

## Inhalt

<i>Editorial: Zufriedenheit und Qualität</i> <i>Ingo Spitzcok von Brisinski</i> .....	2
--	---

### *Themenschwerpunkt Qualitätsmanagement in der Klinik Teil 1*

Qualitätsmanagement in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Teil 1 <i>Alexander Naumann</i> .....	9
Selbstbestimmte Qualitätsentwicklung – gibt es die wirklich? Eine Betrachtung zu EFQM im Gesundheitswesen <i>Michael Brünger</i> .....	23
Erfahrungen mit der KTQ (Re-)Zertifizierung <i>Renate Schepker</i> .....	33
Die Etablierung von QM in der Klinik für Kinder- und Jugendpsy- chiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg- Eppendorf (UKE) - ein Erfahrungsbericht <i>Sascha Hoffmann &amp; Peter Riedesser</i> .....	36

Delinquenz, Jugendkriminalität und Kindeswohlgefährdung - Ein Beitrag zur Diagnostik und Interventionsplanung <i>Alexander Vollbach</i> .....	40
---	----

Traumatherapeutische Arbeit mit Jugendlichen und deren Eltern nach sexuellem Missbrauch <i>Matthias Reinhold</i> .....	53
--	----

### *Buchbesprechungen:*

Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention .....	67
Kinder in Deutschland 2007 - 1. World Vision Kinderstudie .....	69

<i>Hinweise für Autoren</i> .....	73
-----------------------------------	----

## *Editorial:* **Zufriedenheit und Qualität**

Die internationale Forschung zu Arbeits- und Berufszufriedenheit und professionellem Selbstverständnis setzt einen deutlichen Akzent auf Implikationen moderner Versorgungskonzepte, organisatorischer Veränderungen und finanzieller Incentivierungen<sup>1</sup>. Ärztliche Arbeitszufriedenheit und das Ausmaß, in dem Ärzte beruflichen Stressoren ausgesetzt sind, wirken sich nicht nur auf Wohlbefinden und Verfassung des Arztes aus, sondern prägen auch die Beziehungen zwischen Arzt und Patient sowie zwischen Arzt und Arbeitsumgebung. Breiten Raum nehmen Studien zu Schlafverlust, Müdigkeit, Erschöpfung, Arbeitsbelastung, Stress und Burnout ein. Übereinstimmend kommen sie zu dem Ergebnis, dass Stress einen ausgeprägten Einfluss sowohl auf das Arbeits- als auch auf das Privatleben hat. Stress und Ermüdung können auch zu höherer klinischer Entscheidungsunsicherheit führen und sich nachteilig auf die Fähigkeit auswirken, ärztliche Verordnungen adäquat, verantwortungsvoll und fehlerfrei auszuführen. Belastende Arbeitsbedingungen können also zu mangelhaften Arbeitsergebnissen und negativen Resultaten auf Patientenseite führen, d. h. die Versorgungsqualität erheblich beeinträchtigen. Daher ist das Arbeitsumfeld eine der zentralen Determinanten des ärztlichen Wohlbefindens. Die Intensität der wahrgenommenen Belastung ist vom Ausmaß der Unterstützung, das den Ärzten bei der Bewältigung ihrer (insbesondere dokumentatorischen und sonstigen überwiegend administrativen) Aufgaben seitens ihrer Organisation zuteil wird, abhängig. Ein wesentlicher Fokus von Maßnahmen des Qualitätsmanagements muss daher in der Unterstützung der Ärzte bestehen, administrative Arbeiten weitgehend zu minimieren bzw. delegieren zu können.

Bei der Ausübung des ärztlichen Berufs liegen besondere Herausforderungen in den Bereichen Stress-Management, Umgang mit Arbeitsbelastungen und Burnout-Prävention. Die Berufsrealität von Ärzten in Praxis und Klinik ist gekennzeichnet von zunehmenden finanziellen und administrativen Restriktionen, Auswirkungen des medizinischen Fortschritts sowie erhöh-

---

<sup>1</sup> **Incentivierung** = Verstärkung der leistungsabhängigen Vergütung, die an den persönlichen Erfolg gekoppelt ist

ten Erwartungen an die Leistungserbringung. Die wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion folgt dabei überwiegend einer „mechanistischen“ Konzeption der Steuerung relevanter Ergebnisgrößen in der gesundheitlichen Versorgung wie etwa Arzneimittelausgaben, Krankenhauseinweisungen und leitlinienkonforme Behandlungsprozesse (Gothe et al. 2007). Regulatorische Maßnahmen wie z. B. Gesetze, Richtlinien und/oder ökonomische Anreize wie Budgets und Richtgrößen sollen dabei zu den gewünschten Veränderungen in der Versorgung führen. Zwar wird durchaus gesehen, dass diese Veränderungen nur mithilfe der beteiligten Ärzte erreichbar sind, die Person des Arztes wird dabei jedoch auf einen Funktionsträger innerhalb des Versorgungsgeschehens reduziert. Seine individuellen Handlungsmotive werden allenfalls dann berücksichtigt, wenn sie primär ökonomisch konzeptualisiert werden können. Aus der empirischen Forschung wissen wir jedoch, dass mit zunehmenden Ressourcenrestriktionen und/oder Mengenvorgaben, die die ärztlichen Handlungsspielräume einschränken, sich eine negative Korrelation zur Arbeitszufriedenheit ergibt. Und es stellten sich um so deutlichere Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Versorgung heraus, je größer die Unterschiede hinsichtlich finanzieller Anreize waren – z. B. Einzelleistungsvergütungen ohne Leistungsvorgaben versus Kopfpauschalen mit Qualitätsvorgaben. Insbesondere finanzielle Arrangements, wie restriktiv formulierte Kopfpauschalen, die einen hohen Produktivitätsanreiz und Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Ärzte ausüben, konnten mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit assoziiert werden und wirken sich erheblich auf die Versorgungsqualität aus. Auch ein hoher Qualitätsdruck, insbesondere bei zusätzlicher Absicherung durch restriktive Haftungsforderungen – u. a. bestimmte Ausprägungen leistungsbasierter Vergütung – korrelierte negativ mit der Arbeitszufriedenheit. Dagegen führten Einzelleistungsvergütungen ohne Leistungsvorgaben oder feste Gehälter mit Bonuszahlungen zu einer Mengenausweitung und einer höheren Kontinuität von Patientenkontakten im Zeitverlauf. Allerdings zog diese Vergütungsform nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitszufriedenheit nach sich. Als positive Einflussfaktoren auf Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität erwiesen sich geringer Leistungs- und Einkommensdruck, gepaart mit einer hohen Arbeitsautonomie. Finanzielle Arrangements, die das Arzteinkommen ansteigen ließen, gingen ebenfalls mit einer positiven Zufriedenheit einher. Zudem gab es Hinweise darauf, dass feste Gehaltsbestandteile (sicheres Einkommen) die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen. Allerdings zeigte sich auch, dass die Einkommenshöhe nicht allein ausschlaggebend für eine positive Arbeitszufriedenheit und eine hohe Versorgungsqualität ist. Erst in Kom-

ination mit weiteren als positiv empfundenen Faktoren, wie einer guten Zusammenarbeit mit Kollegen in größeren Gemeinschaftspraxen, konnte die Einkommenshöhe mit Zufriedenheit bei der Arbeit assoziiert werden (Gothe et al. 2007). Dies spricht im Rahmen des Qualitätsmanagements für intensive Maßnahmen zur Etablierung und Erhaltung eines guten Betriebsklimas!

Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand wird in den Studien, in denen er untersucht wurde, durchweg eher als Belastung denn als Erleichterung der praktischen Tätigkeit empfunden (Gothe et al. 2007). Seit langem ist aus empirischen Studien bekannt, dass die Arbeitsmotivation besonders stark durch starre Grundsätze sowie administrative Maßnahmen und Kontrollen beeinträchtigt wird (Herzberg 2003). Das Deutsche Krankenhausinstituts (DKI) ermittelte in ihrer Studie „Dokumentationsaufwand im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge“, dass beispielsweise ein Internist im Krankenhaus 3¼ Stunden täglich mit Dokumentation verbringt, davon 25 Prozent mit rein administrativen Aufgaben primär zu Verwaltungszwecken (zum Beispiel Anfragen von Kostenträgern/MDK, Ausfüllen von Anträgen, Bescheinigungen, Formularen und anderes). Ein Ergebnis dieser Untersuchung besagt, dass täglich eine Stunde zusätzlich den Patienten gewidmet werden könnte, wenn administrative Dokumentationsaufgaben optimiert bzw. delegiert würden (Richter-Kuhlmann 2004). Zwar wurde 1990 mit Erscheinen der Psychiatrie-Personalverordnung (Kunze & Kaltenbach) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von einem Zeitaufwand für ärztliche Dokumentation von unter 10% ausgegangen und Dokumentation primär zu Verwaltungszwecken wurde für Assistenzärzte gar nicht erwähnt. In allen Fachgebieten hat der ärztliche Dokumentationsaufwand in den letzten Jahren jedoch spürbar zugenommen (Müller & Blum 2003), so dass der tatsächlich Zeitaufwand für Dokumentation mittlerweile insgesamt ähnlich hoch liegen dürfte wie bei den Internisten, d. h. ca. 40% der Regelarbeitszeit wird mit Dokumentation verbracht.

Eine Entlastung von der Dokumentation versprochen sich die in der DKI-Studie befragten Ärzte vor allem durch eine Delegation an andere Berufsgruppen und Dienste, durch eine verbesserte Ausstattung und Organisation im Krankenhaus sowie durch eine weitgehende Standardisierung der Dokumentation. Nennenswerte Vorteile von Ärzten aus Fachabteilungen mit einer besonderen personellen oder technischen Ausstattung bzw. spezifischen organisatorischen Vorkehrungen konnten jedoch kaum nachgewiesen werden. Um einen Abbau ärztlichen Dokumentationsaufwands zu er-

reichen, sind daher auch flankierende politische Maßnahmen notwendig, insbesondere die Prüfung bestehender und die Verhinderung weiterer bürokratischer Dokumentationsanforderungen (Müller & Blum 2003). Aber auch bei Konzeption und Durchführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagements ist besonders darauf zu achten, dass es nicht zur Ausweitung des Zeitaufwands für Dokumentation kommt, sondern zum Abbau!

Die Verbesserung der ökonomischen Effizienz und der medizinischen Qualität wird gegenwärtig unter dem Begriff der Standardisierung in der Medizin diskutiert. Qualität und Rationalität gedeihen aber besonders dort, wo die Mitwirkung, die Rollenklärung und die Verantwortung der Patienten (vgl. Spitzcok von Brisinski 2003, Merten 2004) geschärft sind („Shared Decision Making“ – partizipative Entscheidungsfindung von Arzt und Patient ist angesagt und der Arzt-Patient-Beziehung wird in empirischen Untersuchungen übereinstimmend ein hoher Stellenwert für die Arbeitszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten zugesprochen), wo klare, faire Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer existieren, wo Patienten eine Vertrauensperson im System vorfinden, Vergütungssysteme Qualität systematisch belohnen und Engagement um eine hoch stehende Medizin beim Arzt erhalten bleibt und nicht durch externe, administrative Regimes unterdrückt wird (Dietrich et al. 2004).

Komplexe Sachverhalte und aufgrund permanent steigender Kompetenzanforderungen sind Entlastungen notwendig, z. B. in Form von Routinen, Standards, Leitlinien und Codes of Conduct. Solche hilfreichen Werkzeuge können für viele Aufgaben Entscheidungen strukturieren und vereinheitlichen. Der unmittelbare Gewinn liegt darin, dem Einzelnen zu helfen, die Fülle von Informationen auf ein überschaubares Maß zu reduzieren. Zugleich darf der Arzt jedoch nicht die Individualität des Falls vergessen. Denn nicht das gesamte ärztliche Handeln ist standardisierbar. Mag man vieles verallgemeinern können, das Spezifische darf nicht übersehen werden. Wie eine Betreuung im konkreten Fall aussieht, ergibt sich jedoch aus der individuellen und persönlichen Situation. Leitbilder und Leitlinien stellen eine Anleitung zum Handeln dar und bewirken eine Entlastung. Leitlinien sind dabei sehr viel stärker auf einzelne Handlungsschritte ausgerichtet als ein Leitbild. Doch wer die ärztliche Tätigkeit komplett standardisieren will, verkennt das Spezifische im Arzt-Patienten-Verhältnis (Nagel & Manzeschke 2006).

Leitlinien (z. B. DGKJP et al. 2007) und Leitbilder (z. B.

viersen.lvr.de/44d90947-6705-45d8-abfb-df638637b6e5.htm) sind wichtig, aber nicht alles: Pichlmayr (1998) betrachtete das Ethos des Arztes im Kontext seiner jeweiligen Gesellschaft und wies darauf hin, dass gute Leitlinien nicht ausschließen, dass Menschen barbarisch handeln und sich zugleich im Einklang mit ihren Kodizes wissen: Trotz der Reichsgesundheitsrichtlinie von 1931 haben Ärzte während der Zeit des Nationalsozialismus unvorstellbare Gräueltaten (vgl. Müller-Küppers 2001) in der Medizin begangen. Die Opfer wurden kurzerhand von den kodifizierten Standards ausgenommen. Leitlinien sind daher nur in dem Maße hilfreich, wie die Gesellschaft über ihre angemessene Auslegung wacht. Das verlangt von jedem Einzelnen, die gegebenen Leitlinien oder Leitbilder professionell zu füllen.

Dietrich et al. (2004) fassen zusammen:

1. Auf das Problem der Endlichkeit der Finanzmittel angesichts des Potenzials der Medizin kann entweder mit Budgetierung, Schematisierung, konsequenter pretialer Steuerung oder einer Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten geantwortet werden. Alle Antworten haben spezifische Stärken und Schwächen, keine ist „kostenfrei“.
2. Die gegenwärtige Diskussion um die Effizienzbemühungen der Medizin scheint sehr stark geprägt von Instrumenten, die in der Phase der Industrialisierung entwickelt wurden (Konzentration, Standardisierung). Ob für den Dienstleistungssektor die historischen Errungenschaften dieser Phase zielführend sind, bedarf einer kritischen Prüfung.
3. Die gesamte Diskussion um die Bewältigung des Knappheitsproblems macht auch deutlich, dass zwischen einer Systemrationalität und einer individuellen Rationalität ein kaum zu überbrückender Gegensatz besteht.
4. Bei allen strukturellen Veränderungen kommt es letztlich darauf an, dass die anzustrebende neue Situation *in der Bilanz* positiv ist und *nicht nur neue* Vorteile aufweisen kann. Mögliche Kollateralschäden einer ubiquitären Standardisierung sind Entindividualisierung, Abbau von Entscheidungs- und Freiheitsrechten auf allen Seiten, Förderung einer potenziellen Verantwortungsscheu und Stabilisierung der gefährlichen Fiktion, dass es bei Beachtung konditionierter Leitlinien weitgehend automatisch zur Heilung kommt.

Wie Ärzte ihre professionelle Autonomie wahrnehmen, hat ebenfalls wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Professionelle Autonomie wird von Gothe et al. (2007) als ärztliche Freiheit definiert, diagnostische bzw. therapeutische Entscheidungen zu treffen und/oder Überweisungen und Konsile zu veranlassen. Richter (2007) weist aber auch auf die Ökonomisierung der Medizin und die stark zunehmenden Regulierungsbestrebungen durch patientenferne Berufe hin. Versorgungssteuernde Maßnahmen und externe Kontrolle führen üblicherweise dazu, dass Ärzte ihre Autonomie als beeinträchtigt empfinden. Dies gilt insbesondere für starke und direkte Beschränkungen der Handlungsfreiheit, beispielsweise wenn die Verpflichtung zur Vorabautorisierung von Verordnungen besteht (Gothe et al. 2007). Zunehmende Regulierung und Formalisierung können also nicht nur Ärzte von ihrer eigentlichen ärztlichen Tätigkeit abhalten, sondern auch für Demotivation sorgen. Dies bedeutet hinsichtlich Qualitätsmanagement, wo gängige Verfahren Regelmäßigkeit und Regelmäßigkeit verlangen, eine delikate Gratwanderung, um weitere Regulierung und Bürokratisierung ärztlicher Tätigkeit nicht in Demotivation und Verschlechterung der Qualität umschlagen zu lassen!

Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass versorgungssteuernde Maßnahmen wie Einführung von Leitlinien, Fortbildungs- und Zertifizierungsangeboten keine ungünstigen, sondern Autonomie bzw. Kompetenzzwahrnehmung stärkende Wirkungen haben können. Fort- und Weiterbildungsangebote (Lehmkuhl et al. 2004) gehören insgesamt zu den zufriedenheitsfördernden arztseitigen Faktoren (Gothe et al. 2007). Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch der Einbindung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie in die europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Sektion Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (CAPP) der Vereinigung Europäischer Fachärzte (UEMS) als Netzwerk von Ärzten mit gemeinsamen Interessen, aber unterschiedlichen Traditionen, bietet die Möglichkeit zu europaweit fruchtbarer Diskussion von Problemen und ihren Lösungen. Um die Facharztausbildung europaweit auf hohem Niveau zu harmonisieren, wurden Ausbildungsleitlinien einschließlich eines Training Logbook for CAPP entwickelt zur Etablierung von Standards, die auf bestmögliche Praxis abzielen und der Wirksamkeitsevidenz den Vorrang geben, unabhängig von nationalen Traditionen (Rothenberger 2005).

Ihr

*Ingo Spitzcok von Brisinski*

## Literatur

- Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a.* (Hg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Dietrich, F., Imhoff, M., Kliemt, H.* (Hg.) (2004): Standardisierung in der Medizin. Qualitätssicherung oder Rationierung? Stuttgart, New York: Schattauer
- Gothe, H., Köster, A.-D., Storz, P., Nolting, H.-D., Häußler, B.* (2007): Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. *Dtsch Ärztebl* 104(20), A1394–A1399
- Herzberg, F.* (2003): One more time: how do you motivate employees? 1968. *Harv Bus Rev* 81(1), 87-96
- Kunze, H., Kaltenbach, L.* (1990): Psychiatrie-Personalverordnung. Stuttgart: Kohlhammer
- Lehmkuhl, G.; Spitzcok von Brisinski, I.; Warnke, A.* (2004): Editorial „Qualitätsstandards in der Fort- und Weiterbildung“. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 32 (1), 3–4
- Merten, M.* (2004): Der Patient als Partner: „Ein zartes Pflänzchen“. *Dtsch Ärztebl* 101(17), A1140
- Müller, K., Blum, U.* (2003): Krankenhausärzte: Enormer Dokumentationsaufwand. *Dtsch Ärztebl* 100(23), A1581
- Müller-Küppers, M.* (2001): Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Zeit des Nationalsozialismus. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 2. [www.bkjpp.de/for201\\_geschichte.php5](http://www.bkjpp.de/for201_geschichte.php5)
- Nagel, E., Manzeschke, A.* (2006): Leitbilder und Vorbilder: Wunsch nach Orientierung. *Dtsch Ärztebl* 103(3): A168–A170
- Pichlmayr, R.* (1998): Ethik und Medizin 1947 bis 1997. Auftrag für die Zukunft. *Dt Ges f Chirurgie – Mitteilungen* 2: 99–103
- Richter, H.-P.* (2007): Arztberuf: Widerspruchsgeist als kreatives Element fördern. *Dtsch Ärztebl* 104(39), A2640-A2642
- Richter-Kuhlmann, E. A.* (2004): TOP VI: Tätigkeitsbericht – Entbürokratisierung ärztlicher Tätigkeit: Zurück zum Normalmaß. *Dtsch Ärztebl* 101(22), A1560
- Rothenberger, A.* (2005): Auf dem Weg zu einer «Europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie». *Z Kinder-Jugendpsychiatr* 33 (4), 255-257
- Spitzcok von Brisinski, I.* (2003): Systemische und lösungsorientierte Ansätze in der Psychopharmakotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für systemische Therapie* 21, 157-167

# Qualitätsmanagement in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

## Teil 1

*Alexander Naumann*

*Was ist die Frage, auf die Qualitätsmanagement die Antwort ist?  
Köck 2004*

### **Häufigkeit und Begriffsdefinition**

Die zunehmende Häufigkeit der Einführung von Qualitätsmanagement-Systemen in kinder- und jugendlichpsychiatrischen Kliniken erfolgt ebenso wie in anderen Akutkrankenhäusern aufgrund der Komplexität der Behandlungsprozesse bei zunehmendem Rechtfertigungsdruck, adäquate, fachlich qualitativ hochstehende Behandlung ressourcenschonend und wirtschaftlich sinnvoll anzubieten. Natürlich haben auch die gesetzlichen Vorgaben zur Einrichtung eines internen Qualitätsmanagement-Systems im SGB V dazu geführt, dass fast alle Kliniken solche QM-Systeme eingeführt haben, die sich jedoch zum Teil beträchtlich von einander unterscheiden.

Zur Häufigkeit der Einführung schildert Selbmann (2007) für repräsentative Akutkrankenhäuser für das Jahr 2007 die Umsetzung eines internen QM-Systems in 44% der Häuser und 30% geben an, das System gerade einzuführen. 1998 beliefen sich diese Zahlen noch auf 10% (umgesetzt, resp. 15% in Einführung). Immerhin geben auch 2007 noch 10% der untersuchten Akutkrankenhäuser an, kein internes Qualitätsmanagement-System zu besitzen.

