderschutz

Transprofessionelle Abklärung bei Verdachtsfällen von Sexualisierter Gewalt <i>Lea Bentz, Nicole Balint, Claudia Venske, Dana Wiehler, Sibylle M. Winter</i>	6
Sexueller Missbrauch und institutionelle Rahmenbedingungen im Kontext von Religionsgemeinschaften <i>Jörg M. Fegert</i>	26
Entwicklung von Schutzkonzepten in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis <i>Maik Herberhold</i>	54
Lesetipps: zwei Bücher zum Thema Kinderschutz <i>Maik Herberhold</i>	64
Traumafachstelle für minderjährige begleitete und unbegleitete Flüchtlinge – Ein Projekt von Mai 2016 bis Mai 2019 in Bochum <i>Astrid Höfig</i>	68
Therapieprogramm Robin: standardisiertes Manual und Smartphone-App für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko <i>Maurizia Franscini, Nina Traber-Walker</i>	81
<i>Kolumne</i>	
Forum-BKJPP vor 25 Jahren <i>Christian K. D. Moik</i>	98
Hinweise für Autor*innen	100
Anzeigen	102
Media Daten	111
Impressum	112

Editorial

Im vorliegenden Heft haben wir uns zu einem Themenschwerpunkt entschieden: Kinderschutz ist in den letzten Jahren von einem medialen Randthema zu einem Hauptthema geworden, insbesondere hinsichtlich sexualisierter Gewalt. Warum ist diese Misshandlungsform, die immerhin 12 % der Kinder betrifft¹, über Jahrzehnte nicht nachhaltig bekämpft worden, warum war sie kein „Aufregerthema“? Dies liegt nicht nur an den plötzlich wirkenden polizeilichen Erfolgen der Verfolgung von Tätern oder der „zufälligen“ Aufdeckung langjähriger Verbrechen von Odenwaldschule bis flächendeckend in der katholischen Kirche. Immerhin haben viele Betroffene jahrelang Gehör gesucht, ohne dass gehandelt wurde. Es liegt vor allem daran, dass Betroffene und engagierte Helfer dennoch nicht lockerließen, aus dem peinlich Verschwiegenen und Vertuschten endlich etwas Sagbares zu machen. Und es liegt daran, dass dadurch, dass Mutige ihren erlebten „Missbrauch“ (wie sexualisierte Gewalt immer noch aus einer Täterperspektive genannt und damit das Opfer zu einem – allerdings „missbräuchlich“ verwandten – „Gebrauchsgegenstand“ degradiert wird) öffentlich gemacht haben, darüber geredet haben, Täter nicht mehr die Macht über das wegschauende Umfeld hatten. Erst dadurch wurde eine gesellschaftliche Diskussion und ein Bewusstsein für das schier ungeheuerliche Ausmaß der Gewalt ermöglicht, die Voraussetzung auch für polizeiliches und juristisches Bewusstsein wurde. Es zeigt sich wieder einmal, dass es nicht in erster Linie an fehlenden Gesetzen liegt, wenn ein Verbrechen nicht verfolgt wird, es muss auch das (gesellschaftlich explizit geforderte) Interesse an einer Strafverfolgung vorliegen. Eine Analogie zu den erst Jahrzehnte später erfolgenden Prozessen gegen Nazischerger drängt sich auf.

Der Hauptort sexualisierter Gewalt ist immer noch das familiäre Umfeld (76,4 Prozent)². Dies bedeutet für unser Fach die besondere Herausforderung, im Verdachtsfall nicht nur therapeutisch, sondern „kriminalistisch“ vorgehen zu müssen. Der erste Beitrag im vorliegenden *forum* beleuchtet deshalb die Herausforderungen und erklärt die Wichtigkeit multiprofessioneller Vernetzung. Sexualisierte Gewalt verursacht anders als andere Gewalt- oder Vernachläss-

1) Presseinformation BZgA, November 2021;

<https://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/praevention-des-sexuellen-kindesmissbrauchs/>

2) ebenda

sigungsformen oft keine somatischen Symptome. Die seelischen Wunden richtig einzuordnen, erfordert unser ganzes professionelles Können, um eine Diagnose stellen zu können, die anders als üblicherweise Diagnosen sehr oft eine Strafverfolgung des Verursachers nach sich zieht, bzw. ziehen sollte.

Wir sind aber nicht nur forensisch gefordert, ohne forensisch ausgebildet worden zu sein – wir sind als „Sachverständige“ auch gefordert, bei einer Diskussion, die unsere Verantwortungen berührt, in unserem Umfeld, gesellschaftlich und medial Stellung beziehen zu können. Dazu ist initial Information über Hintergründe eines derzeit besonders beleuchteten Täterkontextes notwendig, auch wenn (siehe oben) institutionalisierte Formen der sexualisierten Gewalt nicht die Hauptmenge aller Taten ausmachen. Die besonderen Hintergründe des Schutzes der Täter, der Relativierung der Taten, der Schwierigkeiten der Opfer Gehör und Anerkennung zu finden unterscheiden sich von den familiären Täterschutz-, Opferverschuldungs- und Verdrängungsmustern zwar nicht fundamental, aber das Unglauben der Partnerin, der Mutter, des Schwagers eines Täters ist sicher nicht mit den Vertuschungsaktionen eines Bischofs mit der gesamten Macht seines Apparates zu vergleichen. Deshalb kann uns der zweite Artikel des Themenschwerpunktes diesbezüglich sicher wichtige Informationen geben, um gesamtgesellschaftlich besser mitreden zu können.

Meiner Einschätzung nach haben wir aber auch in unserer Tätigkeit und in unseren Arbeitsstrukturen noch einige Hausaufgaben zu machen. Sind unsere Praxen tatsächlich ein Schutz- und Kompetenzort? Vielleicht finden wirklich nur äußerst wenige sexualisierte Gewalttaten in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und Kliniken statt, zumindest scheint darauf das weitgehende Fehlen justitierbarer Vorwürfe oder Ermittlungen hinzuweisen. Dennoch haben wir zum einen in der Organisation unserer eigenen Institution Vorbildfunktion; ein weiterer, nicht zu unterschätzender Grund, für ein transparentes, partizipatorisches und gut durchdachtes Schutzkonzept ist auch unser Eigenschutz vor durchaus möglichen Falschbeschuldigungen. Gerade die zunehmende Komplexität der Behandlungsteams in unseren Praxen macht dies besonders nötig.

Nicht direkt zum Schwerpunktthema gehörend, dieses aber durchaus berührend ist der Artikel zum Aufbau einer „Traumafachstelle“. Hier gelingt der Einblick in eine therapeutisch arbeitende Institution aus dem Jugendhilfekontext, die ihre Arbeit aber nicht „therapeutisch“ nennen darf. Sicher werden viele, die mit Geflüchteten arbeiten, ein wissendes Schmunzeln nicht verkneifen können, wenn die enormen, zu einem gewissen Teil auch bürokratischen Probleme der besonderen Situation von traumatisierten Menschen fern der eigenen Heimat, der eigenen kulturellen Selbstverständlichkeiten und der eigenen Behördenerfahrungen geschildert werden. Der Artikel hat allerdings auch eine traurige Aktualität bekommen: ähnlich wie in der Fallschilderung des ständig auf der Hut seienden, bewaffneten unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten waren offenbar die Mitarbeiter einer Dortmunder Jugendhilfeeinrichtung mit einer ähnlichen Situation konfrontiert. Allerdings ging es in Dortmund nicht gut aus, weil die hinzugerufene Polizei offensichtlich völlig überfordert war zu deeskalisieren und den Jugendlichen erschoss. Natürlich ist abzuwarten, was die weiteren Ermittlungen ergeben, aber eine ganze Reihe deutscher Kriminalistikprofessoren, die nun wirklich keine Generalkritik an der Polizei vertreten, sondern im Gegenteil Polizist*innen ausbilden, meldete sich mit entsetzten Statements (u.a. zur Ungeeignetheit einer Maschinenpistole in solchen Situationen) zu Wort. Selbstverständlich werden Messerangriffe zu Recht mehr gefürchtet als das Herumfuchteln mit einer Pistole. Ich musste aber andererseits an Situationen aus meinem Akutdienst in der Erwachsenenpsychiatrie denken, in denen z. B. einmal der als „Machetenmann“ in Wattenscheid bekannte „Dauergast“ in Handschellen unter Begleitung von 8 Beamten vorgestellt wurde. Ich war zwar einerseits im Hinblick auf Unwägbarkeiten froh, dass die Beamten da waren, habe aber meinem professionellen Ethos und Anspruch Genüge tuend darauf bestanden, das Gespräch ohne Handschellen zu führen – allerdings hatten die offensichtlich besser geschulten oder psychologisch geschickteren Beamten ihm zuvor die Machete abgenommen ...

Der abschließende Fachartikel stellt ein besonderes Therapietool vor: eine manualgeleitete Psychotherapie unterstützende Smartphone-App. In Zeiten kumulierender Krisen (3K: Krankheit, Krieg, Klimakrise), die mittlerweile fast eine „perfekte Welle“ bilden, wird „Psychosenähe“ immer stärker zum Alltag. Gleichzeitig ist die Mensch-Internet-Schnittstelle implantiert, das Smartphone zu einer Art weiterem Körperteil machend. Bei allen Gefahren sind wir gut beraten, diesen elementaren Lebensbestandteil nicht nur der Jugendlichen, die unsere Praxen besuchen (Hand aufs Herz: wie lange sind Sie

täglich „im“ Smartphone?), sinnvoll „utilisierend“ zu nutzen. Dabei ist besonders zu beachten, dass die vorgestellte App eben nicht losgelöst von einer humanen Therapiebeziehung genutzt wird, wie die kritisch zu betrachtenden „Therapieapps“, die, mit hohen Summen gefördert und von Krankenkassen protegiert, den angeblich fehlenden Therapieplatz bei realen Therapeut*innen ersetzen sollen. Humanoide Bots sind keine Menschen, Apps sind „Applikationen“, Werkzeuge, die wir nutzen, die uns aber nicht ersetzen können.

In diesen Tagen werden unsere Freiheit, Demokratie und auch Menschlichkeit von den Ukrainern mit hohem Blutzoll und dem Ertragen unmenschlichen Leides verteidigt. Wir werden im Gefolge nicht nur mit einer Vielzahl traumatisierter Geflüchteter, sondern auch mit den Auswirkungen auf das „kollektive Unbewusste“ unserer Gesellschaft zu tun bekommen. Empfindlichste Seismografen des „Weltgeistes“ sind Kinder und Jugendliche. Schützen wir sie, damit wir geschützt bleiben.

Ihr

Maik Herberhold

Transprofessionelle Abklärung bei Verdachtsfällen von Sexualisierter Gewalt

*Lea Bentz, Nicole Balint, Claudia Venske,
Dana Wiehler, Sibylle M. Winter*

Kurzfassung

Im vorliegenden Artikel wird die inter- und zunehmend auch transprofessionelle Abklärung bei Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt an der Kinderschutzambulanz und dem Childhood-Haus Berlin der Charité-Universitätsmedizin Berlin beschrieben. Die Komplexität der Fälle bedarf der transprofessionellen Diagnostik und eine sektorenübergreifende Kooperation im Netzwerk. Dieses Vorgehen ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit im Kinderschutz und verbessert die Handlungssicherheit aller Beteiligten.

Schlüsselwörter

Sexualisierte Gewalt – Medizinischer Kinderschutz – Kinderschutzambulanz – Childhood-Haus Berlin – Transprofessionalität

Abstract

The following article describes the inter- and increasingly transprofessional assessment of suspected sexual abuse at the child abuse clinic and the Childhood-House Berlin at the Charité-Universitätsmedizin Berlin. The complexity of the cases requires transprofessional diagnostic and cross-sectoral cooperation among the network. This approach is of high importance for successful work in child protection and improves the professionals' action confidence.

Keywords

Sexual Abuse – Medical Child Protection – Child Abuse Clinic – Childhood-House Berlin – Transprofessionalität

Interessenskonflikte: Die Autorinnen erklären, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Einführung

Die transprofessionelle Abklärung von sexualisierter Gewalt bei Kindern und Jugendlichen im Sinne einer ‚shared responsibility‘ gewinnt zunehmend an Aufmerksamkeit (Fegert et al., 2010; Köhn, 2012; Rassenhofer, 2022). Die zuletzt veröffentlichte polizeiliche Kriminalstatistik führt auf, dass im Jahr 2021 täglich 49 Minderjährige Opfer von sexualisierter Gewalt geworden sind (Arbeitsstab der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2022; Polizeiliche Kriminalstatistik, 2021). Aufgrund der weitaus höheren Dunkelziffer und den tiefgreifenden und umfassenden negativen Folgen für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen wird einmal mehr der akute Handlungsbedarf deutlich (de Rose et al., 2016; Felitti et al., 1998, 2019; Fergusson et al., 2008; Norman et al., 2012; WHO, 2013; Winter et al., 2022; Witt et al., 2017).

Die Diagnostik von sexualisierter Gewalt gestaltet sich häufig schwierig und führt zu Unsicherheiten bei den Behandler:innen (Berthold et al., 2017, 2019; Wißmann et al., 2019). Studien zeigen, dass eine Mehrheit (85-95%) der Kinder und Jugendlichen nach sexualisierter Gewalt einen anogenitalen Normalbefund aufweisen (Adams et al., 2007, 2016; Herrmann et al., 2010; Smith et al., 2018). Um einen Verdachtsfall richtig einschätzen zu können, bedarf es somit eines erheblichen Fachwissens und der Perspektiven unterschiedlicher Berufsgruppen (Fegert et al., 2010; Köhn, 2012; Jud & Fegert, 2015; Starostzik, 2019). Eine Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes und ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz ergaben jedoch, dass Jugendhilfe und Medizin in Kinderschutzfällen nicht ausreichend zusammenarbeiten (Bertsch, 2016; Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2018). Darüber hinaus müssen sich betroffene Kinder und Jugendliche meist Mehrfachbefragungen an verschiedenen Orten zu unterschiedlichen Zeitpunkten stellen. Dies stellt eine hohe Belastung dar und birgt die Gefahr einer Reviktimisierung und Retraumatisierung (Fegert, 2018).

Aus diesem Grund haben sich in den letzten Jahren Kinderschutzambulanzen und Childhood-Häuser als spezialisierte inter- und transdisziplinäre bzw. inter- und transprofessionelle Anlaufstellen zur Abklärung und (Erst-)Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, entwickelt.

Warum ist die inter- und transdisziplinäre bzw. inter- und transprofessionelle Kooperation bei der Abklärung von sexualisierter Gewalt so wichtig?

Zunächst einige Worte zur Begriffsdefinition: Auf der einen Seite geht es um die Kooperation der Disziplinen und auf der anderen Seite die Kooperation der Professionen (Schmitt & Witte, 2018), die untrennbar miteinander verbunden und deren Grenzen fließend sind. Disziplinen sind historisch gewachsene Wissenschaftszweige, die einen bestimmten Ausschnitt der Wirklichkeit auf bestimmte Weise betrachten, Wissen generieren und die akademische Ausbildung des Nachwuchses sicherstellen. Zu jeder Disziplin gehören ein Forschungsgegenstand und wissenschaftliche Methoden zur Entwicklung von Theorien, die fortwährend auf Validität überprüft werden müssen. Die Profession umfasst hingegen das Praxisfeld und steht für das Anwendungs- und Handlungssystem, wobei Wirksamkeit und Angemessenheit ausschlaggebend sind. Disziplin und Profession sind zwei unterschiedliche Systeme, die sich gegenseitig bereichern, durchdringen und befruchten. In der Realität werden diese Begriffe häufig synonym verwendet (Schmitt & Witte, 2018).

Nun kommen wir zu möglichen Kooperationsformen (siehe Abbildung 1) (Schmitt & Witte, 2018). Bei der Multidisziplinarität arbeiten mehrere Disziplinen nebeneinander oder nacheinander mit ihren spezifischen Methoden am Forschungsgegenstand. Es findet keine methodische oder inhaltliche Verknüpfung oder Integration statt. Bei der Interdisziplinarität werden die Forschungsergebnisse der einzelnen Disziplinen zu einem additiven Gesamtbild integriert. Die Transdisziplinarität geht noch einen Schritt weiter, indem die Forschungsergebnisse auf der Basis eines gemeinsam entwickelten neuen theoretischen Bezugsrahmens entwickelt werden (siehe Abbildung 2). Dadurch entsteht ein neuer transdisziplinärer Wissenskorpus, der nicht mehr nur einer einzelnen Disziplin zugeordnet werden kann, sondern eine neue Disziplin ist entstanden!

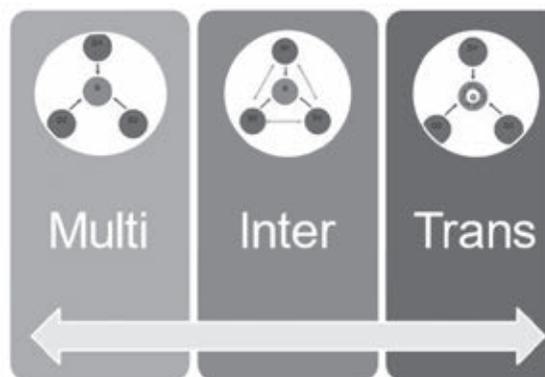


Abbildung 1: Übersicht der Möglichkeiten der Kooperation zwischen den Disziplinen (aus Vortrag von Winter und Kolleg:innen für die Childhood-Haus Tagung am 25.03.2022).

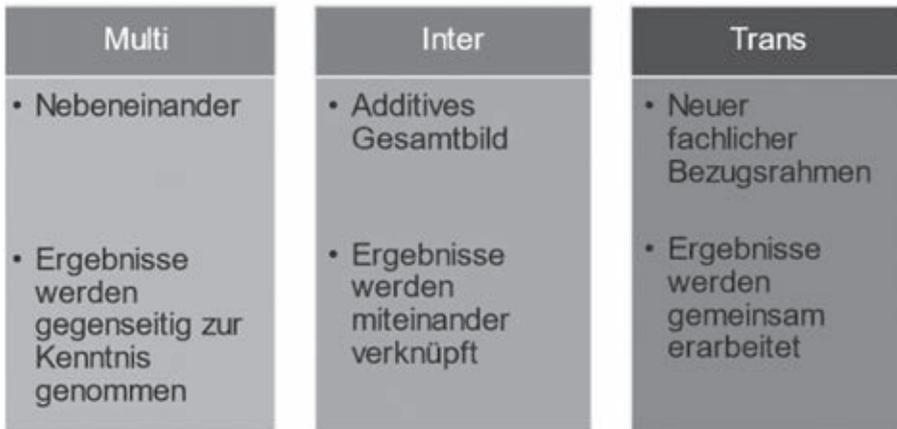


Abbildung 2: Charakteristiken der verschiedenen Kooperationsmöglichkeiten zwischen den Disziplinen (aus Vortrag von Winter und Kolleg:innen für die Childhood-Haus Tagung am 25.03.2022).

Analog stellt sich das Vorgehen bei der Kooperation der Professionen dar (Schmitt & Witte, 2018): Bei der Multiprofessionalität arbeiten mehrere Professionen nebeneinander oder nacheinander. Ihre Analyseergebnisse nehmen sie gegenseitig zur Kenntnis, diese haben aber keine Auswirkungen auf den Handlungsplan. Die Interprofessionalität ermöglicht die Integration der Praxisergebnisse zu einem additiven Gesamtbild. Die Arbeit ist punktuell von professionsexternen Praxisergebnissen beeinflusst. Die Transprofessionalität geht noch einen Schritt weiter. Die Professionen entwickeln gemeinsam ein neues fachlich-methodisches Konzept, eine neue transprofessionelle Praxis, die die Umsetzung einer gemeinsamen Handlungsplanung ermöglicht. Die Arbeit bietet eine neue Lösung, die die Beiträge der einzelnen Professionen übersteigt.

Zum aktuellen Zeitpunkt besteht weitgehend Einigkeit, dass die Interdisziplinarität und Interprofessionalität zur Lösung komplexer Probleme unabdingbar sind und, dass die Versorgung von sexualisierter Gewalt betroffenen Kindern und Jugendlichen ein komplexes Problem darstellt. Das heißt, es besteht die Möglichkeit, hinsichtlich der Forschungs- und der Praxisergebnisse ein additives Gesamtbild zu entwickeln.

In die Zukunft gedacht stellt sich die Frage, ob Transdisziplinarität und Transprofessionalität es ermöglichen könnten, einen gemeinsamen neuen transdisziplinären Wissenskorpus und eine neue transprofessionelle Praxis zu entwickeln – und zwar für die Thematik der Versorgung von sexualisierter Gewalt betroffener Kinder und Jugendlicher.

Die zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung einer Kooperation – nämlich die Kooperation auf Augenhöhe, gilt für alle Professionen, aber ganz besonders für die Leitungsstrukturen. Alle Disziplinen und Professionen sollten sich immer vor Augen halten, dass die einen etwas können, was die anderen nicht können und die anderen etwas können, was die einen nicht können.

Es gibt zudem eine Vielzahl von Voraussetzungen für eine erfolgreiche Entwicklung von Kooperation, aufgeteilt in intrapsychische, interpersonelle und strukturelle Voraussetzungen. Auf der intrapsychischen Ebene sind die individuelle Motivation, die Offenheit, den Respekt und die Reflexionsfähigkeit hervorzuheben. Auf interpersoneller Ebene sind Gleichwertigkeit, Wertschätzung, geklärte Erwartungen und Kontinuität entscheidende Voraussetzungen. Bei den strukturellen Voraussetzungen sind zeitliche Ressourcen, die aktive Steuerung der Zusammenarbeit und eine Kooperationsvereinbarung entscheidend (Schmitt & Witte, 2018).

Der folgende Beitrag zeigt das Aufgabenspektrum der Abklärung von Verdachtsfällen von sexualisierter Gewalt exemplarisch anhand der Kinderschutambulanz und des Childhood-Hauses Berlin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin auf, die eng kooperativ zusammenarbeiten. Während die Kinderschutambulanz eine enge Kooperation zwischen Gesundheit und Jugendhilfe gewährleistet, ist im Childhood-Haus Berlin auch die Kooperation mit Polizei und Justiz vorgesehen. In der Kinderschutambulanz findet die inter- und transdisziplinäre Abklärung hinsichtlich Gewalterleben statt. Dazu stehen verschiedene Fachdisziplinen zur Verfügung. Kinder und Jugendliche mit Verdacht auf sexualisierte Gewalt stehen eine pädiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische, kindergynäkologische und rechtspsychologische Diagnostik zur Verfügung. Die Ergebnisse werden dann im Einverständnis mit den Sorgeberechtigten den Institutionen der Jugendhilfe kommuniziert. Das Childhood-Haus Berlin erweitert das Angebot und kann in akuten Fällen nach Beauftragung durch die Polizei auch eine forensische Spurensicherung durchführen, gegebenenfalls auch als vertrauliche Spurensicherung ohne Polizeianzeige. Zudem kann das Childhood-Haus Berlin nach akuten Fällen eine psychologische Erstversorgung und gegebenenfalls Weiterleitung an die Traumaambulanz anbieten. Als Herzstück können eine polizeiliche und/oder ermittlungsrichterliche Vernehmungen im Childhood-Haus Berlin koordiniert werden.

Die transprofessionelle Abklärung von sexualisierter Gewalt bei Kindern- und Jugendlichen an der Charité-Universitätsmedizin Berlin

Die Kinderschutzambulanz

Seit April 2016 gibt es inzwischen sechs regionale Kinderschutzambulanzen in Berlin, welche als Modellprojekt durch den Zusammenschluss dreier Senatsverwaltungen finanziert werden (Abgeordnetenhaus Berlin, 2015). Die Kinderschutzambulanz an der Charité- Universitätsmedizin Berlin ist, neben der Abklärung von körperlicher und emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung, zusätzlich spezialisiert auf die Abklärung von Verdachtsfällen bei sexualisierter Gewalt. Zugewiesen werden Kinder und Jugendliche vor allem durch die Berliner Jugend- und Gesundheitsämter, aber auch durch die Kinderkliniken, niedergelassene Kinderärzt:innen und Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie Kinderschutzprojekte, mit dem Auftrag einer medizinisch interdisziplinären Abklärung des Verdachtsfalles unter der Berücksichtigung der S3(+) Leitlinien zum Kinderschutz (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., 2019).

In der Kinderschutzambulanz arbeiten die Mitarbeiter:innen interdisziplinär zusammen (siehe Abbildung 3). Die Koordination wird durch eine Kinderkrankenschwester sowie sozialpädagogische Fachkräfte übernommen. Zunächst wird in der Erstuntersuchung eine ausführliche Exploration der Kinder und Eltern, eine Ganzkörperuntersuchung der Kinder sowie eine kinderpsychiatrische Einschätzung vorgenommen. Im Anschluss kann bei auffälligen genitalen Befunden oder bei Angabe von Symptomen im Genitalbereich eine kindergynäkologische Untersuchung durchgeführt werden. Bei einer vorhandenen Aussage und Aussagefähigkeit des Kindes kann diese zudem rechtspsychologisch erhoben und auf Erlebnisfundiertheit geprüft werden. Da in der Kinderschutzambulanz ganzheitlich gearbeitet wird, werden bei allen Fällen neben der ursprünglichen Indikation auch andere Misshandlungsformen untersucht. Es zeigt sich eine häufige Überlappung mit weiteren Misshandlungsformen, wie körperlicher und emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung. Somit können darüber hinaus jederzeit auch die Rechtsmedizin sowie weitere erforderliche Fachdisziplinen hinzugezogen werden.



Abbildung 3: Interdisziplinarität in der Kinderschutzambulanz Charité- Universitätsmedizin Berlin (aus Vortrag von Winter und Kolleg:innen für die Childhood-Haus Tagung am 25.03.2022).

Des Weiteren wird in der Kinderschutzambulanz eine Standarddiagnostik durchgeführt. Zu dieser gehört ein Anamnesebogen (u.a. Erfassung der prä- und postnatalen sowie der aktuellen Entwicklung des Kindes, soziale Integration, schulische Leistungen, Medienkonsum), der von den Bezugspersonen beantwortet wird, sowie standardisierte Fragebögen, z.B. zur psychischen Belastung der Kinder und Jugendlichen (*Child Behavioral Checklist*, Achenbach & Edelbrock, 1983; *Youth Self-Report*, Achenbach, 1991; *Strengths and Difficulties Questionnaire*, Goodman, 1997) und ein Screening auf familiäre Risikofaktoren (Holl-Etten et al., 2022). Etabliert hat sich aus unserer Sicht vor allem eine standardisierte Einschätzung der Kindeswohlgefährdung in Schweregraden nach dem *Maltreatment Classification System* (Barnett et al., 1993). Hierbei handelt es sich um ein amerikanisches Manual, welches von der AMIS-Arbeitsgruppe der Universität Leipzig ins Deutsche übersetzt wurde und misshandlungsbezogene Informationen in fünf Schweregrade unterteilt, die anhand von konkreten Beispielen operationalisiert werden (Barnett et al., 1993; Horlich et al. 2014a, 2014b).

Schweregrad 1	Schweregrad 2	Schweregrad 3	Schweregrad 4	Schweregrad 5
Das Kind wird eindeutigen sexuellen Stimulationen ausgesetzt (nicht direkt involviert).	Die Bezugsperson fordert das Kind zu sexuellen Handlungen auf.	Die Bezugsperson verwickelt das Kind in gegenseitige sexuelle Berührungen.	Die Bezugsperson unternimmt den Versuch das Kind körperlich zu penetrieren oder penetriert es tatsächlich (jegliche sexuelle Handlung).	Die Bezugsperson hat den Geschlechtsverkehr oder jegliche andere Form der Penetration erzwungen.
Das Kind wird pornografischen Materialien ausgesetzt.	Die Bezugsperson präsentiert dem Kind seine Genitalien.	Die Bezugsperson nötigt das Kind zur gegenseitigen Masturbation.	Das Kind leidet an einer Geschlechtskrankheit (keine weiteren Informationen bekannt).	Die Bezugsperson bietet das Kind zur Prostitution an (Pornografie sowie Geschlechtsverkehr mit anderen Erwachsenen).

Abbildung 4: Schweregrade für Sexualisierte Gewalt nach dem Maltreatment Classification System (Barnett et al., 1993; Horlich et al., 2014a, 2014b).

Bei den Explorationen und Untersuchungen achten wir auf das Vier-Augen-Prinzip. Der Ersttermin findet durch Fachärzt:innen für Pädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Die pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik ergeben eine grundsätzliche Einschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Zudem erfolgt eine ausführliche Exploration, ob eine Aussage des Kindes erhoben werden kann und welche anderen Faktoren mitberücksichtigt werden sollten. Dies trägt entscheidend dazu bei, welche weiteren Fachdisziplinen einbezogen werden.

Bei Auffälligkeiten in der Ganzkörperuntersuchung werden ggfls. andere Fachdisziplinen hinzugezogen. Bei Auffälligkeiten im Zuge der genitalen Untersuchung erfolgt eine Hinzuziehung der Kindergynäkologie. Bei konkretem Tatverdacht auf sexualisierter Gewalt erfolgt bei der Wiedervorstellung des Kindes eine rechtspsychologische Untersuchung.

Gerade bei komplexen Fällen mit Verdacht auf sexualisierte Gewalt ist das Hinzuziehen der Rechtspsychologie und der Kindergynäkologie von großer Bedeutung. Deshalb wird dies in nachfolgenden Abschnitten genauer erläutert.

Alle vorgestellten Fälle werden in gemeinsamen Visiten interdisziplinär besprochen. Zudem können bei Bedarf Fach- und Helfer:innenkonferenzen in der Kinderschutzambulanz stattfinden. Abschließend wird ein ausführlicher Befundbericht angefertigt, welcher neben der Dokumentation der Untersu-

chungsergebnisse, einer Einschätzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen nach ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2012; WHO, 2004), der Einordnung der Misshandlung nach dem Maltreatment Classification System (Barnett et al., 1993) auch die Einschätzung der aktuellen Kindeswohlgefährdung und weiterführende Empfehlungen beinhaltet. Hierzu gehören zum Beispiel weiterführende Schutz- und Betreuungsmaßnahmen der ambulanten und stationären Jugendhilfe sowie medizinische Behandlungen, u.a. pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Weiterbehandlungen, ambulante Psychotherapie. Der Befund wird mit den Sorgeberechtigten besprochen und im Anschluss an die Zuweiser:innen geschickt, welche die nächsten Handlungsschritte einleiten und damit den Kreislauf der sektorenübergreifenden Kooperation weiterführen.

Insgesamt verdeutlicht die stetig zunehmende Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf sexualisierte Gewalterfahrungen, die in der Kinderschutzambulanz seit 2016 vorgestellt wurden und den häufigsten Vorstellungsgrund darstellen, dass im Sozial- und Gesundheitswesen der Bedarf an medizinischer Expertise in der Abklärung von Verdachtsfällen hoch ist. Bei der Mehrzahl der Fälle ist ein Hinzuziehen mehrerer Fachdisziplinen nötig, was zudem auf die Komplexität der Fälle hinweist. Eine übergreifende Evaluation der Kinderschutzambulanzen in Berlin führte zudem auf, dass die Arbeit der Kinderschutzambulanzen durch die zuweisenden Institutionen überwiegend als sehr positiv und als eine hilfreiche Ergänzung beurteilt wurde (Imhof & Karliczek, 2018).

Kindergynäkologische Untersuchung bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt in der Kinderschutzambulanz

Die kindergynäkologische Untersuchung erfolgt in der Kinderschutzambulanz nicht unter den Aspekten der sofortigen, notfallmäßigen Untersuchung (z. B. Spurensicherung). Für die kindergynäkologische Untersuchung braucht es viel Zeit und Geduld, da auf die Ängste der Kinder und Jugendlichen und deren Begleitpersonen eingegangen werden muss. Eine Untersuchung erfolgt nur dann, wenn die Betroffenen mit der Untersuchung einverstanden sind. Es ist hilfreich, vor der Untersuchung die Kinder oder Jugendlichen und die Sorgeberechtigten zu fragen, wie die Vulva in der Familie bezeichnet wird. Die Untersuchung des Anogenitalbereiches erfolgt als Inspektion mittels Kolpos-

kops (optimalerweise Videokoloskops zum Einholen einer 2. Meinung oder Peer Review). Bei den Jugendlichen ist es zudem hilfreich den Hymenalsaum mit einem angefeuchteten Wattetupfer zu umfahren. Die anogenitalen Befunde werden mit Hilfe der Adams-Kriterien bewertet (Adams et al., 2018).

