

Inhalt:

Zum aktuellen Stand der Debatte um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern <i>Jörg M. Fegert & Beate Herpertz-Dahlmann</i>	2
Sozialrecht aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Sicht Teil 1: Entwicklungen des Sozialhilferechts <i>Michael Brünger</i>	7
Sozialrecht aus kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Sicht Teil 2: aktuelle Änderungen <i>Michael Brünger</i>	39
Das Stigma psychische Krankheit - „trialogische“ Aufklärung und Information an Schulen Erfahrungen der Initiative “Irre menschlich Hamburg” <i>Thomas Bock</i>	61
Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	83
<i>Buchbesprechungen:</i>	
Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis ..	121
Als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden	123
Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen	125
Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie	127
Hinweise für Autoren	129
Epilog <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i>	131

*Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie*

**Zum aktuellen Stand der Debatte um die
Behandlung von
Kindern und Jugendlichen mit selektiven
Serotoninwiederaufnahmehemmern¹**

Jörg M. Fegert & Beate Herpertz-Dahlmann

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und die Mitglieder der Kommission Entwicklungspharmakologie aus allen 3 deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften begrüßen grundsätzlich die Tatsache, dass auf Nachfrage durch die europäische Kommission das CHMP sich erneut mit den gesundheitsbezogenen Bedenken betreffend den Einsatz von SSRI´s im Kinder- und Jugendalter befasst hat (die Stellungnahme des CHMP welche von der EMEA veröffentlicht wurde, wurde auch unverändert in einer deutschen Version als Stellungnahme des Bundesinstitutes für Arzneimittel Bfarm ins Netz gestellt unter www.bfarm.de/de/Arzneimittel/am_sicher/am_sicher_akt/PressRel_SSRI_2004_12_09.pdf).

¹ Basierend auf der Stellungnahme der Kommission Entwicklungspharmakologie der drei deutschen Fachgesellschaften für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Stellungnahme wurde als Reaktion auf eine Verlautbarung der EMEA, d.h. der europäischen Zulassungsbehörde EMEA/192570/2004 vom 09.12.2004 vom Erstautor verfasst und mit den Kommissionsmitgliedern abgestimmt und mehrheitlich verabschiedet. (Ein Kommissionsmitglied aus den Reihen des Berufsverbandes votierte aufgrund seiner Meinung nach zu restriktiver und medikamentenkritischer Formulierungen gegen dieses Statement).

Dennoch widersprechen wir energisch der in diesem Papier zum Ausdruck gebrachten generellen Warnung: **„Diese Medikamente sollten generell nicht in dieser Altersgruppe (Kinder- und Jugendliche) eingesetzt werden, weil klinische Studien ein gesteigertes Risiko suizidalen Verhaltens (wie z.B. Suizidversuche und Suizidgedanken) gezeigt haben“**. Das Signal eines erhöhten Risikos für so genannte „möglicherweise mit Suizid in Verbindung stehenden Ereignissen“ bedeutet nicht, dass ein Zusammenhang zwischen Gebrauch von SSRI's und Mortalitätsdaten bei Kindern oder Jugendlichen festgestellt wurde. Es gibt keinen statistisch gesicherten Zusammenhang zwischen so genannten mit Suizid in Verbindung stehenden Ereignissen und tatsächlich vollendeten Suiziden. Üblicherweise sehen wir suizidales Verhalten häufiger bei Mädchen, während vollendeter Suizid weltweit hauptsächlich ein männliches Phänomen darstellt.

Wir begrüßen es, dass auf der Ebene der europäischen Gemeinschaft wie auf der Ebene verschiedener Mitgliedsstaaten weitere Untersuchungen durchgeführt werden. Zwischenzeitlich denken wir, dass diese Medikamente nicht generell verbannt werden können, da sonst Kindern und Jugendlichen Schaden entstehen würde. Basierend auf den Studien welche von der FDA erneut ausgewertet wurden (eine öffentliche Präsentation dieser Reanalysedaten basierend auf einer unabhängigen Analyse des sogenannten möglicherweise mit Suizid in Verbindung stehenden Verhaltens durch die Columbia-Universität aus den Originaldaten der pharmazeutischen Industrie wurde im Rahmen der Entscheidung über eine so genannte „Black-Box-Warning“, d. h. der stärkstmöglichen Medikamentenwarnung im Beipackzettel im Oktober 2004 durch die FDA vorgestellt) und auch auf der Basis zu unserer klinischen Erfahrung sind wir ebenfalls der Überzeugung, dass diese Patienten vor allem zu Beginn der Behandlung eines sorgfältigen Monitorings bedürfen. Zusätzlich sind wir überzeugt, dass eine medikamentöse Behandlung nicht ohne eine begleitende psychosoziale Intervention wie z.B. Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depression eingesetzt werden sollte. Wir stützen uns dabei auf die Ergebnisse der TADS-Studie (TADS-Study-Group 2004) und unsere klinische Erfahrung. Positive Behandlungsergebnisse durch die Medikation können durch Therapie erhöht werden und das Risiko suizidalen Verhaltens kann gleichzeitig reduziert werden. Eine medikamentöse

Behandlung sollte nicht ohne eine Indikation, welche auf einer gründlichen klinischen Untersuchung beruht verschrieben werden. Jede Übertragung von Ergebnissen klinischer Studien auf Behandlungen in der Gemeinde hängt davon ab, dass Diagnosen direkt gestellt wurden, Medikamente korrekt ausgewählt und dosiert wurden und dass der Verlauf sorgfältig beobachtet wurde. Wenn eine dieser Komponenten unzureichend berücksichtigt wurde, kommen andere Variablen mit ins Spiel und die Ergebnisse aus klinischen Studien können nicht einfach auf Situationen im wirklichen Leben mit komorbiden Störungen und deutlich klinisch schwereren Verläufen als bei den Patienten die üblicherweise in klinische Studien eingeschlossen werden, übertragen werden. Wir sind davon überzeugt, dass ein genereller Bann dieser Medikamente auf europäischer Ebene einen größeren Schaden für die betroffene Patientengruppe anrichten könnte. Deshalb sollten Verschreiber, Patienten und Eltern in einer differenzierteren Weise informiert werden:

- Es sollte darauf hingewiesen werden, dass ein Absetzrisiko besteht insbesondere dann, wenn ein SSRI erfolgreich beim Kind oder Jugendlichen angewandt wird. Eltern und Patienten sollten ihren behandelnden Arzt kontaktieren, um mehr Informationen zu erhalten. Es sollte ihnen aber strengstens davon abgeraten werden, selbstständig und abrupt die Medikation abzusetzen.
- Eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Risiko - Nutzenabwägungen muss für verschiedene Substanzen getroffen werden. Fluoxetin zeigte in allen Studien welche an Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden einen Nutzen im Bezug auf die Indikation Depression und selbst mit Einschluss der Daten aus der TADS-Studie ergab sich kein signifikanter Anstieg von Suizidversuchen oder Suizidgedanken. Mindestens für Fluoxetin besteht also Evidenz im Sinne der Evidence-Based-Medicine im Bezug auf die Verbesserung einer depressiven Symptomatik und die Verringerung von Suizidgedanken. Substanzen wie Sertralin oder Citalopram zeigen gemischte Befunde, während Paroxetin und Venlafaxin die schlechteste Risikonutzenbeziehung aufzuweisen scheinen. Die Güterabwägung im Bezug auf Risiko und Nutzen muss basierend auf der klinischen Indikation geschehen,

denn wir haben starke Belege dafür, dass SSRI's hohe Effektstärken bei der Behandlung von Zwangserkrankungen zeigen. Die Tatsache dass die Reanalysen der Zulassungsbehörden erst ein signifikantes Risiko von mit Suizidalität in Verbindung gebrachtem Verhalten zeigten als die Studien über Zwangserkrankungen und Angsterkrankungen im Kindesalter eingeschlossen wurden, beruht auf einer Frage der statistischen Power, welche durch das größere N erzielt wurde. D.h. dies bedeutet eben nicht, dass das Risikonutzenverhältnis für alle drei Indikationen das Gleiche ist.

- Eine Differenzierung sollte ebenfalls mit Hinblick auf die Altersgruppe getroffen werden. Tatsächlich kann man aufgrund der Studienlage stärker an der Sinnhaftigkeit des SSRI-Einsatzes bei Kindern als bei Jugendlichen zweifeln.
- Empfehlungen sollten unterschiedliche nationale Ausgangslagen in Bezug auf pharmakoepidemiologische Daten berücksichtigen. In einem Vergleich zwischen einer holländischen, amerikanischen und deutschen Stichprobe (Fegert et al. 2004) zeigte sich ein sehr unterschiedliches Verschreibungsmuster in drei verschiedenen Ländern. Es gibt Unterschiede in der Häufigkeit der Verschreibung nach Altersgruppe, nach Substanzklassen (Tricyclica, SSRI, SNRI und andere) und Co-Medikation.
- Angesichts der deutschen Situation wo Tricyclica immer noch die am meisten an Kinder und Jugendliche verschriebenen Antidepressiva sind, würden wir einen Anstieg dieser Verschreibung fürchten. In der weltweiten Fachliteratur gibt es keinen Beweis im Sinne der Evidence-Based-Medicine, dass Tricyclica für die Indikation „Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“ wirksam sind, gleichzeitig wissen wir aus vielen Studien und aus unserer klinischen Erfahrung, dass die Nebenwirkung von Tricyclika üblicherweise Kinder und Jugendliche stärker beeinträchtigen.

Im Gegensatz zu früheren Äußerungen der EMEA zum Eigentumsschutz denken wir auf einer politischen Ebene, dass die wissenschaftliche Gemeinschaft und die Zulassungsbehörde

dem europäischen Parlament und Länderparlamenten empfehlen sollten, dass Studienresultate, welche an Kindern und Jugendlichen gewonnen wurden, unbedingt veröffentlicht werden müssen. Ein großer Teil des SSRI-Debakels ist Folge von Nichtinformation oder Unterdrückung von Daten. Aus einer ethischen Perspektive kann Forschung an Kindern in Placebo kontrollierten Studien nach unserem Recht nur durch den so genannten Gruppennutzen legitimiert werden. Ein solcher Gruppennutzen kann nur entstehen, wenn die Studienresultate veröffentlicht werden. Verschreiber, Patienten und Eltern brauchen einen zuverlässigen Zugang zu Studiendaten. Ein komplettes Verbot einer klinisch oft als hilfreich empfundenen Substanzgruppe hilft ihnen dagegen nicht weiter. Wir sind sicher, dass das CHMP auch überzeugt war, dass wir in vielen Fällen auf die Anwendung von SSRI's bei der Behandlung von Kindern nicht verzichten können, denn das Komitee führte aus, wie wir Patienten und Angehörige ausführlich informieren sollen. Wir sind überzeugt, dass die Warnung welche die FDA in ihrer Black-Box ausgesprochen hat wichtig ist und für die amerikanische Situation (mit einer z.B. 15fach höheren Verschreibung von Antidepressiva als in Deutschland) angemessen sein mag. Das Papier welches vom EMEA-Komitee nach seinem Treffen vom 08. Dezember veröffentlicht wurde, sollte mit Hinblick auf klinische Notwendigkeiten der Behandlung revidiert werden. Nationale Verschreibungsmuster sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Wir bestehen noch einmal nachhaltig darauf, dass der zweite generelle Punkt in diesem Papier: „Diese Medikamente sollten generell nicht in dieser Altersgruppe angewandt werden“ auf der Basis der derzeitigen Datenlage nicht akzeptabel ist, solange weitere Nachforschungen und Untersuchungen auf der Ebene der europäischen Gemeinschaft durchgeführt werden.

Ulm, Aachen 13. Dezember 2004

Sozialrecht aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Sicht

Teil 1: Entwicklungen des Sozialhilferechts

Michael Brünger

Vorbemerkung

Therapeutische Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien ist immer eingebunden in Notwendigkeiten des Alltags und all seiner Determinanten. Aufbauend auf den Grundpfeilern des Sozialrechts, wie es in den letzten 60 Jahren entstanden ist, hat die Schaffung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahr 2001 einen umfangreichen Umbau der Sozialgesetzgebung in Deutschland eingeläutet, der vermutlich auch im Jahr 2005 noch nicht vollendet wird. Hierfür spricht die ergebnislose Föderalismusdebatte kurz vor der Jahreswende 2004/2005.

Die aktuelle Situation (Februar 2005) ist dadurch gekennzeichnet, dass noch nicht alle Gesetzeswerke, die zum 1. Januar 2005 in Kraft getreten sind, schlüssig interpretiert werden können. Noch größer ist die Unsicherheit wenn es um die Umsetzung der neuen Gesetzeswerke SGB II und SGB XII bei Menschen mit (seelischer) Behinderung geht. Weitere Regelungen sind aber in diesem Jahr zu erwarten und prägen dann auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen – so das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG), dessen Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt unmittelbar bevorsteht.

In zwei Teilen sollen sozialrechtliche Aspekte aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters dargestellt werden: Teil I beleuchtet die Entstehung der jetzigen sozialrechtlichen Situation, Teil II zeigt die jüngsten Veränderungen in ihrer Relevanz für Kinder, Jugendliche und Familien auf.

Einleitung

Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ist in kaum einem Fall die Beschäftigung eines Therapeuten mit nur einem Patienten. Immer sind Eltern einzubeziehen, oft sind Kindergarten und Schule als die den Alltag prägenden Institutionen präsent. In Situationen mit komplexer Aufgabenstellung erweitert sich der Kreis der Beteiligten erheblich: Ersatzeltern und andere Familienmitglieder, Repräsentanten des Jugendamtes und anderer Behörden, der Familienrichter, Mitglieder eines Klinikteams oder Mitarbeiter einer Jugendhilfeeinrichtung sind weitere Personen, die auf Diagnostik und Therapie Einfluss nehmen können. Oft ist psychotherapeutische Hilfe erst dann effektiv, wenn sie mit weiteren Hilfesystemen vernetzt werden kann. Manchmal scheint allerdings ein dicht geknüpftes Helfernetz die Bewegungsfreiheit von Familien einzuschränken. Spätestens wenn Familien erst auf Grund von externem Druck durch Schule oder Jugendamt psychotherapeutische Hilfe anstreben, ist es Zeit sich über Rechte und Pflichten von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern klar zu werden. Was kann hierbei der Psychotherapeut tun? Was sollte er berücksichtigen, um seine Klienten in einer Weise zu stärken, die seelische Gesundheit fördert?

Bei der Beschäftigung mit der historisch gewachsenen Sozialgesetzgebung in Deutschland wird deutlich, dass die verschiedenen Systeme der sozialen Sicherung, namentlich Krankenversicherung, Sozialhilfe und Jugendhilfe, keine gemeinsame Grundarchitektur haben. Die mangelnde Abstimmung zwischen den Gesetzestexten überlässt es dem Bürger bei der richtigen Behörde den richtigen Antrag zu stellen. Erst mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) vom 1. Juli 2001 ist ein ernsthafter Schritt zur Harmonisierung der verschiedenen Gesetze zum Themenkreis Krankheit, Behinderung und Rehabilitation unternommen worden. Dementsprechend unübersichtlich ist die Materie nicht nur für Betroffene, sondern auch für Fachleute in Medizin, Therapie und Pädagogik und Sozialarbeit.

Dieses Kapitel ist aus der Sicht des praktisch tätigen Kinder- und Jugendpsychiaters und Psychotherapeuten geschrieben. Es richtet sich an den Praktiker, der sich neben seiner Be-

schäftigung mit dem kinder- und jugendpsychiatrischen Patient und seiner Familie prospektiv an der Gestaltung des gesellschaftlichen Umfeldes seiner Arbeit beteiligt. Hierbei werden die Zusammenhänge des Sozialrechts in Deutschland mit folgender Grundausrichtung beleuchtet:

- Das Verständnis des gesellschaftlichen Hintergrundes kann zu einer Klärung der therapeutischen Haltung gegenüber den Klienten führen, wenn die Rechte und Verantwortlichkeiten von jungen Menschen und ihren Eltern bekannt sind.
- Familien können sich anders verhalten, wenn ihnen ihre Handlungsoptionen klar sind. Zur Klärung kann der Therapeut beitragen, ohne der Familie gleichzeitig die Handlungsverantwortung abzunehmen.
- Im gesellschaftlichen Umfeld von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie liegen Gestaltungsmöglichkeiten für den Therapeuten, die über berufspolitische Ansätze weit hinausgehen.
- Für eine effektive Verzahnung der Helfersysteme ist es unentbehrlich, über die aktuellen Fachdiskussionen in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Jugendhilfe und weitere Gebiete der Sozialgesetzgebung gut informiert zu sein.

In dieser Darstellung kommen formaljuristische Aspekte zu kurz. Zu rechtlich verbindlichen Einzelheiten der zitierten Bestimmungen ist deshalb juristische Fachliteratur heranzuziehen.

Die Darstellung ist als exemplarisch zu verstehen, da Vollständigkeit in diesem Überblick nicht erreicht werden kann.

Mikrokosmos der Behandlungssituation in der Praxis des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Falldarstellung:

Oliver, 9 Jahre, wird nach 2 Jahren auf Initiative seiner Mutter erneut in der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt. Er lebt beim Vater, die Eltern haben sich bald nach der Geburt getrennt. Inhaber des Personensorgerechtes sind beide Eltern, eine gemeinsame Ausübung scheiterte bisher an unterschiedlichen Vorstellungen. Von der Familie des Vaters fühlt

sich die leibliche Mutter abgedrängt, sie macht sich Sorge um die Entwicklung des Jungen, hält eine gezielte Förderung für notwendig. Sie berichtet, dass die Familie von Olivers Vater ihr das Umgangsrecht verweigere. Durch Olivers ambivalente Haltung ihr gegenüber ist sie zusätzlich verunsichert. Es ist schwer für sie die verschiedenen Anliegen - Förderung des Kindes, Wahrnehmung elterlicher Rechte, Beziehungsklärung – so voneinander zu trennen, dass sie im Hinblick auf ein gezieltes Vorgehen Prioritäten setzen kann. Ihre Gespräche mit Olivers Vater, der in seinem Auftreten unsicher und uninformiert wirkt, haben in Bezug auf die genannten drei Aspekte zu keinem Ergebnis geführt. Vorstöße von Olivers Mutter im Jugendamt mit dem Ziel, die rechtlichen Aspekte der Situation zu klären und pragmatische Hilfe zu finden, waren bisher wenig erfolgreich. Da könne man nichts machen, hatte es gegenüber der wenig durchsetzungsfähigen Frau geheißen...

Aus kinderpsychiatrischer Sicht ist bei Oliver viel zu tun: Schon vor zwei Jahren hatte es Hinweise auf eine ausgeprägte Minderbegabung in der testpsychologischen Untersuchung gegeben. Nun wird der Junge in der zweiten Grundschulklasse als verhaltensauffällig beschrieben, eine Überforderungsreaktion kann angenommen werden. Seine zwiespältige Haltung gegenüber den Besuchen bei der Mutter wird in der Ambulanzsituation sehr deutlich, ebenso die geringen Fertigkeiten von Olivers Eltern sich ohne externe Hilfe auf wesentliche Inhalte der Kindererziehung zu einigen.

Effektive Hilfe kann hier offensichtlich nicht durch den (ärztlichen) Psychotherapeuten allein erfolgen. Notwendige Maßnahmen sind aus dem SGB V, dem Sozialgesetzbuch, welches die Krankenversicherung und damit auch den Bereich der Psychotherapie in Deutschland regelt, nicht vollständig abzuleiten.

Im Rahmen der Therapieplanung genießt die Förderung der Kommunikationsfähigkeit zwischen Vater und Mutter hohe Priorität. Gerade wegen der Trennung der ehemaligen Partner ist eine Stärkung des elterlichen Subsystems ein vorrangiges therapeutisches Ziel. Die Einbeziehung der Schule und die Gewährung von Hilfe zur Erziehung durch das Jugendamt sollten im weiteren Verlauf mit den Eltern erörtert werden. Ob eine solche Hilfe effektiv sein kann, mag

auch davon abhängen, ob in der Wahrnehmung der Eltern ein Amt als Ordnungsbehörde auf "Duldung" einer Hilfe drängt oder ob Eltern mit ihrem gemeinsamen Antrag Nutznießer einer Dienstleistung werden können, die sie befähigt weitere Schritte mit größerer Autonomie selbst zu tun. Nur wenn sich Eltern ihrer Rechte, Pflichten und Handlungsoptionen bewusst sind, können sie ihrem Kind klare Vorgaben machen. Direkte therapeutische Interventionen als Ausdruck eines elterlichen Auftrages an den Therapeuten erscheinen erst nach den skizzierten Klärungsschritten sinnvoll.

Makrokosmos der UN Kinderrechtskonvention

Szenenwechsel von der Besonderheit des Einzelfalles zu der global formulierten Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Im Jahr 1989 einigte sich die Staatengemeinschaft auf die in New York verabschiedete Erklärung der Rechte des Kindes. Ausgehend von den weltweit wahrgenommenen Problemen von Kindheit und Jugend ist ein Grundkonsens fest geschrieben worden, der sowohl das von Versklavung und Genitalverstümmelung bedrohte afrikanische Kind als auch das westeuropäische Kind schützen soll, welches im Sorgerechtsstreit seiner getrennten Eltern emotional zu leiden droht.

Diese Charta wurde zwischenzeitlich von 191 Staaten ratifiziert. Die Unterzeichnerstaaten verpflichten sich zu einer Ausrichtung ihrer Gesetzgebung an der UN Kinderrechtskonvention². Zwischenzeitlich wurde die UN Kinderrechtskonvention in mehrere Sprachen übersetzt. Bis sie in fast allen Sprachen der Welt vorliegt – die UN Deklaration der Menschenrechte ist mittlerweile bereits in allen gängigen zentralafrikanischen Sprachen nachzulesen – wird noch einige Zeit vergehen. In Europa existiert zusätzlich die Europäische

² Einschränkende Vorbehaltserklärungen, wie sie Deutschland etwa im Hinblick auf die Anwendung der Kinderrechtskonvention auf illegal in Deutschland eingereiste Kinder und Jugendliche formulierte, sind möglich. In jedem Fall hat die staatliche Gesetzgebung die weitreichendere Gültigkeit für die jungen Menschen des jeweiligen Staates, in dem sie leben.

Menschenrechtskonvention (EMRK)³, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Die 54 Artikel der Konvention lassen sich vier Grundkategorien zuordnen:

- **Das Recht auf Überleben:** Hierzu zählt die Sicherung existenzieller Grundbedürfnisse wie Ernährung, Wohnung und medizinische Versorgung.
- **Das Recht auf Entwicklung:** Die Rechte auf Bildung, Spiel und Freizeit, auf kulturelle Aktivitäten und auf Zugang zu Informationen sind aufgeführt. Weiterhin zählen hierzu die Rechte auf Freiheit des Denkens und der Religion.
- **Das Recht auf Schutz** beinhaltet alle Forderungen, die Kinder vor Missbrauch, Vernachlässigung und Ausbeutung bewahren sollen. Die Situation von Flüchtlingskindern, Kindern im Strafvollzug, Kinder als Beteiligte und Opfer bewaffneter Konflikte sind ebenso angesprochen wie die Problemkreise Kinderarbeit, Drogenmissbrauch und sexuelle Ausbeutung.
- **Das Recht auf Mitbestimmung thematisiert werden die freie Meinungsäußerung, die Mitbestimmung in eigenen Angelegenheiten, die Versammlungsfreiheit.**

Die Fürsorge für das seelisch kranke oder seelisch behinderte Kind ist in der UN Kinderrechtskonvention in den Artikeln 22 bis 27 beschrieben, in §28 erkennen die Vertragsstaaten das Recht eines Kindes auf Bildung an.

Auf internationaler Ebene orientieren sich die Stellungnahmen von Nichtregierungsorganisationen und Menschenrechtsgruppen zu Kinderrechten an dieser Konvention⁴. In Deutschland ist das Thema des Umgangs mit jungen Asyl suchenden Kindern und Jugendlichen aus Ländern der Dritten Welt als besonders kontrovers hervorzuheben.

³ Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, abgeschlossen in Rom am 4. November 1950; in der Fassung des Protokolls Nr. 11 in Kraft getreten am 1. November 1998

⁴ Das Haager Minderjährigen-Schutzabkommen sei der Vollständigkeit halber erwähnt.

Sozialgesetzgebung in Deutschland

Einführung

In Tabelle 1 sind die wesentlichen Gesetzeswerke aufgeführt, die das gesellschaftliche Umfeld von Familien und damit auch die therapeutische Arbeit bestimmen. Aber nicht alles, was den Alltag von Kindern, Jugendlichen und Familien bestimmt, ist hier zu finden. So ist das Schulrecht durch die einzelnen Bundesländer geregelt, die Grundlagen bleiben trotz der Kultusministerkonferenz auf Bundesebene so komplex, dass hier auf Länderbestimmungen verwiesen wird.

Auch das Psychotherapeutengesetz findet sich an anderer Stelle: Allerdings hat die Neuordnung der psychotherapeutischen Versorgung von 1998 über Änderungsgesetze Eingang in das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) gefunden.

Auch wenn Familien durch die Wahrnehmung eines Kindergartenplatzes, durch die monatlich fälligen Sozialabgaben und durch Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung in vielfältiger Weise mit dem Sozialrecht in stetigem Kontakt sind, ist ihnen der Hintergrund kaum bewusst. Noch weniger ist eine Situation gegeben, in der sozial bedürftige Familien aktiv Handlungsoptionen explorieren.

Eine aktive Haltung, wie sie für das Kinder- und Jugendhilfegesetz durch Landesbestimmungen⁵ in Rheinland-Pfalz gültig ist, scheint auch gerade im Hinblick auf die Abgrenzung zur früheren Rolle des Jugendamtes zwiespältig: Nicht der Interventionsgedanke sondern

⁵ §20 Ausführungsgesetz Rheinland-Pfalz zum Kinder- und Jugendhilfegesetz (AGKJHG): "Erhält das Jugendamt davon Kenntnis, dass Hilfe zur Erziehung, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche oder Hilfe für junge Volljährige nach den §§27 bis 41 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erforderlich sein können, hat es auch ohne Hilfeersuchen über die in Betracht kommenden Hilfen zu informieren, sie anzubieten und, soweit dies notwendig ist, auf deren Inanspruchnahme hinzuwirken. Das Jugendamt soll sicherstellen, dass der betroffene junge Mensch an der Entscheidung über die ihm zu leistende Hilfe mitwirken kann."

das Angebot einer Dienstleistung bestimmen die moderne Amtsführung.

Bezeichnung⁶	Gegenstand
Bürgerliches Gesetzbuch BGB Fassung vom 2.1.2002, Überarbeitung vom 15.12.2004	1. Allgemeinen Teil, 2. Schuldrecht 3. Sachenrecht. 4. Familienrecht 5. Erbrecht
Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bis 31.12.2004 geltend	(Sozialhilfe)
SGB I (11.12.1975)	Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit, Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen)
SGB II (01.01.2005)	Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III (24.03.1997)	Arbeitsförderung
SGB V (20.12.1988)	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI (18.12.1989)	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII (07.08.1996)	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII (KJHG) (01.01.1991)	Kinder- und Jugendhilfegesetz
SGB IX (01.07.2001)	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen: Teil 1: Regelungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen Teil 2: Schwerbehindertenrecht
SGB X (22.06.2001)	Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten
SGB XI (26.05.1994)	Pflegeversicherung
SGB XII (01.01.2005)	Sozialhilferecht

Tabelle 1: BGB, BSHG und ausgewählte Teile des Sozialgesetzbuches. Die fett gedruckten Abschnitte werden in den Teilen I und II näher behandelt.

⁶ Durch Änderungsgesetze ergeben sich bei den meisten Gesetzen in regelmäßigen Abständen neue Rechtsstände.

Trotzdem fehlt gerade im Bereich der Jugendhilfe die starke Stimme der Familien, die aus guter Kenntnis der Rechtslage zum Gleichgewicht der Kräfte zwischen Amt und Bürger beiträgt. Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte werden gerade von den gesellschaftlichen Kreisen benötigt, die sich nur unzureichend für eine Interessenvertretung organisieren. Dies verhielt sich durch die Präsenz starker Elternverbände im Bereich der Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte Menschen nach dem alten Bundessozialhilfegesetz (BSHG) völlig anders.

Somit erscheint es sinnvoll, dass der informierte Psychotherapeut⁷ in angemessener Form Hilfe zur Selbsthilfe leistet, indem er ihm zugängliche Informationen weiter gibt und Informationswege aufzeigt. Er darf aber auch nicht überrascht sein, wenn im Einzelfall Familien - gerüstet durch tagesaktuelle Internet-Ausdrucke - mit der Erwartung die Diskussion eröffnen, dass der Psychotherapeut z. B. über Fragen des Jugendhilferechts stets auf dem Laufenden ist. Es ist nicht immer leicht, mit den rasch wechselnden Gesetzeslagen Schritt zu halten!

In den folgenden Ausführungen liegt ein Schwerpunkt auf der Darstellung des Rechts mit Relevanz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Auf die Konsultation des aktuellen Textes und der gängigen Kommentare kann im Einzelfall nicht verzichtet werden. Wegen der noch in Umsetzung befindlichen Regelung des Rechts für behinderte und von Behinderung bedrohter Menschen ergibt sich mit der Darstellung des SGB IX ein weiterer Schwerpunkt. Die neu geschaffenen Bücher SGB II und SGB XII werden ebenfalls beleuchtet.

Das Bürgerliche Gesetzbuch BGB

Das BGB ist das wichtigste zivilrechtliche Gesetz. Seine Bestimmungen finden immer dann Anwendung, wenn keine Spezialvorschriften bestehen. Das BGB ist in fünf Bücher aufgeteilt. Im Ersten Buch, dem Allgemeinen Teil stehen Bestimmungen über Personen, Sachen, Rechte, Fristen, Verjährung, Willenserklärungen und ande-

⁷ Aus Gründen der Lesbarkeit wird jeweils die männliche Form gewählt. Selbstverständlich ist auch die Psychotherapeutin gemeint

re Grundbegriffe des Zivilrechts, die in unterschiedlichen Rechtsbereichen einheitlich gelten. Das Zweite Buch regelt das Schuldrecht. Das Dritte Buch regelt Besitz- und Eigentumsfragen. Im Vierten Buch ist das Familienrecht zu finden, zu dem auch Vormundschaft und Betreuung gehören, nur hierauf wird näher eingegangen. Das Fünfte Buch enthält das Erbrecht.

Die Entstehung des BGB liegt zeitlich noch weit vor dem früheren Bundessozialhilfegesetz.

Mit Wirkung zum 1. Juli 1998 sind im Bereich der elterlichen Sorge, die im Fünften Titel des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) behandelt wird, wesentliche Teile neu strukturiert, neu formuliert oder gänzlich neu aufgenommen worden.

Die Debatte, die der Neufassung dieser Regelungen vorausging, war geprägt von einer lebhaften Diskussion um das uneingeschränkte Recht des Kindes auf den Kontakt mit beiden Elternteilen, wie es die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) beinhaltet. Durch das gemeinsame Sorgerecht von unverheirateten Eltern für ihr gemeinsames Kind sahen konservative gesellschaftliche Kreise den Sinn der Eheschließung generell in Frage gestellt. Letztlich finden sich hierzu Leitsätze in dem Gesetzestext zur elterlichen Sorge wieder, die sich thesenhaft so zusammenfassen lassen:

- Das nicht eheliche und das eheliche Kind sind rechtlich gleichgestellt.
- Die gemeinsame Ausübung der elterlichen Sorge ist bei verheirateten und unverheirateten Eltern der Normalfall.
- Alle Sorgerechtsregelungen sollen am Kindeswohl ausgerichtet werden (§1666 BGB).
- Umgangsrechte des Kindes mit Mutter und Vater werden ergänzt durch das Recht auf Umgang mit weiteren Personen (§1685 BGB), wobei besonders auf Großeltern und Geschwister und (frühere) Ehegatten eines Elternteils verwiesen wird. Weitere Personen, zu denen das Kind eine wichtige Beziehung hat, sind in einer vergleichbaren Rechtsposition.
- Die Zuständigkeit für alle Sorgerechtsregelungen liegt beim Familiengericht.

Im ersten Paragraphen des fünften Titels kommt der Tenor der neuen Regelungen zum Ausdruck⁸:

§1626 BGB

- (1) Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge). Die elterliche Sorge umfasst die Sorge für die Person des Kindes (Personensorge) und das Vermögen des Kindes (Vermögenssorge).*
- (2) Bei der Pflege und Erziehung berücksichtigen die Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.*
- (3) Zum Wohle des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen. Gleiches gilt für den Umgang mit anderen Personen, zu denen das Kind Bindungen besitzt, wenn ihre Aufrechterhaltung für seine Entwicklung förderlich ist.*

§1666 BGB

- (1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das Familiengericht, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.*
- (2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kinde oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.*
- (3) Das Gericht kann Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge ersetzen.*

⁸ Auf das Fallbeispiel am Anfang des Kapitels sei an dieser Stelle noch einmal verwiesen.

(4) In den Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

Falldarstellung:

Manuel 15 Jahre, wird im Rahmen einer Begutachtung für das Familiengericht vorgestellt. Angefragt ist eine jugendpsychiatrische Stellungnahme zu geeigneten erzieherischen Maßnahmen, die dazu beitragen sollen, den Jugendlichen von der Straße zu holen. Er ist der Älteste von fünf (Halb-)Geschwistern, die alle bei der Mutter leben. Nach Trennung der Eltern wurde ein gemeinsames Sorgerecht für Manuel vereinbart, der Junge zog zum Vater, der ihm aber keine Grenzen setzen konnte. Manuel schwänzte die Schule, Diebstähle und Sachbeschädigungen führten bald zu Jugendgerichtsverfahren. Der Vater bemühte sich einerseits sehr um die Erziehung des Jungen im eigenen Haushalt, blockierte andererseits aber alle Hilfeangebote des Jugendamtes. Die Situation eskalierte völlig, nachdem Manuel zur Mutter zog: Drohungen gegen Hausbewohner, Prügel für die Geschwister, nächtliches Ausbleiben und Alkoholkonsum veranlassten die Mutter schließlich zu einem Antrag beim Familiengericht auf Einleitung außerhäuslicher Vollzeitpflege in einer Jugendhilfeeinrichtung, wie sie auch das Jugendamt vorgeschlagen hatte. Das Gericht verwies auf die Pflicht der Eltern sich zu einigen (§1627 BGB), bereitete aber eine Übertragung der Entscheidungsbefugnis in dieser Angelegenheit von erheblicher Bedeutung (§1628 BGB) auf einen Elternteil vor, hierzu sollen Jugendamt und jugendpsychiatrischer Sachverständiger gehört werden. Zur Diskussion steht theoretisch auch die Übertragung der Personensorge auf das Jugendamt.