Im gleichen Artikel berichtet Selbmann (2007), dass im Bereich der „genuin medizinischen Zertifizierungsverfahren“ das bekannte KTQ/procum-cert-Verfahren absoluter Marktführer für Krankenhauszertifikate in Deutschland geworden ist. Die o.g. befragten Krankenhäuser der Strichprobe geben an, in 3% über das EFQM Zertifikat zu verfügen (2004 noch 8%), immerhin 43% geben an, dass DIN EN ISO9001 Zertifikat zu besitzen (2004: 29%) und von 32% der befragten Kliniken wird das KTQ- oder das procum-cert-Zertifikat genannt (Wert 2004: 10%).

(Es ist verständlich, dass die absolut höchste Prozentzahl für das DIN EN ISO9001 Verfahren resultiert, obwohl das KTQ-Verfahren als Marktführer gilt: das DIN EN ISO9001-Verfahren zertifiziert nicht ganze Krankenhäuser, sondern Untergliederungen, wie „Abteilungen, Pflegedirektionen, Apotheken oder Verwaltungseinheiten“ (Selbmann 2007).

### **QM-Befragung KJPP 2006**

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ergaben sich im Jahr 2006 bei einer von der BAG der Leitenden Ärzte KJPP durchgeführten Befragung von 132 KJPP-Kliniken bei einer Rücklaufquote von 37%, die folgenden Daten: in 75,5% der antwortenden Kliniken wird ein QM-Verfahren eingesetzt, das KTQ-Verfahren in 44% der Kliniken, das Verfahren der European Foundation For Quality Management (EFQM) in 25% und das DIN EN ISO9001-Verfahren in 20% der Kliniken, sonstige Verfahren in 11% (bei möglichen Mehrfachnennungen). In 65% hatten die antwortenden Kliniken einen eigenen KJPP-QM-Bbeauftragten. Weitere wichtige Ergebnisse: in 74% wurde eine KJPP-Basisdokumentation eingesetzt, davon in 40% die „BADO“ der drei KJPP-Fachgesellschaften oder eine vergleichbare Form.

Immerhin 41% der Kliniken gaben an, ein System zum Prozessmanagement/zur Erstellung von internen Behandlungspfaden entwickelt zu haben.

### **Definition von Qualität und Qualitätsbeurteilung**

Die Beurteilung optimaler Behandlungsqualität ist auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie immer ein mehrdimensionales Werturteil, in das Einzelbewertungen in Bezug auf Fachlichkeit, ethische Aspekte, Wirtschaftlich-

keit etc. mit eingehen. Definition von Eichhorn, zitiert nach Mattejat und Remschmidt (1995): „Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Anforderungen geeignet macht. Davon ausgehend bedeutet dann Qualitätsbeurteilung, Abweichung zwischen der Ist- und der Soll Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen. Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung (QS) ist es dann, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll-Ist-Abweichungen aufzudecken, diese dann durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite zu vermeiden“.

Der Begriff „Qualitätssicherung“ wird heute häufiger für die sogenannte „externe Qualitätssicherung“ oder vergleichende Qualitätsprüfung verwendet: Anhand von definierten Qualitätsindikatoren vergleichen sich z. B. Institutionen miteinander. Die sogenannte „interne Qualitätssicherung“ wird zunehmend als „internes Qualitätsmanagement“ bezeichnet: Ziel ist es anhand bestimmter Vorgehensweisen die Qualität zu beurteilen, Verbesserungspotenziale zu erkennen, brach liegende Qualitätsressourcen zu identifizieren, um nach Einrichtung qualitätsfördernder Maßnahmen rekursiv erneut diese Qualität einzuschätzen und den Problemlösungszyklus auf einer neuen Ebene nochmals zu durchlaufen. Dieser rekursive sogenannte „PDCA-Zyklus“ soll anhand der Schritte „Planen“ (plan), „Veränderungen implementieren“ (do), „diese überprüfen“ (check) und „ein verändertes Vorgehen implementieren“ (act) auf jedem Niveau der Betrachtungsebene Qualitätsmängel beseitigen. Er kann auf Klinik-, aber auch auf Stations- oder versorgungsinstitutions-übergreifender Ebene eingesetzt und angewandt werden.

Generell ist historisch eine Entwicklung von qualitäts-kontrollierenden Maßnahmen zu Maßnahmen eines sog. Umfassenden Qualitätsmanagements zu beobachten: die gesamte Institution soll nämlich in letzterem über alle Berufsgruppen und alle Abläufe hinweg betrachtet, Fehler minimiert und die Qualität insgesamt verbessert werden (z. B. Naumann 2004).

Qualitätsmanagement ist, obwohl es eine wichtige Schnittstellen- und Querschnittsfunktion in jedem modernen Krankenhaus einnimmt und einnehmen muss, nicht zu verwechseln mit anderen Aufgaben der Krankenhausführung: es ersetzt kein strategisches Management, kein adäquates Finanzmanagement, kein professionelles Personalmanagement und auch

nicht andere für eine adäquate Krankenhausführung notwendige unternehmerische und fachliche Aktivitäten, bezogen auf alle im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen/Akteure. Qualitätsmanagement besitzt jedoch im Gegensatz zu diesen nicht-medizinischen Managementaktivitäten im Krankenhaus- oder Gesundheitswesen als „Umfassendes Qualitätsmanagement“ eine Schlüsselrolle in der sinnvollen Zusammenführung der Aktivitäten aller Berufsgruppen und in der Koordination aller medizinischen und nicht-medizinischen Managementaktivitäten im weiteren Sinne.

### **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität**

Eine weitere wichtige analytische Unterscheidung ist die zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Es gehören für den Bereich der KJPP z. B. zur *Strukturqualität* demografische, finanzielle und materielle Charakteristika der Versorgungsinstitution, ggf. auch der Versorgungsregion, Merkmale der darin verfügbaren personellen und sachlichen sowie finanziellen Ressourcen, der Qualifikation der Berufsgruppen etc. Regelwerke hierfür sind z. B. die Psychiatrie-Personalverordnung, die gesetzlichen Bestimmungen der SGB V und SGB VIII etc. Die unten vorgestellten Qualitätsindikatoren und Qualitätsmerkmale für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dort nach dieser Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität geordnet.

*Prozessqualität* bezieht sich auf fachliche Standards und die Qualität der Behandlungsabläufe, zum Teil wird sie als „Behandlungsqualität“ bezeichnet.

Schließlich beurteilt die *Ergebnisqualität* in einem Ist-Soll-Vergleich die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen, es werden Behandlungserfolg, subjektive Kriterien aus Patientensicht (wie die Patientenzufriedenheit) oder die Veränderung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung oder Intervention erfasst.

### **Systeme, die einer Qualitätsbeurteilung unterzogen werden können**

Um die bereits genannten Zertifizierungssysteme KTQ, EFQM und DIN EN ISO9001 besser einordnen zu können, sei folgende Unterscheidung

eingeführt: eine Untersuchung der Qualität, ein Ist-Soll-Vergleich mit Ermittlung von Verbesserungspotenzialen anhand des PDCA-Zyklus kann sich auf folgende Systeme beziehen (die Unterscheidung orientiert sich an Selbmann 2007):

1. auf ein gesamtes Krankenhaus inkl. aller Untereinheiten und Berufsgruppen etc. (*Unternehmensanalyse*).
2. auf die *Behandlungsqualität* oder Versorgungsqualität im engeren Sinne, nämlich die Zusammenarbeit der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen im Bereich der diagnostischen und therapeutischen sowie rehabilitativen Kernprozesse sowie
3. schließlich auf die Bewertung eines *Qualitätssystems* einer kleineren Untereinheit wie der Apotheke, eines Labors, einer OP-Einheit oder auch eines spezifischen Teams, dies eine Domäne des Verfahrens nach DIN EN ISO9001.

Kritiker eines Qualitätsvorgehens nach „EFQM“ oder „KTQ“ (wie Cording 2005) bestehen schließlich darauf, dass die genannten Modelle „nur“ die Kultur eines Krankenhauses zum Thema machten, wobei die Krankenhäuser zu Unrecht im Mittelpunkt der Qualitätsanstrengungen stünden. Entscheidend sei jedoch die regionale Versorgungsqualität unter Berücksichtigung aller, auch sektorenübergreifender Angebote für psychisch kranke Menschen. Dies sei der wichtigste Parameter für eine hochwertige patientenbezogene Behandlungsqualität im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Somit ist

4. die *Versorgungsqualität* einer Region ein mögliches System, dass einer Qualitätsbeurteilung unterzogen werden kann.
5. Fegert (2004) setzt die Ergebnisqualität explizit mit einer dort zu definierenden *Werteorientierung* gleich, letztlich einer Orientierung am Kindeswohl und der UN- Kinderrechtskonvention.

Daraus resultiert unser Vorschlag, neben der Untersuchung der gerade genannten vier Qualitätssysteme (*Qualitätssystem einer Untereinheit* wie Labor etc., der *Behandlungs- oder Versorgungsqualität* im engeren Sinn, der *Unternehmensqualität* und schließlich der *regional* und darüber hinausgehenden *Versorgungsqualität* aller sektorenübergreifenden Kooperationspartner) immer auch die **Werteorientierung und die faire Kooperations-**

**Partizipations- und Diskurskultur** im Rahmen von QM-Aktivitäten mit zu berücksichtigen und zu beurteilen.

Dies geschieht explizit z. B. für kirchliche Krankenhäuser im Rahmen des procum-cert-Verfahrens. Eine weitergehende, umfassendere, universalere Werteorientierung ist jedoch z. B. die o. g. Orientierung am Kindeswohl, an der Erfüllung ethischer Kriterien wie „Information“ und „Partizipation“ der Patienten und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen, an Mitarbeiterorientierung sowie schließlich am Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer fairen Kooperations- und **Diskurskultur**, gerade **auch über ggf. vorhandene weltanschauliche/schulspezifische Differenzen hinweg**. Letztlich bleibt die Beurteilung einer weltanschaulichen oder universalen Werteorientierung als häufig kaum zu explizierendes Werturteil einer Peer-Review vorbehalten. Ein gelungenes Projekt dieser Art mit „systemischer“ Werteorientierung ist das ASK-Besuchsprojekt (Höger und Geiken 2006).

Eine gute Kooperations- und Diskurskultur in einer Versorgungsregion ist mit entscheidend für eine erfolgreiche multiprofessionelle Behandlung und für eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen über Sektoren und Weltanschauungen hinweg.

## **Zertifizierung und QM**

Eine mögliche Definition von „Zertifikat“ ist: „Eine schriftliche Bestätigung durch kompetente neutrale Dritte, dass z. B. eine Einrichtung bestimmte Anforderungen erfüllt, Zertifizierung ist somit die Tätigkeit der Erteilung des Zertifikates durch diese neutralen Dritten nach bestimmten Regeln.“

Es besteht in Deutschland im Gesundheitswesen keine Zertifizierungspflicht für das interne Qualitätsmanagement einer Institution oder die Institution als Ganzes. Sinnvoll ist eine Zertifizierung jedoch z. B., wenn Mitarbeiter intern motiviert werden sollen, Ergebnisse und Prozesse zu verbessern und/oder wenn das Zertifikat extern sowohl unter Patienten als auch z. B. unter Kostenträgern und anderen Kooperationspartnern bekannt und anerkannt ist.

Das Verfahren der „**European Foundation for Quality Management**“ (EFQM) ist eigentlich ein Bewertungsverfahren des gesamten Manage-

mentsystems eines Unternehmens. Es stammt aus der europäischen Industrie und erst seit 2002 werden Zertifikate verteilt. Es beinhaltet eine umfassende Messung der Unternehmensqualität in 9 Kriteriengruppen mit 32 Unterkriterien, die o. g. PDCA-Logik wird als sogenanntes „RADAR-Vorgehen“ konsequent eingesetzt. Das Modell liefert ein umfassendes Abbild der Qualität und des Qualitätsmanagements einer Institution als Teil des gesamten Unternehmens, darüber hinaus gehend aber auch des Krankenhausmanagements insgesamt. Siehe Web-Site EFQM.

Die Häufigkeit der Verbreitung des EFQM-Modells im Gesundheitswesen steigerte sich in der Bundesrepublik nicht, wie zum Teil in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts vorhergesagt, deutlich, da das von den Hauptakteuren des deutschen Gesundheitssystems spezifisch für das Krankenhaus, später auch für den ambulanten Bereich entwickelte Verfahren der „**Kooperation für Transparenz und Qualität**“ (KTQ) viel spezifischer die Krankenhausadressaten ansprechen konnte.

KTQ als „genuin medizinische Zertifizierungsverfahren“ wurde nach einer ersten Fassung für die Somatik durch Fragen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie erweitert. Herausragend daran ist, dass es für den Krankenhausbereich entwickelte inhaltliche Vorgaben für eine „gute Qualität“ darin gibt. Die Beantwortung der dort gestellten Fragen kann in einer Selbstbewertung erfolgen, oder sie kann zu einer externen Zertifizierung mit Veröffentlichung der Qualitätsberichte nach der Fremdbewertung durch die sog. Visitoren führen. Die Vorteile des KTQ-Systems sind die krankenhausspezifische Fragen, die Vorgabe von krankenhausspezifischen Mindest-Standards sowie das Identifizieren von Verbesserungspotenzialen, ähnlich wie beim EFQM. Ein weiterer wichtiger Vorteil ist das Vorliegen einer ambulanten Ausformulierung des KTQ-Modells, wichtig für Institutsambulanzen oder andere ambulante Einrichtungen der Klinik. Ein Nachteil ist der zur Erreichung eines hohen sog. „Durchdringungsgrades“ (bei der Notwendigkeit der Zertifizierung der Gesamtklinik) hohe Aufwand für alle Subgliederungen einer Klinik mit resultierender langer Vorbereitungszeit. (Dieser Durchdringungsgrad ist jedoch in einer großen Klinik auch sehr schwierig für die Visitoren zu überprüfen.)

Das Modell der **DIN EN ISO** Norm 9001 aus dem Jahr 2000 stammt ebenfalls aus der Industrie, es führt zum Zertifikat und ist ein reines Audit-Verfahren, es wird insbesondere die Qualität eines *Qualitätsmanagement-Systems* beurteilt. Durch die Begrenzung auf das Regelwerk dieses Qualitätssystems, die gewöhnungsbedürftige Sprache sowie die noch fehlende

allgemein akzeptierte Anpassung an den Bedarf an Krankenhäusern ist das Modell zwar für Untergliederungen in Kliniken relativ weit verbreitet (43% der Stichprobe von Selbmann 2007), zertifiziert jedoch nicht die Krankenhäuser, sondern nur Teile davon. Ein großer Vorteil: in einer Untergliederung mit geringerer Fehlertoleranz ist aufgrund der Präzision des Werkzeugs eine sehr weit und tief gehende Erfassung der Prozessqualität möglich (z. B. Labor, OP-Bereiche etc.).

*“As one watches a man handle a patient, it is easy to tell whether or not he had a proper training, and for his purpose fifteen minutes at the bedside are worth three at the desk.”*  
Gonella et al. 1993

## **Qualitätsindikatoren oder -merkmale**

*Qualitätsindikatoren oder -kriterien* im engeren Sinne sind Kennzahlen, die einen Ist-Soll-Wert-Vergleich und damit eine Qualitätsbeurteilung, bezogen auf ein bestimmtes Merkmal, ermöglichen. Weiter gefasst beschreibt der Begriff Qualitätskriterien oder Qualitätsmerkmale aber auch z. B. das Vorhanden- oder Nicht-Vorhandensein von bestimmten Aktivitäten oder die nicht in einer einfachen Kennzahl zu erfassende komplexe Organisation von Kooperationsbeziehungen etc.

## **Qualitätsindikatoren und -merkmale in Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie<sup>2</sup>**

Es wird im Folgenden der Versuch einer Zusammenstellung von Qualitätskriterien vorgenommen, die für das Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aussagekräftig und typisch sind.

Diese Auflistung ist einerseits strukturiert nach „Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität“, andererseits heuristisch nach der Möglichkeit, quantitative

---

<sup>2</sup> Die folgende Zusammenstellung der Qualitätsindikatoren verdankt viele hilfreiche Anregungen Frau M. Hilbert-Janssen, Königslutter, Fr. Dr. A. Singewald, Göttingen und Frau Prof. Dr. R. Schepker, Ravensburg

„Kennzahlen“ bzw. eher qualitative „Merkmale“ zur Beurteilung heranzuziehen.

Natürlich ist diese Liste nicht vollständig, sie demonstriert, wie viele spezifische Qualitätsparameter bereits in den Routineaktivitäten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik berücksichtigt werden. Diese sollen eine hohe medizinische und therapeutische Qualität sichern und tun dies, häufig genug ohne je explizit das Thema Qualitätsmanagement thematisiert zu haben. Es zeigt sich jedoch, wie ein systematisches QM den Großteil der dort genannten Qualitätsindikatoren und -merkmale systematisch und nachvollziehbar erfasst. Insbesondere das KTQ-System erfasst sehr viele der dort genannten Indikatoren explizit in seinen Fragen, dies ist ein weiterer Beleg dafür, wie sinnvoll das KTQ-System zur systematischen Beurteilung der Qualität aus klinischer Sicht auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist.

Ein großer Teil der unten aufgeführten Merkmale ist bezüglich seines Vorhandenseins oder in der Ausprägung abhängig vom lokalen Kontext, von Umfeldvariablen, die vor allem mit der Versorgungssituation vor Ort zusammenhängen, diese Merkmale bedürfen also immer einer umfeldbezogenen Risikoadjustierung: z. B. ist in Kliniken mit fehlenden ambulanten umgebenen Strukturen bei ländlichem Einzugsgebiet und ggf. resultierendem hohen Aufnahmepressur eine Situation gegeben, die das Umsetzen der genannten Qualitätsstandards erschweren oder verunmöglichen kann (z. B. das Erreichen von bestimmten Wiederaufnahmeraten, die Anzahl der geschlossenen Unterbringungen, die Differenziertheit der Konzepte etc.).

## **I. qualitative Merkmale in QM und QS der KJPP**

### **Strukturqualität (qualitative Merkmale):**

#### **Rahmenbedingungen der Versorgungsregion:**

- Größe des Einzugsgebiets/Pflichtversorgungsgebiets, Anzahl von ggf. teilstationären Satelliten-Angeboten, maximale Entfernung zu teil- und vollstationären sowie ambulanten und institutsambulanten Angeboten
- Jugendhilfeeinrichtungs-Dichte der Region

- Struktur der klinischen Versorgung in der Region: Vollversorgung, Klärungsstellen, Clearingsstellen, Überweisung in Erwachsenenpsychiatrien
- Struktur der klinischen Versorgung: offene, geschlossene oder fakultativ geschlossene Einheiten, ggf. Behandlung von jugendlichen forensischen Patienten auf Routinestationen
- Strukturqualität der Jugendhilfe- und Schullandschaft sowie der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung
- Vorhandensein von Spezialstationen für dissoziale/delinquente Patienten, Patienten mit mentaler Retardierung, Suchterkrankungen, etc.
- Vorhandensein eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) bzw. einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (KJP-PIA); dort behandelte Fallzahlen bezogen auf niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater im Einzugsgebiet der Klinik, Niedergelassene mit oder ohne Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- Kontaktdichte der KJ-PIA bzw. Frequenz der Kontakte im MVZ, dargestellt in Abhängigkeit von lokalen Umfeldbedingungen

### **Qualifikationen/personelle Ressourcen:**

- Multiprofessionelle Personalplanung (Personalanzahl und Personalqualifikation gemessen an den Behandlungskonzepten) über Einsatzmatrix
- Vorhandensein eines eigens für Kinder- und Jugendpsychiatrie verantwortlichen Qualitätsmanagement-Beauftragten
- Differenzierte Fachtherapien als Teil des multiprofessionalen Krankenteams nach PsychPV (Musiktherapie, Motopädie etc.)
- Beteiligung an Fachgruppen im Sozialpsychiatrischen Verbund, Bereitstellung von Ressourcen
- Vorhandensein einer Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ im „Sozialpsychiatrischen Verbund“, dafür Ressourcen (zeitlich/personell), von der Klinik zur Verfügung gestellt

**Kooperationen / Konfliktmanagement:**

- Kooperation und Verträge mit Jugendämtern
- Kooperation und Verträge mit Jugendhilfeeinrichtungen
- Clearingstelle bei Konflikten mit Jugendamt, geregeltes Vorgehen im Konfliktfall mit Jugendamt etc.
- Existierende Kooperationen mit der Schullandschaft vor Ort
- Existierende Kooperation mit der vorhandenen Klinikschule (Konzept, Prozessmanagement, Besprechungen)
- Kooperationsbeziehungen / Konsil- und Liaison-Strukturen zur lokalen Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie), sowohl stationär als auch ambulant
- Interne Vernetzung (Kontakt bei Verlegungen etc.)
- Mitarbeit in regionalen Interessenverbänden durch wesentliche Mitarbeiter
- Kooperationen mit den Gesundheitsämtern, Sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten/Therapeuten, weiterbetreuenden Einrichtungen, Angehörigen(-gruppen), Selbsthilfegruppen, Hilfevereinen

**Rahmenbedingungen der nicht personellen Ressourcen:**

- Räumliche Ausstattung: Gemäß PsychPV Teilbarkeit/Differenzierbarkeit der Gruppen in 2 x 5 Plätze
- Vorhandensein von 1- bis 2-Bett-Zimmern
- Vorhandensein von Möglichkeiten, Privateigentum der Patienten sicher aufzubewahren

Vorhandensein von ungestörten Telefonmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten

**Sonstiges/Forschung:**

- Forschungsmöglichkeiten/Ressourcen/Publicationen

## **Prozessqualität (qualitative Merkmale):**

### **Behandlung:**

#### *Leitlinien:*

- Umsetzung der Leitlinien der 3 kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften durch Vorträge/Fortbildungen klinikintern, Kontrolle der klinikinternen Leitlinien-Implementierung
- Störungsspezifische psycho-, verhaltens-, familientherapeutische Angebote
- Einsatz des Multiaxialen Systems (MAS) zur Diagnostik in der KJPP nach der ICD-10 der WHO. Anzahl der Mehrfachdiagnosen (siehe auch Ergebnisqualität)
- Schriftliches Konzept für den Einsatz einzelner Standard-Psychopharmaka für die KJPP