Die Bedeutung der aussagepsychologischen Exploration in der Kinderschutzambulanz bei Verdacht auf sexualisierte Gewalt

Gegenstand der Rechtspsychologie ist die Anwendung psychologischer Theorien, Erkenntnisse und Methoden auf spezifische Themenbereiche der Rechtswissenschaften. Ziel der Aussagepsychologie, als Teilbereich der Rechtspsychologie, ist die Beurteilung von Aussagen bei Verdachtsfällen auf sexualisierte Gewalt hinsichtlich ihrer Erlebnisfundierung. Anhand entwicklungs-, persönlichkeits- und kognitionspsychologischer Erkenntnisse und Methoden wird unter besonderer Berücksichtigung motivationaler Begebenheiten, etwaiger Fremdeinflüsse sowie der Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen einer Aussage eingeschätzt, ob diese qualitativ dafürspricht, dass Betroffene erlebnisbasiert aussagen.

Betrachtet man die Altersverteilung der zugewiesenen Kinder und Jugendlichen, so fällt auf, dass fast die Hälfte (47,4%) der zugewiesenen Kinder das Schuleintrittsalter noch nicht erreicht hat. Die Gruppe der Drei- bis Fünfjährigen stellt mit 37,8% den höchsten Modalwert der in der Kinderschutzambulanz untersuchten Betroffenen dar.

Diese Altersverteilung verweist auf eine zentrale und in jüngster Vergangenheit bei der aussagepsychologischen Begutachtung in Ermittlungs- oder Strafverfahren bei Sexualdelikten häufig thematisierte Einschränkung (Steller, 2020): Die Herausforderung, Aussagen von Kindern zu bewerten, die altersgemäß noch sprachlich eingeschränkt sind und deren Gedächtnisleistung oft noch nicht ausreichend stabil ist, um eigene Erlebnisse mittel- bzw. langfristig zuverlässig zu erinnern (Dahle & Volbert, 2005).

Gerade vor dem Hintergrund der o.g. Altersverteilung kommt der aussagepsychologischen Exploration der Kinder und ihrer Bezugspersonen in der Kinderschutzambulanz eine exponierte Bedeutung zu. Denn insbesondere bei der Altersgruppe der jüngeren und somit vulnerableren, zugleich aber oft eingeschränkt aussagefähigen Kindern besteht bei Fachkräften unterschiedlicher Disziplinen eine erhebliche Verunsicherung, wie bestehende Verdachtsmomente hinsichtlich einer tatsächlichen Gefährdung einzuschätzen sind

(Berthold et al., 2017). Typische Anlässe für die Entstehung von Verdachtsmomenten stellen beobachtete Verhaltensweisen dar, die von den Bezugspersonen als auffällig eingeschätzt werden (zum Beispiel sexualisiertes, regressives oder aggressives Verhalten), die empirisch jedoch kaum spezifisch für das Erleben sexualisierter Gewalt sind (Behruzi, 2018). Die involvierten Fachkräfte, wie etwa Kinderärzt:innen, Kinder- und Jugendpsychiatr:innen, Psychotherapeut:innen oder die Fachkräfte der Jugendämter, sind insbesondere bei Verdachtsfällen innerfamiliärer sexualisierter Gewalt oftmals nur mit den Meldenden oder Anzeigenden in Kontakt, u.a., da sich eine Befragung des bzw. der Beschuldigten aus ermittlungstaktischen Gründen oft verbietet. Die Sichtweise auf die kolportierten Aussagen des betroffenen Kindes bleibt somit einseitig. Mögliche Befragungen der betroffenen Kinder bewegen sich in dem Spannungsfeld, diese entweder aus Rücksicht auf deren Alter gar nicht zu befragen und somit allein auf die Informationen der Meldenden angewiesen zu sein oder aber, sie zu befragen und damit zum einen zu einer Mehrfachbefragung des Kindes mit entsprechenden Risiken der suggestiven Beeinflussung oder zu einer möglichen Retraumatisierung des Kindes beizutragen (Fegert, 2018). Die Vorstellung in der Kinderschutzambulanz bietet den Vorteil, dass betroffene Kinder zeitnah, eingebunden in die Diagnostik eines interdisziplinären und im Umgang mit Missbrauchsverdachtsfällen geschulten Teams befragt werden. Somit können sowohl später eintretende Gedächtnisverluste als auch mögliche Befragungsartefakte minimiert werden.

Die Exploration des Kindes erfolgt nach Maßstäben, die die audioaufgezeichnete und ggf. videografierte Aussage justiziabel macht, d.h., die Befragung ist an wissenschaftlichen Standards ausgerichtet, die eine spätere Verwertbarkeit im juristischen Kontext gewährleistet und Befragungsartefakte minimiert. Sofern ein Kind als ausreichend aussagefähig und seine Aussage als belastbar eingeschätzt wird, empfehlen wir die zeitnahe ermittlungsrichterliche audiovisuelle Vernehmung des Kindes, die im Optimalfall umgehend erfolgt. Dies hat zur Folge, dass ermittlungs- und strafrechtliche Verfahren für das betroffene Kind erheblich verkürzt werden und die Anzahl der Befragungen auf ein Minimum begrenzt bleibt. Im Regelfall wird eine Aussage des Kindes innerhalb der Hauptverhandlung eines Strafverfahrens nicht mehr nötig; vielmehr tritt die audiovisuelle richterliche Vernehmung an die Stelle der Zeug:innenbefragung in der Hauptverhandlung. Die psychische Belastung des Kindes, das durchgehend in einem kindzentrierten, geschulten Umfeld befragt wird, wird somit deutlich minimiert und dessen Aussagemotivation entsprechend erhöht.

Anlass für den Verdacht, dass ein Kind Opfer eines Sexualdelikts geworden ist, sind bei den in der Kinderschutzambulanz vorgestellten Kindern oft spontane Äußerungen zu Schmerzen im Genitalbereich oder ein seitens der Bezugsperson als auffällig eingeschätztes Verhalten des Kindes, insbesondere Manipulationen im eigenen Genitalbereich oder versuchte Berührungen im Intimbereich von anderen. Eine typische Konstellation bei eingeschränkt aussagefähigen Kleinkindern oder sehr jungen Kindern, die nicht über eine narrative Erzählstruktur verfügen oder kontextuelle Inhalte in ihre Schilderungen einfließen lassen (Dahle & Volbert, 2005), sind falsche Schlussfolgerungen seitens der Befragenden vor dem Hintergrund eigener Befürchtungen oder Vorannahmen. Dies ist häufig der Fall, wenn ein Kind über – oftmals durch falsche Hygiene verursachte – Schmerzen im Intimbereich klagt oder eine phasenspezifische Neugier mit entsprechender Verwendung anal / urogenitaler Begriffe bzw. entsprechender Berührungen zeigt und aufgrund von mangelndem Sexualwissen nicht um die alarmierende Bedeutung seiner Aussagen im Bilde ist (Volbert, 2004).

Bei der Beurteilung einer etwaigen Kindeswohlgefährdung kommt der Analyse der Erstaussage des Kindes eine exponierte Bedeutung zu (Arntzen, 2011). Hierzu werden fremdanamnestic Angaben erhoben, um die Intensität und die inhaltliche Ausrichtung der Befragung, im Zuge derer der Missbrauchsverdacht entstanden ist oder sich erhärtet hat, einschätzen zu können. Zu berücksichtigen sind u.a. negative Voreinstellungen der Befragenden gegenüber den Beschuldigten oder etwaige eigene Ängste der Befragenden, die dem Kind z. B. fälschlich vermittelt haben könnten, dass es Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden ist. Zu berücksichtigen ist, dass Kinder vor der Vollendung des sechsten Lebensjahres noch deutlich anfälliger für Befragungserwartungen oder induzierte negative Stereotypen sind als ältere Kinder, insbesondere dann, wenn sie von einer Vertrauens- oder Autoritätsperson mit eigenen Befürchtungen oder Voreinstellungen mehrfach befragt werden, die Fragen geschlossen sind oder keine Alternativen explizieren (Volbert, 2008).

Da Kinder im oben genannten Altersbereich überwiegend nicht dazu in der Lage sind, kontextuell und selbständig zu berichten, sind sie jedoch für eine ausreichend umfassende Sachverhaltsdarstellung auf Befragungen angewiesen. Bei der Beurteilung ihrer Aussage ist es somit von vordringlicher Wichtigkeit, dass diese suggestionsfrei erfolgt.

Die Analyse der Entstehungsbedingungen der Aussage gibt somit wichtige Hinweise dafür, ob ein Kind eigenständig belastbare und missbrauchsspezifische Äußerungen getätigt hat, oder ob die Aussage Vorgaben oder Feh-

linterpretationen unterliegt, die sich im Zuge der Befragungen auf das Kind übertragen haben.

Anhand der Analyse der Entstehungsbedingungen der Aussage sowie ihrer weiteren Entwicklung kann somit eingeschätzt werden, ob diese durch Befragungsartefakte verfälscht sein könnte, so zum Beispiel, ob das Kind aufgrund der Reaktionen der Befragenden schlussfolgert, dass eine nicht sexualisierte Berührung, z. B. innerhalb einer normalen Pflegehandlung etwas Verbotenes darstellt.

Die aussagepsychologische Exploration und die nachfolgende Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung finden in einem interdisziplinären Kontext statt. Im Gegensatz zur aussagepsychologischen Begutachtung, die im Zuge von familien- und strafrechtlichen Verfahren häufig erst Monate oder gar Jahre nach der Erstaussage erfolgt, ergeben sich neben der zeitnahen Untersuchung in der Kinderschutzambulanz zwei weitere bedeutsame Vorteile: Im juristischen Verfahren erfolgt die Einschätzung der Erlebnisfundiertheit der Aussagen als dichotome Beurteilung, nämlich, ob die Aussagen glaubhaft, also erlebnisbasiert, sind oder nicht. Im kinderschutzrechtlichen Untersuchungskontext wird hingegen dem Umstand Rechnung getragen, dass ein Kind, dessen Aussage im juristischen Sinne nicht ausreichend belastbar ist, dennoch gefährdet sein kann. Ziel der interdisziplinären Einschätzung ist eine den wissenschaftlichen Standards der jeweiligen Disziplinen verpflichteten Ausrichtung am Kindeswohl; entsprechend sind die Empfehlungen durchgehend an dem Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung orientiert. Berücksichtigt wird hierbei sowohl die Gefahr, dass ein Kind in der fälschlichen Gewissheit, sexuell missbraucht worden zu sein, aufwächst und neben dem entsprechenden Viktimisierungserleben möglicherweise wichtige familiäre oder soziale Bezugspersonen verliert, als auch die Gefahr, dass ein Kind, dessen Aussage altersbedingt nicht ausreichend belastbar ist, dem Risiko sexualisierter Gewalt ausgesetzt wird.

Die Arbeit in der Kinderschutzambulanz versteht sich dem transdisziplinären Ansatz verpflichtet. Aussagepsychologische Explorationen erfolgen abhängig von der Fallkonstellation und grundlegend an Alter, Belastbarkeit und Bedürfnissen der kindlichen Klientel orientiert, gemeinsam mit Kolleg:innen anderer Fachdisziplinen. Mehrfachbefragungen, so zum Beispiel durch separate Explorationen im Zuge von ärztlichen und psychologischen Untersuchungen, werden somit zum Schutz des Kindes vermieden. Die gemeinsame Befragung verschiedener Fachdisziplinen synergetisiert darüber hinaus den Erkenntnisgewinn durch die institutionelle Verschränkung: Denn Kinder äußern und zeigen sich zum einen innerhalb der körperlichen/gynäkologischen

Untersuchung im Aussageverhalten anders und oftmals spontaner als im explorativen aussagepsychologischen Setting. Zum anderen bietet die Teilnahme an der aussagepsychologischen Exploration den ärztlichen Kolleg:innen Hinweise für die Gestaltung ihrer Untersuchungen. Im Sinne der lernenden Institution (Pieler, 2003) ergeben sich aus der interdisziplinären Ausrichtung für die Kinderschutzambulanz wichtige Impulse für einen transdisziplinären neuen Ansatz. Dieser Ansatz trägt dazu bei, einen neuen transdisziplinären Wissenskorpus sowie eine neue transprofessionelle Praxis zu entwickeln und stellt somit eine dringend erforderliche Weiterentwicklung zur Optimierung der kindgerechten Untersuchung bei der Beurteilung von Verdachtsfällen sexualisierter Gewalt dar.

Die Weiterentwicklung dieses Ansatzes im Sinne einer kindgerechten Justiz bietet die Anbindung der Kinder an das Childhood-Haus. Hier können strafrechtlich relevante Verdachtsfälle von sexualisierter Gewalt abgeklärt werden, ohne dass die Betroffenen sich wiederholt auf verschiedene Untersuchungs- und Befragungskontexte einlassen müssen, und entsprechend mit einem minimierten Risiko dafür, dass psychische Belastungen oder eine sinkende Aussagemotivation zur juristischen Nichtverwertbarkeit einer Aussage führen.

Das Childhood-Haus Berlin

Die Kinderschutzambulanz arbeitet in enger Kooperation mit dem im September 2020 eröffneten Childhood-Haus Berlin (siehe Abbildung 6). Das Arbeitskonzept basiert auf den skandinavischen Qualitätsstandards des ‚Barnahus‘ und hat das Leitprinzip der Bereitstellung einer kinderfreundlichen, transdisziplinären und sektorenübergreifenden ambulanten Fachstelle, welche bei sexualisierter Gewalt zentral alle notwendigen Fachbereiche für die Betroffenen ‚unter *einem* Dach‘ vereint (World Childhood Foundation Deutschland, 2020). Im Sinne der Kinder und Jugendlichen werden dadurch ein häufiger Wechsel hin zu den unterschiedlichen Institutionen und somit auch Mehrfachbefragungen vermieden. Die interdisziplinäre und transprofessionelle Zusammenarbeit, die in diesen Qualitätsstandards klar geregelt ist, dient somit dem Zweck, alle Handlungsweisen vom Kind her zu denken und zu organisieren und auf der gesellschaftlichen Ebene das Bewusstsein für eine kindgerechte Justiz zu stärken.

Die Betroffenen und ggf. deren Sorgeberechtigten oder sie begleitende Fachkräfte erhalten individuell die Unterstützung, die sie benötigen. Diese um-

fasst das Recht, in ihrer Situation gehört und informiert zu werden und ein individuelles Fallmanagement im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten zu bekommen. Die forensische Diagnostik (Spurensicherung), die Diagnostik bezüglich psychischer Folgestörungen und die Vernehmungen durch Polizei und Ermittlungsrichter:innen finden direkt im Childhood-Haus statt.

Im Childhood-Haus Berlin können zum einen Fälle aus der Kinderschutzambulanz weiter- bzw. mitbetreut werden, die als strafrechtlich relevant identifiziert wurden, auf der anderen Seite werden akute Vergewaltigungsfälle aus der Kindernotaufnahme umfassend versorgt. Zusätzlich gibt es eine ärztliche Rufbereitschaft für die Spurensicherung außerhalb der Regelarbeitszeit.

In Kooperation mit der Traumaambulanz wird, bei Bedarf, Betroffenen weiterführende psychotherapeutische Versorgung (bis zu 18 Sitzungen) nach dem Opferentschädigungsgesetz angeboten, um der Entstehung oder Chronifizierung psychischer Störungen entgegenzuwirken. Zudem können Schutz- und Unterstützungsmaßnahme der Kinder- und Jugendhilfe installiert werden.

Spurensicherung bei akuten Fällen von sexualisierter Gewalt im Childhood-Haus Berlin

Nach einer polizeilichen Anzeige oder im Rahmen einer vertraulichen Spurensicherung kann die medizinisch-forensische Untersuchung durchgeführt werden. Zur medizinisch-forensischen Untersuchung gehört die umfassende körperliche Untersuchung und Verletzungsdokumentation, die gynäkologische Untersuchung, die Spurensicherung und die Beschreibung der psychischen Verfassung der Betroffenen. Für die medizinisch-forensische Untersuchung ist die Einverständniserklärung der Betroffenen die Voraussetzung; es erfolgt keine Untersuchung gegen den Willen einer Betroffenen. Das Zeitfenster der forensischen Dringlichkeit der Untersuchung ergibt sich in erster Linie aus dem zeitlichen Abstand zum Ereignis und der daraus resultierenden Wahrscheinlichkeit des DNA-Nachweises – sofortige Untersuchungen sollten bei Jugendlichen innerhalb von 72 Stunden erfolgen. Bei präpubertären Kindern gilt ein Zeitfenster von bis zu 24 Stunden. Von den Charakteristika der Tat ist das Ausmaß der Spurensicherung abhängig.

Die gesamte Untersuchung und Spurensicherung erfolgt nach einem standardisierten Untersuchungsprotokoll bzw. Dokumentationsbogen. Hilfreich sind hierfür Spurensicherungskits. Bei der detaillierten Inspektion des gesamten Körpers wird die Entkleidung, zur Vermeidung psychischer Belastungen der

Betroffenen, immer nur in Teilschritten vorgenommen. Zudem wird mit der allgemeinen körperlichen Untersuchung und Spurensicherung begonnen und dann erst zur anogenitalen Untersuchung übergegangen. Sowohl bei der körperlichen wie auch bei der anogenitalen Untersuchung müssen alle Verletzungen nach Farbe, Form und Größe mit genauer Lokalisation erfasst werden. Zusätzlich werden diese fotografisch und mittels Einzeichnung in ein Ganzkörperschema dokumentiert. Aufgrund der Notwendigkeit einer umfassenden Expertise in der kindergynäkologisch-forensischen Diagnostik sollte bei präpubertären Kindern die kindergynäkologische Untersuchung durch eine im Kinderschutz erfahrene Fachärzt:in (Gynäkologie, Rechtsmedizin, Pädiatrie) durchgeführt werden.

Feedback der Betroffenen über die Unterstützung im Childhood-Haus Berlin

Das Childhood-Haus Berlin hat seit seiner Eröffnung mittlerweile verlässliche Strukturen entwickelt. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die umfangreiche Betreuung des Childhood-Hauses unerlässlich für die möglichst optimale Bewältigung eines hochkomplexen Prozesses, welcher durch die Erfahrung von sexualisierter Gewalt, deren Thematisierung und Anzeige bei den Betroffenen in Gang gesetzt wird. Eine Vielzahl von Gefühlen und Gedanken, wie Scham, Verzweiflung, Wut, Hilflosigkeit, Traurigkeit, die zu bewältigenden organisatorischen Belange bei verschiedenen Institutionen, der Wunsch nach Normalität und einem Alltag-wie-Vorher stürmen auf die Kinder und Jugendliche ein. Die bisherige Evaluation zur Versorgung und Betreuung von akuten Vergewaltigungsopfern durch das Childhood-Haus Berlin lässt erkennen, dass das Hilfe- und Beratungsangebot durchweg positiv beurteilt wird. Betroffene betonen den hohen Wert einer zentralen Anlaufstelle, die über Orientierung verfügt und diese weitergibt, weiß, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen und diese stellvertretend initiiert, die sich Zeit zum Zuhören nimmt, die nicht ‚mitleidet‘, sondern empathisch und lösungsorientiert zur Seite steht. Die bisherigen Erfahrungen zeigen deutlich, dass es zumeist einer aktiven und persönlichen Kontaktaufnahme durch die Fachkräfte des Childhood-Hauses bedarf. Ferner fiel auf, dass die Betroffenen kaum über Kenntnisse ihrer eigenen Rechte im Zuge der strafrechtlichen Ermittlungen verfügen. Da sich die Betroffenen in einer psychischen Ausnahmesituation befinden, besteht die Gefahr, dass sie ohne adäquate und umfassende Beratung über ihre Rechte und Pflichten, Maßnahmen zustimmen, deren Bedeutung sie nicht vollständig erfassen. Genau hier setzt das Childhood-Haus Berlin mit seinem ganzen Angebot an.

Fazit

Für die Abklärung von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen sind die Interdisziplinarität und die transdisziplinäre Vernetzung zwischen den verschiedenen Professionen im Bereich des Kinderschutzes unabdingbar. Transprofessionelle Einrichtungen wie die Kinderschutzambulanz und das Childhood-Haus Berlin geben Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe sowie der Polizei und Justiz eine höhere Handlungssicherheit, ermöglichen eine frühe Identifizierung von Kindern und Jugendlichen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, einschließlich medizinischer oder psychischer Folgestörungen, und unterstützen die Ermittlung und Strafverfolgung. Durch die enge Kooperation aller Beteiligten werden Kinder und Jugendliche gestärkt, deren Belastungen reduziert und die Verfahren beschleunigt. Dies spricht für die flächendeckende deutschlandweite Ausweitung von Kinderschutzambulanzen, Childhood-Häusern und zur psychotherapeutischen Nachsorge auch der Traumaambulanzen.

Literatur:

- Abgeordnetenhaus Berlin, W* (2015) Regionale Kinderschutzambulanzen in Berlin (Drucksache, 17/2430). Abrufbar unter: <https://www.parlament-berlin.de/ados/17/IIIIPlen/vorgang/d17-2430.pdf>
- Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND* (2018) Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(3), 225-231
- ARD Tagesschau* (30.05.2022) 17.700 Kinder Opfer sexualisierter Gewalt. Abrufbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/sexualisierte-gewalt-103.html>
- AWMF* (2019) S3(+)-Leitlinie Kinderschutz. Abrufbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/KF_027-069k_Kinderschutz_2018-10.pdf
- Achenbach TM* (1991) Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Achenbach TM, Edelbrock, CS* (1983) Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Arntzen, F* (2011) Psychologie der Zeugenaussage. 5. Aufl. München: Beck
- Balint N, David M, Fegert JM, Fryszler LA, Helling-Bakki A, Hermann B, Hirchenhain C, Schmidt U, Winter SM* (2022) Statement of the DGGG—Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 82(07), 694-705
- Barnett D, Manly JT, Cicchetti D* (1993) Defining child maltreatment: The interface between policy and research. In: *Child Abuse, Child Development and Social Policy* (Eds. D. Cicchetti, S. Toth, pp. 7-73). Norwood, New Jersey: Ablex

- Behruzi, K* (2018) Taterleben und Mitteilungsprozesse bei sexuellem Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Implikationen für die aussagepsychologische Diagnostik. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
- Bertsch B* (2016) Wirkung des Bundeskinderschutzgesetzes – wissenschaftliche Grundlagen. Deutsches Jugendinstitut. Abrufbar unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2016/BKiSchG_Gesundheitswesen.pdf
- Berthold O, Clemens V, Witt A, von Moers A, von Aster M, Kölch M, Plener P, Fegert J* (2017) Medizinische Kinderschutz-Hotline. *Kinder- und Jugendmedizin*, 17, 367-372
- Dahle, K-P, Volbert, R (Hrsg.)* (2005) Entwicklungspsychologische Grundlagen der Aussagepsychologie. In: *Entwicklungspsychologische Aspekte der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- De Rose P, Salvaguardia F, Bergonzini P, Cirillo F, Demaria F, Casini MP, Menghini D, Vicari S* (2016) Current psychopathological symptoms in children and adolescents who suffered different forms of maltreatment. *The Scientific World Journal* 16(86), 1-8
- Dilling H, Freyberger, HJ (Hrsg.)* (2012) Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (9. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Fegert JM, Knorr C, Künster AK, Schöllhorn A, Ziegenhain U* (2010) Kooperation und Vernetzung im Bereich Frühe Hilfen und Kinderschutz: Bedeutung evidenzbasierter Methoden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(9), 731-743
- Fegert JM* (07.09.2018) Bestandsaufnahme–Kindgerechte Justiz in Deutschland? Fachtagung Kindgerechte Justiz - Zugang zum Recht für Kinder. Abrufbar unter: https://www.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/2_Kinderrechte/2.19_Kindgerechte_Justiz/Impuls1_Fegert.pdf
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V* (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258
- Felitti, VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS* (2019) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774-786
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ* (2008) Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 32(6), 607-619
- Holl-Etten AK, Bentz L, Calvano C, Winter SM* (2022) Screening zur frühen Identifizierung des psychosozialen Unterstützungsbedarfs bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. *Psychotherapeut*, 67(1), 42-49
- Horlich J, Dehmel S, Sierau S, White LO, von Klitzing K* (2014a) Das Maltreatment Classification System (MCS). Ein Modell zur Kategorisierung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Teil 1). *Soziale Arbeit*, 6, 202-210
- Horlich J, Dehmel S, Sierau S, White LO, von Klitzing K* (2014b). Das Maltreatment Classification System (MCS). Ein Modell zur Kategorisierung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Teil 2). *Soziale Arbeit*, 7, 242-249

- Imhof W, Karliczek K-M* (2018) Evaluation der Kinderschutzambulanzen Berlin. Camino Werkstatt für Fortbildung, Praxisbegleitung und Forschung im sozialen Bereich GGMBH. Abrufbar unter: <https://camino-werkstatt.de/downloads/Evaluation-der-Kinderschutzambulanzen-Berlin.pdf>
- Jud A, Fegert JM* (2015) Kinderschutz und Vernetzung im Bereich Prävention von und Intervention bei sexuellem Kindesmissbrauch. In: Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen (pp. 63-73). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag
- Köhn B* (2012) Kooperation im Kinderschutz. In: Sorgende Arrangements (pp. 143-151). Wiesbaden: Springer, Verlag für Sozialwissenschaften
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (2018). Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz. Abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-kinderschutz/beitraege-zur-qualitaetsentwicklung-im-kinderschutz>
- Norman RE, Byambaa, M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T* (2012) The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), 1-31
- Pieler, D* (2003) Neue Wege zur lernenden Institution (2. überarb. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler
- Rassenhofe, M* (11.03.2022) Kooperation im Kinderschutz - Perspektive der Heilberufe. Fachtagung „Kinderschutz seit Lügde. Erkenntnisse für Fachwelt, Politik und Gesellschaft“. Abrufbar unter: https://www.kinderschutzbund-nrw.de/pdf/14_Rassenhofer.pdf
- Schmitt C, Witte MD (Eds.)* (2018) *Bezugswissenschaften der Sozialen Arbeit*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren
- Smith TD, Raman SR, Madigan S, Waldman J, Shouldice M* (2018) Anogenital findings in 3569 pediatric examinations for sexual abuse/assault. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 31(2), 79-83
- Starostzik C* (2019) Kinderschutz braucht viele Wächter. *Pädiatrie*, 31(3), 60-63
- Steller, M* (2020) Stand und Herausforderungen der Aussagepsychologie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 14, 188–196
- Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs* (2022). Abrufbar unter: <https://beauftragte-missbrauch.de>
- Volbert, R* (2004) Sexualwissen von Kindern. In: *Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung. Wissenschaftliche Grundlagen, Teil I: Kinder* (3. Aufl.). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Volbert, R* (2008) Suggestion. In: *Volbert, R. & Steller, M. (Hrsg.) Handbuch der Rechtspsychologie*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Winter SM, Dittrich K, Dörr P, Overfeld J, Moebus I, Murray E, Karaboycheva G, Zimmermann C, Knop, A, Voelkle M, Entringer S, Buss C, Haynes J-D, Binder EB, Heim C* (2022) Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *J ChildPsychol, Psychiatry*, 63(9), 1027-1045
- Witt A, Brown RC, Plener PL, Brähler E, Fegert JM* (2017) Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-9

WHO (2004) International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Switzerland, Geneva: World Health Organization

WHO (2013) European report on preventing child maltreatment. Abrufbar unter: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf

World Childhood Foundation (2020) Childhood-Haus Website. Abrufbar unter: <https://www.childhood-haus.de/konzept/>

Verfasser:innen:

Lea Bentz, M. Sc. Psychologie, Psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeutin in Ausbildung und Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Charité-Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Nicole Balint, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zusatzbezeichnung Sexualmedizin und Leiterin der Kinder- und Jugendgynäkologie der Frauenklinik der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Mitarbeiterin des Childhood-Hauses Berlin und der Kinderschutzambulanz, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Claudia Venske, Dipl. Psychologin, Rechtspsychologin an der Kinderschutzambulanz, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Dana Wiehler, Dipl. Rehabilitationspädagogin, Kinderschutzfachkraft, Sozialmanagerin und Video-Home-Trainerin; Koordinatorin des Childhood-Hauses Berlin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Sibylle M. Winter, Prof. Dr. med., Professorin für Traumafolgen und Kinderschutz, Leiterin der Kinderschutz- und Traumaambulanz der Charité-Universitätsmedizin Berlin, stellvertretende Klinikdirektorin und leitende Oberärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter Charité-Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin.

Sexueller Missbrauch und institutionelle Rahmenbedingungen im Kontext von Religionsgemeinschaften

Jörg M. Fegert

Nach zwei Vorträgen (Bad Boll, evangelische Kirche, 4.4.2022 und Trier, Aufarbeitungskommission, katholische Kirche, 22.6.2022)

Kurzfassung

Der Artikel reflektiert – ausgehend vom laufenden Aufarbeitungsprozess in der katholischen Kirche – Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Handlungen sexueller Gewalt in den beiden großen christlichen Konfessionen. Die institutionellen (z.T. auch theologisch begründeten) Schwierigkeiten, von der Täter- zu einer Opferperspektive zu gelangen, werden diskutiert. Die Auswirkungen auf die jeweiligen Gemeinden zeigen grundsätzliche Probleme im Umgang von Gemeinschaften mit in diesen Gemeinschaften begangenen Verbrechen auf, Klärung und Fürsorge sind nötig, um Spaltungsprozesse zu verhindern. Davon ausgehend werden die Schwierigkeiten einer wissenschaftlichen Forschung und Aufarbeitung beleuchtet und Forderungen hinsichtlich Unabhängigkeit und Transparenz gestellt.

Schlüsselwörter

Sexualisierte Gewalt – Medizinischer Kinderschutz – Katholische Kirche – Evangelische Kirche – Opferperspektive – Forschung – Aufarbeitung

Abstract

Based on the ongoing process of coming to terms with sexual violence in the Catholic Church, this article reflects on the similarities and differences between acts of sexual violence in the two major Christian denominations. The institutional (partly also theologically based) difficulties in moving from a perpetrator's to a victim's perspective are discussed. The effects on the respective communities show fundamental problems in dealing with crimes

committed in these communities; clarification and care are necessary to prevent processes of division. Based on this, the difficulties of scientific research and reappraisal are illuminated and demands are made with regard to independence and transparency.

Keywords

Sexual Abuse – Medical Child Protection – Catholic Church – Protestant Church – Victims' Perspective – Research – Reappraisal

Interessenskonflikte (letzte 5 Jahre):

Forschungsförderung von EU, BMG, BMBF, BMFSFJ, DFG, G-BA Innovationsfonds, Länderministerien Baden-Württemberg und Saarland, Landesstiftung Baden-Württemberg, Evangelische Landeskirche Baden-Württemberg, Porticus

Reisebeihilfen, Referentenhonorare, Veranstaltungs- und Ausbildungssponsoring von APK, Adenauer- und Ebertstiftung, Deutschlandfunk, DFG, DJI, DKSB, Infec-topharm, med update, UNICEF, Fachverbänden, Universitäten sowie Bundes- und Landesministerien

Berater-tätigkeit für APK, Bundes- und Landesministerien

Keine Industriegesponserten Vortragsreihen, kein Aktienbesitz, keine Beteiligung an Pharmafirmen

Einleitung

Lange Zeit segelte die evangelische Kirche ähnlich wie der Sport und andere große Organisationen, die durch ihre Institutionen und die Jugendarbeit zahlreiche Kinder und Jugendliche erreichen und anvertraut bekommen im Windschatten der katholischen Kirche. Diese stand quasi exemplarisch für ein System, in dem wie auch in anderen Organisationen z. B. Kliniken oder reformpädagogischen Schulen aus Angst um den guten Ruf der Institution in Bezug auf Angeschuldigte und Täter jedes nur mögliche Auge zuge-drückt wurde, durch schleppende Administration und inkonsequente Personalführung der Schaden gemehrt wurde, den die Taten gesetzt hatten und in dem letztendlich die Opfer schlicht vergessen wurden (vgl. Äußerung Kardinal Marx bei seiner Pressekonferenz eine Woche nach der Veröffentlichung des Gutachtens durch die Kanzlei Westpfahl, Spilker und Wastl).