Die Praxis der Familiengerichte spricht für eine sehr hohe Hürde, die vor einer Einschränkung der elterlichen Personensorge derzeit zu nehmen ist. Dementsprechend intensiv sind häufig die Bemühungen auf Seiten des Helfersystems, die Unterstützung aller beteiligten Familienmitglieder für gemeinsam getragene Maßnahmen zu erhalten. Im geschilderten Fall war das Familiengericht zögerlich, die Einbindung des Vaters gelang nicht, zu einer Veränderung des gemeinsamen Personensorgerechts kam es auch nicht, nachdem der Jugendliche erneut straffällig wurde (Körperverletzung). Über

lange Zeit erging keine Entscheidung, die aus Sicht des Gutachters mit Eile geboten schien.

Zu Recht weist Heilmann auf die Besonderheiten des kindlichen Zeitempfindens hin, die in Verfahren zur Regelung von Personensorge und Umgang meist nicht ausreichend berücksichtigt werden. Überlange Verfahrensdauern können zur Entfremdung zwischen Kind und dem sogenannten „Nichtwohn-Elternteil“ führen. Dies ist insbesondere bei jüngeren Kindern sehr zum Nachteil der Eltern-Kind-Beziehung.

Gutachterliche Fragestellungen beinhalten die Notwendigkeit einer gewissen therapeutischen Abstinenz. Der Gutachter kann aber einen anderen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater vorschlagen, der ohne Rollenkonflikt einschätzen kann, ob eine therapeutische Intervention sinnvoll ist.

Aus dem übrigen Bestimmungen des BGB ist besonders der §1631b zu erwähnen, da er für besondere Situationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Jugendhilfe von Bedeutung ist. Es geht um die mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung⁹.

§ 1631b Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung

Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichts zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.

Immer wieder stellen sich Missverständnisse zu dieser Regelung ein: es geht um die **Genehmigung** einer elterlichen Entscheidung, ein Eingriff in die Rechte der antragsberechtigten Eltern erfolgt hierdurch nicht. Völlig anders verhält es sich mit den Regelungen zur Unterbringung, wie sie in den Gesetzen der Länder¹⁰ (PsychKG)

⁹ Eine sehr hilfreiche Zusammenstellung zu den rechtlichen Aspekten der Freiheitsentziehung findet sich bei Kinze 2004

¹⁰ Eine Literaturangabe findet sich am Ende des Beitrages. Leichter sind diese Landesgesetze über das jeweilige Sozialministerium aufzufinden

angesprochen sind. Liegt die Genehmigung vor, werden Eltern im Verbund mit Behandlern und evtl. mit Mitarbeitern einer entsprechend ausgestalteten Jugendhilfeeinrichtung zur situationsadäquaten Anwendung ermächtigt. Auch mit richterlicher Genehmigung bleibt die unbedingte Verpflichtung von Eltern und Behandlern zu einem ethisch jederzeit vertretbaren Umgang mit dem betroffenen Jugendlichen! Auch Aspekte der Partizipation sind zu berücksichtigen: Der betroffene Jugendliche ist richterlich zu hören¹¹.

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz KJHG (SGB VIII)¹²

Kein anderes Gesetzeswerk mag die Kinder- und Jugendpsychiatrie so beschäftigt haben wie das KJHG (SGB VIII)! Wegen geplanter, weiterer Veränderungen wird es auch zukünftig notwendig sein, jede Aktualisierung akribisch zu verfolgen. Eine aktuelle Zusammenfassung findet sich bei Wiesner (2004). Das aktuelle Szenario des Miteinander von Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie beschreiben Fegert und Schrapper (2004).

Am 1.1.1991 trat ein Gesetz zur Neuregelung der Kinder- und Jugendhilfe in Kraft, welches nach sehr langer, immer wieder stockender Vorarbeit einen maßgeblichen Perspektivenwechsel der gesetzlichen Hilfen für Menschen bis zum vollendeten 27. Lebensjahr fest schrieb. In diese Ausführungen fließen auch die Auswirkungen verschiedener Aktualisierungen¹³ und Neuordnungen ein. Diese ergaben sich aus den politischen Veränderungen in Deutschland nach 1990 und sich verändernden Konzepten und Strukturen der Jugendhilfe allgemein. Auch die Neufassung spezieller Gegenstände der Sozialrechtsprechung wie des Begriffs der (seelischen) Behinderung ist berücksichtigt.

“Dem Gesetz liegt ein neues Verständnis von Jugendhilfe zugrunde. Nicht mehr die (reaktive) Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicher-

¹¹ Die geschlossene Eingangstür einer Station für kleinere Kinder erfüllt dagegen die nicht genehmigungspflichtige Funktion der altersangemessenen Wahrnehmung der Aufsichtspflicht (Sack et al. 1978).

¹² Die Bezeichnungen KJHG und SGB VIII werden in dieser Darstellung vereinfachend synonym benutzt.

¹³ Die jeweils aktuelle Fassung des SGB VIII kann bei den Bundes- und Landesministerien für Jugend bezogen werden.

heit und Ordnung, die Ausgrenzung verwaarloster Jugendlicher durch geschlossene Unterbringung und Arbeitserziehung oder die Rettung von Kindern vor dem gefährdenden Einfluss ihrer Eltern sind der zentrale Auftrag der Jugendhilfe, sondern die Förderung der Entwicklung junger Menschen und ihre Integration in die Gesellschaft... in unterschiedlichen Lebenssituationen" (Wiesner¹⁴).

Für Juristen ist die Sprache des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ungewöhnlich: Wiesner verweist auf die zunächst unpräzise erscheinende Ausdrucksweise und die "Fülle unbestimmter Rechtsbegriffe" des Gesetzestextes. Beides muss von der Intention her verstanden werden: "Diese (Regelungen) befassen sich überwiegend mit der Steuerung pädagogisch-therapeutischer Prozesse, deren Inhalte sich gesetzlicher Programmierungen weitgehend entziehen. Rechtliche Vorschriften in diesem Bereich können insoweit nur den Rahmen für die Anwendung fachlicher Methoden und Konzepte insbesondere der Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie und Medizin bilden" (Wiesner et al. 1995, S. 12).

Diese einführenden Worte eines wegweisenden Kommentars zum Gesetzeswerk machen deutlich, dass Unschärfe in der Formulierung in Kauf genommen wurde, um dem Anspruch einer umfassenden Neuregelung Nachdruck zu verleihen. Dies wirkt sich in vielen Praxisfeldern der Kooperation mit der Jugendhilfe weiterhin aus. Gleichzeitig wird im Kommentar die Notwendigkeit der Vernetzung mit der therapeutischen Seite explizit benannt. Dies stellt zumindest theoretisch eine Chance zum Dialog und zum gemeinsamen Handeln dar.

Zunächst soll jedoch die historische Bedeutung des SGB VIII gewürdigt werden. Neue Perspektiven ergeben sich durch folgende Elemente des Kinder- und Jugendhilfegesetzes:

- Die früher gebräuchliche Unterscheidung in Jugendpflege (Maßnahmen für "gesunde" Jugendliche) und die Jugendfürsorge (Maßnahmen für kranke und deviante Jugendliche) wurde aufgegeben.

¹⁴ Wiesner, a.a.O S.13

- Kinder sind deutlicher als im bisherigen JWG¹⁵ Adressaten des Gesetzes.
- Die jungen Volljährigen bis zum vollendeten 27. Lebensjahr erhalten unter bestimmten Umständen ebenfalls Leistungen nach diesem Gesetz.
- Leistungsadressaten werden beteiligt.

Die rechtliche Stellung der Eltern hinsichtlich ihrer Erziehungsverantwortung wurde gestärkt¹⁶. Auch die Gleichstellung behinderter und nicht behinderter Kinder und Jugendlicher war beabsichtigt. Das Jugendamt – eigentlich müsste es im Zuge dieses Gesetzes “Kinder- und Jugendamt” heißen – sollte zuständige Behörde für alle jungen Menschen unserer Gesellschaft und ihrer gesetzlichen Vertreter sein.

Der gewollte radikale Aufgabenwandel der Stellen, die früher die Jugendfürsorge ausübten und damit zur Stigmatisierung ihrer Klienten beitrugen, konnte jedoch nicht vollständig vollzogen werden: Gegenwehr aus den Reihen der Elternverbände von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung blockierte eine Neuregelung, die eine eindeutige Orientierung aller Kinder und Jugendlichen hin zum neuen Jugendamt hätte bedeuten können. In der Tat waren durch die Regelungen der §§39 und 40 des inzwischen außer Kraft gesetzten Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) modellhafte Rechtsgrundlagen für die Sozialleistungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen geschaffen worden. Mit Inkrafttreten des KJHG wurden Befürchtungen seitens der Verbände der Behinderten laut, im Falle einer Umorientierung hin zum Jugendamt Stigmatisierung oder rechtliche Einbußen hinnehmen zu müssen. Die Angst vor dem Stigma des “alten Jugendamtes” scheint eine generelle Vereinheitlichung nach wie vor und auf lange Sicht zu verhindern. Ist dies als Privilegierung der körperlich und geistig behinderten gegenüber den seelisch behinderten Menschen zu sehen?

¹⁵ Jugendwohlfahrtsgesetz von 1961, als Novellierung des 1953 wieder in Kraft gesetzten Reichjugendwohlfahrtsgesetzes RJWG

¹⁶ Salgo findet deutliche Worte, wenn er als ein wesentliches Merkmal der Jugendhilfe im SGB VIII anführt: „Die Unterstützung, Herstellung oder Wiederherstellung der elterlichen Verantwortung und des elterlichen Erziehungsprimats bis zur Grenze missbräuchlichen und Kindeswohl schädigenden Verhaltens...“ mündliche Mitteilung 2004

Wie lässt sich also eine möglichst große Übereinstimmung der verschiedenen Sichtweisen erzielen? Die Beteiligten sind der Experte der wirtschaftlichen Jugendhilfe mit vorwiegend sozialrechtlichem Verständnis, die sozialpädagogische Fachkraft des Jugendamtes mit klientenzentrierter Sicht und der externe therapeutische Berater. Merchel und Schrapper sehen hier im Einklang mit Wiesner die fachliche Entscheidungskompetenz der zuständigen Fachkraft. Aus der klientenzentrierten Entscheidung heraus soll die wirtschaftliche Jugendhilfe ihren Handlungsspielraum ableiten. Die Realität ist anders: Auch wenn dies von Wiesner¹⁷ als rechtswidrig bezeichnet wird, besteht in der Praxis der Letztentscheidungsvorbehalt der kommunalpolitischen Verantwortlichen gerade bei kostenträchtigen Fällen. Diese Option der wirtschaftlich orientierten Letztentscheidung geht bedauerlicher Weise deutlich zu Lasten der Offenheit des fachlichen Dialogs.

Noch ist SGB VIII ein Bundesgesetz. Seine erstmalige Verabschiedung fiel in eine Zeit, in der die kommunale Jugendhilfe in Deutschland gestärkt wurde und die Bundesländer Kompetenzen an Kreis- und Stadtverwaltungen abgegeben haben. Die damit verbundenen finanziellen Folgen lasten schwer auf den Schultern der Kommunen und mögen – regional sehr unterschiedlich – zu der geschilderten Verfahrensweise in den Jugendämtern führen. Im Kontakt mit mehreren Jugendämtern muss sich der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut auf eine große Variabilität des Vorgehens der Behörden einstellen. Eine noch weiter gehende Heterogenität der Rechtslage ist zu erwarten, wenn im Rahmen der Föderalismusdiskussion weitere Kompetenzen vom Bund auf die Länder übertragen werden sollten – ein Ansinnen, was vor der Jahreswende 2004/2005 nur knapp gescheitert ist.

Wesentliche Regelungen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Der wichtige Aspekt der Partizipation – also der Beteiligung der Betroffenen, genauer gesagt der Leistungsberechtigten und der Leistungsadressaten – soll noch vor Erläuterung der einzelnen Hilfearten des KJHG dargestellt werden. Partizipation berücksichtigt zum einen die gesellschaftliche gewollte Stärkung der

¹⁷ Wiesner 1995, S. 478f.

elterlichen Erziehungsverantwortung, zum Anderen reagiert das Gesetz auf die wahrgenommene wachsende Mündigkeit von Kindern und Jugendlichen in unserer Gesellschaft. Dementsprechend sollen Kinder ihrer Reife entsprechend in alle sie betreffenden Regelungen einbezogen werden:

§8 KJHG Beteiligung von Kindern und Jugendlichen

- (1) Kinder und Jugendliche sind entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen der öffentlichen Jugendhilfe zu beteiligen. Sie sind in geeigneter Weise auf ihre Rechte im Verwaltungsverfahren sowie im Verfahren vor dem Familiengericht und dem Verwaltungsgericht hinzuweisen.*
- (2) Kinder und Jugendliche haben das Recht, sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt zu wenden.*
- (3) Kinder und Jugendliche können ohne Kenntnis des Personensorgeberechtigten beraten werden, wenn die Beratung aufgrund einer Not- und Konfliktlage erforderlich ist und solange durch die Mitteilung an den Personensorgeberechtigten der Beratungszweck vereitelt würde.*

Kinder und Jugendliche sollen als Inhaber von Rechten – „Rechtsträgern“ – wahrgenommen werden. Weiterhin sind Ansatzpunkte für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit Familien gegeben: einerseits werden Elternrechte und Generationsgrenzen deutlich gemacht, andererseits verschafft sich das Kind oder der Jugendliche mit seiner eigenständigen Meinung Gehör. Vielfältige Gegensätze in den Interessenlagen sind denkbar.

Falldarstellung:

Mira, 16 Jahre, hat sich an das zuständige Jugendamt gewandt. Sie empfindet ihre häusliche Situation zunehmend als belastend. Die Mutter stimmt der von ihr geplanten Beendigung der Schule und der Aufnahme einer Berufsausbildung nicht zu. Zudem gebe es mit dem neuen Partner der Mutter ständig heftige Auseinandersetzungen. Sie überlegt den Auszug aus der Wohnung der Mutter. Hierzu fehlen ihr jedoch die finanziellen Mittel. Auch weiß sie nicht, wie sie dies mit der Mutter besprechen kann. Es erfolgt eine Beratung des Mädchens, als Zwischenziel sieht die Fachkraft des Jugendamtes

ein vermittelndes Gespräch mit Mira und ihrer Mutter an. Vorerst bietet sie Mira jedoch vertrauliche Gespräche an, ohne dass die Mutter informiert wird. Hierzu gehört auch der Verweis auf weitere Beratungsmöglichkeiten für Mira und ihre Familie.

Beteiligung und Partizipation werden häufig synonym verwendet. Oft wird Beteiligung als ein Engagement verstanden, welches weit über den Einzelfall hinausgeht. Die gesellschaftliche Relevanz der Beteiligung als Einbeziehung junger Menschen in die Planung der eigenen Lebenswelt kommt in einem Grundsatzpapier der Landesjugendämter von 1998 zur Geltung. Die verantwortungsbewusste Mitwirkung bei altersrelevanten Entscheidungsprozessen hat regional und mit wechselndem Erfolg zur Bildung von Kinder- oder Jugendlichenparlamenten geführt. Vielerorts ist noch von einem experimentellen Charakter dieser Institutionen auszugehen.

Für den Praktiker sind die Ausführungen zu den Leistungen der Jugendhilfe (§§ 27-41 KJHG) von vorrangiger Bedeutung.

Vierter Abschnitt des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

Dieser regelt die Hilfe zur Erziehung, die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, sowie die Hilfe für junge Volljährige.

Hilfe zur Erziehung hat folgende spezifische Merkmale:

- Die individuelle Feststellung des Bedarfs und Auswahl der Hilfeform
- Die Auslösung des Hilfebedarfes durch die Situation des Kindes oder Jugendlichen
- Die zeit- und zielgerichtete pädagogische und gegebenenfalls auch therapeutische Intervention, die bei längerem Hilfebedarf im Rahmen eines Hilfeplanes erfolgt¹⁸
- Adressaten der Hilfe zur Erziehung sind die Eltern¹⁹

¹⁸ Siehe hierzu auch die Ausführungen zum Hilfeplan und zum Hilfeplangespräch

¹⁹ Dies steht im Gegensatz zum §35a KJHG: Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sieht die Betroffenen selbst als Leistungsadressaten und –berechtigte.

Erziehungsberatung (§28 KJHG)

Erziehungsberatung wird häufig von Trägern der freien Jugendhilfe angeboten. Die öffentlichen Träger der Jugendhilfe haben im Rahmen ihrer Planungsverantwortung auf die Verfügbarkeit entsprechender Stellen in ihrem Bereich zu achten. Die Vernetzung der einzelnen Dienste und die Herstellung von Transparenz der verfügbaren Beratungsmöglichkeiten sind Aufgaben, die sich die Jugendämter häufig zu eigen machen.

Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer (§30 KJHG)

Für die Unterstützung ihrer erzieherischen Kompetenz können Eltern Hilfe in Form eines durch das Jugendamt vermittelten Erziehungsbeistandes erhalten. Es handelt sich um eine ambulante Hilfeform, die auf das vertrauensvolle Zusammenwirken einer pädagogischen Fachkraft mit Eltern setzt, ein zeitlicher Rahmen wird individuell festgesetzt. Das Angebot der Unterstützung durch einen Erziehungsbeistand ist freiwillig, oft trägt aber der Aushandlungsprozess für diese Hilfeform zwischen Jugendämtern und Eltern die Vorzeichen der Abwendung von Maßnahmen, die für alle Beteiligten noch eingreifender wären.

Die im gleichen Paragraphen aufgeführte Regelung zum *Betreuungshelfer* nimmt Bezug auf das Jugendgerichtsgesetz (§10 JGG). Hierbei handelt es sich um eine gerichtliche Auflage.

Sozialpädagogische Familienhilfe (§31 KJHG)

Sozialpädagogische Familienhelfer führen intensive ambulante Jugendhilfemaßnahmen in Familien durch, die eine anhaltende Verbesserung der gesamten Erziehungssituation zum Ziel haben. Typischerweise erfolgt der Einsatz in Familien, in denen geringe erzieherische Kompetenz die Möglichkeiten einer Erziehungsbeistandschaft deutlich übersteigt und weitere Problemkreise deutlich werden.

Falldarstellung:

Frau P., 24 Jahre, ist allein erziehende Mutter. Die Beantragung einer sozialpädagogischen Familienhilfe wurde ihr vom Kinderschutzbund vorgeschlagen, nachdem sich ambulante Beratung allein als nicht ausreichend erwies. Sie hat zwei Kinder von 2 und 3 Jahren, mit deren Erziehung sie sich teilweise überfordert sieht. Die finanziellen Verhältnisse sind angespannt. Nach Besuchen beim leiblichen Vater reagieren die Kinder mit auffälligem Verhalten. Zeitweilig wächst Frau P. der Haushalt über den Kopf. Ihrer eigenen Mutter gegenüber kann sich Frau P. schlecht abgrenzen, nach wiederholten Konflikten hat sie den Kontakt abgebrochen, was aber zur Folge hat, dass sie nun niemanden hat, der wenigstens stundenweise die Kinder beaufsichtigt. Hierdurch ist auch ihre geringfügige Beschäftigung gefährdet.

Eine sozialpädagogische Fachkraft betreut die Familie. Die verschiedenen Problemkreise werden analysiert, Hilfe zur Selbsthilfe ist das erklärte Ziel. Grundlage der Zusammenarbeit ist ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Frau P. und der Fachkraft.

Erziehung in einer Tagesgruppe (§32 KJHG)

Bei Kindern ab der Einschulung sind Maßnahmen in pädagogischen Tagesgruppen möglich, wenn eine Unterbringung in einer Pflegefamilie oder in einem Heim der Jugendhilfe vermieden werden sollen. Das soziale Lernen in der Kindergruppe unter pädagogischer Anleitung, die Begleitung der schulischen Förderung einschließlich Hausaufgabenbetreuung und die Elternarbeit sind regelmäßig Bestandteil dieser Hilfeform. Sie kann vor allem im städtischen Umfeld Wirkung entfalten, wenn die elterliche Wohnung, die Schule und die Tageseinrichtung in vertretbarer Nähe liegen. In ländlichen Gebieten bestehen – häufig in Anbindung an Heime der Jugendhilfe – gelegentlich Tagesgruppen in Kombination mit einer Schule (mit dem Schwerpunkt soziales Lernen).

Falldarstellung:

Alexander, 11 Jahre, ist eines von sieben Geschwistern. Die Familie lebt in ländlicher Umgebung im eigenen Haus. Viele der Kinder waren bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Der Junge wurde bisher per Bus zur Schule mit dem Schwerpunkt Ler-

nen (früher „Sonderschule für Lernbehinderte“) geschickt. Da der Vater chronisch erkrankt ist und mehrere Geschwister intensive Aufmerksamkeit der Mutter beanspruchen, war eine Erziehungsbeistandschaft eingerichtet worden, die sich jedoch nicht als ausreichend erwies. Nach einem ungeklärten Zimmerbrand im Haus und Vorfällen, bei denen Alexander ohne adäquate Einschätzung des Risikos auf die Fahrbahn sprang und für erhebliche Eigengefährdung und Gefährdung des Straßenverkehrs sorgte, wurde er in einer Tagesgruppe mit angeschlossener Schule betreut. Hierdurch erhält auch sein Nachmittag mehr Strukturierung. Regelmäßig wird die Familie zu Beratungen und Informationsgesprächen in die Tagesgruppe einbestellt.

Vollzeitpflege (§33 KJHG)

Die Vollzeitpflege in einer vom Jugendamt akkreditierten Pflegefamilie kann zeitlich befristet oder auf Dauer angelegt sein. Häufig stellt die Herausnahme eines Kindes einen erheblichen Eingriff in die elterlichen Rechte dar. Eine Vollzeitpflege ist allerdings auch möglich ohne Eingriff in die Personensorge der leiblichen Eltern. Die große Anzahl von Personen auf der Elternebene - leibliche Eltern, Pflegeeltern, Mitarbeiter des Jugendamtes als eigentliche Auftraggeber – kann zu erheblichen Begleitkonflikten und Abstimmungsproblemen führen.

Jugendämter sollen Pflegefamilien auf ihre Eignung hin einschätzen und sie gezielt auswählen. Eine kontinuierliche Fortbildung gehört ebenso zur Betreuung wie die Bereitschaft zur Beratung der Pflegefamilie oder der Gewährung von kontinuierlicher Supervision. Neben frei ausgewählten Familien gibt es auch sogenannte Sonderpflegestellen, in denen die Pflegeeltern einen (sozial-)pädagogischen oder therapeutischen Beruf haben.

Heimerziehung und sonstige betreute Wohnformen (§34 KJHG)

Neben den Erziehungsmaßnahmen in einer Tagesgruppe oder in einer Pflegefamilie, die häufig die Funktion haben, eine außerhäu-

liche Unterbringung zu vermeiden, bestehen Möglichkeiten der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen in eine Heimeinrichtung. Die Einleitung von derartigen Hilfeformen erfolgt durch Antrag der Eltern und die Planung im Rahmen eines Hilfeplangesprächs. Die Entwicklung und Überlegungen zum weiteren Vorgehen führen Eltern, Betreuer und Jugendamt turnusmäßig zusammen. Eine Rückführung in die Ursprungsfamilie ist häufig das Ziel aller Beteiligten. Aus dem Verlauf der meist 14tägig vorgenommenen Beurlaubungen nach Hause ergeben sich Hinweise, welche Ziele realistisch sind. Soziale Förderung, Beschulung und die Beratung der Familien sind wichtige Inhalte der Heimbetreuung. Komplexere Problemlagen bewirken, dass oft eine intensive Kooperation einer solchen Jugendhilfeeinrichtung mit einem Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater etabliert ist. Eine Heimaufnahme gegen den Willen der Eltern kann nur über §1666 BGB (Kindeswohl) begründet werden.

Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35 KJHG)

Die Hilfe zu einer selbst verantworteten Lebensführung steht im Mittelpunkt dieser Hilfeform, die sich an ältere Jugendliche und junge Erwachsene wendet. Nicht die Rückkehr in die Herkunftsfamilie sondern die Entwicklung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung sind die Ziele, die mit diesem Hilfetypus verfolgt werden. Ein eigenes Zimmer, eine Wohngemeinschaft oder ähnliche Formen altersgerechten Wohnens steht diesen Jugendlichen meist zur Verfügung. Sie sind konfrontiert mit den alltäglichen Problemen der Haushaltsführung und haben Probleme des Ausbildungsabschlusses oder der Arbeitsfindung zu bewältigen. Dieses Hilfeangebot erscheint sinnvoll für junge Menschen mit geringer Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit, abweichenden Verhaltensweisen bis hin zu Anzeichen einer Persönlichkeitsstörung, (Prä-)Delinquenz, Promiskuität und Abgrenzungsproblemen zum Nichtsesshaften- und Drogenmilieu. Von Seiten der professionellen Betreuer wird häufig eine ausgeprägte Beziehungsunfähigkeit der Zielgruppe konstatiert. Die Verbesserung und Stabilisierung der Beziehungsfähigkeit wird zu einer Hauptdeterminante dieser Hilfeform. Betreuer wollen erreichbar sein, wollen nicht als eingreifend oder kontrollierend wahrgenommen werden. Sowohl die klassischen Hilfeformen der Jugend-

hilfe wie auch ein milieugepasstes streetwork-Szenario liegen im Spektrum dieses Ansatzes.

Hilfe für junge Volljährige (§41 KJHG)

Nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz ist das Hilfsangebot nicht auf die Minderjährigen begrenzt. Auch wenn Hilfsmaßnahmen häufig mit 18 enden, stehen hier theoretisch noch bis zum vollendeten 27. Lebensjahr altersgerechte Hilfsmöglichkeiten bereit. Sie werden am "Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes" gewährt. Die Schaffung von eigenen Wohnmöglichkeiten, das Bemühen um Selbständigkeit und die eigenverantwortliche Sicherstellung des Lebensunterhaltes sind Ziele der auch in dieser Betreuungsform zentralen Hilfe zur Selbsthilfe.

Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen (§42 KJHG)

Kinder und Jugendliche, die das Jugendamt um Obhut bitten und nicht nach Hause zurückkehren wollen, sind vom Jugendamt im Rahmen der Inobhutnahme vorläufig unterzubringen. In anderen Fällen kann eine entsprechende Maßnahme auch gegen den Willen eines Kindes oder Jugendlichen durchgeführt werden. Eine Klärung zwischen Jugendamt und den Inhabern des Personensorgerechts wird sich in jedem Fall unmittelbar anschließen. In strittigen Fällen wird sich eine familienrichterliche Entscheidung nicht umgehen lassen. Eine ganze Fülle von Situationen lässt sich als Auslöser für die Inobhutnahme beschreiben:

Fallbeispiele:

Karla, 14 Jahre, wird nachts um 1.00h im Bahnhofsviertel einer Großstadt fern ihrer Heimat aufgegriffen und dem Jugendamt von der Polizei überstellt. Das Jugendamt informiert den Vater. Nach einer Nacht in einer Wohngruppe wird sie morgens von ihm abgeholt.

Peter, 4 Jahre, hat unverletzt einen Autounfall überlebt, seine Eltern sind mit schweren Kopfverletzungen ins Krankenhaus gekommen und nicht bei Bewusstsein. Das Jugendamt am Unfallort übernimmt zeitweilig die Verantwortung und bemüht sich um Kontakt zu Ver-

wandten. Da der Zustand der Eltern sich nicht rasch bessern wird, schaltet das Jugendamt das Familiengericht zur vorübergehenden Klärung des Personensorgerechts ein.

Franziska, 14 Jahre, hat der Lehrerin über den fortgesetzten sexuellen Missbrauch in der Familie berichtet. Nach einem gemeinsamen Gespräch mit dem Jugendamt zieht sie zunächst in eine Pflegefamilie. Das Jugendamt nimmt sofort mit den Eltern Kontakt auf und erläutert die Situation. Diese schalten unverzüglich einen Rechtsanwalt ein und fordern die Herausgabe ihres Kindes. Eine familienrichterliche Eilentscheidung wird nötig.

Herausnahme des Kindes oder des Jugendlichen ohne Zustimmung des Personensorgeberechtigten (§43 KJHG)

Bei der Herausnahme eines Kindes oder Jugendlichen handelt das Jugendamt als Ordnungsbehörde. Da es seine Vorgehensweise meist auf den Kindeswohl-Paragrafen §1666 BGB²⁰ stützen wird, ist eine enge Kooperation mit dem Familiengericht stets gegeben. Es handelt sich bei diesem Vorgehen um einen Eingriff in die Rechte der Personensorgeberechtigten, die gleichwohl Anspruch haben auf Information zur entstandenen Situation.

Beratung in Fragen der Partnerschaft, Trennung und Scheidung (§17 KJHG)

Hilfe nach §17 KJHG wird ausgelöst durch Krisen in der Partnerschaft der Eltern des Kindes. Das Hilfsangebot des Kinder- und Jugendhilfegesetzes zielt darauf ab, dem Kind ein "Optimum an nahehehlicher Elternschaft" (Wiesner) zu sichern, wenn eine Bewältigung der Familienkrise nicht mehr möglich ist. In der Praxis wird sich das Vorgehen des Jugendamtes im Beratungsprozess nicht erkennbar unterscheiden von den anderen Hilfeformen.

²⁰ Weitere Einzelheiten siehe dort

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a KJHG)

Der §35a KJHG ist die vermutlich die umstrittenste Regelung des gesamten Gesetzeswerkes. Als Eingliederungshilfe unterscheidet sich diese Regelung von den vorangegangenen Hilfen zur Erziehung. Die Nähe zum Gegenstand des §39 im „alten“ Bundessozialhilfegesetz ist deutlich. Ausführungen zur seelischen Behinderung erfolgen gesondert.

Sozialraumorientierung

Zum Schluss dieses Überblicks zum Kinder- und Jugendhilfegesetz soll auf die aktuelle Debatte zur Sozialraumorientierung²¹ in der Jugendhilfe aufmerksam gemacht werden. Sie hat in den Jahren ab 1999 zu einer Fülle von Publikationen geführt. Die präventive und hilfreiche Ausgestaltung von näher zu definierenden sozialen Räumen (Kommunale Gebietskörperschaft oder auch sozialer Brennpunkt in einer Großstadt) gerät dabei schon allein aus Gründen des kommunalen Budgets in einen Gegensatz zu der vor Ort momentan verfügbaren Hilfe für betroffene Familien. Die Nutzung finanzieller Ressourcen für eine derartige Ausgestaltung des Sozialraumes sollte allerdings die Hilfeleistung im Einzelfall nicht gefährden. Gleichzeitig ist aber auch die Bündelung von Ressourcen und die bessere Vernetzung vorhandener Strukturen, also eine Erhöhung der Effizienz, thematisiert. Eine Erweiterung zur interdisziplinären Diskussion und damit auch die sinnvolle Erörterung der interdisziplinären Vernetzung steht noch aus.

SGB IX : Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft

Seit dem 1. Juli 2001²² ist das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Kraft getreten. Die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Gesellschaft sind seine wesentlichen

²¹ Synonym wird auch von Lebensweltorientierung gesprochen.

²² Weitere Änderungen erfolgten am 10.12.2001 (Rechtsstand 1.1.2002)

Inhalte. Menschen, bei denen eine Behinderung droht, sind behinderten Menschen gleichgestellt.

Da der Behinderungsbegriff in einer Weise neu bestimmt wurde, die auch für kinder- und jugendpsychiatrische Patienten oder auch die Klienten des Psychologischen Psychotherapeuten relevant sein kann, werden die Inhalte hier dargestellt. Weiterhin werden im SGB IX viele Harmonisierungen vorgenommen, die in der historisch gewachsenen Vielfalt bisheriger deutscher Sozialgesetzgebung dringend geboten schienen. So ist mit dem Inkrafttreten des SGB IX auch im §35a KJHG und im §39 des inzwischen nicht mehr gültigen BSHG jeweils eine Formulierungsänderung vorgenommen worden, die auf das SGB IX Bezug nimmt.

Auszüge aus dem SGB IX

§2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Das SGB IX hat sich in seiner Definition von Behinderung an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation ausgerichtet. Im Gegensatz zur früheren Unterscheidung von „impairment, handicap and disability“ als drei wesentlichen Facetten von Behinderung sind Defizitorientierung und medizinische Perspektive in den Hintergrund getreten. Die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft steht nun ganz im Vordergrund.

Für die praktische Anwendung der neuen Begriffsdefinition von Behinderung ist der 6-Monats-Zeitraum relevant. Gleichzeitig steht er für das Eingeständnis einer noch unzureichenden Alltagstauglichkeit anderer Definitionskriterien.

Auch wenn Individualisierung immer noch das Grundprinzip in der Sozialgesetzgebung ist – der Grund der Eingliederungshilfe ist die bei einem Individuum bestehende oder drohende Behinderung – ist wohlthuend zu bemerken, dass die Sprache sich gewandelt hat: Statt früher von “dem Behinderten” zu sprechen, heißt es nun “die behinderten Menschen”.