#### *Spezifische Therapeutische Angebote:*

- Störungsbezogene/konzeptbezogene Stationen unter Beachtung von Entwicklungsaspekten
- Milieu-Gestaltung und Milieuthérapie
- Einrichtung von störungsspezifischen Behandlungsangeboten
- Stationsübergreifende Gruppenangebote
- Anzahl spezifischer, störungsbezogener Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche (z. B. ADHS, soziale Kompetenz, Essstörung, etc.)
- Vorhandensein von erlebnispädagogischen/erlebnistherapeutischen Angeboten, Ausbildungs-Stand der Mitarbeiter
- Angebot von Abendsprechstunden für Eltern
- Vorhandensein eines Elterntreffs/Elterngruppe

#### *Steuerungsfunktion/Behandlungspfade:*

- Schriftliches Konzept geplanter Behandlungsabläufe als Vorstufe von Behandlungspfaden

- Vorhandensein einer berufsgruppenübergreifenden strukturierenden Behandlungsplanung bzw. Pflege und Therapieplanung koordiniert und systematisch
- Aufnahmesteuerung
- Behandlungspfade zum Umgang mit Suchtpatienten, falls kein eigenes spezialisiertes KJPP Angebot
- Ausformuliertes Konzept für die Belastungserprobung mit Rückmeldesystem zum Transfer der psycho- und verhaltenstherapeutischen Inhalte in das familiäre Setting
- Vorhandensein eines Deeskalationstrainings bzw. eines Trainings zum Umgang mit potentiellen Situationen, in denen Zwangsmaßnahmen angewendet werden müssen

*Prozessmanagement (PM) im eigentlichen Sinne und Fehlerminimierung:*

- Vorhandensein von schriftlichen differenzierten Stationskonzepten
- Vorhandensein eines Risiko-Managementsystems bzw. eines Systems zur Meldung besonderer Ereignisse
- Insbesondere Meldesystem für Suizidversuche, Selbstverletzungen, Suizide
- Konzeptuelle schriftliche Sicherung einer Möglichkeit der Überbelegung bzw. Prozessmanagement bei Überbelegung KJPP
- Vorgehen Medikamentenausgabe durch die Erzieher/ Erzieherinnen im Pflege- und Erziehungsdienst der KJPP

**Ende Teil 1**

Teil 2 und Literaturverzeichnis folgen im nächsten Heft.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Alexander Naumann

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
an der Psychiatrischen Klinik Lüneburg

Am Wienebütteler Weg 1, 21339 Lüneburg

E-Mail: alexander.naumann@pk.lueneburg.de

*Ein Mann wollte wissen, wie es sich mit dem Geist verhält –  
nicht in der Natur, sondern in seinem eigenen großen Computer.*

*Er fragte ihn (zweifellos in makellosem Fortran):*

*Rechnest du damit, dass du jemals denken wirst  
wie ein menschliches Wesen?*

*Die Maschine machte sich daran,  
ihre eigenen Rechengewohnheiten zu analysieren.*

*Schließlich druckte sie ihre Antwort auf einem Stück Papier aus,  
wie dies solche Maschinen zu tun pflegen.*

*Der Mann eilte hin, um die Antwort zu erfahren und fand  
die sauber getippten Worte vor:*

*Das erinnert mich an eine Geschichte.*

*Gregory Bateson (Geist und Natur)*

## *Werkstattbericht:*

# **Selbstbestimmte Qualitätsentwicklung – gibt es die wirklich?**

## **Eine Betrachtung zu EFQM im Gesundheitswesen**

*Michael Brünger*

### **Einleitung**

Wie konnte es nur dazu kommen, dass die meisten von uns mit „Qualität“ vor allem „Qual“ und auferlegte Bürde verbinden? Haben nicht viele ein von Hoffnungen getragenes Anfangsstadium durchlaufen, in dem Optimismus, der Wille zu mehr Systematik und Aufbruchstimmung vorgeherrscht haben?

Möglich, dass dies vor allem an der externen Forderung und Definition von Qualität liegt: Akkreditierende oder zertifizierende Stellen sorgen für externe Referenzpunkte, die das Delta zum Standard verdeutlichen sollen. Dies ist sicherlich auch vielerorts notwendig.

### **„Qualität ist Geisteshaltung und Technik“**

Das EFQM-Modell und der damit verbundene Ansatz sind geeignet einen Brückenschlag herzustellen zwischen den immer präsenten externen Forderungen und einer Form der Selbstbestimmung, die einen Qualitätsentwicklungsprozess auch über einen längeren Zeitraum am Leben halten kann.

Zunächst gibt das Modell 9 Einzelkategorien und 42 Aspekte vor, die in ihrer allgemeinen Fragestellung auf die jeweilige Organisation spezifisch zu-

geschnitten werden können – die Organisation kann hierbei eine Praxis, ein Labor oder ein Kliniknetz sein. So medizinisch dieser Zuschnitt im Endeffekt auch klingen mag: die basalen Aspekte der 9 Kategorien finden sich nach Abstrahierung vom spezifischen Inhalt ebenso in der Automobilindustrie wie in einer auf Erwachsenenbildung ausgerichteten Institution wieder. Gelegentlich hilft der Blick auf das fremde Sachgebiet sogar, um die grundlegenden Themen im eigenen Tätigkeitsbereich besser identifizieren zu können.

Der Dreiklang von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist seit Einführung der Qualitätsdebatte vertraut. Auch bei EFQM stehen die Prozessaspekte ganz im Zentrum des in Abb. 1 dargestellten Modells. Links daneben sind vier Kategorien, die alle Aspekte beinhalten, die zur qualitativ hochwertigen Durchführung eben dieser Prozesse befähigen. Zur Rechten werden in vier Kategorien die Ergebnisse dieser Prozesse abgebildet. Die zehnte Kategorie – „Innovation und Lernen“, ein Pfeil von rechts nach links - beschreibt Vorgänge, bei denen die Analyse der Ergebnisse die Mitglieder der Organisation zu besserem Verständnis und zu Veränderungen auf der Befähigerseite veranlasst.

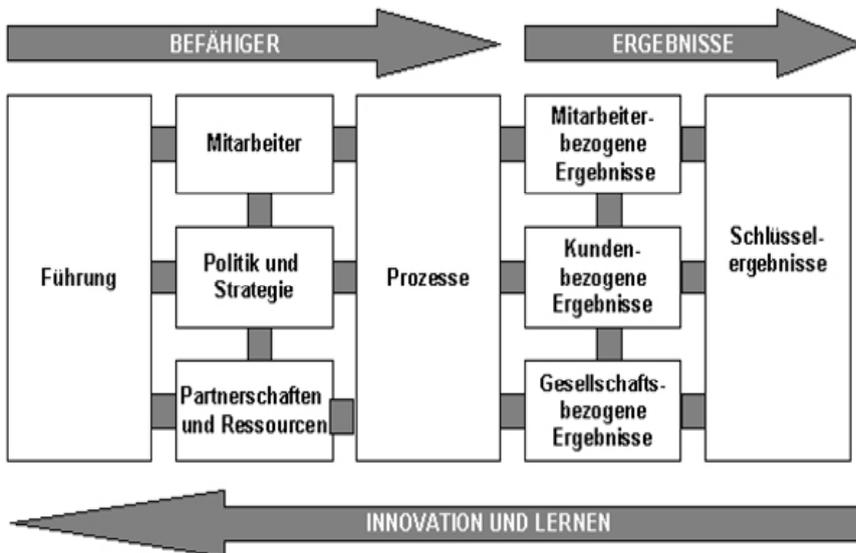


Abb. 1: Das EFQM-Modell

Hierzu ist es erforderlich bestimmte **Techniken** und Handlungsweisen zu lernen: die richtige Steuerung von Projekten gehört hierzu. Projekte können gezielt eingesetzt werden, um einem Mangel abzuhelfen, der bei der Analyse der Ergebnisse deutlich wird. Gezielt werden etwa Zeit und Geld aufgebracht, um nach sorgfältig durchdachtem Plan etwa eine erkannte Unzufriedenheit von Patienten durch Maßnahmen auf der Befähigerseite oder bessere Koordination der Behandlungsmaßnahmen („Prozesse“) schrittweise zu verbessern.

Warum „schrittweise“ und warum nur „verbessern“? Viele Vorgänge im medizinischen Bereich sind von hoher Komplexität, nicht immer lässt sich Unzulängliches mit einfachen Mitteln abstellen. Im Sinne der EFQM ist nicht Perfektion das Ziel sondern stetige Verbesserung. Auf den richtigen Weg kommt es mehr an als auf exzellente Ergebnisse aus dem Stand heraus – wir alle haben erlebt, dass dies auch nur selten zu realisieren ist. „Kontinuierliche Verbesserungszyklen“ heißt dies in der Sprache des Qualitätsmanagements (siehe Abb. 2: plan-do-check-act).

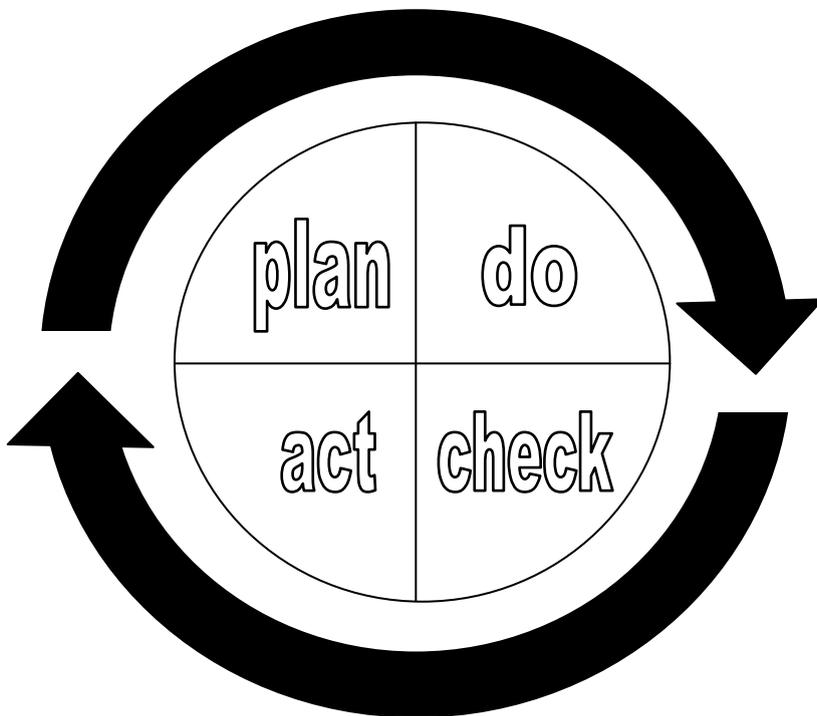


Abb. 2: Kontinuierlicher Verbesserungszyklus mit den Elementen: Plan, durchführen, überprüfen, Erkenntnisse einpflegen

In dem soeben beschriebenen Beispiel ist implizit die Patientenzufriedenheit als eine wesentliche Größe einer medizinischen Organisation benannt worden. Andere Ziele, an denen sich alle Anstrengungen zur Verbesserung orientieren könnten und die häufiger angeführt werden, sind die Mitarbeiterzufriedenheit, das klare Führungshandeln, die gute Vernetzung der Organisation. Derartige Aspekte lassen sich zusammenfassen in der Feststellung, dass Qualität ein Ziel ist, welches mit Geisteshaltung – also einer Philosophie einschließlich ethischer Haltungen - und technischen Fertigkeiten in Angriff genommen werden muss.

### **Wie geht man vor bei selbst bestimmter Qualitätsentwicklung?**

Alles beginnt mit einer Bestandsaufnahme in einer Organisation. Hierzu eignet sich die Matrix der 42 Aspekte des EFQM-Modells. Mit der Perspektive der 9 Kriterien wird in der Organisation nach Substanz, guter Praxis und Stärken gefahndet, diese Puzzlesteine werden zusammengetragen in einer Selbstbewertung, die grundsätzlich einen positiven, die Stärken betonenden Tenor hat.

Die anschließende Kommentierung einer solchen Selbstbewertung bewegt sich zwischen Ernüchterung und Erstaunen. Letzteres ist gar nicht so selten: es ist bemerkenswert, was man bei gezielter Suche an Substanz in der eigenen Organisation entdecken kann!

Entscheidender ist jedoch der nächste Schritt: mit Orientierung an den Zielen der Organisation sollen Ansatzpunkte der Verbesserung identifiziert werden, Ausgangspunkte für Verbesserungsprojekte, die der Organisation helfen ihren Zielen näher zu kommen.

Meist kommt hierbei mehr zusammen als auf Anhieb zu bewältigen ist. Das ist völlig normal und zwingt zu einer erwünschten Priorisierung: Was ist vordringlich wichtig, was ist von den wichtigen Projekten mit den vorhandenen Kräften in absehbarer Zeit auch tatsächlich umzusetzen? Augenmaß ist hierbei gefragt und eine gute Einschätzung der vorhandenen Ressourcen. Die angemessene Dimensionierung von Projekten ist eine Fertigkeit, die erst bei der Durchführung von Projekten selbst erworben wird.

Selbstbewertung und Erfassung des Verbesserungspotenzials führen so zu einem Aktionsplan. Er kann für den Zeitraum eines halben Jahres aus der Durchführung von drei priorisierten Vorhaben bestehen. Auch wenn vieles auf den Nägeln brennt, was längst aufgelistet ist, konzentriert sich die Arbeit zunächst auf diese Projekte. Der nächst Aktionsplan wird über neue Prioritäten entscheiden.

### **Kennzahlentwicklung**

Verbesserung muss gemessen werden. Ratlosigkeit stellt sich oft anfangs bei diesem Thema ein, Welche Werte können denn überhaupt herangezogen werden? Welche Beschränkung sollte ich mir bei einer schier unübersehbaren Flut von Messwerten im klinischen Betrieb auferlegen? Auch hier gilt es, schrittweise zu erproben und zu lernen, Die Identifizierung von relevanten Parametern braucht Zeit und Geduld in der Qualitätsentwicklung. Es ist bekannt, dass in der Abwicklung eines Projektes durchaus Überraschungen auftreten. Die anfänglich gewählte Messgröße entpuppt sich als nicht aussagekräftig, neue Erkenntnisse tauchen auf. Was in der Forschung stören mag, soll im Bereich der Qualitätsentwicklung im Sinne eines Zugewinns an Erkenntnissen verstanden werden. Ungeplante Resultate eröffnen den Blick auf neue Notwendigkeiten, es ist üblich, die Vorgehensweise daraufhin anzupassen. Im besten Fall können so Kennzahlen weiterentwickelt, verfeinert und damit aussagekräftiger definiert werden. Der Lernzuwachs ist wichtiger als die Bestätigung einer Eingangshypothese.

### **Ergebnisse der Validierung in Kliniken nach dem EFQM-Modell**

Was nehmen sich Organisationen vor, wenn sie sich an diese Arbeit machen? Die in Deutschland in den letzten Jahren durchgeführten „Validierungen“ in Kliniken der Akutversorgung und der Rehabilitation geben darüber recht gut Auskunft. Bei diesem Verfahren der Validierung mag das Äußere so ablaufen wie man es von Begehungen im Rahmen einer Zertifizierung erwartet. Der Unterschied liegt darin, dass die Organisation eine derartige Rückmeldung eigenhändig im Rahmen ihres selbst gesteuerten Prozesses anfordert. Nicht die Ziele einer akkreditierenden Institution stehen im Zentrum der Präsentation für den eingeladenen Qualitätsfachmann („Validator“) sondern eigene Entwicklungsziele.

Entscheidend sind auch die fragende Perspektive der Selbstbewertung und die des Validators. „Wie gewährleistet unsere/Ihre Praxisgemeinschaft, dass im Fall einer erkannten Risikosituation (akute Suizidalität bei einem Patienten) eine Notfallroutine nach Plan in Gang gesetzt werden kann?“ Die Antwort wird sowohl das Ziel als auch die Gestaltung einer entsprechenden Lösung beinhalten. Es geht also nicht nur verkürzt um ein „Ja“ oder „Nein“ („Gibt es einen Notfallplan bei Suizidalität?“) und den entsprechenden Haken hinter ein Item, sondern auch darum, ob der Notfallplan etwas taugt und ob etwas über die Erfahrungen ausgesagt werden kann.

Aus der Summe von ca. 12 durchgeführten, eigenen Validierungen zeigt sich ein hohes Engagement der Kliniken im Bereich der besseren Steuerung der Hauptaufgaben – dies ist in dem in Abb. 1 dargestellten Modell dem Kriterium 5 „Prozesse“ zuzuordnen. Wesentliche Arbeiten zum Leitbild (Kriterium 2 „Politik und Strategie“) sind meistens schon auf den Weg gebracht. Die Erfassung von Patienten- und Einweiserzufriedenheit (Kriterium 6 „Kunden bezogene Ergebnisse“) und der Mitarbeiterzufriedenheit (Kriterium 7 „Mitarbeiter bezogene Ergebnisse“) sind weitere wesentliche Projektvorhaben.

Erfreulicherweise zeigt sich gerade hinsichtlich der Herangehensweise inzwischen eine deutliche Annäherung der verschiedenen Instrumente zur Einschätzung eines Qualitätsstandards: Auch KTQ ist in seiner inzwischen 5. Version deutlich durchdrungen vom Gedanken der kontinuierlichen Verbesserung, die Bewertung für die Überprüfung der Vorgehensweisen mit dem kontinuierlichen Verbesserungszyklus rückt immer mehr ins Zentrum der Betrachtung.

So sind KTQ und EFQM keine Gegensätze sondern im besten Fall sich ergänzende Verfahren.

## **Erfahrungen in der eigenen Institution**

1999 begann das Pfalzkrankenhaus sich verstärkt um die eigene Qualitätsentwicklung zu kümmern. Gefördert mit Landesmitteln und versehen mit dem Auftrag der dezentralisierten Versorgung insbesondere im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie wurde dieser Prozess extern begleitet. Es lassen sich retrospektiv folgende Stadien erkennen:

### *1. Informations- und Schulungsphase*

Zu Beginn war es die zentrale Aufgabe der Führung des Hauses und der externen Berater, die Ziele, den Weg und die Instrumente darzustellen, die zu einer Qualitätsentwicklung gehören. Das Vorhaben musste in der gesamten Mitarbeiterschaft publik gemacht werden, die zu erwartenden Mehrbelastungen in der Anfangsphase plausibilisiert werden. Rückblickend ist festzustellen, dass die Welle der Privatisierungen in den Kliniken und die damit verbundene Angst um den eigenen Arbeitsplatz ein wichtiges Argument in den Augen der im öffentlichen Dienst Beschäftigten war. „Die Klinik muss zukunftsfähig werden“ hieß es oft.

Eine Kernmannschaft aus der mittleren Führungsebene wurde geschult, viele Angehörige der oberen Führungsebene verharrten in dieser Zeit noch in eher abwartender Haltung. Da Qualitätsmanagement aber ein klarer Top-Down-Prozess ist lässt sich im Nachhinein feststellen, dass eine beherztere Einbindung der Klinikspitze dem gesamten Prozess sicherlich genutzt hätte.

Vergleicht man die Abläufe in anderen Kliniken mit dieser Entwicklung so lässt sich Typisches entdecken: auch in anderen Häusern, die sich sehr engagiert ans Werk machen, lässt die (ärztliche) Führung eher gewähren oder fördert wohlwollend die Anstrengungen der mittleren Führungsebene, als dass sie sich an die Spitze der Bewegung setzt. Die Ursachen hierfür sind sicherlich vielschichtig: zum einen müssen ärztliche Leiter an diesem Punkt neues Wissen erwerben und „Technik“ lernen, zum anderen betrifft dieser Wissenserwerb zunächst nicht primär das medizinische Sachgebiet. Mancher Chefarzt sieht sich ganz als medizinischer Fachmann, ein anderes Rollenverständnis, in dem Führung und Qualitätsmanagement ihren Platz haben, hat sich aber in den letzten 10 Jahren deutlich etabliert.

Bei den Schulungen lag gerade in der Anfangsphase eine deutliche Betonung auf der Vermittlung des EFQM-Modells und des dazugehörigen Instrumentariums. Dies erfolgte insbesondere im Rahmen von Ausbildungen zum EFQM-Assessor. Abgeleitet vom englischen assessment (Bestandsaufnahme) zielt dieses Training deutlich auf die Vermittlung von Basisfertigkeiten, die in der Selbstbewertung benötigt werden.