Im Gegensatz zu anderen Organisationen und Institutionen wird das Verhältnis zu den beiden großen Kirchen wie auch zu anderen Glaubensgemeinschaften durch Staats(kirchen)-Verträge geregelt. Eine besondere Rolle spielen hier die Konkordate, mit dem Heiligen Stuhl, welche dem Völkerrecht unterliegen. Allerdings dürfen die Länder aufgrund ihrer Kulturhoheit ohne

Zustimmung des Bundes entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Verträge mit dem Vatikan abschließen. Mit nicht-katholischen Religionsgemeinschaften wurden Staatskirchenverträge abgeschlossen zwischen dem Zentralrat der Juden in Deutschland und der Bundesrepublik Deutschland ein Staatsvertrag. Zwar sind diese keine völkerrechtlichen Entitäten, gleichwohl werden die Regeln des Völkerrechts analog zur Anwendung gebracht. In jüngerer Zeit wurden in den Hansestädten Hamburg und Bremen mit den jeweiligen DITIB-Landesverbänden Verträge geschlossen.

Vor dem Hintergrund der grundgesetzlich zugesicherten Religionsfreiheit, der Trennung von Religion und Staat und der Akzeptanz des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts, regeln solche Verträge den Schutz der Religionsfreiheit, das kirchliche Selbstbestimmungsrecht, aber auch den Schutz der Kirchengüter vor Säkularisation oder entsprechende Leistungen des Staates an die Glaubensgemeinschaften. Allerdings steht das Kirchenrecht nicht in einer direkten Konkurrenz zum staatlichen Strafrecht. Für Straftaten wie sexuellem Missbrauch an Kindern besteht keine Anzeigepflicht in Deutschland. Insofern wurden früher teilweise kirchenrechtliche Verfahren durchgeführt, ohne dass die Straftäter nach deutschem Strafrecht zur Anzeige gebracht wurden. So konnte der Eindruck entstehen, dass hier ein rechtsfreier Raum bestehe oder Kirchenrecht staatliches Strafrecht breche, was aber nie der Fall war. Heute sehen die Regularien z. B. der Deutschen Bischofskonferenz und auch der kirchlichen karitativen Institutionen vor, dass in solchen Fällen eine Strafanzeige zu erfolgen hat.

Die entsprechenden Regelungen haben eine flächendeckende Bedeutung, da gerade die beiden kirchlichen Werke in Deutschland sehr viele Sozialleistungen sicherstellen. Ohne Caritas und Diakonie wäre z. B. in der Fläche derzeit die allen Eltern rechtlich zugesicherte Kinderbetreuung im Kleinkindalter ebenso undenkbar wie die Inobhutnahme von Kindern oder die Unterbringung von Kindern zu ihrem Schutz in Institutionen der Jugendhilfe. Zahlreiche Krankenhäuser und Behinderteneinrichtungen werden von den Werken der großen Kirchen in Deutschland betrieben, die hier als Sozialkonzerne agieren und als Anbieter dennoch von zusätzlicher staatlicher Förderung profitieren, wobei sie gleichzeitig auf Grund der verfassungsrechtlich geschützten Sonderstellung spezifische Arbeitsbedingungen für ihre Mitarbeitenden durchsetzen können.

Neben der sexualisierten Gewalt gegen Kinder und Ausnutzung von Macht und Ansehen der Institution und der sie vertretenden Personen, gibt es gerade im kirchlichen und weltanschaulichen Bereich auch fließende Übergänge

zum so genannten „geistlichen Missbrauch“. Das Phänomen des geistlichen Missbrauchs kommt primär im Kontext von sektenähnlichen Gruppierungen vor (Mertes, 2019). Der Erfahrungsbericht der ehemaligen Ordensfrau Doris Reisinger geborene Wagner hat im deutschen Sprachraum den Blick auf junge Ordensgemeinschaften wie „Das Werk“ (Wagner, 2019) geöffnet.

Im Kontext der islamistischen Radikalisierung wurden wir auch im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie mit Entwicklungen konfrontiert in denen sich junge, zum Teil psychisch belastete und labile Menschen immer stärker an einer radikalen Wertewelt orientierten (Rau et al. 2019; Allroggen et al., 2021). Frédéric Martel zeichnet in seinem im mediterranen Sprachraum weiter verbreiteten Buch „Sodoma“ (2019) die Hoffnung konservativer Päpste, auf eine Erneuerung der Kirche durch die Attraktivität solcher neu gegründeter Ordensgemeinschaften und beschreibt wie sich diese als Missbrauchs- und Ausbeutungssysteme erwiesen – wie z.B. die Gemeinschaft des Marzial Maciel Degollado / Legionäre Christi. Allerdings dürften manche pietistische Gruppierungen insbesondere auch in Freikirchen ähnliche Rahmenbedingungen bieten.

Die Spitze des Eisbergs wie zum Beispiel der Skandal um die Heimeinrichtung in Korntal zeigt dann jeweils auch die ambivalente Haltung auf, wo man bei freudigen Ereignissen und Feiern von Seiten der Landeskirche grüßt und unterstützt –sich, wenn es um die Verbrechen geht, distanziert –und darauf beharrt, dass man im Bereich einer Freikirche formal nicht zuständig sei und einem die Hände gebunden seien. Im Gegensatz zur katholischen Kirche, die trotz ihrer Heterogenität mehr oder weniger monolithisch und hierarchisch klar gegliedert wahrgenommen wird, mit einer weltkirchlichen Zentrale im Vatikan und einem Papst als Kirchenoberhaupt, ist die evangelische Kirche dezentraler und diverser organisiert, was es letztendlich noch schwieriger macht einheitliche Reaktionen zu beschließen und generelle Phänomene anzugehen, da jeweils auf die Spezifika der einzelnen Landeskirchen verwiesen wird.

Monokausale Erklärung des Missbrauchs durch das Zölibat

Ein zentrales Narrativ, in Bezug auf die katholische Kirche, welches eine eingängige Triebdynamik unterstellt, ist der Versuch der kausalen Erklärung sexualisierter Gewalt durch Geistliche in der katholischen Kirche durch das zölibatäre Leben der Priester. So einfach sind die Zusammenhänge allerdings nicht. Gleichwohl geht (nach Ergebnissen unserer Dunkelfelduntersuchung)

von Priestern ein relativ höheres Risiko aus mit schweren Übergriffen auf Kindern und Jugendliche auffällig zu werden als vom Durchschnitt der Männer in unserer Bevölkerung (Witt et al., 2019). Letztendlich sind aber erhöhte statistische Risiken und statistische Korrelationen keine kausalen Erklärungen.

Wenn das zölibatäre Leben der Priester und Ordensleute in der katholischen Kirche eine spezifische Rolle beim Entstehen der gefährdeteren Situation spielen sollte, dann am ehesten durch einen Selektionseffekt. Dies bedeutet, dass die meisten jungen Männer und Frauen unter heutigen Bedingungen sich ein solches Leben nicht mehr vorstellen können – ganz anders als in anderen Weltregionen oder bei uns noch bis Anfang des letzten Jahrhunderts, als der Eintritt in ein Kloster oder die Ausbildung zum Seelsorger vor allem für in der Erbfolge benachteiligte intelligente Kinder von kinderreichen Familien auf dem Land oder aus Arbeiterfamilien oft der einzige Weg war, ihr intellektuelles Potenzial zu entfalten, versorgt zu sein und Bildung zu erhalten. Heute braucht es sehr viel mehr „Weltabgewandtheit“ zu dieser in der jetzigen Zeit von den meisten jungen Menschen als unnormal empfundenen Lebensentscheidung.

Zentral erscheint die Art und Weise und der Umfang der Vorbereitung und Begleitung auf diese ehelose Lebensform. Wenn z. B. ein junger Mensch in sich Impulse, Neigungen und eine sexuelle Orientierung verspürt, die mit den Dogmen seiner Glaubensgemeinschaft nicht vereinbar sind, kann es für diese jungen Menschen eine scheinbar plausible Lösung sein, sich das Ringen mit seinen Anlagen zu verbieten und damit auch das zölibatäre Leben als Lösung zu wählen. Ein solcher Selektionseffekt könnte dann z.B. zu einer relativen Erhöhung der Zahl eigentlich homosexueller Ordensleute und Geistlicher führen (vgl. Goertz, 2015).

Dabei möchte ich an dieser Stelle ausdrücklich betonen, dass dies keine kritische Bemerkung in Bezug auf Homosexualität ist. Es geht auch nicht um die Unterstellung eines besonderen Risikos in Bezug auf Pädophilie oder Ephebophilie, welches in kirchlichen Kreisen häufig bei homosexuellen Männern vermutet wurde. Es geht hier allein um die Feststellung, dass im Gegensatz zu unserer heute geltenden weltlichen Sexualmoral, welche einvernehmliche Handlungen zwischen einwilligungsfähigen Erwachsenen als selbstverständlich ansieht, in der Wahrnehmung der katholischen Kirche Homosexualität als schwere Sünde angesehen wird. Ein solcher Selektionseffekt könnte auch eine Motivation bei Personen mit einer pädophilen Kernströmung oder Nebenströmung sein, im Sinne einer unbewussten Vermeidung oder einer be-

wussten ethischen Entscheidung zölibatär leben zu wollen und diese sexuelle Anlage, vernünftiger Weise, nicht ausleben zu wollen. Es geht also nicht primär um den „Triebdruck“, welcher durch eine zölibatäre Lebensweise entsteht, sondern schon eher um Motivationen bei der Wahl eines zölibatären Lebens, die ggf. auch mit Schwierigkeiten und Ängsten in Bezug auf die eigene Sexualität zusammenhängen können.

Die Tatsache, dass aus der Sicht der katholischen Sexualmoral eigentlich jeder sexuelle Akt, der nicht der Fortpflanzung in der Ehe dient, als Sünde anzusehen ist, führt auch zu einer unverantwortlichen Relativierung von sexueller Gewalt gegenüber Kindern als eine unter vielen möglichen Sünden und Verstößen gegen das 6. Gebot. Da solche rigiden Vorgaben, die auch Masturbation oder sexuelle Beziehungen von Priestern, ja sogar von gleichaltrigen jungen Erwachsenen vor der Ehe, gleichfalls ohne Abstufung, zur Sünde erklären, für die meisten Menschen nicht lebbar sind, erwächst automatisch eine gewisse Doppelmoral, in der man sich sehr bewusst ist, dass einzelne Priester und Ordensleute sündigen. Dabei kann aber kein Bewusstsein für die Strukturen entstehen wie diese „Kirche der Sünder“, in Bezug auf diese Sexualmoral durch ihre Strukturen zur „sündigen Kirche“ wird (vgl. Hillenbrand, 2012). Hillenbrand betont das Vertuschen, Bagatellisieren und Wegschauen zum Schutz der Heiligkeit der Kirche, so dass die strukturellen Gewaltbedingungen nicht erkannt werden können, höchstens das individuelle Versagen, welches das Bild der von Christus gegründeten und vom heiligen Geist geleiteten Kirche beschädigen könnte. Kirchliche Würden- und Verantwortungsträger wurden z.B. durch Details aus ihrem eigenen Sexualleben erpressbar und haben sich, nicht zuletzt deshalb, auch vor einem konsequenten Durchgreifen in Fällen von sexuellem Missbrauch durch Priester oder Ordensleute, für die sie Verantwortung trugen, gescheut.

Dieser deutliche Unterschied zur evangelischen Kirche in der Moraltheologie der katholischen Kirche ist einer der zentralen qualitativen Unterschiede in Bezug auf die Rahmenbedingungen bei sexuellem Missbrauch im kirchlichen Bereich, obwohl de facto die Zahlenlage gar nicht „große“ Unterschiede (z.B. in der Häufigkeit der Taten) in evangelischen oder katholischen Einrichtungen ergibt. Diese ganze Rahmung erklärt, im Gegensatz zum Machtgefälle und der Abhängigkeit der Betreuten, also nur einen kleinen Teil der Varianz.

Moraltheologie, weltliche Sexualmoral und die „68er Revolution“

Spätestens seit der Enzyklika „de humanae vitae“ wurden fast alle biomedizinischen Fortschritte, welche die Selbstbestimmung von Frauen und Eltern in der Familie vergrößerten, als mit der katholischen Glaubenslehre nicht vereinbar angesehen. Diese katholische Biopolitik führte dazu, dass offiziell zölibatär lebende Menschen versuchten den Laien „richtige“ Sexualität zu erklären, welche dem göttlichen Willen entspreche – dies ist in solchem Zusammenhang nur die Sexualität in einer Ehe zwischen Mann und Frau und auch dann nur, wenn sie der Procreation dient. Da dies nicht lebbar und in einem anderen Sinne widernatürlich ist, gab es einen großen Erfahrungsschatz im Umgang mit Sünden, Beichte und letztendlich eine proaktiv praktizierte Doppelmoral.

Die katholische Kirche verstand sich als eine Kirche der Sünder und sah sich durchaus verpflichtet mit Sündern barmherzig umzugehen – wohlwissend, dass nicht auf Erden, sondern am jüngsten Tage ein gerechter und barmherziger Richter die Seelen wägen wird. Die Sünden Einzelner, auch Priester oder Ordensleute, waren damit kein Problem für die Institution – die heilige katholische Kirche. Problematisch für die Institution ist der Vorwurf der sündigen Kirche, der Vorwurf, dass hier ein System bestehe, welches das Ansehen, Freiräume, eigene rechtliche Zuständigkeit etc. nützt, um Taten zu decken, zu vertuschen und seine Garantenpflichten gegenüber den Schwächsten massiv zu vernachlässigen.

Noch immer macht das katholische Kirchenrecht deutlich, dass ein moraltheologischer Biologismus in der Ehe zwischen Mann und Frau mit der Fortpflanzung als Ziel die zentrale Bestimmung des Menschen sieht, wenn dieser sich nicht mit seinem ganzen Herzen quasi in einer Ehe Gott verschrieben hat.

Wenn sexuelle Missbrauchstaten im katholischen Kirchenrecht nach wie vor, trotz kleiner Änderungen, als Verstöße gegen das 6. Gebot konzipiert werden, kommen die betroffenen Kinder als Opfer in dieser Sichtweise nicht hin- und ausreichend vor, da die Täter in ihrer Beziehung zu Gott untreu wurden: Es geht also kirchenrechtlich nicht um die Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung, den Übergriff auf das Kind. Opfer ist die Beziehung zu Gott, die tatsächlichen Opfer verschwinden in dieser kirchenrechtlichen Betrachtung.

Insofern haben Betroffene in den katholischen kirchenrechtlichen Verfahren auch keine Rechtsstellung, es gibt nicht wie im weltlichen Recht eine Nebenklagevertretung und die Anklage klagt den Bruch des Gelübdes, nicht den Übergriff als solches an. Opferzeugen sind reine Beweismittel dieser Anklage, keine Akteure im Verfahren. Der Vatikan wurde deswegen sogar vom Ausschuss zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention als Staat gerügt, weil er die Kinderrechte auf Information und rechtliches Gehör unter anderem in diesen Verfahren komplett negiert (5.2.2014).

Wiederholt hat der emeritierte Papst Benedikt zunächst in einem Aufsatz im bayerischen Klerusblatt, jetzt aber auch in seiner Stellungnahme zu den Vorwürfen im Gutachten der Kanzlei Westpfahl, Spilker und Wastl den Zeitgeist und den Moralverfall in den 68er Jahren als Ursache für sexuellen Missbrauch oder aber für das aus heutiger Sicht fehlerhafte Handeln kirchlicher Garanten angesprochen. In Deutschland liegen meines Wissens hier leider keine gesicherten Zahlen für einen Gesamtüberblick vor. Die Stiftung „Opferschutz“ der Katholischen Kirche in Österreich legt aber eine transparente, genaue Bilanz vor. Im Frühjahr 2022 waren Leistungen an über 3.000 betroffene Personen erbracht worden, davon 64 % Männer, 36 % Frauen. Die stärksten Geburtsjahrgänge bei den Leistungsempfängern betrafen die Nachkriegszeit bis 1965. Der Zeitraum 1966 – 1975 betraf dagegen nur 17,4 %, danach bis heute nur 7,5 %. Die 68er Wende könnte also in Bezug auf die berichteten Fälle im katholischen Kontext eher eine Wende zum Guten gewesen sein und die Äußerungen des emeritierten Papstes wirken dann eher als eine groteske Rechtfertigungsstrategie. Allerdings ist nicht bekannt wie sich Dunkel- und Hellfeld hier zueinander verhalten.

„Informed Consent Paradigma“ als ethische Errungenschaft

Die so genannte „sexuelle Befreiung“ in der 68er Zeit, welche nicht zuletzt auf Grund der medizinisch ermöglichten Verhütung erfolgte, stellte eine Grundlage für unserer heutige weltliche Sexualmoral und Ethik dar. Diese macht sich nicht an einem Katalog erlaubter und verbotener Handlungen fest, stellt also Homosexualität etc. nicht wie noch mehrere Jahrzehnte auch in der neu gegründeten Bundesrepublik als Delikt unter Strafe, sondern Maßstab ist die sexuelle Selbstbestimmung und damit auch die informierte Einwilligung.

Dieses "informed consent" Paradigma" macht aber auch deutlich, dass Kinder und Jugendliche, welche die Tragweite von Sexualität so nicht absehen können, nie frei in sexuelle Handlungen mit Erwachsenen einwilligen können.

Es kann keine gewaltfreie Sexualität mit Kindern geben, wie dies zum Teil in einer Übergeneralisierung in den 70er und 80er Jahren postuliert wurde, als selbst in Schriften aus dem Bundeskriminalamt eine Entkriminalisierung dieser Taten gefordert wurden.

In wissenschaftlichen Untersuchungen dient der Altersabstand vor allem zur Operationalisierung dieses Machtgefälles. Mit Blick auf das Machtgefälle und die Abhängigkeit zum Beispiel in einem Ausbildungsverhältnis gelten für sexuelle Gewalt an Schutzbefohlenen auch andere Altersgrenzen. Erzwungene Sexualität ohne Zustimmung ist Gewalt – auch in der Ehe – dies war eine der letzten patriarchalischen rechtlichen Bastionen, die endlich gefallen ist. In den internationalen psychiatrischen Klassifikationsschemata wurden beim Wechsel zum DSM-5 und nun zur ICD-11 die Paraphilien entsprechend neu konzipiert: sie werden nur noch als Krankheiten angesehen, wenn in Ausübung dieser Neigungen gegen die sexuelle Selbstbestimmung anderer Personen verstoßen wird und/oder die Personen unter ihrer Anlage/Neigung leiden.

Der Übergang in die 70er Jahre war auch geprägt von dem langen, letztendlich erfolgreichen Kampf Homosexueller um Entkriminalisierung. Da lag es nahe, dass Pädophile mit einem gleichem Argumentationsmuster behaupteten, dass nicht die Taten selbst, sondern deren Kriminalisierung durch den Staat Kinder erst zu Opfern mache. Von interessierten Kreisen wurde eine angeblich mögliche Unterscheidung zwischen kindgemäßer, nicht aggressiver Pädosexualität, welche straffrei gestellt werden sollte und Vergewaltigungen von Kindern in die politische Debatte eingebracht. SPD, FDP und Grüne behandelten auf Parteitagungen entsprechende „Liberalisierungsanträge“ auch sexualpädagogische Protagonisten aus dem evangelischen Umfeld äußerten teilweise solche Meinungen und begründeten vieles mit den natürlichen Sexualbedürfnissen von Kindern und der elterlichen Verklemmtheit, welche Kindern in ihrer Entwicklung schadeten. Nacktheit („zeig mal“) wurde zum Synonym von Offenheit und in weit verbreiteter Verzückung über die Ästhetik der grau gezeichneten Fotos von Will McBride wurde die sexualisierte Komponente flächendeckend nicht gesehen und auch nicht kritisiert.

Der ehemalige Papst hat an einer Stelle Recht, nämlich, dass Gutachter, wie auch der von mir sehr geschätzte ehemalige Tübinger Ordinarius Lempp, solche Taten als „Taten ohne Opfer“ eher bagatellisierten. Es erscheint auch plausibel, dass in vielen Fällen von entsprechenden Gutachtern gegenüber kirchlichen Auftraggebern zu positive Prognosen gestellt wurden (vgl. Ley-

graf et al. 2012)¹. Allerdings war in dem im Münchner Gutachten zur Debatte stehenden Fall, zu dem sich der ehemalige Papst äußert, völlig klar, dass der Priester sich in Therapie begeben und keinerlei seelsorgerische oder andere Kontakte zu Kindern und Jugendlichen mehr haben sollte.

Der grüne Landesverband Berlin und später auch die Grünen allgemein, haben wenigstens Teile dieser libertären Verirrungen aufgearbeitet (Die Grünen und die Pädosexualität, 2015). Der Senat in Berlin tut sich noch immer schwer mit Kentlers Pflegekinderexperiment, wo mit Unterstützung des Senats, bekennend pädophilen Pflegeeltern Kinder „zur Verfügung gestellt“ wurden – in dem Wissen, dass diese dort missbraucht werden. Man hielt dies für eine Win-win-Situation, in der die Kinder Liebe und Förderung und die Erwachsenen Sinn- und Triebbefriedigung erhalten.

In der sexuellen Befreiung der 70er Jahre liegt sicher der große Fortschritt, dass Kinder und Jugendliche überhaupt über Sexualität reden können, Dinge benennen können, dass allgemein akzeptiert ist, dass Kinder eine Sexualentwicklung haben, Dottorspiele machen etc. Als reine Befreiung scheiterte die sexuelle Befreiung schon in der 68er Zeit, weil Männer meinten, alle ihre Bedürfnisse ohne Rücksicht auf Verluste ausleben zu können und die Kollateralschäden mit Folgen bourgeoiser Verklemmtheit, rigider kirchlicher Erziehung etc. wegzurationalisieren. Es brauchte die feministische Machtanalyse, um das „informed consent Paradigma“ (ähnlich wie schon sehr viel früher im Medizinrecht) zum zentralen ethischen und rechtlichen Prinzip im Umgang mit Sexualität zu etablieren. Wenn man die beiden großen christlichen Kirchen vergleichen möchte, ist vielleicht die große Chance der evangelischen Kirche, dass sie wenigstens in ihrem Mainstream diese Entwicklungen mitvollzogen und integriert hat. Dies heißt nicht, dass einerseits in bestimmten Gruppierungen rigide sexualmoralische Vorstellungen zum Beispiel Keuschheit bis zur Ehe etc. herrschen, während andererseits auch in kirchlichen Einrichtungen nach dem Vorbild der Reformpädagogik „Zu viel des Guten“ propagiert wurde.

1) In dieser Analyse von Gutachten zu 78 katholischen Geistlichen kommen die Autoren zu dem Schluss, dass eine Mehrzahl der untersuchten katholischen Geistlichen sich während der Exploration offen auskunftsbereit zeigten und auch mehrheitlich die ihnen vorgeworfenen sexuellen Handlungen einräumten. In fast der Hälfte der Fälle (47 %) wurden in dem Gutachten keine Bedenken gegen einen weiteren Einsatz innerhalb einer Gemeinde geäußert. In weiteren 37 % wurde lediglich ein eingeschränkter Einsatz empfohlen (z.B. Tätigkeit ohne Bezug zu Kindern/Jugendlichen oder nur innerhalb der kategorialen Seelsorge in Altenheimen). *„Eine positive gutachterliche Prognose für den weiteren Einsatz im seelsorgerischen Bereich korreliert signifikant positiv mit der erlebten generellen Offenheit der Geistlichen während der Begutachtung.“*

Politische Debatte über die Institutionen: Die Öffentlichkeit erkennt sündige Kirchen

Die breite politische Debatte um sexualisierte Gewalt in Institutionen in Deutschland begann mit dem mutigen Schritt von Pater Mertes als Verantwortlicher am Berliner Canisius Kolleg die Betroffenen, welche sich im „Eckigen Tisch“ organisierten, ernst zu nehmen, sie nicht zu vereinnahmen, sondern ihnen als institutionell Verantwortlicher gegenüberzutreten. Nur wenige Monate später öffnete der Skandal um die Odenwaldschule vielen die Augen, die meinten, dass nur im Kontext der repressiven katholischen Sexualmoral, gefördert durch den Zölibat, solche Taten vorstellbar wären, die, wenn man mit Kindern auf Augenhöhe verkehre, nicht denkbar seien. Es wurde deutlich, dass jede pädagogische Ideologie und jeder institutionelle Rahmen zur Ausbeutung von Kindern genutzt werden kann, einfach wegen des Abhängigkeitsverhältnisses.

Wie blind in der Verherrlichung der Reformpädagogik selbst Aufsichtsbehörden agierten, zeigt die völlige Nichtbeachtung eines Jahre vorher erschienen Artikels zu den Missbrauchsfällen in der Odenwaldschule in der Frankfurter Rundschau. Lange Zeit waren Gerold Becker und Hartmut von Hentig gern gesehene Fortbildner, gerade in evangelischen Akademien und Einrichtungen. Wer glaubte, nur katholische Knabenchöre, nur katholische Kinderheime und katholische Pfarrhäuser seien gefahrgeneigte Bereiche, wurde alsbald eines Besseren belehrt. Entsprechende Skandale und Aufarbeitungsversuche wie in der nordelbischen Kirche zwangen dann zunehmend auch die evangelische Kirche zur Auseinandersetzung mit der Thematik. Während der Vergleich mit der katholischen Kirche also bislang meist als entlastende Hintergrundfolie gesehen wurde, muss ein selbstkritischer Blick sich auch dem Vergleich in Bereichen wie unabhängige Aufarbeitung, Verantwortungsübernahme, Opferbeteiligung, Vereinbarungen mit der Unabhängigen Beauftragten Sexueller Kindesmissbrauch etc. stellen, sonst wiegt man sich in falscher Sicherheit, begeht kontinuierlich weiter Irrtümer in der Personalführung, trifft falsche Entscheidungen in Bezug auf zu Ohren gekommene Meldungen und denkt, man habe es mit Einzelfällen, aber nicht mit strukturellen Probleme der Kirche zu tun.

Schon 2003 (Fegert 2004) hatte ich bei der ersten Konferenz zum Thema sexueller Missbrauch im Vatikan darauf hingewiesen, dass, im Sinne der Betroffenen, missbrauchende Kleriker zu ihrer Tat stehen und Verantwortung übernehmen sollten. Die Kirche sollte spezifische Opferschutzprogramme (auch in kirchenrechtlichen Verfahren) initiieren, sekundäre Viktimisierung

durch administrative und kirchenrechtliche Verfahren vermeiden, nicht über der Beschäftigung mit den Tätern aus ihren Reihen und Entscheidungen der Amtsträger die Betroffenenperspektive vergessen. Damals schlug ich vor, zur Stärkung der Betroffenenperspektive unabhängige Ombudspersonen oder eine „Victims Advocacy Agency“ mit kirchlicher Finanzierung und unabhängiger Organisation und Unterstützungstätigkeit einzurichten.

Schon 2010 verfasste Bischof Stephan Ackermann in einer Zeitschrift für Ökumene Anmerkungen zur Heiligkeit und Sündigkeit der Kirche, die er vorher bei einem Festvortrag zum Jahresempfang der Griechisch-Orthodoxen Metropole am 10 Juni 2010 in Bonn angesprochen hatte. Mit direktem Bezug auf die Diskussion zur Missbrauchsthematik 2010 schreibt er:

„Bei manchen Kommentaren der vergangenen Monate über die katholische Kirche fühlte ich mich erinnert an die mittelalterlichen Darstellungen der „Frau Welt“, jene allegorischen Figuren aus Stein, deren Vorderseite eine verführerisch-anmutige Frau zeigt. Umschreitet man sie und schaut auf ihren Rücken, dann ist diese übersät von Kröten und Schlangen, Ungeziefer, Eiter und Moder: drastische Symbole der Verdorbenheit. Es scheint, als ob die Missbrauchsthematik gewissermaßen den Blick freigäbe hinter die saubere Fassade der „Frau Kirche“ und ungehindert ihre modrig-abstoßende Kehrseite zeige. Damit ist, in den Augen ihrer Gegner, die Kirche endlich und vollends ihrer verlogenen Scheinheiligkeit überführt. Nichts trifft aber die Glaubwürdigkeit der Kirche härter als der Vorwurf der Verlogenheit und Scheinheiligkeit. Denn ohne Vertrauensvorschuss kann die Kirche ihren Auftrag nicht erfüllen. Damit erhält die alte Debatte um die Heiligkeit und die Sündigkeit der Kirche eine ganz neue Aktualität, und dies nicht nur für innertheologische Fachkreise. Es fehlt nämlich nicht an Stimmen, die sogar einen konkreten Zusammenhang zwischen dem Kirchenverständnis und dem Umgang mit Verfehlungen in der Kirche sehen, zumal dann, wenn sie von Amtsträgern begangen werden. Ist es nicht tatsächlich so, dass die Vorstellung von einer

unantastbaren Heiligkeit und Makellosigkeit der Kirche mit dazu beiträgt, die Verfehlungen einzelner zu vertuschen, wenn durch sie die Gefahr besteht, die Kirche als Ganze könne in Mitleidenschaft gezogen werden?“ (Ackermann 2010)

Der Jesuit Godehard Brüntrup spricht von der kopernikanischen Wende der Perspektive auf Missbrauch bei der Betonung der Opferperspektive. Eigentlich sind all diese Vorschläge weiterhin für beide Kirchen hoch aktuell und es erstaunt schon, dass fast 20 Jahre später der Kardinal von München und Freising, der, im Gegensatz zu seinem Amtsbruder in Köln, wenigstens die Garantienpflichten im kirchlichen Bereich einräumt, nach der Vorlage des so genannten „Missbrauchsgutachtens“ lapidar feststellen muss: „wir haben die Opfer übersehen“.

Hans-Joachim Sander hat in seinem Artikel in Stimmen der Zeit (2019): „Wenn moralischer Anspruch schamlos wird: Von der Unverschämtheit im sexuellen Missbrauch und in der kirchlichen Schuldkultur“ deutlich gemacht, wie unverschämt der Gebrauch moralischer Macht die von ihm so bezeichnete „Taktik des katholischen Sexualdiskurses“ prägt. Während man dem gemeinen Kirchenvolk die Nichtbeachtung von Morallehren, z.B. in Bezug auf die Verhütung, vorhielt, wurde der wesentlich gravierendere Deliktcharakter in Bezug auf Missbrauchsfolgen bei kirchlichen Tätern bagatellisiert: „*In ihrem Diskurs gibt es viele Laien-Sünden zur Sexualität, während sich Kleriker-Sünden vor allem auf geistliche Dinge beziehen. Der Missbrauch zeigt, wie unterkomplex das ist. Auf Sexualität hin gibt es Kleriker-Sünden, die eine gefährliche geistige Zerstörung bei den Opfern auslösen.*“ (Sander, 2019)

Unterscheidung zwischen institutionsbezogenen und privaten Taten in der evangelischen Kirche

Wie auch in der katholischen Kirche gibt es auch in der evangelischen Kirche Faktoren, welche dazu führen, dass insbesondere das Ansehen der Institution geschützt werden soll. Eine systematische Selbstwahrnehmung als eine Organisation, welche Taten durch ihre Rahmenbedingungen unterstützt, gibt es auch hier nicht. Eine Risikoanalyse in Bezug auf den Pfarrhaushalt als private Familie vs. Pfarrhaus als Risikoort ist bislang kaum erfolgt. Entschei-

Träger sind durch enge Verwandtschaftsverhältnisse, jahrelange Studienbekanntschaften und Freundschaften eng zwischen Beschuldigten und Entscheidungsträgern verwoben.

Problematisch finde ich z.B. in der EKD-Musterordnung die Unterscheidung zwischen dem kirchlichen Raum und dem davon unberührten Privatleben kirchlicher Mitarbeiter, auch bei den ordinierten Seelsorgerinnen und Seelsorgern. Betroffene Kinder in der Pfarrfamilie werden somit von der Musterordnung nicht erfasst, da die Taten sich nicht im Rahmen der beruflichen Tätigkeit ereignet haben (§ 3 (2) b). Dies gilt auch für Pflegekinder, Adoptivkinder und andere Kinder, die im Pfarrhaus angeblich „Unterschlupf“ und Hilfe gefunden haben. Diese Musterordnung für Verfahren zur Anerkennung erlittenen Unrechts vom 28.9.21 bei der EKD bleibt hinter einzelnen Regelungen im Kontext der Deutschen Bischofskonferenz in Bezug auf die Betroffenenbeteiligung und die Unabhängigkeit der Expert*innen in den Kommissionen deutlich zurück.