§3 Vorrang von Prävention

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

§4 Leistungen zur Teilhabe

- (1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung*
- 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,*
 - 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.*
 - 3. Die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder*
 - 4. Die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige oder selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erreichen.*
- (2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.*
- (3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kin-*

der nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

Mit dem Begriff „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ werden die Sozialleistungen verstanden, die in geeigneter Weise die Folgen einer Behinderung vermindern können oder in der Lage sind eine (drohende) Behinderung abzuwenden, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Weiterhin sollen der Eintritt der Pflegebedürftigkeit und die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vermieden werden. Die Teilhabe am Arbeitsleben soll entsprechend den Fähigkeiten und Neigungen gesichert werden. Die ganzheitliche²³ persönliche Entwicklung steht ebenfalls im Zentrum der Förderung. Zur Anwendung auf den Bereich der seelischen Behinderung finden sich bei Schrapper (2004) aktuelle Ausführungen.

Um diese Ziele zu erreichen sind vorgesehen

1. Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zu der unter anderem die Frühförderung behinderter Kinder, die Heilmittelbehandlung (also zum Beispiel die Durchführung ergotherapeutischer Behandlung) und die Psychotherapie gehören
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
3. Leistungen, die den Unterhalt sichern oder ergänzen
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Eine Erbringung dieser Leistungen als Eingliederungshilfe wird allerdings nur dann zustande kommen, wenn nicht bereits Ansprüche gegenüber einem der in §6 genannten Rehabilitationsträger direkt bestehen. Wer in der gesetzlichen Krankenkasse versichert ist, wird in der Regel keine Heilbehandlung als Eingliederungshilfe erhalten.

§4 (3) weist noch einmal deutlich auf wesentliche Grundgedanken des SGB IX hin, die für Kinder- und Jugendbereich relevant sind:

- Gleichstellung von behinderten und nicht behinderten Kindern
- Stärkung von Integrationsbestrebungen

²³ Zum Terminus der „Ganzheitlichkeit“ fehlt eine nähere Begriffsbestimmung.

- Beteiligung/Partizipation.

Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

Unklar bleibt, warum in §4 SGB IX Jugendliche und Erwachsene nicht ebenfalls erwähnt werden.

§6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

- 1. die gesetzlichen Krankenkassen...*
- 2. die Bundesanstalt für Arbeit...*
- 3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung...*
- 4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung...*
- 5. die Träger der Kriegsopferversorgung...*
- 6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe...*
- 7. die Träger der Sozialhilfe...*

(2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

Aus dieser Aufzählung ergibt sich unter anderem für das Jugendamt eine völlig neue Rolle als Rehabilitationsträger! Ohne dass sich bereits eine flächendeckende Umsetzung dieser neuen Gesetzeslage abzeichnet, ist hiermit ein weiterer Wandel dieser Behörde vorgezeichnet. Die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Wahrnehmung von Aufgaben der Rehabilitation soll – im Interesse der Leistungsadressaten – kurze Bearbeitungszeiten ermöglichen.

§23 Servicestellen²⁴ (Auszüge)

(1) Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen. Gemeinsame Servicestellen können für mehrere kleine Landkreise oder kreisfreie Städte eingerichtet werden, wenn eine ortsnahe Beratung und Unterstützung behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen gewährleistet ist. (...)

(2) Die zuständigen obersten Landessozialbehörden wirken mit Unterstützung der Spitzenverbände der Rehabilitationsträger darauf hin, dass die gemeinsamen Servicestellen unverzüglich eingerichtet werden.

(3) Die gemeinsamen Servicestellen werden so ausgestattet, dass sie ihre Aufgaben umfassend und qualifiziert erfüllen können, Zugangs- und Kommunikationsbarrieren nicht bestehen und Wartezeiten in der Regel vermieden werden. Hierfür wird besonders qualifiziertes Personal mit breiten Fachkenntnissen insbesondere des Rehabilitationsrechts und der Praxis eingesetzt.

Für Hilfe suchende Menschen sollen Servicestellen durch ein grundsätzlich anderes Verständnis von Zuständigkeit frühzeitig geeignete Leistungen erbracht werden, ohne dass der Leistungsberechtigte selbst eine Synthese mehrerer Dienstleistungen unterschiedlicher Behörden zu erbringen hat. Servicestellen sind inzwischen flächendeckend eingeführt²⁵, eine wesentliche Rolle scheinen sie bis Ende 2004 nicht eingenommen zu haben. Die Anspruchsberechtigten kennen sie kaum. Vielfach wird man in der Servicestelle Angestellte der Krankenkasse oder anderer Behörden vorfinden, die früher unter anderer

²⁴ Der §23 SGB IX kann so verstanden werden, dass er Ziele des §43 SGB I erneut aufgreift. Auszug: "Besteht ein Anspruch auf Sozialleistungen und ist zwischen mehreren Leistungsträgern streitig, wer zur Leistung verpflichtet ist, so kann der unter ihnen zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen erbringen, deren Umfang er nach pflichtgemäßen Ermessen bestimmt. Er hat Leistungen (...) zu erbringen, wenn der Berechtigte es beantragt." (nach Wiesner 1995, S. 105)

²⁵ Zum 30.06. gab es bundesweit 578 eingerichtete Servicestellen.

Amtsbezeichnung ebenfalls an ähnlich gelagerten „Fällen“ beteiligt waren. Die im Dezember 2004 veröffentlichten Untersuchungen zu Arbeitsweise und Inanspruchnahme lassen auf große, bisher ungenutzte Reserven der Beratung schließen: Man geht von bis zu 30% der Servicestellen aus, die nach einer „worst-case“- Annahme noch keine Kunden verzeichnen konnten!²⁶ In der gleichen Untersuchung geben mehr als ein Fünftel aller Servicestellen einen bisher nur „sehr niedrigen Entwicklungsstand“ ihrer Behörde an²⁷. Merken sollte man sich den §14 SGB IX, der gerade in schwierigen Fällen der Zuständigkeitsklärungen festhält, dass zumindest der zweitangegangene Leistungsträger gegenüber dem Betroffenen leisten **muss**. Die Leistungsträger müssen dann im Anschluss untereinander klären, wer die Finanzierungszuständigkeit hat, ohne dass dies zu Verzögerungen bei der Leistungserbringung gegenüber dem Betroffenen führt²⁸. Über dieses Insiderwissen dürften die meisten Patienteneltern in Praxen und Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht verfügen. Die Durchsetzbarkeit des § 14 SGB IX durch die betroffenen, sozial meist schwachen Familien steht auf einem anderen Blatt!

Wunsch- und Wahlrechte sind auch im SGB IX erneut festgehalten. Sie sind daran geknüpft, dass keine unverhältnismäßigen Mehrkosten bei Berücksichtigung der Wünsche der Leistungsadressaten entstehen dürfen.

In Teil 2 wird auf die aktuellen Änderungen des Sozialhilferechts zum 1. Januar 2005 eingegangen. Die Literatur findet sich am Ende von Teil 2.

²⁶ Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Drucksache 15/4575, Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, Dezember 2004. Es handelt sich um einen sehr umfassenden Überblick über die aktuelle Lage behinderter Menschen aller Altersstufen in dem sich wandelnden Sozialhilfe-Umfeld.

²⁷ Ebenda, Seite 195. Insgesamt 92 von 578 Servicestellen (22 Prozent)

²⁸ zitiert nach Hoffmann-Badache 2004

Sozialrecht aus kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Sicht Teil II: aktuelle Änderungen

Michael Brünger

In Teil I dieses Überblicks wurde auf bisherige Entwicklungen des Sozialhilferechts eingegangen. Diese Fortsetzung wendet sich vor allem den aktuellen Änderungen zum 1. Januar 2005 zu. Einleitend wird das bisherige Bundessozialhilfegesetz (BSHG) kommentiert.

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) – ein Rückblick

Auch wenn das BSHG zum 31.12.2004 außer Kraft gesetzt wurde hat es Rechtsgüter geschaffen, die nach den unter dem Namen Hartz IV bekannt gewordenen Reformen Bestand haben. Eine Betrachtung des alten §39 BSHG macht deutlich welche Rechtspositionen es für Menschen mit Behinderung zu sichern gilt.

Sozialhilfe und Jugendhilfe sind "zwei umfassende sozialrechtliche Hilfesysteme mit unterschiedlichen Aufgaben und unterschiedlichen Rechtsfolgen, die nicht aufeinander abgestimmt und die in sich selbst teilweise unsystematisch und von großer begrifflicher Unschärfe gekennzeichnet sind" (Wiesner 1995, 101f.). Diese Einschätzung ist durch das Neunte Sozialgesetzbuch von 2001 nur teilweise überholt. Da die Umsetzung des neuen Sozialhilferechts noch einige Zeit in Anspruch nehmen wird, ist davon auszugehen, dass diese Aussage in der Praxis noch eine Weile gültig sein wird.

Das bisherige Bundessozialhilfegesetz (BSHG vom 30.06.1961) datiert weit vor dem SGB VIII (KJHG). Es regelte für alle Altersbereiche die Hilfe zum Lebensunterhalt und die Hilfe in besonderen Lebenslagen. Die Tendenz, Gründe für die Eingliederungshilfe jeweils

an der Lebenslage eines Individuums – zum Beispiel an seiner Behinderung – festzumachen, ist klar. Die folgenden Auszüge beschränken sich auf den Unterabschnitt 7, Eingliederungshilfe für Behinderte. Es wird die zuletzt gültige Fassung von 2001 (Inkrafttreten des SGB IX) wiedergegeben.

§39 BSHG (bis 31.12.2004 geltend)

- (1) *Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von §2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch wesentlich²⁹ in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung kann sie gewährt werden.*
- (2) *Von einer Behinderung bedroht im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die Hilfe bei Krankheit und vorbeugende Hilfe nach §37³⁰ erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.*
- (3) *Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört vor allem, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.*
- (4) *Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (...).*

²⁹ Das Kriterium der wesentlichen Behinderung findet sich im SGB VIII nicht, die Unterscheidung zwischen wesentlicher und unwesentlicher Behinderung wird als praxisuntauglich angesehen (Wiesner 1995, S. 405). Trotzdem hat man sich auch im Rahmen der Veränderungen durch das SGB IX nicht entschließen können, auf dieses Adjektiv zu verzichten.

³⁰ §37 BSHG regelte die Hilfe bei Krankheit und vorbeugender Hilfe.

(5) Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht nicht, wenn gegenüber einem Rehabilitationsträger nach §6 Nr. 1 bis 6 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ein Anspruch auf gleiche Leistungen besteht.

Ein Fortbestehen dieser Grundgedanken und ihre praktische Umsetzung scheint einer der Prüfsteine für die neue Gesetzeslage zu sein.

Zum Begriff der seelischen Behinderung

Der Begriff der seelischen Behinderung ist im kommentierenden Schrifttum ausführlich erörtert und diskutiert worden. Eine aktuelle Darstellung findet sich bei Fegert (2004). Die Breite der Diskussion, die dem Kinder- und Jugendpsychiater vertraut ist, speist sich aus allen unzureichenden Definitions- und Regelungsversuchen, die mit dem KJHG ihren Anfang nahmen. Die folgenden Ausführungen wenden sich besonders den seit 2001 im SGB IX festgeschriebenen Definitionen und ihren Folgen für das KJHG zu.

Einschränkende Bewertungen müssen allerdings gleich an den Anfang gestellt werden: Mit der Verabschiedung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist für lange Zeit die Chance verstrichen für Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen einen gemeinsamen Ansprechpartner zu schaffen. Auch die Kommentare des Bundestages am Vorabend der Sozialhilfereformen (in Kraft seit 1.1.2005) beklagen die gravierenden Nachteile für Kinder und Jugendliche der erneut nicht realisierten Synthese der Zuständigkeiten³¹. Die künftige Umsetzung aller Regelungen zu den Servicestellen bleibt abzuwarten. Zumindest sind aber auch bei der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, für die seit 1995 die Zuständigkeit beim Jugendamt liegt, entsprechende Formulierungen des SGB IX in den §35a KJHG übernommen worden.

³¹ Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode Drucksache 15/4575, Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe, Dezember 2004, Seite 33 u. a.

In der bisherigen Praxis ergaben sich Auswirkungen, die vor allem die Kinder und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung und Mehrfachbehinderung tangierten. Die Probleme der jungen Psychotherapiepatienten verweigern sich häufig einer Zuordnung zu Sozialrechts- und Kostenordnungen hartnäckig. In manchen Jugendämtern hat man die 1995 in der Kooperation von Fegert und Wiesner³² erarbeitete Zuordnung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen schematisch übernommen. Besonderheiten des Einzelfalles werden dadurch zurückgedrängt. Diagnostische Zuordnungsprobleme, die den Kinder- und Jugendpsychiater beschäftigen - etwa das Asperger-Syndrom³³ im Rahmen der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen³⁴ - sind nur mit sehr viel Zeitaufwand differenziert zu diskutieren: Warum kann ein Integrationshelfer in manchen Jugendämtern nicht aus dem Kontext des KJHG heraus bewilligt werden³⁵, wenn sein Einsatz auf Grund der nach §35a festzustellenden seelischen Behinderung die Zuständigkeit des Jugendamtes eindeutig bejaht?

In der Vergangenheit war es gelegentlich Aufgabe des Kinder- und Jugendpsychiaters die komplexe Behinderung eines Kindes oder Jugendlichen in seine körperlichen, geistigen und seelischen Komponenten zu "zerlegen", damit entsprechende Kostenregelungen – je nach überwiegendem Behinderungsanteil – gefunden werden können³⁶. Dies kann der Realität der jungen Menschen nicht gerecht werden. Die inzwischen eingerichteten Servicestellen sollten mit dazu beitragen, dass Hilfen zeitnah eingerichtet werden können und der Leistungsadressat nicht mit dem Prozess der zwischenbehördlichen Kostenklärung belastet wird.

³² Wiesner 1995, S. 427ff., kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte von Fegert

³³ F84.5 ICD-10

³⁴ F84 ICD-10

³⁵ Mannweiler, mündliche Mitteilung 2004.

³⁶ Die Reform des Gesundheitsamtes und seine Verlagerung in die Stadt- oder Kreisverwaltung macht nun in vielen Kommunen den Amtsarzt im Gesundheitsamt zum Schiedsrichter zwischen dem hausinternen Sozialamt und dem Jugendamt.

Die seit 1. Juli 2001 gültige Fassung des §35a KJHG zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche befindet sich erneut vor einer weit reichenden Überarbeitung. Diese Änderungen stehen in engem inhaltlichen Zusammenhang mit Veränderungen im § 36 KJHG. Der Wortlaut der aktuellen Entwurfsfassung spiegelt einerseits die zwischenzeitlichen berufspolitischen Änderungen wider: Eindeutiger als bisher sind die Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie an erster Stelle genannt, wenn es um die Feststellung der Abweichung seelischer Gesundheit geht. Andererseits liegt nun die Feststellung einer eingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft „eindeutig“ beim Jugendamt. Diese Eindeutigkeit ist bereits auf den zweiten Blick nicht mehr gegeben, zieht doch die Diagnosefindung bei kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen nach ICD-10 in vielen Fällen gerade die Berücksichtigung der (beeinträchtigten) sozialen Bezüge mit heran. So muss dies als eine Möglichkeit der kommunalen Jugendhilfe angesehen werden, die Kontrolle über die Zuerkennung der Anspruchsberechtigung als Kind oder Jugendlicher mit seelischer Behinderung effizienter ausüben zu können.

§35a KJHG (aktuell geltende Fassung)

(1) Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- 1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und*
- 2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- 1. in ambulanter Form*
- 2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen*
- 3. durch geeignete Pflegepersonen und in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.*

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach §57 des Zwölften Buches soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohten Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

Hier finden sich die Grundanliegen wieder, auf die bereits an anderer Stelle aufmerksam gemacht wurde. Zusätzlich soll durch die Regelung bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Erziehung eine sinnvolle klientenzentrierte Praxis erreicht werden.

§ 35a (Entwurf)

Eine Ergänzung zum Absatz 1 ist in folgender Form geplant:

„Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder und Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“.

Es folgt ein Absatz 1a:

„Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,

2. eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

oder

3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.“

Dies bedeutet: Eine Verbindung zum Zwölften Buch (SGB XII) ist bereits installiert. Im Entwurf des Absatzes 1a findet sich ein Abbild der zwischenzeitlichen berufspolitischen Realitäten, die auch von den kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften einvernehmlich getragen werden³⁷. Hinsichtlich Diagnostik und Therapie ist einer „Selbstbedienung“ der Praxen, Dienste und Einrichtungen wie sie 1995 besonders bei lese-rechtschreibschwachen Kindern regional ungeahnte Ausmaße annahm, ein Riegel vorgeschoben.

Ungeachtet all dieser Änderungen bleibt der Mangel der getrennten Zuständigkeiten für Kinder und Jugendliche mit körperlicher und geistiger Behinderung einerseits, seelischer Behinderung andererseits. Das Ausmaß der gewährten Hilfen ist mehr denn je abhängig von kommunalen Budgets, eine Annäherung der Standards vor Ort darf derzeit kaum erhofft werden.

³⁷ Herpertz-Dahlmann, Schaff, Schepker 2004, persönliche Mitteilungen

Das neue Sozialhilferecht: Zweites Buch und Zwölftes Buch (SGB II und SGB XII)

Am 1. Januar 2005 wurde mit dem Inkrafttreten der wesentlichen Teile des Sozialgesetzbuches XII (Sozialhilferecht) und des Sozialgesetzbuches II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) eine weit reichende Sozialhilferechtsreform Wirklichkeit.

Die Prinzipien des SGB XII, welches das BSHG ablöste sind die

- Stärkung der Selbstverantwortung und der Selbsthilfekräfte der Leistungsberechtigten
- Gleichstellung von ambulanter und stationärer Hilfe (somit der Wegfall der bisherigen Besserstellung der Heimunterbringung)
- Umstellung der Lebensunterhaltssicherung auf ein System von Pauschalleistungen durch die neue Regelsatzverordnung (Pauschalierung bisher einzeln zu beantragender Leistungen).

Mit Inkrafttreten des SGB XII ist eine neue Symmetrie von Anspruchsvoraussetzungen geschaffen worden. Separat zu prüfen sind die Anspruchsvoraussetzungen für

- die Grundsicherung
- die Hilfe zum Lebensunterhalt
- die Eingliederungshilfe
- die Hilfe zur Pflege³⁸

Im Rahmen des neu eingeführten „Brutto-Prinzips“ wird bei den ersten drei Hilfearten geprüft, ob anrechenbare Einkünfte oder Vermögenswerte vorhanden sind. Dies war beispielsweise bei der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung nicht der Fall! Während hier die Kommunen eine Entlastung sehen, kommen auf Eltern seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher unter Umständen höhere finanzielle Belastungen zu.

Die ebenfalls zum 1.1.2005 in Kraft getretene neue Regelsatzverordnung pauschaliert Beihilfen die bisher als Einmalzahlungen zu

³⁸ Auf das bei der Hilfe zur Pflege angewandte „Netto-Prinzip“ (Abzug anrechenbarer Beträge und Auszahlung der Differenz) kann in diesem Rahmen nicht näher eingegangen werden.

beantragen waren. Das erklärte Ziel ist die einfachere und gerechtere Gestaltung, die für die Leistungsempfänger zu mehr Autonomie führen soll.

Der sogenannte Eckregelsatz beträgt nun ab 1.1.2005 345 Euro. Auf die nun einheitlichere Heranziehung von Eigenbeteiligungen sei an dieser Stelle hingewiesen.

Neue Regelungen beziehen sich auch auf das Ausmaß der Finanzierung von ambulanten und stationären Hilfen z. B. von Eingliederungshilfe. Es ist zu erwarten, dass erst die praktische Anwendung in diesen Bereichen zu einer Verfahrenssicherheit führen wird.

Hinzuweisen ist auch auf den **§54 SGB XII**, der Leistungen der Eingliederungshilfe³⁹ für behinderte Menschen regelt. Explizit geht es hier um Schul- und Berufsausbildung:

- 1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,*
- 2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,*
- 3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,*
- 4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,*
- 5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.*

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen

³⁹ Der direkte Hinweis auf den § 55 SGB IX zeigt, dass seelisch behinderte Menschen vermutlich kaum bedacht wurden!

der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

Auf die derzeitige Grenzziehung zwischen § 35a SGB VIII und § 54 SGB XII macht das Eckpunktepapier zum SGB IX vom 21. Januar 2005 aufmerksam. Diskussionsbedarf wird hinsichtlich „Ausrichtung, Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit“ gesehen.

Grundsicherung für Arbeitssuchende – das neue SGB II

Das neue SGB II bezieht sich, wie man nach dem Titel meinen könnte, nicht nur auf Arbeitssuchende sondern auf alle Erwerbsfähigen zwischen 15 und 65, also auch auf Jugendliche, wie sie in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiater oder –psychotherapeuten zu finden sind. Dieser Personenkreis ist anspruchsberechtigt, ins Blickfeld geraten nun aber auch alle Personen, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer „Bedarfsgemeinschaft“ – so der Terminus des SGB II – leben. Hierbei wird Hilfebedürftigkeit festgestellt, wenn es nicht gelingt, sich durch Aufnahme einer zumutbaren Arbeit oder durch Einsatz des Vermögens selbst zu helfen.

Grundsatz der Anforderungen bzw. der Förderung sind

- die Vorrangigkeit einer Eingliederung in Arbeit vor Geldleistung
- der zwingende Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung
- die Gewährung aller erforderlichen Leistungen, die für die Eingliederung notwendig sind
- die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten für Hilfsbedürftige, die keine Arbeit finden
- die Zumutbarkeit grundsätzlich jeder Arbeit für erwerbsfähige Hilfsbedürftige

- eine sanktionierende Reaktion mit Absenkung und Wegfall der Geldleistungen
- **verschärfte Regelungen für alle unter einem Alter von 25 Jahren!**

Die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit spielt – so ist dies im §3 Abs. 2 SGB II festgeschrieben - eine besondere Rolle: Für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss unverzüglich nach Antragsstellung auf Leistungen nach dem SGB II eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit vermittelt werden. Sie können somit keine „passive“ Leistung ohne gleichzeitige aktivierende Leistung erhalten.

Die Praxis muss zeigen, ob der Grundsatz „Ganzheitliche Betreuung durch ganzheitliche Aufgabenwahrnehmung“ umgesetzt werden kann.

Im Hinblick auf den nach wie vor problematischen Behinderungsbegriff ist Erwerbsfähigkeit laut der neuen Bestimmungen dann anzunehmen, wenn unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 3 Stunden täglich einer Arbeit nachgegangen werden kann. Gegenwärtig oder auf absehbare Zeit bestehende Krankheit oder Behinderung kann dazu führen, dass Erwerbsfähigkeit nicht gegeben ist.

Es obliegt zukünftig der Agentur für Arbeit festzustellen, ob jemand erwerbsfähig und hilfebedürftig ist. Diese Einschätzung ist mit den kommunalen Trägern abzustimmen. Für den Streitfall ist eine Einigungsstelle vorgesehen.

Die Diskussion um diese Neuerungen in SGB II und SGB XII und ihr Bezug zu den bisherigen Bestimmungen in SGB VIII und SGB IX ist lebhaft geführt worden, die Kinder- und Jugendpsychiater waren hierbei nicht so aktiv wie etwa die Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin aus den Sozialpädiatrischen Zentren⁴⁰. Die fortschrittlichen

⁴⁰ Siehe hierzu das Wortprotokoll eines Werkstattgespräches vom 28.06.2004 beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, insbesondere der Wortbeitrag von Martina Hoffmann-Badache: "Wie können Schnittstellen zwischen SGB IX, SGB VIII und SGB XII (Sozialhilfe) zugunsten behinderter Menschen vermieden werden?" (<http://www.sgb-ix-umsetzen.de/>) Die

Aspekte für seelisch kranke und behinderten Jugendliche werden aber vor allem die Kinder- und Jugendpsychiater im Auge behalten müssen. Gerade Kinder und Jugendliche, die nicht körperlich oder geistig behindert sind, sondern „nur“ seelisch behindert, könnten zukünftig deutliche Unterstützung benötigen, um ihre Rechte durchsetzen zu können.

Das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG)

Mit Verkündung im Bundesgesetzblatt wird das zum Jahresende 2004 unter kontroversen Diskussionen zwischen Bundestag und Bundesrat abschließend beratenes TAG in Kraft treten. Das „Gesetz zum qualitätsorientierten und bedarfsgerechten Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder“ zielt vor allem auf Kinder unter drei Jahren. Bis 2010 soll eine quantitative und qualitative Angleichung an westeuropäische Standards erreicht sein – Deutschland hat hier einen Rückstand aufzuholen! Dieses Gesetz wirkt in das SGB VIII hinein und regelt die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege vollständig neu⁴¹.

Das TAG nimmt die Kommunen in die Pflicht bedarfsgerechte Angebote in der Kindertagespflege und in Tageseinrichtungen zu schaffen und vorzuhalten, die Steigerung muss als Planung bereits frühzeitig vorgelegt werden. Eine Finanzierung der neu zu schaffenden Plätze soll aus den Mitteln erfolgen, die die Kommunen durch die Zusammenlegung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe einsparen⁴².

Für Kinder, die als Patienten beim Kinder- und Jugendpsychiater sind, könnte es von erheblichem Belang sein, dass sich dieses erweiterte Angebot von Tagesbetreuung auch auf schulpflichtige Kinder bezieht. Hier könnte die Möglichkeit einer strukturierten Nachmittagsbetreuung entstehen, die so viele unserer jungen Patienten benötigen!

Kinder- und Jugendpsychiater waren hierbei im Gegensatz zu den Sozialpädagogen nicht vertreten.

⁴¹ Es handelt sich um den Dritten Abschnitt des Zweiten Kapitels des SGB VIII, also des Kinder- und Jugendhilfegesetzes

⁴² Wie zu erwarten haben die Kommunen diese Form der Finanzierung heftig kritisiert! (www.rheinarcampus.de)

Exkurs: Psychotherapie mit Migranten

Die UN Kinderrechtskonvention nimmt angesichts weltweiter Krisenherde und der daraus resultierenden Flüchtlingsschicksale ausdrücklich Stellung zum Schutz von minderjährigen Migranten. Klar ist auch, dass - unabhängig von seelischer Krankheit oder Behinderung – das Kinder- und Jugendhilfegesetz für alle sich in Deutschland aufhaltenden jungen Menschen gilt. Das Recht auf Schulbildung und kindgemäße Unterbringung gilt auch für alleinreisende Minderjährige, die per Flugzeug aus der Dritten Welt eintreffen und einen Asylantrag stellen. Die Zahl dieser Einreisen wird mit derzeit 5000 – 10000 sehr vage angegeben⁴³. Die meisten einreisenden Kinder und Jugendlichen werden mit Vollendung des 18. Geburtstages in ihr Heimatland abgeschoben. Zusätzlich zu den traumatisierenden Ereignissen in ihrem Heimatland sind die Bedingungen für junge Asyl suchende Menschen in Deutschland potenziell geeignet, seelisches Leid zu verstärken. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit gestaltet sich nicht nur aus sprachlichen Gründen sehr problematisch. Positive Ansätze hierzu finden sich bei Collijn (2001) und Abdallah-Steinkopff (2001). Im Vorfeld der Tagung des BKJPP in Gelsenkirchen im November 2004 war bereits ein Heft des Forums der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit den Themenschwerpunkten Migration (Schepker) und anderen transkulturellen Phänomenen, aber auch der „interkulturellen Kompetenz in Beratung und Therapie“ (Frieze) erschienen.

Gesellschaftliche Einflussnahme durch den Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten

Einführung

Der bisherigen Darstellung des Zusammenhanges von psychotherapeutischer Behandlung und sozialem Netz liegt die Vorstellung zu Grunde, dass die sinnvolle Ergänzung einer psychotherapeutischen Intervention durch Dienstleistungen der Jugendhilfe und anderer Dienste mit einem möglichst hohen Grad von Autonomie durch den Klienten und seine Familie selbst gesteuert wird. Wohlweislich wird sich der Psychotherapeut einer Umetikettierung zum Sozialarbeiter

⁴³ Nach RHEINPFALZ vom 27.12.2001

mit antiquierter Helferidentität durch die Klienten entziehen. Gleichwohl wird er in manchen Therapiesituationen den Klienten Handlungsspielräume aufzeigen müssen, deren Exploration dann nicht mehr seine Aufgabe sein kann.

Außerhalb der Therapie- und Beratungssituation im konkreten Einzelfall bestehen über das berufspolitische Betätigungsfeld hinaus aber eine Fülle von Interventionsmöglichkeiten, die auf die Durchsetzung und Kontrolle gesetzlich verbrieftener Gestaltungsmöglichkeiten abzielen. Ein Engagement auf kommunaler oder übergeordneter Ebene, für das hier geworben werden soll, kann dazu beitragen, dass sozialpolitische Diskussionen nicht parallel und isoliert in Schule, Jugendhilfe und Psychotherapie geführt werden. Vielmehr muss Übersetzungsarbeit an den Nahtstellen geleistet werden, damit ein sinnvolles Ganzes daraus entstehen kann. Auch in dieser Arbeit ist der Psychotherapeut nicht primär in der Rolle des Fürsprechers für seine Patienten gefragt. Er wird aber darauf achten können, ob in den Gremien der Jugendhilfe oder im Psychiatrieberrat seiner Kommune eine angemessene Beteiligung von Betroffenen gewährleistet ist.

Beispielhaft werden einige Ansatzpunkte in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien aufgezeigt.

§78 KJHG Arbeitsgemeinschaften

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen die Bildung von Arbeitsgemeinschaften anstreben, in denen neben ihnen die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe sowie die Träger geförderter Maßnahmen vertreten sind. In den Arbeitsgemeinschaften soll darauf hingewirkt werden, dass die geplanten Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden und sich gegenseitig ergänzen.

Diese Regelung ist aus der Jugendhilfe heraus gedacht, das Gesetz bedenkt die Vernetzung innerhalb der Jugendhilfe selbst. Arbeitsgemeinschaften werden mit sehr großer Heterogenität in der Arbeitsweise und in der Zusammensetzung eines solchen Gremiums vorwiegend auf kommunaler Ebene gebildet. Die Praxis der Jahre seit 1991 hat gezeigt, dass vielerorts große Offenheit besteht für die

Einbeziehung eines Sprechers der örtlich niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder für die punktuelle oder kontinuierliche Mitarbeit von Vertretern der regional zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Mit Wirkung vom 1.1.1995 wurde der §35a KJHG (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) in Kraft gesetzt. Für die Jugendhilfe war nicht nur der Gegenstand der Eingliederungshilfe neu – bis dorthin eine Domäne der Sozialhilfe – sie tat sich auch mit dem Begriff der seelischen Behinderung schwer. In der Folge befassten sich sehr viele bestehende und neue Arbeitsgemeinschaften der Jugendhilfe mit diesem Themenkomplex, wobei vor allem Kinder- und Jugendpsychiater in die Diskussion einbezogen wurden. Sehr schnell wurde deutlich, dass Medizin und Psychotherapie für die vom Gesetzgeber vorgenommene Zuordnung verschiedener Behinderungsarten zu verschiedenen gesetzlichen Regelungen keine schlüssigen Erklärungen liefern konnten. Es war vielmehr nötig auf diesem Gebiet gemeinsame Vorgehensweisen zu entwickeln, die eine klientenzentrierte Handhabung dieser Regelungen ermöglichen sollte. In der Folge entwickelten sich regional sehr unterschiedliche Standards. Als ein Vorteil dieser Kooperation kann eine Intensivierung des Dialoges zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie konstatiert werden. Dies ist sicherlich in Anwendung auf den Einzelfall vielen Betroffenen zu Gute gekommen.

§80 KJHG Jugendhilfeplanung

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz ist prospektiv ausgerichtet. Statt nur auf den Hilfebedarf einer betroffenen Familie zu reagieren soll durch gesetzlich verankerte Jugendhilfeplanung ein Bestand und Bedarf an Einrichtungen und Diensten ermittelt werden. Wieder zielt die Perspektive zunächst auf den Radius der Jugendhilfe. Ganz offensichtlich ist aber, dass gerade die Bedarfsseite auch von außen an die öffentliche Jugendhilfe herangetragen werden muss.

Die Jugendhilfe hat traditionell einen guten Blick für die Planung aller Notwendigkeiten von Hort- oder Tagespflegeplätzen usw. entwickelt. Die Erfordernisse bei Klienten, die zuerst im benachbarten System Krankenversicherung vorstellig werden sind ein Beispiel da-

für, dass in der Vernetzung und im Dialog der Fachdisziplinen aktiv vorgetragen werden muss, wo die Möglichkeiten des eigenen Hilfesystems beginnen und enden. Die Weiterversorgung von jugendpsychiatrischen Patienten nach Entlassung aus stationärer Therapie kann exemplarisch angeführt werden.

Eine Schwierigkeit besteht angesichts der Kommunalisierung der Jugendhilfe besonders bei der Schilderung von einem Bedarf für kleine Patientengruppen, für die eine Kooperation im Rahmen einer größeren Gebietskörperschaft oder im Rahmen einer Bundesland weiten Planung erforderlich wäre. In Rheinland-Pfalz führte dies über lange Zeit dazu, dass Jugendliche, bei denen nach sorgfältiger Abwägung aller Betreuungsmöglichkeiten die Notwendigkeit einer zeitweilig geschlossenen Unterbringung eingeleitet wurde, größtenteils mehrere hundert Kilometer vom Heimatort entfernt untergebracht wurden. Die Politik ist zwischenzeitlich auf diesen Missstand aufmerksam geworden und berät die Versorgungsmöglichkeiten innerhalb von Rheinland-Pfalz⁴⁴.