## *2. Initiale Aktionsphase*

Der erarbeitete Informationsstand und das erworbene technische Wissen fanden in der Folge ihren Niederschlag in einer ersten Selbstbewertung. Angeleitet von einer Beratungsfirma (die, wie sich später herausstellte, nicht über Vorerfahrungen in der Selbstbewertung nach EFQM verfügte) wurden die Stärken des Hauses zusammengetragen. Die Auflistung erfolgte strikt nach den 9 EFQM-Kriterien. Ein hauseigenes Prüfer-team durchleuchtete anschließend diese Sammlung kritisch und bewertete nach einem Punktesystem, auf das hier nicht näher eingegangen werden kann, das Ergebnis. Wesentlich war anschließend die Festlegung auf einen Aktionsplan, also die Priorisierung vordringlicher Anliegen, deren Umsetzung in Projektform mit einem Zeitrahmen von 6-9 Monaten angegangen wurde. In dieser Phase war deutlich zu spüren, dass konkrete Feststellungen, greifbare Ergebnisse und Entwicklungen maßgeblich waren für die Motivierung der Mitarbeiter und die Stimmung und Einstellung zur „Qualitätsfrage“. Längst war klar geworden, dass die erwünschte breite Einbeziehung der Mitarbeiterschaft hiervon maßgeblich abhing. Ebenso deutlich war im Haus zu spüren, dass der Aufwand unterschätzt worden war und für das Erreichen der wesentlichen Ziele die Einbindung der gesamten Mitarbeiterschaft unumgänglich war. In der begleitenden Diskussion zeichnete sich ab, dass es zur Verfolgung von Qualitätszielen keine wirkliche Alternative gab. Da nicht alles gelang, was man sich vorgenommen hatte, bestand die Gefahr, dass gerade Leistungsträger der ersten Stunde frustrierende Erlebnisse zu verdauen hatten.

## *3. Beginnende Routine*

Es kann als wesentliches Element der Qualitätsentwicklung in den darauf folgenden Jahren angesehen werden, dass Alltagsroutine und Projektarbeit mehr Bezug zueinander entwickelten. Die initial entstandenen Beschreibungen von Behandlungspfaden (EFQM-Kriterium „Prozesse“) wurden zunehmend überprüft, entweder weil ein gesetzter Zeitpunkt erreicht war („review“) oder weil neue, im Alltag gewonnene Erkenntnisse dort ihren Niederschlag finden mussten („Innovation und Lernen“). Veränderungen konnten auch auf „Störfälle“ des Betriebs zurückgehen, die das bisherige Vorgehen in einem anderen Licht erscheinen ließen. Von der Innovation der ersten Mitarbeiter-Vorgesetzten-Gespräche, deren Etablierung mit Trainingskursen sorgfältig vorbereitet wurde, führte der Weg zu einer Rou-

tine ohne die Aura des Neuen: die Inhalte und Abläufe wurden selbstverständlich, nicht durchgeführte „MVG’s“ erzeugten das gleiche Unbehagen bei der Führungskraft wie ungeschriebene Arztbriefe.

#### *4. Zunehmende KTQ-Orientierung*

Die Marktmacht der Koalition für Transparenz und Qualität – kurz KTQ genannt – machte sich ab 2004 zunehmend bemerkbar. Ähnlich wie man nicht ohne TÜV-Plakette Auto fahren kann, erschien es nicht angeraten, sich dieser Zertifizierung – oder zeichnete sich schon eine Art Akkreditierung ab? – zu stellen. Es war sicherlich unserem Anfängertum geschuldet, dass sich scheinbare Gegensätze zwischen EFQM und KTQ einstellten. Natürlich wusste jeder um mögliche Synergien, aber der Wettstreit um die Ressourcen entschied sich zu Gunsten der KTQ-Orientierung. Sehr pragmatisch entstand eine Orientierung, an der KTQ-Bewertung gemacht wurde, was uns dem 2005 erreichten Ziel einer für das Zertifikat ausreichenden Punktzahl näher brachte. So vergaßen wir auch zunächst den Aktionsplan nach der dritten EFQM-Selbstbewertung in Angriff zunehmen – um ihn dann mit Verzögerung schließlich doch anzugehen.

#### *5. Ausblick*

In der Zwischenzeit zeichnet sich eine hilfreiche Synthese zwischen den verschiedenen eingesetzten Betrachtungsweisen ab. Selbstbeauftragte „Audits“, zum Beispiel zu Dokumentationsstandards, werden selbstverständlicher. Ein derartiger „Check“ kann etwa aufzeigen, wo es notwendige Verbesserungen braucht, um Mindeststandards zu genügen oder auch das beruhigende Gefühl zu vermitteln, dass die Organisation über derartige Anfangsstadien hinaus ist.

Es bleibt bei größeren Organisationen natürlich noch der Aspekt des inneren Wettbewerbs: Warum ist Abteilung A besser als Abteilung B? Wie gehen wir mit derartigen Unterschieden um, können wir ein solches Delta nutzen, um voneinander zu lernen oder bestimmt Missgunst das Klima und behindert einen konstruktiven Austausch? Auch hier sind wir wieder beim Thema „Geisteshaltung“ angelangt: Eine derartige Entwicklungsrichtung ist nicht denkbar ohne eine Form der Metakommunikation, die imstande ist die Signale aus dem Prozess der Qualitätsentwicklung aufzugreifen.

Und was werden wir tun, wenn sich zeigt, dass unsere Form der Metakommunikation keineswegs ideal ist? Nun, wir werden versuchen sie schrittweise zu verbessern. Und wenn wir wissen möchten, ob es tatsächlich eine Verbesserung gegeben hat, müssen wir wahrscheinlich eine Befragung einer repräsentativen Mitarbeitergruppe durchführen und auf die Güte unserer bisher entwickelten Kennzahlen vertrauen. Auch in der Metakommunikation werden wir wieder auf Aspekte der Geisteshaltung stoßen, mit der wir uns an die Qualitätsentwicklung gemacht haben...

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Michael Brünger  
Pfalzinstitut - Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik  
und Psychotherapie  
Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR  
Weinstraße 100  
76889 Klingenmünster

Michael Brünger ist Chefarzt im Pfalzinstitut – in Klingenmünster. Verhaltenstherapeut und systemischer Familientherapeut. Lehrtherapeut und Supervisor am Institut für Klinische Verhaltenstherapie in Bad Dürkheim, IFKV e.V.. Mitglied der Dt. Gesellschaft für Qualität, Frankfurt, DGQ, Qualitätsmanager im Gesundheitswesen (DGQ), Quality Systems Manager (EOQ), EFQM-Assessor (DGQ), EFQM-Validator (Deutsches EFQM-Center/DGQ).

Literatur beim Verfasser

## *Werkstattbericht:*

### **Erfahrungen mit der KTQ (Re-)Zertifizierung**

*Renate Schepker*

Das ZfP Weissenau und mit ihm die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde Ende 2006 zum 2. Mal KTQ-zertifiziert. Unsere Kinderstation wurde begangen. Seither kann ich mich als eine erfolgreiche EFQM-zu KTQ-Konvertitin fühlen – nicht gewählt, sondern Trägerbeschluss.

Warum?

Das KTQ-Verfahren besteht aus schier unendlich langen Checklisten und Bewertungslogiken, die ziemlich gut operationalisiert sind, so dass im Rahmen einer Selbstbewertung keine langen Prosatexte produziert werden. Dass es vor den klaren Kriterien auch kein Entrinnen gibt und dass man immer wieder am mangelnden Durchdringungsgrad verzweifeln kann ist selbsterklärend. Dennoch war der Prozess der Selbstbewertung – von unserem Qualitätsmanagement in vielen moderierten Sitzungen mit gut ausgewählten Teilnehmern aus allen Bereichen und aus allen Berufsgruppen bestückt – eine gute Übung zur kritischen Selbstbetrachtung wirklich aller Vorgaben in allen Bereichen. So mühsam das sklavische Abarbeiten von Punkten auch sei – hinterher ist das unübersehbare Wirrwarr von Abläufen, Vorgaben, Checklisten und Feedbackschleifen auf allen Ebenen des Hauses erst einmal sichtbar: man wundert sich was man alles schon erfunden hat. Danach ist es sortierter, wie nach einem gründlichen Frühjahrsputz. Das ist schön obwohl ich weit entfernt von Anflügen von Zwanghaftigkeit bin – oder gerade deswegen.

Während der Selbstbewertung entstanden viele Möglichkeiten zur Veränderung von langjährigen Ärgernissen – die unübersichtliche Beschilderung etwa, zu der wir den „life-test“ sich verlaufenden halbjährlich neuen Medizinstudentengruppen, wahrhaft nicht in Verdacht mangelnder Intelligenz stehend, als Messgröße für deren Funktionalität heranziehen konnten. Oder die Laufzeit von Entlassberichten, die sich hervorragend statistisch abbil-

den lässt, wobei es kaum zu erklären ist warum die Kinder- und Jugendpsychiatrie trotz eines guten Therapeuteschlüssels verglichen mit anderen Abteilungen doch länger braucht als andere – ist den einzelnen Briefverfassern die Statistik mit dem Punkt für ihren eigenen Beitrag nicht öfter vorgelegt worden?

Dass Schönfärberei sich später in Bewertungsdiskrepanzen niederschlägt, dass Daten und Fakten oder gar bei der Stationsvisitation Vorzeigbares als Beleg vorhanden sein müssen, macht die KTQ-Zertifizierung (mit dem T für „Transparenz“) bestrickend gut auch als Leitungsinstrument. Kein Entkommen „langsamer“ Stationen mehr vor den gleichen Qualitätsanforderungen, aber gleichzeitig nach oben offene Entwicklungsmöglichkeiten für die Besten. Und die Erfordernis des „Durchdringungsgrades“ duldet kein Inseldasein, keine „splendid isolation“ einzelner Abteilungen oder Stationen mehr – best practice für einen wird möglicherweise dann normal für alle, macht dann auch wieder Platz für Neues.

Die KTQ-Version 5.0 ist ausreichend differenziert um alle verschiedenen Bereiche des Krankenhauses abzubilden, Psychiatrie-Spezifika aber auch unsere KJPP-spezifischen Besonderheiten zu würdigen (zum Beispiel das Sicherheits-Handbuch für den Hochseilgarten unserer „Erlebnistherapeuten“ als gutes Beispiel für die Gewährleistung der Patientensicherheit).

Als psychiatrisches Großkrankenhaus war es angenehm sich bis auf wenige Punkte (etwa für uns inadäquate Hygieneanforderungen) in der KTQ-Logik gespiegelt zu sehen und in PDCA-Zyklen denken zu dürfen. Beschwerdemanagement nach der Beschwerde einer „schwierigen“ Mutter? Besondere Vorkommnisse? Keine peinlichen Ereignisse mehr, sondern Anlässe zu lernen und zu verstehen – d.h. über den Fall hinaus zu verstehen und die Bedingungen und Abläufe zu verbessern.

Vor der Visitation dann große Nervosität – habe ich die Protokolle aller Besprechungen wirklich vorzeigbar im Ordner oder noch besser – weil umweltfreundlich - im PC? (Ist eine Besprechung ohne Protokoll überhaupt eine Besprechung?) Wissen alle Mitarbeiter der zu visitierenden Station alles für den Ernstfall – vom Platz der Feuerlöschdecke, des Notfallkoffers, des Desinfektionsplans bis hin zum Evakuierungsplan? Können alle Berufsgruppen erklären wie wir zusammenarbeiten, wer wem welche Aufträge erteilt und ob man diese nachlesen kann? Wer wann mit wem in welcher Zusammensetzung spricht und mit welchem Ziel? Das Team, das kollektiv zu sich selbst befragt wurde, ging mit Stolz aus der Visitation hervor – mehr wert als drei belobigende Weihnachtsfeiern.

Natürlich hat so eine KTQ-Zertifizierung auch Schattenseiten. Die viele mit der Vorbereitung verbrachte Zeit ohne Patientenkontakt. Das viele beschriebene Papier, in 2 Jahren schon nicht mehr aktuell. Das Wissen, dass mit einem sinkenden Psych-PV-Erfüllungsgrad alles zur Konzeptmakulatur werden kann.

Das negativste Erlebnis dieser Zertifizierung: Die Bemerkung eines der Visitoren in der Abschlussrunde, dass KTQ ein gutes Instrument dazu sein könne, mit wenig Personal möglichst gut auszukommen. Für mich bleibt KTQ das Instrument, Reibungsverluste so zu minimieren, um möglichst viel Zeit des Personals für die Patienten zu gewinnen.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Prof. Dr. med. Renate Schepker  
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
ZfP Weissenau, Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg  
Tel.: 0751/7601-2749, Fax: 0751/7601-2121  
E-Mail: [Renate.Schepker@ZfP-Weissenau.de](mailto:Renate.Schepker@ZfP-Weissenau.de)  
Internet: [www.zfp-web.de](http://www.zfp-web.de)

## *Werkstattbericht:*

# **Die Etablierung von QM in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) - ein Erfahrungsbericht**

*Sascha Hoffmann & Peter Riedesser*

„Auch das noch“ – so oder ähnlich dachten wohl die meisten Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, als Sie im Sommer 2005 erstmalig von den geplanten QM-Zertifizierungsbemühungen erfuhren. UKE-Vorstand, der Geschäftsbereich Qualitätsmanagement und die Klinikleitung waren sich einig: Als eine der ersten im UKE sollte unsere Klinik gemäß DIN ISO 9001:2000 zertifiziert werden. Unsere Klinik – das bedeutet neben Lehrauftrag und Forschung eine Tagesklinik mit 18 Betten für Kinder, Jugendliche und Mütter mit Babys, eine Kinderstation mit 8 Betten (Altersgruppe 8 bis 14 Jahre), eine Jugendstation mit 12 Betten (Altersgruppe 15 bis 18 Jahre) und eine Akutstation mit 5 Betten. Die Ambulanz bietet zusätzlich zur Regelversorgung von kinderpsychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ein weit reichendes Angebot von Spezialsprechstunden an, u.a. für akut traumatisierte Kinder und Jugendliche, für Kinder körperlich kranker Eltern, für Kinder psychisch kranker Eltern, für Psychose-Ersterkrankte und für Flüchtlingskinder und ihre Familien.

### **Aller Anfang ist schwer**

Nachdem eine Qualitätsmanagementkoordinatorin (QMK) – eine Forschungspsychologin - samt Stellvertreter – ein Assistenzarzt auf der Schwelle zum Oberarzt - benannt worden war, organisierte sich eine QM-Gruppe, bestehend aus etwa 10 interessierten Mitarbeitern aus allen Bereichen und Berufsgruppen der Klinik. Neben dem Chefarzt waren somit

auch Assistenzärzte, Sozialpädagogen, Erzieher und Krankenpfleger der verschiedenen klinischen Untereinheiten vertreten – zudem wurde die Gruppe von einer Mitarbeiterin aus dem Geschäftsbereich QM tatkräftig unterstützt.

In den fortan regelmäßigen, zwei- bis vierwöchentlichen Sitzungen dieser Gruppe lag der Fokus zunächst in der Auseinandersetzung mit dem QM-Gedanken: QM- was soll das? Überflüssige Mehrbelastung oder Chance einer notwendigen Verbesserung von Abläufen und Strukturen? Es war wohl insbesondere der gefühlte, zunächst kaum zu überblickende Berg von nun zusätzlich anstehenden und noch wenig definierten Aufgaben, der eine anfängliche Skepsis nur langsam kleiner werden ließ. Aufgrund des engen Zeitplanes – bis zum Zertifizierungsaudit waren nur etwa 8 Monate veranschlagt – blieb jedoch kaum Raum für Zweifel und es ging alsbald an die Entwicklung, Konkretisierung und Verteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Die QMK und ihr Stellvertreter, die in der Folgezeit eng miteinander kooperierten, übernahmen hierbei insbesondere eine orchestrierende Rolle. Es galt, die vielschichtigen, manchmal etwas nüchtern anmutenden Anforderungen der DIN-Norm im Blick zu behalten, ohne jedoch die spezifischen Themen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik aus dem Auge zu verlieren.

Der fortschreitende Prozess

In einem praxisorientierten Vorgehen waren die folgenden Monate gekennzeichnet von der Auswahl insbesondere klinikrelevanter Themen, die auch bisher den Klinikalltag bestimmten, deren Abläufe und Inhalte nun jedoch unter Berücksichtigung von QM-Aspekten wie beispielsweise Zuständigkeit, Verantwortlichkeit oder Art der Dokumentation einheitlich dargestellt wurden. Eine zentrale Position nahm hierbei die Erstellung des QM-Handbuches ein, in dem die entsprechenden Themen in Form sog. „Standard Operating Procedure“ (SOP) systematisch aufgeführt wurden. Das in dieser Zeit häufig modifizierte und stetig wachsende Inhaltsverzeichnis des Handbuches war ein guter Indikator für den jeweiligen Stand des QM-Prozesses. Während die die Klinikführung betreffenden Themen auch vom Leitungspersonal ausgearbeitet wurden, entschieden wir uns bewusst dafür, bei der Beschreibung der den Klinikalltag betreffenden „Verfahren und Leistungen“ Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen mit einzubeziehen. So entstanden in wenigen Monaten etwa 100 SOPs von mehr als 30 Autoren. Rückbetrachtend trug dieser Umstand – ähnlich wie die multiprofessionelle Besetzung des eigentlichen QM-Teams – unserer

Auffassung wesentlich dazu bei, dass die Auseinandersetzung mit der Qualitätssicherung nicht auf wenige spezialisierte Mitarbeiter beschränkt blieb, sondern der QM-Gedanke alle Bereiche der Klinik durchdringen konnte. Hierzu trug letztlich auch die regelmäßige Aufnahme von QM-Aspekten als wichtigster Tagesordnungspunkt unserer 4-wöchentlichen Klinikvollversammlung bei.

### **Die Entstehung neuer Arbeitsgruppen**

Im Zuge des Zertifizierungsprozesses kristallisierten sich einige Themenschwerpunkte heraus, die jenseits der eigentlichen QM-Anforderungen auch einer strukturellen, vor allem jedoch inhaltlichen Neuorientierung bedurften. Es entstanden so drei „Unterarbeitsgruppen“, die sich separat den folgenden Themen zuwandten und wesentliche Ergebnisse in Form von SOPs darstellten. Die AG „Selbst- und Fremdgefährdung“ beschäftigte sich mit der Entwicklung von Standards im Umgang mit suizidalen und fremdaggressiven Patienten (z.B. Erkennen von Suizidalität, Maßnahmen bei Suizidalität oder fremdaggressiven Patienten oder Vorgehen nach Suizidversuch), die AG „Besprechungswesen“ systematisierte und ordnete die Vielzahl der verschiedenen Besprechungen in der Klinik (z.B. Sinn und Zweck der einzelnen Besprechungen? Wer nimmt wann teil? Wer dokumentiert wie?) und die „AG Dokumentation“ hatte zum Ziel, die bis dahin oft uneinheitlichen, nicht „gelenkten“ Dokumente zu vereinheitlichen.

### **Die Zertifizierung**

Nach 5 sog. „internen Audits“ und einen zeitaufwendigen und arbeitsreichen Endspurt aller Beteiligten erfolgte dann im Juni 2006 die mit Spannung erwartete externe Zertifizierung durch einen Auditor der Firma NIS-ZERT. Die positive Bewertung und die resultierende Zertifizierung wurden schließlich in einem Sommerfest mit allen Klinikmitarbeitern gebührend gefeiert.

### **Nach dem Audit ist vor dem Audit**

In den folgenden Monaten drohte die QM-Euphorie zwischenzeitlich im üblichen Klinikalltag zu versinken, wemgleich ein QM-Workshop bun-

desweit für alle interessierten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Hamburg organisiert und durchgeführt wurde. Erst im Spätherbst 2006 nahm die QM-Gruppe ihre regelmäßigen Treffen wieder auf. Nach etwas schleppendem Neustart erlaubten die nun anstehenden Aufgaben wie die Aktualisierung „alter“ und die Erstellung neuer SOPs, die Bestimmung der Qualitätsziele 2007 oder die folgenden internen Audits keine weitere Verschnaufpause.

## **Fazit**

Im Juli 2007 wurde das erste Überwachungsaudit erfolgreich absolviert, die „AG QM“ tagt weiter regelmäßig, aktuelle QM-Themen sind regelhafter Bestandteil der wöchentlichen Leitungskonferenz und in kleinen Schritten wird der QM-Gedanke in das „Genom“ des Klinikalltags integriert. Inzwischen ist in der Stellenbeschreibung des QMK ein Zeitvolumen von etwa 10h/Woche für die Qualitätssicherung auch offiziell veranschlagt. Das anfängliche Gefühl von „auch das noch“ und Mehrbelastung durch QM weicht somit langsam aber sicher der Erkenntnis, dass das Mehr an Engagement und Arbeit an Qualität sichernden Prozessen gleichzeitig zu einer Prozessoptimierung und damit letztlich zu einer Entlastung führt.

## **Anschrift der Verfasser**

Dr. med. Sascha Hoffmann, Oberarzt  
Prof. Dr. med. Peter Riedesser, Direktor  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und  
Jugendalters  
Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: (040) 42803 - 22 02 bzw. -7405  
Email: s.hoffman@uke.uni-hamburg.de

# Delinquenz, Jugendkriminalität und Kindeswohlgefährdung. Ein Beitrag zur Diagnostik und Interventionsplanung

*Alexander Vollbach*

**Zusammenfassung:** Der Beitrag geht auf Fragen der Früherkennung und Kriminalprävention bei Kindeswohlgefährdung durch Begehung von Verstößen der Kinder und Jugendlichen gegen das StGB ein, die aktuell im Zusammenhang mit einer Neufassung familiengerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls (§ 1666 BGB) diskutiert werden. Kriminologische Fragestellungen ergeben sich auch im Zusammenhang mit der Gefährdung des Kindeswohls im sozialen Nahbereich durch Eltern und der Kindeswohlgefährdung durch Dritte. Für die Einzelfallbeurteilung stehen neben standardisierten forensischen Verfahren der Risikobeurteilung auch erfahrungswissenschaftlich fundierte kriminologische Idealtypen, Kriterien und Konstellationen der *Methode idealtypisch-vergleichenden Einzelfalluntersuchung* (MIVEA) zur Verfügung.