Während die Deutsche Bischofskonferenz generell zwei Säulen, also Anerkennungsleistungen **und** die Übernahme von Therapiekosten und anderen psychosozialen Unterstützungskosten sieht, diese Leistungen nicht miteinander verrechnet werden und dieser doppelte Leistungsanspruch auch gegenüber den Betroffenen transparent kommuniziert wird, bleibt § 6 der Musterordnung der EKD hier völlig offen und spricht von einer „Kann-Leistung“ aufgrund eigener Regelungen einzelner Landeskirchen, die neben den Anerkennungsleistungen weitere Hilfen gewähren können.

Erstaunlich ist auch, dass bei der Plausibilitätsprüfung im Kontext der Anerkennung des Leids die Feststellung eines institutionelles Versagens vorausgesetzt wird, also dass quasi belegt werden muss, dass die kirchliche Institution der Tat Vorschub geleistet hat oder sie begünstigt hat oder keine angemessenen Maßnahmen getroffen hat, um sexualisierte Gewalt zu verhindern oder ihre Auswirkungen zu verringern. Dies dürfte den Betroffenen selten eindeutig möglich sein und wäre aus meiner Sicht auch eine Bringschuld der Kirche. Zwar heißt es in § 3 (2) 4 der Musterordnung prinzipiell, dass das institutionelle Versagen nicht durch die antragstellende Person bewiesen werden muss. Andererseits bahnt die globale Feststellung „eine Entkräftung obliegt stets der betreffenden Körperschaft“, den Weg in das regelhafte Bestreiten des institutionellen Versagens.

Betroffenenperspektive statt Institutionsperspektive

Es erscheint mir deshalb in Glaubensgemeinschaften wichtig, Opferbilder zu korrigieren, Betroffenenbeteiligung autonom zu organisieren und zu unterstützen und die tatsächlichen Belastungen ernst zu nehmen und wahrzunehmen. Eine Anbiederung mit der Opferperspektive verbieten sich. Es geht darum, gemeinsam mit den Betroffenen in der Aufarbeitung die Taten ermöglichende und begünstigende Seite der Institution zu betrachten.

In einer traumasensiblen Institution, welche sich ihrer Verantwortung bewusst ist, ist Mitgefühl mit Betroffenen gefordert: Empathie und nicht Ausgrenzung! Versuche, Betroffene zu stigmatisieren, zu diskreditieren, zu pathologisieren, wie sie sowohl in katholischen als auch evangelischen Verfahren, in denen um Anerkennung des Leids gerungen wurde, vorgekommen sind, richten erneut Schaden an. Es geht darum die Rechtsstellung Betroffener zu respektieren und auszubauen, ihre Stärken und Kompetenzen anzuerkennen.

In unserer Arbeit zum Vergleich der Daten der Telefonischen Anlaufstelle des UBSKM und der Daten der Opferhotline der katholischen Kirche (Rassenhofer et al. 2015) und in einer zweiten Arbeit, die den Vergleich von Institutionen aus dem kirchlichen Kontext mit anderen Organisation, z.B. im Sport etc. (Spröder et al. 2014) durchführte, konnten wir aufgrund der Berichte von Betroffenen, die sich an die katholische Hotline oder an die Anlaufstelle der Bundesregierung gewandt hatten, Täterstrategien beschreiben.

Typisch war in allen Kontexten, dass viele Täter ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen und eine besondere und enge Beziehung aufbauen, welche dann häufig langsam in Missbrauch übergeht (Grooming-Phase); dass Täterinnen oder Täter Situationen ausnutzen, in denen sie alleine mit Betroffenen sind, bzw. solche Situationen gezielt herstellen (z.B. private Nachhilfestunden, Einzeltraining, Wochenendsituationen im Pfarrhaus, Beichte etc.), dass Missbrauchshandlungen unter dem Deckmantel der Erziehung, der Religion oder therapeutischer Handlung ideologisch gerahmt werden.

Spezifisch für die kirchlichen Kontexte fanden wir, dass Betroffene durch ihr Umfeld ermuntert wurden mit Priestern oder Pfarrern über persönliche Schwierigkeiten zu sprechen und in dieser besonders verletzlichen Situation der Hilfesuche missbraucht wurden. Wir fanden, dass religiöse Konzepte als Druckmittel verwendet wurden, dass der Missbrauch als Form und Teil eines religiösen Gehorsamsrituals dargestellt wurde und dass z.B. im katholischen

Kontext ein Geheimhaltungszwang bezüglich des erfolgten Missbrauchs über das Beichtgeheimnis fälschlicher Weise begründet wurde. Die permanente Beschäftigung mit den Tätern verstellt den Blick auf die individuellen Opfer und die betroffenen Gemeinden.

Gespaltene Gemeinden brauchen Klärungsprozesse und Fürsorge

Eine weitere Dimension, die bei der kirchlichen Auseinandersetzung mit Missbrauch bislang zumindest massiv vernachlässigt wurde, ist die der Folgen für die betroffenen Gemeinden. Hinweisgeber, Whistleblower und By-stander in Bezug auf solche Ereignisse sind vor Ort miteinander verbunden und bleiben, häufig im Gegensatz zu den Angeschuldigten oder Tätern, auch vor Ort, ob nun ein Fall geklärt werden konnte oder nicht. Zwar gibt es in beiden großen Kirchen Supervisions-, Coaching- und Gemeindeberatungsangebote oder spezifische Formen der kirchlichen Organisationsberatung, welche auch im Missbrauchskontext angeboten werden. Über theoretische Prinzipien und die Organisationsberatung in diesem Zusammenhang wurde aber wenig publiziert, z.B. ob und wie es gelingt Spaltungsprozesse zu verhindern oder zu überbrücken. Häufig solidarisieren sich nämlich Personen aus der Gemeinde mit „ihrem Pfarrer“, betonen, wie viel Gutes er getan habe und versuchen die hinweisgebenden Betroffenen oder deren Angehörige zu diskreditieren. Dies kann zu einer tiefen Spaltung in den Gemeinden führen, welche nicht mit einer angeblichen rechtlichen Klärung (z.B. Einstellung eines Strafverfahrens) oder einer Versetzung der Kleriker etc. beendet ist.

Diese tiefen Spaltungsvorgänge haben sehr lange Nachwirkungen. Bisweilen können sie sogar ideologisch aufgeladen werden, indem z.B. behauptet wird, ein Missbrauchsvorwurf diene nur dazu, eine bestimmte Gruppierung mit einer besonderen Einstellung innerhalb des Glaubens zu diskreditieren. Entsprechende Auseinandersetzungen werden in der Gemeinde und oft auch in der Öffentlichkeit ausgetragen. Transparenz, Verantwortungsübernahme, Accountability und eine Aufarbeitung der begünstigenden Rahmenbedingungen im Einzelfall sind unerlässlich, wenn nicht für längere Zeit Belastungen und Spaltungen in Kauf genommen werden sollen. Gemeinden oder Einrichtungen, in denen ein Fall aufgetreten ist, bedürfen der besonderen Fürsorge der Leitungspersonen in der Kirche. Um in der Metapher vom Hirten zu bleiben: Da wo der Hirt sich vor der Herde und an der Herde versündigt hat, ist eine klare Positionierung des Oberhirten erforderlich. Täterinnen und Täter können selbst zu dieser Transparenz durch Verantwortungsübernahme und

ein klares Eingeständnis in Bezug auf ihr Fehlverhalten beitragen. Dies kann in der Regel zusätzlichen erheblichen Druck, der von der Gemeinde ausgeht und auf den Betroffenen lastet, reduzieren. Gefährlich sind ambivalente Äußerungen nach außen, die die ganzen Abläufe als Verleumdungskampagne oder ein Missverständnis darstellen. Da nützt dann auch eine mündliche oder schriftliche Entschuldigung, die nicht veröffentlicht ist und nicht kommuniziert werden kann, nichts, sondern die ohnehin gespaltene Gemeinde wird sich in die aufteilen, die glauben dass etwas vorgefallen ist und die anderen die meinen, dass der verehrte Geistliche zu Unrecht verfolgt wird. Täter können sich so als eigentliche Opfer einer Kampagne darstellen und können zu angeblichen Sündenböcken einer Personalpolitik in der Kirche, durch interessierte Gruppierungen hochstilisiert werden. Nur höchstmögliche Transparenz und Verantwortungsübernahme kann es nachfolgenden Geistlichen überhaupt ermöglichen in einer solchen gespaltenen Gemeinde wieder einen Fuß auf den Boden zu bringen und gemeinsam mit Betroffenen und Bystandern Gemeinschaft als Teilhabe aller wiederherzustellen.

Ein besonderer Aspekt betrifft die strafrechtlich verjährten Fälle, in denen hochbetagte Täter, z.B. aufgrund einer Demenzerkrankung, sich nicht mehr zu ihrer Verantwortung bekennen können, geschweige denn rechtlich zur Rechenschaft gezogen werden können oder in denen Täter verstorben sind und nicht selten lokal als Gründer caritativer Vereine, Förderer des Kulturlebens etc. verehrt werden. Vorwürfe in Bezug auf Taten, die oft Jahrzehnte zurückliegen, werden vor Ort dann häufig als pietätlos erlebt und als Angriff auf die gesamte Gemeinschaft empfunden. Die „weltlich“ strafrechtliche Tatsache der Verjährung wird dann als Argument dafür verwendet zu sagen, strafrechtlich sei nie eine Tat verurteilt worden, gerade in solchen Fällen gelte die Unschuldsvermutung oder es wird schlicht und einfach die Glaubhaftigkeit der Opferzeugen und Opferzeuginnen nach so vielen Jahren infrage gestellt.

Verantwortlicher Umgang mit Tätern

Zurecht ist beiden großen Kirchen vorgeworfen worden, dass sie sich viel zu lange fast ausschließlich mit den Tätern befasst, diese teilweise geschont und vor Strafverfolgung geschützt und durch Versetzung die Spuren verwischt haben. Die vergleichbare gemeinsame Ausgangssituation, teilweise persönliche Berührungspunkte (z. B. im gemeinsamen Studium) und der spezifische Status der Kleriker führen dazu, dass aller Augenmerk zunächst auf diesen Tätern liegt. Umso mehr mag es überraschen, dass es kaum systematische

Interventionsangebote und Vorgehensweisen gibt, welche konsequent auf der einen Seite Garantenpflichten ernst nehmen und auf der anderen Seite diesen Personen adäquate und erfolgversprechende forensisch-therapeutische Angebote machen.

Auflagen wie z.B. die, keinen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen zu haben, müssen kontrolliert werden. Die reine Versetzung weg von einer Gemeinde, z. B. mit einem Folgeeinsatz als Krankenhausseelsorger, reduziert nicht wirklich die Risiken, sondern bietet im (kirchlichen) Krankenhaus eine noch unkontrolliertere starke Machtposition, die auch am neuen Einsatzort für Übergriffe genutzt werden kann. Da der Klinikseelsorger weder Teil der Krankenhaushierarchie ist, noch in der Regel direkt in einen Gemeindekontext eingebunden ist, bieten solche Arbeitsbereiche nicht selten unkontrollierte Freiräume.

Besitz und Konsum sogenannter Kinderpornografie sind Straftaten, welche aufgrund der neuen technischen Möglichkeiten auch bei der Fahndung zunehmend häufiger aufgedeckt werden. Die wenigsten Personen, welche solche Missbrauchsdarstellungen auf ihren Rechnern besitzen, sind Kernpädophile – auch wenn umgekehrt gilt, dass kaum ein kernpädophiler Täter nicht entsprechende Gewaltdarstellungen sammelt, tauscht etc. Dennoch muss vor dem Umkehrschluss gewarnt werden. Wenn also in der Zukunft mehr Geistliche beider Kirchen mit solchen Delikten angeklagt werden, braucht es angemessene Strategien im Umgang damit. Es braucht Therapieangebote und institutionelle Auflagen und vor allem eine gründliche forensische Analyse mit individueller Rückfallprognose im Einzelfall. Dies wird hier betont, weil eine fundierte Begutachtung insbesondere bei Ersttätern durchaus nicht der Regelfall ist. Während es im weltlichen Bereich ganz unterschiedliche Rechtsbereiche gibt, wenn z. B. Angehörige der Heilberufe, die ebenso wie Geistliche eine Garantenstellung haben und Berufsheimnisträger sind, entsprechende Taten begangen haben, so gibt es im kirchlichen Bereich teilweise fließende Übergänge.

Neben dem Strafrecht, welches für alle gilt, gilt z. B. für einen Arzt das Standesrecht, welches seit Jahrtausenden – genauer seit dem Eid des Hippokrates – klar regelt, dass sexuelle Beziehungen in jedweder Behandlungsbeziehung ethisch nicht tolerabel sind. Wenn es sich um einen angestellten oder beamteten Arzt handelt, bietet darüber hinaus das Disziplinarrecht entsprechende Sanktionsmöglichkeiten. Arbeitsrechtlich gibt es ein ganzes Repertoire, welches z. B. bei Grenzverletzungen, welche nicht das Ausmaß einer Straftat haben, Abmahnungen und Ähnliches ermöglicht. Zivilrechtliche Ansprüche der

Betroffenen auf Schadenersatz richten sich nicht allein gegen die Täter, sondern wenn ein Organisationsverschulden die Verübung entsprechender Taten erleichtert hat, auch gegen den Einrichtungsträger, der auch für Behandlungsfehler, z. B. durch nicht indizierte Untersuchungen aus sexuellen Motiven etc., die systematisch aufgetreten sind zur Verantwortung gezogen werden kann. Kirchenrechtlich werden unterschiedliche Teilaspekte abgedeckt, aber es kann keine „One-size-fits-all-Lösungen“ geben.

Selbstverständlich müssen Angeschuldigte von den Trägern der Personalverantwortung in den Kirchen angehört, mit den bekannten Vorwürfen konfrontiert und gegebenenfalls bis zur Klärung entsprechender Fragen in Bezug auf eine gefahrfreie Weiterverwendung in unterschiedlichen Bereichen vom Amt suspendiert werden. Dabei gehört es zur Fürsorgepflicht des Arbeitgebers den Betroffenen, wenn sie es wünschen, eine Unterstützungsperson ihrer Wahl zur Seite stehen zu lassen. Generell muss bedacht werden, dass in einer solchen Situation eine massive Beschämung und Bloßstellung zu einer akuten Suizidgefahr führen kann. Es ist deshalb wichtig, im Rahmen solcher Gespräche ein Sicherheitskonzept für die unmittelbare Zeit danach abzusprechen.

Forschung und Aufarbeitung

Im Kontext beider großer Kirchen laufen derzeit Aufarbeitungsprojekte, in deren Rahmen auch Forschungsaufträge vergeben wurden bzw. vergeben werden. Ganz unterschiedliche Professionen haben hier für Projekte verantwortlich gezeigt bzw. Expertisen oder Gutachten erarbeitet. Gerade wenn Kirchen selbst diese Forschung in Auftrag geben, sind potenzielle Interessenkonflikte zu bedenken. Eine häufige Frage betrifft die Ergebnisse. Wem gehören solche Produkte und die im Rahmen der Erstellung von Expertisen oder Studien erhobenen Daten, die ja auch in anderen Kontexten noch ausgewertet werden könnten, falls hierfür eine Einwilligung vorliegt?

Rahmenbedingungen und Unabhängigkeit der Durchführung von Aufarbeitungsprojekten

Generell unterschieden werden können zwei Formen der Durchführung: Forschungsförderung und Beauftragung. Wird die Durchführung eines Forschungsprojekts oder die Erstellung einer Expertise beauftragt, handelt es sich also um sogenannte Auftragsforschung, dann ist diese Dienstleistung Mehrwertsteuerpflichtig und das Ergebnis gehört dem Auftraggeber. Es ist

dann nur noch gegebenenfalls, z. B. im Rahmen des Ethikvotums möglich, festzulegen, dass die Ergebnisse auf jeden Fall unabhängig veröffentlicht werden müssen oder können.

Der wegen der Unabhängigkeit der Forschenden zu bevorzugende Weg ist die Projektförderung durch die Kirche. Es handelt sich dann um „Investigator-initiated Projects“, also eigene Projekte der Forscherinnen und Forscher, die sie selbst verantworten, bei denen sie auch allein oder gemeinsam mit anderen die Fragestellungen erarbeiten und später die Ergebnisse und die entstandenen Datensätze, Arbeitsmethoden etc. den Forschenden gehören..

Anonymisierte, einmal erhobene Datensätze sollten nach Abschluss von Studien in allgemein zugängliche Datenbanken für Reanalysen und weitere Forschung eingestellt und damit der gesamten Forschenden-Community zugänglich gemacht werden. Schwieriger ist es mit qualitativen Daten und nichtanonymisierten Datensätzen. Die Einwilligung Betroffener erfolgt stets zweckbezogen. Deshalb kann aus der Einwilligung, die zu einer Untersuchung gegeben wurde, nicht automatisch geschlossen werden, dass die Betroffenen deshalb auch mit weiteren Untersuchungen dieser Datensätze einverstanden sind.

Wir hatten bei der Durchführung der Begleitforschung der ersten Unabhängigen Beauftragten sexueller Kindesmissbrauch Dr. Christine Bergmann zahlreiche Briefe, E-Mails etc. von Betroffenen erhalten. Im Vorfeld waren diese schreibenden Personen darauf hingewiesen worden, dass eine Begleitforschung stattfindet und sie hatten auch, z. B. wenn sie sich bei einer telefonischen Anlaufstelle meldeten, explizit ihre Einwilligung gegeben. Gleichwohl war es bei einer späteren Untersuchung erforderlich, erneut Konsens für eine Untersuchung einzuholen. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen insbesondere nach der EU-Datenschutzgrundverordnung regeln hohe Ansprüche an die Datensicherheit und insbesondere auch an die Bestimmtheit der Einwilligung. In der Medizin ist man deswegen dabei, in großen forschungsaktiven Häusern einen sogenannten „Broad Consent“ einzuführen, der spätere Forschung an erhobenen Datensätzen generell ohne erneute Befragung der Betroffenen ermöglichen soll.

Studienregister

Wenn schon die Organisationen die sie betreffenden Forschungsaufträge selbst vergeben und sich damit auf das heikle Terrain von Interessenskonflikten, Abhängigkeiten etc. begeben, wäre es wichtig, bundesweit ein Register über laufende Studien einzuführen. Im medizinischen Bereich gibt es solche Studienregister nach großen Arzneimittelskandalen wie z. B. dem Antidepressiva-Skandal (vgl. Fegert et al., 2006). Damals wurden zahlreiche Studien mit Antidepressiva von der Pharmaindustrie durchgeführt, veröffentlicht wurden aber nur die wenigen erfolgreichen Studien, in denen die Medikamente einer Kontrollgruppe signifikant überlegen waren. Dadurch wurde der Eindruck erweckt, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Antidepressiva sei erfolgreich und nebenwirkungsarm. Betrachtete man auch die nichtveröffentlichten Studien, wurde deutlich, dass die Wirkung fraglich war, aber teilweise zahlreiche Nebenwirkungen auftraten, welche bei einer genauen Kosten-Nutzen-Analyse für die betroffenen Patienten eine Psychopharmakagabe eher als ein erhöhtes Risiko ohne klaren Nutzen erscheinen ließen. Damals wurden deshalb von den Zulassungsbehörden explizite Warnungen an die verschreibenden Ärzte ausgesprochen und es wurden verbindlich Studienregister eingerichtet.

In ein solches Register muss vor Beginn der Durchführung einer Untersuchung dargelegt werden, was die zentrale Fragestellung ist, wie die Methodik ist, später müssen dann die Ergebnisse nachvollziehbar eingetragen werden. Es ist nicht möglich, später Zielgrößen einer Untersuchung oder andere Parameter zu ändern, damit das Scheitern einer Studie nicht durch die Erhebung anderer, vielleicht weicherer Parameter kaschiert werden kann. Ein ähnliches Register bräuchten wir für Studien und Aufarbeitungsprojekte in Deutschland. Es sollte meines Erachtens bei der UBSKM angesiedelt werden und nur dort angemeldete Studien sollten später auch veröffentlicht werden und als Beitrag zur gesellschaftlichen Aufarbeitung gewertet werden können. Durch eine solche Vorgehensweise wäre ein Monitoring des Geschehens möglich. Man würde klarer feststellen, wo Betroffenenbeiräte ihre Tätigkeit niederlegen, wer wo aus einer Studie aussteigt, welche Konflikte zur Beendigung oder Nichtauswertung einer Studie führen etc.

Die mehr oder weniger erfolgreich abgeschlossenen Projekte sind immer nur die Spitze des Eisbergs. Lokales Scheitern und verschiedene Probleme in den Studien sagen aber genauso viel über das Problemfeld aus und müssen wissenschaftlich reflektiert und gesellschaftlich dokumentiert werden. In der Amtszeit von Herrn Rörig hat der UBSKM einmal versucht, sich einen Über-

blick über laufende Untersuchungen zu verschaffen. Hier meldete eine evangelische Landeskirche eine Studie mit mir, obwohl kein Vertrag geschlossen war...² Es kann durchaus Motivation geben vorzutäuschen, dass man aktiv sei und etwas unternehme. Entsprechende Angaben müssen deshalb transparent und überprüfbar sein. Die entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen sind hierfür eine Grundlage.

Transparenz und klare Regelungen, die auch offengelegt werden können, sind also unbedingt erforderlich, um notwendige Forschung in solchen Bereichen nachvollziehbar abzusichern. Seit Jahren wird nun diskutiert, ob nicht der Staat hier das Heft in die Hand nehmen sollte, was sicher von Anfang an wahrscheinlich besser gewesen wäre, als in jedem Bistum und in jeder Landeskirche das Rad auch in Bezug auf die Strukturen und die vertraglichen Regelungen immer wieder neu zu erfinden. Wenn man sich aber über die Vereinbarungen zwischen den Kirchen mit dem ehemaligen Unabhängigen Beauftragten Rörig auf individuelle von der Kirche initiierte Aufarbeitungsprozesse eingelassen hat, braucht es meines Erachtens wenigstens das oben beschriebene zentrale staatliche Register, in dem Forschungsziele, die Namen der Beteiligten (insbesondere auch die Betroffenenbeteiligung), die vertraglichen Regelungen und die eingesetzten Finanzen dokumentiert werden.

Ermöglichung von Veröffentlichung und weiterer Forschung

Fragen des Datenschutzes und äußerungsrechtliche Fragestellungen haben wiederholt zur Nichtveröffentlichung – zumindest von Teilen – von Ergebnissen geführt. Auch im weltlichen Kontext führt z. B. der Sozialdatenschutz dazu, dass bei Aktenanalysen sämtliche in den Akten aufgeführte Personen – und sei es der Kassenwart eines Turnvereins, der mit dem in Frage stehenden Geschehen gar nichts zu tun hatte – um ihre Einwilligung zur Aktenanalyse gebeten werden müssen. Der damit verbundene Aufwand allein führt schon häufig zum Scheitern solcher Projekte.

Im Sinne adäquater Forschung und Aufarbeitung sollten deshalb die in der EU-Datenschutzgrundverordnung vorgesehenen Ausnahmeregelungen, die Vertragsstaaten für den Bereich der Forschung und Aufarbeitung treffen können, durch gesetzgeberische Initiativen genutzt werden. Dabei geht es

2) Das Ganze war übrigens nicht nur ein Versehen, sondern dieselbe falsche Tatsachenbehauptung wurde von Kirchenvertretern auch noch in einer anderen Runde vorgebracht, was dadurch aufflog, dass unerwarteterweise durch einen Funktionswechsel in dieser Runde eine Person anwesend war, die ganz genau wusste, dass nie ein Vertrag abgeschlossen worden war.

auch um eine verhältnismäßige Balance zwischen dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung, insbesondere bei Betroffenen, dem öffentlichen Interesse und dem berechtigten Interesse von Forscherinnen und Forschern, dass ihre Arbeit auch publiziert werden kann und damit Wirkung entfalten kann. Wenn z. B. die Aufarbeitungskommission in ihrem lesens- und beachtenswerten Papier zu Standards bei der Aufarbeitung fordert, dass Betroffene eine einmal zu einem Interview gegebene Einwilligung jederzeit zurückziehen können müssen, dann wird meines Erachtens Forschung und transparente Berichterlegung quasi verunmöglicht

(https://beauftragte-missbrauch.de/fileadmin/user_upload/Dialog_Kindessmissbrauch__Forderungskataloge/UBSKM_Forderungskatalog_3.Hearing_Aufarbeitung.pdf)

Es reicht dann, dass kurz vor der Veröffentlichung eines Abschlussberichtes eine Person darauf besteht, dass ihre Äußerungen nicht mehr berücksichtigt werden, um Ergebnisse zu verzerren oder Veröffentlichungen erheblich zu verzögern. Auch hier sei ein Vergleich mit der Medizin gestattet: jemand, der Körpermaterialien für die medizinische Forschung übereignet, z.B. seine genetisch allein ihm/ihr zuordenbaren Körperzellen zur Beschaffung einer Zelllinie zur Entwicklung von Therapiemöglichkeiten, kann nicht später reklamieren, dass es sich doch um sein ureigenstes genetisches Material handle und er jetzt die weitere Nutzung verbieten wolle. Solche Zelllinien können sogar kommerziell genutzt und patentiert werden. Die Übereignung des Materials zur Forschung ist definitiv.

Die von der Aufarbeitungskommission vorgeschlagene Regelung klingt betroffenenfreundlich, sie kann aber aus meiner Sicht sehr schnell komplett unethisch werden, wenn die Umentscheidung einer Betroffenen/eines Betroffenen dazu führen kann, dass die Stimmen aller anderen Betroffenen durch Nichtveröffentlichung nicht gehört bzw. durch erneute Überarbeitung etc. erst verzögert wahrgenommen werden. Spätestens wenn eine Studie gedruckt und veröffentlicht worden ist, können qualitative Zitate auch nicht mehr zurückgeholt werden.

Ich finde es bedauerlich, dass dieses Papier fast überall bei den jetzt laufenden Aufarbeitungsprozessen als zugrunde liegender Standard angegeben wird, ohne dass es je in der Wissenschaft eine breitere Diskussion darüber gegeben hat. Gerade wegen der vielen wichtigen und positiven Anregungen hätte es eine gründliche Diskussion und dann gegebenenfalls eine entsprechende

Überarbeitung verdient gehabt. Während in der medizinischen Forschung die einzuhaltenden Standards klar geregelt sind und jedem Forschenden bekannt sind, ist ja kaum eine Forscherin und kaum ein Forscher, welcher ein Aufarbeitungsprojekt in direktem oder indirektem Auftrag einer Kirche startet, als Aufarbeitungsforscher/-forscherin sozialisiert worden.

Damit nicht immer wieder zum Leidwesen der Betroffenen und auch zum Schaden der Gesellschaft bei den immer gleichen Hinderungsgründen Lehrgeld gezahlt werden muss, wäre ein Austausch und ein Fachdiskurs zwischen den Forschenden in diesem Bereich unbedingt wünschenswert. Dies umso mehr als die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die mit solchen Projekten beauftragt werden, aus völlig unterschiedlichen Disziplinen kommen können. Es gab juristisch geprägte Gutachten und Aufarbeitungsprozesse ebenso wie historisch oder psychologisch angelegte Projekte. Häufig wird auch ein interdisziplinäres Zusammenwirken erwartet.

Betroffenenbeteiligung

Allgemein akzeptierter Standard sollte in solchen Projekten die Betroffenenbeteiligung sein. Gerade das wiederholte Scheitern in Projekten beider Kirchen macht aber eine genauere Betrachtung der Voraussetzungen für gelingende Partizipation dringend erforderlich. Wie werden die zu beteiligenden Betroffenen ausgewählt? Wen repräsentieren sie? Sind sie mandatiert oder sprechen sie für sich allein? Welche Kompetenzen für eine Teilhabe an einem Forschungsprojekt bringen sie mit? Wie werden sie entschädigt oder bezahlt? Wie aktiv werden sie in die Gestaltung des Forschungsprozesses eingebunden? Handelt es sich um Alibi-Partizipation eher auf einer Beiratsebene oder arbeiten sie mit an der Gestaltung der Fragestellung und der Interpretation der Ergebnisse? Haben sie die Möglichkeit zu einem Minderheitenvotum? Etc.

Gerade weil Betroffenenbeteiligung in diesem wie in vielen anderen Forschungsbereichen so zentral ist, brauchen wir zertifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Betroffenenbeteiligung, welche es dann auch ermöglichen, dass Betroffene für ihre wichtige Mitarbeit an solchen Studien auch adäquat entschädigt werden.

Offensichtlich ist es für die (kirchlichen) Auftraggeber nicht einfach, ein Projekt an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus der Hand zu geben. Zu groß ist die Angst vor dem Kontrollverlust oder davor, dass das Ergebnis ihnen eventuell schaden könne. Dabei wäre eine transparent geplante, unabhän-

gige Studie im Regelfall auch für die diese Studie finanzierende Institution das Beste, denn die Verantwortung liegt dann bei den Forschenden.

Versuche der Einflussnahme kommen nicht nur im kirchlichen Bereich vor, sondern, wie schon Habermas in seinem Buch „Erkenntnis und Interesse“ (Habermas, 1973) dargelegt hat, gibt es keine Forschung frei von Interessenskonflikten. Dies gilt auch für öffentliche Forschungsgelder oder erst recht für Aufträge aus der Industrie. Deshalb ist es immer wichtig, solche potenziellen Interessenskonflikte zu reflektieren und schon früh zu erkennen, wo potenzielle Auftraggeber in unstatthafte Weise Einfluss nehmen wollen.

In einem katholischen Kontext war einem von mir geleiteten Konsortium einmal der Zuschlag angeboten worden, wenn wir zwei Konsortialpartner entfernen. Dies wurde mit taktischen Überlegungen begründet, also mit der Frage, wie es wirken würde, wenn diese Personen beteiligt würden. Dabei sei festgehalten, dass der teilweise schlechte Eindruck in die Kirchen im Kontext der Veröffentlichungen oder teilweise Nichtveröffentlichung von Ergebnissen gemacht haben, in der Regel nicht durch die Forscher ausgelöst wurde, sondern eben durch die handelnden Personen und Verantwortungsträger auf kirchlicher Seite.

Schluss

Gerade im Umgang mit Betroffenen und den betroffenen Gemeinden, den Tätern und den Forschenden, die sich um Aufarbeitung bemühen, zeigen sich Haltungen. Die Konzentration auf die Täter, welche den Entscheidungsträgern durch ihre kirchliche Karriere, durch gemeinsame Bezüge in den Biografien etc. so viel näher sind, darf nicht allein im Fokus bleiben, wenn man nicht, wie der Münchner Kardinal, bitter bilanzieren muss, dass man die Opfer vergessen habe.

Ohne einen tatsächlichen Einbezug der Betroffenen, ohne eine Fürsorge für betroffene Gemeinden, bleiben kirchliche Aufarbeitungsprozesse Stückwerk. Sie verfehlen ihre Wirkung nach innen, wie nach außen. Dabei kann eingeräumt werden, dass sich die Bewertung bestimmter Grenzverletzungen und Handlungsweisen in den letzten Jahren erheblich gewandelt hat. Fairerweise ist der jeweilige Zeitgeist auch bei der Bewertung der institutionellen Reaktion, die sich nicht selten auf eine fachliche Beratung durch psychiatrische Experten gründete, zu berücksichtigen. Im Gegensatz zum Handeln kirchlicher Verantwortungsträger ist die Rolle einschlägiger forensischer Gutachterinnen

und Gutachter noch kaum untersucht. Erste Anhaltspunkte über die Einschätzungen gibt der von der Deutschen Bischofskonferenz publizierte Bericht über die Gutachten (Leygraf et al. 2012). Zum damaligen Zeitpunkt wurde der Besitz so genannter „Kinderpornographie“ eher als ein Bagatelvergehen gewertet, welches häufig keine Empfehlungen bezüglich der realen Arbeit mit Kindern nach sich zog.

Durch das Gesetz zur Bekämpfung sexualisierter Gewalt, welches noch in der letzten Legislaturperiode beschlossen wurde, sind solche Taten völlig neu bewertet worden. Es erfolgte eine Anhebung von Vergehen auf Verbrechen für Verbreitung, Erwerb und Besitz von so genannter „Kinderpornographie“ (§ 184 b StGB). Die Strafandrohung liegt nun zwischen einem Jahr bis zu zehn Jahren.