Der richtige Ort für eine Schilderung entsprechender Bedarfszahlen und das Aufzeigen von Versorgungslücken kann sich an viele Adressaten richten: das örtliche Jugendamt, eine Arbeitsgemeinschaft mehrerer Jugendämter, ein Landesjugendamt. Hier gilt es die regionale Jugendhilfe-Landschaft zu erkunden und Möglichkeiten des Dialogs selbst zu schaffen. Vertreter der Jugendhilfe sollten von Zusammenschlüssen niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder von Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie regelmäßig eingeladen werden, um gemeinsame Sichtweisen zu entwickeln. Ein Ausgangspunkt aller Diskussionen könnte das von Wiesner aufgezeigte Dilemma sein, dass Abgrenzungsversuche zwischen Krankheit, (seelischer) Behinderung und erzieherischem Bedarf aus einer klientenzentrierten Sicht verfehlt sind und nicht einmal mehr theoretisch Zuweisungskriterien zu den Systemen Krankenversicherung, Sozialhilfe und Jugendhilfe liefern⁴⁵. Es gilt also die Klienten selbst als handelnde

⁴⁴ Die fachliche Diskussion schließt dabei selbstverständlich auch die grundsätzliche Debatte über die geschlossene Unterbringung und die Möglichkeiten einer Vermeidung solcher Unterbringungen in sensibler Weise ein.

⁴⁵ Nach Wiesner, a.a.O., Seite 401

Bürger und nicht ihre Etikettierung im Mittelpunkt des Geschehens wahrzunehmen.

Die aktivste Form der Einflussnahme ist dadurch gegeben, dass ein erkannter Bedarf mit der Schaffung eines bedarfsgerechten Jugendhilfeangebotes beantwortet wird. Zu Einzelheiten sind die §§74 und 75 KJHG und entsprechende Kommentierungen zu konsultieren. Für den psychotherapeutisch Tätigen werden sich hier insbesondere Hilfeformen bei Kindern und Jugendlichen anbieten, die zum Personenkreis des §35a KJHG gerechnet werden⁴⁶.

§71 KJHG Jugendhilfeausschuss, Landesjugendhilfeausschuss

Kommunale Gebietskörperschaften, Kreistage oder Gemeinderäte bilden Ausschüsse, die sich mit Fragen der Jugendhilfeplanung und der Förderung der freien Jugendhilfe befassen. Auf Landesebene findet sich ein Gremium mit ähnlichen Aufgaben, ohne dass hieraus eine hierarchische Unterstellung erfolgt. Neben gewählten Vertretern besteht Zugang für weitere beratende Mitglieder. Aus den Ausführungsgesetzen der Länder zum KJHG ergeben sich hierzu einzelne Regelungen⁴⁷. Eine aktive Mitwirkung ist vor allem über Vereinigungen und Institutionen möglich, die Repräsentanten als Mitglieder dieser Ausschüsse mit und ohne Stimmrecht entsenden.

Landesgesetze für psychisch kranke Menschen (PsychKG)

Flächendeckend gibt es in den deutschen Bundesländern Gesetze für psychisch kranke Menschen, die nach Landesrecht erlassen werden. Geregelt sind die Vorkehrungen auf örtlicher und überörtlicher Ebene zur Prävention psychischer Krankheit und zur nieder-

⁴⁶ Zu diesem Betätigungsfeld hat sich vielerorts auch der Begriff der "Einrichtung nach §35a KJHG" oder "35a-Einrichtung" eingebürgert. Die seelische Behinderung, die eigentlich Merkmale bei einem Leistungsadressaten beschreiben will, ist damit zum Synonym der Ausgrenzung geworden: Kinder und Jugendliche mit schwerer psychischer Störung werden potenziell gesondert zusammengefasst statt gemeindenah integriert. Zum Anderen drängt sich der Eindruck auf, dass diese Bezeichnung auch eine Formel für höhere Kostensätze geworden ist. Beides scheint dem Verfasser nicht unabänderlich.

⁴⁷ Siehe hierzu beispielsweise das AGKJHG Rheinland-Pfalz vom 21.12.1993, zuletzt geändert am 24. 3. 1999

schwelligen, möglichst ambulanten Intervention bei manifester psychischer Erkrankung. Es finden sich daneben auch Bestimmungen, die die Interventionen der Ordnungsbehörden regeln, wenn sie in die Grundrechte psychisch kranker Menschen eingreifen. Von diesen Regelungen sind theoretisch auch Kinder und Jugendliche direkt betroffen⁴⁸.

Unter dem Aspekt der aktiven Mitwirkungsmöglichkeit sollen hier lediglich die Psychiatriebeiräte und die Besuchskommissionen Erwähnung finden. Das Gesamtspektrum der jeweiligen Landesgesetze kann in diesem Rahmen nicht beleuchtet werden.

Landespsychiatriebeirat und örtliche Psychiatriebeiräte.

Auf mehreren Ebenen gibt es in den Bundesländern gewählte Gremien für die Erfassung des Planungs- und Versorgungsbedarfes im Zuständigkeitsbereich. Einzelheiten zur Wahl und Bestellung von Mitgliedern der Psychiatriebeiräte variieren. Es werden vornehmlich Vertreter von Verbänden und Körperschaften usw. in das Gremium berufen. Themen aus dem Bereich der Psychiatrieplanung für Erwachsene⁴⁹ scheinen oft zu dominieren, dies ist allerdings eine Angelegenheit der örtlichen Ausgestaltung und Konzeption. Gerade für den Kinder- und Jugendbereich sollte eine Synthese relevanter Diskussionen aus dem Jugendhilfeausschuss und dem Psychiatriebeirat angestrebt werden. Dies stellt sich in der Praxis meist sehr schwierig dar.

Besuchskommissionen

Im Hinblick auf die genannten Einschränkungen der Grundrechte bei psychisch kranken Menschen durch gerichtlich angeordnete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus sind in den Landesgesetzen für psychisch kranke Menschen umfangreiche Kontrollmechanismen eingeführt worden. Sie sollen - auch im Hinblick auf die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland - sicherstellen,

⁴⁸ In der Praxis sind Unterbringungen nach PsychKG bei Kindern und Jugendlichen bei weitem nicht so häufig wie die familienrichterliche Genehmigung eines elterlichen Antrages nach §1631b BGB.

⁴⁹ Regelmäßig ist eine Beteiligung der Vertreter von Angehörigengruppen oder Gruppierungen Psychiatrieerfahrener vorgesehen.

dass geltendes Recht eingehalten wird. Regelmäßig ist in den Landesgesetzen die Bildung einer Besuchskommission vorgesehen, die in Einrichtungen, die für die gerichtliche Unterbringung von psychisch kranken Menschen zugelassen sind⁵⁰, umfassenden Einblick nehmen können⁵¹: So besteht die Pflicht die Besuche der Kommission durch Aushang bekannt zu machen, damit sich Patienten gezielt auf Gespräche mit den Mitgliedern der Kommission vorbereiten können. Ein ungehinderter Blick auf Betreuungs- und Behandlungsmodalitäten durch die Besuchskommission ist das Ziel. Regelmäßig wird ein Besuch ergänzt durch ausführliche Gespräche der Kommission mit der Leitung der zugelassenen Einrichtung. Es verwundert nicht, dass diese Fachgespräche häufig auch von den Einrichtungen genutzt werden, um ihrerseits auf erkannte Missstände in der Versorgung psychiatrischer Patienten hinzuweisen.

Die Mitglieder der Besuchskommissionen werden durch den Psychiatriebeirat bestimmt. Ihr Besuchsbericht wird in diesem Gremium vorgetragen, alle Erkenntnisse fließen in die weitere Psychiatrieplanung ein.

Selbsthilfegruppen

Jenseits der konkreten Behandlungssituation, aber in enger Tuchfühlung zum Kind, Jugendlichen oder seiner Familie, steht das punktuelle oder kontinuierliche Engagement nicht *in* einer Selbsthilfegruppe sondern *für* eine Selbsthilfegruppe. Häufig haben diese gemeinnützigen Vereine einen Fachbeirat. Es werden Vorträge und Seminare zur Qualifizierung der Mitglieder benötigt. Bis hin zur Betreuung von Chatrooms im Internet sind hier vielfältige Möglichkeiten der Kooperation gegeben. Wegen der regionalen Vielgestaltigkeit der Szene muss auf die örtlichen Verhältnisse verwiesen werden.

Schlussbetrachtung

Es ist wichtig als kinder- und jugendpsychiatrisch-psychotherapeutisch Tätiger über das Therapiezimmer hinaus die

⁵⁰ Dies kann durch entsprechende Bestimmungen des Landes geregelt sein.

⁵¹ Referiert werden beispielhaft Regelungen aus Rheinland-Pfalz

Alltagswelt und die sie bestimmenden Determinanten der Klienten wahrzunehmen. Vieles mag in der Therapie mit Familien, Kindern und Jugendlichen zu bewirken sein, es darf aber nicht übersehen werden, dass Lebensereignisse ohne Zusammenhang mit dem therapeutischen Kontext bedeutendere Auswirkungen als die therapeutischen Wirkfaktoren selbst gewinnen können (Petermann). Für einen beständigen Erfolg therapeutischer Bemühungen sollten die eingeschalteten Helfer auch das soziale Netz vollständig bedenken. Dies erfolgt nicht im Sinne verstaubter "Fürsorge", sondern um wirkungsvolle Hilfe zur Selbsthilfe leisten zu können. Dieser Ansatz erweist sich in der Praxis als gut kompatibel mit verhaltenstherapeutisch-systemischem Vorgehen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Michael Brünger
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Pfalzinstitut – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdÖR
Weinstraße 100
D – 76889 Klingenmünster

Literatur

Abdallah-Steinkopf B: Arbeit mit traumatisierten Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001

Brünger M: Zum gesellschaftlichen Umfeld von Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien in Deutschland. In: Sulz KD, Heekerens H-P (Hrsg.): Familien in Therapie. Grundlagen und Anwendung der kognitiv-behavioralen Familientherapie. München, CIP-Medien, 2002

Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter: Positionspapier "Beteiligung von Kindern und Jugendlichen" 6./7. Mai 1998

Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend: Kinder- und Jugendhilfegesetz, Fassung vom 8.12.1998. BGB Bl. I, S.3546

Bürgerliches Gesetzbuch, 55. Aufl.: DTV – Beck, München, 2004

Clemens Cording, C.; Weig, W. (Hrsg.): Zwischen Zwang und Fürsorge. Die Psychiatriegesetze der deutschen Länder Baden-Baden: Deutscher Wissenschafts-Verlag 2003

Collijn S: Jugendliche Migranten in der Psychiatrie. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2001

Deutscher Bundestag: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Unterrichtung durch die Bundesregierung. 15. Wahlperiode, Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004

Fegert JM: Was ist seelische Behinderung? Münster: Votum Verlag, 1999. In: Fegert JM, Schrapper Chr (Hg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Fegert JM: Behinderung – Versuch einer Begriffbestimmung. In: Fegert JM, Schrapper Chr (Hg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Fegert JM, Schrapper Chr: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zwischen Kooperation und Konkurrenz.

Fountain S: Wir haben Rechte und nehmen sie wahr! Kinderrechte. Eine Aktivmappe für Jugendliche ab 10 Jahre. Mülheim: Verlag an der Ruhr, 1996

Friese PG: Interkulturelle Kompetenz in Beratung und Therapie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 14.Jahrgang Heft 1 – 2004, S. 34- 46

Gastiger S: Gesetzestexte für Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Freiburg: Lambertus, 2004

Heilmann S: Luchterhand Schriftenreihe Familie und Recht, Band 22. Neuwied: Hermann Luchterhand Verlag, 1998

Hinte W: Jugendhilfe im Sozialraum – Plädoyer für einen nachhaltigen Umbau. In: Der Amtsvormund. Heidelberg: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V.: 73(2000); Nr. 11

Hoffmann-Badache M: Wie können Schnittstellen zwischen SGB IX, SGB VIII und SGB XII zugunsten behinderter Menschen vermieden werden? Wortprotokoll des Werkstattgespräches vom 28.06.2004 beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. www.sgb-ix-umsetzen.de

Institut für soziale Arbeit (Hrsg.): Soziale Indikatoren und Sozialraumbudgets in der Kinder- und Jugendhilfe. Münster: Votum 1999

Kinze W: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie – Anmerkungen zu den rechtlichen Grundlagen der „freiheitsentziehenden Maßnahmen“ – Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 14.Jahrgang Heft 3 – 2004, S. 37 – 47

Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen. Büro des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen: Eckpunktepapier der Koalitionsarbeitsgruppe Menschen mit Behinderungen zur Fortentwicklung des SGB IX vom 21.Januar 2005. <http://www.sgb-ix-umsetzen.de/index.php/nav/tpc/nid/1/aid/488>

Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4.11.1950. Protokoll Nr. 11 vom 1. November 1998: www.unipotsdam.de/u/mrz/coe/emrk/emrk-de.htm

Lachwitz K, Schellhorn W, Welti F: Sozialgesetzbuch (SGB) IX. Kommentar. Neuwied: Luchterhand Verlag, 2002

Merchel J, Schrapper C: Hilfeplanung gem. §36 KJHG als fachliche und organisatorische Herausforderung an das Jugendamt, Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 4/95

Schepker R: Zuwanderer – Chance, Problem, Herausforderung oder Selbstverständlichkeit für kinder- und jugendpsychiatrische Institutionen ? Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 14.Jahrgang Heft 1 – 2004, S. 47-52

Schlüter W: BGB, Familienrecht .9. Aufl. Heidelberg: Müller, 2001

Schrapper C: Teilhabe ermöglichen. Sozialpädagogische Konzepte für die Aufgaben der Jugendhilfe bei Hilfen nach § 35a KJHG. In: Fegert JM, Schrapper Chr (Hg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Textor M: Praxis der Kinder- und Jugendhilfe. Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. Weinheim: Beltz, 1995

Wiesner R ,Kaufmann F ,Mörsberger T, Oberloskamp H, Struck J: SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 1995

Wiesner R: Rechtliche Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe. In: Fegert JM, Schrapper Chr (Hg.): Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. Juventa Verlag, Weinheim und München 2004

Das Stigma psychische Krankheit - „trialogische“ Aufklärung und Information an Schulen Erfahrungen der Initiative “Irre menschlich Hamburg”

Thomas Bock

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche sind vom Stigma psychischer Erkrankung potentiell mehrfach betroffen – als selbst psychisch Erkrankte bei der Rückkehr in die Schule oder zum Ausbildungsplatz, als Kind psychisch erkrankter Eltern und als Träger von Vorurteilen, weil diese die Sensibilität für sich selbst und die Toleranz für eigene Entwicklungskrisen blockieren können. Insofern hat Schule hier eine Verantwortung und haben Unterrichtsprojekte zu diesem Thema eine doppelte – gesundheits- und bildungspolitische – Begründung sowie eine rehabilitative und präventive Bedeutung.

Der Beitrag setzt sich mit dem Prozess der Stigmatisierung und der Mitverantwortung der Psychiatrie kritisch auseinander, um dann praktische Erfahrungen des Projekts „Irre menschlich Hamburg“ aus über 100 Unterrichtsprojekten sowie drei speziellen Tagen der offenen Tür unter dem Motto „Psychiatrie macht Schule“ mit insgesamt fast 5000 Schülerinnen und Schülern aller Altersstufen für alle Altersstufen zu referieren. Die persönliche Begegnung zwischen Schülern und Psychiatrie-Erfahrenen quasi als „Lebenslehrern“ steht dabei im Vordergrund. Zusätzlich werden nach den Wünschen der Lehrer Medien zum Thema „Anderssein, Verrücktheit, psychische Erkrankung“ lehrplanbezogen, altersgemäß und fächerübergreifend zur Verfügung gestellt. Der Reiz des Projekts liegt im Dialog: Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige fungieren als „Lebenslehrer“ und liefern „Informationen aus erster Hand“, professionelle Therapeuten assistieren und helfen mit, Ängste abzubauen.

Die Resonanz bei Schülern und Lehrern ist eindeutig positiv. Für die beteiligten Psychoseerfahrenen zeigt sich ein besonderer Gewinn im Sinne von Empowerment. Die eher gesundheitspolitischen Motive der Antistigmaarbeit werden inzwischen durch eine bildungspolitische Begründung ergänzt. Die dialogische Informations- und Aufklärungsarbeit an Schulen hat eine präventive Wirkung und erscheint als gute Alternative zu einer symptomorientierten Früherkennung.

Psychische Erkrankungen und Vorurteile

Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen sind so verbreitet, dass die Zahl derer, die darunter leiden, beträchtlich ist. Vor allem Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und ihre Familien erleben Stigmatisierung, Angst und sozialer Rückzug sind die Folgen. Vorurteile gefährden individuelle therapeutische Fortschritte, das rechtzeitige Aufsuchen oder Annehmen von Hilfe, die Ressourcen der Familie und auch die strukturelle Weiterentwicklung der Psychiatrie. Insofern sind die Bemühungen, der Stigmatisierung entgegenzuwirken, ein gemeinsames Anliegen von Patienten, Angehörigen und in der Psychiatrie Tätigen und können als gemeinsame Anstrengungen besonders glaubwürdig und überzeugend sein.

Besonders betroffen sind Patienten mit den Diagnosen schizophrene und affektive Psychose (hier besonders manisch-depressive Erkrankung). Beide Diagnosegruppen betreffen jeweils mindestens 1-2 % der Bevölkerung. Bezieht man die Angehörigen mit ein, sind also fast 5 Millionen Menschen in Deutschland direkt oder indirekt betroffen. Einseitige Medienberichte, aber auch frühere Fehleinschätzungen der Psychiatrie halten Vorurteile aufrecht, die wissenschaftlich längst widerlegt sind: Die Patienten seien „gefährlich, unheilbar, unberechenbar“; ihre Persönlichkeit sei „gespalten“, die „Eltern schuld an der Erkrankung“.

Kinder- und Jugendliche sind mehrfach betroffen, als Angehörige und mit ihrem eigenen Risiko psychisch zu erkranken. Unter beiden Aspekten können Vorurteile und Ängste dazu beitragen, sich nicht rechtzeitig Hilfe holen und entlasten zu können. In der Informations- und Aufklärungsarbeit rücken dabei neben den Kernthemen wie „Psychose“, „Manie“ und „Depression“ (bzw. bipolare Störungen) auch jugendnahe Themen wie „Essstörungen“, „Selbstverletzendes Verhalten“ und „psychische Erkrankungen durch Cannabis-Konsum“ in den Vordergrund (s. u.).

Wer, wann und wo für Stigmatisierung verantwortlich zu machen ist, und entsprechend, wie und wo Antistigmaarbeit ansetzen muss, ist strittig: Geschieht Stigmatisierung erst im Augenblick der Entlassung aus der Psychiatrie oder bereits mit dem ersten Tag der Er-

krankung, bzw. ihrer Definition und Behandlung? Sind die Reaktionen einer uninformierten Öffentlichkeit allein verantwortlich oder trägt die Psychiatrie selbst Mitverantwortung für die Art und Weise, wie psychische Erkrankung wahrgenommen wird? Welche Rolle spielen dabei die genaue diagnostische Bezeichnung ("Schizophrenie" oder "Psychoseerfahrung"), bzw. Selbstdefinition und -stigmatisierung?

Auch die Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen von Anti-stigmaarbeit ist kontrovers: Ist Stigmatisierung durch sachliche Information im professionellen Vortrag aufzuheben oder eher durch direkte Begegnungen und persönliche Erlebnisse mit den stigmatisierten Menschen selbst? Ist die Stigmatisierung von Randgruppen überhaupt durch einzelne Aktionen und Interventionen aufzuheben oder entspricht sie einer tieferen gesellschaftlichen Dynamik? Ist die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen eine nur "zufällig" betroffene Gruppe oder sind sie als "Fremde im eigenen Land" (wenn nicht sogar in der eigenen Haut) geradezu prädestiniert? Können Aufklärung und Information über psychische Erkrankungen an Schulen über die psychiatriepolitische Begründung und den schulischen Bildungsauftrag auch eine präventive Wirkung entfalten?

Historische Aspekte

Betrachtet man die Entwicklung öffentlicher Vorurteile gegenüber psychischer Erkrankung (psychiatrie-)historisch, dann fällt auf, dass sie in aller Regel Fehleinschätzungen der Psychiatrie spiegeln: Dass Schizophrenie "unheilbar" und „degenerativ“ sei, war lange Zeit geltende Lehrmeinung und Grundlage der Nazipsychiatrie. Die Betrachtung der Schizophrenie als Belastung für die Allgemeinheit diente in der NS-Psychiatrie als eine Begründung für die Euthanasieprogramme. Der Hinweis auf die gesellschaftlichen Kosten der Erkrankung, der sich auch in offiziellen Antistigma-Programmen findet, erscheint deshalb nicht unproblematisch. Das Vorurteil, Schizophrene seien gefährlich, wurde durch deren Ausgrenzung in Großanstalten genährt. Die Hypothese von der "Schuld der Eltern" fand sich bis vor kurzem in modernen Schizophrenie-Konzepten und wird durch einseitige Fehlinterpretation der Forschung zu den familiären "High expressed emotions" (HEE) bis heute genährt. Die

”gespaltene Persönlichkeit” findet sich noch im heutigen Duden. Entsprechend könnte uns eine allzu reduktionistische Sichtweise auf die Schizophrenie als Hirnkrankheit als Vorurteil von morgen begegnen (s.Abb.1).

Abb. 1: Vorurteile im psychiatriehistorischen Kontext

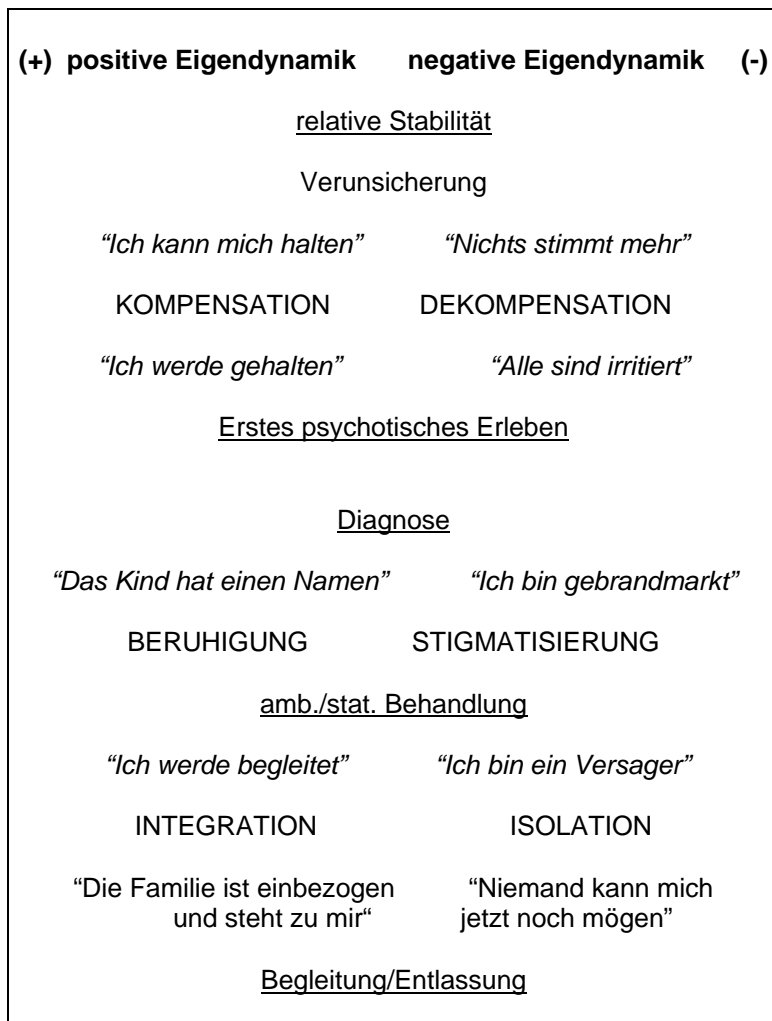
Schizophrenie “unheilbar” <i>frühe Konzepte der Psychiatrie</i>
Schizophrenie “degenerativ” <i>Nazi-Psychiatrie</i>
Schizophrene Belastung für Allgemeinheit <i>Nazi-Psychiatrie</i>
Schizophrene “gefährlich” <i>Ausgrenzung, Anstalten 70er Jahre</i>
“Eltern schuldig” <i>Konzept “schizophrenogene Mutter”</i>
“gespaltene Persönlichkeit” <i>frühe Konzepte, Duden von heute!</i>
Schizophrenie = Hirnkrankheit <i>Antistigmakampagne der USA</i>

Stigmatisierung als Prozess

Soziologisch betrachtet ist Stigmatisierung die “Zuordnung gesellschaftlich negativ bewerteter Merkmale” (Finzen 2001). Unterschieden werden vor allem angeborene Merkmale sowie Merkmale einer Krankheit oder einer Minderheit. Die Stigmatisierung aufgrund einer Krankheit wird als subjektiv dramatischer beurteilt, weil die potenziell stigmatisierte Person vor der Erkrankung in der Regel selbst Träger von Vorurteilen war. Nach dieser Definition geschieht die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen unabhängig von einer bestimmten Absicht spätestens mit dem Beginn von Diagnos-

tik und Behandlung, vielleicht schon früher mit der ersten Selbstzuschreibung, aber sicher nicht erst mit der Entlassung.

Abb. 2: Stigmatisierung als Prozess (Bock 2003)



Zu verschiedenen Zeitpunkten sind positive oder negative Rückkopplungen von Definitionen und Selbstzuschreibungen zu unterscheiden (s.Abb.2):

- Eine Psychiatrie, die mit Diagnosen vorsichtig umgeht, die sich um eine gemeinsame Sprache bemüht, Symptome nicht nur bekämpft, sondern auch zu verstehen sucht, Selbstverstehen und Selbstverständlichkeit fördert, die Angehörige einbezieht und in ihren Aufgaben stützt, betreibt individuelle Antistigmaarbeit, die dann in allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit wirkungsvoll ergänzt und verstärkt wird (Abb. 2 linke Seite).
- Eine Psychiatrie, die Diagnosen und Behandlungsstandards schematisch zuordnet, die sich auf ihre medizinische Fremdsprache beschränkt und Symptome ausschließlich wie Fremdkörper bekämpft, die tiefer liegenden Gefühle und Konflikte nicht aufgreift sondern weiter abspaltet, die damit Gefahr läuft die Patienten von ihren (verrückten) Wahrnehmungen noch weiter zu entfremden, eine Psychiatrie, die Angehörige nicht oder nicht rechtzeitig einbezieht und auch selbst keine Behandlungskontinuität anbietet oder zu organisieren vermag, widerspricht damit nicht nur modernen Erkenntnissen, sondern betreibt auch Stigmatisierung, weil sie Fremdheit auf allen Ebenen verstärkt statt sie zu mindern. Dieser Prozess ist später durch noch so große öffentliche Anstrengungen nicht aufzuheben (Abb.2 rechte Seite).

Die Benennung einer Krankheit ist nicht per se schlecht, sie kann ängstigen oder entängstigen ("Rumpelstilzchen-Effekt"). Nicht die Diagnostik allein entscheidet über Wohl und Wehe, sondern der sprachliche Kontext, die damit verbundene Botschaft, die gleichzeitig angebotene oder verweigerte Beziehung. Entgegen dem allgemein recht engen Verständnis von Krankheitseinsicht und Compliance stellt Roessler (1999) fest, dass Patienten mit "idiosynkratischem Krankheitskonzept", also mit eigenwilligem Selbstverständnis eine höhere Lebensqualität aufweisen. Daraus ist der Auftrag an die Psychiatrie abzuleiten, vom ersten Tag an sensibler für die eigene Wirkung zu sein, Psychoedukation großzügiger und dialogischer zu konzipieren, Krankheitseinsicht nicht als einseitige Vorleistung des Patienten, sondern zunächst mal als therapeutische Aufgabe sowie Compliance nicht als Unterwerfungsritual, sondern als Ergebnis gemeinsamer Anstrengungen zu begreifen.

Diese Zielsetzung gilt sicher für Kinder und Jugendliche im besonderen Maße. Hier muss Diagnostik besonders vorsichtig erfolgen

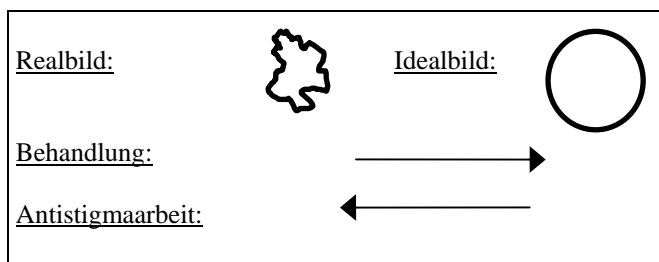
und besonders umsichtig vermittelt werden. Eine tragfähige therapeutische Beziehung und eine angemessene Sprache sind gewissermaßen Voraussetzung der Diagnostik und nicht erst Ergebnis. Eltern, Angehörige und Freunde im anschließenden therapeutischen Prozess auszuschließen, muss als Kunstfehler gelten.

Stigma und Menschenbild

Wer aufgrund welcher Merkmale stigmatisierbar ist, hängt nicht nur von der Besonderheit des Einzelnen, sondern auch vom allgemeinen Menschenbild ab. Gilt das in manchen Medien propagierte Bild des erfolgreichen, flexiblen, dynamischen und ewig jungen Menschen als unhinterfragbares Maß, dann ist jede Abweichung davon stigmatisierbar. Wird der Mensch symbolisch als gleichmäßig rundes Wesen abgebildet, dann ist jede Ausbuchtung dieses idealrunden Kreises ein potentielles Stigma.

Eine in diesen Kontext eingeengte Behandlung versucht, den Menschen dem vermeintlichen Ideal wieder anzunähern und erhöht so noch das Risiko der Stigmatisierung. Antistigma-Arbeit hat ein entgegengesetztes Anliegen: Sie will deutlich machen, dass das Ideal des allzeit und allseits ebenen und runden Menschen nicht der Wirklichkeit entspricht. Es geht ihr darum, das Bild vom Menschen zu erweitern - in der Psychiatrie und in der Gesellschaft. An dieser Stelle hat dann Antistigma-Arbeit nicht nur eine psychiatriepolitische und "caritative", sondern auch bildungspolitische und präventive Bedeutung.

Abb.3: Stigma und Menschenbild



Unterschiedliche Konzeptionen der Antistigmaarbeit

Die Psychiatrie ist also im Prozess der Stigmatisierung nicht neutral, sondern aktuell wie historisch beteiligt. Damit hat sie eine Verantwortung, die gesellschaftliche Bewertung der Merkmale, die sie zuordnet, positiv zu beeinflussen. Sie hat die Aufgabe, nicht nur die oft verzerrte Wahrnehmung psychiatrischen Handelns, sondern vor allem die von psychisch erkrankten Menschen zu korrigieren. Doch genau an dieser Stelle ist sie auf die Hilfe der Psychoseerfahrenen und Angehörigen, auf die Kooperation im Dialog, angewiesen. Nur gemeinsam kann eine Botschaft gelingen, die über den Status quo hinausweist, die eine anthropologische Wahrnehmung zulässt und neben die pathologische Sicht stellt. Nur gemeinsam besteht eine Chance, glaubwürdig zu wirken: Denn überzeugender als Ärzte, die über den Erfolg ihrer Therapien berichten, wirken Psychoseerfahrene und Angehörige, die ihre eigene Geschichte erzählen. Sie allein können deutlich werden lassen, wie ähnlich ihre Konflikte und Bedürfnisse denen eines jeden Menschen sind - mit dem Unterschied, dass Lebenskrisen bei besonders dünnhäutigen Menschen eben existentieller wirken und tiefere Spuren hinterlassen.

In der Antistigma-Arbeit oder allgemeiner in der aufklärerischen Informationsarbeit sind verschiedene Gruppen und Initiativen aktiv, seit langem schon neben den Fachverbänden auch die Verbände der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen sowie die Psychoseseminare. Neu ist die offizielle Antistigma-Kampagne der World Psychiatric Association (WPA) unter dem Titel "Open the door", die in Deutschland vor allem von einigen Hochschullehrern getragen wird. Ihre Aktivitäten werden z. T. durch das eher biologisch orientierte Forschungsnetzwerk Schizophrenie, z. T. durch Pharmafirmen finanziert. Neben einzelnen regionalen Aktivitäten gibt es vor allem einige größere Informationsveranstaltungen. Dort wie auch in den Broschüren von "Open the door" wird vor allem auf die somatischen Aspekte einer schizophrenen Psychose und auf deren Beeinflussbarkeit durch (atypische) Neuroleptika hingewiesen. Berichte von Erfahrenen kommen gar nicht, von Angehörigen eher beiläufig vor. Allerdings werden in speziellen Ausstellungen gerne die Produkte schizophrener Künstler präsentiert.

Abb. 4: Inhalte der Antistigmakampagnen

Vergleich	Offizielle Antistigmakampagne	“Antistigmakampagne von unten”
<u>Verständnis</u>	Psychosen sind vor allem neurologisch bedingt, also “Hirnkrankheiten”	Ps. sind existentielle Lebenskrisen besonders dünnhäutiger Menschen mit psychischer/sozialer/biologischer Eigendynamik
<u>Heilbarkeit</u>	Psychosen sind heilbar	Sie sind zwar nicht immer heilbar; aber man kann mit ihnen leben lernen
<u>Familien</u>	Familien sind unschuldig; die körperlichen Prozesse wirken unabhängig	Es gibt im Zusammenleben viele Wechselwirkungen, aber keine einseitige Schuld. Familien brauchen Entlastung/Unterstützung
<u>Behandlung</u>	Atypische Neuroleptika sind das Mittel der Wahl	Notwendig ist eine therapeutische Begleitung als Orientierungshilfe. Auch Medikamente wirken nur in einem tragenden Kontext.