## I. Kriminalprävention durch familienrechtliche Maßnahmen

Bei Gefährdung des Kindeswohls, welche u.a. durch die Begehung von schweren Verstößen der Kinder oder Jugendlichen gegen das Strafgesetz und einer mangelnden Mitwirkung der Eltern bei der Gefahrenabwehr indiziert ist, müssen Familiengerichte mit Blick auf das elterliche Sorgerecht Maßnahmen nach §§ 1666, 1666a BGB konkretisieren, „die als letzte Eingriffstatbestände außerhalb des Jugendstrafrechts übriggeblieben sind“.<sup>3</sup> Hinsichtlich der Ausführung dieser Aufgabe bestehen mit Blick auf eingriffsintensive (freiheitsentziehende) Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung (§§ 27, 34 SGB VIII, 1666 BGB) allerdings kontroverse

---

<sup>3</sup> Bock, Schädlich, überflüssig, schmutzig. Die Argumentationen der kriminologischen Verächter der Resozialisierung. In: *Feuerhelm u.a.*, (Hg./1999): Festschrift für Alexander Böhm zum 70. Geburtstag am 14. Juni 1999. Berlin u. a. 1999, 293.

Auffassungen<sup>4</sup>, die u.a. eine Folge des Wandels von einem eher eingreifenden Verhalten unter den Regelungen des Jugendwohlfahrtsgesetzes zu einem Hilfsangebot für die Klienten und ihre Eltern nach dem SGB VIII sind.<sup>5</sup> In der Praxis führte das dazu, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie zunehmend zum Auffangbecken und letzten Garantensystem für kriminell gefährdete Kinder und Jugendliche wird, bevor nach Vollendung des 14. Lebensjahres die Anordnung von Untersuchungshaft oder auch die Verhängung von Jugendstrafe oder der psychiatrische Maßregelvollzug (§ 63, 64 StGB) in Betracht kommt.<sup>6</sup>

Mit der durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe“ (KICK) in das SGB VIII eingefügten neuen gesetzlichen Bestimmung § 8a SGB VIII wurde der Schutzauftrag des Jugendamtes für die Kindeswohlgefährdung präzisiert und damit das „staatliche Wächteramt“ (vgl. Art. 6 Abs. 2 GG) durch das Jugendamt betont. Eine von der Bundesjustizministerin Brigitte Zypries im März 2006 eingesetzte Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“<sup>7</sup> hat jüngst vor dem Hintergrund „erschütternder Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sowie besorgniserregenden Fällen von Kinder- und Jugenddelinquenz“<sup>8</sup> Vorschläge erarbeitet, wie vorhandene Möglichkeiten der Frühprävention besser genutzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Schule, Jugendhilfe, Jugendamt und Familiengericht verbessert werden kann, um Fehlentwicklungen gegensteuern zu können.<sup>9</sup> Die Familiengerichte sollen vor einem teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge vermehrt präventiv wirken und Teil eines Frühwarnsystems zum Schutz des Kindeswohls werden.<sup>10</sup>

---

<sup>4</sup> Zu vergleichbaren „Rollenkonflikten“ in der Zusammenarbeit von Jugendgericht und Sozialarbeit vgl. *Göppinger*, Kriminologie, 5., Auflage 1997, 656 ff..

<sup>5</sup> Ein weiterer Grund ist die stark ausgeprägte Ausrichtung der Rechtsprechung an dem Erziehungsrecht der Eltern (Art. 6 GG, § 1666a BGB), weshalb es zu einer verzögerten Anrufung des Vormundschafts- bzw. Familiengerichts bei strafrechtlich relevanten Sachverhalten gekommen ist.

<sup>6</sup> vgl. *Burchard*, Jugendliche Straftäter im Spannungsfeld zwischen Jugendhilfe, Gefängnis und Forensik. In: *Saimenh* (Hg): Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Maßregelvollzug als soziale Verpflichtung. Forensik 2006. 21. Eickelborner Fachtagung, 54-65

<sup>7</sup> Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe v. 17.11.2006 kann als pdf-Datei unter [www.bmj.bund.de](http://www.bmj.bund.de) heruntergeladen werden.

<sup>8</sup> Vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 3

<sup>9</sup> vgl. *Schlaub*, Mehr Schutz für gefährdete Kinder. In: *Familie, Partnerschaft und Recht* (13/1-2/2007), 9-12, *Röchling*, Anmerkungen zum Abschlussbericht der Arbeitsgruppe „Familiengerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ v.17.11.2006. In: *FamRZ* (6/2007), 431-435

<sup>10</sup> Die Bundesfamilienministerin hat am 19.7.2007 in Berlin den Startschuss für das neue nationale Zentrum Frühe Hilfen gegeben (vgl. [www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de)).

Schon jetzt sieht § 1666 BGB vor, dass das Familiengericht bei Kindeswohlgefährdung aus eigenem Ermessen „die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen“ bis hin zum (teilweisen) Entzug der elterlichen Sorge zu treffen hat. Da aber „die vielfältigen möglichen Schutzmaßnahmen von den Gerichten nicht in vollem Umfang ausgeschöpft würden“<sup>11</sup>, sind die Rechtsfolgen des § 1666 BGB im Entwurf der Arbeitsgruppe durch einen neuen § 1666 IIa BGB-E neugefasst worden. Folgende Maßnahmen sind u.a. vorgesehen: gerichtliche Weisungen an die Eltern, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen sowie für die Einhaltung der Schulpflicht zuzusorgen. Eine gesetzliche Fassung der Erscheinungsformen der Kindeswohlgefährdung (durch die missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge oder der Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten Dritter in § 1666 I BGB, der die Eltern nicht angemessen entgegen treten) wird im Entwurf ersatzlos gestrichen (§ 1666 BGB-E). Die Kindeswohlgefährdung soll mit den Eltern und ggf. mit dem Kind bzw. Jugendlichen gemeinsam erörtert werden („Erziehungsgespräch“, vgl. Abschlußbericht [Fn.1, S. 34]).<sup>12</sup> Somit könne die Kooperationsbereitschaft der Eltern gefördert und rechtliche Eingriffsmaßnahmen einschließlich einer geschlossenen Unterbringung Strafmündiger in der Jugendhilfe bzw. in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (§ 1631b BGB) vermieden werden.<sup>13</sup> Die Vorschläge der Arbeitsgruppe zielen auf eine mehr präventiv ausgerichtete familiengerichtliche Tätigkeit und ein neues Verständnis von der Rolle des Jugendamtes und des Familiengerichtes.<sup>14</sup> Es wird bereits befürchtet, dass „Familienrichter als Hilfspädagogen“ eingesetzt werden sollen.<sup>15</sup>

---

<sup>11</sup> Abschlussbericht [Fußn. 5], 6, 24

<sup>12</sup> Vgl. Abschlußbericht [Fußn.5, 34]: „Die Einführung einer solchen `Erörterung der Kindeswohlgefährdung´ soll dazu beitragen, die Eltern noch stärker als bisher in die Pflicht zu nehmen und ggf. auf sie einzuwirken, öffentliche Hilfen in Anspruch zu nehmen und mit dem Jugendamt zu kooperieren.“

<sup>13</sup> vgl. Abschlussbericht [Fußn. 5], 5, 27 ff.

<sup>14</sup> Vgl. auch *Rosenboom*, Die familiengerichtliche Praxis in Hamburg bei Gefährdung des Kindeswohls durch Gewalt und Vernachlässigung nach § 1666,1666a BGB. [Schriften zum deutschen, europäischen und vergleichenden Zivil-, Handels- und Prozessrecht, Bd.235

<sup>15</sup> Vgl. *Neumann*, Familienrichter als Hilfspädagogen. In: *Deutsche Richterzeitung* (3/2007), 65-67. Zur Bewertung des vorliegenden Abschlussberichtes vgl. auch *Röchling* [Fn. 7]. Mittlerweile liegt ein Regierungsentwurf für ein „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ vor (BR-Drucks. 550/07. Vgl. hierzu *Meysen*, Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des

## II. Kinderdelinquenz und Jugendkriminalität – rechtstatsächlicher Hintergrund, Interventionsbedarf und professionelle Einzelfallbeurteilung

Hintergrund der rechtspolitischen Aktivitäten ist u. a. das erhöhte Niveau der registrierten Gewalt und Delinquenz junger Menschen. Mehrfach replizierte Befunde verschiedener kriminologischer Forschergruppen zeigen zwar einen Rückgang des Umfangs der PKS-registrierten und selbstberichteten Jugendkriminalität in verschiedenen Deliktbereichen, „der allerdings nicht beim kleinen ‚harten‘ Kern festgestellt werden konnte.“<sup>16</sup> Es existieren bislang kaum Untersuchungen dazu, in wie vielen Fällen Delinquenz und Kriminalität von Kindern und Jugendlichen ursächlich bzw. mitursächlich für die Anrufung des Familiengerichts wegen Gefährdung des Kindeswohls war.<sup>17</sup> Allerdings ist ein Anstieg der familien- bzw. vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungen bzw. Verlängerungen einer geschlossenen Unterbringung Strafunmündiger in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu verzeichnen.<sup>18</sup>

Gerade bei kriminell gefährdeten Kindern und Jugendlichen ist zum einen eine genaue Erfassung der Fehlentwicklung, zum anderen aber auch das Wissen um seine Stärken notwendig, um gezielt helfen zu können. Die Arbeitsgruppe plädiert u.a. für die Verbesserung der Interventionsplanung durch Einbeziehung einer (sozialpädagogischen) Fachkraft, sofern weniger ein psychiatrischer Hintergrund als eindeutige Erziehungsdefizite eine geschlossene Unterbringung des strafunmündigen Minderjährigen in der Jugendhilfe oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich machen.<sup>19</sup> Da eine „erhebliche Unsicherheit über die Anwendung und Voraussetzungen des § 1631b BGB“ besteht<sup>20</sup>, sollen Konzepte und

---

Kindeswohls. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. In: Zeitschrift für Jugendhilfe und Jugendstrafrecht (3/2007), 302-306.

<sup>16</sup> Heinz, Kriminelle Jugendliche - gefährlich oder gefährdet? Konstanzer Universitätsreden, 2006, 44.

<sup>17</sup> Vgl. Abschlussbericht [Fußn. 5], 17. Hauptfallkonstellation für die Anrufung der Familiengerichte wegen Kindeswohlgefährdung ist die Vernachlässigung des Kindes. Auf die Kriminologie von Gewalt und Vernachlässigung muss an dieser Stelle nicht eingegangen werden (vgl. die einschlägigen Abschnitte im *Periodischen Sicherheitsbericht der Bundesregierung* 2006, 95 ff.)

<sup>18</sup> vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 45.

<sup>19</sup> vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 10, 38 ff.

<sup>20</sup> vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 45, vgl. *Permien*, Indikation der geschlossenen Unterbringung in der Praxis der Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. In: *Recht & Psychiatrie* (24/3/2006), 111 ff.; *Hoops/Permien*, „Mildere Maßnahmen sind nicht möglich!“ Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1631b BGB in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie, 2006

Verfahren der „sozialpädagogischen Diagnostik“ weiterentwickelt und „verstärkte Forschung zur Wirksamkeit geschlossener Unterbringung“ gefördert werden.<sup>21</sup> Weiterhin schlägt die Arbeitsgruppe in einem neuen § 81a SGB VIII die Einrichtung von ständigen Arbeitskreisen der Jugendämter, Staatsanwaltschaft, Polizei, Schulen usw. vor. Und schließlich sollen sich Familienrichter in human- und sozialwissenschaftlichen Fragen fortbilden.<sup>22</sup>

In der Praxis des Jugendamtes (§ 8a I SGB VIII) und seiner Leistungserbringer der Jugendhilfe (§ 8a II SGB VIII) erfolgt die Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung in Teamberatung, was der Gesetzgeber in § 8a SGB VIII auch nahe legt.<sup>23</sup> Für das konkrete Vorgehen stehen Arbeitshilfen zur Verfügung, die im familiengerichtlichen Verfahren „gewichtige Anhaltspunkte“ für die Erfassung einer Kindeswohlgefährdung geben können.<sup>24</sup> „Checklisten“ liefern dabei wichtige Basisinformationen für die Einschätzung der akuten Kindeswohlgefährdung und können vor allem als Kontrollinstrumente der eigenen Beurteilungspraxis herangezogen werden.<sup>25</sup> Allerdings bleibt in den Instrumentarien inhaltlich vieles offen, da die Risiko- und Prognosemerkmale ungenau operationalisiert sind. Es besteht die Gefahr der schematischen Fallbearbeitung, die den individuellen Belangen des Kindes oder des Jugendlichen nicht entspricht (§§ 8, 8a SGB VIII).

---

<sup>21</sup> Vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 43 f.

<sup>22</sup> vgl. Abschlussbericht [Fußn.5], 49 ff.. § 72 III SGB VII sieht für Fachkräfte der Jugendhilfe Angebote zur Fort- und Weiterbildung vor.

<sup>23</sup> § 8a I SGB VIII spricht vom „Zusammenwirken mehrer Fachkräfte“ bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung. Die Erstellung und Fortschreibung des Hilfeplans § 36 SGB VIII soll im „Zusammenwirken mehrer Fachkräfte“ erfolgen. Für die Gefährdungseinschätzung kann eine externe Fachkraft oder Einrichtung herangezogen werden (§ 8a I, IV SGB VIII). Und in § 72 III SGB VIII heißt es generell, dass „Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen“ zusammenwirken.

<sup>24</sup> Laut § 1666 BGB liegt eine Kindeswohlgefährdung vor, wenn „das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes [...] gefährdet ist“ und „die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden (oder) die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen.“ Die Rechtsprechung des BGH hat den Begriff der Kindeswohlgefährdung konkretisiert und beschreibt ihn als „eine gegenwärtige, in seinem solchen Maße vorhandene Gefahr, dass sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.“ (BGH, *FamRZ*, 1956, 350).

<sup>25</sup> Das Deutsche Jugendinstitut (DJI) hat ein „Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst“ herausgegeben, das als pdf-Datei unter [www.dji.de](http://www.dji.de) herunterzuladen ist. Dort auch zu Verfahren der Verdachts- und Risikoeinschätzung zukünftiger Misshandlung und Vernachlässigung (a.a.O., Kap.68, 70).

Mit Blick auf spezifisch kriminologische Gesichtspunkte dominieren bei den Fachkräften rein subjektive Einschätzungen, die häufig nicht nur auf Teilaspekte abstellen, sondern auch auf Alltagstheorien beruhen (Legalbiographie, soziale Integration).<sup>26</sup> Auch bei den Richtern muss von einer „ausgesprochen dürftige[n] kriminologische Basis ihrer Entscheidungsfindung“ ausgegangen werden.<sup>27</sup> Seitens der forensischen Wissenschaften stehen zwar Leitfäden und formalisierte Verfahren der klinischen Kriminalprognose bzw. empirischen Individualprognose der psychiatrischen Sachverständigen zur Verfügung.<sup>28</sup> Die Verfahren sind bezüglich der Begutachtung kriminologischer Extremgruppen (Gewalt- und Sexualstraftaten, Psychopathologie) entwickelt worden. Im kriminologischen „Mittelfeld“ kann sich aber die klinische Methode einschließlich ihrer Varianten schon nicht mehr auf gesicherte kriminologische Erkenntnisse beziehen.<sup>29</sup> Die Verwendung statistischer Prognoseverfahren, die im angloamerikanischen Raum entwickelt wurden und deren prognostische Validität auch in deutscher Straftäterstichprobe überprüft wird,<sup>30</sup> ermöglicht auch keine Individualprognose. Es erfolgt lediglich eine Zuordnung zu einer Risikogruppe. Damit wird aber noch nichts bezüglich der zukünftigen Entwicklung der jeweiligen Probanden ausgesagt, die auch ohne Risikogruppenzugehörigkeit rückfällig werden oder sich erwartungswidrig bewähren können. Zudem beruhen die Verfahren überwiegend auf statischen Belastungs- und Risikofaktoren, die weit in der Vergangenheit liegen. Individuelle Abweichungen im aktuellen Lebensquerschnitt im Verhältnis zum Lebenslängsschnitt bleiben ebenso unberücksichtigt wie protektive Faktoren. Auch für die Frage der Einwirkung werden nicht systematisch Anhalts-

---

<sup>26</sup> Bezüglich der Kriminaldiagnose und –prognose schreibt *Bock*, *Kriminologie. Für Studium und Praxis*, 2. Auflage, S. 190: „In der Praxis fließen [...] oft Deutungen und Interpretationen über die Genese und den Umgang mit sozial Auffälligen und Straffälligkeit ein, durch die der Betreffende in seiner Ausbildung geprägt wurde, deren teils ohnehin umstrittener wissenschaftlicher Hintergrund jedoch nicht ausreichend expliziert wird, so dass bei anderen Beteiligten der falsche Eindruck entsteht, als handele es sich nur um bloße Feststellung von `unproblematischen` Tatsachen.“

<sup>27</sup> *Göppinger* [Fußn. 2], 202.

<sup>28</sup> Vgl. *Dahle u.a.*, Standardisierte Instrumente zur Kriminalprognose. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* (1/2007), 15-26; ]; *Sevecke / Krischer*, Diagnostisch Verfahren bei verhaltensauffälligen, delinquenten Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Jugendhilfe und Jugendstrafrechtspflege* (3/2007), 241-244; *Karanedialkova-Krohn / Fegert*, Prognoseverfahren und Prognosepraxis im Jugendstrafverfahren, ebd., 285-294

<sup>29</sup> Vgl. *Göppinger* [Fußn.2], 23

<sup>30</sup> Vgl. *Dahle u.a.* [Fußn. 26]

punkte für sinnvolle Maßnahmen im Sinne einer Interventionsprognose abgeleitet.<sup>31</sup>

### III. Kriminologische Einzelfallbeurteilung auf MIVEA- Niveau

Mit der *Methode idealtypisch-vergleichende Einzelfallanalyse* (Kürzel: MIVEA) liefert die Kriminologie, wie sie in Mainz betrieben wird<sup>32</sup>, ein erfahrungswissenschaftlich abgesichertes Instrument<sup>33</sup> für die Beurteilung des Einzelfalls.<sup>34</sup> Das Erkenntnisinteresse der Angewandten Kriminologie richtet sich nicht auf konstante, schlechthin allgemeingültige Faktoren oder Gesetzmäßigkeiten, sondern auf das individuell Bedeutsame mit dem Ziel, „Regeln adäquater Verursachung“ zu entwickeln.<sup>35</sup> Anhand von „Synopsen idealtypischer Verhaltensweisen“ in verschiedenen Lebensbereichen, die auf ihre Tendenz zu Delinquenz hin eingeschätzt werden, kann das in-

<sup>31</sup> Vgl. Bock, Das Elend der klinischen Kriminalprognose. In: *Strafverteidiger* (5/2007), 269-275. Vgl. auch Schneider, Die Kriminalprognose bei nachträglicher Sicherungsverwahrung. In: *Strafverteidiger* (2006), 99 ff macht zudem auf die Gefahr der Doppelwertung bestimmter Prognosefaktoren zum Nachteil der Probanden aufmerksam, wenn im kriminalprognostischen Gutachten mehrere Prognoseverfahren verwendet werden

<sup>32</sup> Vgl. Bock, Wo ist die Tübinger Kriminologie? Versuch einer Standortbestimmung der Kriminologie in Mainz. In: Höfer/Spiess (Hg./2006): *Neuere Kriminologische Forschung im Südwesten. Eine Darstellung der Forschungsarbeit aus Anlass des 40. Kolloquiums der Südwestdeutschen und benachbarten kriminologischen Institute*, 133-159.

<sup>33</sup> Auf kritische Hinweise zur Aussagekraft der Ergebnisse der Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung und den daraus hervorgegangenen Idealtypen, Kriterien und Konstellationen (vgl. Graebisch/Burckard, MIVEA – Young Care? Prognoseverfahren für alle Altersgruppen, oder doch nur Kosmetik? In: *Zeitschrift für Jugendkriminalrecht und Jugendhilfe* (2/2006, 140-146) kann hier nicht eingegangen werden. Die Kritik relativiert sich allerdings, wenn akzeptiert wird, dass es neben dem „nomothetischen“ Vorgehen der empirischen Sozialforschung in der Kriminologie wie in den Sozialwissenschaften allgemein auch ein qualitativer, „wirklichkeitswissenschaftlicher“ Ansatz (vgl. Bock, *Kriminologie als Wirklichkeitswissenschaft*, 1984) vertreten werden kann und wissenschaftlich legitim ist. Vgl. Schneider, *Grundlagen der Kriminalprognose. Eine Rekonstruktion der Probleme von Zuverlässigkeit und Gültigkeit unter Rückgriff auf Alfred Schütz*, 1996.

<sup>34</sup> Vgl. Göppinger [Fußn. 2], Teil IV, 328 ff.; Bock [Fußn. 24], 166 ff. Erkenntnisse und Methoden der Kriminologie liefern dabei nicht die Mittel zum Zweck der Theoriebildung (vgl. Göppinger [Fn. 2], 99 ff.), sondern erfahrungswissenschaftliche Erkenntnisse und Methoden für die Beurteilung des Einzelfalls. Vgl. Göppinger [Fn. 2], Teil IV, 328 ff.; Bock [Fn. 24], 166 ff. Die Theorien und Forschungsansätze der Kriminologie und integrierenden Theorie- und Forschungsrichtungen (vgl. Bock [Fn. 24], Teil II) haben zwar eine „gewisse Plausibilität“, sind aber für die Prävention, Prognose und Intervention eigentlich nicht brauchbar. Es lassen sich inhaltlich sogar völlig konträre Praxisempfehlungen aus den kriminologischen Theorien ableiten (vgl. Bock [Fn. 24], 84, Rn. 180 ff.).