Die Wahrscheinlichkeit, dass in Zukunft aufgrund der digitalen technischen Möglichkeiten auch kirchliche Amtsträger und Beschäftigte in kirchlichen Einrichtungen zunehmend im Kontext so genannter „Kinderpornographie“ von Fahndern entdeckt werden, ist groß. Deshalb sollten entsprechende Gremien in den Kirchen, nicht nur rückwärtsgewandt den institutionellen Umgang mit Altfällen bewerten, sondern sich den heutigen Herausforderungen in der Personalführung bei einer Zunahme solcher aufgedeckter Verbrechen, auch in Pfarrhäusern etc. stellen. Es gilt nämlich nicht „Gefahr erkannt, Gefahr gebannt“ und es geht nicht um heute überwundene institutionelle Abwehrmechanismen wie Relativierung, Rationalisierung und die Verleugnung der institutionellen Mitverantwortung.

Die Aufspaltungen in der Debatte zwischen Prävention, die in die Zukunft gerichtet ist, und Aufarbeitung, die auf die Vergangenheit blickt, lässt manchmal die Taten der Gegenwart und heutige adäquate transparente Reaktionen und die fachliche Diskussion darüber aus dem Blick geraten. Das teilweise Leitungsversagen in den Kirchen verdeckt überdies nur zu häufig ähnliche Mechanismen und Strukturen in anderen Institutionen und auch anderen Glaubensgemeinschaften.

Es wäre ein fataler Irrtum, wenn man meinte, dass spezifische Rahmenbedingungen in den großen Kirchen ursächlich für Missbrauch seien. Sie haben Tat und Täter begünstigende Systeme und Freiräume unterstützt, aber Missbrauchstaten finden leider in allen Abhängigkeitsverhältnissen statt. Gerade deshalb ist es wichtig, ein Bewusstsein für diese Abhängigkeitsverhältnisse und Gefährdungen auch in anderen Religionsgemeinschaften zu wecken. Muslime machen in der BRD gut 5% der Gesamtbevölkerung aus. Der frü-

here UBSKM, Herr Rörig, hat auch hier Schutzkonzeptvereinbarungen mit muslimischen Verbänden getroffen, ebenso wie mit jüdischen Verbänden. Die aktuellen Auseinandersetzungen um das Geiger-Kolleg für die Ausbildung liberaler Rabbiner in Potsdam mit massiven Vorwürfen sexueller Belästigung von Studierenden zeigen, dass die in dem vorliegenden Text prinzipiell beschriebene Anfälligkeit solcher Strukturen auch für nicht-christliche Religionsgemeinschaften gilt (vgl. Fegert, 2018, Zur Abschottung und Abhängigkeitsstrukturen als begünstigende Faktoren für sexuelle Ausbeutung und sexuellen Missbrauch in jüdischen Gemeinschaften).

Insofern können wir auch für alle anderen Gemeinschaften, Institutionen und Systeme sowohl aus gelingenden wie scheiternden Prozessen lernen, um für die Zukunft Fehler im institutionellen Umgang mit der Problematik sexueller Gewalt zu bekämpfen und wenn möglich zu reduzieren.

Literatur:

- Ackermann, S. (2010) „Sancta simul et semper purificanda“ Anmerkungen zur Heiligkeit und Sündigkeit der Kirche. Una Sancta. Zeitschrift für Ökumenische Begegnung. 3
- Allroggen, M., et al., 2021: Indizierte Extremismusprävention im Handbuch „Extremismusprävention“ S. 505 ff.
- Die Grünen und die Pädosexualität. Eine bundesdeutsche Geschichte*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2015, in: *sehpunkte 15* (2015), Nr. 10 [15.10.2015], URL: <http://www.sehpunkte.de/2015/10/26682.html>
- Fegert JM 2004, „Consequences of Sexual Abuse of Children and Adolescents by Priests and Other Person in Clerical Functions“ in *Sexual Abuse in the Catholic Church*, eds. R.K. Hanson, F. Pfäfflin & M. Lütz, Liberia Editrice Vaticana, Città del Vaticano, pp. 61-171.
- Fegert JM 2006, „Kinder und Jugendliche in Antidepressivastudien - Metaanalyse rollt die Frage der Suizidalität auf - Kommentar“, *Info Neurologie & Psychiatrie*, vol. 8, no. 5, pp. 32-33.
- Fegert J., (2018) „BEI UNS DOCH NICHT:“ Abschottung und Abhängigkeitsstrukturen als begünstigende Faktoren für sexuelle Ausbeutung und sexuellen Missbrauch in jüdischen Gemeinschaften, *Jalta: Positionen zur jüdischen Gegenwart*, Band 2, Heft 4, Seite 154-180
- Goertz, S., 2015: „Wer bin ich, ihn zu verurteilen?“ – Homosexualität und Katholische Kirche. Freiburg im Breisgau: Herder, 2015.
- Habermas, J., 1973 - *Erkenntnis und Interesse*, Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Hillenbrand, K. (2012) *Aus dem Dunkel ans Licht: Konsequenzen aus dem Missbrauchsskandal* Seite 139 ff in *Karl Hillenbrand, Herausforderter Glaube, Zwischenrufe zu Zeitfragen*, Ächter

- Leygraf, N., et al., 2012 - Sexuelle Übergriffe durch katholische Geistliche in Deutschland: Eine Analyse forensischer Gutachten 2000–2010. Abschlussbericht 2012. Hgg.: Norbert Leygraf, Andrej König, Hans-Ludwig Kröber, Friedemann Pfäfflin.
- Martel, F. (2019) Sodoma. Macht, Homosexualität und Doppelmoral im Vatikan. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2019
- Mertes, K. (2019) Geistlicher Missbrauch, theologische Anmerkungen. Stimmen der Zeit, Heft 2
- Rassenhofer, M., Zimmer, A., Spröber, N. & Fegert, J. (2015) Child sexual abuse in the Roman Catholic Church in Germany: comparison of victim-impact data collected through church-sponsored and government-sponsored programs“, Child abuse & neglect., vol. 40, pp. 60-7.
- Rau, T., Kliemann, A., Ohlert, J., Allroggen, M. & Fegert, J.M. 2019, „Gefährdungsmomente im Zusammenhang mit religiösmotivierter Radikalisierung: Handlungsempfehlung für (sozial-) pädagogische Fachkräfte“, ZKJ - Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, , no. 4, pp. 128-136.
- Spröber, N., Schneider, T., Rassenhofer, M., Seitz, A., Liebhardt, H., König, L. & Fegert, J. (2014) Child sexual abuse in religiously affiliated and secular institutions: a retrospective descriptive analysis of data provided by victims in a government-sponsored reappraisal program in Germany. BMC public health, vol. 14, pp. 282.
- Wagner, D. (2019) Spiritueller Missbrauch in der katholischen Kirche. Verlag Herder, 2. Auflage
- Witt, A., Brähler, E., Plener, P.L. & Fegert, J.M. 2019, „Different Contexts of Sexual Abuse with a Special Focus on the Context of Christian Institutions: Results from the General Population in Germany“, Journal of Interpersonal Violence, pp. 1-22.
- Sander, H.-J., (2019) Wenn moralische Anspruch schamlos wird. Stimmen der Zeit. (2) https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/Dossiers_2012/2012_Sex-Uebergriffe-durch-katholische-Geistliche_Leygraf-Studie.pdf

Autor:

Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert
Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm
Steinhövelstraße 5, 89075 Ulm
Telefon: 0731 500-61600, Fax: 0731 500-61602
E-Mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Entwicklung von Schutzkonzepten in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxis

Maik Herberhold

Kurzfassung

(Sexualisierte) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche wird auch in kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen ausgeübt. Es ist deshalb wichtig, dass kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxen Schutzkonzepte entwickeln und kommunizieren. Damit soll für einen besseren Schutz der Patient:innen vor (sexuellen) Übergriffen gesorgt, aber auch die professionelle Sicherheit im Umgang mit Fehlbeschuldigungen gestärkt werden. Der Artikel soll deshalb einen Überblick über mögliche Gefährdungsfaktoren, die Elemente von Schutzkonzepten und Hinweise zur praktischen Umsetzung geben.

Schlüsselwörter

Sexualisierte Gewalt – Kindesmisshandlung – sexueller Missbrauch – Medizinischer Kinderschutz – Institutioneller Kinderschutz – Schutzkonzepte – Fortbildung– Leitbild – kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxis – Aufarbeitung

Abstract

(Sexualised) violence against children and adolescents is also practised in child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic practices. It is therefore important that child and youth psychiatric and psychotherapeutic practices develop and communicate protection concepts. This is to ensure better protection of patients against (sexual) assault, but also to strengthen professional safety in dealing with false accusations. This article will therefore provide an overview of possible risk factors, the elements of protection concepts and tips for practical implementation.

Keywords

Sexualised violence - child maltreatment - sexual abuse - medical child protection - institutional child protection - protection concepts - further training - mission statement - child and youth psychiatric and psychotherapeutic practice - reappraisal

Interessenskonflikte: Der Autor erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

2021 erschien die Ausgabe 4 der Zeitschrift „*Kindheit und Entwicklung – Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*“ mit dem Schwerpunkt „Kinderschutz und Schutzkonzepte im klinischen und ambulanten Bereich“. Im Folgenden sollen in weiten Teilen den Artikel „Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich“ (Hoffmann et al 2021), an dem der Autor mitarbeiten durfte, zitierend die Grundlagen der Schutzkonzeptentwicklung dargestellt und um die Rahmenbedingungen und Präventionserfordernisse für die ambulante vertragsärztliche und psychotherapeutische Praxis spezifiziert werden.

Etwa 300 Fälle sexuellen Missbrauchs durch Vertragspsychotherapeut*innen werden jährlich gemeldet, 6% begehen im Laufe ihres Berufslebens mindestens einen sexuellen Übergriff (Noyon 2011, zit. n. Rassenhofer 2021). Bei geschätzt ca. 20.000 Vertragspsychotherapeut*innen im damaligen Erhebungszeitraum sind 300 jährliche Fälle nach meiner Einschätzung nicht viel aber auch nicht wenig, spezifische Zahlen für den Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie existieren allerdings wohl ebenso wenig wie für die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Auch wenn es sich möglicherweise nur um wenige oder sogar nur seltene einzelne Fälle in unseren Praxen handelt, ist dennoch problematisch, dass nach meiner Einschätzung nur sehr wenige Kolleginnen und Kollegen Konzepte für ihre Praxis betreffenden Kinderschutz formalisiert haben. Dies ist inzwischen in pädagogischen Einrichtungen deutlich anders, wenn auch dort noch lange nicht ausreichend und flächendeckend.

Natürlich ist das Selbstverständnis der ambulanten Arbeit vor allem auf den Umgang mit Kindeswohlgefährdungen oder sexualisierter Gewalt durch Praxisfremde gerichtet. Es ist aber zu bedenken, dass ein in die Öffentlichkeit und an die Hilfe suchenden Patient:innen und ihrer Sorgeberechtigten explizit kommuniziertes Schutzkonzept, das auch die Praxis selbst betrifft, Sicherheit gibt und Modellcharakter ausübt.

Dies hat im Übrigen auch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss 2020 dazu bewogen, die Entwicklung von Schutzkonzepten verpflichtend zu machen:

„Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, müssen sich gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen. Daraus werden der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend, konkrete Schritte und Maßnahmen abgeleitet (Schutzkonzept).“

Vertragsärztinnen und -ärzten kommt bei der Umsetzung eines Schutzkonzeptes in ihrer Praxis eine zentrale Bedeutung zu – sie müssen die Schutzkonzeptentwicklung anleiten und mittragen. Ein Schutzkonzept sollte partizipativ mit allen Mitarbeitenden gemeinsam entwickelt werden. Sinnvoll ist es auch die behandelten Patient:innen einzubeziehen.

Ein erstes Element, das Richtlinie und nach außen kommunizierbarer Leitfaden für das eigene ärztliche Handeln darstellt, ist die 2004 von der Ethik-Kommission der 3 Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie formulierte *„Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.“*. Dieses wichtige Papier fokussiert allerdings auf die in sehr vielen Praxen nicht mehr durchgeführte körperliche Untersuchung, nimmt die inzwischen fast ausschließlich unsere ambulante Behandlung charakterisierenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächssituationen und auch die durch sozialpsychiatrische Therapeut:innen durchgeführten Behandlungen nicht in den Blick.

Wie Hoffman et al (2021) ausführen, hat der Runde Tisch sexueller Kindesmissbrauch in seinem Abschlussbericht (Bundesministerium für Justiz et al., 2012) als Elemente eines Schutzkonzeptes Analyse, Prävention, Intervention und Aufarbeitung definiert.

Primär wird eine **Analyse** der institutionsspezifischen Gefährdungen und Potentiale angeregt. Es kann gar nicht genug betont werden, dass bereits die Durchführung einer Gefährdungs- und Potentialanalyse eine erhebliche präventive Wirkung entfaltet, da im Idealfall alle Beteiligten in die Analyse aktiv eingebunden werden und somit neben der Informationsgewinnung auch ein institutionelles „Bewusstsein“ für Kinderschutz etabliert wird. Dieses kann bei jedem Einzelnen Aufmerksamkeit und Handlungssicherheit erzeugen.

Auch in Bezug auf personell-strukturelle Gefährdungsaspekte entfaltet sich die präventive Funktion einer fundierten Gefährdungsanalyse. In Bezug auf kinder- und jugendpsychiatrische Praxen sind Gefährdungsfaktoren vor allem in den sozialpsychiatrischen Praxen bezüglich der unterschiedlichen professionellen Hintergründe der Mitarbeiter:innen eine Herausforderung für die Analyse der jeweilig ausbildungs- und arbeitsfeldspezifischen, sowie persön-

lichen Gefährdungsaspekte. Aber auch sogenannte „klassische“ kinder- und jugendpsychiatrische Praxen beschäftigen in kleinerem Umfang nicht-ärztliche Therapeutinnen. In allen genannten Praxisformen sollte überdies auch das nicht-therapeutische Personal (Sekretariat, Reinigungskräfte ...) bedacht, angemessen informiert und geschult werden.

„Unbeaufsichtigte Einzelkontakte“ mit Patient:innen sind in Kliniken eher die Ausnahme, in der ambulanten therapeutischen Situation hingegen die Regel. Insofern unterscheiden sich klinikspezifische Schutzkonzepte in Bezug auf die Behandlungsstandardsituationen fundamental von Schutzkonzepten, die die ambulante Behandlungssituation betreffen. Zu beachten ist in besonderem Maße, dass besondere Vertrauensbeziehungen, wie sie etwa in der Psychotherapie oder durch jahrelange Begleitung entstehen können, ein hohes Gefährdungspotential haben, zur Machtausübung missbraucht zu werden (Hoffmann et al. 2021).

Hoffmann et al empfehlen die Durchführung einer *SWOT-Analyse*: Strengths = Stärken, Weaknesses = Schwächen, Opportunities = Chancen und Threats = Risiken. (König et al. 2018):

Strengths = Stärken:

Welche Maßnahmen zum Kinderschutz haben wir bereits umgesetzt? Welche Gefährdungsfaktoren konnten hierdurch reduziert werden?

Weaknesses = Schwächen:

Was läuft in Bezug auf Kinderschutz noch nicht so gut in unserer Einrichtung? Welche Maßnahmen sollten noch umgesetzt werden?

Opportunities = Chancen:

Welche positiven Aspekte bringt die Umsetzung von Schutzmaßnahmen für unsere Einrichtung mit sich?

Threats = Risiken:

Was sind Risiken/Probleme in Bezug auf die Umsetzung von Schutzmaßnahmen in unserer Einrichtung?

(Hoffmann et al. 2021)

Präventiv sollten spezifische Präventionsangebote für die Kinder und Jugendlichen angeboten werden. Ein pädagogisches, sexualpädagogisches und medienpädagogisches Konzept sollte entwickelt und kommuniziert werden. Bezüglich der Beschäftigung von Therapeut:innen wird ein „kinderschutz-sensibles“ Vorgehen angemahnt: arbeitsvertragliche Regelungen sollten Kinderschutzaspekte umfassen, das Einholen eines Erweiterten Führungszeugnisses wird empfohlen, eine regelmäßige Qualifizierung der Mitarbeitenden sollte stattfinden.

Ein Praxisleitbild und ein Verhaltenskodex bzw. Verhaltensleitlinien schaffen Sicherheit für Patient:innen, Sorgeberechtigte und die Mitarbeitenden. Leitbilder, in Kliniken inzwischen üblich, sind deshalb auch für ambulante Praxen mit ihren Teams wichtig, werden dort aber bislang nur selten entwickelt. Das Folgende, vom Autor formulierte Muster eines Leitbildes für eine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis findet sich in einem Online-Modul des Fortbildungsportals im sicheren Netz der KVen:

Mittelpunkt unserer Arbeit sind die Kinder und Jugendlichen

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen die Gesundheit und die Bedürfnisse der uns vorgestellten und anvertrauten Patient*innen im Zusammenhang mit ihrem jeweiligen familiären und sozialen Umfeld. Die Persönlichkeit und die jeweilige Problematik der Kinder und Jugendlichen bilden den Ausgangspunkt unseres Handelns. Wir sehen uns dabei als Fürsprecher*innen unserer Patient*innen.

Zudem unterstützen wir die Patient*innen und ihre Familien dabei, in der Gesellschaft selbstbewusst mit der Erkrankung umzugehen.

Unser Wunsch ist, dass die Patient*innen, ihre Sorgeberechtigten, ihre Familien und ihr Umfeld sich angenommen und willkommen geheißen fühlen. Dies vermitteln wir durch eine respektvolle, achtsame, warmherzige, vorurteilsfreie und unvoreingenommene Haltung allen sozialen, kulturellen und persönlichen Aspekten gegenüber. Wir sind intensiv bemüht, ausreichend Zeit und Empathie für jede / jeden Einzelnen aufzubringen.

Wir sind Wegbegleiter

Wir nehmen die Wünsche und Aufträge unserer Patient*innen ernst und wollen ihre Fähigkeiten („Ressourcen“) und Selbstheilungskräfte stärken. Die Veränderungswünsche der Patient*innen und ihrer Familien sind richtungsweisend für unserer Arbeit. So sollen gemeinsam neue Lösungswege und zukunftsweisende Entwicklungsmöglichkeiten gefunden werden.

Von der Diagnose zur Therapie

Eine grundlegende diagnostische Einschätzung stellt die Basis für die weitergehende therapeutische Behandlung dar. Aus den Ergebnissen unserer Psychodiagnostik und unter Berücksichtigung der aktuellen Lebenssituation besprechen und erarbeiten wir gemeinsam mit unseren Patient*innen sowie deren Bezugspersonen passende Therapieziele. Wir achten dabei insbesondere respektvoll darauf, den Kindern und Jugendlichen möglichst viel entwicklungsangemessenen Entscheidungsspielraum zu lassen und ihre Eigenständigkeit zu fördern.

Wir sind unabhängig...

... von anderen Institutionen und strikt an die ärztliche Schweigepflicht gebunden. Es ist uns aber wichtig, wenn das ausdrückliche Einverständnis der Patient*innen und ihrer Sorgeberechtigten vorliegt, mit begleitenden Helfersystemen Hand in Hand zusammen zu arbeiten. Dann bemühen wir uns um eine hilfreiche Kommunikation mit allen für die Familien wichtigen Institutionen und die Koordination der Hilfsmaßnahmen in dem bestehenden Therapieangebot.

Wir sind ein Schutzraum für Kinder und Jugendliche

Unsere Praxis ist ein sicherer Ort, an dem Kinder und Jugendliche vor sexueller Gewalt und anderen Formen von Misshandlung geschützt werden. Wir haben ein Schutzkonzept für Kinder und Jugendliche erstellt, das wir Tag für Tag umsetzen und mit Leben erfüllen.

Wir sind ein Kompetenzzort gegen alle Formen von Gewalt

Unsere Praxismitarbeitenden sind geschult Anzeichen für Grenzverletzungen und Gewalt jeglicher Art gegenüber Kindern und Jugendlichen zu erkennen und zu beurteilen. Betroffene Kinder und Jugendliche finden bei uns stets ein offenes Ohr, fachliche Unterstützung und Hilfe.

Unser Team lebt alle Aspekte unseres Leitbildes.

Die gemeinsame Arbeit aller Mitarbeitenden spiegelt alle Aspekte unseres Leitbildes sowohl gegenüber den Patient*innen, ihren Familien, ihrem Umfeld, als auch miteinander im Team wieder. Konstruktiv und kreativ lassen wir die fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen, die unterschiedlichen Persönlichkeiten und Stärken der Teammitglieder in den „Teamgeist“ einfließen. Eine gute Ausbildung, ein respekt- und vertrauensvoller Umgang miteinander, gemeinsame Absprachen, fachliche Diskussionen,

regelmäßige Supervision und Reflexion sowie Fort- und Weiterbildung, die sich an den Stärken und Interessen der Teammitglieder orientiert, sind uns sehr wichtig.

Fehler können passieren. Wir ermutigen unsere Patient*innen, deren Familien und Bezugspersonen genauso wie unsere Mitarbeitenden, Kritik offen zu äußern und die eingerichteten Anregungs- und Beschwerdemöglichkeiten zu nutzen. Wir schaffen auch für uns selbst Schutz vor Grenzverletzungen und Gewalt jeglicher Art.

So profitieren Patient*innen, Familien und Umfeld von unterschiedlichen Professionen, Kenntnissen und gemeinsamer Lösungssuche. Die Teammitglieder haben somit idealerweise Modellcharakter für Kinder, Jugendliche, Sorgeberechtigte/Bezugspersonen und die jeweilige Interaktion.

Wünschenswert sind explizit formulierte und festgelegte Partizipationsformen für Kinder und Jugendliche, Eltern und Mitarbeitende, die u.a. ein Beschwerdemanagement umfassen sollten. Eine gute Information der Patient:innen und ihrer Bezugspersonen sowohl hinsichtlich der Abläufe als auch hinsichtlich der möglichen Rückmeldungs- und Beschwerdewege stellt eine sehr effiziente präventive Maßnahme dar, sowohl für die Patient:innen als auch für den Schutz der Behandler:innen vor Missverständnissen und ggf. ungerechtfertigten Beschuldigungen.

Das Beschwerdemanagement muss niedrigschwellig und altersadäquat sein. In der ambulanten Praxis wird wahrscheinlich die häufigste Form entweder die Beschwerde im Sekretariat, bei der behandelnden Therapeut:in oder direkt bei der Praxisinhaber:in sein. Wird dies bei rein organisatorischen Beschwerden inzwischen häufiger gemacht, werden Beschwerden, die Zwischenmenschliches oder gar als übergriffig erlebte Situationen betreffen, mit einer höheren Hürde belastet sein. Umso wichtiger ist der prinzipiell mögliche direkte Zugang zur nächsthöheren „Hierarchieebene“, in Praxen ist dies regelhaft direkt die Praxisinhaber:in. Betrifft die Beschwerde diese direkt, kann eine von Behandlungsbeginn an aufgebaute explizite Einladung, jegliches Unbehagen vertrauensvoll zu äußern, hilfreich sein, darüber hinaus der explizite Hinweis auf eine externen Beschwerdestelle, Hilfehotlines, Hilfeportale etc., so dass signalisiert wird, dass Beschwerden nicht einfach „unter den Tisch gekehrt“ werden können. Manchmal helfen auch Beschwerdeformulare eine angstbesetzte direkte persönliche „Konfrontation“ vermeidbar zu machen, dann muss aber auch deutlich gemacht werden, was genau mit der Beschwerde passiert,

wer darauf Zugriff hat und wie die dort geäußerten Aspekte weiterverarbeitet werden, z.B. Eingang in konkrete Verbesserungen finden.

Sehr positive Wirkung entfaltet die ausführliche Rückmeldung an die Beschwerdeführer:in, nachdem im verantwortlichen Team über die Beschwerde gesprochen wurde. Dies ist auch in ambulanten Praxen zunehmend üblich. In der Praxis des Autors wird, sobald eine Beschwerde als solche identifiziert wurde, ein Beschwerdebogen angelegt und nach gemeinsamer Erörterung im Behandlungsteam umgehend eine Rückmeldung an Patient:in und/oder Eltern (per Telefon) gegeben.

Das Beschwerdesystem sollte ein breites Verständnis von Beschwerden haben. Nur wenn auch Anliegen des Alltags (z.B. Probleme mit Terminvereinbarungen oder andere organisatorische Fragen, Gefühle des „Nicht-ernstgenommen-werdens“ durch Sekretär:innen oder Therapeut:innen, Wartezimmergestaltung, ...) Berücksichtigung finden können, wird eine Fehler- und Veränderungskultur geglaubt werden und damit auch Vertrauen schaffen, dass keine intransparente Abhängigkeits- oder Machtbeziehung geschaffen werden soll.

Interventionen (am besten in Form eines Interventionsplans) müssen bereits vor einem möglichen Konflikt-, Verdachts-, Anschuldigungs- oder Handlungsfall entwickelt und bekannt sein. Die dadurch ermöglichte Wirkung auf das Sicherheitsgefühl und ein auch in schwierigen (z.B. konfliktiven) Situationen angemessenes Verhalten der Fachkräfte wirkt sich reziprok unmittelbar auf eine Reduktion von Gefährdungssituationen durch und für Patient:innen aus (Hoffmann et al. 2021). Klare Verhaltensvorgaben und die Möglichkeit gemeinsamer Reflexionsprozesse schaffen Sicherheit vor in therapeutischen Beziehungen immer möglichen Missverständnissen oder Falschbeschuldigungen.

Hoffmann et al weisen darauf hin, dass „im Interventionsplan klar definiert werden muss, wer wann zu informieren ist. Unbedingt zu empfehlen ist die Einbindung externer Fachberatung, dies gilt in besonderem Maße für ambulante Praxen, die naturgemäß einen kleineren Organisationsgrad als stationäre Einrichtungen aufweisen. Ein frühzeitiger Einbezug externer Fachkräfte kann auch wirksam einem möglichen Anschein von Vertuschung oder „Betriebsblindheit“ entgegenwirken. Insofern kommt der vorausschauenden Kooperation mit Fachberatungsstellen und Kinderschutzambulanzen bereits im Vorfeld konkreter Vorfälle eine wichtige Bedeutung zu.“ (Hoffmann et al. 2021)

Aufarbeitung muss ebenfalls bereits vor jedem möglichen Vorkommnis gedacht und geplant werden. Es bedarf klarer Handlungsempfehlungen und auch eines Konzeptes zur Rehabilitation nach Falschbeschuldigung. Gerade letztere muss auch immer als möglich erwogen werden und ist für jede Therapeut:in und jedes Praxisteam sicher eine der größten Horrorvorstellungen. Genau deshalb ist die ausführliche Beschäftigung mit haltgebenden und Sicherheit vermittelnden Schutzkonzepten auch eine Vorsorgemaßnahme für die eigene Psychohygiene und fachliche Souveränität und wird sich in einer eventuellen Krisensituation auszahlen.

Es sollten deshalb (ggf. unter Nutzung der Expertise einer externen Beratung) institutionsspezifische Handlungsempfehlungen zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle anlassvorgreifend erarbeitet werden. Dies sorgt, wie erwähnt grundsätzlich für eine Sicherheit gebende Struktur, kann dann aber auch im Ereignisfall Erkenntnisse für die Optimierung bestehender Abläufe und Maßnahmen im Schutzkonzept ableitbar machen. Nicht nur der Respekt vor Betroffenen gebietet es, einen konkreten Fall dazu zu nutzen, aus den Fehlern zu lernen, dies ist auch im Sinne professioneller Ethik und der Verhütung weiterer, dann „systemischer“ Fehler unbedingt geboten.

Die Ausarbeitung und Veröffentlichung eines praxisbezogenen Schutzkonzeptes kann sowohl für Patient:innen, Angehörige und auch die Mitarbeiter:innen ein Gefühl der Sicherheit, die Etablierung eines „sicheren Ortes“ entwickeln. Eine gemeinsame Erarbeitung mit den Patient:innen und den Sorgeberechtigten ist sicherlich aufwendig und nicht einfach in die üblichen Strukturen der ambulanten Behandlung einzupassen, wäre aber andererseits eine die Patientenbindung, das Vertrauen und die Außenwirkung der Praxis enorm fördernde Anstrengung.

Ein solcher partizipativer Prozess berücksichtigt auch eine weitere Voraussetzung flexiblen und lebendigen Kinderschutzes: eben die Prozesshaftigkeit der Schutzkonzeptentwicklung.

„Die Entwicklung eines Schutzkonzeptes muss als fortlaufender Prozess gedacht und konzipiert werden, in welchem es immer wieder Anpassungen und Verbesserungen geben muss. Es ist deshalb sinnvoll, eher von einem Schutzprozess als von einem Schutzkonzept zu sprechen, oder dies zumindest in diesem Sinne zu denken.“ (Hoffmann et al. 2021, Fegert et al. 2017)

Literatur

- Bundesministerium für Justiz, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2012). Abschlussbericht Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen und privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich. Verfügbar unter www.bmfsfj.de/blob/93204/2a2c26eb1dd477abc63a6025bb1b24b9/abschlussbericht-runder-tisch-sexueller-kindesmissbrauch-data.pdf
- Ethik-Kommission der 3 Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2004): Ärztlich-ethische Leitlinie zur körperlichen und neurologischen Untersuchung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Verfügbar unter <https://www.kinderpsychiater.org/fileadmin/downloads/11-ku.pdf>
- Fegert, J., Schröer, W. & Wolff, M. (2017): Persönliche Rechte von Kindern und Jugendlichen. Schutzkonzepte als organisationale Herausforderungen. In M. Wolff, W. Schröer, J. Fegert (Hrsg.), *Schutzkonzepte in Theorie und Praxis. Ein beteiligungsorientiertes Werkbuch* (S. 14–24). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- G-BA (2020). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL): Vorgaben für die regelmäßige Erhebung und Darlegung des aktuellen Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement sowie weitere Änderung in § 4 der Richtlinie. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4379/2020-07-16_QM-RL_Vorgaben-aktueller-Stand.pdf
- Hoffmann, U., Fegert, J., König, E., Maier, A., Herberhold, M. (2021): Entwicklung von Schutzkonzepten gegen (sexuelle) Gewalt im medizinisch-therapeutischen Bereich. *Kindheit und Entwicklung* 2021 30:4, 227-235
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Entwicklung eines Schutzkonzeptes für die vertragsärztliche Praxis. CME-Fortbildung. Fortbildungsportal im Sicherem Netz der KVen.
- König, E., Hoffmann, U., Witte, S., Harsch, D., Kölch, M. & Fegert, J. (2018). Anwendungsbereich für den Transfer in die Praxis. In J. Fegert, M. Kölch, E. König, D. Harsch, U. Hoffmann (Hrsg.), *Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen – Für die Leitungspraxis im Gesundheitswesen, Jugendhilfe und Schule* (S. 443–541). Berlin: Springer.
- Noyon, A. (2011). Aspekte der Klinischen Psychologie: Sexueller Missbrauch in Beratungskontexten. In M. Baldus, R. Utz (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch in pädagogischen Kontexten* (S. 159–176). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rassenhofer, M., Korger, S., Fegert, J., Hoffmann, U. (2021): Häufigkeiten von Übergriffen auf Kinder und Jugendliche durch Angehörige der Heil- und Pflegeberufe. *Kindheit und Entwicklung* 30:4, 218-226

Autor:

Dr. Maik Herberhold
Hauptstr. 207, 44892 Bochum
info@drherberhold.de
www.drherberhold.de

Lesetipps: zwei Bücher zum Thema Kinderschutz

Maik Herberhold

Zu unserem Themenschwerpunkt hat die „Ulmer Schmiede“ zwei sehr unterschiedliche aktuelle Bücher erstellt, die ich Ihnen ans Herz legen möchte: Zum einen widmet sich Prof. Fegert in dem Buch *„Anerkennung psychischer Traumafolgen“* der Problematik, was „Aufarbeitung“ der im kirchlichen Kontext verübten Verbrechen bedeuten kann. Ausgehend von einer Art „Bildmeditation“ über die St.-Michaelsfigur im Ulmer Münster und ihre Symbolik wie Geschichte schlägt der Autor einen Bogen vom (abwertenden) Umgang mit psychisch traumatisierten Kriegsoptionen des ersten Weltkrieges hin zum Umgang mit Opfern sexualisierter Gewalt in neuerer Zeit. Er verfolgt den Gedanken „Elemente einer Geschichte der Sehnsüchte und Wünsche nach Gerechtigkeit und Anerkennung zu skizzieren“ und wird angeregt, „den Wunsch nach Wiederherstellung von Ehre“ zu reflektieren. Wurde die respektvolle Würdigung seelischen Leides durch martialische Heldenverehrung im Vorfeld des zweiten Weltkrieges verdeckt und verdrängt, so schiebt sich heute in Bezug auf institutionell begünstigte sexualisierte Gewalt immer noch die Täterperspektive vor die Opferperspektive und verhindert in vielfältiger Form angemessene Anerkennung und Gerechtigkeit. Infragestellung, Stigmatisierung und juristische Mühsal türmen sich vor den Betroffenen, „die Sehnsucht, Verantwortung für Geschehenes dadurch loszuwerden, dass man sich demonstrativ von seiner Geschichte lossagt“ macht verantwortlichen Umgang mit dem Verbrochenen, in christlicher Sprache: der Sünde unmöglich. Es ist ein ungewöhnliches Buch: die an die christliche Tradition der Bildmeditation anschließende Ausgangsform einer vom Kunstwerk ausgehenden assoziierenden, visuelle, emotionale und geschichtliche Wirkungen verknüpfende und (jungianisch ausgedrückt) amplifikatorischen Betrachtung ermöglicht zum einen persönliche Passagen, aber auch das synästhetische Einflechten von Bachkantaten in Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen, juristischen, medizinischen, psychiatrischen ... Fragestellungen. Es ist ein Buch eines Wissenschaftlers, der sich berühren lassen will, wenn er sich fachlich

mit menschlichem Leid beschäftigt – und der auch ein politisch denkender und handelnder Mensch ist.