Die sogenannte “Antistigma-Kampagne von unten” ist trialogisch organisiert und wird i.W. von den in Deutschland bereits über 100 Psychosese minare getragen. Deren öffentliche Treffen, die regelmäßig ca. 3000 Psychoseerfahrene, Angehörige und Profis zusammenführen, haben bereits eine Wirkung über den Teilnehmerkreis hinaus. Deutlich wird das z.B. am Charakter des Begriffs “Psychoseerfahrung”, der im Psychosese minaren geprägt wurde und der in den letzten 10 Jahren mit Sicherheit an stigmatisierender Kraft verloren hat. Die Psychosese minare selbst dienen zunächst mal dem Trialog, dem gleichberechtigten Erfahrungsaustausch von Erfahrenen, Angehörigen und Profis. Die öffentliche Wirkung ist eher indirekt (über Mediatoren, öffentliche Ankündigungen, Berichte in lokalen Zeitungen) usw. Im Vordergrund steht der Abbau wechselseitiger Vorurteile. Nach und nach bildet diese Arbeit nun das Fundament für gemeinsame Anstrengungen gegen öffentliche Vorurteile in Schulen und perspektivisch auch in Betrieben (Bock et al., 1997/2001).

Die Botschaft dieser "Antistigma-Kampagne von unten" ist hoffnungsvoll, will zugleich aber unzulässige Vereinfachungen vermeiden, d.h. sie ist komplexer als die von "Open the door": Psychosen sind nicht immer heilbar, aber es ist möglich, damit leben zu lernen. Hilfe ist nicht nur von Neuroleptika zu erwarten, notwendig ist eine langfristige therapeutisch tragfähige Beziehung, in die jede Entscheidung über Medikation einzubinden ist. Psychosen sind nicht nur pathologisch zu betrachten, sondern gehören zum Wesen des Menschen (s.u.). Ob und wie Heilung gelingt, ist nicht nur eine Frage der schnellstmöglichen Symptomreduktion. Die Frage nach Schuld ist falsch gestellt, trotzdem gibt es auch innerhalb der Familie günstige und ungünstige Einflüsse, über die nachzudenken sich lohnt. Psychoseerfahrene Menschen sind i.W. nicht gefährlicher als Menschen ohne diese Erfahrung, auch wenn einzelne Risiken in der akuten Psychose erhöht sind; vor allem werden sie wesentlich öfter Opfer als Täter von Gewalt.

Inzwischen besteht die Chance einer Annäherung beider Projekte, in dem Sinne, dass die Antistigmakampagnen von oben und von unten voneinander lernen bzw. materiell profitieren und gemeinsam kooperieren.

Anthropologische Ergänzung der pathologischen Sicht

Die Hauptbotschaft der Antistigma-Kampagne von unten lautet: Die Möglichkeit, psychotisch zu werden, ist tief im Wesen des Menschen verankert. „Menschen müssen im Unterschied zu anderen Lebewesen um ihr Selbstverständnis ringen. Es gehört zu unseren Fähigkeiten, an uns zu zweifeln und dabei auch zu verzweifeln, über uns hinaus zu denken und uns dabei auch zu verlieren. Wer längere Zeit verzweifelt ist, ohne Halt und Trost zu finden, wer seine Gefühle nicht mehr mitteilen kann oder nicht mehr aushält, kann depressiv werden. Oder wenn er die Flucht nach vorne ergreift, manisch. Wer sich selbst verliert, verliert auch seine Begrenzung und Abgrenzung zu anderen. Entsprechend verändert sich die Art, Dinge und Personen um sich herum wahrzunehmen. Die Gedanken werden sprunghaft statt logisch. Dauert dieser Zustand an, sprechen wir von Psychosen. Wer psychotisch wird, ist also kein Wesen vom anderen Stern, sondern reagiert zutiefst menschlich" (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare 2001).

Verwiesen wird auf die Parallele zwischen Traum und Psychose - mit dem wesentlichen Unterschied, dass der Traum durch den Schlaf geschützt wird. Hypothetisch wird die paranoide Wahrnehmung verstanden als Rückgriff auf die Sicht eines Kindes, das im Alter von zwei, drei Jahren alles, auch den Streit der Eltern, auf sich selbst bezieht, die Welt anders als egozentrisch noch gar nicht wahrnehmen kann. Verwiesen wird auf die Tatsache, dass alle Menschen psychotisch werden können - sei es durch vollständigen Reizentzug oder durch Reizüberflutung im Sinne von innerer oder äußerer Traumatisierung. Die Schwelle der Vulnerabilität ist verschieden, und dabei spielen auch biologische Aspekte eine Rolle. Medikamente und andere Therapien können schützen und der biologischen bzw. psychosozialen Eigendynamik der Erkrankung entgegenwirken. Nicht mehr und nicht weniger. Mit diesen Hinweisen wollen die Vertreter der Antistigma-Kampagne von unten nach eigenem Bekunden nicht verharmlosen, sondern verdeutlichen, dass Menschen in Psychosen nicht menschenuntypisch handeln. Sie wollen den inneren Bezug wahren oder wiederherstellen und glauben, dass diese Sichtweise nicht nur für die Antistigmaarbeit, sondern auch für die Kooperation in der Behandlung vorteilhaft ist.

Methodik und Beispiele

Aus dem dialogischen Kontext der Psychoseseminare heraus ist die Beteiligung von Psychoseerfahrenen und Angehörigen bei allen Antistigma-Aktivitäten selbstverständlich. Der persönlichen Botschaft der Experten in eigener Sache und der Begegnung mit ihnen wird die größte Überzeugungskraft zugeschrieben. Dabei wird auch auf Untersuchungen verwiesen, nach denen die Vorurteile etwa bei Medizinstudenten durch Wissenszuwachs eher zunehmen und erst im Rahmen von praktischer Arbeit wieder abnehmen.

Es ist sicher kein Zufall, dass viele der Initiativen zum Thema Antistigma sich vor allem und gerade an Schulen wenden. Es gibt Initiativen in Leipzig (Schüler, 2004) und Münster, die jeweils in enger Kooperation mit "Open the door" bzw. mit dem Bundesverband der Angehörigen stehen. Und es gilt für die Initiative "Irre menschlich", die aus dem Hamburger Psychoseseminar hervorgegangen ist und

die inzwischen vielen anderen Initiativen aus diesem Kontext als Vorbild und Orientierung dient. Mittels eines Faltblattes werden Lehrer und Schüler gleichermaßen angesprochen, das Thema "Anderssein, Verrücktheit und psychische Erkrankung" im Unterricht zu behandeln. Medienkoffer werden in Aussicht gestellt und die direkte Begegnung zwischen Schülern und Psychoseerfahrenen angeregt. Anhand einer ausführlichen Informationsmappe mit Materiallisten und Erfahrungsberichten können Lehrer ein für ihr eigenes Fach passendes und auf das Alter der Schüler abgestimmtes Vorgehen wählen. Nach ihren Wünschen wird der Medienkoffer zusammengestellt, mit ihm gemeinsam Art und Zeitpunkt der Begegnung gewählt. Der Umfang der Unterrichtseinheit schwankt zwischen einer einmaligen dialogischen Veranstaltung, die alle Perspektiven zusammenführt, und Unterrichtseinheiten über ein ganzes Halbjahr. Im Unterschied zur ersten Kampagne in Österreich, wo ein separates Angebot weitgehend gleich und unabhängig vom Lehrer ablief, wird in Hamburg versucht, die Lehrer an der Planung zu beteiligen. Im Idealfall sind die gewählten Unterrichtsmaterialien und die konkrete Begegnung mit Psychoseerfahrenen genau aufeinander abgestimmt.

Beispiel für Unterstufe (4.-5.Klasse)

- Die Kinder lesen das Buch "Die Bettelkönigin" (Stratenwerth & Bock, 1998/2001), eine fiktiven spannenden Kindererzählung rund um die wahre Geschichte einer Hamburger Underground-Künstlerin, die nach einem Kriegsereignis als Kind begann, Stimmen zu hören, und mit ihren Bildern die Balance hält. Bis zu ihrem Tod vor einem Jahr kam die 70 jährige Künstlerin dann persönlich in die Klasse, als Zeitzeugin für den Krieg, die Psychiatrie und die Kraft der Kunst. Inzwischen wird die Erinnerung über Filme wachgehalten, ihre Geschichte von anderen Erfahrenen erzählt und ergänzt. Vor allem aber sprechen die vergrößerten Kinderbuch-Illustrationen von Hildegard Wohlgemuth zu den Kindern, die dann anschließend versuchen, zu malen wie die Künstlerin.
- Alternativ wird auch das Buch "Jakob hinter der blauen Tür" von Peter Härtling (1990) empfohlen, in dem ein Junge nach dem Tod des Vaters selbst die Realität verändert wahrnimmt, Ausgrenzungen erlebt und mit Hilfe seiner Mutter, eines älte-

ren Freundes und der Musik den Weg zurückfindet. Auch hier mündet die Lektüre in den Besuch eines Erfahrenen.

Beispiele für Mittelstufe (6.-9. Klasse)

- Auch hier gibt es die Möglichkeit des Zugangs über ein Jugendbuch ("Pias lebt gefährlich" von Bock & Kemme, 2000), dessen Hauptperson ein reales Vorbild hat: Bundeswehr-offizier mit extrem ordentlichem Lebenswandel wird durch eine Psychose in seinem Lebenskonzept tief erschüttert und lebt nun schon seit acht Jahren als Wohnungsloser in Depots rund um Hamburg. Auch hier werden Buch, Besuch und Nachbereitung kombiniert.
- Eine andere Unterrichtseinheit für dieses Alter baut auf Erfahrungsberichten von Jugendlichen auf, die selbst in der Psychiatrie waren. Ein von Campino, dem Chef der Rockband „Tote Hosen“ hat dieses Hörbuch moderiert (Knopp & Napp, 2001). Ergänzt um geeignete Spielfilme wie "Benny und Joan" wird so die Vorurteilsbildung selber zum Thema. Gleichzeitig soll auch Raum bleiben, danach zu fragen, was eigene Lebensziele sind, welche Ressourcen und potentiellen Krisen gesehen werden.

Beispiele für Oberstufe (10.-13. Klasse)

- In der Oberstufe gibt es vielfache Anknüpfungspunkte, z.B. über berühmte psychoseerfahrene Menschen, die es mühe-los für alle Unterrichtsfächer gibt. Entsprechendes Text-und/oder Videomaterial wird vom Projekt zur Verfügung gestellt und muss in Untergruppen zu Präsentationen verarbeitet werden: z.B. über den Mathematiker Nash (Film „beautiful mind“), die Bildhauerin Camille Claudel (Spielfilm gleichen Namens), den Maler van Gogh (dto.), die Dichter Hölderlin (gute Hörbücher) oder Jakob van Hoddis (Bremer 2004). Anschließend kommen Psychose- oder Depressionserfahrene und präsentieren neben ihren Erfahrungen auch eigene Texte oder Kunstwerke.
- Es gibt aber auch die Möglichkeit, einen historischen Bezug herzustellen, z. B. den Lebensbericht von Dorothea Buck

(„Auf der Spur zum Morgenstern“ unter dem Pseudonym Sophie Zerchin) mit einem aktuellen Filmbericht über die Ehrenvorsitzende des Psychiatrieerfahrenen-Verbandes und profilierte Psychiatriekritikerin zu kombinieren.

- Vor allem aber hat sich bewährt, die Auseinandersetzung mit psychologischen und psychiatrischen Theorien in jedem Fall münden zu lassen in die Begegnung mit einem jungen Psychoseerfahrenen, der noch dieselbe Sprache spricht und in seinen Lebenserfahrungen unmittelbar anschlussfähig ist. So gelingt es meist mühelos, auch das eigene Leben, die eigenen Wünsche und Ängste, mögliche Krisen und notwendige Ressourcen zu thematisieren.

Inzwischen liegen vielfältige Erfahrungsberichte aus über 100 verschiedenen Projekten vor. Anfangs ging es ausschließlich um Menschen mit Psychoseerfahrung, inzwischen wurden auch Themen wie Selbstverletzung, Essstörung und drogeninduzierte Psychosen thematisiert. Eine vorsichtige Ausweitung der Thematik ist erwünscht. Doch ist zu beachten, dass in Großstädten wie Hamburg Suchtprävention oder auch Gewaltprävention schon einen großen Informationsvorsprung haben, weil sie an Schulen schon sehr viel professioneller vertreten sind. Die Lücke, die es zu schließen gilt, ist die Auseinandersetzung mit dem unerklärlichen Anderssein, der unerwarteten psychischen Erkrankung, der besonderen Dünnhäutigkeit mancher Menschen und der damit verbundenen Möglichkeit, in Lebenskrisen den Boden der Realität unter den Füßen zu verlieren. Zugleich geht es auch darum, das Leben selbst zum Thema zu machen, sich mit eigenen Lebenszielen, zu erwartenden Krisen und zu Verfügung stehenden Ressourcen auseinanderzusetzen.

Formale Gestaltung

Bisher waren folgende Fachlehrer beteiligt, oft im Sinne eines fächerübergreifenden Unterrichts: Deutsch, Biologie, Geschichte, Kunst, Religion, Philosophie, Psychologie, allgemein Klassenlehrer. Die Projekte an Schulen teilen sich zu ungefähr gleichen Dritteln auf

Unter-, Mittel- und Oberstufe auf. Die formale Gestaltung ist flexibel, im Rahmen des Unterrichts, als Projekttag oder Projektwoche. Als Minimum sollten sechs Schulstunden zur Verfügung stehen:

- 2 Stunden Vorbereitung, Sammlung von Fragen, ggf. Auseinandersetzung mit entsprechendem Material
- 2 Stunden Besuch, direkte Begegnung mit der Perspektive eines Erfahrenen, (fakultativ) eines Angehörigen und eines Profis
- 2 Stunden Nachbereitung, evtl. Besinnung auf die eigene Person

Manche Projekte erstrecken sich aber über eine ganze Projektwoche oder, integriert in den Unterricht, über ein halbes Schuljahr.

Die jeweilige Gewichtung und Ausgestaltung ist natürlich je nach Alter verschieden. Bei jungen Schülern genügt die eher selbstverständliche Begegnung mit einem ungewöhnlichen Menschen. In der Mittelstufe ergibt sich fast selbstverständliche eine Auseinandersetzung mit der Bedeutung und Entstehung von Vorurteilen. Bei älteren Schülern gilt das Gleiche für den Rückbezug auf das eigene Leben.

"Psychiatrie macht Schule" - spezielle Tage der offenen Tür

Einmal im Jahr wurden die Schüler der umliegenden Schulen zum Gegenbesuch eingeladen. Von 2002 bis 2004 kamen erst 500, dann 800 und schließlich 1000 Schüler überwiegend der Mittel- und Oberstufe zu speziellen Workshops, die in aller Regel dialogisch unter Beteiligung von Erfahrenen und beruflichen Experten abliefen. Abb. 5 gibt eine Übersicht über mögliche Themen. Eine spezielle Auswertung erfolgt gerade und wird demnächst veröffentlicht.

Abb. 5: Übersicht von dialogischen Workshops für Schüler am Tag der offenen Tür

EXTREME DÜNNHÄUTIGKEIT (PSYCHOSEN)

(1) „Die Bettelkönigin“

Die Künstlerin Hildegard Wohlgemuth, Vorbild eines Kinderbuchs – Lesung, Film, Bilder
(ab 10 Jahre)

(2) „Pias lebt ... gefährlich“

Ein Außenseiter erzählt vom Leben auf der Straße;
(ab 12 Jahre)

(3) Die erste Psychose

Wie kann es beginnen? Gibt es typische Krisen? Was passiert, in der Seele, in der Familie?
(ab 14 Jahre)

(4) „Stimmenhören“

Botschaften aus einer inneren Welt?
(ab 12, Eltern, Lehrer)

(5) „Durch Drogen psychotisch?“

Wie groß ist die Gefahr? Bericht aus eigener Erfahrung mit Cannabis
(ab 14)

EXTREME STIMMUNGEN (MANIE UND DEPRESSION)

(6) „Gute Zeiten, schlechte Zeiten“

Depression und Manie - extreme Schwankungen von Stimmung und Energie. Wie wird die Dynamik erlebt? Was hilft, was nicht?
(ab 14 Jahre)

GRENZGÄNGER (BORDERLINER)

(7) Auf der Grenze der Realität

Was bedeutet es, wenn die Persönlichkeit leicht „störbar“ ist? Welche Fragen und Konflikte sind typisch? Was hilft, stabiler zu werden?

(8) „So rot wie Blut ...“

Schnibbeln, Selbstverletzendes Verhalten, Was ist die Botschaft? Eigene Erfahrung, Tonfiguren als Sprache
(ab 14, Eltern, Lehrer)

ABHÄNGIGKEITEN UND SÜCHTE

(9) „Is(s) was?“ - Magersucht und Bulimie ?“

Hungern, Kotzen oder beides - für ein Schönheitsideal?
(ab 12 Jahre)

(10) „Bekifft in der Schule?“

Wie gefährlich ist Cannabis?
(ab 14, Eltern, Lehrer)

(11) „Hell-Blau“

Alkoholprobleme schon mit 12? Aufklärung, Prävention;
(ab 12, Eltern, Lehrer)

ÄNGSTE**(12) Angst und Zwang - normal oder verrückt?**

Gehören bestimmte Ängste und Zwänge nicht zum Leben dazu? Wo ist die Grenze?

(ab 12)

Rehabilitative und präventive Wirkung

Deutlich wurde, dass diese Art Öffentlichkeitsarbeit für die Psychoseerfahrenen selbst, die als Referenten zumindest symbolisch bezahlt werden, einen erstaunlichen Empowermentprozess in Gang setzt. Auf der Seite der Schüler überraschte, auf welchem hohen Niveau von Offenheit und Toleranz diskutiert wird: Für jüngere Kinder sind ungewöhnliche Wahrnehmungen noch relativ selbstverständlich, die Begegnung mit ungewöhnlichen Menschen fällt auf fruchtbaren Boden. Vor allem in höheren Altersstufen geht es immer wieder auch um den Blick auf sich selbst, um eigene Krisenanfälligkeit, um das eigene Bild vom Menschen und um Toleranz im Klassenverband. Aufklärung und Information zum Thema "Anderssein, Verrücktheit, psychische Erkrankung" hat also nicht nur gesundheitspolitische, sondern auch bildungspolitische Bedeutung. Gerade zu "Pisa-Zeiten", gerade in einer Situation immer höheren Leistungsdrucks und zu erwartender Schulzeitverkürzung geht es auch darum, Schüler auf das Leben vorzubereiten, eigene Lebensentwürfe und mögliche Krisen zu diskutieren.

Die Begegnung mit psychoseerfahrenen Menschen baut Angst ab, wirkt Vorurteilen entgegen und hilft, bestimmte kulturelle und medienwirksame Normen nicht einfach als selbstverständlich und unhinterfragbar hinzunehmen. Insofern kann Antistigma-Arbeit nicht nur Angst abbauen, sondern auch Druck reduzieren. Toleranz gegenüber anderen stärkt auch die Großzügigkeit und Sensibilität im Umgang mit sich selbst und wirkt somit präventiv. Eine solche Arbeit in Schulen hat *nicht* das Ziel, Früherkennung zu betreiben. Es geht nicht um Stigmatisierung, sondern um Entstigmatisierung. Eher ne-

benbei und indirekt und damit aus unserer bisherigen Erfahrung umso erfolgreicher, wird auch die Angst gegenüber Psychiatrie reduziert, wird so auch erleichtert, im Ernstfall Hilfe selbst frühzeitiger in Anspruch zu nehmen. Entsprechende Möglichkeiten werden aufgezeigt und Adressen genannt. Dabei scheint entscheidend, dass Aufklärung und Information sowie die Begegnung mit Psychoseerfahrenen im Vordergrund stehen. Die Schule wird in ihrer ureigenen Identität als Schule und nicht als Ort der Frühintervention, die Lehrer als Lehrer und nicht als Hobbypsychologen in Anspruch genommen. Eine solche offene Arbeit und offene Diskussion wirkt vertrauensbildend. Eine direkte, also offensive "Werbung" für psychiatrische Leistungen hingegen liefe aus unserer Sicht Gefahr, auf individueller und institutioneller Ebene eher Abwehr zu erzeugen. Insofern ist zu überlegen, ob die hier vorgestellte dialogische Konzeption von Antistigmaarbeit nicht eine gute Alternative zu eher symptomorientierten Maßnahmen der Früherkennung sein kann - zumindest aber eine notwendige Ergänzung.

Ergebnisse

Teilnehmende Beobachtung, eine systematische qualitative Auswertung der Unterrichtseinheiten und -ergebnisse sowie zahlreiche Befragungen von Schülern, Lehrern und teilnehmenden Akteuren haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Die Schüler haben weniger Abwehr und Vorurteile als erwartet. Vor allem junge Schüler begegnen außergewöhnlichen Erlebnissen und Menschen (noch) mit großer Offenheit.
2. Der besondere Reiz aller Unterrichtseinheiten liegt in der Begegnung; das Material dient deren Vor- und Nachbearbeitung. Je geschickter Material und Begegnung verknüpft werden, desto besser gelingt das Projekt. Auch kurze Unterrichtseinheiten haben eine nachhaltige Wirkung, wenn die Begegnung und der Dialog/Trialog im Vordergrund steht.
3. Die "Medienkoffer" sind nicht einheitlich, sondern abhängig von der zur Verfügung stehenden Zeit, dem Alter der Schüler, dem fachlichen Bezug bzw. den Prioritäten und Wünschen des Lehrers flexibel zusammenzustellen.

4. Unterrichtseinheiten können aber auch ein halbes Jahr umfassen und fächerübergreifend sein (z.B. Deutsch/Geschichte, Biologie/Philosophie/Ethik, Psychologie/Kunst). Die Lehrer werden bei der Unterrichtsgestaltung beraten; sie behalten die Verantwortung für die Gestaltung des Unterrichts. So geschieht der Einsatz der Initiative ökonomisch sparsam und nicht in Konkurrenz zum Lehrer.
5. Zum Thema gehört (ab Mittelstufe) auch die Beschäftigung mit eigenen Lebenszielen, möglichen Konflikten und wichtigen Ressourcen. So gesehen fördert die Auseinandersetzung mit psychischen Krankheiten auch das eigene Selbst-Bewusstsein. Aufgabe der Schule ist nicht nur, Wissen zu vermehren, sondern auch auf das Leben vorzubereiten.
6. Eigene Aktivitäten der SchülerInnen steigern den Lerneffekt: z.B. Gegenbesuch in einer Ambulanz, Gastgeschenk für den Besuch, Geschichten zu Ende schreiben (z.B. "Pias"), Bilder malen (gemeinsam mit der "Bettelkönigin" Frau Wohlgemuth), zusätzliche Interviews als Hausaufgabe in der Oberstufe, Beschäftigung in Arbeitsgruppen mit dem Leben berühmter psychoseerfahrener Künstler/Wissenschaftler/Politiker).
7. Der Besuch wirkt für die Psychoseerfahrenen selbst eindeutig im Sinne eines Empowerment ("Es war für mich wie eine zweite Therapie"). Sie übernehmen die Funktion eines krisenerfahrenen "Lebenslehrers". Eine symbolische Bezahlung stärkt den Status des Referenten.
8. Wichtige Ziele des Projekts sind Toleranz im Umgang mit anderen und mehr Großzügigkeit und Sensibilität im Umgang mit sich selbst. Beide Ziele bedingen und fördern sich gegenseitig, beide sind wesentliche Voraussetzungen seelischer Gesundheit.
9. Es geht zunächst bewusst nicht um die Sorgen und Konflikte einzelner SchülerInnen (z.B. Kinder von psychisch erkrankten Eltern), sondern darum, die ganze Klasse an das Thema heranzuführen. Es geht nicht um eine psychologische, sondern pädagogische Bearbeitung des Themas. Die Entlastung besonders betroffener SchülerInnen ist so eher größer.
10. Durch die direkte und persönliche Begegnung mit psychisch erkrankten und mit psychiatrisch tätigen Menschen wird die Schwelle gesenkt, bei Bedarf auch für sich selbst Hilfe in An-

spruch zu nehmen. Dieser Weg erscheint langfristig erfolgsversprechender als eine direktive symptomfixierte Früherkennung.

Mehr Toleranz und Sensibilität – weitere Perspektiven

Die Stärke des Projekts „Irre menschlich“ liegt in seiner dialogischen Zusammensetzung und in der gleichberechtigten Kooperation mit der Universität. So verbinden sich Authentizität und Überzeugungskraft - diese Erfahrung machen wir nicht nur bei der konkreten Arbeit in den Schulen und Betrieben, sondern auch gegenüber den Medien. Davon zeugt die große Resonanz des Projekts in den Medien (mehrere große Zeitungsartikel, u.a. ausführliche Portraits von psychosereifere Menschen, ein über längere Zeit gesendeter Hörfunkspot, mehrere kurze Fernsehberichte in NDR3 und ZDF). Mehrere der insgesamt über 130 Psychosereinare stehen in den Startlöchern, ähnliche Initiativen zu starten. „Irre menschlich Hamburg“ berät und unterstützt Initiativgruppen in ganz Deutschland mit Konzepten, Materialien, Erfahrungen - ähnlich wie „Irre menschlich Leipzig“; wünschenswert wäre hier eine noch bessere Absprache und Kooperation und gemeinsam eine bessere materielle Ausstattung beider Geschwisterprojekte. Gerne stellen wir unsere Erfahrungen, Konzepte, Materialien und unser Logo zur Verfügung. Wir haben die Hoffnung, dass sich eine ähnliche Bewegung entwickelt wie vor über zehn Jahren bei den Psychosereinaren. „Irre menschlich Hamburg“ ist inzwischen als gemeinnütziger Verein anerkannt. Die Nachfrage ist riesig.

Nicht nur Schulen, sondern auch Personalbüros großer Hamburger Betriebe haben Interesse an unserem Angebot signalisiert. Erste Pilotprojekte in dieser Richtung stießen auf gute Resonanz. Auch hier liegt die große Chance darin, dass die dialogische Informations- und Aufklärungsarbeit nicht an Konfliktfällen anknüpft, sondern unabhängig davon den Wissensstand von Entscheidungsträgern verbessern und üblichen Vorurteilen entgegenwirken will.

Für Jugendliche bieten Unterrichtsprojekte dieser Art die Möglichkeit, sich indirekt mit eigenen Konflikten oder Ängsten zu beschäftigen und sich dabei hinter einem erfahrenen Referenten zu verstecken. Ob es nun um die Erfahrung mit den eigenen Eltern oder um

eigene Befürchtungen geht, diese Art der Thematisierung erlaubt einen sanften, wenig stigmatisierenden Zugang. Der Lehrer bleibt seiner Rolle treu, wird in seiner Funktion unterstützt; er muss nicht als Mini-Psychologie fungieren, fühlt sich nicht von der Psychiatrie als Acquisitor missbraucht – eine Gefahr, die bei manchen Früherkennungsprojekten nicht ganz von der Hand zu weisen ist. Allen Beteiligten bleibt mehr Handlungsspielraum; nicht nur der rehabilitative, auch der präventive Nutzen dürfte so eher größer sein. Nicht selten berichten Lehrer von einer unmittelbaren konstruktiven Wirkung auf das Arbeitsklima in den Klasse, von einem Zuwachs an Toleranz im Umgang mit anderen und an Sensibilität im Umgang mit sich selbst – beides wichtige Voraussetzungen für seelische Gesundheit nicht nur bei Schülern.

Aufgrund der großen Nachfrage müssen wir unsere Arbeit vorsichtig professionalisieren, möglichst ohne den Charme eines Basisprojekts einzubüßen. Außerdem wollen wir unsere Erfahrungen auswerten. Deshalb suchen wir auch auf diesem Weg nach Sponsoren und Fördermitgliedern.

Adressen:

PD Dr. Thomas Bock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg,
Tel. 040-42803-3226/3236, Fax - 5455
e-mail: bock@uke.uni-hamburg.de

„Irre menschlich Hamburg“ c/o Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Tel. 040-42803-9259, Fax - 5455
e-mail: info@irremenschlich.de, Internet: www.irremenschlich.de
Spendenkonto: Irre menschlich Hamburg, Nr. 1208-115 145,
Hamb.Sparkasse (BLZ 200 505 50)

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare (2001) "Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen" (erstellt von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und Psychiatrie-Profis/Wissenschaftlern) (Bekannt als

"Blaue Broschüre" - zu beziehen beim Autor oder beim Dachverband psychosozialer Hilfsvereinigungen, Thomas-Mann-Str.49a, 53111 Bonn, Tel. 0228-632646)

Bock, Th., Buck, D., Esterer, I. (1997/2000) "Es ist normal verschieden zu sein - Psychoseseminare, Hilfen zum Dialog" (Arbeitshilfe 10), Psychiatrieverlag, Bonn

Bock, Th. (2000); "Gemeinsam gegen Vorurteile - zur Auseinandersetzung um eine Antistigmakampagne, Soziale Psychiatrie Jg. 24, Heft 4 Dez. 2000, S. 16 ff

Bock, Th., Kemme, G. (2000) "Pias lebt ... gefährlich" (Jugendbuch), Psychiatrieverlag – Edition Balance, Bonn

Bock, Th., Deranders, J.E., Esterer, I. (1992) Stimmenreich, Psychiatrieverlag

Bock, Th., Deranders, J.E., Esterer, I. (1994) Im Strom der Ideen, Psychiatrieverlag

Bremer, F. (2004) „Über den Lüften ...“ Das Leben von Jakob van Hoddis, Paranusverlag

Buck, D. (2002) "Laßt euch nicht entmutigen", Anne Fischer Verlag, Norderstedt, Leipziger Universitätsverlag

Finzen, A. (2001) Psychose und Stigma - zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisungen, Psychiatrie-Verlag

Knopp, M.-L., Napp, K. (2001) Wenn die Seele überläuft ... – Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie (mit Hörbuch), Psychiatrieverlag 2001

Härtling, P. (1990) Jakob hinter der blauen Tür (Kinderbuch), Beltz Verlag

Rossler, W., Salize, H.J., Cucchiaro, G., Reinhard, I., Kernig, C. (1999) Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta psychiatr. Scand. 100, 142-148

Schüler, B. (2004) "Verrückt? Na und!" - Aufklärung über psychische Erkrankungen an Schulen, Dr. Med. Mabuse 149, Mai 2004

Stratenwerth, I., Bock, Th. (1998/2001) "Die Bettelkönigin" (Kinderbuch), Koreverlag/Psychiatrie-verlag, Bonn

Bullying/Mobbing in der Schule und in der stationären Behandlung unter Berücksichtigung von ADS und Asperger-Syndrom

Ingo Spitzczok von Brisinski

Geprägt wurde der Begriff „Mobbing“ von dem Verhaltensforscher Konrad Lorenz, der mit ihm Gruppenangriffe von unterlegenen Tieren (z. B. Gänse) bezeichnet hatte, um einen überlegenen Gegner (z. B. Fuchs) verscheuchen zu können.

Der schwedische Arzt Peter-Paul Heinemann verwendete diesen Begriff zur Beschreibung von Gruppenverhalten von Schulkindern, welches so weit gehen kann, dass das betroffene Kind einen Suizid begeht. Suizidale Gedanken und suizidales Verhalten tritt aber nicht nur bei den Opfern gehäuft auf, sondern auch bei den Tätern und insbesondere bei Schülern, die sowohl Opfer als auch Täter sind (Kim et al., 2005). Eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung von Opfern und Tätern ist daher unverzichtbar.

Begriffe und Definitionen

Unter *Mobbing* sind negative gegen ein Individuum gerichtete kommunikative Aktionen einer oder mehrerer Personen, die sehr häufig über längere Zeit geschehen, zu verstehen, wobei sie die Beziehung Zwischen Täter und Opfer charakterisieren (vgl. Leymann, 1993).

„Mobbing“ lässt sich sowohl aus dem Lateinischen (*mobile vulgus* = wankelmütige Volksmenge) als auch aus dem Englischen (*to mob* = über jemanden lärmend herfallen, angreifen, anpöbeln) herleiten. Häufig in diesem Zusammenhang verwendete Begriffe sind auch ‚Schikanieren‘, ‚Psychoterror‘ und ‚fertig machen‘.

Bullying bezeichnet die Terrorisierung und den Ausschluss unter Schulkindern. Ein Kind wird durch seine Peers gequält, terrorisiert oder systematisch zum Opfer gemacht. Der Begriff stammt ebenfalls aus dem Englischen (to bully = tyrannisieren, einschüchtern, mobben).

Die grundlegenden Merkmale des Konzepts ‚Bullying‘ beinhalten, dass beabsichtigt ist, dass die durch einen oder mehrere Täter ausgeführten Angriffe negative Folgen haben; diese negativen Aktionen geschehen wiederholt und über eine längere Zeitspanne; die Angriffe sind gegen ein Opfer gerichtet, das schwächer ist als die/der Angreifer (Olweus, 1984).

Manche Autoren (z. B. Pikas, 1989) unterscheiden zwischen Angriffen, die von einem einzelnen und solchen, die von einer Gruppe ausgehen. Sie schlagen vor, den ersten Fall als ‚Bullying‘, den zweiten als ‚Mobbing‘ zu bezeichnen. Der scheinbare Unterschied zwischen beiden (die unterschiedliche Stärke bei Bullying zwischen Täter und Opfer, also die Betonung, dass das Opfer nicht mit den Angriffen fertig wird) ist in der neueren Literatur (z.B. Neuberger, 1994) über Mobbing verschwunden. Im Folgenden werden die Begriffe ‚Mobbing‘ und ‚Bullying‘ daher synonym verwendet, jeweils in Abhängigkeit von der herangezogenen Literatur.

Unter Mobbing in der Schule bzw. Bullying werden Handlungen einer Gruppe oder eines einzelnen Schüler verstanden, denen von einer Person, die diese Handlungen als gegen sich gerichtet wahrnimmt, ein feindseliger, demütigender oder einschüchternder Charakter zugeschrieben wird. Die Handlungen treten häufig auf, dauern über einen längeren Zeitraum an, und haben zum Ziel, einen oder mehrere Mitschüler fertig zu machen. Die betroffene Person sieht sich aufgrund sozialer, ökonomischer, körperlicher oder psychischer Eigenschaften außerstande, sich zu wehren oder dieser Situation zu entkommen.