<sup>35</sup> Vgl. Weber, *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, 1982, S. 113.

dividuelle Verhalten mit seinen Schwankungen Bereich für Bereich im Lebenslängsschnitt in Annäherung und Differenz zu den idealtypischen Möglichkeiten der Synopsen verortet werden. Ob auch aktuell eine kriminelle Gefährdung vorliegt oder nicht, kann die Querschnittsbetrachtung anhand von kriminorelevanten Kriterien, Konstellationen und Syndromen krimineller Gefährdung (s.u.) geklärt werden. Diese sind auch in der Lage, differenzierte Hinweise auf prognostische Schlussfolgerungen (Interventionsprognose) aufzuzeigen.<sup>36</sup> Gegenüber einer in der Bezugnahme auf (kriminologisches) Erfahrungswissen und prognostischer Schlussfolgerung eingebrachten Sachkunde des forensisch erfahrenen Kliniklers – die Manuale der forensischen Klassifikations- und Prognoseinstrumente veranschlagen hier eine klinische Gesamtbetrachtung („abwägende Synopsis“<sup>37</sup>) – ist der gesamte Erkenntnisweg bei der Erfassung des Täters in seinen sozialen Bezügen und der Integration von Einzelbefunden im Rahmen der kriminologischen Beurteilung (Diagnose) und Prognose darstellbar und somit für Wissenschaftler und Praktiker nachvollziehbar.<sup>38</sup> MIVEA richtet sich eigenständiger kriminalprognostischer Ansatz vor allem an Juristen, Sozialarbeiter und fachverwandte Berufe in den Sozialen Diensten der Justiz sowie in der Jugendhilfe.<sup>39</sup>

Die MIVEA kann auch im Rahmen der „Familiengerichtshilfe“ (§ 50 SGB VIII i. V. mit § 1666, 1666a BGB) wissenschaftlich gesicherte Aussagen zur Frage der Früherkennung einer kriminellen Gefährdung bei einer – sicherlich kleinen - Gruppe früh auffälliger und hochbelasteter 12- und 13-jähriger Frühdelinquenten, die ca. 60% aller kindlichen Tatverdächtigen ausmachen<sup>40</sup> - formulieren. Hierfür stehen erfahrungswissenschaftlich ab-

---

<sup>36</sup> Bock, *Angewandte Kriminologie in der Interventionsplanung bei Straffälligen*, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2006a, 58-85, Bock, *MIVEA als Hilfe für die Interventionsplanung im Jugendstrafverfahren*, ZJJ 2006b, 282-290

<sup>37</sup> Göppinger [Fußn. 2], 196. Vgl. auch Bock [vgl. Fn.27].

<sup>38</sup> Vgl. Bock [Fn. 29]; Schneider [Fußn. 29]

<sup>39</sup> Bock [vgl. Fußn.29] macht darauf aufmerksam, dass bei der Festsetzung von Qualitätsstandards für Kriminalprognosen (vgl. *Boetticher/Kröber/Müller-Isberner* u. a. Mindestanforderungen für Prognosegutachten. In: *Neue Strafrechtszeitschrift* (2006), 537-544) die Methode MIVEA ausgegrenzt worden sei. Als Standard werde allein die Kriminalprognose der von Psychiatern und Psychologen betriebenen klinischen Methode bzw. empirischen Individualprognose mitsamt ihren Varianten kanonisiert. Mit der *Angewandten Kriminologie* Göppingers, die für eine andere, geisteswissenschaftliche Tradition der Kriminologie und Psychiatrie stehe, liege aber die Möglichkeit einer spezifisch kriminologischen Diagnose und Prognose des Einzelfalles vor, die dem, was als Stand der Prognoseforschung ausgegeben werde, weit voraus sei.

<sup>40</sup> Göppinger [Fußn. 2], 500.

gesicherte und handhabbare Syndrome krimineller Gefährdung zur Verfügung, die „Warnzeichen für eine starke kriminelle Gefährdung“ und Anlass für eine differenzierte (möglichst interdisziplinäre) kriminologische Einzelfallbeurteilung anhand der kriminologischen Idealtypen, Kriterien und Konstellationen sind.<sup>41</sup> Die Syndrome krimineller Gefährdung beziehen sich auf die sich abzeichnende kontinuierliche Hinentwicklung zur Kriminalität mit bestimmten sozialen Auffälligkeiten, die einen dringenden Interventionsbedarf anzeigen. Mit Blick auf die von der Expertengruppe in den Blickpunkt gestellte Erziehungsverantwortung der Eltern kriminell gefährdeter Kinder und Jugendlicher ist vor allem das Syndrom familiärer Belastung von Bedeutung. Dieses Syndrom ist umgebungsorientiert und bezieht sich vor allem auf den Sozialbereich der Eltern. Beim dritten Kriterium des Syndroms – die nicht ausreichende Kontrolle des Kindes – ist aber auch das Verhalten des Kindes selbst maßgebend. Das hier ausschlaggebende individuelle Verhalten des gefährdeten Jugendlichen kann bereich für Bereich im Lebenslängsschnitt in Annäherung und Differenz zu den idealtypischen Möglichkeiten der Synopsen kriminovalenten bzw. kriminoresistenten Verhaltens, wie sie die Kriminologie Göppingers qualitativ herausgearbeitet hat, verortet werden. Dem Jugendlichen und seinem sozialen Umfeld kann im Rahmen der Hilfeplanung (§ 36 SGB VIII) oder im familienrichterlichen „Erziehungsgespräch“ aufgezeigt werden, wo es veränderbare Verhaltenstendenzen (vergangene oder zukünftige Verhaltensoptionen) gibt und welche kriminalitätsgefährdenden Bedingungsbeziehungen (Konstellationen) angegangen werden müssen.<sup>42</sup> Mit Blick auf das

---

<sup>41</sup> Die Syndrome krimineller Gefährdung gehen auf das Material der vielfach replizierten längsschnittlichen Befunde der *Tübinger Jungtäter-Vergleichsuntersuchung* zurück (vgl. *Göppinger* [Fußn.2], die nicht nur methodisch konventionell statistisch aufbereitet, sondern auch qualitativ ausgewertet wurden, was wiederum „jene qualitativ andere Art von Erkenntnis“ lieferte, die aus heutiger Sicht auch die Besonderheit der Arbeiten Göppingers ausmacht (vgl. *Bock* [Fußn. 29], 107). Die Syndrome im Einzelnen: Das *Socioscolares Syndrom*, das *Leistungs-Syndrom*, das *Freizeit-Syndrom*, das *Kontakt-Syndrom* sowie das *Syndrom Familiärer Belastungen*.

<sup>42</sup> Die Analyse des elterlichen Erziehungs- und Kontrollverhaltens ist mit Blick auf die Beurteilung der elterlichen Erziehungs- und Förderkompetenz sowie für die Interventionsprognose von Bedeutung: So könnte in einem „Erziehungsgespräch“ gemeinsam herausgearbeitet werden, „ob das Fehlen ausreichender Kontrolle zu Lasten der Eltern (sie können oder wollen keine Kontrolle ausüben) oder zu Lasten des Kindes (es entzieht sich aktiv und planmäßig der Kontrolle) geht bzw. inwieweit eine Wechselwirkung zwischen dem Verhalten der Eltern und dem des Kindes anzunehmen ist.“ (*Bock* [Fußn. 24], 367, Rdn. 998). Der Bericht der Arbeitsgruppe stellt in diesem Zusammenhang zwar fest, dass nach geltendem Gesetzeswortlaut § 1666 BGB die notwendige Kausalität zwischen dem „Versagen der Eltern und der Kindeswohlgefährdung - ohne genauere Kenntnis der Familienverhältnisse - für das Jugendamt und das Familiengericht nur schwer feststellbar bzw.

gesetzlich geforderte „Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ bei der Risikobeurteilung (§ 8a I SGB VIII) ist MIVEA eine „ideale Plattform der Verständigung unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlicher wissenschaftlicher Herkunft.“<sup>43</sup> Für die interdisziplinäre und interinstitutionelle Kooperation mit den beteiligten Institutionen (Jugendamt, Familiengericht) sowie für die Dokumentation steht das netzwerkfähige MIVEA-Digital<sup>44</sup> zur Verfügung, so dass es lediglich der Stellungnahme über die zwischenzeitliche Weiterentwicklung und des Vergleichs mit früheren Erkenntnissen bedarf. Die entscheidende Frage, ob aktuell eine kriminelle Gefährdung vorliegt und eine zunächst ambulante Maßnahme mit Erziehungshilfen nach SGB VIII, die sich nach einem „Erziehungsgespräch“ als sachgemäß erwiesen hat, widerrufen werden muss<sup>45</sup>, ließe sich durch den Vergleich von zwei Querschnittintervallen bewerkstelligen: Ein Querschnittintervall, das den Lebenszuschnitt erfasst, aus dem die Straftaten entstanden und ein zweites Querschnittintervall für den aktuellen Lebenszuschnitt.

Ob es bei einer „Kriminalität im Rahmen der Persönlichkeitsreifung“ bleibt, die sich typischerweise als normale und episodenhafte Bagatelldelinquenz auswächst, oder ob es im weiteren Verlauf zu einer „Kontinuierlichen Hinentwicklung zur Kriminalität“ kommt, bei der die Begehung von Straftaten zum integralen Bestandteil des Lebensstils gehört und entsprechende (stationäre) Maßnahmen zu treffen sind<sup>46</sup>, hängt vor allem davon ab, ob es durch Auswahl und effektiver Ausgestaltung von Erziehungshilfen (SGB VIII) und ambulanten Maßnahmen gelingt, vorhandene „Stärken“ des Täters auszubauen und kriminologisch bedeutsamen „Schwächen“ systematisch zu kompensieren. Dabei richtet sich der kriminologische Blick darauf, ob das familiäre und soziale Umfeld des Betroffenen kompensierend einzugreifen in der Lage ist oder nicht.<sup>47</sup>

---

darzulegen sei (vgl. Abschlussbericht [Fn.5], 27). Allerdings wird die fehlende Kontrolle des Kindes oder Jugendlichen früher oder später nach außen zu erkennen sein, insbesondere dann, wenn sich in seinem Verhalten in der Schule Auffälligkeiten zeigen, die auf das Fehlen einer Kontrolle zurückzuführen sind.

<sup>43</sup> Bock [Fußn. 24], 190.

<sup>44</sup> Vgl. [www.mivea-digital](http://www.mivea-digital.de)

<sup>45</sup> Die Expertengruppe sowie der Regierungsentwurf sehen verfahrensrechtlich die Überprüfung der Familiensituation bei Absehen von sorgerechtlichen Maßnahmen vor. Vgl. § 1696 III BGB-neu im Entwurf der Arbeitsgruppe [Fn. 5].

<sup>46</sup> Vgl. Bock [Fn. 24], S. 316, Rdn. 845.

<sup>47</sup> Vgl. Göppinger [Fn. 2], 315 f., („Konsistenz im Erziehungsverhalten“).

#### IV. Weitere forensische Fragestellungen

Bei der Gefährdung des Kindeswohls im sozialen Nahbereich durch Eltern oder der Kindeswohlgefährdung durch das „Verhalten eines Dritten“ (§ 1666 I BGB) müssen die Schutzinteressen von Minderjährigen vom Jugendamt auch über gerichtliche Eingriffe realisiert werden.<sup>48</sup> Hier ergeben sich weitere Aufgabenbereiche einer kriminologisch fundierten Einzelfallanalyse bezüglich bestimmter Kontakte oder Bezugspersonen. Frühere Drogenabhängigkeit oder psychische Krankheit des strafrechtlich Untergebrachten wäre eine typische Fallkonstellation im „Übergangsmanagement“ aus der strafrechtlichen Unterbringung und dem Wiederanknüpfen an familiäre Kontakte, bei der es eine Vielzahl von Risiken für das Kindeswohl gibt. Für die kriminologische Einzelfallbeurteilung hat die Angewandte Kriminologie zwar spezifische Idealtypen und Kriterien für diejenigen Gewalttäter herausgearbeitet, bei denen diese Straftatbestände im Zusammenhang mit Eigentums- und Vermögensdelinquenz oder neben diesen Delikten verwirklicht werden.<sup>49</sup> Die Aussagekraft dieser kriminologischen Kriterien ist aber bezüglich der einschlägigen kriminellen Gefährdung oder Rückfälligkeit von „Kindeswohlgefährder“ eingeschränkt. Die Methode MIVEA liefert der „Familiengerichtshilfe“ (§ 50 SGB VIII), den Richtern sowie den Strafverfolgungsbehörden aber erste Hinweise für die Beurteilung kriminovalenter „Präferenzstrukturen“<sup>50</sup>, so dass gegebenenfalls gerichtliche Entscheidungen in Gang gesetzt werden können (vgl. § 12 FGG), damit ein forensischer Sachverständiger herangezogen wird.<sup>51</sup>

Neue forensische Fragestellungen ergeben sich auch mit der verschärften Eingangsprüfung von hauptamtlich beschäftigten Personen in der Jugendhilfe, die als Garanten im Zuge des staatlichen „Wächteramtes“ besonders in der Pflicht stehen. Personen mit bestimmten Vorstrafen (neben einer Verurteilung wegen Verletzung der Fürsorgepflicht, § 171 StGB, vor allem Verurteilungen wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, 13.

---

<sup>48</sup> Die frühzeitige Erfassung von „Hochrisikokindern“ ist mit Blick auf die Prävention von Spätfolgen (Traumatisierung, Persönlichkeitsstörungen, Delinquenz) von Bedeutung. Mit dem gefährdenden „Verhalten eines Dritten“ (§ 1666 I BGB) ist sind enge Bezugspersonen gemeint, die mit dem Kind in der häuslichen Gemeinschaft leben und die das Kindeswohl gefährden.

<sup>49</sup> Vgl. Bock [Fn. 24], 286, Rn. 749-761 sowie 291 ff, Rn. 766-771.

<sup>50</sup> Göppinger [Fn. 2], 321.

<sup>51</sup> vgl. bereits Bock, Die Methode idealtypisch-vergleichende Einzelfallanalyse und ihre Bedeutung für die Kriminalprognose. In: Dölling (Hg./1995): Die Täter-Individualprognose. Beiträge zu Stand, Problemen und Perspektiven der kriminologischen Prognoseforschung, 1-28

Abschnitt StGB), sollen aus dem Jugendamt und den Einrichtungen und Dienste der Jugendhilfe ferngehalten werden (§§ 8a, 72a SGB VIII).<sup>52</sup> Durch die „insbesondere“- Formulierung in § 72a I SGB VIII wurde zudem eine Öffnungsklausel eingeführt, die deutlich macht, dass es sich bei den genannten Straftatbeständen um keine abschließende Aufzählung handelt. Die Kriminologie kennt mit dem Typus der „Kriminalität im Rahmen der Persönlichkeitsreife“ allerdings eine Verlaufsform, bei der es aufgrund bestimmter Auffälligkeiten im Freizeit- und Kontaktverhalten zu kriminellen Gefährdungen und Delikte kommen kann, die aber in der Regel episodenhaft sind.<sup>53</sup> Hier stellt sich die Frage, ob allein auf eine Vorstrafe als Ausschlusskriterium gesetzt werden kann? Oder sind gerade diese Personen wegen ihrer einschlägigen Vorfahrung für bestimmte pädagogische Arbeitsfelder besonders geeignet?<sup>54</sup> Mit Blick auf eine risikobewusste Personalauswahl kann hier auf die diagnostischen Möglichkeiten der *Angewandten Kriminologie*<sup>55</sup> zurück gegriffen werden.<sup>56</sup> Bei Personen mit Verurteilungen wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die mit einer verschärften Prüfung der „Persönlichen Eignung“ (§ 72a SGB VIII) aus dem Arbeitsfeld der Jugendhilfe ferngehalten werden sollen, sind im Rahmen einer forensischen Einzelfallbeurteilung neben situativen (Tatgelegenheiten) vor allem persönliche Faktoren ausschlaggebend für die Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Straftaten. Möglicherweise ergeben sich erste Hinweise bei der Erfassung von

---

<sup>52</sup> Der durch das Kinder- und Jugendhilfeerweiterungsgesetz –KICK (v.8.9.2005 – BGBl. I., 2729) neu in das SGB VIII eingefügte § 72a SGB VIII „Persönliche Eignung“ fordert die Träger der Jugendhilfe dazu auf, bei Einstellungen sowie in regelmäßigen Abständen bei (bereits) Eingestellten durch ein Führungszeugnis (§ 30 V BZRG) sicherzustellen, dass keine Personen beschäftigt werden, die u.a. wegen Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung rechtskräftig verurteilt sind. *Wiesner* (Hg.), SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe. Kommentar, 2006, Rdn. 72a Rz. 4) geht davon aus, dass ca. 4% der in der Sozialarbeit Tätigen sexuelle Kontakte mit ihrer Klientel (unter Einschluss der Erwachsenen) hatten, was *Merten*, Persönliche Eignung zur Beschäftigung in der Kinder- und Jugendhilfe: § 72a SGB VIII, in: *Unsere Jugend* (7+8), 2007, 323-330 für nicht empirisch belegt hält.

<sup>53</sup> Vgl. *Bock* [Fn. 24], 280 ff. Die Verlaufsform kann u. U. auch phasenverschoben sein und kann bis weit in das Erwachsenenalter hinein reichen (ebd., S. 372, Rn. 1009).

<sup>54</sup> *Merten* [Fn. 50] diskutiert den Fall eines verurteilten Mörders und späteren Theologen, der als Leiter bzw. Betreuer eines Jugendheimes bewährte und heute entsprechend den Vorgaben des § 72a SGB VIII persönlich nicht geeignet wäre.

<sup>55</sup> Vgl. *Göppinger* [Fn. 2], Teil IV, 328 ff

<sup>56</sup> Näheres hierzu erläutert *Bock*, Personales Risikomanagement in der Kriminalprävention in Spielbanken. Vortrag in Bremen (abrufbare unter: [www.mivea.de](http://www.mivea.de)) und kann auf die personale Risikoeinschätzung sowie generell in der Personal- und Führungskräfteentwicklung (vgl. § 72 SGB VIII) in der Kinder- und Jugendhilfe übertragen werden.

charakteristischen Interessen und innerer Haltungen („Relevanzbezüge“, „Wertorientierung“), die den Zugang zu pädagogischen Arbeitsfeldern steuern. Die forensischen Wissenschaften stellen hier ihre diagnostisches „Hilfsmittel“ zur Erfassung der Wirklichkeit zur Verfügung. Fraglich erscheint es allerdings, ob allein mit dem Einsatz von formalisierten diagnostischen Klassifikationssystemen und Prognoseinstrumenten auch die Erfassung von subjektiven Erlebniszusammenhängen und Sinnstrukturen möglich ist.<sup>57</sup> Das Verstehen der „Innenlage“ menschlichen Handelns gelingt allenfalls bei größtmöglichen Einzelfallbezug, was eine verstehende Erfassung des Täters in seinen sozialen Bezügen anhand von Idealtypen und Begriffen erfordert. Auf ein derartiges Verfahren mit seinen begrifflichen Werkzeugen zu verzichten, hieße allerdings, sachgemäße Erkenntnismittel leichtfertig aufzugeben.<sup>58</sup>

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. Alexander Vollbach

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Moringen.

Fachkrankenhaus für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Mannenstr. 29

37186 Moringen

Tel. 05554/979- 0

---

<sup>57</sup> Vgl. *Schneider* [Fn. 31], S. 191

<sup>58</sup> Zur Rückbesinnung auf Person und Subjektivität des Patienten im Zusammenhang mit einer validen psychopathologischen Beschreibung, Diagnostik und Klassifikation vgl. *Frommer*, Qualitative Diagnostik-forschung. Inhaltsanalytische Untersuchungen zum psychotherapeutischen Erstgespräch. Berlin, 1996

## **Traumatherapeutische Arbeit mit Jugendlichen und deren Eltern nach sexuellem Missbrauch**

*Matthias Reinhold*

Vortrag zur Fachtagung anlässlich des 20-jährigen Bestehens von Kind im Zentrum am 18. September 2007

In meiner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis mit Sozialpsychiatrischem Versorgungsauftrag arbeite ich *psychotherapeutisch* mittlerweile, aus tiefer inhaltlicher Überzeugung heraus, ausschließlich im Kontext von Traumatisierungen. Ich betone das eingangs, weil ich seit meinen ersten Schritten in der praktischen Arbeit in der Traumatherapie, zunehmend von der extrem hohen Nachhaltigkeit und therapeutischen Effizienz bei Kindern und Jugendlichen mit Traumatisierung überzeugt worden bin. Bei einer in der Regel hohen Komplexität der psychopathologischen Symptome, gerade nach sexuellem Missbrauch, erscheint mir die Traumatherapie mit ihrem beeindruckend praktikablen Handwerkszeug außerordentlich hilfreich.

Diese Arbeit basiert in erster Linie auf dem Erfahrungsschatz der EMDR-Technik nach Francine Shapiro. Dies betrifft sowohl die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach einmaliger Traumatisierung als auch bei denen mit *chronifizierter posttraumatischer Belastungsstörung* und Dissoziation. Mein Handwerkszeug in und mit dieser Arbeitsweise habe ich bei Dagmar Eckers am *Traumaforum Berlin*, beim Team von Dr. Arne Hoffmann von *EMDRIA Deutschland* und in meiner systemisch - lösungsorientierten Therapie- Ausbildung gefunden.