Kinder- und Jugendpsychiater:innen sind mit den Folgen sexualisierter Gewalt oft in ihrem Arbeitsbereich beschäftigt. Umso mehr sind wir gefordert, auch in der gesellschaftlichen Diskussion zu angemessener Würdigung, juristischen Regelungen der Strafverfolgung wie auch der Entschädigung, Bedingungs- und Verschleierungsfaktoren in Institutionen und die Prävention erneuter Taten Stellung beziehen zu können. Da die im kirchlichen Kontext begangenen Taten aufgrund der Fallhöhe zwischen moralischem Anspruch und Widerwärtigkeit der vielfältigen verbrecherischen Alltäglichkeit besondere Betroffenheit auslösen (obwohl sie natürlich weder weniger noch stärker traumatisierend als Taten in anderen Kontexten sind), lohnt es sich, zum Beispiel anhand des vorliegenden Buches die besonderen Bedingungsfaktoren, „Ent-Schuldigungs“-Strategien von Tätern und sie und die Institution schützen wollenden Verantwortlichen zu verstehen und ihre Bedeutung für die besondere Form dieser Traumatisierung in Rechnung stellen zu können. Dies ist insofern nicht nur für eine fundierte Stellungnahme in der Gesellschaft relevant, sondern hat auch unmittelbar Auswirkungen auf eine besser verstehende Behandlung.

Fegert schließt mit einem Aufruf zu Anerkennung und Gerechtigkeit, die nur aus einer „Opferempathie“ – in christlicher Sprache: Barmherzigkeit entstehen können. Das Buch macht deutlich, dass dies fundamental unterschieden ist zu pervertierter „Barmherzigkeit“, die die christlichen Tugenden „Gnade“ und „Vergebung“, in erster Linie dem Täter zugutekommen lassen will, ohne dass dieser oder seine Mitwisser zuvor Reue, Buße, Gerechtigkeit haben walten lassen (ganz zu schweigen von einem weitere Taten verhindernden Handeln).

Das Buch, mit einem Geleitwort der ehemaligen Unabhängigen Beauftragten der Bundesregierung zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs Christine Bergmann, ist nicht nur für kirchlich sozialisierte, sondern nach meiner Meinung gerade für Menschen, die den kirchlichen Umgang bzw. langjährigen Nicht-Umgang mit sexualisierter Gewalt durch Kleriker als Kirchenferne nicht verstehen können, absolut lesenswert!

Fegert, Jörg M. (2022): Anerkennung psychischer Traumafolgen. Eine Spurensuche inspiriert von der Sankt-Michaelsfigur im Ulmer Münster. ISBN Print: 978-3-96605-185-9. ISBN eBook (PDF): 978-3-96605-186-6. Köln, Psychiatrie Verlag. 25 €.

Eine völlig andere Zielrichtung hat ein weiteres Buch, das ebenfalls im Psychiatrie Verlag erschienen ist und von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugend-Literatur und dem Michaelsbund empfohlen wurde: „*Hanna und die graue Wolke*“ von Elisa König, Jörg M. Fegert, Ulrike Hoffmann, Miriam Rassenhofer und Rosa Linke (Illustrationen) ist ein Lesebuch für Kinder ab neun Jahren. Es soll, ausgehend von der Geschichte des Mädchens Hanna als Identifikationsangebot „Gespräche über sexuellen Missbrauch erleichter[n]“, wie der Verlag schreibt.

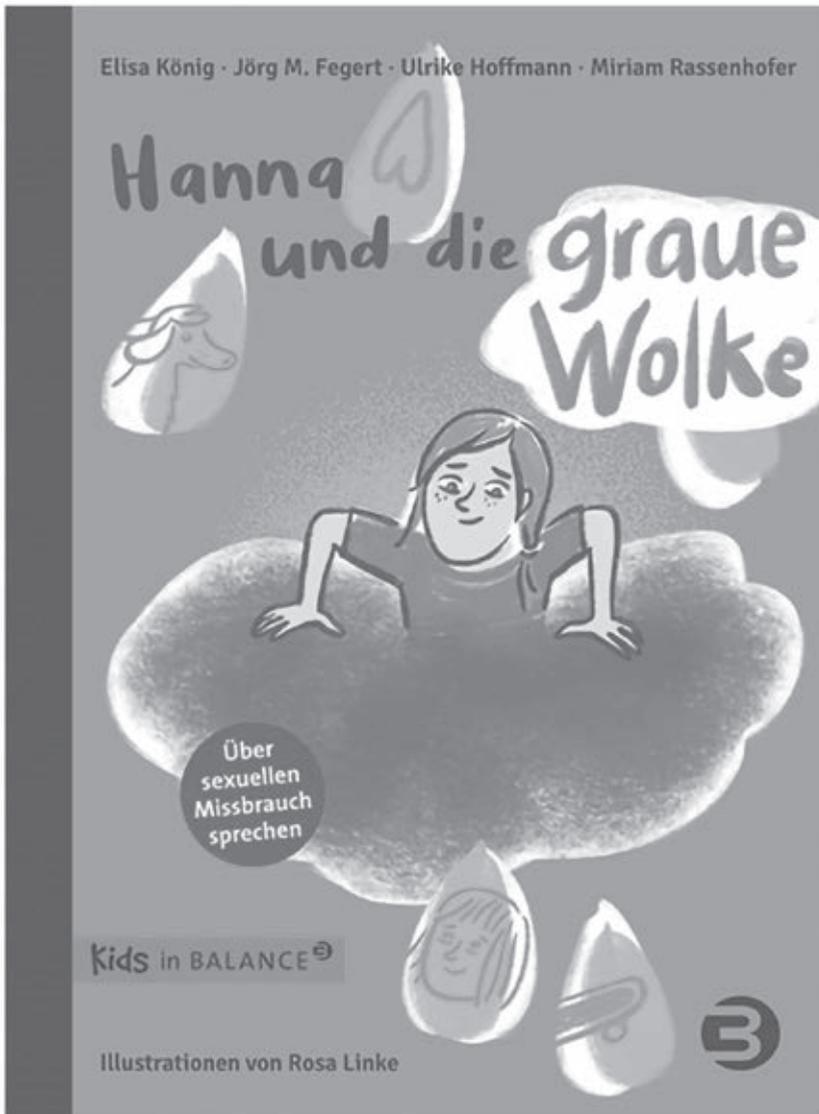
Bücher, mit deren Unterstützung man mit Kindern präventiv über sexuellen Missbrauch sprechen kann, gibt es einige auf dem Markt. Entsprechende Literatur, wenn ein Kind bereits sexuellen Missbrauch erlebt hat und wie es dann weitergehen kann, gibt es sehr viel weniger. Gleichzeitig ist bekannt, dass es für betroffene Kinder sehr wichtig ist, mit ihnen über das Erlebte zu sprechen, Reaktionen wie Wut, Ängste und Trauer zu erklären und über Hilfen zu informieren.

Um diese Publikationslücke zu schließen, thematisiert „*Hanna und die graue Wolke*“ erlebten sexuellen Missbrauch und erklärt traumatherapeutische Methoden. Erzählt wird die Geschichte des Mädchens Hanna, die im Ferienlager von einem Betreuer sexuell missbraucht wurde und typische traumabezogene Symptome entwickelt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie macht sie eine Traumatherapie und lernt mit dem Erlebten zurechtzukommen. Ziel der Geschichte ist es, für betroffene Kinder die Hoffnung auf Besserung zu stärken und deutlich zu machen, dass es ein gutes Leben trotz erlebter Traumata geben kann.

Das Buch ist durchgehend mit Illustrationen versehen, die fortlaufende Geschichte wird immer wieder auch aus der Perspektive von Hanna erzählt.

In einem Downloadbereich können sich Eltern und Erzieher*innen sowie psychotherapeutisch tätige Fachkräfte vertiefende Informationen herunterladen: <https://psychiatrie-verlag.de/product/hanna-und-die-graue-wolke/>

„*Hanna und die graue Wolke*“ ist eine Bereicherung für die kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Praxis und sollte, auch nicht zuletzt wegen seiner ansprechenden Aufmachung, nach meiner Einschätzung in keiner Materialiensammlung fehlen.



König, Elisa, Fegert, Jörg M., Hoffmann, Ulrike, Rassenhofer, Miriam und Linke, Rosa [Illustr.] (2022): *Hanna und die graue Wolke. Über sexuellen Missbrauch sprechen*. Köln, Psychiatrie Verlag. € 20.

Traumafachstelle für minderjährige begleitete und unbegleitete Flüchtlinge – Ein Projekt von Mai 2016 bis Mai 2019 in Bochum

Astrid Höfig

Kurzfassung

Der Artikel beschreibt den Aufbau einer Traumafachstelle für minderjährige begleitete und unbegleitete Flüchtlinge im Gefolge der großen Flüchtendewelle der Jahre 2015 und 2016. Anhand konkreter Einzelfallschilderungen sollen die besonderen Herausforderungen einer solchen Arbeit im Kontext der Jugendhilfe beleuchtet werden. Wert gelegt wird auch auf Hinweise, die sich aus den Erfahrungen mit der konkreten Arbeit und den Rahmenbedingungen speisen und für Leser:innen wertvoll sein können, die in ähnlichen Kontexten arbeiten.

Schlüsselwörter

Minderjährige und unbegleitete Geflüchtete – Traumafachstelle – Traumatherapie – Pädagogische Hilfen – Jugendhilfe – Kinderschutz – Institutioneller Kinderschutz

Abstract

This article describes the development of a specialised trauma centre for accompanied and unaccompanied refugees who are minors in the wake of the great wave of refugees in 2015 and 2016. The special challenges of such work in the context of youth welfare are to be illuminated on the basis of concrete individual case studies. Emphasis is also placed on references that are based on experiences with the concrete work and the framework conditions and can be valuable for readers who work in similar contexts.

Keywords

Minors and unaccompanied refugees - Trauma centre - Trauma therapy - Paedagogical support - Youth welfare - Child protection - Institutional child protection.

Interessenskonflikte: Die Autorin erklärt, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Im Folgenden soll der Aufbau und die Arbeit einer Traumafachstelle im Gefolge der großen Geflüchtetenwelle der Jahre 2015/2016 geschildert werden. Die konkreten Fallschilderungen werden vielleicht die Tücken, die Wendungen, aber auch die kleinen und manchmal auch komischen Lichtblicke dieser besonderen Arbeit deutlich machen können.

Im Januar 2016 wurde die Einrichtung einer solchen Traumafachstelle konkret, nachdem der Träger einer Bochumer Erziehungsberatungsstelle schon lange vor der Fluchtwelle des Jahres 2015 einen Antrag für ein Projekt mit geflüchteten Minderjährigen bei einer privaten Förderorganisation gestellt und die Zusage erhalten hatte. Die Gelder sicherten die Finanzierung zweier halber Stellen, Dolmetscherkosten, Material- und Fahrtkosten sowie Supervision ab. Die Anstellung einer approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit einer Traumaausbildung war eine Bedingung des Projekts. Mir wurde das Angebot gemacht, diese Stelle anzutreten.

Neben der Traumaberatung von Kindern, Jugendlichen und Familien sollten auch Schulungen für Fachpersonal angeboten werden. Vorträge, Teamsupervision und Coaching mit den Schwerpunkten Psychoedukation und Umgang mit traumatisierten Menschen in Kindertagesstätten, Schulen, bei Jugendhilfeträgern usw. ergänzten die Projektausrichtung. Der Begriff Traumatherapie sollte nicht verwendet werden, da die „Fachstelle Trauma“ kein Konkurrenzangebot zu den niedergelassenen Therapeuten in der Stadt darstellen durfte. Daher nenne ich die Traumatherapie in diesem Bericht Traumaberatung.

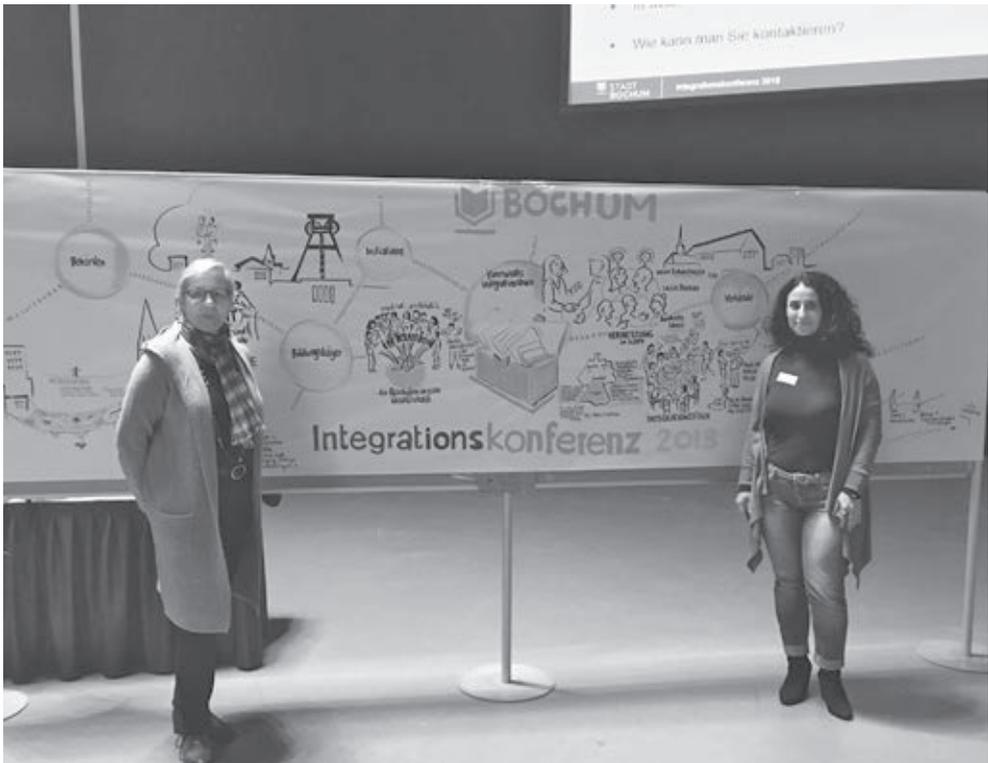
Viele Gedanken und Fragen gingen mir nach dem Angebot durch den Kopf. Welche Sprachen sprechen die Menschen? Was werde ich für fürchterliche Geschichten hören? Ich weiß wenig über Kultur, Religion, Lebensbedingungen der Menschen! Wie sind eigentlich die Fluchtrouten? Kann ich Beratungen mit einem Dolmetscher im Raum durchführen? Wird auch wirklich das übersetzt, was ich sagen will? Wie muss ich auf mich aufpassen? Warum soll ich einen Job annehmen, der zwar meine Qualifizierungen und Erfahrungen braucht, aber die Bezahlung nicht meinen Qualifikationen entspricht?

Nach intensiven Gesprächen mit meiner Familie und mit Freunden entschied ich mich, diese neue berufliche Herausforderung anzunehmen. Glücklicherweise wurde noch eine zweite Person mit einer Traumaausbildung für dieses Projekt gewonnen: meine Kollegin Sultan L., gebürtig aus Ostwestfalen. Der Name meiner Kollegin hat zu vielen lustigen Anekdoten geführt: „Woher kommen Sie? Aus Bochum. Und gebürtig? Aus Ostwestfalen! Ach so, Ent-

schuldigung, ich hatte nicht verstanden, dass es ein Doppelname ist. Nein, kein Doppelname. Mein Vorname ist Sultan!“

Die Eltern meiner Kollegin haben ihre Tochter mehrsprachig erzogen. Ein Glücksgriff, denn mit Türkisch, Arabisch, Englisch und Französisch im Gepäck war sie sprachlich sehr gut ausgestattet und musste weniger mit Dolmetschern arbeiten als ich. Außerdem habe ich von ihr viel über die unterschiedlichen Kulturen, Religionen, Traditionen und Rituale gelernt. Welcher Schmuck getragen wird oder wie ein Kopftuch gebunden ist, geben Hinweise auf die Religion oder die Gegend aus dem Heimatland.

Ein weiterer Vorteil meiner geschätzten Kollegin war ihr familiäres Netzwerk. Hatten wir Fragen zum Ausländerrecht oder zu Anträgen, dann konnte sie kurzerhand ihre Cousine, die in einer deutschen Behörde an der richtigen Stelle arbeitete, anrufen und im Nu hatten wir die Informationen, die wir benötigten. Auch kannte sie noch eine Dolmetscherin, die verschiedene arabische Dialekte sprechen konnte.



In der ersten Projektphase hieß es, uns in der Stadt bekannt zu machen. Wir haben dazu Flyer entwickelt, sie in verschiedene Sprachen übersetzen lassen und dann verteilt. Ein Tipp: Lassen Sie Flyer in Fremdsprachen definitiv nach einem Probedruck von einer Muttersprachler:in lesen! Wir haben etliche Flyer vernichten müssen, weil bei der Druckvorlage die Buchstaben gespiegelt wurden und wir es nicht bemerkt hatten. Ein freundlicher Vater aus Syrien hat uns darauf aufmerksam gemacht, dass wir ziemlich komische arabische Sätze gedruckt hätten ...

Die minderjährigen Flüchtlinge haben wir über das Jugendamt und die verschiedenen Jugendhilfeträger erreichen können, die Familien über die Kinderärzte, Kindergärten, Schulen und Flüchtlingsunterkünfte. Das Projekt haben wir in verschiedenen kommunalen Besprechungen und Gremien bekannt gemacht. Natürlich konnten wir zu Beginn noch nicht über Erfahrungen aus der praktischen Arbeit berichten, weil wir noch keine Klienten hatten, aber wir haben eindringlich die Wichtigkeit der Fachstelle als zusätzliches und entlastendes Hilfsangebot in der psychosozialen Versorgungslandschaft der Stadt Bochum beworben.

Der erste Fall

Nach der ersten Phase der Bekanntmachung kamen schnell die ersten Anrufe in unserem Büro an. Phase zwei des Projekts hatte begonnen und ab jetzt konnten die Beratungen starten.

Der erste Fall war direkt eine besondere Herausforderung: eine Einrichtung der Jugendhilfe für unbegleitete Jugendliche in der Stadt meldete einen Jugendlichen aus Afrika an, der eine Betreuerin mit einem Messer bedroht und sich beim Eintreffen der Polizei körperlich stark widersetzt habe. Er habe einen Polizeibeamten gebissen und sollte in die Kinder- und Jugendpsychiatrie gebracht werden. Die Psychiatrie habe den Jugendlichen nicht aufgenommen, weil noch keine Krankenversicherung bestanden und man kein Personal habe, welches arabisch sprechen könne. Wie solle denn dann Therapie im stationären Kontext stattfinden? Zusätzlich konsumiere der Jugendliche Drogen, ein Ausschlusskriterium für diese Klinik. „Ok,“ dachte ich und bemerkte ein flaes Gefühl im Magen, „glücklicherweise spricht ja meine Kollegin arabisch und sie kann den ersten Fall übernehmen.“ Falsch gedacht. Da dieser Jugendliche Berbisch sprach und ohnehin gedolmetscht werden musste, fiel

die Wahl auf mich. Mit Respekt vor der ersten Begegnung organisierte ich einen Termin mit dem Jugendlichen und der Dolmetscherin.

Dieser Jugendliche ist mir in besonders guter Erinnerung geblieben. Er war ein Straßenjunge, hatte gelernt zu überleben, war mehrfach in seiner Heimat auf der Flucht und wahrscheinlich auch in Deutschland traumatisiert worden und konsumierte als Bewältigungsstrategie Drogen. Die begleitende Bezugsbetreuerin berichtete von den Ereignissen mit der Kollegin sowie der Polizei. Sie teilte mit, dass der Jugendliche nach dem Vorfall Hausverbot bekommen habe und daraufhin mehrere Nächte im Garten der Wohngruppe übernachtet habe. Er erhalte jetzt „eine letzte Chance“ von der Jugendhilfe: der Jugendliche könne in der Wohngruppe verbleiben, wenn er regelmäßig in die Traumafachstelle komme. Seine Betreuerin hatte einen guten Kontakt zu ihm und hatte ihn dann zu dem ersten Termin irgendwie überreden können.

Wie bei allen Klienten, die von jemand anderem zu uns geschickt wurden, war seine Motivation relativ gering und ich musste versuchen, den Jugendlichen von dem Angebot der Hilfe zu überzeugen. Als dieser zum ersten Mal vor mir saß, sah ich einen schwächlichen Jungen, mit verschränkten Armen vor der Brust und mürrischem Blick. Die von mir aufgezählten Rahmenbedingungen: Schweigepflicht, keine Zusammenarbeit mit der Polizei, keine Berichte an Behörden und Freiwilligkeit als Grundlage der Beratung führten dazu, dass er sich auf Gespräche einließ. Wie er später erzählte, sei es für ihn gut gewesen, dass wir Frauen waren und sehr freundlich gewirkt hätten ...

Straßenkinder haben keine Angst vor einem Rauswurf aus einer Wohngruppe einer Jugendhilfeeinrichtung, aber Angst vor der Polizei, weil diese Straßenkinder in deren Heimatland „wie Hunde behandeln“. Straßenkinder sind in vielen Ländern „Abschaum“, ohne ein Recht auf Leben. Der Jugendliche beschrieb sich als einen solchen geprägten, verachteten Straßenhund, der gelernt habe, sich im Rudel zu bewegen, zu verteidigen, zu beißen. Er beschrieb die fürchterlichen Dinge, die ihm in der Heimat und auf der Flucht angetan wurden: Gewalttaten, sexuelle Übergriffe an ihm, aber auch durch ihn. Seine Erzählungen waren manchmal kaum auszuhalten. Die Dolmetscherin zerfloss oft in Tränen, konnte nicht mehr übersetzen und auch ich hatte mehr als einmal einen Kloß im Hals und Tränen in den Augen. Oft erkannte ich an der Mimik der Dolmetscherin, dass die Erzählungen extrem belastend waren, und so hatte ich einen kurzen Moment, um mich darauf einzustellen.

Bei einer Sitzung mit der Intervention „Sicherer Ort“ flossen dann auch die Tränen bei dem Jugendlichen. Ich hatte ihn gebeten, sich auf eine Decke auf den Boden zu legen, weil ich die Intervention mit einer Wahrnehmungsübung des Körpers einleitete, um dann seinen „Sicherer Ort“ zu etablieren. Sein „Sicherer Ort“ war in seiner Heimatstadt eine kleine Wohnung, in der er mit seiner Mutter gelebt hatte. Am Ende der Intervention nahm er eine kindliche Schlafposition ein und weinte. Ich hatte den Impuls, ihm ein Stofftier zu geben und legte ihm einen kleinen Stoffhund in die Armbeuge. Spätestens an dem Punkt flossen dann auch wieder bei der Dolmetscherin die Tränen. „Durchatmen, Dolmetscherin stabilisieren, Klienten sehr (!) vorsichtig wieder in die Realität holen und den Hund als Anker mitgeben.“

Der Jugendliche berichtete, dass er nie ohne sein Messer das Haus verlasse und manchmal auch eine Rasierklinge unter der Zunge verberge – in der Beratung würde er aber auf die Rasierklinge verzichten Diese Aussage sorgte bei mir für Herzklopfen und wir haben anschließend verstärkt über unsere Sicherheit im Therapiezimmer nachgedacht. Zu einem späteren Zeitpunkt wurde dann auch eine Notfallklingel eingebaut.

Ich weiß nicht, was aus dem Jugendlichen geworden ist. Der Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben und die Abhängigkeit von Drogen waren leider stärker, als das vermeintlich sichere Leben in einer Wohngruppe mit strengem Regelwerk, stärker als die Möglichkeit, eine Schule besuchen zu können und stärker als die Chance auf Integration. Irgendwann ist er nicht mehr gekommen, er war aus der Wohngruppe verschwunden. Eine lange Zeit später hat er mir aber über einen Freund aus der Jugendhilfe Grüße aus Frankreich bestellen lassen und seinen Besuch bei mir angekündigt, falls er irgendwann einmal nach Deutschland zurück kommen sollte.

Familienzusammenführung – oder Bochum vs Real Madrid

Neben den unbegleiteten Kindern und Jugendlichen, haben wir auch mit Familiensystemen gearbeitet. Hier eine Fallbeschreibung mit (fast einem) Happy End für ein zunächst unbegleitete Kind.

Ein Junge aus Afrika hatte sich mit einer Gruppe von Jugendlichen auf den langen Weg nach Deutschland gemacht, weil die Großmutter ihm erzählte hatte, dass seine Mutter vor drei Jahren nach Europa aufgebrochen sei und vielleicht in Deutschland lebe. Nach einem Streit mit seiner Großmutter zog er mit einer Gruppe von Jungen einfach los, landete irgendwann nach 15 Monaten in Deutschland in einer Wohngruppe, ging zum Sprachkurs in eine

Schule und spielte Fußball in einem Verein. Seine Bezugsperson nahm mit mir Kontakt auf und wollte den Jungen gerne vorstellen, weil er immer sehr traurig wirke. Wir machten einen Termin mit einem Dolmetscher aus, der Fula sprach.

Als der Junge vor mir saß, wollte er zunächst nicht berichten. Er schaute nur den Dolmetscher an und ignorierte mich. Der Dolmetscher sprach kurz mit ihm, was dazu führte, dass der Junge doch mit mir sprechen wollte – der Dolmetscher hatte ihm streng erklärt, dass ich eine besondere Doktorin sei und er Respekt haben solle. Der Junge berichtete daraufhin, dass er gar nicht schlafen könne, Kopfschmerzen habe und oft weinen müsse. Auf die Frage, was denn helfen könne, damit er sich etwas besser fühle, antwortete er, dass ich seine Mutter finden solle und er gerne Profifußballer wie Ronaldo werden wolle, ich könne ihm doch einen besseren Fußballverein besorgen.

Der Dolmetscher schüttelte bei den Antworten den Kopf und ich machte dem Jungen deutlich, dass ich leider keine Beziehungen zu Real Madrid habe, aber mich schon immer das Ritual von Ronaldo beim Freistoß fasziniert habe: vier ausladende Schritte nach hinten und dann siegessichere Körperhaltung! Mit meiner Fachkenntnis über Ronaldo hatte ich den Jungen erreicht und er wurde deutlich aufgeschlossener. Insofern noch ein Tipp aus der Praxis: es kann offensichtlich besonders von Vorteil sein, wenn man sich in der Welt des Fußballs etwas auskennt

Um die Mutter zu finden, habe ich den Suchdienst des Roten Kreuzes ins Spiel gebracht. Dort kann man Menschen suchen lassen oder seine Daten angeben, wenn man selber gefunden werden möchte. Damit er also selber aktiv werden konnte, solle er sich dort erkundigen und sein Profil erstellen. Sein Vormund war einverstanden und begleitete ihn zum Roten Kreuz. Zwei Stunden nachdem er sein Profil freigegeben hatte, meldete sich ein Mitarbeiter des Roten Kreuzes und gab ein Match bekannt. Die Mutter lebte seit zwei Jahren auch noch zufällig in einer Nachbarstadt und hatte sich ebenfalls beim Roten Kreuz registrieren lassen. Ein Treffen wurde arrangiert, die Freude war riesig, Presseartikel erschienen, Happy End!

Nicht so ganz: leider konnte die Mutter nicht im Geringsten mit dem mithalten, was die Wohngruppe des Jugendhilfeträgers zu bieten hatte. Kein WLAN, kein eigenes Zimmer, keine geeigneter Fussballverein in der Nähe: der Junge weigerte sich, zur Mutter in die Nachbarstadt zu ziehen. Ich hatte eine verzweifelte Mutter vor mir sitzen, die nicht verstand, warum der Sohn nicht zu ihr wollte, schließlich habe sie bis zur eigenen Flucht eine gute Bin-

zung zu ihm gehabt. Sie habe zwar versäumt, sich von ihm zu verabschieden, aber die Großmutter habe das ja alles geklärt.

Tragisch wurde es dann auch noch aus rechtlicher Sicht. Plötzlich war der Junge nicht mehr unbegleitet und somit wurde die Mutter für ihn zuständig. Sein Status wechselte zu einem begleiteten Flüchtling. Das Jugendamt wollte Kosten sparen und den Jungen unbedingt bei der Mutter unterbringen. Der Jugendhilfeträger wollte keine Unterbringung bei der Mutter, weil der Junge sich konsequent verweigerte und die Wohnung der Mutter viel zu klein war. Hinzu kam dann auch noch der Streit zwischen zwei Städten um die Auszahlung von Kindergeld, Wohngeld usw.

Die Mutter entschied sich schließlich ihre Wohnung in der Nachbarstadt aufzugeben, Bochum sollte der Lebensort für beide sein. Die Bochumer Schule konnte damit weiter besucht werden, der Fußballverein musste nicht gewechselt werden (der Junge war inzwischen Stammspieler mit einem Spielerpass) und die Freunde sowie die vertraute Umgebung für den Sohn blieben bestehen. Gedacht ist aber noch nicht getan: die Mutter bemühte sich, schnell eine Wohnung in Bochum zu finden, da der Junge zum Zeitpunkt der Wohnungssuche aber nicht bei ihr lebte, bekam sie immer nur kleine Wohnungen angeboten, die deutlich zu klein für zwei Personen waren. Da die Mutter das ablehnte und gerne eine Wohnung für zwei Personen beziehen wollte, musste sie dann zunächst in eine Flüchtlingsunterkunft einziehen, damit sie auch in Bochum eine Meldeanschrift hatte. Das Einwohnermeldeamt verstand nicht, warum die Mutter nach Bochum umziehen wollte, da sie nach einem Verteilungsschlüssel Dortmund zugewiesen war und man nicht nach Belieben einfach die Stadt wechseln darf. Ein Wechsel in eine andere Stadt ist nur möglich, wenn ein Arbeitsplatz vorgewiesen werden kann, einen Arbeitsplatz bekommt man aber nur in einer anderen Stadt, wenn man dort auch gemeldet ist.

Wütend zerstörte die Mutter ihr komplettes Mobiliar, weil sie nichts in die Unterkunft mitnehmen durfte. Alles, was die Mutter mühsam aufgebaut hatte, war weg, auch ihr Minijob in einer Krankenhauswäscherei, weil sie die Stadt gewechselt hatte. Ihr Sohn lebte weiterhin in der Wohngruppe, da eine Unterbringung bei der Mutter in einer Flüchtlingsunterkunft lt. Jugendhilfeträger nicht zu erklären und nicht angemessen war, in der Unterkunft, in welche die Mutter ziehen musste, liege für das Kind eine Kindeswohlgefährdung vor.