Mobbing bzw. Bullying kann auch im Rahmen einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung auftreten. Es kann ein Patient zum Opfer werden oder jemand vom Personal. Insbesondere Mobbing eines Patienten kann u. U. lange unerkannt bleiben seitens des Personals, da die Abhängigkeit des Opfers besonders

hoch ist und daher besonders starke Ängste seitens des Opfers bestehen, durch „Petzen“ noch mehr erleiden zu müssen.

Nicht jede Ausgrenzung und Feindseligkeit in der Schule oder im Rahmen der stationären Behandlung ist Mobbing. Es geht vielmehr um häufiger und länger anhaltende, systematische und auf eine bestimmte Person gerichtete Schikane. Es gibt keine fest definierte Grenze, wie häufig oder wie lange Ausgrenzung und Feindseligkeit stattfinden müssen, bis man es Mobbing nennen darf, die Übergänge sind fließend. Leymann (1993) hat für Mobbinghandlungen für wissenschaftliche Zwecke die Abgrenzungskriterien "mindestens einmal pro Woche" und "mindestens über sechs Monate" vorgeschlagen, welche auch in vielen Untersuchungen bzgl. Mobbing am Arbeitsplatz verwendet werden. Bezogen auf die Kontexte „Schule“ und „stationäre Behandlung“ dürfte die Forderung, erst ab einer Dauer von einem halben Jahr oder länger von Mobbing zu sprechen, sicher nicht angemessen sein, nicht zuletzt auch wegen des anderen Zeiterlebens von Kindern und Jugendlichen gegenüber Erwachsenen. Vielmehr kann bereits nach deutlich kürzerer Zeit von Mobbing bzw. Bullying gesprochen werden.

Erscheinungsformen innerhalb der Schulklasse oder der stationären Behandlungsgruppe

- Hinter dem Rücken wird von jemandem schlecht geredet
- Man fügt jemandem regelmäßig Schaden zu (z. B. Hefter verschwinden lassen, Fahrrad auseinander nehmen, Handy, Walkman, Musikkassetten oder CDs zerstören, ...)
- Jemand wird vor andern lächerlich gemacht, bloßgestellt
- Ausschluss von sozialen Verbindungen und Anlässen, z. B. jemand wird nie zu einer Party eingeladen, darf nicht mitspielen, bei einer Gruppenarbeit nicht mitmachen ...
- Es werden falsche Gerüchte über eine Person verbreitet
- Es werden Gerüchte über die Eltern, Herkunft u. ä. verbreitet
- Man lässt jemanden nicht zu Wort kommen
- Man macht sich über etwas Persönliches lustig (Nase, Frisur, Behinderung, Körperformen, ...)
- Es werden Andeutungen gemacht
- Durch ständige Kritik wird Druck ausgeübt

- Mitschüler bzw. Patienten werden angepinkelt oder gezwungen, den Urin eines andern zu trinken
- Essen, Getränke und/oder Medikamente werden verunreinigt oder vorenthalten (ggf. durch Diebstahl oder Erpressung)
- Mitschüler bzw. Patienten werden gehindert, nach Hause zu gehen bzw. sich zurückzuziehen.
- Schuhe oder Kleidungsstücke von Mitschülern bzw. Patienten werden versteckt oder zerstört
- Die Schulsachen werden beschädigt oder zerstört (z. B. Seiten zusammenleimen, Seiten herausreißen ...)
- Die Schulsachen oder andere persönliche Dinge werden mit Kot beschmiert
- Kinder, die sich mit dem Mobbing-Opfer solidarisieren werden unter Druck gesetzt
- Ein Kind und sein Anliegen wird nicht ernst genommen
- Wenn ein Kind fehlt, zu sagen, dass es schwänze
- Briefliche Demütigungen mit Worten und Zeichnungen
- Sexuelle Diffamierungen, Verleumdungen, Anspielungen und Provokationen. Auch sexuelle Übergriffe als Mittel der Demütigung
- Andere körperliche Übergriffe wie stoßen, schlagen, kneifen, treten, Bein stellen, streicheln, tätscheln ...
- Geheimnisse werden systematisch herumerzählt
- Andere Kinder/Jugendliche werden zu aggressiven Taten gegen das Mobbing-Opfer aufgehetzt
- Schadenfreudiges Lachen und Auslachen
- Jemand wird permanent als dumm hingestellt
- Jemand wird beschimpft und beleidigt
- Pseudowahrheiten oder Peinlichkeiten verbreiten, in die Klasse bzw. Patientengruppe tragen
- Spott
- Erpressung (von Geld, Schweigen, andere Leistungen bringen...)
- Bedrohung, Gewaltandrohung (mit und ohne Waffen)
- Verletzungen vorsätzlich zufügen als Mittel der Demütigung
- ...

(verändert und ergänzt nach Lauper, 2001)

Erscheinungsformen seitens Lehrpersonen oder Krankenhauspersonal

- Vor Übertritten wird eine folgende Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin negativ beeinflusst („vor-informiert“)
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin stellt einen Schüler bzw. Patienten immer wieder bloß
- Abschätzige Gesten, abwertende Blicke
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin witzelt über eine Schülerin bzw. Patienten
- Die Lehrkraft bzw. Betreuerin oder Therapeutin gibt einen Spitznamen bzw. übernimmt einen Spitznamen von den Mitschülern bzw. Mitpatienten
- Eine Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin fragt immer dann nach einer Antwort, wenn sie weiß, dass der Schüler bzw. Patient keine Antwort geben kann
- Der Schüler bzw. Patient wird regelmäßig übergangen, auch wenn er sich meldet
- Es werden Andeutungen zu den Eltern, Mitschülern bzw. Mitpatienten und anderen Personen gemacht
- Demütigungen in Worten und bezüglich verlangter Handlungen
- Privates wird vor die Klasse bzw. Patientengruppe gezogen, die Intimsphäre wird verletzt
- Man lässt jemanden nicht zu Wort kommen
- Probleme werden ignoriert, weggeredet, als nichtexistent dargestellt
- Schuldzuweisung gegenüber dem Mobbing-Opfer
- Durch ständige Kritik wird Druck ausgeübt
- Eine Person wird nie gelobt
- Eine Person kriegt Noten bzw. Bewertungen, die nicht der Leistung entsprechen
- Ein Schüler bzw. Patient wird gezwungen, Arbeiten auszuführen, die sein Selbstbewusstsein verletzen, oder die ihn vor der Klasse bzw. Patientengruppe demütigen
- Übertriebene Strafen bzw. negative Konsequenzen ohne Relation zum sonstigen Strafverhalten/Konsequenzverhalten der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin
- Unangemessenes Drohen mit Konsequenzen
- Das Lob, das das Kind/der Jugendliche verdienen würde, wird an andere weitergegeben

- Verbale Beschimpfungen (z. B. „Du bist eine halbtote Fliege“)
- Unwahre oder massiv übertriebene Aussagen werden gegenüber Eltern, Mitschülern, Mitpatienten, Personal und anderen Personen über das Kind gemacht
- Unzulässige oder schikanöse Vergleiche anstellen, verbunden mit einer Vorwurfshaltung
- Hilfe verweigern
- Schüler bzw. Patient nicht ernst nehmen
- Schutz verweigern
- Schutzzone verweigern
- Körperliche Übergriffe wie treten, stoßen, kneifen, schlagen, berühren, klopfen
- ...

(verändert und ergänzt nach Lauper, 2001)

Die Dynamik in einer Klasse bzw. Patientengruppe kann so ausarten, dass sich einzelne Schüler bzw. Patienten, eine Gruppe oder die ganze Klasse bzw. die gesamte Patientengruppe der Station mit dem Ziel formiert, die Lehrperson bzw. eine Betreuerin oder Therapeutin „fertig zu machen“. Oft reagieren Eltern so, dass sich die Kinder oder Jugendlichen unterstützt fühlen in ihrem Tun. Manchmal solidarisieren sie sich sogar öffentlich. Die Behörden sind teils hilflos und suchen die Ursache bei der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin, was die Dynamik für den Betroffenen verstärkt. Wenn echte Unterstützung ausbleibt, kann ein solches Kesseltreiben zum Selbstmord führen.

Erscheinungsformen seitens Schüler und Eltern gegenüber einer Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin

- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird systematisch lächerlich gemacht
- Man macht sich über die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin lustig
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird angepöbelt oder beschimpft
- Man lässt die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin nicht ausreden

- Es werden Gerüchte und unwahre Aussagen über die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin verbreitet
- Der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird ein regelwidriges Verhalten unterstellt
- Sexuelle Provokationen gegenüber der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin
- Sexuelle Belästigung der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin
- Der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin werden unberechtigterweise sexuelle Übergriffe unterstellt
- Das Alter oder das Geschlecht der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird als Grund angeführt, dass sie am falschen Ort sei
- Eltern solidarisieren sich mit den Schülern bzw. Patienten und mobben gemeinsam
- Die Kompetenz der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird ohne echten Grund in Frage gestellt
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird diffamiert
- Arbeitsmittel der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin werden versteckt oder zerstört
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird am Unterrichten bzw. an der pädagogischen/therapeutischen Arbeit gehindert
- Das Fahrzeug der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird beschädigt
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird in ihrer Integrität verletzt
- Über die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin werden private Dinge (z. B. Ausrichtung ihrer Sexualität ...) herumerzählt, mit dem Ziel, die Person in Frage zu stellen
- Der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird unbegründet Unfairness oder Unkorrektheit unterstellt (Verleumdung)
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird in der Freizeit geplagt, z. B. anonyme Anrufe, falsche Bestellungen von Ware, u. a. Schikanen
- Der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin werden unüblich viele und harte Streiche gespielt
- Das Schulmaterial bzw. pädagogische/therapeutische Material wird beschädigt oder zerstört

- Manipulationen an technischen Geräten mit dem Ziel, den Unterricht bzw. die pädagogische oder therapeutische Arbeit zu beeinträchtigen (z. B. Computer)
- Private Dinge der Lehrkraft bzw. Betreuerin oder Therapeutin werden beschädigt, versteckt, zerstört
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird unter Druck gesetzt und bedroht
- Das Privatleben der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird ausspioniert und herumerzählt
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird bei der Schulbehörde bzw. Vorgesetzten verleumdet
- Es wird eine Schlammschlacht (z. B. Presse) gegen die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin inszeniert
- Die Eltern organisieren eine Hetzjagd
- Der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird das Äußerungsrecht entzogen
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird nicht begrüßt
- Die Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin wird offen (Schulraum bzw. Stationsräume, Schulareal bzw. Klinikareal, irgendwo) verspottet
- Grimassen hinter dem Rücken der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin, Verulkungen
- Anweisungen der Lehrperson bzw. Betreuerin oder Therapeutin systematisch werden ignoriert
- ...

(verändert und ergänzt nach Lauper, 2001)

Möglichkeiten der Differenzierung

Man kann *körperliches* (z.B. schlagen, stoßen, treten) und *verbales* (z.B. "dumme Sprüche" nachrufen, drohen, hänseln) Mobbing unterscheiden sowie *direktes* Mobbing (Hänseln, Drohen, abwerten, usw.) und *indirektes* Mobbing (Nicht berücksichtigen, Informationen vorenthalten, Gerüchte verbreiten, jemanden ausschließen, usw.).

Zu den *aktiven* und *körperlichen* Mobbinghandlungen gehören körperliche Gewalt, Erpressung von Schutzgeldern, das Zerstören des im Unterricht erarbeiteten Materials, das Beschädigen oder Stehlen

von Gegenständen oder Kleidungsstücken des Opfers, das Knuffen und Schlagen auf dem Pausenhof und in den Gängen sowie sexuelle Belästigungen.

Zu den *passiven* und *psychischen* Mobbing-Handlungen gehören: Ausgrenzen von Schülern aus der Schulgemeinschaft, Zurückhalten wichtiger Informationen, Auslachen, verletzende Bemerkungen, ungerechtfertigte Anschuldigungen, Erfinden von Gerüchten und Geschichten über den Betroffenen, Verpetzen, Androhen von körperlicher Gewalt, Ignorieren und Schneiden des Opfers.

Offene Aggression (körperliche und verbale Angriffe) hat das Ziel, Dominanz zu erlangen (Crick et al., 1997). *Beziehungsaggression* nutzt aggressive Strategien auf der Basis sozialer Manipulation: z. B. soll anhand der Verbreitung böser Gerüchte eine Störung sozialer Beziehungen erreicht werden. Hierbei werden Dritte zum Zweck der Aggression instrumentalisiert oder es werden andere Aktivitäten initiiert, um den sozialen Ausschluss des Opfers aus der Gruppe zu erreichen.

Diese indirekte Art der Aggression wird von Kindern schon früh als aggressiv erkannt, aber mit zunehmendem Alter von Mädchen signifikant häufiger eingesetzt (Crick et al., 1996). Smith und Levan (1995) berichten, dass schon Kinder im Alter von 6 Jahren "hässliche Dinge über jemanden erzählen" oder "jemanden aus dem Spiel ausgrenzen" eindeutig als Bullying erkennen, dieses allerdings nicht von sich aus als Beispiel anführen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass schon Drei- bis Fünfjährige 8,6% der Jungen und 3,2% der Mädchen ihrer Peer group aggressives Verhalten zuschreiben, das auf die Störung von sozialen Beziehungen abzielt sowie 11,4% der Jungen und 6,5% der Mädchen dieser Altersstufe als offen aggressiv eingeschätzt werden (Crick et al., 1997).

Whitney & Smith (1993) berichten, dass Jungen mehr körperliches Bullying erfahren und praktizieren, Mädchen geringfügig mehr verbales Bullying und definitiv mehr indirektes Bullying. Ein vergleichbares Ausmaß an aktivem Bullying von Jungen und Mädchen fanden Oswald & Süß (1994). Crick & Grotpeter (1996) bestätigen dies, berichten aber auch über einen deutlich höheren Anteil *offener Aggression* bei Jungen und einen deutlich höheren Anteil an *Beziehungsaggression* bei Mädchen. Dass Viktimisierung vor allem ein Problem junger, männlicher Schüler sei, die gehänselt, getreten und geschlagen werden (Hanewinkel & Knaak, 1997), bestätigen ver-

schiedene Studien dahingehend, dass Jungen häufiger das Opfer von Bullying sind als Mädchen (Olweus, 1993; Perry et al., 1988). Dass dabei Jungen stärker durch offene Aggression und Mädchen stärker durch Beziehungsaggression viktimisiert werden, berichten allerdings nur Lehrer oder Mitschüler. In anonymen Selbstbefragungen berichten Jungen in gleichem Ausmaß wie Mädchen, durch Beziehungsaggression viktimisiert zu werden (Crick & Grotpeter, 1996).

Theoretisch kann man *objektives* Mobbing und *subjektives* Mobbing unterscheiden: Als ‚objektives Mobbing‘ wird all das bezeichnet, was von außenstehenden Mitschülern und Lehrern berichtet wird. ‚Subjektives Mobbing‘ ist das, was der Betroffene empfindet und berichtet. Diese Unterscheidung muss mit Vorsicht betrachtet werden: Es gibt Handlungen, die manche Personen als verletzend einstufen, und andere wiederum nicht.

Häufigkeit

In Abhängigkeit von der Datenquelle (Selbstbericht, Auskunft durch andere), der Länge der berücksichtigten Zeitspanne (im Moment oder über die gesamte Schulzeit), der Dauer und Häufigkeit der Angriffe, der Berücksichtigung von Kräfteungleichgewicht und wahrgenommener Schwere der Angriffe zeigt sich eine erhebliche Varianz (von 3% bei Olweus, 1993, bis 89.2% bei Hoover et al., 1993) bzgl. des Auftretens von Bullying. Je spezifischer die Vorgaben bzw. Definitionen, desto niedriger die Rate der Betroffenen. Z.B. ergaben sich an Bullying-Opfern 4.36% bei Vorgabe eines Katalogs von Aktionen (Slee, 1993) vs. 89.3% bei Vorlage einer Definition über Mobbing (Hoover et al., 1993); bei Bezug auf die laufende Zeitspanne 34.4% (O’Moore und Hillery, 1989) vs. 89.3% (Hoover et al., 1993) und bei Befragung von Lehrern 3% (Olweus, 1978) vs. 4.3% bei Erhebung des Vorkommens von Bullying über Selbstberichte (Slee, 1993). Lehrer beurteilten mehr Personen als Täter als Personen sich selbst als Täter bekannten (5-7% bei Olweus, 1978, vs. 2% bei Olweus, 1991).

In einer Umfrage in Niedersachsen antworteten von 15000 befragten Schülern bis zu 20 % mit der Einschätzung, mehr oder weniger regelmäßig Opfer *direkten*, und zwischen 5 und 10% Opfer *indirek-*

ten Mobbings gewesen zu sein. Jungen sind eher direkter Gewalt, d.h. offenen Angriffen ausgesetzt. Mädchen benutzen eher indirekte, nicht erkennbare Gewalt in Form von verdeckten Schikanen wie üble Nachrede und Verbreitung von Gerüchten. In der Mittelstufe bestimmen Modenormen (Markenkleidung), Verhaltensnormen im Unterricht („Streber“) und beginnende gegengeschlechtliche Freundschaften (Eifersucht, Rivalität) das Mobbing. In der Oberstufe scheint auch der Konkurrenzdruck in Gestalt der Punktejagd eine Rolle zu spielen (Hirschmann & Hertzstell, 2001).

12 % der österreichischen Kinder waren mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten Opfer von Bullying-Attacken (BMGF Österreich et al., 2004). Weitere 12 % traten als Täter im selben Zeitraum in Erscheinung. 5 % waren sowohl Opfer als auch Täter und 71 % der Kinder waren unbeteiligt. Das bedeutet, dass etwa ein Drittel aller Schüler entweder als Opfer, als Täter oder beides Gewalt im Schulkontext erlebt haben. Jüngere Schüler waren häufiger Opfer, ältere häufiger Täter. Gewalttätiges Verhalten war allgemein am häufigsten bei der Gruppe der 11- bis 14-Jährigen zu beobachten. Im internationalen Vergleich liegt Österreich damit im obersten Viertel der 35 Länder, die am WHO-Projekt „Gesundheitsverhalten bei Kindern im Schulalter“ (HBSC-Studie) teilnehmen, in denen am meisten Bullying festgestellt werden kann (BMGF Österreich et al., 2004).

Nansel et al. (2001) befragten über 15.000 Schüler der Klassen 6 bis 10 an öffentlichen und privaten Schulen in den USA im Rahmen der HBSC-Studie. Sie fanden für mäßige oder häufige Verwicklung in Bullying eine Prävalenz von 29,9% (13,0% Täter, 10,6% Opfer, 6,3% beides). Bullying wurde in den unteren Klassen häufiger berichtet als in den oberen.

Geschlechtseffekte

Jungen tendieren dazu, öfter in Bullying einbezogen zu werden, sei es als Opfer oder als Täter (Hoover et al., 1993; Lagerspetz et al., 1982; O'Moore & Hillary, 1989, Nansel et al., 2001). Jungen werden in 82% der Fälle (Boulton & Underwood, 1992) von Jungen allein angegriffen, Mädchen dagegen von Jungen, von Mädchen oder von beiden Geschlechtern. Jungen erfahren meist physische Angriffe oder Drohungen, Mädchen meist verbale und indirekte Attacken wie

z. B. Quälen, Gerüchte verbreiten, ignorieren (Whitney & Smith, 1993).

Merkmale der Täter

Obwohl im Prinzip jeder das Opfer von Bullying werden kann (Smith, 1994), aber nicht jeder zum Täter, gibt es bestimmte Charakteristika bei Opfern und Tätern und familiäre Sozialisationsmerkmale, die eine bestimmte Rolle im Bullyingprozess wahrscheinlicher machen. In der Literatur werden Demonstration von Stärke/Macht (häufig körperliche, seltener geistige Überlegenheit), Steigerung des (mangelnden) Selbstwertgefühls, Kompensation von Schwächen und Führer-Verhalten (haben oft Anhänger/Mitläufer in Cliques) als typische Funktionen des Mobbings für die Täter beschrieben. Täter sind oft impulsiv, aggressiv, tendenziell unkontrolliert und durchlaufen häufig eine familiäre Sozialisation, die das Spektrum ihrer Interaktionen und möglicher Reaktionen auf die individuelle Durchsetzung von Zielen mit aggressiven Mitteln verengt (Weiss et al., 1992). In der Längsschnittstudie von Olweus (1984) erfolgte die Identifizierung durch die drei Items „beginnt Prügeleien mit anderen Jungen in der Schule“, „quält andere Jungen in der Schule“ und „wenn ein Lehrer ihn kritisiert, antwortet er und protestiert“. Lehrer hatten in der Untersuchung Schüler nach diesen drei Items zu beurteilen. Auch Mütter und deren Söhne, die Bullys waren, stimmten der Aussage "Er / Ich wird / werde leicht ärgerlich auf andere Leute." öfter zu als Opfer und deren Mütter (Olweus, 1984). 60% der Bullys waren außerdem im Alter von 24 Jahren, also im Verlauf der Längsschnittstudie, mindestens einmal vorbestraft (Olweus, 1992). Nach Lagerspetz et al. (1982) sind die Täter nach Einschätzung von Peers und Lehrern körperlich signifikant stärker. Sie mochten außerdem die Schule nicht (durch Selbstberichte gefundene Korrelation bei Rigby & Slee, 1991), fühlten sich nicht so wohl (Rigby & Slee, 1991) und hatten Probleme zu Hause (Stephenson & Smith, 1989).

Merkmale der Opfer

Menschen mit Handicaps werden häufiger Mobbing-Opfer (22% gegenüber 3-4% nach Leymann, 1993). Unzureichende Sozialkompetenz, Ängstlichkeit, Angepasstheit, geringes Selbstwertgefühl, andersartiges Aussehen, Ungeschicklichkeit, Hilflosigkeit und geringe Frustrationstoleranz sind Variablen, die immer wieder in der Literatur Mobbing-Opfer charakterisieren. Sie zeigen eher generelle Ängstlichkeit, geringes Selbstwertgefühl, Neigung zu sozialer Isolation, physischer Schwäche und haben Angst, sich zu wehren (Olweus, 1984 für Jungen; Slee, 1994). Unsicheres Auftreten, mangelnde Aggressivität und erhöhte Depressivität sind weitere Charakteristika (Leymann, 1993; Neary & Joseph, 1994). Ein niedriges Selbstwertgefühl mit negativer Sicht von sich selbst und der eigenen Situation wird gehäuft gefunden (Rigby & Slee, 1991), des Weiteren eine unsichere Bindung zur Mutter in der Kindheit (Troy & Sroufe, 1987) oder Überbehütung und "eng aufeinander bezogenen" Familienstrukturen (Berdonini & Smith, 1996; Bowers et al., 1994). Homosexuelle und bisexuelle Jugendliche haben ein erhöhtes Risiko, zum Opfer zu werden (Eisenberg & Aalsma, 2005). Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minorität (Olweus, 1978) oder Übergewicht (Eisenberg & Aalsma, 2005; Olweus, 1978) sind ebenfalls Risikofaktoren. Unklar bleibt in vielen Studien, ob die Befunde Ursache oder Folge des Mobbings sind.

Familiäre Faktoren, die Mobbing fördern können

Geringes elterliches Engagement, geringe elterliche Wärme, geringer familiärer Zusammenhalt und Alleinerziehende wurden gehäuft bei Tätern gefunden, des Weiteren mit Aggressivität verbundene Kindheitserfahrungen wie Prügeln und andere körperliche Disziplinierungen, inkonsistente Bestrafung, familiäre Gewalt, Bullying/Viktimisierung durch Geschwister und Bullying des Vaters in der Vorgeschichte (Eisenberg & Aalsma, 2005).

Olweus (1984) berichtet, dass die Variablen Negativismus der Mutter (positiv-warme vs. negative mütterliche Haltung), das Ausmaß, in dem die Mutter aggressives Verhalten gegenüber anderen Familienmitgliedern toleriert sowie die Häufigkeit des Einsatzes von Methoden, die sich bestimmenden und Macht ausübenden Verhaltens

bedienen, durch die Eltern einen signifikanten Einfluss auf die Aggressivität der Kinder haben.

Störungsspezifische Aspekte, die Mobbing fördern können

Mehrere der im Abschnitt „Merkmale der Täter“ referierten Symptome treten deutlich gehäuft bei ADS mit Hyperaktivität auf, insbesondere auch bei der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens, so dass für Personen mit dieser psychischen Störung ein erhöhtes Risiko anzunehmen ist, in eine Täterrolle zu geraten.

Viele der im Abschnitt „Merkmale der Opfer“ aufgeführten Symptome treten gehäuft bei ADS mit Hypoaktivität auf, beim Asperger-Syndrom und bei anderen Formen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, so dass für Personen mit diesen psychischen Störungen ein erhöhtes Risiko anzunehmen ist, in eine Opferrolle zu geraten. Störungsspezifische Defizite können zu Beschleunigung und Aufrechterhaltung des Mobbing-Prozesses beitragen, so dass in der Regel eine gründliche kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. störungsspezifische Behandlung erforderlich ist.

ADHS

Menschen mit ADHS haben Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle und aggressives Verhalten tritt gehäuft auf. Aufgrund erhöhter Ablenkbarkeit, verminderter Schmerzempfindlichkeit, „Rauhbeinigkeit“ und „schnellem Vergessen“, aber auch u. U. durch Reizüberflutung bedingter verminderter Wahrnehmung des Gegenübers kann es zu vermindertem Mitgefühl kommen, so dass der Mobbing-Prozess dadurch nicht gestoppt bzw. nicht ausreichend reguliert wird. Das Feedback des Opfers kommt beim Täter nicht ausreichend intensiv an. „Sensation seeking“ kann dazu führen, den Kick durch Mobbing von Mitschülern bzw. Mitpatienten und/oder Lehrkräften bzw. Krankenhauspersonal zu suchen. Es besteht ein erhöhtes Risiko für vermindertes Selbstbewusstsein und negative Einstellung zu sich selbst aufgrund wiederholter Misserfolgserlebnisse infolge der Aufmerksamkeitsstörung, Impulsivität mit geringer Frustrationstoleranz (unüberlegtes Handeln, unerwünschte verbale und/oder körperliche Aggressivität) und unerwünschter Hyperaktivität in Form vermehrter Bewegungsunruhe und/oder vermehrtem Sprechbedürfnis.

Komorbide Störungen bei ADHS

Durch komorbide Störungen steigt sowohl das Risiko, zum Mobber zu werden, als auch das Risiko, zum Mobbing-Opfer zu werden: Bis zu zwei Drittel aller Kinder mit hyperkinetischer Störung weisen neben den Kernsymptomen weitere Störungen auf, die zusätzliche Risikofaktoren darstellen. Externale Verhaltensstörungen mit aggressiven und dissozialen Symptomen treten in weitaus größerem Ausmaß auf (in 43 % bis 93 % der Fälle) als internale Störungen mit Angst und Depressivität (in 13 % bis 51 % der Fälle). Diese erhöhten Komorbiditätsraten lassen sich nicht nur in klinischen, sondern auch in epidemiologischen Stichproben finden. Im deutschen Sprachraum wurde in einer bundesweit repräsentativen Studie ausgeprägtes dissoziales bzw. aggressives Verhalten in 27 % bzw. in 36 % der hyperkinetisch auffälligen Kinder nachgewiesen. Das ist etwa zehn Mal häufiger als es in einer zufällig ausgewählten Gruppe zu erwarten ist. Sozialer Rückzug und Angst/Depressivität tritt in 30 bis 35 % der Fälle auf (Döpfner et al., 2000).

Oppositionelle, aggressive und dissoziale Verhaltensstörungen

Etwa 50 % aller Kinder mit hyperkinetischer Störung weisen begleitend eine oppositionelle Verhaltensstörung auf. Fast alle Kinder unter zwölf Jahren mit einer oppositionellen Störung oder Störung des Sozialverhaltens weisen auch eine hyperkinetische Störung auf, während in der Adoleszenz eine isolierte Störung des Sozialverhaltens häufiger auftritt und nur ein Drittel der Betroffenen begleitend auch eine hyperkinetische Störung hat. Neben den oppositionellen Verhaltensstörungen treten in weiteren 30 bis 50 % der Fälle dissoziale Verhaltensstörungen auf, vor allem im Jugendalter.

Kinder mit einer kombinierten Störung haben weitaus größere Entwicklungsrisiken als Kinder, die nur hyperkinetisch auffällig sind. Sie weisen auch im Durchschnitt eine stärker ausgeprägte Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsproblematik auf, und zeigen eine erhöhte Rate an Teilleistungsstörungen. Der sozio-ökonomische Status dieser Gruppe ist zudem geringer als bei einfacher hyperkinetischer Störung (Lahey et al., 1988). Hyperkinetische Kinder und Jugendliche mit einer besonders früh einsetzenden, ausgeprägten komorbiden Störung des Sozialverhaltens haben ein deutlich höheres Risiko für spätere Delinquenz, Substanzmissbrauch und die Entwick-

lung einer antisozialen Persönlichkeitsstörung (August et al., 1983; Mannuzza et al., 1991).

Depressive Störungen

In Abhängigkeit von der untersuchten Stichprobe und den verwendeten diagnostischen Instrumenten liegt die Komorbidität einer depressiven mit einer hyperkinetischen Störung im Kindesalter zwischen 9 und 38 %. Meistens treten die depressiven Symptome nach Manifestation der hyperkinetischen Störung auf. Vermutlich verhindern das anhaltende Schulversagen und die zunehmenden sozialen Probleme dieser Kinder den Aufbau eines gesunden Selbstbewusstseins und unterstützen die Entwicklung depressiver Störungen (Döpfner et al., 2000).

Angststörungen

Etwa 25 % der Kinder mit hyperkinetischer Störung haben begleitend eine Angststörung, verglichen mit 5 bis 15 % in der Normalbevölkerung (Cohen et al., 1993). Die Diagnose komorbider Angststörungen bei hyperkinetischen Kindern bereitet jedoch Probleme, da die Eltern ihre Aufmerksamkeit vor allem auf die externalen Auffälligkeiten ihres Kindes lenken und diese daher im Vordergrund der Symptomschilderungen stehen.

Tic-Störungen

Als Kinder- und Jugendpsychiater ist man immer wieder erstaunt, wie selten betroffene Kinder und ihre Eltern angeben, dass die motorischen und/oder vokalen Tics zu nennenswerten Ausgrenzungen, Hänseleien und Bullying führen. Sind es gleichzeitig vorliegende Ressourcen der Kinder, die dies verhindern, oder nehmen sie aufgrund ihrer gleichzeitig vorliegenden Aufmerksamkeitsstörung und/oder anderer psychischer Störungen wie z. B. Zwangsstörungen oder Asperger-Syndrom entsprechende Wechselwirkungen nicht wahr? Laut Literatur sollen bis zu 30 % der Kinder mit hyperkinetischer Störung begleitend eine Tic-Störung aufweisen (Comings, 1990). Patienten mit Tourette-Syndrom haben umgekehrt in bis zu 70 % der Fälle eine hyperkinetische Störung (Rothenberger, 1991).

Umschriebene Entwicklungsstörungen und Lernstörungen

Kinder mit hyperkinetischer Störung weisen häufiger umschriebene Entwicklungsverzögerungen auf: Die Sprachentwicklung ist verzö-

gert und die expressive Sprachfähigkeit ist teilweise beeinträchtigt. Im Schulalter werden vermehrt Lese-Rechtschreib-Störungen oder isolierte Rechenstörungen angetroffen (Taylor et al., 1991). Oftmals folgen daraus Überforderung aufgrund unerkannter und unbehandelter Teilleistungsschwächen, geringes Selbstwertgefühl aufgrund zahlreicher frustraner Erfahrungen im Lern- und Leistungsbereich sowie Kompensation dieser Schwächen durch aggressives Verhalten.

Übergewicht/Adipositas

Weiter oben wurde bereits erwähnt, dass Übergewicht einen Risikofaktor darstellt, zum Mobbing-Opfer zu werden. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass Adipositas bei Kindern in Zusammenhang steht mit Bewegungsmangel. Da Menschen mit ADHD vermehrte motorische Aktivität gegenüber der Durchschnittsbevölkerung zeigen, wäre anzunehmen, dass sie weniger von Übergewicht betroffen sind und dies ein präventiver Faktor sein könnte bzgl. des Risikos, Mobbing-Opfer zu werden. Überraschenderweise fanden Holtkamp et al. (2004) jedoch, dass ADHD nicht vor Übergewicht schützt: Die Stichprobe der Autoren wies signifikant mehr Patienten mit einem BMI oberhalb der 90. Perzentile bzw. 97. Perzentile auf als erwartet in Bezug auf die Durchschnittsbevölkerung.

Suizidale Gefährdung

Das Risiko, sich zu suizidieren, ist bei ADHS etwa um das Dreifache erhöht (James et al., 2004), insbesondere bei Jungen und jungen Männern, die zusätzlich unter einer Störung des Sozialverhaltens und Depression leiden. Es ist daher besonders wichtig, diese Risikogruppe zu erkennen und (ggf. präventiv) zu behandeln.

ADS ohne Hyperaktivität

Für Personen mit Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität kann ein erhöhtes Risiko angenommen werden, zum Mobbing-Opfer zu werden: Aufgrund wiederholter Misserfolgserlebnisse infolge der Aufmerksamkeitsstörung sowie oftmals zusätzlich vorhandener Teilleistungsstörungen besteht ein erhöhtes Risiko für geringes Selbstbewusstsein und negative Einstellung zu sich selbst. Schüler mit Hypoaktivität schlagen oft nicht zurück, sondern reagie-

ren eher mit Hilflosigkeit und Rückzug. Personen mit ADS ohne Hyperaktivität sind im Verhalten oft ängstlich, unsicher und überangepasst. Taylor et al. (1991) wiesen nach, dass Kinder mit ausgeprägter Hyperaktivität keine verminderten Intelligenztestwerte aufweisen, wohl aber Kinder mit ausschließlicher Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität, so dass auch kognitiv bedingt verminderte Fertigkeiten in der Auseinandersetzung mit aggressiv besetzten sozialen Situationen anzunehmen sind.