Erlauben sie mir eingangs einige theoretische Implikationen:

## Symptomatik des Posttraumatischen Belastungssyndrom mit ihren Besonderheiten bei Kindern (aus: Dorothea Weinberg: Traumatherapie mit Kindern)

<i>Allgemein gültig</i>	<i>Spezifisch für Kinder</i>
<b>Übererregung</b>	
Schlafstörungen Reizbarkeit und Wut Konzentrationsschwierigkeiten Hypervigilanz Übertriebene Schreckreaktionen	Nächtliches Aufwachen Angst vor dem Zubettgehen Hyperaktivität Ungehorsam und Aggressivität Extreme und schnelle Stimmungswechsel Provokation von körperlichen Strafen und anderen Schmerzen
<b>Wiedererleben</b>	
beständig traumabezogene Affekte Intrusive Erinnerungen Träume mit wiedererkennbarem Inhalt Reinszenierungen im Handeln	Posttraumatisches Spiel Wiederinszenierung im Spiel Alpträume mit/ohne spezifischen Inhalt
<b>Vermeiden</b>	
Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten, Erinnerungen Vermindertes Interesse Entfremdungsgefühle Eingeschränkte Affekte Eingeschränkte Körperwahrnehmung Hoffnungslosigkeit	Abflachung der allgemeinen Reagibilität Eingeschränkte Spielfähigkeit Vermeiden von Ruhephasen Sozialer Rückzug Verlust von Entwicklungsfähigkeiten Regression Leben in heilen Phantasiewelten Gefühl ständiger Langeweile und Leere

Die Symptome einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung finden sich sehr gut in der Arbeit von Cook et al. (2003) zusammengefasst:

### *Symptome einer komplexen Traumastörung bei Kindern*

#### **I. Bindung**

Unsicherheit bzgl. Verlässlichkeit und Vorhersehbarkeit der Welt  
Probleme mit Grenzen  
Misstrauen und Argwohn  
Soziale Isolation  
Interpersonelle Schwierigkeiten  
Schwierigkeiten, sich in emotionale Zustände anderer Menschen hineinzuversetzen  
Schwierigkeiten, die Perspektiven anderer einzunehmen  
Schwierigkeiten, sich Verbündete zu machen

#### **II. Biologie**

Sensomotorische Entwicklungsstörung  
Empfindlichkeit gegenüber Körperkontakt  
Schmerzunempfindlichkeit  
Schwierigkeiten mit Koordination, Gleichgewicht und Muskeltonus  
Somatisierung  
Ein großes Spektrum medizinischer Probleme, z.B. Magenschmerzen, Asthma, Hautprobleme, Autoimmunstörungen, Pseudo-Krampfanfälle

#### **III. Affektregulation**

Schwierigkeiten bei der Affektregulation  
Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen und inneren Erfahrungen  
Probleme beim Erkennen und Beschreiben innerer Zustände  
Schwierigkeiten, Wünsche und Sehnsüchte zu kommunizieren

#### **IV. Dissoziation**

Unterscheidbar unterschiedliche Bewusstseinszustände  
Amnesie  
Depersonalisation und Derealisation  
Zwei oder mehr unterschiedliche Bewusstseinszustände mit Gedächtnisstörungen für zustandsbezogene Ereignisse

**V. Verhaltenskontrolle**

Geringe Impulssteuerung  
Selbstschädigendes Verhalten  
Fremdaggressives Verhalten  
Pathologisches Selbstberuhigungsverhalten  
Schlafstörungen  
Essstörungen  
Substanzmissbrauch  
Überanpassung  
Oppositionelles Verhalten  
Schwierigkeiten, Regeln zu verstehen und zu befolgen  
Kommunikation der traumatischen Vergangenheit durch Reinszenierung im Alltag oder Spiel (sexualisiert, aggressiv, etc.)

**VI. Kognition**

Probleme der Aufmerksamkeitsregulation und ausführender Funktionen  
Weniger lange andauernde Neugier  
Probleme bei der Aufnahme neuer Information  
Probleme bei der Konzentration und Beendigung von Aufgaben  
Objektkonstanzschwierigkeiten  
Schwierigkeiten, vorauszusehen und zu planen  
Probleme, den eigenen Beitrag zu den äußeren Umständen zu erkennen  
Lernschwierigkeiten  
Sprachentwicklungsstörungen  
Probleme bei der Zeit- und Raumorientierung  
Akustische und visuelle Wahrnehmungsstörungen  
Eingeschränkte Aufnahmefähigkeit für komplexe räumlich-visuelle Muster

**VII. Selbstkonzept**

Eingeschränkt kontinuierliches und vorhersagbares Selbstkonzept  
Eingeschränktes Empfinden, eine eigene Person zu sein  
Körperbildstörung  
Niedriges Selbstbewusstsein  
Scham- und Schuldgefühle

(Tabelle nach Cook et al. 2003)

Unser Thema, die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen nach sexuellem Missbrauch, ist - gerade auch unter den bereits während der Tagung von Frau Prof. Gahleitner ausführlich vorgestellten bindungstheoretischen Implikationen - als eine die seelische Unversehrtheit der Betroffenen in *Extremform belastende Gewalterfahrung* anzusehen. So können Kinder, die anhaltender sexueller Traumatisierung ausgesetzt waren, oft auch über die Erfahrungen von Persönlichkeitsspaltung berichten. In den Therapien beschreiben uns diese Kinder und Jugendlichen so etwas als „an einen anderen Ort gehen“, oder „das Gefühl, in meinem Leben plötzlich einen Film zu sehen, in dem ich mitspielen muss“. Diese betroffenen Kinder oder Jugendlichen werden häufig von Anderen als *gefühlskalt, tagträumend oder verzögert reagierend* beschrieben.

So wird bei dem Versuch der Bewältigung schwerer Traumata dissoziativen Prozessen der Abwehr die Funktion zugeschrieben *in der traumatischen Dissoziation* vor einer Überschwemmung mit bedrohlichen Wahrnehmungen und Gefühlen zu schützen. Es handelt sich bei der Dissoziation um eine Form der psychischen Abwehr die letztlich auf eine Nicht – Wahrnehmung traumatischer Reize abzielt.

Häufige Mißbrauchserfahrungen, so Putnam, können zu einer Chronifizierung dieses Abwehrmechanismus führen. Darüber hinaus können häufige dissoziative Zustände auch *zu einer Desintegration des eigenen Selbst führen, die sich in anhaltenden Identitätsveränderungen manifestieren.*

Zur Beschreibung ganz praktischer traumatherapeutischer Arbeit nach sexuellem Missbrauch, mit zudem jeweils kurz dargestelltem Handwerkszeug, möchte ich gern im Folgenden den Versuch einer strukturierten Gliederung des Ablaufs meiner Arbeit mit einer ausgesuchten Fallvorstellung verbinden.

## **1. Phase: Behandlungsvorstellung / Erstkontakt mit Eltern / Bezugsperson**

Zu Beginn steht ein strukturiertes Anamnesegespräch mit den Eltern / Bezugspersonen. Dies umfasst:

- a) Ein ausführliches Erfragen der psychopathologischen Symptome, inklusive das genaue Abfragen von **PTSD Symptomatik** (siehe Tabelle **oben**).
- b) Abfragen eventueller **Vortraumatisierungen** (Krankengeschichte, Unfälle, Tod einer Bezugsperson, Trennung der Eltern, andere physische / psychische Verletzungen).
- c) Verwendung von Fragebögen für Eltern (z.B. Eltern-Fragebogen für dissoziative Störungen bei Kindern nach Frank Putnam et al.).

*Die 32 jährige Frau V. stellt mir in sichtlich angespanntem Zustand im gemeinsamen Erstgespräch ihren 16 jährigen Sohn Martin (Name geändert) vor.*

*Martin habe gerade begonnen die 8. Klasse zum 3. Mal zu beginnen. Er habe schulisch extreme Konzentrationsstörungen, sei teilweise, dies aber sehr schwankend, von den Lehrern als hyperaktiv beschrieben. Zu Hause ziehe er sich in sein Zimmer zurück und spiele stundenlang exzessiv am Computer. Er rede kaum mit der Mutter. Frau V. sei mittlerweile vollkommen ratlos.*

*Martin hat einen 3 Jahre jüngeren Bruder S..*

*Vor 6 Jahren habe es einen schweren sexuellen Missbrauch der Brüder durch einen 5 Jahre älteren Jugendlichen gegeben. Martin sei bis dahin ein sehr aufgeweckter, fröhlicher und kontaktfreudiger 11 jähriger Junge gewesen. Der Junge sei an diesem besagten Tag mit seinem damals 7 jährigen Bruder auf einem Hinterhof des Nachbarhauses Ball spielen gewesen. Der jugendliche Täter sei unvermittelt dazugekommen und habe erst Martin mit wucht ins Gesicht geschlagen und dann den jüngeren Bruder in einen Würgegriff genommen.*

An dieser Stelle füge ich zu einer zeitlich prägnanteren Darstellung die Schilderung des Jugendlichen, die er mir in der folgenden ersten Kontaktstunde gab, schon mit ein.

*Martin hätte weglaufen können, was er aber nicht getan habe aus extremer Angst um seinen jüngeren Bruder. Auf dem dunklen Dachboden mussten sich die beiden Jungen nackt ausziehen. Dann wurde Martin gefesselt. Sie hätten sich nun mit dem Rücken zu dem Täter drehen müssen und dieser habe sie mit einem Draht auf Rücken und Gesäß gepeitscht. Danach wurde S. mit einem Brett die Kehle zugeedrückt, das er fast erstickt sei. Jetzt sollten die Brüder miteinander `Sex machen`. Wiederholt habe der Jugendli-*

*che nun auf Beide eingeschlagen. Er habe an Beider Genitalien manipuliert, sie in den Mund genommen. Dann habe er zusehen wollen wie Martin das Genital seines Bruders reibe. Irgendwann sei er dann mit den Worten gegangen: `Wenn ihr irgend Jemand davon erzählt dann find ich euch und bringe euch Beide um`.*

Im Erstgespräch berichtet die Mutter weiterhin:

*Martin habe zu Hause `stundenlang nur wie in einem Heulkampf geweint` und auf vehemente Nachfrage der Mutter was er denn habe nur geantwortet `das darf ich dir nicht sagen, dieser Junge bringt mich sonst um`. Nach mehreren Stunden habe Martin die Situation dann in Umrissen erzählt. Die Mutter sei mit Beiden sofort zur Polizei gegangen, nur der ältere Bruder habe den Vorfall erzählt, in Folge hätten sich beide Jungen dann hunderte von Lichtbildern zu einer möglichen Identifizierung anschauen müssen, direkt danach hätten sie eine Tatortbesichtigung mit durchführen müssen. Dies habe Martin mit einem `fürchterlichen Heulkampf nur geschafft. Die Beiden hätten dann tagelang anhaltende Angst gehabt die Wohnung zu verlassen. Der jugendliche Täter war Tage später durch die Mutter und die beiden Brüder selber, mit Hilfe von zugezogenen Passanten gestellt worden.*

*In den folgenden Monaten und Jahren bis zum Erstkontakt in meiner Praxis habe sich Martin in seinem Wesen zunehmend verändert, sei in sich gekehrt, dann wieder leicht reizbar und verbal teilweise hochgradig aggressiv. Massive Schulschwierigkeiten, Konzentrations – und Aufmerksamkeitsprobleme kamen schulisch hinzu. Zudem sei er sehr schreckhaft geworden. Er scheine oft zu Haus, lt. Mutter, ausschließlich in seiner Phantasiewelt zu leben.*

*Aus der Vorgeschichte ist zu berichten das die Eltern sich im Alter von 5 Jahren Martins trennten, keinerlei Kontakt des Jungen zum Vater.*

*Der `Elternfragebogen für dissoziative Störungen bei Kindern` war mit 22 Rohwertpunkten hoch auffällig einzustufen. In den SDQ Skalen für Eltern und für die Lehrerin waren sowohl die Werte für eine `Aufmerksamkeits – und Hyperaktivitätsstörung`, auch als für eine vorliegende `emotionale Störung` diagnostisch auswertbar.*

## 2. Phase: Behandlungsaufnahme

### Erste und zweite Sitzung

- Kind- bzw. jugendadäquate Traumaedukation bezüglich Symptombildern
- Eigenanamnese des Kindes / Jugendlichen unter Einbeziehung von Fragebögen (z.B. *Child / Adolescent Dissociative Checklist* nach P. Reagor et.al. oder *Dissoziative Erfahrungsskala für Jugendliche* nach Frank Putnam et.al. und *Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche DIKJ*).
- Beschreibung der traumatisierenden Situation durch das Kind / den Jugendlichen, insbesondere bei Kindern unter Einbezug kreativer Mittel (Malen, Puppen).
- Erlernen und Anwendung der Tresorübung

Bei der **Tresorübung** wird der Jugendliche gebeten sich einen sehr sicheren Tresor in seiner Phantasie vorzustellen und darin `auszumalen`. Dieser Tresor sollte eine ausreichende Größe haben, sehr stabil sein, und sicher verschließbar. Zu öffnen ist er ausschließlich von dem Kind oder Jugendlichen. Der Jugendliche wird in der Sitzung, nachdem ich in meiner Arbeit den Tresor in der Regel auch Malen lasse, aufgefordert *Alles Belastende an Erinnerungen was er im Moment nicht aushalten kann, dort in hineinzupacken*. In der Regel kommt es mit dieser Imagination zu einer ersten affektiven Entlastung.

Martin wählte eine *riesige Felsspalte mitten im Atlantik wo es hundert Kilometer tief in das Erdinnere geht. Dort in einer Kammer aus Stahl ist der Tresor eingelassen. Die Wände sind aus meterdickem Stahl. Den Ort selber kennt nur er allein. Die Tresortür ist nur mit dem Code seiner eigenen Iris zu öffnen. Er könne nur mit einem eigens für ihn hergestellten Tauchschiff dahingelangen*.

Mit der Aufforderung belastendes Material in der Zwischenzeit unserer Sitzungen da hineinzupacken konnte er mit erstem praktikablem Handwerkszeug in seinen Alltag gehen.

### Dritte bis 7. Sitzung. Stabilsierung.

Diese Phase kann aber natürlich auch deutlich längere Zeit in Anspruch nehmen.

Die Zielsetzung ist es beginnend das Lebensgefühl von Sicherheit, Vorhersagbarkeit, Kontrolle über eigene Gefühle und Körperempfindungen wiederherzustellen, was durch das Trauma verloren gegangen oder stark beeinträchtigt worden ist.

**Äußere Sicherheit** und das innere Empfinden von mehr Sicherheit sind die Voraussetzung dafür das das Kind oder der Jugendliche aufnahmefähig oder lernbereit sind. Dabei ist es mir besonders wichtig das das Kind oder der Jugendliche in dieser Behandlungsphase versteht **warum er hierher kommt** (altersgemäße Information). Das Kind oder der Jugendliche werden um seine Zustimmung gefragt, es soll nicht wie im Trauma bestimmt werden.

Der Kern jeder Ressource ist ein positives Körpergefühl. Es ist aus meiner Erfahrung heraus relativ einfach positive Erinnerungen, Gedanken und Körperempfindungen zu reaktivieren.

### **Finden von Sicherheit mit der Implikation des Sicheren Orts**

Ich selber etabliere den sicheren Ort in aller Regel meiner Behandlungen spätestens in der dritten oder vierten Sitzung und umschreibe ihn Folgendermaßen:

*Wenn du magst stell dir in deiner Phantasie einen Ort vor der sehr geschützt, sicher, schön und auch erholsam ist. Du fühlst dich an diesem Ort glücklich und geschützt. Nach einer ersten Beschreibung dieses sicheren Ortes frage ich: Wie sieht es da aus? Wie riecht es da? Was kannst du hören? Wie fühlt es sich im Körper an?*

Wenn der Ort etabliert ist verankere ich ihn mit 5 – 6 Sets langsamer Augenbewegungen. Das Kind oder Jugendliche sollen sich einen Namen dafür überlegen.

*Martin beschrieb als sicheren Ort ein großes Baumhaus in einem wunderschönen Wald. Er hatte da eine Liege stehn, ein Bach floß direkt unter dem alten Baum entlang. In dem sehr klaren Wasser bade er gern. Es gab einen kleinen Adler der zu diesem Ort dazugehöre und am Abend würden sich viele Tiere am Stamm des Baumhauses versammeln. Er könne den Tieren zuhören denn da verstehe er allein ihre Sprache. Riechen könne er da salzige Luft von dem nicht so weit entfernt liegenden Meer. Er schmecke Mango, die er in seiner Phantasie schälte. Im folgenden Verlauf der therapeutischen Arbeit benutzte ich den gefundenen sicheren Ort jeweils zu*

Beginn der Stunde, um eine ruhige Ausgangssituation herzustellen und Martin in der Sicherheit der Gegenwart zu bringen.

Die folgenden Imaginationstechniken sind allesamt für die Stabilisierung ausgesprochen hilfreich:

- Ressourceninstallation: Innere Helfer, **Absorptionstechnik** (mit 3 – 5 Sets verstärken, damit ebenfalls Entwicklung positiver Zugang zum EMDR)
- **Lichtstromtechnik** zur Aktivierung imaginärer Ressourcen.
- **5-4-3-2-1 Technik** (nach Y. Dolan) zur Außenorientierung und Wahrnehmung.
- **Bildschirmtechnik** als Hilfe zur Externalisierung traumatischer Erinnerungen.
- **Achtsamkeitsübung, die innere Bühne** (aus L. Reddemann *die heilsame Kraft der Imagination* 1996).

Immer finde ich zusammen mit dem Kind oder Jugendlichen **innere Helfer**, auf die wir in unserer Arbeit ob mit der Bildschirmtechnik oder beim EMDR, oder in einer gemeinsamen Traumaerzählgeschichte, dann zurückgreifen können.

*Mit Martin konnte ich schon in der 6. und 7. Stunde sehr hilfreich mit Hilfe der Bildschirmtechnik distanzieren.*

Dabei sitzen der Therapeut und der Jugendliche nebeneinander und stellen sich einen imaginären Bildschirm vor. Häufig zeige ich dem Jugendlichen auch selber stehend ein Blatt Papier das er als Bildschirm nehmen soll und finde dabei zuerst den richtigen Abstand zu diesem imaginierten Schirm indem ich vor und zurück gehe. Von Anfang an wird eingeführt das der Jugendliche mit einer Fernbedienung in der Hand das Bild kleiner stellen kann, die Farbe auf `schwarz – weiß` herausgenommen werden kann, der Ton leiser gestellt werden kann, der Film gestoppt, im Schnelldurchlauf vor – oder zurückgespielt werden kann. Diese Erklärungen mache ich anhand irgendeiner imaginierten Situation der letzten Zeit. Ich erkläre das mit Hilfe dieser Fernbedienung, dabei habe ich in der Tat in der Praxis einen Kartong mit alten Fernbedienungen, nicht nur Bildgröße, Farbe und Ton reguliert werden können sondern auch die Intensität des subjektiven belastenden Erlebens. Der Jugendliche soll bis zur nächsten Stunde zu Hause, oft wird mir das dann von Abendsituationen berichtet, als Hausaufgabe ü-

ben ob die Intensität belastender Bilder mit Hilfe der Fernbedienung herunterzuregulieren.

In der folgenden Stunde wird dann mit einer Erinnerung einer Ausgangssequenz des Traumas mit der Bildschirmtechnik gearbeitet. Der Jugendliche soll in der 3. Person die Sequenz mit dem Anfang beginnend berichten. Er kann dabei jederzeit auf die Stopptaste drücken, Farbe oder Ton herausnehmen etc.. Ich führe an dieser Stelle auch gerne wieder die Oben genannten inneren Helfer real in den Film mit ein. In weiteren Durchgängen kann, durch Aufforderung, zunehmend mehr Gefühl mit zugelassen werden, so lange bis eine Integration von Wort, Affekt, Bild und Körperebene erfolgen kann. Eine Unterscheidung von Trauma – assoziierten Gefühlen (Ohnmacht, Todesangst, Panik, Ekel und Scham) von den Gefühlen die zur Verarbeitung hilfreich und notwendig sind (Empörung, Wut, Trauer) erscheint auch mir sehr wichtig.