Letzteres ist aus meiner Sicht absolut richtig -. warum aber ist es dann einer Vielzahl von Familien zuzumuten? Es gibt Familien, die eine sehr lange Zeit in Flüchtlingsunterkünften leben müssen. Ehrlich gesagt, sind die Mutter und

ich über die verwirrenden Vorschriften und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Behörden zweier Städte verzweifelt. (Vielleicht wäre ein Wechsel zu Real Madrid einfacher gewesen?) Immerhin gab es in der Flüchtlingsunterkunft eine sehr engagierte Sozialarbeiterin, die sich um die Mutter und die Bürokratie gekümmert hatte. Dennoch: kein Happy End!

Trauer und Tod

Wir haben uns in Anbetracht der Fluchtgeschichten öfter fragen müssen, wie Menschen trauern, wenn es keine Leiche, keine Grabstätte gibt, keinen Ort an dem sich die Menschen Zeit für Traurigkeit nehmen können. Was bedeutet Trauer und Tod in anderen Kulturen? Oft war es wichtig, sich kreative Rituale oder Interventionen auszudenken.

Mein nächster Tipp: Finden Sie neutrale Trauerorte. In Düsseldorf hat ein Förderverein eine Trauerspirale bauen lassen, ein Ort für geflüchtete Menschen um dort trauern zu können. Mit einer Mutter aus Syrien habe ich einen Gedenktag für die ertrunkene Tochter abgesprochen, an dem das Lieblingsessen der Tochter gekocht wurde und Fotos angeschaut wurden. Außerdem sollte die Mutter auf dem Balkon der Wohnung eine Rose pflanzen und sich intensiv um diese kümmern. Die Tochter hatte Rosen geliebt. Die Mutter wurde auf andere Weise täglich an ihr verstorbenes Kind erinnert, weil die Zwillingsschwester die Fahrt mit dem Schlauchboot überlebt hatte. Der Vater glaubte noch nach zwei Jahren daran, dass seine Tochter nicht ertrunken sei und vielleicht gerettet wurde, obwohl er gesehen hatte, wie die Tochter über Bord ging und er sie nicht festhalten konnte. Wie kann man jemals den Schmerz dieser Familie erfassen? Wie können Eltern damit leben? Wie kann eine Zwillingsschwester mit diesem Trauma eine gute Entwicklung nehmen?

Oft war ich dankbar, dass diese Menschen ihre Trauer mit den Gebeten ihrer eigenen Religion lindern und so Trauer und Schmerz ertragen konnten. In einigen Fällen haben wir auch mit einem Sheik aus Wuppertal zusammengearbeitet, der mit den Klienten bestimmte Suren aus dem Koran gebetet hat. Das war manchmal hilfreicher als Traumaarbeit.

Gewalt

Die Traumaarbeit mit Geflüchteten braucht Menschen mit Herz, mit viel Empathie, Neugierde, Kreativität und vor allem eigener Stabilität. Ein therapeutischer großer Handwerkskasten ist extrem von Vorteil, genauso wie Lebenserfahrung. Wir haben immer die kulturellen Unterschiede respektiert, aber nie die Gewalt in Erziehung oder Ehe. Wenn ein Mann mir nicht die Hand zur Begrüßung geben wollte, war das für mich kein Problem. Wenn aber körperliche Züchtigung zum Erziehungsstil gehörte, dann war das sehr klar eine Kindeswohlgefährdung und wurde von uns auch als solche bewertet. Wir haben Ehemänner und Väter erstaunt blickend gesehen, wenn wir dann entsprechende Maßnahmen angekündigt und durchgeführt haben.

Meine Kollegin sprach mit einem verzweifelt weinenden Ehemann und Vater am Telefon, nachdem sie die minderjährige, zwangsverheiratete Ehefrau samt Sohn in ein Frauenhaus gebracht hatte. Der Mann verdeutlichte mehrmals, dass in seiner Kultur und in seiner Familie, in seinem Heimatland Frauen körperlich gezüchtigt werden dürfen. Das sei doch völlig normal und stünde auch so im Koran, er habe sich nur an die Regeln gehalten. Unsere Antwort: anderes Land, andere Regeln! In Deutschland hat man das Recht auf eine gewaltfreie Erziehung und Ehe.

Sprachmittler

Die Dolmetscher sind Teil des Systems und extrem wichtig im Prozess der Zusammenarbeit. Sie müssen die Übungen zur Stabilisierung kennen, sie müssen die Atmosphäre aufnehmen und selber emotional stabil sein. Hier ein weiterer Tipp: die Wahl der Dolmetscher und deren Ausbildung ist wichtig. Viele der Dolmetscher (die wie Pilze aus dem Boden schossen), waren für die Therapie schlicht nicht einsetzbar. Es gibt qualitativ große Unterschiede. SPRINT ist eine gute Servicestelle für ausgebildete Sprach- und Integrationsmittler.

Die Regeln für die Dolmetscher in der Beratung müssen sehr klar sein, insbesondere was die Schweigepflicht angeht. Die Dolmetscher in der Fachstelle mussten eine Erklärung zur Schweigepflicht unterzeichnen. Aber auch die Jugendhilfe braucht Dolmetscher bei der Übersetzung von Anträgen, Aufnahmen, Arztbesuchen usw. Gerne wird dann diese Person auch in Beratung und Therapie zum Übersetzen eingesetzt. Grundsätzlich sollte aber in einer Beratung oder Therapie ein anderer Dolmetscher als in anderen Kontexten angefordert werden.

Schulungen

Bei den Schulungen zum Thema Trauma waren wir in unterschiedlichen Kontexten unterwegs: Kitas, Schulen, Patenmodelle für Geflüchtete, Teams der Wohngruppen, Stadtteilkonferenzen, Schulkonferenzen usw. Grundsätzlich gab es eine große Bereitschaft, bei der Integration zu helfen. Es war immer wichtig, sehr deutlich zu machen, dass Traumaberatung/Traumatherapie in die Hände von Fachleuten gehört. Wir haben Lehrer, Erzieher getroffen, die sehr mutig zur Erzählung der Fluchtgeschichte aufgefordert hatten und damit eine Retraumatisierung ausgelöst haben. Wenn ein Kind, ein Jugendlicher oder ein Elternteil nicht über Fluchtmotivation, Fluchtrouten und Fluchterlebnisse sprechen will, dann muss und sollte das auch unbedingt akzeptiert werden, sonst kann es sein, dass die Büchse der Pandora geöffnet wird und man sie nicht mehr schließen kann.

Es gibt Dinge in der Traumaaarbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen, die hinsichtlich uns primär nicht bekannter Konnotationen und Assoziationen beachtet werden müssen, beispielsweise bei der Ausstattung des Therapie- raums. Eine weiße IKEA-Stehlampe aus Papier in oval hat zum Beispiel bei der 5-4-3-2-1-Übung mit einer Jugendlichen zu einer heftigen Dissoziation geführt, weil die Lampe sie an in weiße Tücher eingewickelte Leichen erinnert hat. Ein Bild im Flur vor unserem Therapiezimmer von einem Küstenabschnitt mit Meerblick war für eine Mutter unerträglich. Sie wurde immer an die Fahrt mit dem Schlauchboot erinnert und an den Tod der Tochter bei der Überfahrt. Selbstverständlich haben wir das Bild ausgewechselt.

Persönliche Quintessenz

Wertschätzung und Respekt vor den Menschen und Kulturen sollte selbstverständlich sein. Andocken an das System bedeutete beispielsweise für mich, dass ich gelernt habe, mich in der jeweiligen Muttersprache meiner Klienten vorstellen zu können. Das hilft ungemein und zauberte manchmal sofort ein Lächeln ins Gesicht. Ich kann viele traurige und tragische Geschichten erzählen von Kindern, die ihre Eltern auf der Flucht verloren haben und von Eltern, die ihre Kinder haben ertrinken sehen, von Jugendlichen, die aufgespießte Köpfe von Familienangehörigen bis zur Flucht ansehen mussten, die Freunde in der Wüste oder in Libyen in einem Gefängnis haben sterben sehen oder von Jugendlichen die gefoltert, vergewaltigt und gedemütigt worden sind. Alle haben an ein besseres Leben in Europa geglaubt, alle sind voller Angst und Hoffnung auf den Weg ihres Lebens gegangen. Mit fast unmenschlichen

Kräften haben es manche nach Europa geschafft, viele haben es nicht geschafft.

Menschlich und therapeutisch bin ich in diesem Projekt gewachsen. Ich habe viele spontane Ideen in Interventionen umwandeln können. Ich habe geweint, gelacht und mich manchmal gefühlt, als wäre ich im Mittelalter, wenn Jugendliche aus ländlichen Regionen Afrikas von skurrilen Flüchen und Ritualen erzählt haben. Die Begegnungen waren immer eine Bereicherung für mich.

Zur Frage, wie ich mit den vielen traurigen Geschichten, schlimmen Handybildern und dichten Emotionen zurechtgekommen bin: zunächst hatten wir eine sehr gute Supervision mit Prof. Dr. Cinur Ghaderi von der Evangelischen Fachhochschule Bochum. Unser kleines Team war wunderbar, mit viel Austausch und Sensibilität füreinander. Außerdem schaffte ich es immer, durch meine Hobbys, die viel mit Bewegung zu tun haben, meinen Kopf freizubekommen. Hier noch zwei letzte Tipps: schauen Sie nie unvorbereitet auf Handybilder, wenn Ihnen mal ein Foto von einem Familienangehörigen gezeigt werden sollte. Es kann sein, dass Sie dann aufgebahrte Menschen oder schlimmere Abbildungen sehen. Und falls Sie von ihren Klienten zum Essen eingeladen werden, erkundigen Sie sich, was eine Ablehnung bedeuten würde. Ich habe Einladungen manchmal angenommen und neue Geschmackserlebnisse erfahren. Allerdings hatte mein Magen manchmal Probleme

Das Projekt endete nach drei Jahren: eine Fortführung scheiterte aufgrund einer Finanzierung über die Jugendhilfe. Da das für viele Familien eine Hürde war. Die Angst vor dem Jugendamt war zu groß, da auch unter den geflüchteten Familien das Vorgehen bei einer Kindeswohlgefährdung bekannt wurde und Handyaufnahmen kursierten, auf denen dramatische Szenen von Herausnahmen von Kindern aus Familien durch Polizei und Mitarbeiter:innen des Jugendamtes zu sehen waren. In der jeweiligen Muttersprache wurde vor der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt gewarnt.

Besonders die Jugendlichen, die mit einem baldigen Ende der Jugendhilfe rechneten, weil sie volljährig wurden, haben unter dem Ende des Projekts gelitten. Zwei Klienten sind mir nach Dortmund in meine Praxis gefolgt. Zu wenigen ehemaligen Klienten habe ich weiterhin Kontakt und bin von der Therapeutin zur Patin bzw. „Mama“ geworden. Die Beziehung zu mir war sehr wichtig und sie wollten einen Beziehungsabbruch nicht hinnehmen. Mit einem der „Jungs“ habe ich im Juni diesen Jahres die bestandene Gesellenprüfung als Maler und Lackierer gefeiert, ein anderer wird sie im Oktober

machen, da er gerade mit seinem Führerschein beschäftigt ist. Ein weiterer, inzwischen junger Mann hat einen Job bei einem Dienstleister. Alle haben eine eigene Wohnung, Freund:innen und nette Arbeitskolleg:innen gefunden, gehen ins Fitness-Studio und fühlen sich gut. Integration gelungen! Happy End?!



Autorin:

Dr. phil. Dipl.-Päd. Astrid Höfig
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche
Westring 29
44787 Bochum
Telefon: 0234/ 9103239
Astrid.hoefig@me.com

Therapieprogramm Robin: standardisiertes Manual und Smartphone-App für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko

Maurizia Franscini, Nina Traber-Walker

Kurzfassung

Psychotische Störungen gelten als schwerwiegende psychische Erkrankungen, die mit grossem Leidensdruck und starken psychosozialen Beeinträchtigungen verbunden sind. Die Früherkennung und die Frühbehandlung werden von Expert*innen in diesem Bereich als vielversprechende Strategie gesehen, um belastenden Symptomen und den möglichen dramatischen Folgen effektiv entgegenzuwirken.

Die Therapie von Jugendlichen mit einer Risiko-Symptomatik stellt eine Herausforderung für die Therapeut*innen dar. Einerseits, weil bei Jugendlichen die Hürde für eine psychotherapeutische Behandlung höher liegt als bei Erwachsenen. Andererseits fehlt es an altersadäquaten Behandlungsprogrammen für diese Patientengruppe.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Zürich (KJPP) wurde das Therapieprogramm Robin entwickelt, mit dem Ziel, den jungen Patient*innen eine Behandlung anzubieten, die altersgerecht, symptom- und ressourcenorientiert ist. Unterstützt wird die therapeutische Behandlung durch eine Smartphone-App. Zentral in der Behandlung ist nicht nur die symptomspezifische Therapie, sondern auch die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Selbstwirksamkeit.

Schlüsselwörter

Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko – innovative Behandlungsansätze – smartphone gestützte Psychotherapie

Abstract

Psychotic disorders are severe mental illnesses that are associated with severe psychological distress and psychosocial impairment. Early detection and early treatment are seen by experts in this field as a most promising strategy to

effectively reduce the distressing symptoms and the possible dramatic consequences.

The therapy of adolescents with high-risk for developing a psychosis is a challenge for the therapists. The barriers to psychotherapeutic treatment are higher for adolescents than for adults. Furthermore, there is a lack of age-appropriate treatment programs for this group of patients.

The treatment program Robin has been developed in the outpatient service for Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy in Zurich with the aim of offering young patients age-appropriate, symptom- and resource-oriented treatment. The psychotherapy is supported by a smartphone app. In addition to symptom-specific interventions, the program also aims to strengthen self-confidence and self-efficacy.

Keywords

Adolescents at increased risk of psychosis - innovative treatment approaches - smartphone-assisted psychotherapy

Interessenskonflikte: Die Autorinnen haben im Frühling 2019 den Förderpreis der Stiftung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Christian Karl Dieter Moik Stiftung erhalten. Ansonsten gibt es keine Interessenskonflikte.



Psychotische Störungen gehören zu den schwersten psychiatrischen Erkrankungen, die für die Betroffenen zu hohen Einschränkungen in ihrem alltäglichen Funktionsniveau und der Lebensqualität führen. Häufig beginnt die Entwicklung einer psychotischen Störung bereits im Jugendalter. Für Jugendliche kann die Erkrankung besonders belastende Konsequenzen haben, da sie an einem kritischen Punkt ihrer schulischen, persönlichen und sozialen Entwicklung stehen und durch die Krankheit darin beeinträchtigt werden.

Psychotische Störungen können sich über einen längeren Zeitraum hinweg entwickeln. Die meisten Betroffenen bemerken schon längere Zeit vor dem Ausbruch der Erkrankung Veränderungen in ihrer Wahrnehmung, ihrer kog-

nitiven Leistungsfähigkeit oder ihren sozialen Fertigkeiten. Die Forschung zur Früherkennung von Psychosen hat diese beeinträchtigenden Veränderungen untersucht und dabei ist der Begriff des erhöhten Psychoserisikos entstanden. Risiko-Symptome (1, 2) sind sowohl erste subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen, die bereits einen eigenen Krankheitswert aufweisen, als auch die sogenannten attenuierten psychotischen Symptome, die zwar die Qualität von psychotischen Symptomen aufweisen, bei denen jedoch der Realitätsbezug noch intakt ist. Expert*innen aus Klinik und Praxis plädieren dafür, dass hilfeschuchende Patient*innen mit einem erhöhten Psychoserisiko eine psychiatrische Behandlung erhalten sollen, unabhängig von der Übergangsrate in eine psychotische Erkrankung, da der Leidensdruck der Betroffenen ausreiche, um eine Behandlung zu rechtfertigen (z. B. 3, 4, 5, 6) In den letzten Jahren sind weltweit Früherkennungszentren für Psychosen mit dem Ziel der Frühintervention entstanden.

Bislang ist die Wirksamkeit der Frühintervention im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch nicht ausreichend belegt, was zum Teil auf das Fehlen altersgerechter Behandlungsmanuale und die geringe Zahl der bisher in dieser Altersgruppe durchgeführten Studien (6, 7, 8) zurückzuführen ist. In früheren Wirksamkeitsstudien wurden Kinder und Jugendliche häufig mit ähnlichen Therapiekonzepten wie Erwachsene behandelt. Analysen zur Therapiemotivation zeigen jedoch, dass junge Patient*innen anders als Erwachsene auf Psychotherapie reagieren und die Hürde höher zu liegen scheint, um sie für die therapeutische Arbeit zu gewinnen (9). Umso wichtiger sind altersadäquate Therapiematerialien, die auf die spezifischen Bedürfnisse von Jugendlichen eingehen.

In der Früherkennungssprechstunde in der KJPP Zürich wurde ein Therapieprogramm für Jugendliche mit einem erhöhten Psychoserisiko entwickelt, welches auf die Bedürfnisse dieser Altersgruppe abgestimmt ist. Das Therapieprogramm Robin besteht aus einem Therapiemanual und einer Smartphone-App, welche die Jugendliche zwischen den Therapiesitzungen unterstützen soll.

Therapiemanual «Jugendliche mit erhöhtem Psychoserisiko»

Die Therapiemodule basieren auf Behandlungsstrategien bei Erwachsenen mit einem erhöhten Psychoserisiko (10, 11, 12, 13) und Empfehlungen für Jugendliche mit ersten Episoden einer Psychose (14, 15, 16) Es folgt den Leitlinien zur Frühintervention bei einem erhöhten Psychoserisiko der Eu-

ropean Association for Psychiatry (EPA) (6). Das Therapiemanual wurde im Dezember 2021 im Springer Nature Verlag veröffentlicht.

Die Behandlungsmodule basieren zudem auf bestehenden Konzepten der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT). CBT ist derzeit die am weitesten verbreitete psychologische Intervention in der Frühintervention von Psychosen und wird von der EPA-Leitlinie empfohlen (6). Frühere Studien haben gezeigt, dass CBT eine erste psychotische Episode bei Personen mit einem erhöhten Risiko verhindern oder zumindest hinauszögern kann (17), allerdings müssen diese vielversprechenden Ergebnisse repliziert werden, und Studien zur Anwendung von CBT bei Jugendlichen sind selten. Kognitive Remediation wird als ergänzende Behandlung eingesetzt und konzentriert sich auf die Verbesserung kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Außerdem umfassen die Behandlungsmodule Aspekte der systemischen Therapie, die sich bei der Behandlung von Psychosen bei erwachsenen Patient*innen als wirksam erwiesen haben (18). Unter der Annahme, dass das familiäre Umfeld bei Jugendlichen eine größere Rolle spielt als bei Erwachsenen, gibt es eine starke Begründung für den möglichen Nutzen einer systemischen Intervention bei Jugendlichen mit CHR-Zustand. Die ersten Studien zu systemischen Behandlungsansätzen bei Jugendlichen mit Psychosen (19) und CHR-Jugendlichen sind vielversprechend (8, 20).

Bei Jugendlichen mit einem Psychoserisiko handelt es sich um eine sehr heterogene Patientengruppe, bei der sowohl der Ausprägungsgrad der Symptomatik als auch das Auftreten von Komorbiditäten und Einbußen in der Funktionalität variiert. Infolgedessen sind individualisierte, adaptive Behandlungsansätze erforderlich. Während einige Personen auf eine Intervention ansprechen werden, werden es andere nicht. Das Therapiemanual ist aufgrund dessen ein modularer, individuell zugeschnittener Ansatz, bei dem die Behandlung auf die besonderen Bedürfnisse des*r Einzelnen zugeschnitten ist, je nach Krankheitsstadium, Vorhandensein von Komorbiditäten oder funktionellen Beeinträchtigungen.

Inhalte Manual:

Psycho- edukation	Angehörigen- arbeit	Symptom- management	Hypothetisches Argumentieren
Alltags- aktivierung	Kognitive Remediation	Entspannungs- übungen	Problemlösestrategien
Ressourcen- arbeit	Medikation	Krisen- intervention	Rückfallprophylaxe

Empfohlen wird das Therapieprogramm für Patient*innen im Alter von 12 bis 18 Jahre, wobei die Materialien natürlich auch in der Therapie mit jungen Erwachsenen, über das Alter von 18 Jahren hinaus, verwendet werden können. Einzelne Bausteine können selbstverständlich auch mit jüngeren Patient*innen verwendet werden. Das Buch ist modular aufgebaut, so dass sich jede*r Therapeut*in diejenigen Inhalte aussuchen kann, die er*sie für seine*ihre aktuelle Arbeit mit dem*r jeweiligen Patienten*in als sinnvoll empfindet.

Das Manual beginnt mit zwei Fallvignetten aus der Früherkennungssprechstunde: Lucy und Michael. Es sind zwei fiktive Jugendliche, die typische Symptome von Patient*innen mit einem Psychoserisiko aufweisen. In den darauffolgenden Kapiteln sind immer wieder exemplarische Therapiegespräche mit den beiden Jugendlichen beschrieben. Die Gliederung des Manuals orientiert sich an den zentralen Bestandteilen einer Psychotherapie: Zu Beginn wird der Einstieg in die psychotherapeutische Arbeit beschrieben (Beziehungsaufbau, Einbezug der Familie in den therapeutischen Prozess, Therapiezielformulierung). In der Folge werden Psychoedukation und Symptommanagement, Umgang mit der Medikation und Krisenmanagement behandelt.

Smartphone App Robin Z

Das Therapiemanual wird durch die *Smartphone App Robin Z* ergänzt, welche die Patient*innen zwischen den Therapieterminen unterstützen soll. Robin Z funktioniert als ergänzendes Tool zu therapeutischen Sitzungen um die Jugendlichen in ihrem Alltag zeitnah und altersgerecht zu unterstützen und die Selbstwirksamkeit der Jugendlichen zu fördern. Die App kann den Jugendlichen durch ein Echtzeit-Symptom-Assessment helfen, ihre Symptome besser einzuschätzen und sie dadurch als kontrollierbarer zu erleben. Psychoedukation zu Symptomen und deren Bewältigung können beliebig häufig und auch zu kritischen Zeitpunkten nachgelesen werden. Sie bietet Unterstützung für den Alltag (Vorschläge für Aktivitäten, Wochenziele, Ressourcen-Aktivierung mit Stärke-Liste und Tagebuch für positive Erlebnisse) enthält aber auch einen Krisenplan für Notfallsituationen. Durch einen Medikationsreminder kann die regelmäßige Medikamenteneinnahme verbessert werden.

Weltweit wurde der Einsatz digitaler Technologien in der Therapie als ein Schlüsselement für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung hervorgehoben (21, 22, 23). Insbesondere für jüngere Patient*innen, die sogenannten „Digital Natives“, bieten Smartphone-Apps die Möglichkeit für altersgerechte Therapieansätze. Computergestützte Interventionen bekommen sehr viel Zuspruch bei jungen Patient*innen und Smartphone-Interventionen haben

viele Vorteile wie Zugänglichkeit, Transportfähigkeit, niedrige Kosten und 24-Stunden-Support. Außerdem werden sie als weniger stigmatisierend empfunden (24, 25). Insbesondere für die Psychoedukation eignen sich mobile Technologien. Die Informationen können beliebig häufig und insbesondere zu kritischen Zeitpunkten nachgelesen werden.

Ein weiterer großer Vorteil von Smartphone-Technologien in der Behandlung ist das sogenannte Echtzeit-Assessment von Symptom- und Stimmungsprotokollen. Dadurch ist beispielsweise besser erkennbar, welche Faktoren mit der Verschlechterung der Symptomatik zusammenhängen, da genauere Angaben über Kontext, Kognitionen und Befindlichkeit in „real-time“ zur Verfügung stehen. Auch können für die Patient*innen unbewusste Prozesse besser aufgedeckt werden (26,27). Es sind also exaktere Informationen bezüglich des Zeitpunkts der Vorkommnisse verfügbar. So kommt es zu weniger Verzerrungen durch retrospektive Antworten. Den Patient*innen kann das Echtzeit-Symptom-Assessment helfen, sich selbst besser zu verstehen, die Symptome besser einzuschätzen (self-monitoring) und diese dadurch als besser kontrollierbar und eher beeinflussbar zu erleben (28,29).

Smartphone-gestützte Interventionen können ausserdem Unterstützung bieten zu einem gesunden Lebensstil (Vorschläge zu Ernährung, Sport etc.), aber auch bei Therapie-Hausaufgaben und beim Trainieren von erlernten Skills aus der Therapie (30). Smartphone-Apps, die an die Medikamenteneinnahme erinnern, verhelfen zu einer höheren Compliance (31, 32). Selbstmanagement durch eine App kann zu einem Gefühl von Selbsteffizienz verhelfen (29), was einerseits das Selbstbewusstsein und andererseits die Selbstständigkeit des*r Patienten*in fördert.

Expert*innen für den Einsatz von Smartphone-Apps in der Therapie haben vorgeschlagen, dass Apps in jeder Phase des Arbeitsablaufs eines*r Kliniklers*in eingesetzt werden sollten, z. B. in der Diagnosephase, zu Beginn der Therapie oder zur Rückfallprävention (33). Sie schlagen vor, dass die Auswahl einer App nicht spezifisch für eine bestimmte Diagnose, sondern für ihre Funktion erfolgen sollte (33, 34, 35). So kann die psychoedukative Funktion beispielsweise dazu dienen, dem*r Patienten*in zu verdeutlichen, dass zu wenig Aktivität im Alltag die Depression verstärken kann. Ein anderes Beispiel ist eine App mit Erinnerungsfunktion, die den*die Nutzer*in im Rahmen einer Überwachungsfunktion daran erinnert, ein Verhalten aufzuzeichnen. Die Auswahl von Apps nach Funktion und nicht nach Diagnosekategorie bietet Kliniker*innen eine größere Flexibilität bei der Integration von Apps in die klinische Arbeit.

Obwohl insbesondere jugendliche Patient*innen an Smartphone-Interventionen interessiert sind (25), existieren aktuell kaum Smartphone-Applikationen für diese Klientel, die von psychotherapeutischen Fachpersonen kreiert worden sind (21,34,36, 37). Gemäss dem Informationsstand der Autorinnen ist die App Robin Z die erste öffentlich zugängliche therapiebegleitende Smartphone-Applikation dieser Art im deutschsprachigen Raum, die von klinischen Fachexpert*innen entwickelt worden ist.

Bei der Entwicklung der App Robin Z wurde speziell auf folgende Punkte geachtet: Die App ist offline verfügbar und durch ein Passwort geschützt. Der Name „Robin Z“ und das Icon wirken neutral und geben keine Rückschlüsse auf die Inhalte der App. Die Texte sind in einer leicht verständlichen Sprache verfasst. Auf Fachbegriffe wurde weitgehend verzichtet. Es wurde insgesamt darauf geachtet, dass positive, ressourcenorientierte Inhalte in der App enthalten sind. Die App hat einen auffordernden Charakter und ist individuell gestaltbar.

Wie kann Robin Z innerhalb der Therapie angewendet werden?

Symptomorientiert:

-  Protokollierung der Stimmung und Symptome
-  Symptommanagement
-  Medikation: Reminder; Monitoring der Wirkung und Nebenwirkung bei Medi-Einstellung
-  Krisenplan

Ressourcenorientiert, Alltagsaktivierung:

-  Vorschläge und Protokollierung von positiven Aktivitäten
-  Tagebuch für positive Erlebnisse
-  Wochenziele zur Eigenaktivierung im Alltag und Förderung von Erfolgserlebnis
-  Stärkenliste

➔ Ziel: Stärkung von Selbstwirksamkeit und Selbstwertgefühl

Abbildung 1: Anwendung von Robin Z in der Psychotherapie

Ursprünglich wurde sie für Patient*innen mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Psychose entwickelt. Jedoch ist die App so aufgebaut, dass eine individualisierte Nutzung möglich ist. Aus diesem Grund können auch Patient*innen, die kein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose

haben, von der Benutzung der App profitieren. Die App ist auch hilfreich in der Bewältigung anderer nicht psychose-spezifischer Symptome wie Angst, Depression oder Konzentrationsprobleme. Neben dem Symptommanagement liegt der Schwerpunkt der App in der Eigenaktivierung im Alltag und im Aufbau des Selbstwertes der Jugendlichen.

Die App existiert aktuell in vier verschiedenen Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch. Sie kann im App Store und bei Google Play kostenlos heruntergeladen werden.

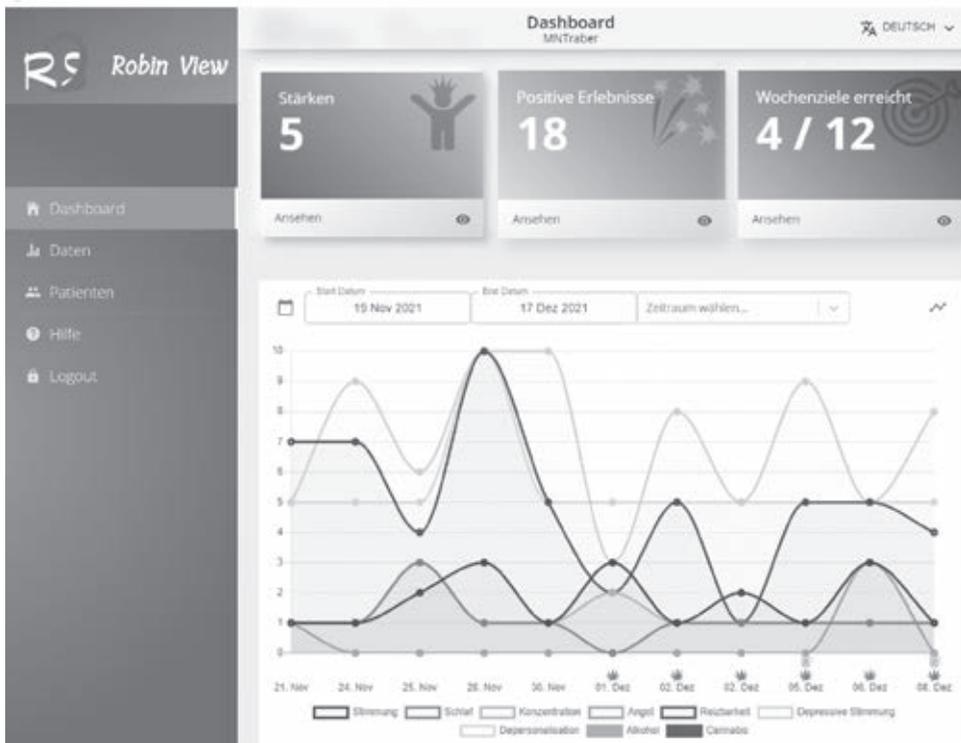


Abbildung 2: Darstellung Nutzerdaten in Robin View

Auswertungssoftware Robin View

Ergänzend zur Smartphone App Robin Z haben die Autorinnen die Auswertungssoftware Robin View entwickelt. Robin View ist aufgrund diversen Feedbacks von Patient*innen als auch Kliniker*innen entstanden, die den Wunsch nach einer graphischen Darstellung von Nutzerdaten geäußert haben. Die Jugendlichen haben die Möglichkeit, verschlüsselt und passwortgeschützt ihre Nutzerdaten der App via E-Mail an ihre Therapeut*innen zu

schicken. Die Therapeut*innen können diese Daten via Auswertungssoftware und mithilfe des Passwortes entschlüsseln und erhalten dadurch eine graphische Darstellung der Nutzerdaten aus der Smartphone App Robin Z. Dadurch können Symptomverläufe, Substanzkonsum, Medikamenteneinnahme und notierte Logbucheinträge sowie Stärken, positive Erlebnisse und erreichte Wochenziele graphisch dargestellt werden.

Robin View kann kostenlos via unsere Homepage (<https://www.robinz.uzh.ch/de/Robin-View.html>) von Fachpersonen heruntergeladen werden.

Erste Ergebnisse zum Einsatz von Robin Z und Robin View in der ambulanten Psychotherapie

Die bisherigen Erfahrungen mit der App Robin Z sind vielversprechend. Die App wird von den Entwicklerinnen inzwischen mit praktisch allen Therapiepatient*innen, unabhängig von deren psychiatrischen Diagnose, verwendet. Gerade in Zusammenhang mit der Behandlung durch Telemedizin, verursacht durch die Covid-19-Gesundheitskrise, hat sich die Verwendung der App Robin Z bewährt. Den Autorinnen der beiden digitalen Therapietools ist es wichtig, die Anwendbarkeit und Benutzerzufriedenheit von Robin View sowie von Robin Z im klinischen Alltag ausserhalb der Früherkennungssprechstunde zu überprüfen.