Asperger Syndrom und andere autistische Störungen

In der kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation werden erstaunlich selten Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen vorgestellt, die gemobbt werden. Andererseits sind in der Literatur durchaus hohe Bullying-Raten bei Asperger Syndrom beschrieben (Little, 2002). Aufgrund verminderter sozialer Kompetenzen, insbesondere im Umgang mit Gleichaltrigen, auffällig gestelzter Sprache, motorischer und sozialer Ungeschicklichkeit sowie oftmals bestehender Gutgläubigkeit kann davon ausgegangen werden, dass ein erhöhtes Risiko besteht, zum Mobbing-Opfer zu werden. Hilfe durch Mitglieder der Peer group ist kaum zu erwarten, da Personen mit Asperger Syndrom oftmals Außenseiter sind, die keine (einflussreichen) Freunde haben. Es besteht ein erhöhtes Risiko für geringes Selbstbewusstsein und negative Einstellung zu sich selbst aufgrund wiederholter Misserfolgserlebnisse infolge der geringen Sozialkompetenz, aber oftmals auch aufgrund einer zusätzlich bestehenden Aufmerksamkeitsstörung. Bei Zwangssymptomatik und/oder ADHS besteht eine verminderte Frustrationstoleranz, bei ADS ohne Hyperaktivität besteht oftmals Hilflosigkeit und Rückzug sowie verminderte Tendenz zum Zurückschlagen.

Menschen mit Asperger Syndrom haben oftmals eine erstaunliche Fähigkeit, Schwächen bzw. Empfindlichkeiten der sie umgebenden Personen zu erfassen, was zu wiederholten Provokationen und/oder Kränkungen führt und zum Abbruch manch engagierter (auch professioneller) Beziehung führt. Diese wiederholten Provokationen und/oder Kränkungen machen im Prinzip die Person mit Asperger Syndrom zum Täter, wobei in der Regel die Unterstützung durch Mittäter fehlt. Im Einzelfall ist nicht immer auseinander zu hal-

ten, ob die autistische Person die Provokationen und/oder Kränkungen wiederholt, weil sie darüber intensive und damit eindeutige emotionale Reaktionen evoziert, ob es sich um mangelnde Sensibilität und/oder unangemessene Kontaktaufnahme bzw. Beziehungsgestaltung handelt, oder ob nicht einfach Freude empfunden wird, andere zu „piesacken“, wie dies unter Kindern und Jugendlichen allgemein gar nicht so selten ist.

Für Menschen mit frühkindlichem bzw. atypischem Autismus kommt als zusätzlicher Risikofaktor, zum Opfer zu werden, die deutlicher beeinträchtigte Sprachentwicklung und damit verminderte verbale Kompetenz hinzu.

Komorbidität bei autistischen Störungen

Die Mehrzahl aller Kinder und Jugendlichen mit einer autistischen Störung weisen gleichzeitig Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung auf (Goldstein & Schwebach, 2004; Yoshida & Uchiyama, 2004; Spitzcok von Brisinski, 2003a), bei Erwachsenen scheint es etwa ein Drittel zu sein (Stahlberg et al., 2004). Das Risiko, im Erwachsenenalter eine bipolare affektive Psychose, Schizophrenie oder eine andere Psychose zu entwickeln, ist deutlich erhöht (Stahlberg et al., 2004).

Green et al. (2000) verglichen die sozialen Kompetenzen Jugendlicher mit Asperger Syndrom mit den sozialen Kompetenzen Jugendlicher mit Störungen des Sozialverhaltens. Jugendliche mit Asperger Syndrom zeigten gute kognitive Fähigkeiten, schwere Beeinträchtigungen in praktischen sozialen Funktionen sowie vermehrt Angst und Zwanghaftigkeit. Depression, suizidale Gedanken, aggressive Durchbrüche und provozierendes Verhalten waren in beiden Gruppen zu finden.

Untergewicht bei Asperger Syndrom als präventiver Faktor?

Sowohl im praktischen Alltag als auch in der Forschung (Sobanski et al., 1999) ergaben sich Hinweise, dass Personen mit Asperger Syndrom mit ihrem Körpergewicht meist unterhalb der 50. Perzentile liegen, zumal einige von ihnen ein gestörtes Essverhalten zeigen. Oftmals erlebt man im klinischen Alltag, dass Kinder und Jugendliche mit Asperger Syndrom nur eine besonders eingeschränkte Auswahl an Speisen und Getränken zu sich nehmen. Ob dies für den

besonders schlanken Körperbau verantwortlich zu machen ist, bleibt oftmals unklar, zumal nicht selten weitere Familienangehörige über einen schlanken Körperbau verfügen. Andererseits fanden Cederlund & Gillberg (2004) nicht einen verringerter BMI und Bölte et al. (2002) fanden inkonsistente Ergebnisse. In unserer klinischen Inanspruchnahmepopulation ist ein Gewicht oberhalb der 50. Perzentile bei Asperger Syndrom oft mit einer Chromosomenabweichung (z. B. XYY) verbunden (siehe auch Kielinen et al., 2004; Geerts et al., 2003; Nicolson et al., 1998).

Kontexte, die Mobbing fördern

Bullying findet sowohl in dyadischen Interaktionen als auch als Aggression mehrerer Schüler gegen ein Opfer statt (Olweus, 1993; Whitney & Smith, 1993; Schäfer, 1996a).

In eingeschlechtlichen Schulen sowie Schulen mit Schülern, die überwiegend unteren sozialen Schichten angehören, tritt häufiger Mobbing auf Eltern (Siann et al., 1993).

Trotz unterschiedlicher Angaben über das Ausmaß von Bullying, die im wesentlichen auf Methodenvarianz und unterschiedliche definitive Schärfe zurückzuführen sind, kann als Anhaltswert gelten, dass in weiterführenden Schulen im Schnitt einer von sieben Schülern manchmal und ca. 4% der Schüler ein- oder mehrmals pro Woche schikaniert werden. Für die Grundschule liegen diese Zahlen deutlich höher; hier berichten ca. 27% der Schüler, schikaniert zu werden und bei ca. 8% ist anzunehmen, dass sie ein- oder mehrmals pro Woche schikaniert werden.

Das Ausmaß von aktivem Bullying variiert zwischen den Untersuchungen. Olweus (1978, 1993) berichtet, dass in Grund- und weiterführender Schule durchschnittlich 7% der Schüler ihre Mitschüler schikanieren, Whitney & Smith (1993) berichten von 12% in der Grundschule und 6% in der weiterführenden Schule. Studierende berichten retrospektiv mit einem Anteil von 9% innerhalb der Schulzeit "häufig" oder "ständig" Mitschüler schikaniert zu haben (Schäfer 1996b).

Das Ausmaß der Viktimisierung nimmt mit zunehmendem Alter ab: In der Grundschule liegt es über dem in der weiterführenden Schule und enthält einen höheren Anteil physischer Aggression. Letzteres kann erklären, warum bei retrospektiver Erhebung keine nennens-

werten Unterschiede im Ausmaß von Bullying in Grund- und weiterführender Schule berichtet werden: Langfristig erinnert werden eher psychische Aggressionen (Schäfer, 1996b).

Entstehung des Mobbing-Prozesses und verstärkende Faktoren

Mobbing kann als eine extreme Form sozialer Stressoren verstanden werden (Knorz & Zapf, 1996). Zu Mobbing werden soziale Stressoren zum einen durch ihre Häufigkeit und Dauer. Ein weiteres Abgrenzungskriterium ist die Systematik und die Gerichtetheit von negativen Handlungen auf einzelne Personen, einhergehend mit einem Machtgefälle oder einem sich entwickelnden Machtgefälle. Wenn Mobbing beginnt, können die beteiligten Personen noch in gleichberechtigtem Verhältnis sich gegenüberstehen. Im Laufe der Zeit jedoch kommt die gemobbte Person in eine unterlegene Position, die es ihr zunehmend schwerer macht, sich zu wehren. Es gelingt dem Opfer nicht – zumindest nicht ohne fremde Hilfe – dem Mobbing ein Ende zu bereiten und einen Zustand herzustellen, der weitgehend dem Zustand vor dem Mobbing entspricht.

Mobbing ist ein Symptom für gestörte Kommunikation. Die Opfer werden isoliert, die Täter bekommen keine Rückmeldung über die Auswirkungen ihrer Schikane. Nicht jeder Mobbing-Prozess gleicht dem anderen, jedoch gibt es einige typische Muster:

- Am Anfang stehen meist einzelne Konflikte, Unverschämtheiten, Gemeinheiten. Häufen sich diese, erfolgt der Übergang zu Mobbing.
- Bestimmte Persönlichkeitszüge der Opfer scheinen Mobbing zu fördern: Sie leiden häufig unter mangelndem Selbstbewusstsein und einer negativen Einstellung zu sich selbst. Sie betrachten sich selbst als dumm, wertlos oder wenig anziehend. Ihr Verhalten ist ängstlich, unsicher, überangepasst. Sie sind Außenseiter und haben nur wenige oder gar keine Freunde. Sie schlagen nicht zurück, sondern reagieren eher mit Hilflosigkeit und Rückzug. Auch eine besonders gewaltsensible bzw. Gewalt ächtende Erziehung kann dazu führen, dass ein angemessener Umgang mit Feindseligkeit nicht ge-

lernt wurde. Des Weiteren sind Schüler bzw. Patienten, die besonders gutgläubig und vertrauensvoll auf Mitschüler bzw. Mitpatienten zugehen, gefährdet. Auffälliges oder andersartiges Aussehen, Ungeschicklichkeit oder geringe Frustrationstoleranz können hinzukommen.

- Der typische Mobber bzw. Täter hat ein großes Bedürfnis nach Macht und Demonstration seiner Stärke. Gegenüber Gleichaltrigen und Erwachsenen verhält er sich eher aggressiv. Er ist impulsiv, hat wenig soziale Fertigkeiten und wenig Mitgefühl. Meistens ist er durchschnittlich oder weniger beliebt, in der Regel aber beliebter als sein Opfer.
- In der Mobbing-Situation gibt es eine typische Rollenverteilung: Es besteht ein Ungleichgewicht im Stärkeverhältnis zwischen Mobber und Opfer. Dem Opfer fehlen Verteidigungsmöglichkeiten, es kann sich nicht ausreichend wehren. Daher kann Mobbing nur dann entstehen und fort dauern, wenn es der betreffenden Person aufgrund der Abhängigkeiten (sozialer, ökonomischer, körperlicher oder psychischer Art) nicht möglich ist, den Prozess oder die Situation zu beenden.
- In der Regel haben Gruppen, von denen Mobbing ausgeht, dominante Mitglieder, die den Mobbing-Prozess wesentlich mitbestimmen und die Gruppe stimulieren.
- Wird das Mobbing den Lehrkräften bzw. dem Stationspersonal bekannt und greifen sie ein, hat dies manchmal zur Folge, dass die Opfer aus Rache noch stärker ausgegrenzt oder gar ‚bestraft‘ werden. Scham und Angst vor solchen weiteren Repressalien veranlassen die Opfer oftmals dazu, zu schweigen, statt sich Hilfe zu holen.
- Kommt es dann früher oder später doch heraus und werden weitere Mobbing-Handlungen nicht wirksam bekämpft (z. B. weil das Problem nicht ernst genug genommen wird, die Lehrkräfte bzw. Stationsmitarbeiter sich ohnmächtig fühlen, der Sache nicht konsequent nachgegangen wird, usw.), stellt sich irgendwann die Frage, ob nicht ein Wechsel der Klasse oder Schule bzw. Station oder Klinik für das *Opfer* einen Ausweg darstellt. Muss der *Täter* die Klasse oder Schule bzw. Station oder Klinik verlassen, kann es passieren, dass er im

außerschulischen bzw. außerklinischen Rahmen das Opfer weiter mobbt oder in seinem Auftrag in der Klasse bzw. auf der Station verbliebene Mitschüler bzw. Mitpatienten weitermachen.

- Ein Klassen- oder Schulwechsel bzw. Stations- oder Klinikwechsel beendet für das Opfer unter Umständen das Mobbing. Es kann aber auch passieren, dass es in der neuen Klasse oder Schule bzw. Station oder Klinik erneut in die Rolle eines Gemobbten gerät aufgrund weiter bestehender problematischer Verhaltensweisen oder fehlender Fähigkeiten, sich zu wehren.
- Es können (zusätzliche) psychische Störungen (bzw. Erkrankungen) auftreten, wobei nicht immer klar getrennt werden kann, ob die psychische Störung Anreiz zum Mobbing gegeben hat, die psychische Störung durch das Mobbing zum Ausbruch gekommen oder durch das Mobbing entstanden ist.
- Kommt es zu längeren Schulfehlzeiten, weil das Opfer Angst vor der Schule hat oder ihm morgens vor der Schule oft übel wird bzw. es Bauchschmerzen bekommt, werden die Ängste, Beschwerden und Einschränkungen in Bezug auf Schule immer ausgeprägter und das Opfer gerät durch Vermeidung und daraus sich weiter verstärkende Ängste in einen Teufelskreis.

Ursachen von Mobbing in der Schule und im Rahmen stationärer Behandlung

- Längerfristige kognitive und/oder soziale Überforderung oder Unterforderung des Opfers oder des Täters und ggf. auch weiterer Mitschüler/Mitpatienten ist mit zahlreichen Frustrationen oder Langeweile verbunden, so dass Ablenkung willkommen ist.
- Mobbing kann ein Entlastungsventil für Frustrationen und Aggressionen sein, wenn Entlastung nicht anders möglich ist bzw. Frustrationen und Aggressionen nicht verhindert werden. Das Opfer ist der Sündenbock.

- Hoher Leistungs- und/oder Anpassungsdruck über längere Zeit kann das Klima in der Klasse bzw. auf der Station negativ beeinflussen.
- Bei Angst, in der Schule bzw. auf der Station oder zu Hause zu versagen, und den damit verbundenen Ohnmachtsgefühlen kann Mobbing als Verdrängungsmechanismus oder als Ausgleich durch Missbrauch von Macht dienen.
- Mobber versuchen, sich durch ihre ausgrenzenden Handlungen Anerkennung zu holen, wenn sie das Gefühl haben, anders nicht ausreichend anerkannt zu werden (weder in der Schule bzw. auf der Station noch zu Hause).
- Es handelt sich dann um einen Versuch, die eigenen Minderwertigkeitsgefühle an anderen auszulassen. Nicht selten waren die Täter zuvor selbst Mobbing-Opfer.
- Auch die familiäre Situation kann für das Mobbing in der Schule von Bedeutung sein: Kulturelle Unterschiede, anhaltende Konflikte und Frustrationen zu Hause können Mobbing in der Schule zur Folge haben.
- Mobbing kann als Folge von Traumatisierung und/oder als Reinszenierung auftreten

Täter: Störungen in der sozialen Wahrnehmung oder Verdrängung?

Spricht man die Täter auf ihr Mobbing an, reagieren sie oft bagatelisierend und behaupten, es nicht ernst gemeint zu haben. Oder sie schieben die Schuld auf das Opfer, in dem sie behaupten, dass sie vom Opfer provoziert wurden. Oft behaupten mobbende Schüler in Diskussionen, Gewaltgegner zu sein. Sie sind zum Teil nicht fähig, nachzuvollziehen, was für Qualen ihr Opfer durch die Ausgrenzung erleidet (Spitzcok von Brisinski, 2003b).

Folgen für das Mobbingopfer

Das Opfer sucht oft die Ursache für das Mobbing erst einmal oder auch über längere Zeit bei sich selbst. Oder es traut sich aus

Scham und Angst vor noch stärkerem Mobbing nicht, sich Hilfe zu holen. Nur jeder dritte Schüler informiert einen Lehrer, nur jeder zweite erzählt davon den Eltern.

Oft wirken sich die Folgen auf die gesamte Persönlichkeit aus: Zum Verlust des Selbstvertrauens können Angstzustände, Schlafstörungen und Konzentrationsprobleme (DD ADS!) kommen, auch ein allgemeines Gefühl des Angespannt- und Gereiztseins. Durch die wahrgenommene Isolation entstehen depressive Tendenzen und Passivität, die Lernmotivation nimmt ab bis zu Lernunlust und Schulvermeidung, unter Umständen kommen Selbstmordgedanken auf. Mobbing kann durch die psychische Belastung zu Stressreaktionen führen, in deren Folge Bauch- und Kopfschmerzen, Verdauungsprobleme, Muskelverspannungen, Müdigkeit, Schlafstörungen, usw. auftreten können. Manchmal treten auch Kopf- oder Bauchschmerzen gehäuft auf, weil sie dem Opfer ermöglichen, der Schule und damit der Mobbing-Situation fern zu bleiben (Spitzcok von Brinski, 2003b).

Zu den langfristigen Folgen zählen gehäuftes Auftreten von Depressionen, Suizidgedanken, Einsamkeit sowie von Beeinträchtigungen des beruflichen Erfolgs (Eisenberg & Aalsma, 2005).

Mögliche indirekte Hinweise auf Mobbing (Warnsignale)

- Will das Kind nicht mehr zur Schule gehen?
- Möchte das Kind lieber zur Schule gefahren werden?
- Kommt das Kind oft zu spät in den Unterricht, obwohl es rechtzeitig von zu Hause losging? (DD ADS)
- Braucht das Kind oft sehr lange für den Rückweg? (DD ADS)
- Äußert es Ängste?
- Wirkt es bedrückt?
- Lässt die schulische Leistung nach? (DD ADS)
- Ist das Kind in letzter Zeit häufiger unkonzentriert? (DD ADS)
- Bringt das Kind häufiger Schulsachen beschädigt nach Hause? (DD ADS)
- Verliert das Kind häufiger Geld (z. B., um die Täter zu bezahlen)? (DD ADS)
- Zieht sich das Kind zurück (DD Asperger Syndrom/Autismus)?
- Gibt das Kind keine schlüssige Erklärung für sein Verhalten?
- Trägt es sich mit Selbstmordgedanken?

- Hat das Kind Alpträume oder Schlafstörungen? (DD ADS)
- Weist das Kind häufiger Verletzungen auf? (DD ADS)
- Hat das Selbstbewusstsein des Kind abgenommen? (DD ADS)
- Leidet das Kind häufiger unter Appetitlosigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen? (DD NW Methylphenidat)
- Kommt es häufiger zu Fehltagen durch „Krankheitstage“ oder Schwänzen?

Interventionen

Bullying ist zwar ein häufiges, aber nicht akzeptables Verhalten. In den letzten 25 Jahren sind mehrere Präventionsprogramme entwickelt worden, deren Evaluation jedoch unterschiedliche Ergebnisse erbrachte. Das in Norwegen entwickelte Olweus Bullying Prevention Programm zeigte in der Befragung Jugendlicher eine Reduktion von Gemobbtwerden und Mobben anderer um 30 bis 70%, signifikante Reduktion generell im antisozialen Verhalten, Verbesserungen im Klassenzimmer bzgl. Ordnung und Disziplin, sowie eine positivere Haltung gegenüber Schularbeit und Schule. Eine andere Studie untersuchte die Auswirkungen eines umfassenden Bullying Präventionsprogramms, das vor Ort durch ein Team aus Schulpersonal und Eltern an einer Hauptschule durchgeführt wurde. Es zeigte sich eine signifikante Reduktion der Peer-Viktimisierung. Dagegen zeigte eine der größten Projekte in den USA an 39 ländlichen Schulen am Ende der 2jährigen Laufzeit keine signifikanten Effekte auf die Häufigkeiten von Viktimisierung, Bullying, allgemein antisoziales Verhalten oder Haltung gegenüber Bullying (Eisenberg & Aalsma, 2005).

Bestandteile von Präventions- und Interventionsprogrammen

- Umfassende schulbasierte Interventionen mit dem Ziel, Gelegenheiten und Belohnungen für Bullying zu reduzieren durch Festlegung und Publikation schulweit geltender Regeln
- Lehrertraining bzgl. Erkennen und Stoppen von Bullying
- Diskussionen zum Thema im Unterricht
- Implementierung curricularer Aktivitäten
- Individuelle Gespräche mit Tätern, Opfern und ihren Eltern

Die Beaufsichtigung von Spielplätzen und Waschräumen reduziert Bullying (Siann et al., 1993).

DeRosier & Marcus (2005) fanden auch 1 Jahr nach Abschluss eines Programms für abgelehnte, viktimisierte und sozialängstliche Kinder zum Aufbau von Freundschaften und Kampf gegen Bullying positive Effekte hinsichtlich höherer sozialer Akzeptanz, höherem Selbstbewusstsein, geringerer Depressivität und verminderter Angst. Einige Effekte ließen sich allerdings nur für Mädchen und nicht für Jungen nachweisen.

Konkrete Schritte

Besteht der Verdacht, dass ein Kind gemobbt wird, muss dem unbedingt angemessen nachgegangen werden. Dabei ist es wichtig, besonnen das Thema anzugehen und nicht voreilig Schlüsse zu ziehen bzw. einseitig Schuld zuzuweisen, sondern sich eingehend zu informieren.

Im schulischen Rahmen sorgen die Eltern des Kindes zusammen mit dem Klassenlehrer dafür, dass das Mobbing-Problem allen Lehrern der Schule, den Mitschülern und den Eltern der Klasse bewusst wird und ernst genommen wird. Dabei sprechen die Eltern zunächst mit dem Klassenlehrer und stimmen mit ihm die Thematisierung bei Mitschülern und Eltern ab. Die Eltern des gemobbten Kindes nehmen nicht direkt zum Täter oder mitansehenden Schülern bzw. den Eltern des Täters/der Täter Kontakt auf, sondern immer erst zum Lehrer. Es ist günstiger, wenn seitens der Schule Gespräche mit dem Täter, den mitansehenden Schülern und den Eltern geführt werden, als wenn es die Eltern des Opfers tun, denn der Schule wird eher eine neutrale Rolle zugetraut bzw. zugestanden.

Im klinischen Rahmen sind Einzelgespräche, Kleingruppen mit den unmittelbar Beteiligten, Familiengespräche, Gruppensitzungen mit der gesamten Patientengruppe der Station sowie ggf. Gruppensitzungen zusätzlich mit allen Eltern (z. B. im Setting der „Reflecting Families“ nach Caby und Geiken, 2000) erforderlich.

Es muss angestrebt werden, Tätern wie zusehenden Mitschülern bzw. Mitpatienten einen Perspektivwechsel zu ermöglichen und ihnen die psychischen Folgen für das Opfer klar zu machen.

Gespräch mit den Lehrkräften

Lehrer sind unter Umständen überrascht, wenn man sie auf Mobbing in ihrer Klasse anspricht. Schikane geschieht oft subtil und weniger während des Unterrichts, sondern häufiger während der Pausen oder auf dem Schulweg. Oft wird die Deutung eines Verhaltens als Mobbing auch abgewehrt: Das Opfer übertreibe, sei zu sensibel oder durch sein eigenes Verhalten selbst schuld. Manchen Lehrern erscheint das Verhalten auch als Altersstufe entsprechend normal. Auch im klinischen Rahmen kann es zu Mobbing kommen, ohne dass dies vom Klinikpersonal bemerkt wird. Neben Mobbing in den Räumen der Station während unbeobachteter Momente kann dies z. B. auch auf dem Weg zu außerhalb der Station stattfindenden Therapien oder auf dem Weg zur Krankenhausschule passieren.

Das Kind wird angeregt, Mobbing-Situationen stets den Eltern und einem Lehrer bzw. dem zuständigen Therapeuten oder Bezugsbetreuer zu erzählen

Dem Kind muss klar gemacht werden, dass sich viele Schüler schämen, dass sie gemobbt werden, und still vor sich hin leiden, dass das aber nicht aus dem Problem heraushilft. Es muss mit dem Kind besprochen werden, was ihm helfen kann, Angst und Scham zu überwinden und sich zu trauen, einen Lehrer bzw. Therapeuten oder Betreuer zu informieren. Schriftliches Festhalten sämtlicher Übergriffe (Mobbing-Tagebuch) kann sinnvoll sein.

Maßnahmen auf breiter Basis

Sind Mobbing-Probleme erkannt, hilft es wenig, Täter zu ermahnen oder einfach das Opfer aus der Schule zu nehmen. Mobbing muss Thema der Klasse und der Schule werden. Die klare Ablehnung und Sanktionierung von Bullying seitens der Schule muss deutlich werden. Der Konflikt muss ausgetragen werden. Es muss zusammen mit dem Kind, den Mitschülern, den Lehrern und beteiligten Eltern reflektiert werden, wie das Mobbing verhindert werden kann. Wie können die Bedingungen für Opfer und Täter so verändert werden, dass beide ohne Mobbing zurecht kommen? Erhöhte Lehrerpräsenz in den Pausen senkt nicht nur die Häufigkeit von Mobbing, sondern

auch Konflikte bei ADHS und/oder Asperger Syndrom.

Weitere Maßnahmen sind die Entwicklung von sozialen Kompetenzen bei den Schülern in den Bereichen Kommunikation und Konfliktlösung durch soziales Lernen und Trainings, ggf. auch durch Peer-Mediation. Hier werden die Jugendlichen für die Rolle als Streitschlichter ausgebildet. In der Peer-Mediation werden dann die Täter stärker mit ihren Opfern konfrontiert und gemeinsam Lösungen entwickelt.

Fragen an die Lehrkräfte bzw. Stationsleiter

- Wie wird konkret auf Ausgrenzen, Hänkeln und Mobbing durch Mitschüler bzw. Patienten reagiert?
- Welche Konsequenzen gibt es auf Klassenebene und auf Schulebene bzw. auf Stationsebene für Mobber?
- Wie wird der Täter mit seinem Opfern und dem Unrecht, dass er ihm zugefügt hat, konfrontiert?
- Wie werden Täter und Opfer aktiv in die Lösung mit einbezogen?
- Erfolgen Lehrer- bzw. Therapeutengespräche mit den Eltern der Mobber?
- Werden Mobbing-Vorfälle dokumentiert?
- Gab es vorher schon einmal Mobbing-Situationen? Gibt es jemand mit der gleichen Erfahrung? Konnte ermittelt werden, was wirklich passiert ist? Wie sah der Täter-Opfer-Ausgleich aus?
- Wie werden Schüler von Lehrern bzw. Patienten von Klinikmitarbeitern ermutigt, über Mobbing-Vorfälle zu berichten?
- Gibt es ein Kontakttelefon? Ein Kontakttelefon soll Opfern und Zeugen, die anonym bleiben wollen, die Weitergabe von Informationen an die Lehrkräfte ermöglichen. Ziel ist es auch, das Opfer zu einem persönlichen Gespräch zu bewegen.
- Wie werden Opfer geschützt und unterstützt?
- Wie wird verhindert, dass sich ähnliche Probleme erneut entwickeln?
- Welche vorbeugenden Maßnahmen gegen Mobbing und Schika-

ne gibt es an der Schule bzw. Klinik?

- Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Beziehungen zwischen den Schülern bzw. Patienten werden durchgeführt?
- Welche Klassenregeln bzw. Stationsregeln sind als vorbeugende Maßnahmen gegen Mobbing vereinbart worden? Welche gemeinsamen Aktivitäten, z.B. Partys oder Ausflüge, gibt es, damit sich die Schüler bzw. Patienten einander besser kennen und schätzen lernen und soziales Mitgefühl aufbauen?
- Werden in der Schule bzw. Klinik soziale Kompetenz-Trainings und Konfliktbewältigungstrainings durchgeführt?
- Sind Schüler nach dem Konfliktlotsenmodell ausgebildet?
- Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Schülern, Lehrern bzw. Klinikmitarbeitern und Eltern zur Entwicklung von Anti-Mobbing-Strategien gibt es an der Schule bzw. Klinik?
- Sind Themen wie Klassen- bzw. Stationsklima, Gewalt in der Klasse bzw. auf der Station, Mobbing und soziales Lernen Inhalt von Elternabenden, Vorträgen, Klassen- bzw. Stationskonferenzen, Gruppensitzungen, Projekttagen und im Fachunterricht?
- Wie werden andere Eltern über das Mobbing-Problem an der Schule informiert und wie erfahren sie, was sie selbst gegen Mobbing an der Schule beitragen können?
- Sind die Elternbeiräte und Klassenpflegschaftsvorsitzenden informiert?

Lehrer und Klasse – Stationsleiter und Patientengruppe

Hinsichtlich der übrigen Schüler muss der Lehrer anfangs einen erheblichen Widerstand der Klasse überwinden, denn die Rolle des Außenseiters ist oft von der Mehrheit gewollt oder verstärkt ihren Zusammenhalt, ohne dass dies zugegeben wird. Analoges kann für die Patientengruppe auf einer Station gelten.

Das Opfer hat oft Angst, im Mittelpunkt zu stehen, da es fürchtet, nun erst recht den Angriffen der anderen ausgesetzt zu sein. Dahinter steckt oft die Erfahrung oder Befürchtung, dass es noch schlimmer wird, der Graben zu den anderen Schülern bzw. Patienten noch größer wird, wenn sich Lehrer, Eltern oder andere Erwachsene für

den außen stehenden Schüler engagieren. Es kann sein, dass Dinge zur Sprache kommen, die für das Opfer peinlich sind und sein Selbstbewusstsein noch weiter belasten. Oder es entstehen für andere Schüler peinliche bzw. unangenehme Situationen, was sie dann dem ausgrenzten Schüler bzw. Patienten anlasten.

Beziehung zwischen Lehrer bzw. Therapeut/Bezugsbetreuer und Opfer

Jede Maßnahme des Lehrers/Therapeuten/Bezugsbetreuers zur Verbesserung der Dazugehörigkeit des Schülers/Patienten setzt voraus, dass sich der Schüler/Patient vom Lehrer/Therapeut/Bezugsbetreuer angenommen und verstanden fühlt, denn die Situation des Schülers in der Klasse/Station ist bereits belastend genug. Erst, nachdem sich eine vertrauensvolle Gesprächssituation zwischen beiden entwickelt hat, kann der Lehrer/Therapeut/Bezugsbetreuer den Schüler/Patienten vorsichtig auf die Anteile hinweisen, die der Schüler/Patient selbst zu seiner Randposition beisteuert.

Beziehung zwischen Lehrer bzw. Therapeut/Bezugsbetreuer und Täter

- Es ist wichtig, bei Opfer und Täter(n) nach individuellen Stärken zu suchen, zu nutzen und dafür echte Wertschätzung und Bestätigung zu geben: Werden die Täter nicht nur kritisiert, sondern werden ihre Stärken (außer Mobben) anerkannt, kann es gelingen, dass auf das Ausgrenzen verzichtet werden kann.
- Wer sich selbst von anderen wertgeschätzt fühlt, muss nicht andere erniedrigen, um sich selbst zu erhöhen.
- Für Opfer wie Täter gilt: Mit zunehmender Wertschätzung wachsen Selbstvertrauen und die Fähigkeit, Kritik anzunehmen und zu verarbeiten. Durch Stärkung der Persönlichkeit und der sozialen Fertigkeiten von Opfer, Täter und ‚Mitläufern‘ in der Klasse, in der ganzen Schule und innerhalb der Familie wird das Klima verbessert, der Zusammenhalt gestärkt und Mobbing verringert.
- In der Regel lehnen nicht alle Schüler einer Klasse bzw. Patienten einer Station den Außenseiter aktiv ab, sondern es gibt Schü-

ler bzw. Patienten, die sich zurückhalten oder heraushalten möchten. Möglicherweise lehnen sie eher ab, was in der Klasse bzw. auf der Station vor sich geht, fühlen sich aber nicht dafür verantwortlich oder nicht stark genug, dagegen etwas zu unternehmen.

- Es kann versucht werden, diese Schülergruppe bzw. Patienten-
gruppe dafür zu gewinnen, Kontakte zum Opfer aufzunehmen
und ihn eventuell sogar vor Angriffen zu schützen.
- Das Kind sollte versuchen, Rückhalt bei Verbündeten in der
Klasse bzw. Station oder in anderen Klassen zu finden. Die meis-
ten Schüler bzw. Patienten haben ein Gerechtigkeitsgefühl, an
das man appellieren kann, denn es gilt für alle: Man sollte sein
Gegenüber so behandeln, wie man selbst gern behandelt werden
möchte.

Erziehungsarbeit und therapeutische Arbeit

- Üben von Kritikfähigkeit und Konfliktfähigkeit auch im familiären
Rahmen
- Unterstützung des Kindes, in der Freizeit an Gruppenaktivitäten
(Basteln, Musik, Sport, usw.) teilzunehmen. So kann es Grup-
pensituationen ohne Mobbing erleben und seine sozialen Fertig-
keiten sowie sein Selbstbewusstsein stärken.
- Arbeit mit dem Kind, wie es seine Stärken optimal nutzen kann,
um Rückhalt in der Klasse zu bekommen.
- Anregung des Kindes dazu, wenn immer möglich und Aussicht
auf Erfolg besteht, sich mit Gleichaltrigen innerhalb und außer-
halb der Schule zu messen.

Fördern der Eigenverantwortlichkeit des Kindes:

- Vermitteln, dass das Kind einen Teil der Abläufe in seinem Um-
feld mitbestimmen kann und nicht alles als unabwendbares
Schicksal über einen ‚hereinbricht‘ (locus of control).
- nicht zu viele Entscheidungen abnehmen.
- Besprechen der unterschiedlichen Folgen, die je nach seiner
Entscheidung eintreten, das ihr Kind ggf. auch (verantwortbare)
negative Erfahrungen machen lassen.

Diagnostik und Therapie

Grundsätzlich sollte im Falle von Mobbing kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung sowohl beim Opfer als auch beim Täter erfolgen.

Liegt ein AD(H)S vor, ist ggf. Optimierung bzw. Erweiterung der bisherigen Therapie und Beratung um weitere Methoden und/oder Personen notwendig unter Beachtung eventuell zusätzlich vorliegender Teilleistungsstörungen, kognitiver Über- oder Unterforderung sowie intrafamiliärer Faktoren (Döpfner et al., 2000; Spitzcok von Brisinski, 2003a-f, 2004). Wird auch medikamentös behandelt, muss ggf. überprüft werden, ob während der Schulzeit einzunehmende Tabletten überhaupt eingenommen oder aber „vergessen“ werden, sei es nun aufgrund von Ablehnung gegenüber dem Medikament, Peinlichkeit („Was werden die andern denken?“) oder „Zerstreuung“. Ggf. muss auf ein Retardpräparat umgestellt werden.