Sehr hilfreiche Fragen können bei dieser Arbeit auch sein:

*Was braucht der Verletzte in dem Film an Trost, an Unterstützung?*

*In der Arbeit mit Martin war in seinem Erleben, in einer Nachevaluation später von ihm so zusammengefasst, die gemeinsame Bearbeitung der Traumasituation mit Hilfe der Bildschirmtechnik die entscheidende Intervention zur deutlichen Besserung seiner traumainduzierten Symptomatik. Anfangs, wir begannen nach Vorstellung der Technik, mit der Ausgangssituation wo der Jugendliche die Brüder auf dem Hinterhof ansprach, musste er die Bilder oft stoppen, Farbe und Ton herausnehmen. Die Leinwand musste von mir immer wieder weiter weg gehalten – näher heran gebracht werden. Er legte sie wiederholt imaginiert auch in seinen Tresor um `weiter machen zu können`. Sehr wichtig war auch wiederholt die Einführung seiner inneren Helfer. So besprachen wir z.B. nach einem Stopp vor der hochgradig belastenden Situation wo der Jugendliche an den Genitalien der Brüder manipulierte, das er als der ja nun 16 jährige Jugendliche dazukommt und dazu, so war es seine eigne Idee, sich selber als Erwachsenen mitbringt. Damit ließen wir dann den Traumafilm weiterlaufen. Eine zunehmende Distanzierung war mit diesen Interventionen im Verlauf immer mehr möglich. Wir arbeiteten in letztlich 4 Sitzungen das Trauma komplett `durch`. Diesen Film imaginierte er auf eine reale Videokassette die er jeweils am Ende der Stunde in seinen eigenen Tresor packte, und dann in meiner Praxis in den verschließbaren Aktenschrank bis zur nächsten Stunde mit verwahrt sehen wollte.*

In der Arbeit mit der Mutter, die ich nach jeder 4. Therapiestunde von Martin mit ihr machte, war anfangs, neben einer jeweils kurzen zusammenfassenden und vor allem technischen Vorstellung des Therapieverlaufes durch mich, ihre eigene Erschöpfung und `jahrelange Verzweiflung` ob der zunehmenden emotionalen Veränderung ihres Sohnes das Thema. Sie konnte, zuvor habe sie `das Ganze aus Scham immer für sich behalten`, unter hoher emotionaler Beteiligung ihre `damalige Verzweiflung` und danach folgende zunehmende `jahrelange Erschöpfung und Ratlosigkeit` in Worte fassen. Dazu wirkte sie im Verlauf der gemeinsamen Arbeit bald `entlastet`, entspannter und zeigte großes Vertrauen, was sie immer wieder betonte, in die Arbeit von Martin mit mir. Sie selber wollte nur sehr wenig über den eigentlichen therapieverlauf wissen, berichtete ab ca. der 2. Hälfte unserer Arbeit aber sogar fröhlich wie viel `offener und weniger reizbar und jetzt viel mehr mit ihr und seinem Bruder wieder redend` sie ihren Sohn erlebe. Ich machte mit ihr als Ritual, was mir intuitiv als Idee zur ausreichenden Integration des Traumas der Brüder für die Mutter selber erschien, einen 2 Briefe - `Heilungsbrief`. Das heißt sie sollte im ersten Brief an den Täter einen sog. `Wutbrief` schreiben. Darin sollte sie *alle belastenden Gedanken und Gefühle, die sie seit dieser Zeit mit sich rumschleppte, hineinschreiben. Auch explizit Dinge, die sie sich vielleicht nie getraut hatte sich selber zu sagen. Sie sollte der Person noch einmal aufschreiben, was Alles passiert war und was er ihr damit Alles angetan hat. Sie sollte schreiben welche Gefühle das bei ihr ausgelöst hat und wie es sich auf ihr weiteres Leben und die Gegenwart heute ausgewirkt hat. Am Ende des Briefes sollte sie noch darunter schreiben, vor ihrer Unterschrift, was sie sich von dem Täter als Reaktion auf ihren Brief wünscht.* Als zweiten Brief, dies sollte unbedingt in einem engen zeitlichen Zusammenhang geschrieben werden, sollte sie sich dann vorstellen sie selber sei die Person des Täters dem sie geschrieben hat. Sie sollte ihren ersten Brief lesen, als wenn sie ihn gerade bekommen hätte. Danach sollte sie einen Brief an sich selber zurück schreiben. In diesem `Heilungsbrief` sollte sie sich selber genau die Antwort schreiben die sie sich als Reaktion wünsche. Die Antwort die sie bräuchte damit ihre verletzten Gefühle heilen können. Sie sollte sich viel Zeit dafür nehmen und einen langen und sich gut anfühlenden Brief schreiben.

In der Nachevaluation, ein halbes Jahr nach Abschluss der Therapie mit Martin, erzählte mir Frau V. wie hilfreich gerade diese Intervention für sie gewesen sei. Die begleitende Elternarbeit reichte in diesem Fall aus um die

Mutter zu stabilisieren, eine eigene Therapie musste ich nicht für sie empfehlen.

### 3. Phase Behandlung mit EMDR

- Zuerst Edukation mit EMDR Protokoll: insb. Stoppsignal, Sitzordnung, Wechsel der Stimulationsform (Augenbewegungen, Wechsel der Richtung, Tappen, Trommeln etc. was insb. Bei Kindern sehr wichtig auszuprobieren ist).
- Das Kind, der Jugendliche erhält ein Therapietagebuch zur persönlichen Führung.

Aufgrund der sehr entlastenden Arbeit mit den imaginativen Techniken, und letztlich da schon ausreichend guter traumatherapeutischer Arbeit und damit Distanzierung und Reintegration konnte ich in diesem Fall mit Martin EMDR ausschließlich mit aktuell belastendem Material machen. Eine Durcharbeitung der Traumasituation mit EMDR war nicht zwingend.

*Nach ausführlicher technischer Vorstellung der EMDR Methode, begannen wir mit einer auf einem SUD von 4 liegenden Belastungssituation aus dem schulischen Kontext. In der 1,5stündigen Sitzung kam es neben einer sehr spannenden Phantasie Reise durch eine anfangs karge, kalte und unfreundliche Landschaft mit dann folgender `frühlingshafter` und aufhellender Imagination zu 2 Affektbrücken. Die erste ging zur Traumasituation von vor 5 Jahren, worin Martin aber schon zu Beginn während dieser Sitzung seine inneren Helfer mit imaginiert `dabei` hatte die `dazukommenden Täter überwältigten und ihn in einer dunklen Waldlichtung in eine Höhle steckten wo er erst wieder herauskam als er ein anderer Mensch geworden war`. Damit blieb Martin in seiner Phantasie unter bilateraler Stimulation nicht mehr länger in der Traumasituation sondern rutschte auf ein Alter von ca. 5 Jahren und erlebte `schlimme Streits der Eltern vor deren Trennung. Dies nahm dann die meiste Zeit der EMDR Sitzung in Anspruch. Aber auch da kam er letztlich mit einer Phantasie, in der er allein mit dem Vater an einem großen See Hand in Hand als kleiner Junge spazieren gehend, auf eine affektive Entspannung. Am Ende der Sitzung war die Belastung auf 0 heruntergegangen. Wir konnten die positive Kognition vom Ausgang noch mal verändern. Da der Zusammenhang aufgrund der beiden Affektbrücken sich verändert hatte. Diese positive Kognition war `Ich kann mich schützen`. Diese Kognition verankerten wir. Wir führten den Körpertest durch, wobei der Klient mit der positiven Kognition im*

*Geist durch den eigenen Körper, zur Wahrnehmung der Restspannungen und Rückmeldung des Körpers, geht.*

Bei einer 2. Sitzung zeigten sich nur gering belastende Alltagssituationen (SUD bis 2 gehend) relevant.

#### **4. Phase: Überprüfung nach einem längeren Zeitraum**

Nach ca. 6 Monaten Kontaktaufnahme zu dem Jugendlichen und den Bezugspersonen aufnehmen, um die Stabilität abzuklären.

*Bei der Nachexploration machte ich in diesem Fall bewußt 2 Termine. Den ersten hatte ich mit Frau V.. Sie brachte mir eingangs Blumen mit und wirkte sehr fröhlich. Sie berichtete das Martin `viel offener und zugänglicher geworden sei`. Die Lehrerin hätte zuletzt gesagt was `denn mit ihm passiert sei, er könne sich viel besser konzentrieren und wäre kaum mehr reizbar`. Er spiele deutlich weniger Computer und habe angefangen zu einer Karategruppe zu gehen. Ihr selber würde es auch `viel besser gehen`. In der Stunde mit Martin berichtete dieser dass er `sich insgesamt ganz anders und gar nicht mehr ständig angespannt mitkriegt`. Er habe jetzt zum ersten Mal eine Freundin und wisse dass er `Polizist werden will`.*

#### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Matthias Reinhold

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Balatonstr. 20

10319 Berlin

Tel.: (030) 54718070

E-Mail: dr.reinhold.m@web.de

## Buchrezensionen

Klaus Fröhlich-Gildhoff: **Gewalt begegnen. Konzepte und Projekte zur Prävention und Intervention.** Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2006. 239 Seiten. 24,80 €

Der Autor des Buches ist Dozent für Klinische und Entwicklungspsychologie an der Evangelischen Fachhochschule in Freiburg. Er hat früher als niedergelassener Psychotherapeut und Geschäftsführer eines Jugendhilfeträgers gearbeitet und das „Freiburger-Anti-Gewalt-Training“ (FAGT) entwickelt und evaluiert. Seine Co-Autoren und Verfasser einzelner Kapitel oder Abschnitte sind allesamt als Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Erziehungswissenschaftler oder Pädagogen tätig.

Das Thema Gewalt und Aggression wurde in den letzten Jahren in den Medien und der öffentlichen Diskussion immer wieder aufgegriffen, besonders nach spektakulären Ereignissen wie sie z.B. in Erfurt stattgefunden haben.

Der erste Teil des Buches gibt einen Überblick über Definitionsversuche, Symptomatik und Auftretenshäufigkeit des aggressiven und gewalttätigen Verhaltens. Auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells werden Erklärungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Verhaltensweisen unter besonderer Einbeziehung der Interaktion zwischen dem Kind und seiner Umwelt entwickelt. Nach der Entwicklungspsychologie aggressiven Verhaltens werden die Ursachen und Auslösebedingungen aggressiv - dissozialen Verhaltens bzw. der Störung des Sozialverhaltens sowie deren Diagnostik analysiert.

Die letzten zwei Drittel des Buches beschäftigen sich mit dem Thema der verschiedenen Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Die Autoren weisen daraufhin, dass ein multimodales Vorgehen sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting die besten Erfolge erwarten lässt. Dies gelingt am besten, wenn Kinder und Jugendliche auf der Ebene der gleichaltrigen Gruppe, der Schule und der Familie erreicht werden können. Deeskalationstechniken sowie Elterntrainingsprogramme, wie z.B. das Triple P können sich dabei manchmal als nützlich erweisen.

Bei der Prävention gibt es einerseits Programme, die eher der allgemeinen Entwicklungsförderung dienen und verschiedene Schutzfaktoren zu stärken helfen. Mittlerweile existiert eine Reihe von spezifischen Präventionsprogrammen, wie z.B. das „FAUSTLOS“-Programm von Cierpka.

In weiteren Kapiteln des Buches werden Programme, die eher der allgemeinen Entwicklungsförderung dienen und verschiedene Schutzfaktoren zu stärken helfen, im institutionellen Zusammenhang (z.B. das Programm von Olweus), Konfrontationsprogramme (z.B. das Antiaggressionstraining AAT), ganzheitliche Interventionsprogramme (Training mit aggressiven Kindern nach Petermann & Petermann sowie das Freiburger Anti-Gewalt-Training - FAGT des Buchautors) sowie Sportprogramme für straffällige Jugendliche vorgestellt.

Je mehr sich das aggressive Verhalten bei einem Jugendlichen zu einem Persönlichkeitsmerkmal verfestigt hat, desto schwieriger ist es, dieses Verhalten positiv zu beeinflussen. Hierbei können professionelle Geduld und ein systematisches Vorgehen sowie die Kombination therapeutisch-pädagogischen Maßnahmen sinnvoll sein. Leider sind viele der beschriebenen Programme noch nicht ausreichend evaluiert und es fehlen Vergleichsuntersuchungen zwischen den verschiedenen Programmen. Die vorhandenen Präventionsprogramme bieten bereits im Vorschulalter gute Einflussmöglichkeiten.

Bei allen zuvor angestellten Überlegungen sollten jedoch die gesellschaftlichen Einflüsse nicht vergessen werden. Bei Kindern und Jugendlichen sollten das Gefühl des „Dazugehörens“ und die positive Erwartung einer beruflichen Zukunft in ihrer Bedeutung als „Schutzfaktoren“ nicht unterschätzt werden.

Dem Autor ist es gelungen, eine kompakte Übersicht über die Entstehung gewalttätigen Verhaltens zu schaffen. Für die betroffenen Eltern, Lehrer, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, (Schul-) Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten stellt das Werk eine gerade in der heutigen Zeit nützliche Lektüre dar. „Gewalt begegnen“ liefert dem Leser keine einfachen Rezepte. Es könnte jedoch eine Wegweiserfunktion übernehmen. Die vielen Darstellungen aus der Praxis überzeugen besonders an den Stellen, die Therapie und Pädagogik zu einer fruchtbaren Allianz zusammengeführt haben.

*Dr. Bodo Pisarsky, Berlin*

Klaus Hurrelmann, Sabine Andresen: **Kinder in Deutschland 2007. 1. World Vision Kinderstudie.** Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch-Verlag 2007, ISBN 978-3-596-17720-2, 441 Seiten. 12,95 €

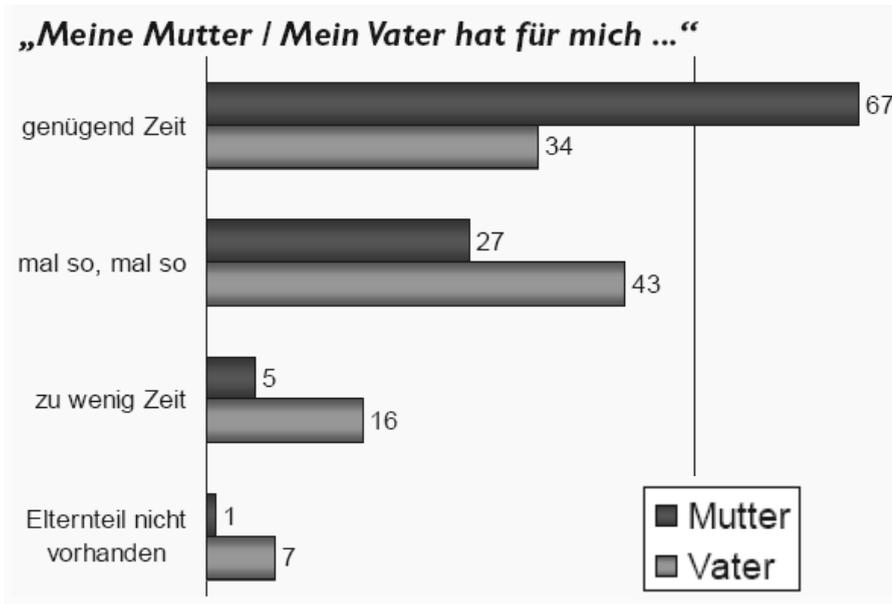
„Wenn wir Kinder als eigenständige Persönlichkeiten Begreifen, können wir nicht darauf verzichten, sie selbst zu Wort kommen zu lassen“ heißt es auf Seite 227. Was bedeutet es heutzutage, ein Kind zu sein? Was denken, glauben und hoffen Kinder in Deutschland von heute? Welche Einschätzung haben Kinder von Familie, Kindergarten, Schule und Freizeiteinrichtungen? Wie sehen ihre Freizeitbeschäftigungen aus, und inwieweit interessieren sie sich für gesellschaftliche Entwicklungen und Politik? Wie sehen ihre Zukunftsperspektiven aus?

Während Jugendliche und Heranwachsende im Alter von 12 bis 25 Jahren im Rahmen der Shell Jugendstudie bereits zum 15. Mal repräsentativ befragt wurden, klaffte für hier für die Jüngeren bisher eine Lücke. Um diese zu schließen, gab das international arbeitende Kinderhilfswerk World Vision eine Studie in Auftrag, die sich am Design der Shell Jugendstudie orientiert, sich jedoch der Altersgruppe von 8 bis 11 Jahren widmet.

Die 1. World Vision Kinderstudie 2007 stützt sich dabei auf eine repräsentativ zusammengesetzte Stichprobe von 1.592 Kindern aus den alten und neuen Bundesländern. Die Kinder wurden von geschulten Infratest-Interviewern zu Hause persönlich mündlich befragt zu Themen wie Familie, Schule, Gesellschaft, Politik, Konsum, Medien hinsichtlich ihrer Wünsche, Hoffnungen und Ziele für die Zukunft sowie hinsichtlich ihrer Ansichten zu aktuellen Entwicklungen und politischen Entscheidungen. Zusätzlich wurde ein Elternfragebogen zum familiären Hintergrund erhoben. Die Befragung fand auf Grundlage eines standardisierten Erhebungsinstrumentes im Zeitraum von Anfang Februar bis Mitte März 2007 statt. Darüber hinaus wurden im Rahmen der qualitativen Vertiefungsstudie 12 individuelle Fallstudien mit Kindern im Alter von 6 bis 11 Jahren durchgeführt und anschließend als Portraits präsentiert.

Wie bei der Shell Jugendstudie kam es auch hier zu einer Zusammenarbeit der Universität Bielefeld mit dem Forschungsinstitut TNS Infratest Sozialforschung in München. Klaus Hurrelmann, Direktor des Forschungszentrums für Kinder- und Jugendgesundheit der WHO, und Sabine Andresen waren für die konzeptionelle Grundlegung und inhaltliche Ausrichtung der Studie verantwortlich. TNS Infratest Sozialforschung kümmerte sich um das methodische Design sowie um die Durchführung der Befragung und die Auswertung.

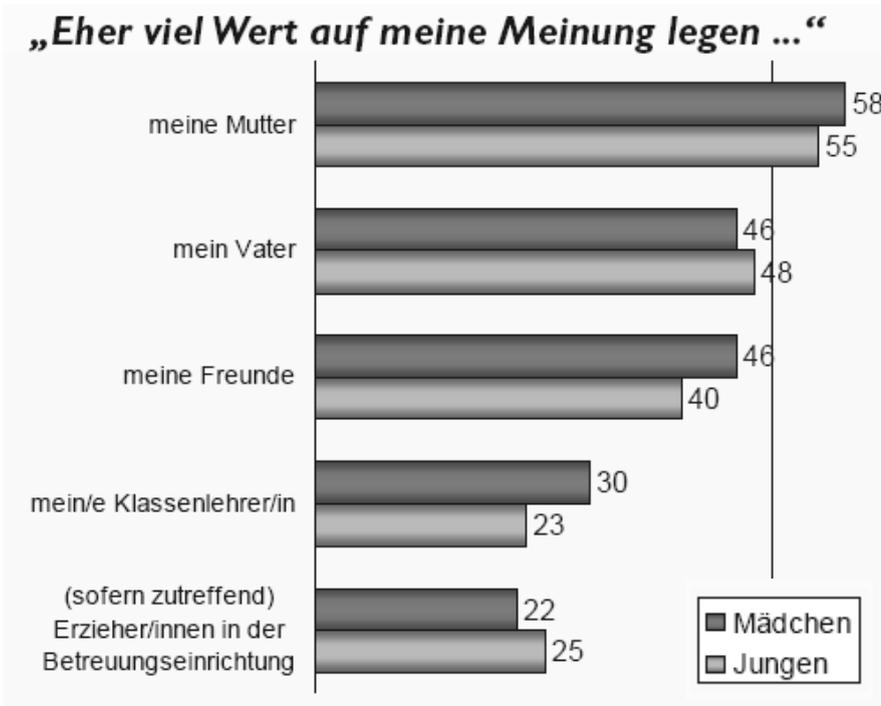
Seit November 2007 liegen nun die Ergebnisse als dickes Taschenbuch vor. Für den einen oder anderen Leser wird eine Lupe oder zumindest eine starke Lesebrille nötig sein, da die Schrift sehr klein gehalten ist. Ergänzt wird der umfangreiche Text um zahlreiche Grafiken zur Veranschaulichung der vielen Zahlen. Eine Fundgrube für alle, die nach detaillierten, verlässlichen und aktuellen quantitativen Angaben zu den o. g. Themen suchen! Als Beispiele seien hier vier Grafiken gezeigt:



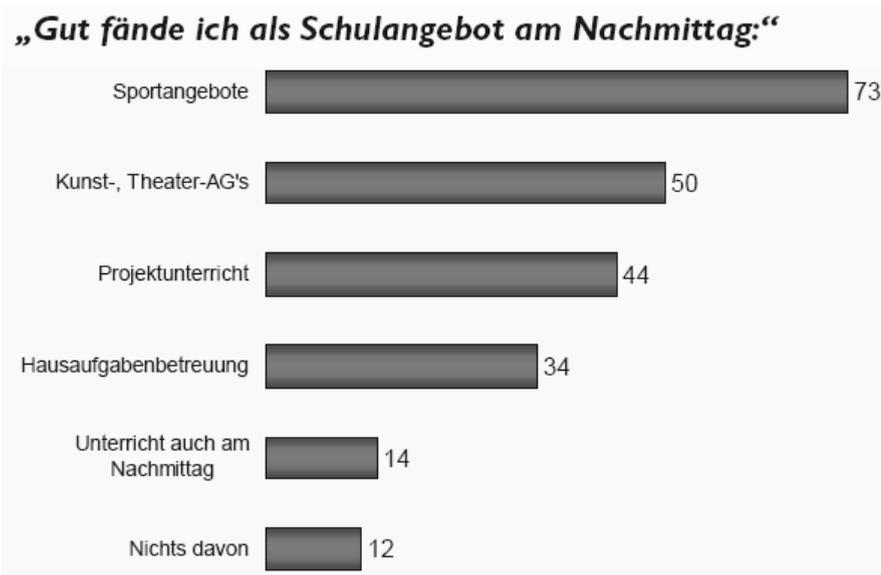
Zufriedenheit mit der elterlichen Zuwendung – bei Vätern darfs ein wenig mehr sein (Abb. S. 93)



Erwerbstätigkeit der Eltern führt nicht zu Defiziten bei der Zuwendung (Abb. S. 94)



Bedeutung der eigenen Meinung (Abb. S. 216)



Ganztagschule ja, aber bloß nicht den ganzen Tag Schule! (Abb. S. 138)

Aber auch der mehr ‚belletristisch‘ interessierte Leser findet ansprechenden Lesestoff: So wird z. B. im 134 Seiten umfassenden Kapitel „Kinderpersönlichkeiten: Porträts von 12 Mädchen und Jungen“ auf Zahlen und Grafiken ganz verzichtet. Stattdessen gibt es Fotos von den porträtierten Kindern und jede Menge Einblicke in ihre individuelle Lebenswelt.

Weitere Kapitel und Abschnitte gibt es u. a. zu historischen und aktuellen Bedingungen von Kindheit, Kinderpolitik, Familie als Zentrum, wie Kinder wohnen, Kinder mit Migrationshintergrund, Armut, Religion, Schule, soziale Einbindung in Peergroups, Gewalt im Alltag, Freizeit, Medien, Wünsche, Ängste und erste politische Interessen.

Es sollte Standardliteratur darstellen für jeden, der sich mit Kindern beschäftigt!

*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.: 02162/965000, 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 (möglichst per E-Mail, alternativ auf Diskette, CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. 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.ncifrcf.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.