Die Implementierung von Smartphon-Apps in den Therapiealltag wird auch in der Literatur als grosse Herausforderung beschrieben (35, 38, 39). Es gibt sehr wenige Untersuchungen zur Implementation von Smartphone Apps in den klinischen Alltag (40). Trotz erster ermutigender Forschungsergebnisse, die den Einsatz der Smartphone-Technologie in der Psychosebehandlung unterstützen, ist unklar, ob ein konsequenter Einsatz der Smartphone-Technologie im klinischen Setting ausserhalb von Forschungsprojekten praktikabel ist (34). So ist ungewiss, ob Kliniker*innen bereit sind, diese neue Technologie in ihre aktuellen Behandlungsansätze zu integrieren. Andererseits ist unklar, ob sich Patient*innen über einen längeren Zeitraum mit dieser Technologie beschäftigen werden.

Im November 2021 begannen die Autorinnen mit der klinischen Implementierung von Robin Z in vier ambulanten Diensten unserer Klinik. Dazu wurde über einen Zeitraum von sechs Wochen Daten von 38 jugendlichen Patient*innen mit diversen psychiatrischen Diagnosen und ihren Psychotherapeut*innen (N=15) erhoben. Sie alle füllten Fragebögen zur Benutzerfreundlichkeit

und Zufriedenheit mit Robin Z und der dazugehörigen Auswertungssoftware Robin View aus. Die erste Auswertung zur Nutzerzufriedenheit ist positiv ausgefallen (siehe Darstellung der Ergebnisse in Tabelle 1 und Tabelle 2).

Ergebnisse PatientInnen N= 38, 25 weiblich (64%) Alter: 13-18 Jahre , \bar{x} 15.9			Ergebnisse TherapeutInnen N=15, 12 weiblich (80%)		
Rating von 1-6 (Maximum=6)	\bar{x}	Range (min./max.)	Rating von 1-6 (Maximum=6)	\bar{x}	Range (min./max.)
Gesamtwert	5.26	(5/6)	Robin Z		
Nutzerfreundlichkeit	5.29	(4/6)	Gesamtwert	5.16	(4/6)
Datensicherheit	5.65	(5/6)	Logbuch	5.36	(4/6)
Logbuch	5.41	(4/6)	Psychoedukation Symptome	5.23	(2/6)
Psychoedukation Symptome	5.36	(4/6)	Tipps zu Symptomen	5.37	(2/6)
Tipps zu Symptomen:	5.12	(3/6)	Medikation	5.27	(5/6)
Medikation	5.5	(4/6)	Krisenplan	5.23	(3/6)
Krisenplan	5.14	(3/6)	Wochenziele	5.23	(4/6)
Wochenziele	5.32	(4/6)	Positive Aktivitäten	5.18	(4/6)
Positive Aktivitäten	5.27	(4/6)	Stärken	5.23	(4/6)
Stärken	5.45	(4/6)	Positive Erlebnisse	5.25	(4/6)
Positive Erlebnisse	5.34	(4/6)	Robin View		
Robin View	5.22	(5/6)	Inhalt	5.31	(5/6)
			Nutzerfreundlichkeit	4.68	(3/6)
			Datensicherheit	5.58	(5/6)

Tabelle 1 und 2: Ergebnisse der Zufriedenheitsfragebogen von Patient*innen und Therapeut*innen

Alle bis auf einen der Jugendlichen gaben in der Umfrage zur Zufriedenheit an, die App anderen Peers weiterzuempfehlen. 26 Patient*innen (69 %) gaben an, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand durch die Nutzung der App verbessert hat. Hingegen gaben 6 Patient*innen (16%) an, dass sich die Nutzung der App negativ auf ihren psychischen Zustand ausgewirkt hat; explizit belasteten sie die regelmäßigen Eintragungen im Logbuch.

Alle Therapeut*innen berichteten, dass sie die App anderen Kliniker*innen weiterempfehlen würden. 14 Therapeut*innen (93%) empfanden die App als eine Bereicherung für ihre therapeutische Arbeit. Grösster Kritikpunkt von den Kliniker*innen war, dass der Datentransfer von der App auf die Auswertungssoftware Robin View als kompliziert empfunden wurde. Aktuell wird das qualitative Feedback aller Patient*innen und Psychotherapeut*innen detaillierter ausgewertet und die App als auch Robin View auf Basis dieser Ergebnisse zu überarbeiten.

Die Effektivität des Therapieprogrammes Robin wird innerhalb der naturalistischen Interventionsstudie ETRo (Evaluation Therapieprogramm Robin) Studie untersucht (41). Zwischen September 2017 und Juli 2022 konnten insgesamt 40 Jugendliche (67% weiblich, Durchschnittsalter 15,86 Jahre), bei denen innerhalb der standardisierten Abklärung in der Früherkennungssprechstunde ein erhöhtes Psychoserisiko festgestellt wurde und die eine Psychotherapie aufgrund der Risiko-Symptomatik wünschten, in die Studie eingeschlossen werden. Geschätzte Zielgrösse basierend auf einer statistische Fallzahlenkalkulation sollten mindestens 30 Proband*innen sein. Das Rekrutierungsziel wurde daher mit N=40 erreicht. Die Jugendlichen werden über insgesamt zwei Jahre begleitet. Alle Studienteilnehmer*innen erhalten die Prüfintervention. Die aktive Interventionsphase dauert 16 Sitzungen, wobei nach 8 Sitzungen die erste Zwischenmessung innerhalb der Studie stattfindet. Es finden des Weiteren jeweils 6, 12 und 24 Monate nach Einschluss Follow-up Untersuchungen zur Verlaufskontrolle statt.

Aktuell haben 28 Proband*innen die 16 Therapiesitzungen durchlaufen. Von 16 Proband*innen wurden bereits alle Daten zu allen Messzeitpunkten (inklusive 2-Jahres-Follow-up) erhoben. Bis Ende September werden alle Patient*innen die Therapie abgeschlossen haben. Ab Oktober 2022 wird mit der Datenanalyse angefangen.

Als Kontrollgruppe werden bisherige klinische Daten aus der Standardbehandlung aus einer früheren Studienpopulation der gleichen Zielgruppe, die in der Früherkennungssprechstunde der KJPP Zürich behandelt wurden, verwendet. Das primäre Ziel ist es, die Wirksamkeit unseres Therapieprogrammes im Verlauf im Vergleich zu herkömmlichen unspezifischen Therapien (TAU) zu überprüfen.

Fallbeispiel eines Jugendlichen, der an der Evaluationsstudie teilnimmt

Der 16-jährige Teo wird von seinem bisherigen Therapeuten im Januar 2022 aufgrund von Wahrnehmungsveränderungen mit Stimmen und Geräusche hören sowie starkem, ständigen Derealisationserleben innerhalb der Früherkennungssprechstunde angemeldet. Die Abklärung in der Früherkennungssprechstunde bestätigt, dass Teo die Kriterien für ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose erfüllt. Teo berichtet neben den Wahrnehmungsveränderungen affektive Symptome wie depressive Stimmungseinbrüche, eine starke, wiederkehrende Gefühlslosigkeit, Schlafprobleme und Antriebslosigkeit. Er berichtet einen starken Lebensüberdruß und immer wieder Mo-

mente mit Suizidgedanken. Trotz testpsychologisch nachgewiesener Intelligenz im Bereich Hochbegabung ist Teo die Schule in den letzten Jahren schwergefallen. Er berichtet immer wieder von Denkblockaden, Gedächtnisproblemen und Schwankungen in seiner Konzentration. Im Gespräch fällt Teo als verbal sehr gewandt auf, direkte formale Denkstörungen sind nicht ersichtlich. Er hat die obligatorische Schulzeit im Sommer 2021 beendet und danach drei Monate lang ein Praktikum im Bereich Marketing absolviert. Seit Dezember 2021 geht Teo keiner Tagesstruktur mehr nach. Er fühlt sich in jeglichen Entscheidungen im Hinblick auf die Zukunft überfordert. Er verlässt aufgrund starker sozialer Ängste nur noch selten das Haus und zieht sich auch von Freunden und Familie stark zurück. Neben ausgeprägten sozialen Ängsten berichtet er paranoide Gedankengänge und das Gefühl, beobachtet zu werden. Er berichtet einen unregelmässigen Cannabiskonsum, oft auch bei Einschlafproblemen.

Als erste Intervention wird nach einer ausführlichen Psychoedukation zum Thema Psychoserisiko und Derealisation mit Teo in der ersten Sitzung einen Krisenplan auf der App Robin Z erstellt und eine klare Empfehlung zur absoluten Abstinenz von Cannabis ausgesprochen. Schwerpunkt der ersten therapeutischen Sitzungen ist weiter der Umgang mit den Derealisationssymptomen, Halluzinationen und depressiven Stimmungen. Innerhalb der Therapiestunde werden mit Teo Strategien im Umgang mit seinen Symptomen, z. B. den akustischen Halluzinationen, ausführlich besprochen und mit weiteren eigenen Ideen von ihm selber in der Memo-Funktion der App ergänzt. Auch bei Einschlafschwierigkeiten und Ängsten empfindet er die Tipps der App Robin als hilfreich. Hingegen findet er, dass die Tipps im Umgang mit den Derealisationsgefühlen nur wenig nützen. In den Therapiesitzungen werden mit Teo das Thema Achtsamkeit eingeführt und einzelne Achtsamkeitsübungen für die Zeit zwischen den Terminen vorbereitet. Diese Übungen haben gemäss Teo eine positive Auswirkungen auf seine Derealisationen und erleichtern es ihm, besonders starke Derealisationszustände auszuhalten.

Durch die Symptom- und Stimmungsprotokolle in der App Robin Z erkennt Teo selber im Verlauf gewisse Muster und Schwankungen in der Symptomatik. Dadurch fällt es ihm leichter, mehr Aktivitäten nachzugehen, die sich positiv auf Stimmung und Symptomatik auswirken.

Teo berichtet einen hohen Leidensdruck unter der ausgeprägten Antriebslosigkeit. Bisherige Versuche zum Aufbau einer Tagesstruktur sind unter anderem auch aufgrund dieser Antriebslosigkeit gescheitert. Gemeinsam wird in der Therapie mit Teo und seinen Eltern eine minimale Tagesstruktur bespro-

chen, zu der Teo zustimmen kann. Diese besteht vor allem aus positiven Aktivitäten, kleinen Aufgaben im familiären Zusammenleben aber auch gewissen Expositionsübungen (Freunde treffen, etwas einkaufen gehen, mit dem Bus an einer neuen, unbekanntem Haltestelle fahren). Zur Eigenaktivierung im Alltag und Verpflichtung dieser Tagesstruktur wird die Funktion Wochenziele der App eingesetzt, welche Teo als motivierend und hilfreich empfindet. Im Verlauf gelingt es ihm zunehmend besser, dieser Tagesstruktur nachzugehen.

Teo besteht im März 2022 das Aufnahmeverfahren für eine Kunsthochschule, obwohl er im Vorfeld Mühe hatte, aufgrund der ausgeprägten Antriebslosigkeit die geforderten Arbeiten fertigzustellen. Dieses Erfolgserlebnis gibt Teo neue Energie, die therapeutisch gut genutzt werden kann.

Durch hypothetisches Argumentieren in den Therapiesitzungen werden Themen wie paranoide Gedanken, soziale Ängste und seine hohen perfektionistischen Ansprüche an sich selber angegangen. Im Verlauf der Therapie gelingt es Teo zunehmend, seine Ansprüche an sich selber mehr der Realität anzupassen. Auch schafft er es mit der Zeit, seine Aufmerksamkeit darauf zu richten, was bereits gut läuft in seinem Alltag (z. B. Verabredungen mit seiner festen Freundin) und diese in der App unter positiven Erlebnissen zu sammeln. Das Anlegen der Stärkeliste in der App fällt Teo sehr schwer. Hier zeigt er sich immer noch als sehr selbstkritisch. Von sich aus kann er kaum positive Eigenschaften an sich selber nennen, kann sich aber darauf einlassen, bei seinen engsten Bezugspersonen (Mutter, Freundin, Bruder) nachzufragen, was diese als seine Stärken sehen und diese auch in der App einzutragen.

In der Therapie wird daraufhin gearbeitet, dass Teo schon vor Beginn der Kunsthochschule wieder einer auf seiner aktuellen Befindlichkeit angepassten externen Tagesstruktur nachgehen kann. Im Mai bietet sich die Möglichkeit, dass Teo für zwei Wochen in einer Softwarefirma im Stundenlohn zu etwa 60% neue Programme auf die Anwenderfreundlichkeit testen kann. Ausserdem kann er die Arbeit für sich ausführen, ohne grossen Kontakt zu anderen Leuten aus dem Team. Teo erlebt diese ersten zwei Wochen zuerst überfordernd und berichtet, danach völlig erschöpft und müde zu sein. Vor Ort gelingt ihm die Arbeit aber sehr gut und die Firma ist so zufrieden mit seinen Leistungen, dass sie Teo eine Praktikumsstelle bis zu Beginn seiner Kunsthochschule Mitte August 2022 anbieten. Nach anfänglichem Zögern kann sich Teo dies zutrauen, da es eine absehbare Zeit und jeweils nur drei Tage pro Woche ist.

Bei der Verlaufsmessung im Juli 2022 zur ETRo-Studie berichtete Teo Verbesserungen im Bereich der Psychoseerisikosymptome und kaum noch Hallu-

zinationen oder paranoide Gedanken. Die Derealisationsgefühle sind weniger stark ausgeprägt und Teo kann sich besser davon ablenken. Er berichtete weniger Ängste, eine stabilere Stimmung und insgesamt etwas mehr Energie.

Copingstrategien



Positive Erlebnisse



Krisenplan



Abbildung 3: Screenshots App Robin Z von Teo

Buch zum Therapieprogramm Robin

Traber-Walker, N. & Franscini M. (2021). Jugendliche mit erhöhtem Psychoserisiko: App-unterstützte Behandlung mit dem Therapieprogramm Robin. Springer, Vienna.

<https://www.springer.com/gp/book/9783662614556>

Kostenloser Download App Robin Z



Weitere Informationen <https://www.robinz.uzh.ch>

Literatur

1. Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura, J., ... Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703–715. <http://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>
2. Schultze-Lutter, F., & Koch, E. (2010). Schizophrenia Proneness Instrument: child and youth version (SPI-CY). Fioriti.it. Retrieved from http://www.fioriti.it/libri/pdf/Schultze-Lutter_SPI-CY_EET.doc%5Cnpapers2://publication/uuid/BEAEDEF6-870C-490B-80CD-750C1D4602BE
3. Bertolote, J., & McGorry, P. (2005). Early intervention and recovery for young people with early psychosis: Consensus statement. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 187). <http://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s116>
4. Correll, C. U., Hauser, M., Auther, A. M., & Cornblatt, B. A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(1), 1–12.
5. Fusar-Poli, P., Yung, A. R., McGorry, P., & van Os, J. (2014). Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychological Medicine*, 44, 17–24.
6. Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*, 30(3), 388–404. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.01.013>
7. McGorry, P. D., Nelson, B., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., Thampi, A., ... Yung, A. R. (2013). Randomized controlled trial of interventions for young people at ultra-high risk of psychosis: Twelve-month outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4), 349–356. <http://doi.org/10.4088/JCP.12m07785>
8. Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., Schlosser, D. A., Addington, J., Candan, K. A., Marshall, C., ... Cannon, T. D. (2014). Family-focused treatment for adolescents and young adults at high risk for psychosis: Results of a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 848–858. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.04.020>
9. Haddock, G., Lewis, S., Bentall, R., Dunn, G., Drake, R., & Tarrier, N. (2006). Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 188(MAR.), 250–254.
10. Bechdolf, A., Veith, V., Gross, S., Wiessman, T., Geyer, C., & Klosterkötter, J. (2008). Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Hoegrefe.
11. McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *The Medical Journal of Australia*. [http://doi.org/mcg10314_fm\[pii\]](http://doi.org/mcg10314_fm[pii])
12. Fusar-Poli, P., McGorry, P. D., & Kane, J. M. (2017). Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. <http://doi.org/10.1002/wps.20446>
13. Thompson, A., Marwaha, S., & Broome, M. R. (2016). At-risk mental state for psychosis: identification and current treatment approaches. *BJPsych Advances*, 22(3), 186–193. <http://doi.org/10.1192/apt.bp.115.015487>
14. Baker, K., Howell, C., & Findling, R. L. (2016). Current Treatment Trends of Psychosis in Youth with Schizophrenia. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(1), 1–14. <http://doi.org/10.1007/s40501-016-0066-9>
15. Schimmelmann, B. G., Schmidt, S. J., Carbon, M., & Correll, C. U. (2013). Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a ratio-

- nal, evidence-informed approach. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(2), 219–30. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32835dcc2a>
16. Schimmelmann, B. G., & Resch, F. (2013). *Psychosen in der Adoleszenz: Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung*. Kohlhammer Verlag.
 17. Hutton, P., & Taylor, P. J. (2014). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. <http://doi.org/10.1017/S0033291713000354>
 18. Piquart, M., Oslejsek, B., & Teubert, D. (2016). Efficacy of systemic therapy on adults with mental disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 26(2), 241–257. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.935830>
 19. Armando, M., Pontillo, M., & Vicari, S. (2015). Psychosocial interventions for very early and early-onset schizophrenia: A review of treatment efficacy. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(4), 312–323. <http://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000165>
 20. Granö, N., Karjalainen, M., Ranta, K., Lindgren, M., Roine, M., & Therman, S. (2016). Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. *Psychiatry Research*, 237, 9–16. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.037>
 21. Domhardt, M., Messner, E. M., Eder, A. S., Engler, S., Sander, L. B., Baumeister, H., & Terhorst, Y. (2021). Mobile-based interventions for common mental disorders in youth: a systematic evaluation of pediatric health apps. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15(1), 1–12.
 22. Ben-Zeev, D., Davis, K., & Kaiser, S. (2013). Mobile Technologies Among People with Serious Mental Illness: Opportunities for Future Services. ... *Mental Health Services ...*, 40(4), 340–343. <http://doi.org/10.1007/s10488-012-0424-x>. Mobile
 23. Oh, H., & DeVýlder, J. (2015). Possibilities and challenges of online, social media, and mobile technologies for psychosis treatment. *Schizophrenia Research*, 166(1–3), 347–348. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.008>
 24. Seko, Y., Kidd, S., Wiljer, D., & McKenzie, K. (2014). Youth Mental Health Interventions via Mobile Phones: A Scoping Review. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17(9), 591–602. <http://doi.org/10.1089/cyber.2014.0078>
 25. Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., González-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia Research*, 156(1), 96–106. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.021>
 26. Kimhy, D., Myin-Germeyns, I., Palmier-Claus, J., & Swendsen, J. (2012). Mobile assessment guide for research in schizophrenia and severe mental disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 386–395. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr186>
 27. Ben-Zeev, D. (2012). Mobile technologies in the study, assessment, and treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*.
 28. Beiwinkel, T., Hey, S., Bock, O., & Rössler, W. (2017). Supportive Mental Health Self-Monitoring among Smartphone Users with Psychological Distress: Protocol for a Fully Mobile Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Public Health*, 5(September), 249. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00249>
 29. Reid, S. C., Kauer, S. D., Hearps, S. J. C., Croke, A. H. D., Khor, A. S., Sancu, L. A., & Patton, G. C. (2013). A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: health service outcomes from a randomised controlled trial of mobiletype. *BMC Family Practice*, 14(1), 84. <http://doi.org/10.1186/1471-2296-14-84>
 30. Myin-Germeyns, I., Birchwood, M., & Kwapil, T. (2011). From environment to therapy in psychosis: A real-world momentary assessment approach. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 244–247. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbq164>

31. *Kauppi, K., Kannisto, K. a, Hätönen, H., Anttila, M., Löyttyniemi, E., Adams, C. E., & Välimäki, M. (2015).* Mobile phone text message reminders: Measuring preferences of people with antipsychotic medication. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 514–522. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.044>
32. *Granhölm, E., Ben-Zeev, D., Link, P. C., Bradshaw, K. R., & Holden, J. L. (2012).* Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 414–25. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr155>
33. *Chan, S., Torous, J., Hinton, L., & Yellowlees, P. (2015).* Towards a framework for evaluating mobile mental health apps. *Telemedicine and e-Health*, 21(12), 1038–1041. doi: 10.1089/tmj.2015.0002
34. *Gindidis, S., Stewart, S., & Roodenburg, J. (2019).* A systematic scoping review of adolescent mental health treatment using mobile apps. *Advances in Mental Health*, 17(2), 161–177.
35. *Boudreaux, E. D., Waring, M. E., Hayes, R. B., Sadasivam, R. S., Mullen, S., & Pagoto, S. (2014).* Evaluating and selecting mobile health apps: strategies for healthcare providers and healthcare organizations. *Translational behavioral medicine*, 4(4), 363–371.
36. *Niendam, T. A., Tully, L. M., Iosif, A. M., Kumar, D., Nye, K. E., Denton, J. C., ... Pierce, K. M. (2018).* Enhancing early psychosis treatment using smartphone technology: A longitudinal feasibility and validity study. *Journal of Psychiatric Research*, 96, 239–246. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.10.017>
37. *Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2017).* Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review. *Journal of medical internet research*, 19(5), e176.
38. *Mehrotra, S., & Tripathi, R. (2018).* Recent developments in the use of smartphone interventions for mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(5), 379–388.
39. *Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016).* Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implementation science*, 11(1), 1–12.
40. *Bonet, L., Torous, J., Arce, D., Blanquer, I., & Sanjuan, J. (2020).* ReMindCare App for Early Psychosis: Pragmatic Real World Intervention and Usability Study. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(11), e22997.
41. *Traber-Walker, N., Gerstenberg, M., Metzler, S., Joris, M. R., Karr, M., Studer, N., ... & Francini, M. (2019).* Evaluation of the combined treatment approach “Robin” (standardized manual and smartphone App) for adolescents at clinical high risk for psychosis. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 384. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00384>

Autorinnen:

Dr. med. Maurizia Francini, Leitende Ärztin ambulanter Bereich, Leiterin der Früherkennungssprechstunde für psychotische Störungen, KJPP, PUK Zürich

Lic. phil. Nina Traber-Walker, Psychologin, Früherkennungssprechstunde für psychotische Störungen, KJPP, PUK Zürich

E-Mail: maurizia.francini@pukzh.ch

E-Mail: nina.traber-walker@pukzh.ch

Kolumne

Forum-BKJPP vor 25 Jahren

Christian K. D. Moik

Eingeleitet wurde das Quartalsheft durch die Parabel „Der Dattelesser“ aus dem Buch „Der Kaufmann und die Papageien – Orientalische Geschichten als Medien in der Psychotherapie“ von unserem Kollegen Dr. med. Nossrat Peseschkian.

Im Mitgliederrundbrief berichtete der Vorsitzende erneut über die Turbulenzen des Abrechnungswesens. Vieles kommt einem aktuell vor. Es gab aber auch Lichtblicke in einzelnen Landesregionen und hinsichtlich der Erbringung neurologische Leistungen durch Kinder- und JugendpsychiaterInnen. Auch dass inzwischen mehr als die Hälfte der niedergelassenen KJPPlerInnen bereit war, sich faktisch und finanziell an der geplanten „Leistungs- und Kostenstrukturanalyse“ zu beteiligen, stimmte hoffnungsfroh.

Dr. Reinhard Schydlo referierte über das Treffen der U.E.M.S. Sektion „Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ in Lugano.

Zu Jahresanfang hatte sich in Göttingen eine „Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie“ gebildet mit Prof. Dr. R. du Bois, PD Dr. F. Häßler, Dr. P. Hummel, PD Dr. R. Schepker und Doz. Dr. E. Schier als Sprecher.

In der Einleitung hatte der Vorsitzende für dieses Heft einen appetitmachenden Blick in fremde, aber auch die eigenen Gärten versprochen.

Eingeleitet wurde dieser Fruchtkorb mit dem Diskussionsbeitrag von Prof. Dr. phil. R. Richter, M. Albota, Dr. med. Ch. Höger und G. Witte-Lakemann „Psychosomatische Grundversorgung durch Kinderärzte? – Erfahrungen aus dem Modellprojekt zur Qualitätssicherung der Psychosomatischen Grundversorgung in Kinderarztpraxen“.

Dr. med. N. Peseschkian stellte „Positive Psychotherapie unter dem interdisziplinären und transkulturellem Gesichtspunkt“ vor. Dazu schreibt er in der

Einleitung: „Den Wert von Menschen und Diamanten kann man erst erkennen, wenn man sie aus der Fassung bringt.“

Prof. Dr. med. E. Petzold, A. Hendrichke und Dr. med. G. Flatten berichteten aus der Aachener Univ.-Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin über „Liaison- und Konsiliardienst“.

Dipl.-Psych. S. Scharwiess referierte „Über ‚Körperlogik‘ in gesellschaftlichen Systemen“.

Aus dem eigenen Beritt schloss Dr. med. J. Wilkes das Heft mit „Pseudologia phantastica – eine Fallbeschreibung“ ab. Dazu zitiert er Gottfried Keller: „Ein Märchen, dem ich nun selber glaubte“

All diese Beiträge sind auch heute noch lesenswert!

Was berufspolitisch im Herbst 1997 und im Frühjahr 1998 wichtig war und was alles in den Forumausgaben IV/1997 und I/1998 stand, das erfahren Sie im „forum 4-2022“.

Bleiben Sie neugierig!

Christian K. D. Moik



Hinweise für Autor*innen

1. Das *forum* für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen. Die Zeitschrift erscheint 4 x pro Jahr. Manuskripte nimmt die Redaktionsleitung Dr. Maik Herberhold (herberhold@bkjpp.de oder redaktion-forum@bkjpp.de) entgegen

2. Urheberrecht / Rechtseinräumung / Copyright:

Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheidet die Redaktion. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Herausgeber, den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP e.V.) über. Der/die Autor:in bestätigt und garantiert, dass er/sie uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an dem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt.

Der/die Autor:in räumt - und zwar auch zur Verwertung seines/ihres Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Vor Publikation eines Beitrages überträgt der/die Autor:in dem Herausgeber das ausschließliche geographische und zeitlich unbeschränkte Recht der Speicherung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe.

3. Interessenkonflikte:

Die Autor:innen sind verpflichtet, alle Interessen aufzuführen, unabhängig davon, ob der/die Erklärende selbst darin einen Interessenskonflikt sieht oder nicht.

4. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor:innen: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Das Manuskript sollte neben dem Beitragstitel eine Zusammenfassung / Abstract und die Nennung von 5 Schlüsselwörtern / Keywords jeweils in deutscher und in englischer Sprache beinhalten.
- ✓ Vollständige Anschrift der Autor:innen einschließlich akademischer Titel. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.

- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen, ca. 1500 pro Seite), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand. Eine durchschnittliche Seite im *forum* hat ca. 350 Wörter, ca. 2.600 Buchstaben mit Leerstellen.
- ✓ Die Zahl der Abbildungen ist nicht begrenzt. Farbabbildungen sind möglich, erhöhen aber u. U. die Druckkosten. Im Manuskript die Abbildungen, die farbig erscheinen sollen, kennzeichnen.
- ✓ Bitte Grafiken und Fotos stets als Originaldateien mailen, da die Qualität durch Einfügen in Word sich oft deutlich verschlechtert. Bitte im Text erwähnen, welche Grafik- bzw. Bilddatei an welche Stelle.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens der Autor:in und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Autor:innen, Erscheinungsjahr, Titel, Erscheinungsangaben; bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Band, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verleger.
- ✓ Zitierregeln nach APA-Richtlinien, siehe <https://www.scribbr.de/zitieren/apa-generator/>: Cropp und Claaßen (2021) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Schrobildgen et al., 2019) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rothaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Auch folgende Formen von Arbeiten können zitiert und ins Literaturverzeichnis aufgenommen werden: in Vorbereitung stehende Arbeiten, nicht publizierte Vorträge, eingereichte, aber noch nicht zum Druck angenommene Manuskripte.
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift, Verzeichnis der Abkürzungen <https://de-academic.com/dic.nsf/dewiki/855488>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten).

Beispiele:

Cropp, C., Claaßen, B. (2021). Reliabilität und Validität des OPD-KJ-Konfliktfragebogens bei stationär behandelten Kindern und Jugendlichen. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother., 49, 377-385

Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79

Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten das Manuskript in der endgültigen Fassung im PDF-Format und 3 Hefte unentgeltlich als Belegexemplare.

Informationen für Anzeigenkunden

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



Media Daten 2023

Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an einer Anzeigenschaltung im „Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“. Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen betreffend Anzeigenaufträgen, Anzeigenbuchungen, Platzierungen und Rechnungen direkt an die Firma Meta Druck, **Herrn Thomas Didier**.

Die Zeitschrift erscheint 4 x im Jahr zusammen mit dem Mitgliederrundbrief des bkjpp (2x im Jahr) und im Abonnement. Zusätzlicher Versand an 350 Kliniken.

Auflage 1.450 Ex. (Der Preis des Einzelheftes beträgt 13,50 Euro, das Jahresabonnement kostet 46,- Euro, alles inklusive Versand.)
Kündigung Jahresabo bis 30. Juli zum 31. 12. des aktuellen Jahres.

Format: 170 x 240 mm, Klebebindung (80 bis 160 Seiten)

Dauerbuchungen und Sonderkonditionen sind möglich.
Beilagen ebenso bitte bei didier@metadruck.de anfragen.

Bitte senden Sie Ihre **Druckvorlagen** als pdf Datei mit eingebetteten Schriften an didier@metadruck.de
Bitte beachten Sie die Formate (Breite x Höhe) weiter unten. Bilddaten mit mindestens 250 dpi im Endformat.
Verwenden Sie bitte Standardschriften bei der Erstellung als Worddatei.

Als Service für Mitglieder im BKJPP sind Layouthilfen und Korrekturen möglich.

Alle Stellenanzeigen werden zusätzlich im Internet veröffentlicht.

Alle Preise zuzüglich 19% Mehrwertsteuer. Zusammen mit der Rechnung erhalten Sie ein Belegexemplar.

Geschäftsstelle BKJPP e.V.

Umbach 4
55116 Mainz
Tel.: 06131 6 93 80 70
Fax: 06131 6 93 80 72
mail@bkjpp.de
www.bkjpp.de

Anzeigenverwaltung, Archiv

Meta Druck, Thomas Didier
Eylauer Str. 10
10965 Berlin
Tel.: 030 617 02 147
didier@metadruck.de



130 x 195 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 1.450,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 680,- Euro
Mitglieder 300,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 480,- Euro

auslaufende Formate
sind möglich mit 3mm Randbeschnitt



130 x 95 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 780,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 370,- Euro
Mitglieder 220,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 360,- Euro



130 x 62 mm, einfarbig Graustufen

Firmenanzeigen 500,- Euro
Stellenanzeigen, Fortbildung, etc
Nichtmitglieder, Institute, Kliniken 220,- Euro
Mitglieder 160,- Euro

Farbanzeigen 4c plus 300,- Euro



Sonderseiten Umschlag

170 x 240 mm, nur 4c Farbe

Umschlag innen, U2+U3 2.450,- Euro

Achtung: wegen Klebekante am Rücken ist das effektive Anzeigenformat nur 165 x 240 mm, plus 3mm Beschnitt außen.

Termine 2022/23

Ausgabe Forum	Anzeigenschluss	Erscheinungstermin*
4-2022	15. Dezember 2022	1. KW 2023
1-2023	15. März 2023	14. KW 2023
2-2023	15. Juni 2023	27. KW 2023
3+4 (Doppelnummer)-2023	14. September 2023	40. KW 2023
1-2024	12. Dezember 2023	2. KW 2024

* Änderungen vorbehalten

Impressum

**forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie**
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles
Mitteilungsorgan der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie 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. Maik Herberhold, Dr. med. Annegret Brauer, Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski,
Christian K. D. Moik, Dr. med. Dipl. Psych. Franz Wienand*
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Maik Herberhold, herberhold@bkjpp.de
E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion Mitgliederrundbrief „Gelbe Seiten“

Dr. med. Daniela Thron-Kämmerer, Nicole Kauschmann-Loos
Alle Beiträge bitte an: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Deutsche Ärzte- und Apothekerbank
IBAN: DE24 3006 0601 0007 3373 88, BIC: DAAEDEDXXX

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

Erscheinungsweise: *forum*/Weiße Seiten 4-mal jährlich

Mitgliederrundbrief/Gelbe Seiten 2-mal jährlich (März und September)

Der Bezug des *forums* ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Das „*forum* für 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.