Liegt ein Asperger Syndrom vor, sind in der Regel autismspezifische Beratung und Therapie sowie spezifische pädagogische Maßnahmen unverzichtbar (Attwood, 2005; Pickartz et al., 2000; Spitzcok von Brisinski et al., 1998; Spitzcok von Brisinski, 2000, 2003a), ggf. ergänzt durch medikamentöse Therapie. Bei zusätzlich zur autistischen Symptomatik vorliegenden Störungen der Aufmerksamkeit, Impulsivität, Hyperaktivität, ungezielter Aggressivität ist oftmals Methylphenidat effektiv. SSRI reduzieren repetitive Gedanken, Stereotypen und zwanghaftes Verhalten, Ängste, depressive Symptome, mutistische Symptome, gezielte Aggressionen und verbessern z. T. soziale Interaktionen, insbesondere auch Sprachgebrauch (McDougle et al., 1996). Risperidon scheint effektiv zu sein in der Behandlung von Aggressivität, Hyperaktivität, Irritabilität, Stereotypen, sozialem Rückzug, und eingeschränkten Interessen (Gagliano et al., 2004), wobei allerdings deutliche Gewichtszunahme, erhöhter Prolaktin-Spiegel, früh auftretende extrapyramidale Symptome sowie tardive Dyskinesien (Karama & Lal, 2004; Kwon, 2004) auftreten können.

Literatur

- Attwood, T. (2005) Asperger-Syndrom: Wie Sie und Ihr Kind alle Chancen nutzen. 2., Aufl. Stuttgart: MVS Medizinverlage
- August, G.J., Stewart, M.A., Holmes, C.S. (1983) A four-year follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *Br J Psychiatry*. 143, 192-198

- Berdondini, L. & Smith, P.K.* (1996) Cohesion and power in the families of children involved in bully/victim problems at school: An Italian replication. *Journal of Family Therapy*, 18(1), 99-102
- Bölte, S., Ozkara, N., Poustka, F.* (2002) Autism spectrum disorders and low body weight: is there really a systematic association? *Int J Eat Disord*, 31(3), 349-51
- Boulton, M.J., Underwood, K.* (1992) Bully / victim problems among middle school children. In *British Journal of Education Psychology*, 62, 73-87
- Bowers, L., Smith, P.K., Binney, V.* (1994) Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11, 215-232
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie* (2004) Bullying und Gewalt von Schülerinnen und Schülern. HBS Factsheet. www.univie.ac.at/lbimngs/berichte/factsheet5.pdf
- Caby, F., Geiken, G.* (2000) "Reflecting Families" - Eltern reflektieren Kinder und Jugendliche/Kinder und Jugendliche reflektieren Eltern. XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jena 2000. In: Blanz, B. (Hg.) Abstractband www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/AbstrCaby.htm
- Cederl, M., Gillberg, C.* (2004) One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors. *Dev Med Child Neurol*, 46(10), 652-660
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., Streuning, E.L.* (1993) An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry*, 34(6), 851-67
- Comings, D. E.* (1990) *Tourette Syndrome and Human Behaviour*. California: Hope Press
- Crick, N.R., Bigbee, M.A., Howes, C.* (1996) Gender differences in childrens normative beliefs about aggression. How do I hurt thee? Let me count the ways. *Child Development*, 67, 1003-1014
- Crick, N., Casas, J., & Mosher, M.* (1997) Relational and overt aggression in preschool. *Developmental Psychology*, 33(4), 579-588
- Crick, N. R., Grotpeter, J. K.* (1996) Children's treatment by peers: Victims of relational and overt aggression. *Development and Psychopathology*, 8, 367-380
- DeRosier, M.E., Marcus, S.R.* (2005) Building friendships and combating bullying: effectiveness of S.S.GRIN at one-year follow-up. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 34(1), 140-150
- Döpfner, M., Frölich, J., Lehmkuhl, G.* (2000) *Hyperkinetische Störungen*. Göttingen: Hogrefe
- Eisenberg, M.E., Aalsma, M.C.* (2005) Bullying and peer victimization: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*, 36(1), 88-91. www.adolescenthealth.org/PositionPaper_BullyingAndPeerVictimization.pdf
- Geerts, M., Steyaert, J., Fryns, J.P.* (2003) The XYY syndrome: a follow-up study on 38 boys. *Genet Couns*, 14(3), 267-279
- Goldstein, S., Schwebach, A.J.* (2004) The comorbidity of Pervasive Developmental Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: results of a retrospective chart review. *J Autism Dev Disord*, 34(3), 329-39

- Green, J., Gilchrist, A., Burton, D., Cox, A. (2000) Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder. *J Autism Dev Disord*, 30(4), 279-93
- Hanewinkel, R., Knaak (1997) Mobbing: Eine Fragebogenstudie zum Ausmaß von Aggression und Gewalt an Schulen. In: M. Schäfer (Hg.), *Bullying - Aggression unter Schülern. Empirische Pädagogik*, 11 (3)
- Hirschmann, N., Hertzstell, I. (2001) Mobbing. Homepage des Landesverbandes Bayerischer Schulpsychologen (LBSP). www.lbsp.de
- Holtkamp, K., Konrad, K., Müller, B., Heussen, N., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Hebebrand, J. (2004) Overweight and obesity in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 28(5), 685-9
- Hoover, J.H., Oliver, R.L., Thomson, K.A. (1993) Perceived victimization by school bullies: New research and future direction. In *Journal of Humanistic Education and Development*, 32, 76-84
- James, A., Lai, F.H., Dahl, C. (2004) Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 110(6), 408-415
- Karama S, Lal S. (2004) Tardive dyskinesia following brief exposure to risperidone--a case study. *Eur Psychiatry*, 19(6), 391-392
- Kielinen, M., Rantala, H., Timonen, E., Linna, S.L., Moilanen, I. (2004) Associated medical disorders and disabilities in children with autistic disorder: a population-based study. *Autism*, 8(1), 49-60
- Kim, Y.S., Koh, Y.J., Leventhal, B. (2005) School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*, 115(2), 357-363
- Knorz, C., Zapf, D. (1996) Mobbing – eine extreme Form sozialer Stressoren am Arbeitsplatz. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 12–21
- Kwon, H. (2004) Tardive dyskinesia in an autistic patient treated with risperidone. *Am J Psychiatry*, 161(4), 757-758
- Lagerspetz, K.M., Björkqvist, K., Berts, M., King, E. (1982) Group aggression among school children in three schools. In *Scandinavian Journal of Psychology*, 23, 45-52
- Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S., Hynd, G. (1988) Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 27(2), 163-70
- Lauper, E. (2001) Mobbing im Bildungsbereich. www.mobbing-info.ch/html/bildung.html
- Leymann, H. (1993) Mobbing – Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Reinbek: Rowohlt
- Little L. (2002) Middle-class mothers' perceptions of peer and sibling victimization among children with Asperger's syndrome and nonverbal learning disorders. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 25(1), 43-57
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T.L., Addalli, K.A. (1991) Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 48(1), 77-83
- McDougle, C.J., Naylor, S.T., Cohen, D.J., Volkmar, F.R., Heninger, G.R., Price, L.H. (1996) A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 53(11), 1001-1008

- Nansel, T.R., Overpeck, M., Pilla, R.S., Ruan, W.J., Simons-Morton, B., Scheidt, P.* (2001) Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 285(16), 2094-2100
- Neuberger, O.* (1994) *Mobbing. Übel mitspielen in Organisationen.* München, Meiring: Rainer Hampp Verlag
- Nicolson, R., Bhalerao, S., Sloman, L.* (1998) 47,XYY karyotypes and pervasive developmental disorders. *Can J Psychiatry*, 43(6), 619-22
- Olweus, D.* (1978) *Aggression in the schools: Bullying and the whipping boys.* Washington, DC: Hemisphere Publishing corporation
- Olweus, D.* (1984) Aggressors and their victims: Bullying at school. In N. Frude & H. Gault (Eds.), *Disruptive behaviour in schools.* New York: Wiley, 57-67
- Olweus, D.* (1991) Bullying/victim problems among school children. In: I. Rubin & D. Pepler (Hrsg.), *The development and treatment of childhood aggression.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 411-447
- Olweus, D.* (1993) Victimization by peers: Antecedents and long term outcomes. In: K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Hg.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 315-341
- Olweus, D.* (1995) *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten - und tun können.* Bern: Huber
- O'Moore, A.M., Hillary, B.* (1989) Bullying in Dublin schools. In *The Irish Journal of Psychology*, 10, 807-814
- Oswald, H., Süß, K.-U.* (1994) The influence of parents and peers on misconduct in school: simultaneous and synergistic effects. In: R.K. Silbereisen & E. Todt (Hg.), *Adolescence in context.* New York: Springer, 347-365
- Perry D.G., Kusel, S.J., Perry, L.C.* (1988) Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, 24, 807-814
- Pickartz, A., Hölzl, H., Schmidt, M. H.* (Hg.) (2000) *Autistische Menschen zwischen Jugend- und Behindertenhilfe. High Functioning Autism und Asperger-syndrom.* Lambertus
- Pikas, A.* (1989) A pure concept of mobbing gives the best results for treatment. In *School Psychology International*, 10, 95-104
- Rigby, K., Slee, P.T.* (1991) Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. In *Journal of Social Psychology*, 133, 33-42
- Rothenberger, A.* (1991) *Wenn Kinder Tics entwickeln - Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung.* München und Jena: Urban & Fischer
- Schäfer, M.* (1996a) Aggression unter Schülern. *Report Psychologie*, 21, 700-711
- Schäfer, M.* (1996b) Bullying, Viktimisierung und die Folgen - Eine retrospektive Pilotstudie über Ausmaß, Arten und Intensität von Bullying während der Schulzeit und mögliche Zusammenhänge zu Spaß an der Schule, Bindungsqualität und Selbstwert. (Paper 6/1996), Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung, München
- Siann, G., Callaghan, M., Lockhart, R.* (1993) Bullying: Teacher's views and school effects. *Educational Studies*, 19, 307-21
- Slee, P.T.* (1993) Bullying: A preliminary investigation of its nature and the effects of social cognition. In *Early Child Development and care*, 87, 47-57
- Smith, P. K.* (1994) What we can do to prevent bullying in school. *The Therapist* (Summer 1994), 12-15

- Smith, P. K., Levan, S. (1995) Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 489-500
- Sobanski, E., Marcus, A., Hennighausen, K., Hebebrand, J., Schmidt, M.H. (1999) Further evidence for a low body weight in male children and adolescents with Asperger's disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8(4), 312-314
- Spitzcok von Brisinski, I., Hamburg, S., Schmolze, C., Rehwald, T. (1998) Solutions-focused systemic therapy in autism of Asperger type. In: IACAPAP (Hg.) 14. International Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions - Abstracts. Stockholm 1998, 268 www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/asperger-loesungsorientiert.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (2000) Ressourcenorientierte Diagnostik, Beratung und Therapie bei Asperger-Syndrom und High-functioning-Autismus. XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jena 2000. In: Blanz, B. (Hg.) Abstractband, 50 www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/asperger.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (2001) Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie. In: Rotthaus, W. (Hg.): Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Carl Auer Verlag, Heidelberg, 278-298
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003a) Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung - differentialdiagnostische Aspekte. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 13(4), 52-72
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003b) Dazugehören - Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden. Berlin: Cornelsen
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003c) Systemische Aspekte bei ADHS. Bundesverband Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität- Jahrbuch 2003. Forchheim: BV-AH. www.systemisch.net/gedankenregister/hks-systemisch.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003d) Tagesklinische und vollstationäre Diagnostik und Behandlung bei ADS und ADHS/HKS – Aspekte der Indikation und Verweildauer. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 13(1), 48-60 www.bkjpp.de/forum/for103/adhs-stationaer.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003e) Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167
- Spitzcok von Brisinski, I. (2003f) ADS – Psychotherapie und Vernetzung. In: Kolb, G.; Prinzing, M.; Schäfer, D. (2003): ADS?! Das Zappelphilipp-Hans-Guck-in-die-Luft-Syndrom. Bad Boll: Evang. Akademie, 84-89
- Spitzcok von Brisinski, I. (2004) Diagnostik und Therapie von AD(H)S unter besonderer Berücksichtigung systemischer Zusammenhänge und motopädischer Behandlung. Fachtagung des Deutschen Berufsverbandes der MotopädInnen/MototherapeutInnen 7.3.2004 in Borken www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Kliniken/Viersen/Behandlung+Kids/Infos_Fachleute/Online_Artikel/ads-motopaedie.htm
- Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M., Gillberg, C. (2004) Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm*, 111(7), 891-902

- Taylor, E., Sandberg, S.* (1991) *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. New York: Oxford University Press
- Weiss, B., Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S.* (1992) Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development*, 63, 1321-1335
- Whitney, I., Smith, P.K.* (1993) A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*, 35, 3-25
- Yoshida, Y., Uchiyama, T.* (2004) The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13(5), 307-14

Anschrift des Verfassers:

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski
Rheinische Kliniken Viersen
Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Horionstr. 14
D-41749 Viersen
E-Mail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
Internet: www.rk-viersen.lvr.de

Buchrezensionen

Helmut Bonney: **Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis**. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 2003. 171 S., 19,95 €

Der Autor des Buches ist Vater von fünf Kindern und arbeitet als niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung in Heidelberg. Das Buch schöpft aus den Erfahrungen seiner 15-jährigen ambulanten Praxis und möchte auch mit Freude und Humor die Kreativität anregen sowie zeigen, dass systemisches Arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein kunstreicher Genuss sein kann. Die Familientherapie konzentrierte sich anfänglich auf die Arbeit mit den Eltern. Während analytische Kindertherapeuten familientherapeutische Maßnahmen für eher ungeeignet hielten, beharren viele Familientherapeuten darauf, kindliche Symptome als Ausdruck familiärer Dysfunktionalität zu verstehen. Kindgemäße Veränderungsstrategien wurden erstmals von den Hypnotherapeuten in den Mittelpunkt gerückt. Die Fortschritte der Neurobiologie haben oft zu reduktionistischen Sichtweisen geführt, die sich auch am Beispiel der Entwicklung des ADHS – Konstrukts nachzeichnen lassen. Die technische Entwicklung ermöglichte aufgrund von komplexen Erfindungen und Technologien immer effektivere Zeitersparnisse. Dementsprechend beschleunigte sich unsere Wahrnehmungs- und Handlungsgeschwindigkeit. Pausen, d.h. Zeiten, die weniger Stimuli beinhalten, scheinen uns eher zu beunruhigen. Sie können bei ADHS-Kindern die Suche nach Stimulation provozieren. Die Einnahme von Stimulanzien könnte intern für Impulse sorgen, die außen nicht verfügbar sind oder geboten werden. Die neurobiologische Forschung entwickelte verschiedene Erklärungsmodelle, die sich auf das dopaminerge System beziehen. Mit der Zeit entsteht ein Teufelskreis. Die für Aufmerksamkeit und Impulskontrolle zuständigen Nervenbahnen werden weniger ausgebaut. Entsprechend stärker ausgebildet durch die besonders häufige und intensive Nutzung werden die Nervenschaltungen für ungerichtete Motorik, ungezielte Wahrnehmung und Aufmerksamkeit. Eine ADHS-Konstellation entsteht v.a. dann, wenn Institutionen die Entwicklung passender Hilfestellung für das Kind und die Familie verhindern, da sie auf eine sofortige

ge „Entstörung“ drängen. Die systemische Sichtweise hat lange Zeit familienbezogene Entwicklungsaspekte eher vernachlässigt. Eine Familiendiagnostik dient dazu, Interaktionen und ihre Veränderungen zwischen den Familienmitgliedern und den Subsystemen zu untersuchen und zu beschreiben. Mehr als die Hälfte des Buches besteht aus Fallvorstellungen, die den systemischen Ansatz im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis schildern. Die ursprüngliche Absicht diese Arbeitsberichte von unterschiedlichen Störungsbildern (z.B. PTSD, ADHS, Anorexie, Zwangsstörungen, Enuresis, Enkopresis, psychotische Störungen) auch durch einen Verhaltenstherapeuten und einen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten kommentieren zu lassen, konnte nicht realisiert werden. Beide beklagten ein Defizit an notwendigen Informationen und fanden die beschriebenen Wandlungen als nicht nachvollziehbar. Die Kommentare des Autors beziehen sich immer auf die individuelle Symptomatik, eine systemische Hypothese mit Eltern- und Dreigenerationenebene sowie die gewählten Interventionen. Boney lädt in der Regel zu einem Erstgespräch die gesamte Familie ein. Eltern werden von ihm als Experten für das Wohl ihrer Kinder angesehen. Die Kinder sollen ihre konstruktive und kreative Kompetenz einbringen und so neue Lösungen und Wandel zu erzeugen helfen. Wenn Jugendliche ihn aus eigener Motivation aufsuchen, begegnet er ihnen mit größter Wertschätzung. Der Jugendliche wird immer gefragt ob die angestrebte Lösung mit oder ohne Einbeziehung der Familie zu erreichen ist. Oft stellt sich heraus, dass eine Einzeltherapie neben der Arbeit mit der Familie sinnvoll ist. Manchmal kann auch eine systemische Therapie mit einem abwesenden Jugendlichen sinnvoll sein. Entwicklungsschritte werden verschiedenen Altersstufen zugeordnet. Die Definitionen des Tempos, in dem ein Wandel erreicht werden kann, sowie ein Zeitmanagement können für den therapeutischen Prozess hilfreich sein. Die Erziehungskompetenzen der Eltern sollen gestärkt werden. Zu wichtigen Behandlungsleitlinien werden Akzeptanz, Ressourcenorientierung sowie Kreativität erklärt. Die Psychotherapie soll die Entwicklung sich selbst organisierender Prozesse fördern und im Sinne der Prinzipien der neuronalen Plastizität neurobiologische Strukturveränderungen bahnen zu helfen. Die Fallvorstellungen können in jedem Fall als kreative Kurzzeittherapien begriffen werden, die immer die Familie miteinbeziehen. Das Buch kann allen Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen sowie

Sozialarbeitern, die sich einer systemischen Perspektive öffnen wollen, ohne Einschränkung empfohlen werden.

Dr. Bodo Pisarsky, Berlin

Hans-Werner Scheuing: „... **als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden**“. **Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarzacher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945**. 2. Aufl., Universitätsverlag Winter, Heidelberg

Die Zahl der Veröffentlichungen zum Themenkreis „Euthanasie“ im Dritten Reich ist fast nicht mehr zu übersehen. Die von Chr. Beck zusammengefasste Literatur ist in 2. Auflage als Buch erschienen. Der Versuch, die Massenmorde an Geisteskranken – im Mittelpunkt standen dabei vor allem die Todestransporte des Jahres 1940 – durch Ermittlungsverfahren nach dem Krieg aufzuarbeiten, blieb gleichermaßen unbefriedigend und unzureichend. Die verantwortlichen Regierungsvertreter, Psychiater, Anstaltsärzte und Transport- und Pflegepersonal vermochten sich durch nicht überprüfbare Schutzbehauptungen vielfältig zu exkulpieren. Auch die Erkenntnisse der Forschung in den Nachkriegsjahren über das düstere Kapitel deutscher Psychiatrie-Geschichte blieben bis zu den Publikationen von Ernst Klee (1983) – begünstigt durch einen nationalen Beschämungs- und Verdrängungsprozess – hinter dem wirklichen Geschehen zurück.

Erst die Gründung von Arbeitskreisen vor Ort, Ausstellungen zur Zeitgeschichte, Gedenktage, vor allem aber auch Gespräche mit Angehörigen und Beteiligten brachten neue Impulse: So ist auch die vorliegende Dokumentation über eine Broschüre zu einer Dissertation und jetzt zu einem umfassenden, bewegenden, ungewöhnlichen Buch geworden, das die Geschichte einer randständigen „Anstalt des Hinterlandes“ in Baden zwischen 1933 und 1945 beschreibt.

Die neue Quellenlage legte nahe, die Darstellung der Geschichte der Anstalt mit der ihrer Bewohner und Mitarbeiter zu verbinden. Methodische Grundlage waren erhaltene Schriftstücke, d.h. Dokumente und Gespräche mit Zeitzeugen. Über Standesämter und Meldebehörden wurden ehemalige Mitarbeiter ausfindig gemacht. Durch Gesprächs-Interviews wurde es möglich, unerlässliche Bausteine der Alltagsgeschichte, d.h. der „Geschichte von unten“ im Sinne einer Oral-History, die am Ende der Weimarer Republik schon auf eine 50-jährige Traditionsgeschichte zurückblicken konnte, zusammenzutragen.

Der Leidensweg begann schon 1934 mit Zwangssterilisation, Schließung eines Erziehungsheims und Neubelegung mit nicht bildungsfähigen Pfleglingen. Gleichzeitig wurde der Pflegesatz gesenkt und bei unzureichender Ernährung starben 1939/40 schon 11 Heimbewohner an Marasmus. Die Wohnbedingungen verschlechterten sich und nach einer Aufnahmesperre kam es zu den ersten Zwangsverlegungen in die Tötungsanstalt nach Grafeneck/Württemberg.

Im September 1940 kam es zu den ersten Transporten mit dem Ergebnis, dass insgesamt 217 Mordopfer gezählt werden mussten. 1941 wurde die Mosbacher Anstalt beschlagnahmt und an die Wehrmacht verkauft; der Schwarzacher Hof wurde 1944 zu einem Betriebskrankenhaus der Firma Daimler Benz umfunktioniert.

Aber auch die Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg wurde durch das Forschungsprogramm von Professor Karl Schneider in das Euthanasieprogramm einbezogen: Von Ende 1943 bis Juli 1944 wurden in kleinen Gruppen insgesamt 20 Heimbewohner in die Heidelberger Klinik verlegt und von dort in das hessische Psychiatrische Krankenhaus Eichberg verlegt, wo 19 von ihnen starben.

Die düstere Leidensgeschichte wird von dem Autor einfühlsam, subtil und gleichermaßen in Bildern und Dokumenten – als Faksimile – und im Originalton vor dem Leser in bestürzender eindringlicher Weise ausgebreitet, dass er von der Dynamik der Ereignisse ergriffen und ob ihrer perfiden Hinterhältigkeit stumm wird.

Die Kooperation mit der Forschungsabteilung der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg vollzog sich unter dem Vorwand, angeborenen und erworbenen Schwachsinn bzw. heilbare und unheilbare Kranke differenzieren zu können. Das eigentliche For-

schungsziel glaubten Karl Schneider und seine Mitarbeiter nur durch die Sektion der Gehirne entscheiden zu können. Die Kinder wurden daher in die Anstalt Eichberg/Eltville verlegt und sind hier getötet worden. Dr. Deussen, der die Kinder von Schwarzach in die Heidelberger Klinik brachte, sagte später in einem Ermittlungsverfahren aus, er habe bei einem Besuch der hessischen Anstalt in Eichberg nicht die Überzeugung gewonnen, dass die Verlegung in die hessische Anstalt „zu Euthanasiezwecken“ erfolgte. Sein späterer Suizid spricht eine andere Sprache.

Mit der Krankengeschichte von Frieda S., die nach Grafeneck verlegt und aus hierarchisch-bürokratischen Gründen nicht getötet, sondern zurückverlegt wurde, endet die Geschichte einer kleinen badischen Anstalt, die beispielhaft für ein Verbrechen steht, das schon wieder in Vergessenheit zu geraten droht. Gegen diese schreckliche Vorstellung hat der Autor dieses Buch geschrieben und wer dieses Buch aufschlägt, vergisst nicht.

Prof. Dr. Manfred Müller-Küppers, Heidelberg

Silvia Schneider: **Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung.** Springer Verlag Berlin Heidelberg 2004, 450 Seiten, 49,95 Euro.

Dieses in erster Auflage erschienene umfassende Lehrbuch erfüllt alle Ansprüche an ein Standardwerk zur Thematik der Angststörungen im Kindes- und Jugendalter in hervorragender Weise. Die Schweizer Professorin für Psychologie (Uni Basel) ließ neben einer sehr ausführlichen Darstellung der Thematik nach eigener Aussage wichtige Erkenntnisse aus ihrer langjährigen Forschungsarbeit zur familialen Transmission von Angststörungen sowie zur Behandlung von klinischen Ängsten im Kindes- und Jugendalter einfließen.

Dass das Thema für die tägliche Praxis unseres Fachgebietes hochrelevant ist, lässt Prof. Steinhausen mit einer einfürend zitierten „sorgfältig quotierten Stichprobe aus dem Kanton Zürich wo unter Anwendung differenzierter Erhebungsmethoden die Prävalenz für Angststörungen mit 11 % recht genau die Hälfte der Gesamtprävalenz von 22,5% für alle Störungen unseres Fachgebietes betrug“

untermauern. Somit dürfte dem Leser, wenn wir es nicht schon aus unserer täglichen Praxis heraus wissen, klar sein mit welchem zentralen Thema der klinischen Versorgung es Frau Schneider in diesem Lehrbuch aufnimmt.

Unabhängig vom Lebens- und Entwicklungsalter stehen Ängste im Zentrum zahlreicher psychischer Störungen. So können wir im Lehrbuch einen ausführlichen Überblick über die Grundlagen der Störungskonzepte aus verschiedenen Perspektiven der Entwicklungspsychopathologie, der Biologie, der Nosologie und der Epidemiologie genießen. Besonders angenehm zeigt sich die hervorragende Strukturierung mit vielen Fallbeispielen, Abbildungen und Tabellen. So wird zuerst detailliert die Symptomatik der einzelnen (nach ICD-10 gegliederten) Angststörungen über die Schritte der diagnostischen Abklärung, Erkenntnisse zur Ätiologie und sehr praxisbezogene Behandlungsvorstellungen dargestellt.

Im gesamten Buch wird durchgehend Wert darauf gelegt neben allgemeinen Faktoren *störungsspezifische Aspekte* in Ätiologie und Behandlung der einzelnen Angststörungen vorzustellen. Didaktisch ist das Buch in drei Teile untergliedert. Im ersten Teil werden die allgemeinen und übergreifenden Aspekte von Ängsten und Angststörungen des Kindes- und Jugendalters behandelt. Dabei wird nicht zuletzt ausführlich auf die Diagnostik eingegangen. Der 2. Teil widmet sich den spezifischen Angststörungen des Kindes- und Jugendalters. Alle Störungskapitel weisen den gleichen übersichtlichen Aufbau auf: zuerst Vorstellung des klinischen Erscheinungsbildes, bevor Modelle zu Ätiologie und Verlauf behandelt werden. Nach Darstellung der jeweiligen empirischen Behandlungsforschung wird im letzten Teil jedes Kapitels das therapeutische Vorgehen in der Praxis beschrieben. Der 3. Teil widmet sich schließlich speziellen Interventionen und Rahmenbedingungen. Neben einer Darstellung der psychopharmakologischen Behandlung und Prävention geht es auch um die Rahmenbedingungen für die Behandlung.

Den vorgetragenen Anspruch „einen Einstieg und Überblick über das Gebiet der Angststörungen des Kindes- und Jugendalters zu geben“ finden wir durchgehend erfüllt. Aus meiner Sicht wirklich ein `Bonbon` mit garantierter Lesefreude und beeindruckend umfassender praxisrelevanter Darstellung des Themas!

Dr. Matthias Reinhold, Berlin

Jörg M. Fegert und Christian Schrapper (Hg.): **Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation.** Juventa Verlag Weinheim und München 2004, 624 Seiten, 48,00 Euro.

In diesem längst überfälligen Buch, dessen Veröffentlichung mit Mitteln des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz gefördert wurde, erläutern 52 Autoren aus Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie der jeweils anderen Disziplin ihr Arbeitsfeld. Wissenschaftliche Grundlagen und praktisch bedeutsame Arbeitsformen werden ebenso beschrieben wie gesetzlicher Rahmen sowie Konzepte und Erfahrungen gelingender Koordination und Kooperation. In vier übergeordnete Abschnitte ist das Werk gegliedert:

Im ersten Kapitel wird die Jugendhilfe vorgestellt: Theoretische Zugänge und rechtliche Voraussetzungen, Funktionen, Aufbau und Arbeitsweise des Jugendamtes, Jugendhilfeplanung sowie Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsvereinbarungen werden vermittelt, des weiteren wie in der Jugendhilfe der Bedarf an Unterstützung und Hilfe über Fallverstehen und sozialpädagogische Diagnostik herausgearbeitet und vereinbart wird, welche Verfahrensrechte im Unterbringungsverfahren zu beachten sind und über welche unterschiedlichen Hilfeformen - von der Erziehungsberatung über ambulante und teilstationäre Hilfen bis zur Vollzeitpflege und Heimunterbringung - die Jugendhilfe verfügt.

Die Beiträge des zweiten Kapitels befassen sich mit dem gesetzlich erzwungenen Kooperationsfeld von Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe: Eingliederungshilfen für seelisch behinderte junge Menschen nach § 35a KJHG.

Das Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wird im dritten Kapitel vorgestellt: Nach einem Überblick zu Behandlungs-, Hilfe- und Interventionsformen in den unterschiedlichen Settings wird anhand von Fallbeispielen veranschaulicht, mit welchen Störungen/Krankheitsbildern es die KJPP zu tun hat. Neben der Darstellung von in der KJPP tätigen Bezugsdisziplinen werden diagnostische Möglichkeiten ebenso wie Formen der Behandlung und bestimmte Zielgruppen vorgestellt einschließlich Aspekten der Qualitätssicherung.

Das vierte Kapitel fasst Beiträge zusammen, die systematisch und exemplarisch Überschneidungen und Berührungspunkte, Kooperationen und Konkurrenzen von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie

ausleuchten. Darüber hinaus werden die noch relativ neuen rechtlichen Grundlagen des SGB IX für Kooperation von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie erläutert sowie konkrete Projekte und Beispiele einer gelingenden Kooperation vorgestellt. Spezifische Kooperationsanforderungen im Kontakt mit Schule, Justiz und jugendpsychiatrischer Begutachtung im Strafverfahren werden dargestellt. Perspektiven der Weiterentwicklung kooperativer Arbeit von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie zeigen Beiträge über Initiierung von Kooperation, Qualitätssicherung, Fehler und Weiterbildung. Im Anhang findet sich ein Verzeichnis mit Post- und Internet-Adressen einiger für die Kinder- und Jugendpsychiatrie relevanten Fachgesellschaften, Institutionen und Selbsthilfegruppen. Das Werk bietet einen umfassenden Überblick und ist jedem an der Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendhilfe Tätigen zur Lektüre empfohlen.

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.
Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, D-41749 Viersen, Tel.: 02162/9631, Fax: 02162/965038, EMail: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de
2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 - a. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 - b. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 - c. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 - d. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;
 - e. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (auf Diskette oder per E-Mail) und als Ausdruck auf Papier eingereicht werden. Schrifttyp: Arial. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschreiben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben und unten je 1,5 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopf- und Fußzeile je 1,25 cm.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

4. Die Autoren erhalten Belegexemplare kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss gleichzeitig mit der Rücksendung der Fahnenkorrekturen erfolgen.

Epilog

Liebe Leserinnen und Leser,

ergänzend zu den Beiträgen in diesem Heft möchte ich Ihnen noch einige Internet-Seiten empfehlen:

Den Wortlaut des gesamten Sozialgesetzbuchs in seiner aktuellen Form finden Sie unter www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Zu finden unter www.dimdi.de/de/klassi/ICF

VISIONARY ist ein europäisches Kooperationsprojekt zum Thema "Gewalt, Mobbing und Bullying in der Schule", das sich vor allem an Lehrer, Eltern, Experten und Schüler richtet. Auf www.gewalt-in-der-schule.info ist eine Linksammlung mit umfangreichem Material zu Projekten, Hilfsangeboten, Materialien für den Unterricht, Adressen, Broschüren u.v.m. zusammengestellt. In den News finden sich täglich aktualisierte Beiträge aus Online-Zeitungen, zu Veranstaltungen usw. Die Seiten sind auch in Englisch, Portugiesisch, Dänisch und Finnisch verfügbar.

Aus Österreich stammt die Website <http://cool.down.co.at>, auf der zu den Präventionsthemen Aggressionsbewältigung, Kooperation, Klassen- und Schulklima, Sturz und Fall, Verkehrserziehung Material zu Schulprojekten präsentiert wird. Eine Version auf Englisch ist ebenfalls online.

„Bullying Online“ bietet seit 1999 unter www.bullying.co.uk eine sehr umfangreiche englischsprachige Website mit Rat für Eltern, Schüler, Lehrer, Fragen und Antworten, Linksammlung, Outside School, Guidelines, Racist bullying, Bullying in sport, Hilfe für Täter und ihre Eltern und noch Einiges mehr.

Zum 1982 begonnenen Projekt „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) in Zusammenarbeit mit der WHO gehören mittlerweile Österreich, Belgien, Bulgarien, Kanada, Kroatien, Tschechien, Dänemark, England, Estland, Finnland, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Grönland, Ungarn, Irland, Israel, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Makedonien, Malta, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Russland, Schottland, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Türkei, Ukraine, USA und Wales. Ziel des Projektes ist es, neue Erkenntnisse zu gewinnen über Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern im Schulalter, ihrem Gesundheitsverhalten und ihrem sozialen Kontext. Mehr Informationen gibt es unter www.hbsc.org/

Zum Abschluss noch etwas Brandaktuelles: Unser Redaktionsteam hat wieder weibliche Verstärkung bekommen! Margarete von Rhein, Kollegin in eigener Praxis in Bottrop, wird in Zukunft das Forum mitgestalten. Wir freuen uns sehr und sind gespannt auf neue Ideen und Akzente!

Ihr

Ingo Spitzcok von Brisinski